

Problematika nezralého novorozence

Zuzana Slezáková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana SLEZÁKOVÁ**

Osobní číslo: **H09258**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Problematika nezralého novorozence**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vysvětlit pojem nezralý novorozenec, seznámit se s klasifikací, znaky, reflexy, screeningovým vyšetřením, příčinami předčasného porodu, problémy předčasně narozených dětí a péčí po porodu, poukázat na problémy rodičů, především matek, těchto předčasně narozených dětí.

V praktické části metodou polostrukturovaného rozhovoru zjistit potřeby matek a jejich pocity po narození dítěte (jaké mají matky očekávání od sester) a zjistit, jak skutečnost předčasně narozeného dítěte ovlivní celou rodinu.

Analyzovat výsledky šetření a s výsledky seznámit odbornou veřejnost.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2007. Intenzivní péče o novorozence. Brno: Mikadapress. ISBN 978-80-7013-447-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2009. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii: péče o novorozence. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-489-4.

LEIFER, Gloria, 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


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




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30.4.2012



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3).

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to po okolnostech až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou nezralého novorozence. Je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zaměřuje na klasifikaci novorozence, a to znaky, reflexy a screeningová vyšetření. Podrobněji se zabývá problematikou nezralého novorozence, především problémy způsobenými předčasným narozením dítěte. V praktické části chceme zjistit metodou polostrukturovaného rozhovoru pocity a prožívání matek. S výsledky šetření seznámíme odbornou veřejnost.

Klíčová slova: Nezralý novorozenec, předčasný porod, klasifikace novorozence, problémy předčasně narozených novorozenců, pocity a prožívání matek

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the problems of premature newborn. The thesis is divided into two parts. The theoretical part is focused on a newborn's classification, namely characteristics, reflexes and screening examinations. It concerns in detail with the problems of premature newborns, especially those caused by a preterm birth. In the practical part we intend to detect the feelings and experiences of mothers with premature newborns by a method of a semi-structured interview. A professional public will be informed about the research results.

Keywords: Premature newborn, preterm birth, newborn's classification, problems of premature newborns, feelings and experiences of mothers

Ráda bych poděkovala především Mgr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady, inspirující podněty, připomínky a za věnovaný čas. Poděkování patří také Mgr. Petře Kašné za korekturu otázek k rozhovoru.

Děkuji i maminkám za spolupráci při realizaci rozhovorů a v neposlední řadě mé rodině za podporu.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC	13
1.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCE	13
1.1.1 Klasifikace dle délky těhotenství	13
1.1.2 Klasifikace dle hmotnosti.....	14
1.1.3 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku.....	14
1.2 ZNAKY ZRALÉHO NOVOROZENCE	14
1.2.1 Somatické znaky zralosti.....	14
1.2.1.1 Hodnocení somatické zralosti novorozence.....	15
1.2.2 Funkční znaky zralosti	15
1.3 SCREENINGOVÁ VYŠETŘENÍ.....	16
1.4 REFLEXY NOVOROZENCE.....	17
1.5 PRVNÍ OŠETŘENÍ FYZIOLOGICKÉHO NOVOROZENCE	18
1.5.1 Vybavení novorozeneckého boxu	18
1.5.2 Zásady prvního ošetření fyziologického novorozence	19
2 NEZRALÝ NOVOROZENEC	21
2.1 KLASIFIKACE NOVOROZENCE DLE ZRALOSTI.....	21
2.2 ZNAKY NEZRALÉHO NOVOROZENCE	21
2.2.1 Tělesné známky nezralosti	22
2.2.2 Funkční známky nezralosti.....	22
2.3 PŘEDČASNÝ POROD	23
2.3.1 Příčiny předčasného porodu	23
2.3.2 Diagnostika předčasného porodu	25
2.3.3 Řešení předčasného porodu.....	27
2.4 NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ	29
2.4.1 Nedostatečná funkce plic	29
2.4.2 Nedostatečná termoregulace.....	30
2.4.3 Nezralost gastrointestinálního traktu.....	31
2.4.4 Nezralost imunitního systému	31
2.4.5 Retinopatie	31
2.4.6 Nekrotizující enterokolitida	32
3 POCITY A PROŽÍVÁNÍ RODIČŮ NEDONOŠENÝCH DĚTÍ	33
3.1.1 Rady, jak pomoci matkám zvládat jejich pocity	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 CÍLE PRÁCE	38
5 METODIKA PRÁCE	39

5.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	39
5.2	METODY PRÁCE.....	39
5.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	39
5.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	40
5.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	40
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
6.1	JEDNOTLIVÉ VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	41
7	DISKUZE.....	47
	ZÁVĚR.....	50
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	52
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Situace, kdy se matkám předčasně narodí dítě, je určitě velmi náročná a hlavně neočekávaná. Myslím si, že žádnou těhotnou ženu by nenapadlo, že narození nezralého dítěte může potkat právě ji. Každá si přeje donosit v termínu zdravé dítě. Těhotné ženy nepřemýšlejí nad tím, že mohou porodit předčasně.

Jakmile ženu překvapí předčasný porod, není divu, že se tato situace stane pro ni stresující a velmi zatěžující. Ze dne na den se všechno změní. Představy a plány se z ničeho nic rozplynou jako pára nad hrncem. Nastane nová, neočekávaná situace, které musí žena – již matka dítěte – spolu s partnerem čelit. Partnerům nezbyvá nic jiného, než se nepříjemné životní události postavit a smířit se s ní. Je dobré si říct: „Co se stalo – stalo se, musíme se s tím nějak poprat a postavit se tomu“. Situace se musí zvládnout, nepomůže litovat se a vyčítat si, že jsme tomu mohli zabránit.

Po porodu se matkám předčasně narozených dětí může honit hlavou neskutečně mnoho různých věcí. Řekla bych, že ne každá matka takto přemýšlí. Ovšem po předčasném porodu je málokterá žena vyrovnaná. Většina z nich se sama sebe ptá, proč předčasný porod potkal právě ji. Trápí se tím, že neustále přemýšlejí a hledají něco, co v těhotenství udělaly špatně, na co si mohly dávat pozor apod. Příčinu, která mohla zavinit předčasný porod, však nenajdou. Často se matky jenom utápí v myšlenkách, na něž nenajdou žádnou odpověď.

Mluvíme – li o předčasném porodu, můžeme říct, že se jedná o náhle vzniklou a neočekávanou situaci, přičemž sami odborníci neznají jasnou příčinu, která by k předčasnému porodu vedla. Když už k předčasnému porodu dojde, je většinou více příčin a rizikových faktorů, které jej mohly způsobit.

Téma pro svou bakalářskou práci „Problematika nezralého novorozence“ jsem si vybrala ze dvou důvodů. První důvod je ten, že mě baví a zajímá práce s dětmi a novorozenci. Ačkoliv jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci problematiku nezralého novorozence, měla jsem pocit, že by práce pro mě mohla být zajímavá a přínosná.

Druhým důvodem, proč jsem si toto téma zvolila, je také ta skutečnost, že bych chtěla zjistit něco ze života matek předčasně narozených dětí. Chtěla bych, aby mi matky přiblížily své pocity, prožívání a očekávání. Zajímalo by mě, jestli matky nějaké změny v životě, které nastaly v souvislosti s předčasným narozením jejich dítěte, pociťují. Chtěla bych také vědět, jestli předčasné narození dítěte nezměnilo nějakým způsobem vztah partnerů. Tyto

oblasti, které mě zajímají, dávají hlavní ráz praktické části mé bakalářské práce a stávají se její součástí .

Zvolila jsem si proto následující cíle:

- ❖ Zjistit, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození jejich dítěte.
- ❖ Zjistit, jak matky vnímají péči, která je poskytována jim a jejich dítěti, a zda je péče podle nich dostatečná.
- ❖ Zjistit, zdali zdravotnický personál umožňuje matkám podílet se na péči o své dítě v inkubátoru.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC

Za fyziologického novorozence považujeme zdravého, zralého, eutrofického novorozence, narozeného v termínu, tj. v 38. – 42. týdnu gestace. Hmotnost zralého fyziologického novorozence je v rozmezí od 2500 – 4500 gramů. Délka se obvykle pohybuje od 48 do 55 cm. Obvod hlavičky je v rozmezí od 32 do 37 cm. Tělesná teplota zralého novorozence se pohybuje v axile v rozmezí 36,4 – 36,8 °C, v rektu je tělesná teplota vyšší, okolo 36,6 – 37,2 °C (Fendrychová, 2007, s. 28).

Zralý fyziologický novorozenec má bezprostředně po porodu všechny orgány vyvinuty, plně funkční. Bez problémů se přizpůsobí vnějšímu prostředí a dokáže samostatně žít. Ihned po narození, po prvním nadechnutí, začne spontánně dýchat (Borek, 2001, s. 43). Dýchání se pohybuje v rozmezí 30 – 60 dechů/min. (Fendrychová, 2007, s. 28).

Co se týká ostatních fyziologických funkcí zralého novorozence, tepová frekvence se pohybuje v rozmezí 110 – 160 tepů/min., tlak krve kolísá od 50 – 75/30 – 45 mm Hg (Fendrychová, 2007, s. 28).

1.1 Klasifikace novorozence

Novorozence můžeme bezprostředně po porodu zařadit do skupin, které vypovídají o prenatálním vývoji novorozence a určují prognózu možné morbidity a mortality. Novorozence klasifikujeme podle délky těhotenství, podle hmotnosti a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku (Fendrychová, 2007, s. 24).

1.1.1 Klasifikace dle délky těhotenství

Dle délky těhotenství můžeme novorozence klasifikovat na novorozence narozeného před termínem, tj. před 38. týdnem. Takový novorozenec je považován za nedonošeného. Novorozenec, u něhož se pohybuje gestační věk mezi 38. – 42. týdnem, je narozený v termínu. Takového novorozence považujeme za donošeného. Novorozenec narozený po termínu je označován jako přenášený, protože gestační věk je nad 42. týdnem (Fendrychová, 2009, s. 19).

1.1.2 Klasifikace dle hmotnosti

Novorozence můžeme podle jeho porodní hmotnosti rozdělit do čtyř skupin. První skupinou jsou novorozenci s normální hmotností, tj. nad 2500 gramů. Druhou skupinou jsou novorozenci s nízkou porodní hmotností, která se pohybuje v rozmezí od 1500 – 2500 gramů. V třetí skupině jsou novorozenci, kteří váží 1000 – 1500 gramů. Novorozence třetí skupiny nazýváme jako novorozence s velmi nízkou porodní hmotností. Poslední, čtvrtou, skupinou jsou novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností, jejichž porodní hmotnost je menší než 1000 gramů (Dokoupilová, 2009, s. 33).

1.1.3 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

Dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku můžeme novorozence rozdělit na eutrofické, hypotrofické a hypertrofické.

Eutrofický novorozenec je novorozenec, u něhož stav výživy odpovídá gestačnímu věku, pohybuje se mezi 5. – 95. percentilem. Novorozence, jehož porodní hmotnost je nižší, než by odpovídala gestačnímu věku, označujeme jako hypotrofického. Hypertrofický novorozenec se odlišuje od hypotrofického vyšší porodní hmotností, než by odpovídala gestačnímu věku, pohybuje se nad 90. percentilem (Fendrychová, 2009, s. 19).

1.2 Znaky zralého novorozence

U každého zralého novorozence můžeme pozorovat řadu známek jak somatických, tak funkčních, které nám vypovídají již o zmíněné zralosti či nezralosti novorozence. Umožňují nám posoudit stav vývoje novorozence a pomoci zařadit novorozence do jednotlivých klasifikačních skupin.

1.2.1 Somatické znaky zralosti

Zralý novorozenec má bezprostředně po porodu jasně červenou kůži, tzv. „novorozenecký erytém“. Tento fyziologický stav obvykle trvá 24 – 48 hodin po porodu, poté spontánně vymizí. Kůže novorozence je normálně růžová, krytá mázkem, který se vyskytuje především ve větším množství na hlavičce, za ušima, v podpaží a v tříselech. Kůže novorozence je pokrytá zbytkem lanuga, jemnými chloupky, převážně na zádech a ramenou (Borek, 2001, s. 43 – 44).

Podle Čecha (2006, s. 161) má donošený novorozenec pod kůží dobře vyvinutý tukový polštář. V obličejí, převážně na nose, se mohou vyskytovat žlutobělavé tečky, tzv. „milia“. Jsou to retenční cystičky mazových žlázek, které však spontánně vymizí. Vlasy novorozence bývají jemné. Nehty u zralého novorozence přesahují konce prstů. Zralý novorozenec má dokonale vyvinuté prsní dvorce, chrupavku ušních boltců a nosu. Je patrné zřetelné rýhování plosek nohou a dlaní, a to po celé ploše. U zralého novorozence je plně vyvinutý genitál. U dívek velké stydké pysky (labia maiora) kryjí malé (labia minora). U chlapců jsou sestouplá varlata v šourku.

Fendrychová (2009, s. 20) tvrdí, že známkou zralosti novorozence je také pupečník, jehož úpon se nachází uprostřed břicha.

1.2.1.1 Hodnocení somatické zralosti novorozence

Je možné hodnotit somatickou zralost novorozence, a tím stanovit gestační věk novorozence. Nejpřesněji můžeme gestační věk stanovit kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření. Pro stanovení gestačního věku novorozence můžeme použít hodnocení dle Ballarda, kde hodnotíme a posuzujeme 6 znaků týkajících se somatické zralosti (*viz. příloha 1*) a 6 znaků týkajících se neurologického vývoje (*viz. příloha 2*).

K posouzení somatické zralosti novorozence je nutné zhodnotit položky, jako jsou kůže, lanugo, rýhy na ploskách nohy, ucho a genitál.

Pro hodnocení neuromuskulárního vývoje je nutné posoudit také postavení končetin, úhel v zápěstí, návrat horní končetiny, popliteální úhel, šalový příznak a spojení pata – ucho.

Součet bodů jednotlivých položek obou hodnocení, tj. fyzikálního vyšetření somatické zralosti a neuromuskulární zralosti, odpovídá příslušnému týdnu gestačního věku (Fendrychová, 2007, s. 24 – 26).

1.2.2 Funkční znaky zralosti

Podle Fendrychové (2009, s. 20) jsou funkčními známkami zralosti novorozence dobrá termoregulace, přítomnost sacího, polykacího reflexu, ale i dalších. Zralý novorozenec se samozřejmě vyznačuje zralostí plic, z čehož můžeme usoudit, že u něj nejsou patrné problémy s dýcháním, jako jsou například apnoické pauzy. Jsou zralá játra, gastrointestinální systém, ale i močový systém.

1.3 Screeningová vyšetření

Votava (2012) termínem novorozenecký screening označuje „*aktivní a celoplošné (=celostátní) vyhledávání chorob v jejich časném, preklinickém stadiu tak, aby se tyto choroby diagnostikovaly a léčily dříve, než se stačí projevit a způsobit novorozenci nevratné poškození zdraví*“.

Podstatou novorozeneckého screeningu je „analýza suché kapky krve“ na filtračním papírku, tzv. novorozenecké screeningové kartičce. Konkrétně to znamená stanovení koncentrace specifické látky typické pro dané onemocnění v kapce krve. Krev se odebírá z patičky všem novorozencům, kteří se narodili na území České republiky, za přesně stanovených podmínek (Votava, 2012).

Postup pro odběr kapky krve z patičky novorozence je takový, že nejprve patičku zahřejeme a poté zdezinfikujeme dezinfekčním prostředkem, pokud možno bez obsahu jódu. Následuje provedení vpichu do patičky, které se provádí pomocí kopíčka, které zaručuje určitou hloubku vpichu. Vpich se provádí do určených míst na patičce novorozence. První kapku obvykle stíráme čtverečkem buničiny, další kapku již zachytíme na screeningovou kartičku, a to do všech vyznačených políček, kde má kapka krve být. Screeningovou testovací kartičku necháme uschnout, vložíme ji do určeného obalu a poté s řádně vyplněnou dokumentací pošleme do laboratoře (Fendrychová, 2007, s. 129).

Pravidla pro provádění novorozeneckého screeningu jsou zakotvena v Metodickém návodu Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2009. Za odběr krve k novorozeneckému screeningu dle přesných pokynů a za informování rodičů jsou zodpovědní lékaři, nejčastěji ošetřující lékaři novorozeneckých oddělení. Odběr krve pro screeningové vyšetření by se měl provést do 48 – 72 hodin života novorozence (Votava, 2012).

V České republice novorozenecký screening vyšetřuje z kapky krve tato onemocnění:

- a) kongenitální hypotyreózu
- b) kongenitální adrenální hyperplázii
- c) cystickou fibrózu
- d) dědičné poruchy látkové výměny aminokyselin (např. fenylketonurie – dědičné onemocnění způsobené poruchou látkové přeměny aminokyseliny fenylalaninu)
- e) dědičné poruchy látkové výměny mastných kyselin (Votava, 2012).

Pod screeningová vyšetření novorozence můžeme v širším slova smyslu zahrnout také vyšetření novorozence dětským lékařem, který pátrá po vrozených vývojových vadách orgánů, vrozených infekcích. Vyšetřují se kyčle, hledají se vývojové vady kyčelních kloubů, jako je například dysplazie kyčelního kloubu. Provádí se vyšetření sluchu k vyloučení vrozené hluchoty. Dále se provádí vyšetření očním lékařem k vyloučení vrozené katarakty (šedého zákalu), také sonografické vyšetření ledvin k vyloučení vrozených vývojových vad močového systému (Votava, 2012).

1.4 Reflexy novorozence

Reflexy, se kterými se narodí novorozenec, jsou známkami zralosti. Základní reflexy, jako je mrkání, kýchání, kašláni, pláč, sání a svírání jsou důležité pro novorozence z důvodu zachování života. Taktéž je důležitý hledací a polykací reflex. Při hledacím reflexu, který je nazýván také jako pátrací, natáčí novorozenec hlavičku k danému podnětu. Dotkneme – li se tváře novorozence, otočí hlavu k vyvolanému stimulu v očekávání, že dostane najíst (Leifer, 2004, s. 328).

Pro zralého novorozence je typický také uchopovací reflex. Uchopovací reflex novorozence nastane, když vložíme novorozenci jeden náš prst do jeho dlaně a on náš prst dlaní pevně obejmě a stiskne. Uchopovací reflex nám může být nápomocný při vyšetření, pomocí něhož stanovujeme zralost novorozence. Při tomto vyšetření dítě leží na podložce. Vyšetřující vloží prst do obou dlaní dítěte. Jakmile dítě uchopí dlaněmi oba prsty, zvedáme jej pomalu za ručičky tak, aby hlavička a trup dítěte byly nad podložkou. Zralé dítě má uchopovací reflex tak silný, že udrží hlavičku a trup nad podložkou (Leifer, 2004, s. 328).

Také Moorův reflex je jeden z reflexů, pomocí kterého hodnotíme vývoj novorozence. Moorův reflex je reakce novorozence na úlek. Moorův reflex vyvoláme, trháme – li náhle podložkou, na které dítě leží v klidu (Šťastný, 2011). Tento reflex spočívá ve zvednutí a roztažení nožiček a rozevření náručí novorozence (Leifer, 2004, s. 329). Bývá doprovázen také pláčem a křikem novorozence. Do 3. – 4. měsíce tento reflex vymizí (Šťastný, 2011).

Podle Šťastného (2011) můžeme u zralého novorozence pozorovat Babinského reflex. Po dráždíme – li plosku nohy směrem od patičky k prstům, novorozenec roztáhne prsty na noze.

Podle Leifer (2004, s. 329) lze u zralého novorozence ve spánku pozorovat tzv. „tonický šíjový reflex“. Děti ve spánku natočí hlavu na jednu stranu, přičemž paži a nohu na stejné straně natáhnou. Paži a nohu na protější straně naopak pokrčí. Říkáme, že zaujímají obranný postoj.

Poslední reflex, který zmíním, je tzv. „chůzový automatismus“. Dítě při vzpřímené poloze nad vyšetřovacím stolem kmitá nožičkami a vzpíná je (Leifer, 2004, s. 330).

1.5 První ošetření fyziologického novorozence

Před každým porodem je nutné, aby měla sestra nachystané veškeré pomůcky potřebné k prvnímu ošetření novorozence. První ošetření novorozence spadá do kompetencí dětské sestry nebo porodní asistentky a realizuje se v novorozeneckém boxu, který je součástí porodního sálu. Je nutné, aby dětská sestra nebo porodní asistentka, která první ošetření novorozence provádí, měla při ruce všechny potřebné pomůcky (Borek, 2001, s. 242).

1.5.1 Vybavení novorozeneckého boxu

Snad nejvíce využívaným vybavením v novorozeneckém boxu je přebalovací stůl, který by měl mít plochu nejméně 1m². Nad přebalovacím stolem by mělo být umístěno ohřívací těleso a zdroj světla. V novorozeneckém boxu samozřejmě nesmí chybět vyhřívané lůžko pro novorozence, které by mělo mít vlastní zdroj tepla a světla. Musí být polohovatelné a ze všech stran přístupné. Nesmí chybět převozový inkubátor. V novorozeneckém boxu musí být zajištěn zdroj kyslíku s průtokoměrem a vhodnou hadicí, která dobře těsní a v případě potřeby jde dobře nasadit na kyslíkovou masku a ostatní pomůcky k oxygenoterapii. Vždy dostupná musí být odsávačka spolu s cévkami různých šířek a velikostí nutných pro odsávání. Novorozenecký box je dále vybaven všemi pomůckami k prvnímu ošetření novorozence, tj. váhou, pomůckami k ošetření pupečnicku, sterilními plenami a ostatním sterilním materiálem, pomůckami k označení novorozence, léky, pomůckami k hygienické péči, zavinovačkou, oblečením pro novorozence a peřinkou.

V novorozeneckém boxu musí být dostupná kompletní a funkční resuscitační souprava (Borek, 2001, s. 240 – 241).

1.5.2 Zásady prvního ošetření fyziologického novorozence

První nejdůležitější zásadou při ošetřování novorozence je zabránit ztrátám tepla. Protože hypotermie zásadně ovlivňuje další průběh adaptace novorozence, snažíme se, aby ztráty tepla byly minimální (Fendrychová, 2009, s. 46). Novorozenec se ihned po narození nekoupe, pouze se setře mázky a krev (Hrušková, 2009). Novorozence osušíme zabalením do vyhřátých plen, jsou – li pleny mokré, vyměníme je za suché, opět vyhřáté. Důležitá je také teplota v novorozeneckém boxu, která by měla být minimálně 25 °C (Fendrychová, 2009, s. 46). Celé první ošetření novorozence provádíme pod tepelným zářičem (Borek, 2001, s. 242).

Někdy je po porodu nutné novorozenci odsát hleny z úst, nosu nebo hltanu. U fyziologického novorozence odsávání většinou není zapotřebí. Indikací k odsátí dýchacích cest je mekoniem (smolkou) zkalená plodová voda (Čech, 2006, s. 165).

Dalším krokem ošetření novorozence je péče o pupeční pahýl, která zahrnuje podvázání pupečníku sterilní prádlovou gumou nebo umělohmotnou svorkou. Někdy jsou k podvazu pupečníku použity dva peány, které pupečník přeruší. Poté následuje přestřížení pupečníku a jeho ošetření (dezinfekce, sterilní krytí). Sterilní krytí se ponechává na pahýlu pupečníku 24 hodin, poté se doporučuje nechat jej volný, aby rychleji vysychal a lépe se hojil. Pupeční pahýl nezakládáme do plenek, ale necháme jej volně (Fendrychová, 2007, s. 46). Pupeční pahýl musíme neustále kontrolovat, zda je čistý, suchý a nekrvácí. Důležité je zamezit znečištění pupečního pahýlu močí či stolicí, mohlo by tak dojít k infekci. Stejně tak, manipulujeme – li s pupečním pahýlem, dodržujeme sterilitu (Fendrychová, 2009, s. 44).

Důležité je provést změření, zvážení novorozence a identifikaci. Na nožičku se napíše příjmení novorozence. Na ruku se připevní identifikační náramek jak matce, tak dítěti (Hrušková, 2009). Identifikační náramek, který má připevněný matka i dítě na ruce, obsahuje shodné údaje. Náramek by neměl být těsně připevněný k ruce, ale ani by neměl být volný, aby náhodou nespádl z ruky (Fendrychová, 2009, s. 44).

Provádí se kredeizace, a to každému narozenému novorozenci. Fendrychová (2009, s. 45) označuje kredeizaci jako „*laváž spojivkových vaků Ophtalmo – Septonexem nebo vkapávání 1% roztoku dusičnanu stříbrného ($AgNO_3$) v rámci prevence gonokokové konjunktivitidy*“.

Každému novorozenci po porodu se podává intramuskulárně 1 mg vitamínu K (Kanavitu). Je to z důvodu prevence krvácivé choroby novorozenců. Měsíc po porodu se podává ještě kojeným novorozencům vitamin K v tabletové formě, a to v dávce 1 mg/1x týdně (Fendrychová, 2007, s. 48).

Ještě předtím, než se dítě přiloží matce k prsu, musí novorozence vyšetřit dětský lékař (Hrušková, 2009). Po vyšetření pediatrem můžeme dítě matce k prsu dát, aby k prvnímu přisátí došlo ještě na porodním sále. První přisátí k prsu je nesmírně důležité, a to z toho důvodu, že stimulujeme produkci oxytocinu, který napomáhá k lepšímu rozvoji laktace. Kojení napomáhá také k rychlejšímu zavinování dělohy (Čech, 2006, s. 165).

2 NEZRALÝ NOVOROZENEC

Za nezralého novorozence je považováno dítě narozené před termínem, tj. před 38. týdnem gestace, jehož porodní hmotnost je menší než 2500 gramů (Leifer, 2004, s. 352; Fendrychová, 2007, s. 29). Nezralý novorozenec je taktéž označován jako nedonošený (Fendrychová, 2007, s. 29).

Nezralý novorozenec je „*novorozenec narozený od hranice životaschopnosti tj. asi od 24. – 25. gestačního týdne do konce 37. gestačního týdne* (Borek, 2001, s. 46).

Předčasné narození dítěte je jeden z nejčastějších důvodů pro přijetí nezralého novorozence na neontologickou jednotku intenzivní péče (nJIP). V minulosti se často stávalo, že mnohé předčasně narozené děti umíraly. Protože v dnešní době je péče o nezralé děti specializovanější, monitorují se složitějšími technikami, podařilo se úmrtnost předčasně narozených dětí snížit. Péče o nedonošené děti na nJIP vyžaduje komplexní přístup všech členů zdravotnického týmu. Velkým pokrokem v péči o předčasně narozené děti je především využívání nových technologií (Leifer, 2004, s. 352).

2.1 Klasifikace novorozence dle zralosti

Dle zralosti je možné novorozence klasifikovat jako extrémně nezralé, velmi nezralé, středně nezralé a lehce nezralé.

Extrémně nezralý novorozenec je narozený do 28. týdne těhotenství. Porodní hmotnost se pohybuje mezi 500 – 999 gramy. Velmi nezralý novorozenec je narozený do 32. týdne těhotenství, porodní hmotnost se pohybuje mezi 1000 – 1499 gramy. Novorozenec narozený do 34. týdne gestace s porodní hmotností 1500 – 1999 gramů je považován za středně nezralého. Novorozenec, který se narodí do 38. týdne gestace s porodní hmotností 2000 – 2499, je lehce nezralý (Fendrychová, 2007, s. 27).

2.2 Znaky nezralého novorozence

Nezralý novorozenec se od zralého novorozence stupněm zralosti tkání, orgánů a funkcí. Znaky, které pozorujeme u zralého novorozence, se u nezralých dětí nevyskytují, nejsou ještě zcela vyvinuty.

2.2.1 Tělesné známky nezralosti

Kůže těžce nezralých novorozenců je červená až průsvitná, pod kůží můžeme pozorovat probíhající cévy. Těžce nezralým novorozencům chybí na kůži mázek a lanugo. Lehce nezralí novorozenci mají barvu kůže tmavě růžovou, která je pokryta na rozdíl od těžce nezralých novorozenců mázkem a lanugem, a to především na zádech, krku a ramenou. Kůže nedonošených dětí je často prosáklá, což způsobuje tvorbu otoků. Kůže nezralých novorozenců je také velmi citlivá k veškerým dezinfekčním prostředkům a mechanickým vlivům. Dezinfekční prostředek může vytvořit na pokožce dítěte rozsáhlé popáleniny, neopatrné zacházení s pokožkou dítěte zase eroze a trhliny, jimiž dítě ztrácí tekutiny. Eroze nebo trhlina v kůži dítěte je potom snadným místem pro vstup infekce. Velmi citlivé jsou také sliznice, které po nešetrné manipulaci mohou krvácet (Borek, 2001, s. 46 – 47).

U nezralých novorozenců nejsou dokonale vyvinuty prsní bradavky, u lehce nezralých novorozenců může být prsní dvorec i bradavka částečně vytvořena, u těžce nezralých novorozenců může zcela chybět. Také ušní chrupavka není zcela vyvinutá. Co se týká zralosti genitálu, u nezralých děvčat velké stydké pysky nepřekrývají malé, u chlapců nejsou sestouplá varlata. Taktéž není patrné rýhování plosek nohou a dlaní, rýhy jsou někdy nepatrně naznačené nebo zcela chybí (Borek, 2001, s. 47).

2.2.2 Funkční známky nezralosti

U těžce nezralých novorozenců nejsou dostatečně vyvinuty plíce. V plicích chybí dostatečné množství surfaktantu, antiatektatického faktoru, který se podílí na výměně plynů v plicích a brání kolapsu plicních sklípků. Nezralý je také gastrointestinální systém. Nedonošený novorozenec má méně trávicích šťáv a zpomalenou motilitu gastrointestinálního traktu. Nedostatečně zralá jsou také játra, která nestíhají vylučovat přebytečné množství bilirubinu a odbourávat odpadní látky. Taktéž ledviny nejsou plně vyvinuty. Nezralý novorozenec je termolabilní, nedokáže si udržet stálou tělesnou teplotu, snadno a rychle se ochladí (Borek, 2001, s. 47 – 48). U nezralých novorozenců mohou být také méně vyvinuté vrozené reflexy, jako je například sání a polykání, někdy chybí úplně (Fendrychová, 2007, s. 29).

2.3 Předčasný porod

Borek (2001, s. 17) tvrdí, že „za předčasný porod je považováno ukončení těhotenství mezi 27. – 37. týdnem těhotenství“.

Předčasný porod může být označen také jako „*patologický stav, jehož příčiny jsou anatomické, biochemické, endokrinologické a ústí v syndrom předčasného porodu, který má tři komponenty: děložní kontrakce, zrání děložního hrdla a aktivace plodových obalů*“ (Hájek, 2004, s. 263).

Hmotnost předčasně narozeného novorozence je menší než 2500 gramů. Za předčasný porod je považováno i narození dítěte, jehož porodní hmotnost je menší než 1000 gramů, dítě však musí jevit známky života, jako jsou srdeční akce, dýchání, pulzace pupečnicku a reakce na podráždění. V tomto případě označujeme ukončení těhotenství jako porod. Nejeví – li dítě žádné známky života, musíme prohlásit ukončení těhotenství za potrat (Borek, 2001, s. 17).

Je – li hmotnost porozeného dítěte menší než 500 gramů, klasifikujeme ukončení těhotenství jako porod pouze v případě, jeví – li plod známky života déle než 24 hodin (Borek, 2001, s. 17).

2.3.1 Příčiny předčasného porodu

Příčiny předčasného porodu nejsou jasné. V mnoha případech se příčina předčasného porodu nezjistí (Leifer, 2004, s. 354). Existují však rizikové faktory, které na předčasný porod dítěte mají vliv. Nutné je ale zmínit, že u 50 % žen, které porodí předčasně, se žádný rizikový faktor nemusí vyskytovat (Borek, 2001, s. 18). Ze všech porodů je 5 – 10 % předčasných (Meixnerová, 2007).

Meixnerová (2007) uvádí dvě hlavní příčiny předčasného porodu, a to nízký socioekonomický status a rodinnou anamnézu. Výskyt předčasného porodu také zvyšuje v osobní anamnéze těhotné ženy riziko dalšího předčasného porodu.

Podle Větra (2003) mají socioekonomické faktory, jako jsou špatný životní styl, nízký finanční příjem rodiny, nízké dosažené vzdělání matky, kouření a parita, vliv na nízkou porodní hmotnost dítěte. Podvýživa a hmotnostní přírůstek těhotné ženy menší jak 9 kilogramů vede častěji k předčasnému porodu a narození dítěte s nízkou porodní hmotností. Nejvíce rizikovým faktorem jsou obecně špatné a nevyhovující životní podmínky, které úzce

souvisejí také se životním stylem těhotné ženy. Snad nejzávažnějším rizikovým faktorem, který se odvíjí od špatných socioekonomických podmínek, je nedostatečná spolupráce těhotné ženy a nedostatečný přístup k prenatální péči. Meixnerová (2007) tvrdí, že u těhotných žen s žádnou nebo minimální prenatální péčí je riziko předčasného porodu zvýšeno.

U mladších žen, ale také u prvorodiček (primipar) starších 35 let, je zvýšené riziko předčasného porodu. U mladších žen je uváděna spojitost s nedokončeným tělesným vývojem, k němuž se ještě přidávají faktory, jako je úzkost nebo stres. U starších žen může být předčasný porod zapříčiněn chronickými onemocněními, která se po 35 roku u těhotných žen mohou vyskytovat. Jedná se například o hypertenzi, onemocnění ledvin nebo cukrovku. U starších primipar se také častěji vyskytují komplikace během porodu. Udává se, že svobodné a rozvedené ženy jsou považovány za rizikovou skupinu žen, jimž hrozí předčasný porod (Větr, 2003).

Meixnerová (2007) uvádí, že 20 % předčasných porodů jsou indukované (vyvolané) porody z důvodu různých patologií těhotenství, mezi něž patří například preeklampsie, placenta praevia nebo intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR).

Mezi další komplikace v průběhu těhotenství, které mohou být příčinami předčasného porodu, patří také krvácení v těhotenství, vícečetné těhotenství, polyhydramnion (zmnožení plodové vody), předčasný odtok plodové vody (PROM), různé vrozené vývojové anomálie dělohy, vrozené vývojové vady plodu, nedostatečnost placenty, inkompetence (nedostatečnost) děložního hrdla (IDH) nebo celková onemocnění matky (Čech, 2006, s. 190).

Jednou z možných komplikací v těhotenství je také infekce, která může vést k předčasnému porodu (Borek, 2001, s. 21). Podle Meixnerové (2007) má 30 – 40 % předčasných porodů souvislost právě s infekcí. Nejčastějšími infekcemi, které k předčasnému porodu vedou, jsou infekce urogenitální. Často se vyskytuje infekce močových cest, která může druhotně způsobit například cervikální infekci. Infekce jsou nejčastěji bakteriálního původu, mohou se však vyskytovat i infekce virové nebo herpetické. Borek (2001, s. 21) uvádí, že typickým znakem urogenitálních infekcí je bakteriurie, která je často asymptomatická, tzn. bezpříznaková. Těhotné ženy mnohdy ani netuší, že nějakou infekci mají. Asymptomatická bakteriurie však postupně vede k rozvoji děložní činnosti. Nutná je léčba infekce antibiotiky, která sníží aktivitu děložní činnosti a tím pádem i riziko předčasného porodu.

Na tělesný stav těhotné ženy nepříznivě působí také nadměrně zvýšená fyzická aktivita, vypětí v zaměstnání a vysoké pracovní tempo. Tyto faktory mohou zvyšovat nitrobřišní tlak a průtok krve dělohou, a tím zvýšit riziko předčasného porodu (Větr, 2003). Naopak pravidelně prováděná mírná tělesná aktivita může riziko předčasného porodu snížit (Borek, 2001, s. 21).

2.3.2 Diagnostika předčasného porodu

Co nejdříve po příchodu do porodnice by měla být těhotná žena vyšetřena. Měla by u ní být provedena taková vyšetření, aby lékař diagnózu předčasného porodu mohl stanovit. Na základě vyšetření těhotné ženy a diagnostiky klinického stavu předčasného porodu musí lékař učinit zásadní rozhodnutí, zdali předčasnému porodu všemi prostředky zabrání a bude usilovat o prodloužení těhotenství, nebo naopak průběhu předčasného porodu bránit nebude (Hájek, 2004, s. 268).

K rozhodnutí, zdali předčasnému porodu zabránit, nebo ho nechat již proběhnout, může lékaři pomoci hodnocení předčasného porodu dle Baumgartena. Baumgarten hodnotí body stav odtoku plodové vody, kontrakce, krvácení a dilataci hrdla (*viz. příloha 3*). Pokud součet bodů je 6 a více, je předčasný porod nezvratný, nedá se zastavit. Z toho vyplývá, že nemá smysl průběhu porodu bránit (Borek, 2001, s. 24).

Podle Hájka (2004, s. 269) by se lékař při diagnostice předčasného porodu měl držet následujících bodů, a to v tomto pořadí. První by se měl zaměřit na důkladný sběr anamnestických dat, která mají velkou výpovědní hodnotu a mohou velmi pomoci při diagnostice předčasného porodu. Těhotná žena může udávat tlak nebo bolesti v podbříšku, tvrdnutí podbříšku, bolesti zad v křížové oblasti, krvavý výtok, apod. Poté by mělo následovat vyšetření děložní činnosti, tj. děložních kontrakcí. Děložní činnost zjišťujeme pomocí kardiokografického vyšetření (CTG). Těhotná žena subjektivně také pociťuje děložní stahy. Pokud kardiokografické vyšetření zaznamená během 30 minut více než 4 kontrakce, můžeme usuzovat, že se jedná o hrozící předčasný porod. Poté následuje porodnické vyšetření těhotné ženy v zrcadlech, které může být doplněno o palpační vyšetření. Porodnickému vyšetření v zrcadlech se dává přednost, protože kdyby se jednalo u těhotné ženy o prolaps plodových obalů, vyšetřením zrcadly je menší riziko jejich perforace a následného odtoku plodové vody než palpačním vyšetřením. Dále následuje abdominální ultrasonografické vyšetření, ale také vaginální ultrazvuk. Vaginální ultrazvuk slouží k posouzení zkrácení a

dilatace děložního hrdla. Nutné jsou také laboratorní testy, z nichž má především význam stanovení hladiny leukocytů s diferenciálním rozpočtem a hladiny C – reaktivního proteinu (CRP).

Rozeznáváme čtyři stadia předčasného porodu. Jako první můžeme diagnostikovat hrozící předčasný porod (*partus praematurus imminens*), který je charakterizován tlakem v podbřišku, bolestmi v zádech, především v křížové oblasti, a výtokem z pochvy. V 10 % se u těhotných žen tyto příznaky nevyskytují, ženu do porodnice přivádí předčasný odtok plodové vody. Při vaginálním palpačním vyšetření můžeme zjistit zkrácení a dilataci děložního hrdla. Porodnickým vyšetřením zrcadly můžeme zjistit prolaps plodových obalů nebo odtok plodové vody. Odtekla – li ženě opravdu plodová voda, můžeme potvrdit pomocí Temesváryho činidla, které při kontaktu s plodovou vodou způsobí její zmodrání. Pro průkaz odtoku plodové vody se také používá test nilskou modří, tzv. Kittrichova zkouška nebo actim PROM test, který je založen na základě imunochromatografické metody. Provádějí se také odběry krve na stanovení hladiny leukocytů a CRP. Pomocí CTG přístroje se také monitoruje děložní činnost, podle které můžeme usoudit, v případě více jak 4 kontrakcí za 30 minut, na hrozící předčasný porod. Jako druhé stadium předčasného porodu je diagnostikován počínající předčasný porod (*partus praematurus incipiens*), který je charakterizován zaniklým děložním hrdlem a otevřenou porodní brankou více jak 3 cm. Při diagnostikovaném hrozícím předčasném porodu je možné těhotné ženě podávat tokolytickou léčbu k oddálení předčasného porodu. Při počínajícím předčasném porodu těhotná žena na podaná tokolytika nereaguje, tudíž děložní kontrakce neustále sílí. Třetím stadiem je předčasný porod v běhu (*partus praematurus in cursu*), při kterém pokračuje dilatace porodní branky a měkkých porodních cest. V tomto stadiu dochází často k odtoku plodové vody, pokud se tak nestalo dříve. Plod pomalu sestupuje směrem dolů do porodních cest. Čtvrtým stadiem a zároveň nejméně příznivým stavem je předčasný odtok plodové vody bez děložních kontrakcí (*defluvium liquoris amnialis praecox*). Při tomto stadiu hrozí riziko intraovulární infekce, riziko předčasného odlučování placenty a riziko akutní hypoxie plodu (Hájek, 2004, s. 276). Borek (2001, s. 23) přesto tvrdí, že u 80 – 90 % žen dochází po odtoku plodové vody do 24 hodin k spontánnímu zahájení děložních kontrakcí.

2.3.3 Řešení předčasného porodu

Má – li těhotná žena před termínem plánovaného porodu příznaky hrozícího předčasného porodu, je nutné, aby byla co nejdříve přijata na gynekologicko – porodnické oddělení. Pokud se jedná o hrozící předčasný porod, je těhotné ženě nasazena léčba, která by měla těhotenství udržet a tím předčasný porod oddálit. Pokud se jedná o počínající předčasný porod, je vhodné neprodleně těhotnou ženu převést do perinatologického centra (Čech, 2006, s. 191). Perinatologická centra jsou specializovaná pracoviště, která pečují o předčasně narozené novorozence od hranice viability (životaschopnosti), tj. od ukončeného 24. týdne gravidity a od porodní hmotnosti 500 g. Perinatologická centra se snaží pečovat o těhotné ženy, u nichž je riziko předčasného porodu, a to již během těhotenství. Do perinatologických center jsou transportovány také těhotné ženy s počínajícím předčasným porodem z porodnic, které perinatologické centrum nemají. V perinatologickém centru se dostane dítěti adekvátní a specializovaná péče, kterou by neonatologické oddělení poskytnout nemohlo, a to z důvodu toho, že není tak špičkově vybavené jako perinatologické centrum (Nedoklubko a Konektudo, 2011).

K terapii předčasného porodu se používají tokolytika, látky, které jsou základní léčbou hrozícího předčasného porodu. Úspěšná je taková tokolytická léčba, které dokáže oddálit předčasný porod alespoň o 48 hodin, tj. po dobu nutnou k indukci zralosti plic, produkci surfaktantu a k transportu těhotné ženy do perinatologického centra. Doporučí – li lékař v tokolyze pokračovat déle jak 48 hodin, je jen na jeho rozhodnutí, závislém na individuálním posouzení jednotlivých případů hrozících předčasných porodů. Lékař posoudí, jestli za 48 hodin tokolytické léčby a současném podávání kortikosteroidů jsou plíce plodu zralé natolik, aby byly schopny po porodu samostatně pracovat. Jestli jsou plíce zralé, může se tokolytická léčba přerušit a nemusí se bránit předčasnému porodu. V případě stále nedostatečné zralosti plic po 48 hodinách tokolytické a současné léčbě kortikosteroidy lékař určí v léčbě nadále pokračovat (Hájek, 2004, s. 272).

Čech (2006, s. 191) udává, že tokolytická léčba je indikována těhotným ženám, kterým hrozí předčasný porod ve 24. + 0. týdnu. Hrozí – li těhotné ženě ve 33. + 6. týdnu těhotenství předčasný porod, tokolyza se již nedoporučuje.

Tokolytická léčba spočívá v relaxaci děložní svaloviny. Snižuje kontraktilitu (stažlivost) děložní svaloviny. Mezi látky s tokolytickými účinky na děložní sval řadíme β - sympato-

mimetika, magnézium sulfát, inhibitory syntézy prostaglandinů, blokátory kalciových kanálů a antagonisty oxytocinu. Nejčastěji užívanou tokolytickou léčbou je kombinace β -sympatomimetik s magnéziem. Nejúčinnějším tokolytikem jsou antagonisté oxytocinu, například preparát Atosiban. Antagonisté oxytocinu snižují kontraktilitu myometria s minimálními vedlejšími účinky na matku a plod. Preparát Atosiban je možné použít u těhotných žen s kardiopatiemi, poruchami srdečního rytmu, cukrovkou, poruchami štítné žlázy a jinými onemocněními. Nevýhodou využívání preparátů antagonistů oxytocinu v praxi je vysoká cena, která brání mnoha zemím jej využívat v terapii předčasných porodů (Hájek, 2004, s. 272 – 273).

Další skupinou léků, využívanou k terapii předčasného porodu, jsou kortikosteroidy, které podporují vyhrávaní orgánů plodu, především plic. Kortikosteroidy mají vliv na produkci surfaktantu v plicích plodu, který je nezbytně důležitý ke správné činnosti plic novorozence po porodu (Čech, 2006, s. 193). Podávání kortikosteroidů podporuje u plodu maturaci (zrání) plicní tkáně (Hájek, 2004, s. 274). Podle Čecha (2006, s. 193) se také snižuje riziko syndromu respirační tísně novorozence (RDS) a riziko nitrolebního krvácení. Nežádoucími účinky kortikosteroidů je zvýšené riziko infekce u plodu. Účinnými preparáty z řady kortikosteroidů jsou Betametazon (14 mg), a to 2 dávky podávané po 24 hodinách nebo 4 dávky Dexametazonu (8 mg) podávané po 6 – 12 hodinách intramuskulárně (i. m.).

V případě hrozícího předčasného porodu z důvodu infekce jsou těhotné ženě podávány antibiotika. Protože většina bakterií způsobujících infekci zvyšuje syntézu prostaglandinů, které napomáhají a spouští děložní činnost, jsou používána antibiotika také profylakticky, například při odtoku plodové vody, kdy si nejsme jisti, zdali byl odtok plodové vody způsoben intraamniální infekcí. Antibiotika se nasadí a jejich kombinace se upřesní dle kultivace. Léčba antibiotiky může zabránit předčasnému porodu tím, že léčí infekci, která je velkým rizikovým faktorem předčasného porodu. Nejčastěji užívaná antibiotika jsou např. Penicilin, Ampicilin, Gentamicin nebo Unasyn (Čech, 2006, s. 193).

Nezbytnou součástí léčby předčasného porodu je klid na lůžku. Přestože není dokázáno, že klidová terapie snižuje výskyt předčasných porodů, víme, že snížení fyzické aktivity a klidový režim těhotné ženy jsou v těhotenství prospěšné (Hájek, 2004, s. 275). V případě, že nemůžeme vyloučit předčasný porod, je nutná hospitalizace těhotné ženy v perinatologickém centru, kde jí a jejímu dítěti v případě předčasného porodu bude poskytnuta adekvátní péče (Borek, 2001, s. 24).

V případě psychicky alterovaných těhotných žen mohou být podávána sedativa, která odstraňují vnímání bolestivých kontrakcí. Na příčinu a odstranění kontrakcí nemají tyto léky vliv (Borek, 2001, s. 24).

V případě inkompetence děložního hrdla (IDH) je indikovaná u těhotných žen Trendelenburgova poloha. Je zjištěno, že důsledné dodržování Trendelenburgovy polohy nejméně po dobu 24 hodin a následný klid na lůžku, výrazně snižuje riziko předčasného porodu. Můžeme říct, že polohování těhotné je velmi cenné léčebné opatření v případě IDH, protože brání její rychlé progresi. V mnoha případech není nutné přistoupit k cerkláži (sešití děložního hrdla). Někdy je však provedení cerkláže nevyhnutelné (Malý, 2001). V dnešní době jsou v klinické praxi cerkláže prováděny minimálně. Indikací k cerkláži je spíše prolaps plodových blan. Podmínkou provedení cerkláže je absence infekce a děložní činnosti u těhotné ženy (Čech, 2006, s. 193).

2.4 Nejčastější problémy předčasně narozených dětí

Čím dříve je dítě narozeno, tím se u něj vyskytuje větší riziko různých problémů. Problémy, které se vyskytují u nedonošených dětí, jsou způsobené především jejich nezralostí.

2.4.1 Nedostatečná funkce plic

Jedním z problémů předčasně narozených dětí je nezralost plic. Čím dříve je novorozenec narozený před termínem, tím je nezralost plic těžší. Vážným problémem je syndrom respirační tísně novorozence neboli Respiratory Distress Syndrome (RDS), který bývá také nazýván jako syndrom hyalinních membrán. Příčinou RDS je nedostatek surfaktantu neboli antiatektatického faktoru v nezralých plicích novorozence. Surfaktant je látka, která se nachází uvnitř plicních sklípků (alveolů) a má tu funkci, že je udržuje rozepjaté. Surfaktant brání kolapsu (splasknutí) plicních sklípků a vzniku atelaktázy (nevzdušné plíce), proto je také nazýván surfaktant jako antiatektatický faktor (Borek, 2001, s. 76 – 77). Surfaktant se začíná v plicích plodu tvořit zhruba ve 22. týdnu těhotenství. Pro správnou funkci je dostatečné množství surfaktantu v plicích plodu až od 34. týdne těhotenství (Leifer, 2004, s. 355).

Přestože nacházíme u nezralých novorozenců v plicích nedostatek surfaktantu, který má za následek nedostatečnou funkci plic, vliv na nedostatečné dýchání mají také zcela nevyvinuté svaly hrudníku, které se podílí na dýchání, ale také roztažené břicho, které nesprávně

tlačí na bránici. Schopnost dýchání novorozence také závisí na zralosti dýchacího centra v mozku (Leifer, 2004, s. 355).

Dříve býval RDS nejčastější příčinou úmrtí předčasně narozených novorozenců. Ke zlepšení prognózy nezralých novorozenců s plicní nedostatečností pomohlo zavedení exogenního surfaktantu do léčby syndromu respirační tísně. Surfaktant je aplikován přes endotracheální kanylu přímo do plic, a to hned první den života. Nejčastěji se aplikují 2 dávky surfaktantu po 12 – ti hodinách, v případě těžké nezralosti plic je možné aplikovat i 4 dávky. Těžce nezralí novorozenci, nejčastěji s porodní hmotností pod 1000 gramů, jsou prostředně po porodu intubováni a připojeni na řízenou ventilaci. U lehce nezralých novorozenců dostačuje oxygenoterapie (Čihař, 2002).

V souvislosti s respiračními problémy se u předčasně narozených dětí vyskytuje také bronchopulmonální dysplazie, plicní hypoplazie, pneumonie, ale také vyšší riziko apnoických pauz (Čihař, 2002). Výskyt apnoických pauz je u nezralých novorozenců častý, souvisí z nezralostí nervového systému (Leifer, 2004, s. 356).

2.4.2 Nedostatečná termoregulace

Nedostatečná termoregulace je jedním z problémů nezralých novorozenců. Nedostatečná termogeneze (tvorba tepla), termoregulace a s tím související rychlý vznik hypotermie jsou způsobeny nezralostí centra pro termoregulaci v mozku dítěte. Na termolabilitě nezralého novorozence se z velké části podílí také velký povrch těla dítěte a chybění ochranné vrstvy podkožního tuku, který slouží jako tepelná izolace (Fendrychová, 2007, s. 29; Kučová, 2008).

Pro nezralé novorozence je nesmírně důležité zajištění termoneutrálního prostředí. Nezralí novorozenci jsou umístěni do inkubátoru nebo na vyhřívané lůžko. Teplotu v inkubátoru nastavujeme a upravujeme vždy podle aktuální tělesné teploty dítěte. V inkubátoru se teplota pohybuje kolem 30 – 35 °C. Dle zralosti novorozence se v inkubátoru nastavuje také vlhkost, která se pohybuje v rozmezí 40 – 60 %. Nezralému novorozenci pomáhá eliminovat ztráty tepla rovněž oblečení ponožek a čepičky (Kučová, 2008).

2.4.3 Nezralost gastrointestinálního traktu

Nezralý novorozenec má problémy s výživou a hydratací. Tyto problémy jsou způsobeny tím, že u nezralého novorozence je chabý nebo nevyvinutý sací a polykací reflex. U nedonošeného dítěte může být také problém s koordinací sání a polykání. Z velké části se na problémech gastrointestinálního systému podílí snížená motilita střev, nízká produkce trávicích šťáv, malá kapacita žaludku a nezralost svěračů na obou koncích žaludku. Omezená je také schopnost vstřebávání tuků a vitamínů rozpustných v tucích (Fendrychová, 2007, s. 29; Kučová, 2008).

Výživa předčasně narozených dětí je v prvních dnech života především parenterální. Podávání malých dávek mateřského mléka nazogastrickou sondou současně při parenterální výživě slouží spíše ke stimulaci zažívacího traktu dítěte. Snahou však je co nejčasnější obnovení příjmu dítěte per os. Přechod z parenterální výživy na výživu per os se odvíjí od tolerance stravy (Baťová, 2007).

2.4.4 Nezralost imunitního systému

U nedonošených dětí není dostatečně zralý imunitní systém. Všichni nezralí novorozenci jsou ohroženi infekcí, zvláště pak jsou vysoce ohroženi extrémně nezralí novorozenci. Protože 50 % předčasných porodů je vyvoláno infekcí, hrozí vysoké riziko rozvoje sepse (Čihař, 2002).

Při rozvoji infekce je nutná včasná parenterální léčba antibiotiky, po předchozím odebrání hemokultur (Kučová, 2008).

2.4.5 Retinopatie

Retinopatie (ROP) znamená částečné nebo úplné odchlípení sítnice v oku. Sítnice se může odchlípnout tahem novotvořených cév v oku, které prorůstají do sklivce. Vznik retinopatie závisí na stupni zralosti dítěte. Čím je dítě méně zralé, tím se u něj vyskytuje větší riziko vzniku retinopatie. Nejvíce ohroženi jsou nezralí novorozenci, narození v 25. týdnu těhotenství (Odehnal, 2010).

Odehnal (2010) tvrdí, že retinopatie nedonošených novorozenců vede často k slepotě. Podle Leifer (2004, s. 358) naopak nezralé děti s mírnější formou retinopatie nemusí mít do budoucnosti poruchy s viděním ani žádné trvalé následky.

K terapii retinopatie se dříve využívala aplikace kortikoidů a vitamínu E. V dnešní době se již od podávání kortikoidů a vitamínu E ustupuje, protože mnohé studie účinnost této léčby vyvrátily. Stěžejní metodou v léčbě retinopatie je kryopexe a laserová elektrokoagulace (Dvořák, 2002).

2.4.6 Nekrotizující enterokolitida

Jedná se o akutní zánětlivé onemocnění střev, které je způsobeno poruchou krevního zásobení sliznice střeva. Porucha krevního zásobení může vzniknout v důsledku hypoxie nebo infekce (Leifer, 2004, s. 358).

Vzniku nekrotizující enterokolitidy předchází zatížení gastrointestinálního traktu perorálním příjmem potravy. Bakteriální infekce, která je přítomna ve střevech, při příjmu mateřského mléka proniká snáze sliznicí do střevní stěny, kde působí nekrotické změny, které mohou vést až k proděravění střeva. Důsledkem proděravění střev je vznik pneumoperitonea (vzduchu v dutině břišní) a peritonitidy (zánětu pobřišnice). Může vést také až k nekróze části střeva (Borek, 2001, s. 162 – 163).

Bendová (2009) udává, že nekrotická enterokolitida je nejčastější příčinou, která vede k vytvoření stomie u nezralých novorozenců.

3 POCITY A PROŽÍVÁNÍ RODIČŮ NEDONOŠENÝCH DĚTÍ

Předčasné narození dítěte se ve většině případů stane pro matku velmi zátěžovou situací. Mnohdy je tato situace pro oba rodiče tak náročná, že z ní nevidí téměř žádné východisko. I vytvoření citového vztahu matky k jejímu předčasně narozenému dítěti může být mnohdy velmi obtížné (Fendrychová, 2007, s. 160).

Pobyt na jednotce intenzivní péče předčasně narozeného dítěte ve vážném stavu je pro rodiče skutečně velkou zátěží. Vznikne velmi náročná situace. Cestováním za dítětem do nemocnice, narušením pracovního a životního režimu, nedostatkem spánku a strachem o dítě vzniká začarovaný kruh, ze kterého rodiče těžko hledají východisko. Mnohdy se na své dítě zlobí a obviňují jej za to, že jim zkomplikovalo životní situaci. Vše bylo doposud bez problémů, najednou se však situace zásadně změnila. Téměř vždy si rodiče uvědomí, že se na své dítě zlobí a v důsledku tohoto uvědomění rodičů, že se zlobí na dítě, které vlastně za nic nemůže, nastane obávané sebeobviňování, čímž vzniká bludný kruh. Neustálé kolísání mezi nadějí a beznadějí rodiče vyčerpává (Novák, 2008, s. 24 – 25). S tím souvisí **pocity vyčerpanosti a podrážděnosti**. Stav vyčerpanosti a podrážděnosti jsou odezvou organismu na stres, který rodiče prožívají. Mohou přetrvávat různě dlouhou dobu, a to jak týdny, tak i měsíce (Dokoupilová, 2009, s. 21).

Nejčastějšími pocity, které rodiče v souvislosti s předčasně narozeným dítětem a jeho umístěním na nJIP provází, jsou **beznaděj a zoufalství**. Rodiče se ocitnou v situaci, se kterou nemohou nic udělat. Rádi by nějakým způsobem pomohli, aby jejich dítě bylo zdravé, ale bohužel jim nezbyvá nic jiného než čekat, jak se bude stav jejich dítěte vyvíjet dál (Dokoupilová, 2009, s. 20 – 21).

Dalším pocitem, který se objevuje především u matek předčasně narozených dětí, je to, že se cítí provinile. Tento **pocit provinilosti** se objevuje velmi často. Matky se trápí tím, zdali nemohly předčasnému porodu nějak zabránit. Tíží je také nastalá situace v tom smyslu, že neví, jak s touto skutečností seznámí babičky a dědečky. Bojí se, že se na ně budou nejen příbuzní, ale i ostatní lidé dívat „skrz prsty“. Tento pocit může způsobit, že se matky **cítí osamocně**. Mají **pocit, že okolí nechápe**, jak se cítí (Dokoupilová, 2009, s. 21 – 22).

Často se nám mohou maminky svěřovat s tím, že **necítí nic ke svému dítěti**. Uvědomění, že nic necítí ke svému dítěti, může být pro ně velmi bolestivé. Na miminko se těšily, milovaly jej, už když bylo v jejich bříšku, a teď - necítí nic. Tyto pocity se mohou objevit krátce

po porodu a mohou přetrvávat různě dlouhou dobu, a to jak několik týdnů, tak i měsíců. Vyskytují se u většiny rodičů (Dokoupilová, 2009, s. 22).

Rodiče mohou trápit i **obavy z budoucnosti**. Bojí se, co bude s jejich dítětem dál. Neustále se jim honí hlavou myšlenky na následující týdny, zdali bude dítě v pořádku nebo naopak, jestli se mu nepřitíží. Nejistá je také další prognóza. Rodiče se mohou obávat, jestli nebude jejich dítě opožděné, nebo dokonce jestli nebude mít nějaké postižení. Někdy mohou mít matky také **pocit, že nic nezvládají** (Dokoupilová, 2009, s. 23).

Předčasné narození dítěte je bezpochyby zásadní změnou v životě. Tato situace se netýká pouze matky, která určitě předčasným porodem a následným umístěním svého dítěte na jednotku intenzivní péče trpí nejvíce, ale postihuje také celou rodinu, a to jak partnera, sourozence, tak i prarodiče. Sourozenci předčasně narozeného dítěte mohou nastalou situaci vnímat rovněž velmi citlivě. Tato situace, kdy rodiče věnují pozornost výhradně nedonošenému sourozenci, může způsobit nepříjemné pocity a změny v prožívání jejich druhého dítěte. Může se totiž stát, že se rodiče, ve starosti o své předčasně narozené dítě, izolují od svého druhého dítěte a nevěnují mu dostatečnou pozornost. Sourozenec/sourozenci mohou mít pocit, že je rodiče vyřadili z dění kolem nich. Není vhodné, aby rodiče před dítětem celou situaci tajili. Druhé dítě se tak může cítit ostrčené a opuštěné. Častou reakcí dítěte je potom vztek a zlost na nemocného sourozence, nepřejí sourozenci nic dobrého. V případě, že skončí situace špatně, mohou dítě celý život trápit pocity viny. Aby rodiče takové situaci předešli, měli by své dítě informovat přiměřeně jeho věku, v žádném případě by ale neměli celou situaci před ním tajit. Dítě nemá mít pocit, že pro rodiče je více důležitý jeho nemocný sourozenec (Novák, 2008, s. 25 – 26).

Může se stát, že předčasně narozené dítě zemře. Smrt dítěte je nejnáročnější životní událostí, a to jak pro matku, partnera, tak i celou rodinu. Ani taková situace by neměla být tajena před jejich druhým dítětem. Děti by měly vědět o smrti svých blízkých, včetně svých sourozenců. Dítě od doby, kdy je schopno chápat a rozumět, by mělo přijímat smrt jako součást lidského života. Určitě by se rodiče neměli chovat tak, aby si dítě myslelo, že smrt je něco krutého a strašného. Měli by dítěti vysvětlit, že jeho sourozenec netrpěl, nic ho nebolelo, a že teď je mu dobře. Dítě by si nemělo spojovat smrt s bolestí a utrpením (Novák, 2008, s. 25 – 26).

3.1.1 Rady, jak pomoci matkám zvládat jejich pocity

Ve všech případech předčasně narozených dětí je nutné matkám vysvětlit, že pocity, které prožívají, nepocítují samy. Důležité je, aby věděly, že výše zmíněné pocity prožívají skoro všichni rodiče předčasně narozených dětí, především matky.

V případě, že se cítí matka bezmocná, je vhodné nabídnout možné aktivity, které může uplatnit u svého dítěte na neonatologické jednotce intenzivní péče (nJIP). Tím, že umožníme matce být u svého dítěte, můžeme eliminovat pocity bezmocnosti. Matka může cítit, že je aspoň trochu užitečná, že něco pro dítě dělá. V případě, že má matka pocit, že ke svému dítěti nic necítí, můžeme vztah k jejímu dítěti pozitivně ovlivnit tím, že jí umožníme za dítětem chodit a pomůžeme jí najít k němu cestu. Pokud je tedy dítě na nJIP, dovolíme matce přístup k dítěti kdykoliv. Nesmíme však zapomenout maminku upozornit na výjimky, kdy by ji za dítětem nemuseli pustit, tj. vizita, výkony prováděné u dítěte apod. Na nJIP může maminka na své dítě mluvit, může jej hladit, je – li to možné, může provádět jemné baby masáže nebo klokánkování. Později, když to bude možné, může maminka dítě i kojít nebo s ním cvičit. Můžeme mamince doporučit, aby si sestavila předběžný plán, podle kterého zařídí domácnost, aby koupila nějaké hračky pro dítě doma do postýlky. Potom při návštěvě na nJIP může svému dítěti povídat o tom, co všechno doma pro něj zařizuje, co budou spolu dělat, až bude doma. Má – li maminka doma ještě další dítě, může dítě nakreslit svému sourozenci, který je ještě v inkubátoru, nějaký obrázek (Dokoupilová, 2009, s. 20).

V případech vyčerpání a podrážděnosti je vhodné mamince doporučit, aby zkusila nějakou fyzickou aktivitu. Může chodit se svým partnerem na vycházky do přírody, cvičit, plavat, apod. Podpora partnerem a veškerou rodinou je velmi důležitá. Maminka by měla mluvit o svých pocitech a problémech, které ji trápí. V žádném případě by neměla být na své problémy sama. V případě, že by se maminka cítila nadále špatně a přidaly by se ještě i zdravotní problémy, jako např. bolesti hlavy, břicha, nechutenství, trávicí potíže, můžeme jí doporučit pomoc psychologa (Dokoupilová, 2009, s. 21).

Maminka může svému dítěti také vytvořit nahrávku, na kterou nazpívá nějakou písničku, nebo namluví krátké vyprávění. Pokud budou zdravotničtí pracovníci ochotní, mohou ji potom dítěti v inkubátoru pouštět do sluchátek. Je to dobrá možnost, jak můžeme dítě sti-

mulovat. Tím, že slyší dítě v inkubátoru maminčin hlas, tak jako ho slýchalo v prenatálním období, když ještě bylo v bříšku, můžeme dítě uklidnit (Dokoupilová, 2009, s. 21).

Maminka se může klidně zapojit do sdružení Nedoklubko. Toto sdružení pomáhá a podporuje rodiny s předčasně narozenými dětmi. Je zde možnost setkávat se osobně s maminkami, kterým se také předčasně narodilo dítě, vyměnit si s nimi zkušenosti, poradit se s nimi a poptat se jich na vše možné, co maminky zajímá. Existují i webové stránky, na nichž může maminka najít mnoho cenných a zajímavých informací. Může využít i internetovou poradnu, kde odpovídají lékaři na otázky maminek, kterým se dítě narodilo předčasně.

Trápí – li maminku pocity viny, že mohla předčasnému porodu nějak zabránit, měli bychom jí vysvětlit, že ona za vzniklou situaci nemůže. Maminka by měla vědět, že až ji budou s dítětem propouštět z nemocnice, že bude mít dítě stejně velké, jako ostatní děti, které se narodí v termínu. Nikdo z lidí si nebude umět představit, jak mohlo být miminko tak malé, když jej uvidí tak velké, jako jsou ostatní děti (Dokoupilová, 2009, s. 22).

Někdy, když bude maminka už se svým dítětem doma, se mohou objevit pocity, že nic nezvládá. Nebývá to vždy, ale stát se to může. Důležitá je pomoc celé rodiny. Maminka by měla vědět, že se nemusí bát požádat rodinu o pomoc. Je v pořádku a není ani na škodu, když kamarádka nebo někdo z rodiny vezme mamince její dítě na chvíli ven na procházku. Maminka si pak může chvíli odpočinout, může se vykoupat nebo třeba připravit na další aktivity prováděné s dítětem, např. na cvičení (Dokoupilová, 2009, s. 23 – 24).

Velmi důležitá je pomoc a podpora zdravotnického personálu, a to jak během pobytu v nemocnici, kdy je matka hospitalizovaná se svým dítětem, tak i po jejím propuštění. Během pobytu v nemocnici jistě každá maminka ocení od sestry podporu, pochopení, ale také radu, co může pro své dítě udělat, čím může být nápomocná. Při návštěvách na jednotce intenzivní péče maminka ocení, když jí dovolí sestřičky sledovat, jak o dítě pečují. Velmi přínosné je, když zdravotnický personál zapojí maminku do péče. Zpočátku to není mnohdy možné, ale později, když sestřičky uznají za vhodné, se může maminka na péči o dítě podílet.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

1. Zjistit, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození jejich dítěte.
2. Zjistit, jak matky vnímají péči, která je poskytována jim a jejich dítěti, a zda je péče podle nich dostatečná.
3. Zjistit, zdali zdravotnický personál umožňuje matkám podílet se na péči o své dítě v inkubátoru.

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro průzkumné šetření, které probíhalo formou rozhovorů, jsem si vybrala jako zkoumaný vzorek matky předčasně narozených novorozenců. Zkoumaný vzorek neměl žádná přesná kritéria. Respondenty byly matky předčasně narozených dětí, nehledě na to, ve kterém týdnu těhotenství se jejich dítě narodilo. Respondenti byli ve věkovém rozmezí od 25 do 40 let.

Respondentka 1 (R1) – 31 let, zdravotní sestra, narozena dvojčata (chlapeček Honzíček a holčička Adélka) ve 26. týdnu těhotenství, porodní váha chlapečka 520 g, holčičky 690 g. Respondentka 2 (R2) – 34 let, kuchařka, narozen chlapeček Honzíček v 36. týdnu těhotenství, porodní váha 790 g. Respondentka 3 (R3) – 39 let, osoba samostatně výdělečně činná (majitelka cateringové firmy), narozena holčička Karolínka v 35. týdnu těhotenství, porodní váha 2145 g. Respondentka 4 (R4) – 27 let, osoba samostatně výdělečně činná, narozena holčička Leonka v 34. týdnu těhotenství, porodní váha 2030 g. Respondentka 5 (R5) – 26 let, finanční analytička, narozena holčička Sašenka v 31. týdnu těhotenství, porodní váha 1560 g.

5.2 Metody práce

K této bakalářské práci byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor, jako metoda průzkumného šetření, byl uskutečněn s 5 matkami předčasně narozených dětí. Rozhovor obsahoval 30 otázek (*viz. příloha 4*). Byly zvoleny otázky otevřeného typu. Byly pokládány takové otázky, aby splnily jednotlivé cíle, které byly předem stanoveny.

5.3 Charakteristika položek

V úvodu rozhovoru byly položeny otázky, které zjišťují základní informace o matce. Jedná se o otázky č. 1, 2, 3. Skupina otázek č. 4, 5, 6 se týká partnera a jeho zvládnání péče o děti. Změny v životě matky a ve vztahu s partnerem odráží otázky č. 7, 8. Otázky č. 10, 11, 18, 19 se zaměřují na řešení problémů matek sestrami. Položky č. 9, 14 odráží pobyt matek v nemocnici. Otázky č. 16, 17 hodnotí přístup lékařů a sester k matkám. V položce č. 15

posuzují matky práci zdravotnického personálu. U otázek č. 20, 21 se mohou matky vyjádřit k péči o jejich dítě. Pocity a prožívání matek se odráží v otázkách č. 12, 13, 30. Otázky č. 22, 23 zjišťují možnost navštěvování dítěte na JIP. Umožnění matkám podílet se na péči o dítě v inkubátoru odráží otázky č. 25, 26. Otázky č. 24 a 27 zjišťují, co matky dělají, když jsou u svého dítěte, které je v inkubátoru. Otázka č. 28 zjišťuje, zda partner chodí za dítětem na JIP s matkou. Co partner dělá, když je u svého dítěte, zjišťuje otázka č. 29.

5.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo shromáždění otázek, které jsem konzultovala s vedoucí práce. Následovalo zhodnocení otázek psycholožkou. Po doplnění otázek dle doporučení psycholožky a vedoucí práce následovalo konečné schválení otázek vedoucí práce. Průzkumné šetření probíhalo v Krajské nemocnici T. Bati, na gynekologicko – porodnickém oddělení. Jednotlivé rozhovory s matkami byly uskutečněny na oddělení rooming – in během mé praxe, a to v období od 21.11. do 4.12. 2011. V plánu jsem měla 5 rozhovorů, které byly úspěšně zrealizovány.

5.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z rozhovorů byla autenticky přepsána (*viz. příloha 5*). Každá položka (otázka) z rozhovoru byla rozebrána jednotlivě. Ke každé otázce byla přiřazena získaná data od 5 matek předčasně narozených dětí. Aby byly jednotlivé odpovědi respondentů - matek přehledné, zvolila jsem si zkratky pro jednotlivé respondenty. Respondent č. 1 (R1), respondent č. 2 (R2), respondent č. 3 (R3), respondent č. 4 (R4) a respondent č. 5 (R5).

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Jednotlivé výsledky šetření

Pro větší přehlednost uvádím výsledky výzkumného šetření dohromady. Ke každé položce jsou přiřazeny odpovědi jednotlivých respondentek. Přepisy celých rozhovorů jsou uvedeny v příloze.

Položka č. 1: Zaměstnání matek

R1 je zdravotní sestra. R2 je v současné době nezaměstnaná. R3 a R4 jsou osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ). R5 pracuje jako finanční analytička na úřadě práce.

Položka č. 2: Kolik máte dětí?

R1, R2 a R5 mají jedno dítě. R3 nemá žádné dítě. R4 má dvě děti.

Položka č. 3: Kolik mají děti let?

R1 má holčičku, která má 8, 5 let. R2 má chlapečka, kterému je 6 let. R4 má dva syny, kterým je 20 a 16 let. R5 má čtyřletou holčičku.

Položka č. 4: Máte partnera, o kterého se můžete opřít?

Všechny respondentky odpověděly, že mají partnera, o kterého se mohou opřít. Partner je jim oporou, mohou se na něj ve všem spolehnout.

Položka č. 5: Stará se doma partner o děti?

R1, R2, R4 a R5 udávají, že partner se doma o děti stará.

Položka č. 6: Máte obavy z toho, jak partner zvládá doma péči o děti?

R1, R2 a R4 nemají obavy z toho, jak partner doma zvládá péči o děti. R5 udává, že obavy, jako takové nemá, ale že mnohdy přemýšlí nad tím, jestli partner opravdu doma všechno bez ní zvládá tak, jak říká.

Položka č. 7: Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?

R1, R3 a R5 pozorují, že se jejich vztah s partnerem upevnil. R3 navíc udává, že situace předčasného narození jejich dítěte je stmelila s partnerem více dohromady. R2 a R4 nepozorují žádné změny ve vztahu s partnerem.

Položka č. 8: Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašeho

dítěte?

U R1 se změnil vztah k její dceři, více si jí váží. R2 a R4 udávají, že neví o ničem, co by se v jejich životě změnilo. R3 přehodnotila žebříček hodnot, udává, že se změnila její priority. Teď bude pro ni vždy na prvním místě její dcera. R5 si více váží rodiny.

Položka č. 9: *Jak to tady v nemocnici zvládáte?*

R1 udává, že je to pro ni velmi těžká situace, co teď prožívá, nezvládá to, mnohdy brečí, honí se jí hlavou miliony věcí. Říká ale, že to musí vydržet. Doufá také, že všechno dopadne dobře. R2, R3 a R4 zvládají pobyt v nemocnici dobře. R5 se snaží situaci zvládat. Tvrdí, že se snaží být silná, i když jí mnohdy připadá, že si na to jenom hraje.

Položka č. 10: *Máte možnost si promluvit se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?*

Všechny respondentky odpověděly, že mají možnost promluvit si se zdravotnickým personálem o problémech, které je trápí kdykoliv.

Položka č. 11: *Pociťujete, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?*

Všechny respondentky udávají, že jsou sestřičky ochotné vyslechnout jejich problémy. R2 navíc dodává, že má pocit, že sestřičky tady jsou pro ni a že se jim může kdykoliv svěřit.

Položka č. 12: *Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vaším předčasně narozeným miminkem?*

R1 pociťuje bezmoc, nemohoucnost a obavy z toho, jak se budou děti vyvíjet dál. R2 byla v šoku, protože porodila doma. Nyní pociťuje strach. R3 a R5 mají strach z toho, co bude dál. R5 prožívá navíc nejistotu, ale zároveň velkou radost, když se dítě zlepšuje. R4 udává, že má radost, že se malá neustále lepší a že dělá pokroky. Pociťuje také pocit štěstí, když má dítě u sebe.

Položka č. 13: *Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?*

R1 udává, že často myslí na své druhé dítě, které je hospitalizováno v nemocnici v Brně. Přemýšlí nad tím, co je všechno ještě čeká a jak to zvládnou. R2 nad ničím nepřemýšlí. Tvrdí, že je tak unavená, že usne a spí. R3 si představuje, že je s dítětem už doma, že je všechno za nimi. Přemýšlí také nad tím, jak může být její dítě ještě dlouho na intermediálním oddělení. R5 přemýšlí nad tím, co se děje doma. Předtím, když bylo její dítě na neonatologické jednotce intenzivní péče, se jí neustále honilo hlavou, co asi jejímu dítěti dělají. Také mnohdy přemýšlela nad tím, co jí řekli lékaři.

Položka č. 14: *Jak dlouho jste už na oddělení?*

R1 je na oddělení 10. den. S menšími přestávkami, kdy byla propuštěna domů a za dětmi docházela, je na oddělení 6 týdnů. R2 je na oddělení 11 dní. R3 je hospitalizována 4. den. R4 je na oddělení 3 týdny. R5 je na oddělení 10 dnů.

Položka č. 15: *Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?*

Všechny respondentky odpověděly „ano“. Jsou toho názoru, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně. R1 navíc dodává, že jí připadá, že zdravotnický personál přemýšlí nad tím, co dělá. R5 tvrdí, že personál opravdu pracuje na sto procent.

Položka č. 16: *S jakým přístupem sester a lékařů se setkáváte? Partnerským nebo spíše paternalistickým?*

R1, R2, R3 a R5 se setkávají s partnerským přístupem lékařů a sester. Tyto respondentky udávají, že jsou vždy lékařem a sestrami informovány, poté se vždy domluví. R4 odpověděla, že se setkává s paternalistickým přístupem.

Položka č. 17: *Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?*

Všechny respondentky odpověděly, že se setkávají s ochotným přístupem sestřiček. Udávají, že sestřičky jsou ochotné a milé.

Položka č. 18: *Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?*

R1, R3, R4 a R5 odpověděly, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení jejich obtíží. R2 doposud neměla žádný problém, který by potřebovala řešit se sestřičkami. R2 ale věří, že kdyby nějaký problém měla, tak by jí sestřičky s čímkoliv a kdykoliv pomohly.

Položka č. 19: *Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?*

R1 a R5 odpověděly, že sestřičky jsou ochotné, že by jim určitě vyšly vstříc, kdyby něco potřebovaly. Zatím však nic takového nepotřebovaly. R1 navíc dodala: „*Kdybych nějaké přání na sestřičky měla, jsem si jistá, že by mě neodbyly*“. R2, R3 a R4 udávají, že když mají nějaké přání, vždy jim sestřičky vyhoví a nějaké řešení najdou.

Položka č. 20: *Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašemu dítěti, je dostatečná?*

Na otázku, zdali se matkám zdá být péče o ně a o jejich dítě dostatečná, odpověděly všechny respondentky „ano“. Mají pocit, že sestřičky dělají vše, co je potřeba. R2 navíc udává, že mají s dítětem všechno, co potřebují.

Položka č. 21: *Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše, co je v jejich silách?*

Všechny respondentky mají pocit, že zdravotnický personál dělá pro ně a pro jejich dítě vše, co je v jejich silách. R1 navíc tvrdí, že z jednotky intenzivní péče odcházela vždy klidná a s pocitem, že zdravotnický personál dělá maximum pro její dítě.

Položka č. 22: *Máte (měla) jste možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče (nJIP)?*

R1 a R2 odpověděly, že měly možnost chodit za svým dítětem na nJIP. R5, která má dítě stále na nJIP, udává, že má možnost své dítě navštěvovat. R3 rodila císařským řezem. R3 tvrdí, že když měla dítě na nJIP, tak nebyla schopna za ním chodit. Jakmile to její zdravotní stav dovoloval, bylo už dítě přeloženo z nJIP na intermediální oddělení. Tam měla možnost za svým dítětem chodit. R4 udává, že by měla možnost své dítě navštěvovat, sama jej ale ze zdravotních důvodů navštěvovat nemohla. Když byla později zdravotně schopna za svým dítětem chodit, dítě bylo přeloženo z nJIP na intermediální oddělení. Tam za dítětem měla možnost docházet.

Položka č. 23: *Jak často jste mohla (můžete) na neonatologickou jednotku intenzivní péče za svým dítětem docházet?*

R1, R2 a R5 odpověděly, že za svým dítětem na nJIP mohly chodit kdykoliv. R3 a R4 odpověděly, že chodí za svým dítětem na intermediální oddělení co 3 hodiny, vždy po domluvě se sestřičkami. Není problém za svým dítětem zajít také kdykoliv mimo domluvenou dobu.

Položka č. 24: *Můžete (mohla jste) se jen dívat na své dítě přes inkubátor, nebo máte (měla jste) možnost jej i pohladit, dotknout se jej?*

R1 tvrdí, že se zpočátku bála, tak se na dítě dívala jenom před inkubátor. Později dítě i hladila a krmila jej mateřským mlékem ze stříkačky. R2 a R5 se na dítě dívaly přes inkubátor a přitom jej mohly hladit. R4 na jednotku intenzivní péče nechodila, ale ví, že by se mohla na dítě dívat přes inkubátor a přitom jej i hladit. Ví to, protože na jednotku intenzivní péče za dítětem chodil manžel.

Položka č. 25: *Máte (měla) jste na neonatologické jednotce intenzivní péče (nJIP) nebo na intermediálním oddělení možnost nějakým způsobem se podílet na péči o své dítě?*

R1 tvrdí, že na nJIP se nepodílela na péči o své dítě, tam to moc nešlo. Na intermediálním oddělení toho mohla dělat více. Měřila dítěti teplotu, krmila, pomáhala i koupat. R2 se na péči o své dítě na nJIP také moc nepodílela. Udává, že se spíše dívala, jak sestřičky o dítě

pečují. Později, když mělo být dítě přeloženo z nJIP na oddělení rooming – in, učila se o dítě starat – krmila, přebalovala. R3 na intermediálním oddělení pomáhá dítě přebalovat, krmí, měří mu teplotu, klokánkuje. R4 se také do péče o své dítě na nJIP nezapojovala. R4 udává, tak jako R1, že tam to moc nešlo. Na intermediálním oddělení dělala více – přebalovala, krmila, měřila teplotu, koupala. R5 se zatím na péči o své dítě v inkubátoru moc nepodílí, myslí si, že se ani moc podílet na péči nebude. Když vidí, jak se sestřičky starají o její dítě, bojí se, že by to nezvládla.

Položka č. 26: *Můžete (mohla) jste na neonatologické jednotce intenzivní péče sledovat, jak se sestry starají o vaše dítě v inkubátoru?*

R1 a R2 se mohly dívat, jak se sestřičky starají o jejich dítě v inkubátoru. R4 tvrdí, že manžel mohl sledovat, jak se sestřičky starají o jejich dítě. R5 udává, že se může na nJIP dívat na to, jak sestřičky pečují o dítě.

Položka č. 27: *Co jste obvykle dělala (děláte), když jste u svého dítěte? Povídáte (povídala jste) si s ním, mluvíte (mluvila) jste na něj?*

R1, R2 a R4 mají už děti u sebe na oddělení rooming – in, když ale chodily za dětmi na neonatologickou jednotku intenzivní péče, tak se na ně dívaly, povídaly si s nimi, šeptaly jim různé věci, hladily je. R3 navštěvuje své dítě na intermediálním oddělení, kde si s ním povídá, mluví na něj a hladí jej. R5 dochází za svým dítětem neustále na neonatologickou jednotku intenzivní péče. Udává, že si s dítětem pořád povídá a mluví na něj.

Položka č. 28: *Chodí (chodil) s vámi i partner za dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče (nJIP)/intermediální oddělení?*

R1 odpověděla, že s ní partner chodil za dětmi na nJIP každý víkend. R2 tvrdí, že chodila s partnerem na nJIP každý den, někdy i dvakrát za den. Bydlí s partnerem kousek od nemocnice, tak nebyl žádný problém dítě navštěvovat. R3 odpověděla, že chodí s partnerem každý den na intermediální oddělení. Uvádí také, že partner chodil i sám na nJIP za dítětem, když R3 nemohla. R4 odpověděla, že partner chodil sám na nJIP za dítětem, když ona kvůli zdravotnímu stavu nemohla. R5 udává, že chodí na nJIP za dítětem spolu s partnerem.

Položka č. 29: *Co obvykle váš partner (dělá) dělal, když jste spolu u vašeho dítěte?*

R1 říká, že partner si s dětmi povídal a hladil je. R2 udává, že se partner na dítě díval, sem tam jej pohladil, na intermediálním oddělení později i klokánkoval. R3 tvrdí, že manžel na intermediálním oddělení dítě klokánkuje, chová jej, povídá si s ním, hladí jej, říká, že už se na něj těší, jak bude s nimi doma. Partner R4 se na dítě díval, hladil jej, krmil jej mateř-

ským mlékem ze stříkačky, mohl dávat dítěti i mateřské mléko do sondičky. R5 říká, že partner dítě pozoruje, sem tam mu ale také něco řekne.

Položka č. 30: *Jak jste prožívala (prožíváte) situaci, na co jste myslela (myslíte), když jste se dívala (díváte) na své dítě přes inkubátor?*

R1 cítila beznaděj, protože nemohla nic udělat, zároveň ale byla pyšná, když se zdravotní stav jejich dětí zlepšil. Vzhledem k tomu, že dítě R2 bylo v inkubátoru jen pár dní, zvládala situaci dobře, věřila, že bude dítě v pořádku. R3 a R4 neviděly své dítě v inkubátoru. R4 ale říká, že když chodila za dítětem na intermediální oddělení, tak prožívala radost, když se její dítě o maličko zlepšilo. R5 pociťuje smutek, když vidí své dítě v inkubátoru. Říká, že je jí líto, když nemůže mít dítě u sebe.

Komentář k proběhlým rozhovorům s respondentkami:

Rozhovory byly uskutečněny na gynekologicko – porodnickém oddělení Krajské nemocnice T. Bati. S realizací rozhovorů s jednotlivými respondentkami jsem byla spokojena.

Velmi si vážím toho, že si maminky na mě udělaly čas a věnovaly se mi. Byly ochotné a velmi vstřícné si se mnou popovídat a odpovědět mi na mé otázky. Zpočátku jsem se trochu bála toho, jestli se mnou budou vůbec chtít maminky mluvit o předčasném narození jejich dítěte. Obavy ale byly zbytečné, protože všechny maminky se mi svěřily a otevřeně si se mnou povídaly. Sestry na oddělení respektovaly uskutečnění rozhovorů.

7 DISKUZE

Cíl č. 1: Zjistit, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození jejich dítěte.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 1 – 13.

Nejvíce mě zajímalo, jestli předčasné narození dítěte ovlivnilo nějakým způsobem vztah partnerů. Pro průzkumné šetření jsem si nestanovila žádné hypotézy, předpokládala jsem však, že většina matek odpoví, že předčasné narození dítěte vztah s partnerem upevnilo. Doufala jsem, že se nevyskytuje často situace, která by vztah partnerů nějakým způsobem narušila. Výsledky průzkumného šetření ukazují, že vztah partnerů je ve většině případů předčasného porodu upevněn. Tvrzení R1, R3 a R5 se shodují v tom, že předčasný porod a s tím související předčasné narození dítěte vztah s partnerem utužilo. Menší část matek nepozoruje žádné změny ve vztahu s partnerem. R2 a R4 nemají pocit, že by předčasné narození jejich dítěte vztah s partnerem nějak změnilo.

Doptávala jsem se matek, zdali pozorují ještě něco, co se v jejich životě změnilo. Zjistila jsem, že si maminky více váží toho, co mají. Více si váží rodiny a dětí, které už doma mají. Rodina pro ně byla vždycky důležitá, nyní ale předčasným narozením miminka si uvědomují, že není nic důležitějšího. Některé maminky přehodnotí své priority. To, co bylo před porodem důležité, nyní už být tak důležité nemusí. Pro většinu maminek se stane po porodu nejdůležitější jejich dítě.

Cíl č. 2: Zjistit, jak matky vnímají péči, která je poskytována jim a jejich dítěti, a zda je péče podle nich dostatečná.

Tohoto cíle se týkaly otázky č. 14 – 21.

Jako laik nemá matka mnohdy nemá představu, co všechno obnáší péče o ni a o její dítě na jednotce intenzivní péče. Velmi často matky netuší, co všechno se s jejich dítětem dělá. Většinou se matky snaží plně důvěřovat zdravotnickému personálu. Věří, že lékaři a sestry dělají pro jejich dítě vše, co je v jejich silách. Je tomu ale opravdu tak? Opravdu se takto matky předčasně narozených dětí snaží myslet?

Po provedeném průzkumném šetření jsem zjistila, že matky hodnotí práci a přístup zdravotníků pozitivně. Podle matek zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky,

smysluplně a zodpovědně. Na tomto tvrzení se shodly všechny respondentky. R1 také říká, že je vidět, že lékaři a sestřičky přemýšlejí nad tím, co dělají.

Skutečnost, že v nemocnici převažuje partnerský přístup lékařů a sester k matkám, dokazuje otázka č. 16. Čtyři respondentky tvrdí, že převažuje partnerský přístup lékařů a sester. Tyto respondentky jsou vždy o všem informované, jsou jim nabízeny možnosti řešení, vždy se dohodnou. Jedna respondentka má pocit, že přístup zdravotnického personálu k ní je paternalistický.

Přístup sester k matkám je hodnocen velmi pozitivně. Respondentky se setkávají s ochotným přístupem. Shodují se na tom, že sestřičky jsou milé a ochotné. Při potřebě matek řešit nějaké problémy se sestřičkami se jim dostává pomoci a podpory. Sestřičky si nechávají na řešení jejich obtíží dostatek času. Při vznesení nějakého přání ze strany matek se snaží zdravotnický personál vyhovět a najít řešení. Vždy se sestřičky snaží vyjít matkám vstříc.

Když jsem se ptala matek, jestli mají pocit, že péče, která se dostává jim a jejich dítěti, je dostatečná, dostalo se mi od všech respondentek jednoznačné odpovědi. Všechny maminky mají pocit, že zdravotnický personál pracuje na 100 % a že všichni dělají, co je v jejich silách.

Cíl č. 3: Zjistit, zdali zdravotnický personál umožňuje matkám podílet se na péči o své dítě v inkubátoru.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 22 – 30.

Předtím, než jsem začala zjišťovat, zdali mají matky možnost podílet se na péči o své dítě v inkubátoru, jsem položila matkám 2 úvodní otázky. Ptala jsem se, jestli mají matky vůbec možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče (nJIP), popřípadě na intermediální oddělení (IMP). Zajímalo mě také, jak často mohou své dítě navštěvovat. Zjistila jsem, že možnost chodit za svým dítětem na nJIP nebo IMP mají všechny matky. V podstatě za svým dítětem mohou chodit kdykoliv, kdy chtějí. Na IMP za svým dítětem matky většinou docházejí každé 3 hodiny, popřípadě po domluvě se sestřičkami.

Zajímalo mě, jestli se matky na své dítě pouze dívají přes inkubátor, nebo mají možnost se dítěte i dotknout, pohladit jej. Tvrzení všech matek se shodovala. Všechny matky se na své dítě mohou dívat přes inkubátor, mají možnost také se dítěte dotknout, pohladit jej.

Nejvíce mě zajímalo, jestli mají matky možnost podílet se na péči o své dítě v inkubátoru. Po realizaci průzkumného šetření jsem zjistila, že matky se na péči o své dítě v inkubátoru na nJIP příliš nepodílely. Většina matek tvrdila, že na nJIP tu možnost neměly. Matky se shodly také na tom, že by se bály vůbec nějakým způsobem o své dítě pečovat. Ošetřovatelská péče o nezralé novorozence na nJIP je specializovaná a velmi náročná, proto ji musí vykonávat speciálně vzdělaný a vyškolený zdravotnický personál. Očekávala jsem, že matky takto odpoví. Doptávala jsem se jich tedy, jestli mají alespoň možnost dívat se a sledovat, jak zdravotnický personál o jejich dítě pečuje. Od všech matek se mi dostalo odpovědi, že je jim to umožněno. Na IMP se matky mohly více podílet na péči o své dítě. 3 děti byly přeloženy z nJIP na IMP. Zajímalo mě tedy, co všechno je matkám umožněno. Zjistila jsem, že matky mohou dítěti měřit tělesnou teplotu, vážit jej, přebalovat, krmit, a to buď kojit nebo krmit mateřským mlékem ze savičky, ale také klokánkovat. Všechny maminky se nejprve dívaly na sestřičky, jak toto všechno dělají ony. Až poté se pomalu učily o své dítě se starat samy.

Za zmínku stojí ještě jedna otázka, na kterou jsem se ptala. Zajímalo mě, jestli partneři chodí s matkami za dětmi na nJIP nebo na IMP. Potěšilo mě, že se všemi matkami chodí za dětmi jejich partneři.

ZÁVĚR

Téma mé bakalářské práce „Problematika nezralého novorozence“ jsem si zvolila proto, poněvadž si myslím, že je pro mě zajímavé a přínosné.

V teoretické části jsem se nejprve zaměřila na fyziologického novorozence, a to z toho důvodu, abych vymezila odlišnosti fyziologického novorozence pro srovnání s nezralým novorozencem. Co se týká fyziologického novorozence, snažila jsem se objasnit klasifikaci novorozence, znaky a reflexy zralého novorozence, screeningová vyšetření a péči po porodu. V souvislosti s nezralým novorozencem jsem se snažila vysvětlit klasifikaci novorozence dle zralosti. Dále jsem se zaměřila na znaky nezralého novorozence, předčasný porod a na problémy, které se vyskytují u předčasně narozených dětí. Do teoretické části jsem zakomponovala také zmínku, týkající se pocitů a prožívání rodičů předčasně narozených dětí.

V praktické části jsem si stanovila 3 cíle. Zjišťovala jsem, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození jejich dítěte. Zajímalo mě, jak matky vnímají péči, která je poskytována jim a jejich dítěti, a jestli je péče podle nich dostatečná. Zjišťovala jsem také, zdali zdravotnický personál umožňuje matkám podílet se na péči o jejich dítě v inkubátoru.

Po průzkumném šetření, které probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů, se ukázalo, že předčasný porod a s tím související předčasné narození dítěte život matek ovlivnilo. Ve většině případů se vztah partnerů po předčasném narození dítěte upevnil a utužil. Doufala jsem, že tomu tak bude. Proto jsem ráda, že u většiny partnerů to tak skutečně je. Nejistila jsem případ, kdy předčasné narození dítěte vztah partnerů nějakým způsobem rozvrátilo. Jsem tomu moc ráda. Bylo by totiž dost smutné, kdyby partner nebyl ženě oporou v tak těžké životní situaci. Zabýváme – li se nadále změnami v životě matek, můžeme říct, že předčasné narození dítěte způsobilo, že si matky více váží rodiny a svých dětí, které již mají. Nemůžeme říct, že by si rodiny a děti předtím vážily méně, nyní si však matky ještě více uvědomují, že rodina a děti jsou to nejdůležitější, co v životě mají. U většiny matek se změnilo také priority, a to v tom smyslu, že na prvním místě bude vždy rodina.

Péči, kterou poskytuje zdravotnický personál matkám a jejich dětem, hodnotí matky velmi pozitivně. Nezdá se jim, že by péče o ně a o jejich dítě měla nějaké nedostatky. Práci zdravotnického personálu hodnotí na výbornou. Všechny matky mají pocit, že zdravotníci dělají pro ně a pro jejich dítě vše, co je v jejich silách. Zdravotnickému personálu plně důvěřu-

jí. Taková tvrzení matek jsou nejlepší variantou odpovědi, která může být, a to také pro zdravotnické zařízení. Podle mě by zdravotnická zařízení měla mít jen takový personál, který je hodnocen kladně.

Jakmile je stav dítěte uspokojivý a natolik dobrý, že by se matky mohly začít podílet na péči o své dítě, je jim to bez problémů umožněno. Na neonatologické jednotce intenzivní péče (nJIP) matky zatím možnost starat se o své dítě nemají, a to hlavně z toho důvodu, že péče o jejich dítě vyžaduje přístup speciálně vzdělaného a vyškoleného zdravotnického personálu. Na intermediálním oddělení (IMP) jsou matky do péče postupně zapojovány. Při přeložení dítěte z nJIP na IMP je zdravotní stav dítěte natolik dobrý, aby dítě mohlo být bez ventilační podpory a podpory krevního oběhu. To je nejlepší start pro matky, aby se mohly začít pomalu o své dítě starat samy. Snahou intermediálních oddělení je právě brzké zapojení matek do péče o jejich děti. Na IMP matky svým dětem měří tělesnou teplotu, přebalují je, váží, krmí a klokánkují. Z počátku matky jen sledují, jak o dítě pečují sestřičky. Postupně se učí samy starat o dítě, přičemž jsou sestřičky s nimi a radí jim, když matky něco nevědí nebo si nejsou jisté. Nakonec nastane situace, kdy matky samy zvládají péči o své dítě, aniž by jim sestřičky pomáhaly.

Očekávání, která jsem měla, než jsem začala mou bakalářskou práci zpracovávat, se splnila. Práce pro mě byla zajímavá a přínosná. Obohatila mě také o zkušenosti, které určitě jednou v praxi využiji. Domnívám se také, že cíle, které jsem si stanovila, byly splněny. Jako výstup mé bakalářské práce jsem vytvořila „desatero pro personál“, které jsem sestavila z poznatků průzkumného šetření v rámci mé praxe na gynekologicko – porodnickém oddělení Krajské nemocnice T. Bati (*viz. příloha 6*). Jedná se o doporučení pro personál týkající se přístupu k rodičům, především matkám předčasně narozených dětí. V Krajské nemocnici T. Bati jsou všechna doporučení, která uvádím v „desateru pro personál“, dodržována a realizována. K tvorbě „desatera pro personál“ mě inspiroval přístup zdravotnického personálu k matkám v KNTB a. s. Myslím si, že by určitě nebylo špatné, kdyby se tímto „desaterem“ řídily i ostatní porodnice.

Závěrem bych chtěla říct, že situace předčasného narození dítěte opravdu není pro rodiče lehká. Vždy se jedná o náročnou životní situaci, jíž se musí rodiče nedonošeného dítěte postavit a snažit se ji společnými silami zvládnout. Důležitá je vzájemná podpora partnerů, protože cesta k tomu, aby rodiče mohli mít dítě doma, je mnohdy zdlouhavá a plná nečekaných událostí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BOREK, Ivo et al., 2001. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-338-4.
- [2] ČECH, Evžen et al., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1313-9.
- [3] DOKOUPILOVÁ, Milena et al., 2009. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.
- [4] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Mikadapress. ISBN 978-80-7013-447-4.
- [5] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii: péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-489-4.
- [6] HÁJEK, Zdeněk et al., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- [7] LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- [8] NOVÁK, Ivan et al., 2008. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén; Praha: Karolinum. ISBN 978-80-7262-512-3; 978-80-246-1474-8.

Elektronické zdroje

- [9] ŠŤASTNÝ, Jan. Fyziologický novorozenec. In: *Národní zdravotní registr*. [online]. © 2009 – 2012 [cit. 2012-02-03]. Dostupné z: <http://mudr-jan-stastny.narodnizdravotniregistr.cz/clanek-doktora/174-fyziologicky-novorozenec/>
- [10] VĚTR, Miroslav. Předčasný porod. *Lékařské listy* [online]. 9.10.2003, LL 41/2003 [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/predcasny-porod-157077>

- [11] MEIXNEROVÁ, Marcela. Prediktory předčasného porodu. *Postgraduální medicína* [online]. 10.1.2007, PM 1/2007 [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/prediktory-predcasneho-porodu-285075>
- [12] MALÝ, Zdeněk. Inkompetence hrdla děložního – jeden z vážných důvodů prematurity. *Lékařské listy* [online]. 8.6.2001, LL 23/2001 [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/inkompetence-hrdla-delozniho-jeden-z-vaznych-faktoru-prematurity-136527>
- [13] ČIHAŘ, Martin. Problematika péče o předčasně narozené novorozence. *Lékařské listy* [online]. 8.8.2002, LL 32/2002 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/problematika-pece-o-predcasne-narozene-novorozence-147167>
- [14] KUČOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče o nezralého novorozence. *Sestra* [online]. 10.9.2008, č. 7 [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-nezraleho-novorozence-383368>
- [15] BAŤOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra* [online]. 9.3.2007, č. 3 [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-nedonoseneho-novorozence-295955>
- [16] DVOŘÁK, Jan. Retinopatie nedonošených, diagnostika a terapie. *Lékařské listy* [online]. 16.8.2002, LL33/2002 [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/retinopatie-nedonosenyh-diagnostika-a-terapie-147364>
- [17] ODEHNAL, Milan. Retinopatie předčasně narozených dětí. *Sestra* [online]. 13.1.2010, č. 1 [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/retinopatie-predcasne-narozenyh-deti-449185>
- [18] BENDOVÁ, Ludmila. Specifika dětských stomií. *Sestra* [online]. 10.3.2009, č. 3 [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/specifika-detskyh-stomii-415941>

- [19] HANUŠČÁKOVÁ, Petra. Péče o nezralého novorozence. *Sestra* [online]. 10.10.2008, č. 10 [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-nezraleho-novorozence-397847>
- [20] BÍLKOVÁ, Lucie. Péče matek o extrémně nezralé novorozence. *Sestra* [online]. 10.10.2005, č. 10 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-matek-o-extremne-nezrale-novorozence-288298>
- [21] HRUŠKOVÁ, Jindřiška. První ošetření novorozence [online]. Březen 2009 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/prvn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99en%C3%AD_novorozence.pdf
- [22] ČESKO. Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2009, částka 6, s. 138. Dostupný také z: http://mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html
- [23] INSTITUT BIOSTATISTIKY A ANALÝZ. Co je screeningový program. *Novorozenecky-screening.cz* [online]. 2012 [cit. 2012-01-18]. Dostupné z: <http://novorozenecky-screening.cz/index.php?pg=lekari--co-je-screeningovy-program>
- [24] NEDOKLUBKO a KONEKTUDO. Když rodíte předčasně, je dobré vědět, kde se o vás postarají nejlépe. *Nedoklubko.cz* [online]. 24.6.2011 [cit. 2012-02-24]. Dostupné z: <http://nedoklubko.cz/2011/06/24/kdyz-rodite-predcasne-je-dobre-vedet-kde-se-o-vas-postaraji-nejlepe/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CRP	C – reaktivní protein.
CTG	Kardiotokografické vyšetření.
GIT	Gastrointestinální (zažívací) trakt.
IDH	Inkompetence děložního hrdla.
i.m.	Intramuskulárně, do svalu.
IUGR	Intrauterinní růstová retardace plodu.
nJIP	Neonatologická jednotka intenzivní péče.
PROM	Předčasný odtok plodové vody.
RDS	Respiratory distress syndrome, syndrom respirační tísně.
ROP	Retinopatie nezralých novorozenců.

SEZNAM PŘÍLOH

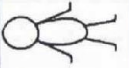

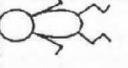



























- P1 Tabulka hodnocení somatické zralosti dle Ballarda
- P2 Tabulka hodnocení neuromuskulární zralosti dle Ballarda
- P3 Tabulka prognostického hodnocení dle Baumgartena
- P4 Rozhovor pro matky
- P5 Přepis rozhovorů
- P6 Desatero pro personál
- P7 Žádost o umožnění rozhovorů pro průzkumné šetření

**PŘÍLOHA P I: TABULKA HODNOCENÍ SOMATICKÉ ZRALOSTI
DLE BALLARDA**

	0	1	2	3	4	5
Kůže	průsvitná, červená, prosáknutá	jemná, růžová, viditelné žilky	s povrchní slupkou nebo vyrážkou	rozpraskaná, bledá místa, málo žil	pergamenovitá, rozpraskaná, žádné žily	hrubá, rozpraskaná, vrásčitá
Lanugo	chybí	hojné	řídne	holá místa	převážně vymizelé	
Rýhy na ploskách	žádné	slabě patrné, červené	jen v přední 1/3 plosky	v předních 2/3 plosky	četné po celé plošce	
Prsní žláza	známky sotva patrné	plochý dvorec bez bradavky	zrnitý dvorec, bradavka 1 – 2 mm	vyklenující se dvorec, bradavka 3 – 4 mm	dokonalý dvorec, bradavka 5 – 10 mm	
Ucho	plochý boltec, žádná elasticita	lehce formovaný boltec, dobrá elasticita	lépe formovaný boltec, dobrá elasticita	pevný boltec, velmi dobrá elasticita	boltec se slabou chrupavkou, tuhé ucho	
Genitál chlapecký	bez rýh na skrotu		testes sestupující, málo rýh na skrotu	testes vstoupilá, dobré rýhování	testes plně vstoupilá, hluboké rýhy	
Genitál dívčí	klitoris i labia minora prominují		labia majora i minora prominují stejně	labia majora prominují více	klitoris i labia minora jsou kryty stejně	

Převzato z: Fendrychová, 2007, s. 25.

PŘÍLOHA P II: TABULKA HODNOCENÍ NEUROMUSKULÁRNÍ ZRALOSTI DLE BALLARDA

	0	1	2	3	4	5
Postavení končetin						
Úhel v zápěstí	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Návrat horní končetiny	 180°		 100 – 180°	 90 – 100°	 < 90°	
Popliteální úhel	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 < 90°
Šalový příznak						
Pata-ucho						

Převzato z: Fendrychová, 2007, s. 26.

**PŘÍLOHA P III: TABULKA PROGNOTICKÉHO HODNOCENÍ DLE
BAUMGARTENA**

Rizikové faktory	0	1	2	3	4
Odtok plodové vody	ne	-	nejistý	-	z dolního pólu
Kontrakce	ne	nepravidelné	pravidelné	-	-
Krvácení	ne	krvavý hlen	krvácení	-	-
Dilatace hrdla	ne	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm

Převzato z: Borek, 2001, s. 24.

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR PRO MATKY

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE CÍLE Č. 1

1. Můžu se vás zeptat, kde pracujete?
2. Můžu se vás zeptat, kolik máte dětí?
3. Kolik mají děti let? (otázka, má – li maminka více dětí)
4. Máte partnera, o kterého se můžete opřít?
5. Stará se doma partner o děti? (otázka, má – li maminka více dětí)
6. Máte obavy z toho, jak partner zvládá doma péči o děti? (otázka, má – li maminka více dětí)
7. Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?
8. Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašeho dítěte?
9. Jak to tady v nemocnici zvládáte?
10. Máte možnost si promluvit se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?
11. Pociťujete, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?
12. Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vaším předčasně narozeným miminkem?
13. Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE CÍLE Č. 2

14. Jak dlouho jste už na oddělení?
15. Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?
16. Setkáváte se s přístupem sester a lékařů k vám:
 - ❖ Paternalistickým: že vás berou jako „toho podřízeného“, který se přizpůsobí a vykonává to, co řeknou
 - ❖ Partnerským: že jste pro ně partnerka, se kterou řeší problémy a společně s vámi se dohodnou na řešení
17. Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?
18. Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?
19. Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?

20. Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašemu dítěti, je dostatečná?
21. Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše co je v jejich silách?

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE CÍLE Č. 3

22. Máte možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče?
23. Jak často můžete na neonatologickou jednotku za svým dítětem docházet?
24. Můžete se jen dívat na své dítě přes inkubátor nebo máte možnost jej i pohladit, dotknout se jej?
25. Máte (měla) jste neonatologické jednotce intenzivní péče (nJIP) nebo na intermediálním oddělení možnost nějakým způsobem se podílet na péči o své děti?
Jestli ano, jakým:
26. Můžete sledovat, jak se sestry starají o vaše dítě v inkubátoru?
27. Co obvykle děláte, když jste u svého dítěte? Povídáte si s ním, mluvíte na něj?
28. Chodí s vámi i partner za dítětem?
29. Co partner obvykle dělá, když jste spolu u vašeho dítěte? Povídá si s dítětem, hladí ho nebo se na něj jenom díváte?
30. Jak prožíváte situaci, na co myslíte, když se díváte na své miminko přes inkubátor?

PŘÍLOHA P V: PŘEPIS ROZHovorŮ

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHovor Č. 1

Tázající se (T): Zuzana Slezáková

Odpovídající (O): Maminka 1 (R1)

Datum: 28.11.2011

Délka rozhovoru: 60 minut

Místo rozhovoru: Porodnice - oddělení roaming – in, jídelna

Pozn.: Odpovědi na jednotlivé otázky nejsou upravovány, jsou autenticky přepsány. Rozhovor nebyl přerušen. Narodena dvojčátka (chlapeček Honzíček a holčička Adélka) ve 26. týdnu těhotenství.

1. Otázky týkající se toho, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození dítěte.

1. T: Kde pracujete?

O: *Pracuji v nemocnici v Uherském Hradišti. Jsem zdravotní sestra v endokrinologické ambulanci.*

2. T: Kolik máte dětí?

O: *Mám jedno dítě – holčičku, kterou jsme s partnerem adoptovali.*

3. T: Kolik má let?

O: *Je jí 8, 5 roku.*

4. T: Máte partnera, o kterého se můžete opřít?

O: *Ano, partner je mi oporou.*

5. T: Stará se váš partner doma o vaše dítě?

O: *Ano.*

6. T: Máte obavy z toho, jak váš partner zvládá doma péči o vaše dítě?

O: *Ne, nemám obavy. Víím, že se můj partner o naši holčičku postará.*

7. T: Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?

O: *Nemůžu říct, že by se náš vztah nějak zásadně změnil, to určitě ne. Co je ale fakt, je to, že se náš vztah upevnil.*

8. T: Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašich dětí?

O: *Změnil se můj vztah k dceři. Víte, po takové situaci, co se stala mně, si člověk uvědomuje a více si váží toho, co má. Víc si vážím dcery.*

9. T: *Jak to tady v nemocnici zvládáte?*

O: *Tak to víte, je to velmi těžká situace, co momentálně prožívám. Moje dvojčátka se narodila ve 26. týdnu těhotenství, byl to nečekaný zvrát. Nikdy by mě nenapadlo, že předčasný porod v tak brzkém týdnu těhotenství potká právě mě. Předtím, než jsem otěhotněla, jsem měla jeden potrat. Čekala jsem dítě, které jsem potratila v 7. měsíci těhotenství. To byla pro mě také velká rána, která ve mně zůstala. Jako nezvládám to, abych Vám řekla pravdu. Mnohdy brečím. Pořád se mi honí hlavou milion věcí. Chlapečka mi odvezli do Brna do nemocnice. Zjistili, že má krvácení do mozku, tak jej odvezli na specializovanější pracoviště. Věřím, že tam se mu dostane kvalitní péče, kterou by tady nemohli zajistit. Trápí mě ale, že nemůžu být s ním. Holčička byla donedávna na neonatologické JIPce, jsem ráda, že tady můžu být aspoň s ní. Co můžu ale dělat, nějak to musím vydržet, musím se s tím nějak poprat a doufat, že všechno dopadne dobře.*

10. T: *Máte možnost promluvit si se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?*

O: *Ano, to určitě ano. Personál je opravdu ochotný, a to jak sestřičky, tak i lékaři. Mnohdy se mě zeptají sami od sebe, jestli je všechno v pořádku, jestli něco nepotřebuji. Když mám nějaký problém, když mi něco není jasné nebo mě něco trápí, nebojím se obrátit na sestřičky. Vím, že si najdou čas na to, aby mě vyslechly a aby si se mnou popovídaly. Jsem ráda, že je tu tak ochotný personál. Jezdím i do Brna do nemocnice s mým partnerem za naším chlapečkem, tam ale tak ochotní nejsou. Mnohdy když tam nemůžu jet, tak tam aspoň volám, abych dostala aspoň nějaké informace o jeho stavu. Mnohdy čekám dlouhou dobu na telefonu, než mě s někým spojí. Když už mě poté spojí s lékařem, tak ten mi řekne jen, že jeho zdravotní stav je stabilizovaný a nic víc. Víte, to poznáte, že nemají na vás čas a že nejsou ochotní sdělit Vám více, abyste byla klidnější. Tam prostě není snaha ze strany lékařů ani sester popovídat si o vašich problémech, co vás trápí, uklidnit vás.*

11. T: *Pociťujete tedy, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?*

O: *Ano, vím, že se jim můžu kdykoliv s jakýmkoliv problémem svěřit, že se mi dostane podpory. Nemusím se bát, že mě odbudou. Jsou opravdu ochotné mě vyslechnout.*

12. T: Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vašimi předčasně narozenými dvojčátky?

O: *Nemohoucnost, bezmoc, protože nemůžeme s partnerem nic udělat. Samozřejmě víme, že na jednotce intenzivní péče je poskytována Adélce odborná péče, to samé víme i o nemocnici v Brně, ale přesto se člověk obává. Víme, že musíte čekat, doufáme a modlíme se, ať všechno dobře dopadne a ať už jsme s Adélkou a Honzíčkem doma. Personál nás uklidňuje, ale je to hrozně těžké být klidná a držet se, když víme, že jim nemůžeme nijak pomoci. Hrozně rádi bychom jim pomohli, kdyby to šlo, bohužel nám ale nezbývá nic jiného, než být trpěliví a čekat, jak se jejich stav bude vyvíjet dál.*

13. T: Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?

O: *Myslím na Honzíčka, jak se mu daří v Brně v nemocnici. Přemýšlím, co nás ještě všechno čeká, co bude dál a jak to všechno zvládneme. Každopádně si říkám, že je budu chránit před vším možným, jen aby byli zdraví.*

2. Otázky týkající se péče, která je poskytována matkám a jejich dítěti.

1. T: Jak dlouho už jste na oddělení?

O: *Na oddělení roaming – in jsem teď 10. den. Adélka je tady 7 dní. Předtím byla 2, 5 měsíce na jednotce intenzivní péče a pak na intermediálním oddělení. Já už jsem na oddělení roaming – in celkem 6 týdnů. Mezitím byly menší přestávky, kdy jsem byla doma a docházela jsem za Adélkou a Honzíčkem do nemocnice. Teď mě hospitalizovali znovu, protože Adélka už nemusí být na JIPce ani na mediálu. Mám ji už u sebe na oddělení roaming – in.*

2. T: Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?

O: *Určitě ano. Za tu dobu jsem si všimla, jak to tady chodí. Práce je zorganizována. Sestřičky pracují smysluplně, opravdu je vidět, že přemýšlejí nad tím, co dělají. Hlavně na JIPce, například když provádějí nějaké výkony u dítěte, tak se jich snaží udělat co nejvíce najednou, ať pak má dítě klid a může si odpočinout.*

3. T: S jakým přístupem sester a lékařů se setkáváte? Partnerským nebo spíše paterna-
listickým?

O: *Převážně se setkávám s partnerským přístupem, a to jak u lékařů, tak u sester. Vždy mi lékaři i sestry sdělí informace a fakta, týkající se dalšího postupu a péče u dětí. Vždycky se domluvíme. Když byla Adélka potom z JIPky přeložena na mediál, tak mi řekli, jak se můžu zapojit do péče, zajímali se o mé názory. Nikdy nebylo chování lékařů ani sester v tom smyslu, že řekli, tak to bude a hotovo.*

4. T: Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?

O: *Ano, všechny sestřičky jsou ochotné a milé.*

5. T: Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?

O: *Ano. Vždy mám pocit, že na mě mají dostatek času. Nikdy jsem neměla pocit, že by spěchaly a snažily se mě rychle odbavit.*

6. T: Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?

O: *Ano, vyhoví všem maminkám. Vždycky se s nimi dá rozumně domluvit. Zatím jsem ale nic takového nepotřebovala. Jsem si ale jistá, kdybych nějaké přání měla, tak mě určitě neodbydou, ale budou se snažit najít nějaké řešení.*

7. T: Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašim dětem, je dostatečná?

O: *Ano.*

8. T: Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše, co je v jejich silách?

O: *Ano, to bezpochyby. Vždycky jsem odcházela z JIPky v klidu, že dělají maximum pro mé děti. Je tam opravdu profesionální přístup.*

3. Otázky týkající se toho, zdali je matkám umožněno pečovat o své dítě v inkubátoru.

1. T: Měla jste možnost chodit za svými dětmi na neonatologickou jednotku intenzivní péče?

O: *Ano.*

2. T: Jak často jste mohla na neonatologickou jednotku intenzivní péče za svými dětmi docházet?

O: *Za svými dětmi jsem mohla v podstatě kdykoliv chodit. Pochopitelně jsem musela chvíli počkat nebo přijít později, když byla vizita, když se prováděly nějaké invazivní výkony, nebo jednalo – li se o nějaký akutní stav, který nastal.*

3. T: *Mohla jste se jen dívat na své dítě přes inkubátor nebo máte možnost jej i pohladit, dotknout se jej?*

O: *Tak zpočátku jsem se dívala přes inkubátor na své děti, protože jsem se bála jich dotknout, byly tam malinké, křehké a bezbranné. Potom jsem je ale také hladila. Bylo mi umožněno dávat jim také ze stříkačky mateřské mléko.*

4. T: *Měla jste na jednotce intenzivní péče možnost nějakým způsobem se podílet na péči o své děti?*

O: *Ne, na JIPce to moc nešlo. Na mediále jsem se mohla více podílet na péči o své dítě. Tam jsem mohla později Adélku krmit, měřit jí teplotu, ale také koupat.*

5. T: *Mohla jste na jednotce intenzivní péče sledovat, jak se sestry starají o vaše děti v inkubátoru?*

O: *Ano, to jsem mohla. Jak jsem ale říkala, když se prováděl nějaký invazivní výkon nebo něco podobného, to jsem tam být nemohla. Když ale sestřičky krmily, koupaly nebo převlékaly Adélku nebo Honzíčka, mohla jsem se na ně v klidu dívat.*

6. T: *Co jste obvykle dělala, když jste byla u svých dětí? Povídala jste si s nimi, mluvila jste na ně?*

O: *Dívala jsem se na ně. Hladila jsem je, šeptala jsem jim a povídala jsem si s nimi.*

7. T: *Chodil s vámi i partner za dětmi na jednotku intenzivní péče?*

O: *Ano, chodil za dětmi každý víkend. Když jsem ještě ležela na roaming – in, vždycky přišel za mnou a šli jsme za dětmi spolu. Když mě potom propustili domů, přičemž děti byly pořád na jednotce intenzivní péče, jezdili jsme za nimi vždycky spolu. Když jsem byla potom přijata zase zpět a Adélku už přeložili z JIPky na intermediální oddělení, tak za námi partner zase docházel každý víkend.*

8. T: *Co obvykle váš partner dělal, když jste byli spolu u vašich dětí?*

O: *Partner si s dětmi také povídal, hladil je, když mu to bylo dovoleno.*

9. T: *Jak jste prožívala situaci, na co jste myslela, když jste se dívala na své děti přes inkubátor?*

O: Cítila jsem beznaděj, protože jsem pro ně nemohla nic udělat. Jsem ale pyšná, když vidím, že se děti zlepšují. Věřím, že to bude dobré. Musíme věřit zdravotníkům, že dělají vše a doufat, že bude všechno opravdu dobré.

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR Č. 2

Tázající se (T): Zuzana Slezáková

Odpovídající (O): Maminka 2 (R2)

Datum: 28.11.2011

Délka rozhovoru: 45 minut

Místo rozhovoru: Porodnice - oddělení roaming – in, pokoj

Pozn.: Odpovědi na jednotlivé otázky nejsou upravovány, jsou autenticky přepsány. Rozhovor byl na chvíli přerušen, protože maminka si vzpomněla, že má odstříkávat mléko. Chtěla ale při odstříkávání pokračovat v rozhovoru, nevadilo jí, že bude odpovídat na otázky. Narozeno dítě (chlapeček Honzíček) v 36. týdnu těhotenství.

1. Otázky týkající se toho, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození dítěte.

1. T: Kde pracujete?

O: První jsem dělala kuchařku, pak jsem šla na mateřskou. Od té doby jsem nezaměstnaná.

2. T: Kolik máte dětí?

O: Mám jedno dítě. Kluka, jmenuje se Zdeněk.

3. T: Kolik má let?

O: 6 let.

4. T: Máte partnera, o kterého se můžete opřít?

O: Ano, mám manžela, o kterého se můžu opřít. Udělá a pomůže mi se vším, co potřebuju.

5. T: Stará se váš partner doma o vaše dítě?

O: Ano, postará se o Zdendu.

6. T: Máte obavy z toho, jak váš partner zvládá doma péči o vaše dítě?

O: *Ne, vůbec nemám obavy. Nemám strach, vím, že se manžel o syna dobře postará.*

7. T: Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?

O: *Ne, nezměnil, pořád je to stejné. Nepozoruji žádné změny ve vztahu s manželem.*

8. T: Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašeho dítěte?

O: *Ne, nevím o ničem. Nic se nezměnilo.*

9. T: Jak to tady v nemocnici zvládáte?

O: *Ale dobře, ze začátku to bylo těžší, protože byl Honzík v inkubátoru. Neměla jsem ho u sebe, pořád jsem na něj myslela. Teď už ho mám u sebe, jsem ráda, že je už u mě.*

10. T: Máte možnost promluvit si se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?

O: *Ano, určitě mám. Zatím jsem ale se sestřičkami ani nikým jiným nepotřebovala řešit své problémy. Když mě něco trápí nebo když mám nějaký problém, tak se svěřím svému manželovi, se kterým si promluvím. Kdybych ale měla nějaký problém týkající se Honzíčka, určitě bych využila možnosti promluvit si se zdravotnickým personálem.*

11. T: Pociťujete tedy, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?

O: *To ano. Mám pocit, že tady jsou pro nás, že kdybych měla nějaký problém, že se ho budou snažit se mnou vyřešit.*

12. T: Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vaším předčasně narozeným miminkem?

O: *Strach, porodila jsem doma. Předtím jsem byla v šoku, protože jsem rodila na WC, byla jsem zmatená, nevěděla jsem, co se děje, co mám dělat. Teď jsem už ale v pohodě. Honzíčka už mám u sebe, je teda pořád strašně maličký, má 830 gramů, ale je už schopný být mimo inkubátor. Tak to už je dobré, už jsem v pohodě.*

13. T: Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?

O: *Nad ničím, usnu a spím. Celý den nespím, protože každé 2 hodiny neustále odstříhávám mléko a krmím Honzíčka, aby přibýval na váze. Jsem unavená, nemám ani čas nad ničím přemýšlet.*

2. Otázky týkající se péče, která je poskytována matkám a jejich dítěti.

1. T: Jak dlouho už jste na oddělení?

O: *Na oddělení jsme 11 dní.*

2. T: Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?

O: *Ano, podle mého názoru je všechno v pořádku. Nevšimla jsem si žádných nedostatků, které by mohly mít vliv na péči o nás.*

3. T: S jakým přístupem sester a lékařů se setkáváte? Partnerským nebo spíše paternalistickým?

O: *Setkávám se s partnerským přístupem. Lékaři i sestry nás berou jako spolupracovnice. Přístup je dobrý. Vysvětlí nám všechno, vždy se domluvíme.*

4. T: Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?

O: *Ano, všechny sestřičky jsou ochotné. Nemám s nimi žádný problém.*

5. T: Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?

O: *Ano, jsou ochotné. Já nemám nějaké problémy, které bych s nimi potřebovala řešit, věřím ale tomu, že kdybych nějaký problém měla a potřebovala bych s nimi o něm mluvit, že by mě rády vyslechly a nechaly by si na mě dostatek času.*

6. T: Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?

O: *Určitě ano. Když něco potřebuji, například chvíli pohlídat Honzíka, když si chci zajít do automatu na kafe, vždycky jsou ochotné a vyhoví mi. Vezmou si malého k sobě na novorozenecký pokoj. S čímkoliv, když potřebuji, pomůžou a poradí.*

7. T: Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašemu dítěti, je dostatečná?

O: *To určitě ano. Nestěžuji si. Dělají pro nás vše. Máme všechno, co potřebujeme.*

8. T: Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše, co je v jejich silách?

O: *Ano.*

3. Otázky týkající se toho, zdali je matkám umožněno pečovat o své dítě v inkubátoru.

1. T: Měla jste možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče?
O: *Ano, měla.*
2. T: Jak často jste mohla na neonatologickou jednotku intenzivní péče za svým dítětem docházet?
O: *Mohla jsem za Honzíčkem chodit kdykoliv, kdy jsem chtěla. Nebo když jsem za ním byla a odcházela jsem z JIPky, tak jsem se sestřičkami domluvila, kdy zase můžu přijít. Nebyly jako žádné problémy, že bych za ním třeba nesměla, to ne.*
3. T: Mohla jste se jen dívat na své dítě přes inkubátor, nebo jste měla možnost jej i pohladit, dotknout se jej?
O: *Měla jsem i možnost se Honzíčka dotknout, pohladit jej. Já si myslím, že to dovolují všem maminkám, pokud mají zájem nebo se nebojí. Vždycky jsem se na něj dívala přes inkubátor a přitom jsem jej hladila.*
4. T: Měla jste na jednotce intenzivní péče možností nějakým způsobem se podílet na péči o své dítě?
O: *Tak první dva dny, co byl Honzík v inkubátoru, jsem jej mohla jenom hladit, spíše jsem se dívala na sestřičky, jak o něho pečují. To jsem se o něho nestarala, spíše jsem okukávala sestřičky, jak s ním manipulují a starají se o něho. Potom už jsem se o něj mohla starat. Přebalovala jsem, krmila jsem ho. Předtím mi sestřičky všechno vysvětlily, byly ale u mě, když jsem Honzika krmila nebo přebalovala, dívaly se na mě, jak to dělám, když jsem si něčím nebyla jista, tak jsem se mohla zeptat. Byla jsem ráda, že jsou při mně. Cítila jsem se jistější, když byly se mnou.*
5. T: Mohla jste na jednotce intenzivní péče sledovat, jak se sestry starají o vaše dítě v inkubátoru?
O: *Ano, právě ty první dva dny jsem je sledovala, dívala jsem se na ně, jak se ony o Honzika starají. Bylo to fajn, aspoň jsem pochytala a naučila jsem se, jak to budu dělat já.*
6. T: Co jste obvykle dělala, když jste byla u svého dítěte? Povídal jste si s ním, mluvila jste na něj?
O: *Ano, pořád jsem na něj mluvila, pořád jsem mu něco povídal. Vykládala jsem mu, jak se na něj už Zdenka, jeho bráška, těší.*

7. T: Chodil s vámi i partner za dítětem na jednotku intenzivní péče?

O: *Ano, manžel za námi chodil každý den, i 2x za den. Bydlíme kousek od nemocnice, tak je tady každý den i teď. Vždycky jsme spolu chodili za Honzíkem na jednotku intenzivní péče.*

8. T: Co obvykle váš partner dělal, když jste byli spolu u vašeho dítěte?

O: *Tak když jsme chodili za Honzíkem na JIPku, tak se spíše na něj díval přes inkubátor, sem tam ho i pohladil. Bylo to ale pro něj takové nezvyklé, aby Honzík hladil přes inkubátor. Potom byl Honzík přeložen z JIPky ještě na pár dní na intermediální oddělení. Tam manžel i klokáňoval. Bral to statečně, bylo vidět ale, že to dost prožívá.*

9. T: Jak jste prožívala situaci, na co jste myslela, když jste se dívala na své dítě přes inkubátor?

O: *Já myslím, že jsem to zvládala dobře. Věřila jsem, že Honzík bude v pořádku. Vzhledem k tomu, že se Honzík nenarodil tak moc předčasně, tak se dostal brzy ven z inkubátoru, sice přešel ještě přes to intermediální oddělení, ale brzy nato jsem ho měla u sebe na pokoji.*

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR Č. 3

Tázající se (T): Zuzana Slezáková

Odpovídající (O): Maminka 3 (R3)

Datum: 30.11.2011

Délka rozhovoru: 20 minut

Místo rozhovoru: Porodnice - oddělení roaming – in, pokoj

Pozn.: Odpovědi na jednotlivé otázky nejsou upravovány, jsou autenticky přepsány. Rozhovor nebyl přerušen. Narozeno dítě (holčička – Karolínka) v 35. týdnu těhotenství.

1. Otázky týkající se toho, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození dítěte.

1. T: Kde pracujete?

O: *Jsem OSVČ. Máme s manželem vlastní firmu, organizujeme párty, večírky, děláme rauty.*

2. T: Kolik máte dětí?

O: *Nemám zatím žádné dítě.*

3. T: Kolik mají děti let?

O: ----

4. T: Máte partnera, o kterého se můžete opřít?

O: *Ano, manžel je moje opora.*

5. T: Stará se doma partner o děti?

O: -----

6. T: Máte obavy z toho, jak partner zvládá doma péči o děti?

O: -----

7. T: Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?

O: *Určitě nás to stmelilo. Držíme více při sobě. Jinak žádnou jinou změnu nepociťuji.*

8. T: Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašeho dítěte?

O: *Změnily se moje priority. Předčasným narozením Karolínky jsem přehodnotila žebříček hodnot. Teď pro mě bude nejdůležitější Karolínka. Bude pro mě na prvním místě to, aby byla zdravá a v pořádku.*

9. T: Jak to tady v nemocnici zvládáte?

O: *Zatím dobře. Jsem tady zatím krátce, zatím to zvládám.*

10. T: Máte možnost promluvit si se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?

O: *Ano. Mám tady i jednu známou sestřičku, se kterou se už dlouho znám. Když má službu, tak si za mnou vždycky ve volné chvíli přijde popovídat a podpořit mě. Jinak kdybych měla nějaký problém, který bych potřebovala řešit, tak si myslím, že by mě i jiné sestřičky vyslechlly.*

11. T: Pociťujete tedy, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?

O: *Ano. Cítím, že kdybych něco potřebovala, že se na ně můžu kdykoliv obrátit.*

12. T: Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vaším předčasně narozeným dítětem?

O: *Mám trošku strach, co bude dál. Doufám ale, že bude Karolínka zdravá a že budeme už brzy doma u manžela.*

13. T: Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?

O: *Představuji si, jak jsme už s malou doma, jak je zdravá, že všechna nejistota je už za námi. Přemýšlím, jak může být dlouho na intermediálním oddělení. Na JIPce byla dva dny, pak ji přeložili na ten mediál. Honí se mi hlavou myšlenky typu, že to s ní možná tak špatné není, když už je schopna být sama mimo inkubátor. Říkám si, že to bude dobré.*

2. Otázky týkající se péče, která je poskytovaná matkám a jejich dítěti.

1. T: Jak dlouho už jste na oddělení?

O: *Na oddělení jsem 4 dny.*

2. T: Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?

O: *Ano, mám pocit, že je vše v pořádku, tak jak má být.*

3. T: S jakým přístupem sester a lékařů se setkáváte? Partnerským nebo spíše paterna-
listickým?

O: *Partnerským. Všichni jsou k nám opatrní, ochotní, vysvětlují a domlouváme se, co se dál bude dít.*

4. T: Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?

O: *Ano, všechny jsou ochotné. Nemám žádné výhrady.*

5. T: Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?

O: *Ano.*

6. T: Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?

O: *Ano. Vždycky povím, co si přeji, domluvíme se na řešení. Vyhoví mi.*

7. T: Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašemu dítěti, je dostatečná?

O: *Ano, určitě. Dělají všechno, co je potřeba.*

8. T: Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše, co je v jejich silách?

O: *Ano.*

3. Otázky týkající se toho, zdali je matkám umožněno pečovat o své dítě v inkubátoru.

1. T: Měla jste možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče?

O: *Vzhledem k tomu, že jsem rodila císařským řezem, jsem den po porodu prospala, druhý den jsem skrz bolesti také nebyla schopna nikam chodit. Karolínka byla na JIPce 2 dny, potom byla přeložena na intermediální oddělení. Na JIPce jsem ji neviděla. Poté, jak jsem byla schopna chodit a ustoupily mi bolesti, tak jsem chodila za Karolínkou na intermediální oddělení.*

2. T: Jak často můžete chodit na intermediální oddělení za svým dítětem?

O: *Na intermediální oddělení chodím co 3 hodiny, vždy po domluvě se sestřičkami. Jsem tam s Karolínkou zhruba hodinu. Když ale chci za malou jít i tak, tak můžu i bez domluvy, vždy mi sestřičky vyjdou vstříc a pustí mě za ní.*

3. T: Máte na intermediálním oddělení možnost nějakým způsobem se podílet na péči o své dítě?

O: *Ano, pomáhám přebalovat, krmit, měřit teplotu. Také klokánkujeme. Nedělám zatím nic ale sama, vždy jsou se mnou sestřičky a pomáhají mi. Ještě si sama netroufám.*

4. T: Co obvykle děláte, když jste u svého dítěte? Povídate si s ním, mluvíte na něj?

O: *Ano, pořád si s Kájou povídám, mluvím na ni, hladím ji.*

5. T: Chodí s vámi i partner za dítětem na intermediální oddělení?

O: *Ano, partner za námi chodí každý den. Přijde za mnou a potom jdeme spolu za Kájou na intermediální oddělení, kde jsme s ní. Manžel chodil za malou i na jednotku intenzivní péče. Já jsem nemohla, ale on za ní chodil.*

6. T: Co obvykle váš partner dělá, když jste spolu s vaším dítětem?

O: *Tak manžel Karolínku také klokánkuje, chová ji, přitom si s ní povídá, hladí ji, říká jí, jak už se těší, až bude s námi doma.*

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR Č. 4

Tázající se (T): Zuzana Slezáková

Odpovídající (O): Maminka 4 (R4)

Datum: 30.11.2011

Délka rozhovoru: 30 minut

Místo rozhovoru: Porodnice - oddělení roaming – in, pokoj

Pozn.: Odpovědi na jednotlivé otázky nejsou upravovány, jsou autenticky přepsány. Rozhovor nebyl přerušen. Narozeno dítě (holčička – Leonka) v 34. týdnu těhotenství.

1. Otázky týkající se toho, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození dítěte.

1. T: Kde pracujete?

O: *Jsem OSVČ.*

2. T: Kolik máte dětí?

O: *Mám 2 děti, dva kluky.*

3. T: Kolik mají let?

O: *Jeden má 20 let a druhý 16 let.*

4. T: Máte partnera, o kterého se můžete opřít?

O: *Ano, partner je moje opora. Jinak bysme spolu neměli miminko.*

5. T: Stará se váš partner doma o děti?

O: *Ano, stará, manžel má z prvního manželství ještě 2 děti, které mají 8 a 6 let, žijí také s námi. Jinak moji kluci mají 20 a 16 let, tak ti se o sebe dokážou postarat sami.*

6. T: Máte obavy z toho, jak váš partner zvládá doma péči o vaše dítě?

O: *Nemám, to vůbec ne. Manžel mi telefonuje, že vaří, ale i uklízí, můžu se na něj spolehnout.*

7. T: Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?

O: *Ne, nezměnilo se nic. My jsme očekávali, že se Leonka narodí předčasně. Měla jsem vysoký tlak a nějaké problémy, tak nám bylo řečeno, že může přijít na svět dříve. Byli jsme s manželem rádi, že to vůbec takhle dlouho vydržela.*

8. T: Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašeho dítěte?
O: *Ne, nevím o ničem, co by se změnilo.*
9. T: Jak to tady v nemocnici zvládáte?
O: *Tak to víte, doma je doma. Zvládám to ale dobře.*
10. T: Máte možnost promluvit si se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?
O: *Ano, to určitě. Potřebuji – li něco, můžu si se sestřičkami o čemkoliv promluvit.*
11. T: Pociťujete tedy, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?
O: *Ano.*
12. T: Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vaším předčasně narozeným dítětem?
O: *Radost, že se malá zlepšila. Po narození měla problémy s dýcháním, tak jsem měla o ni strach. Dostala ale nějakou infuzi, po které se to zlepšilo, tak jsem ráda, že už je malá zdravá. Můžu ji mít už i u sebe, tak to je pocit štěstí, když jsem ji u sebe neměla, pořád jsem na ni myslela, a bylo mi líto, že nemůžu být pořád s ní. Nedalo se ale nic dělat, brala jsem to tak, jak to bylo. Teď už je to fajn, že je malá se mnou.*
13. T: Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?
O: *Přemýšlím, co doma. Předtím, když jsem ještě malou neměla u sebe, tak jsem přemýšlela nad tím, co s ní dělají na JIPce nebo později na mediále, jestli to tak má být. Mnohokrát se mi honilo hlavou to, co mi lékaři řekli, přemýšlela jsem nad tím.*

2. Otázky týkající se péče, která je poskytována matkám a jejich dítěti.

1. T: Jak dlouho už jste na oddělení?
O: *Na oddělení už jsem 3 týdny.*
2. T: Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?
O: *Ano, jsem si jistá, že ano. Nevidím tady žádný problém.*

3. T: S jakým přístupem sester a lékařů se setkáváte? Partnerským nebo spíše paternalistickým?
O: *Paternalistickým.*
4. T: Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?
O: *Ano, chovají se ke mně pěkně, jsou ochotné a milé.*
5. T: Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?
O: *Ano.*
6. T: Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?
O: *Ano.*
7. T: Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašemu dítěti, je dostatečná?
O: *Ano.*
8. T: Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše, co je v jejich silách?
O: *Určitě ano, to je bez pochyb.*

3. Otázky týkající se toho, zdali je matkám umožněno pečovat o své dítě v inkubátoru.

1. T: Měla jste možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče?
O: *Ano, mohla bych za Leonkou chodit, ze strany sestřiček a ostatního personálu jednotky intenzivní péče, kde malá ležela by problém nebyl. Já jsem ale za malou nesměla chodit, a ani nechodila, protože jsem sama ležela také na jednotce intenzivní péče kvůli vysokému tlaku a ještě nějakým problémům. Potom, jak malou přeložili z jednotky intenzivní péče na intermediální oddělení, tak jsem chodila za ní tam. To už jsem byla i já na normálním oddělení, tady na oddělení roaming – in a bylo mi dovoleno v rámci mého zdravotního stavu za Leonkou jít. Nebyl žádný problém v tom, že bych tam nesměla.*
2. T: Jak často jste mohla na neonatologickou jednotku intenzivní péče za svým dítětem docházet?
O: *V podstatě kdykoliv, kdy jsem chtěla. Na intermediálním oddělení jsem chodila každé 3 hodiny. Odtříkávala jsem mléko, tak jsem ho tam vždycky každé 3 hodiny*

nosila. Když jsem přišla nevhod, například, prováděli – li lékaři vizitu nebo nějaký výkon, domluvila jsem se sestřičkami na jinou dobu. Když to ale vezmu celkově, nebyl problém za malou kdykoliv zajít.

3. T: Mohla jste se jen dívat na své dítě přes inkubátor nebo jste měla možnost jej i pohladit, dotknout se jej?

O: Já jsem tu možnost neměla, protože jsem ležela sama na JIPce. Kdybych ale mohla docházet na jednotku intenzivní péče, kde ležela Leonka, určitě by mi dovolili za ní jít, i se na ni dívat přes inkubátor a hladit ji v inkubátoru. To vím od manžela, protože on za malou na JIPku chodil, i když jsem já nemohla. A to všechno měl dovoleno.

4. T: Měl manžel na jednotce intenzivní péče možností nějakým způsobem se podílet na péči o své dítě?

O: Na jednotce intenzivní péče se na péči o Leonu moc podílet nemohl. Spíše se na ni díval přes inkubátor, někdy jí mohl dát do sondičky, kterou měla zavedenou do nosíku, odstříkané mateřské mléko. Tam to moc nešlo. Říkal, že vždycky při něm stejně byla nějaká sestřička, sám s ní nic dělat nemohl. Jak Leonku potom přeložili na intermediální oddělení, tam už to bylo lepší. Malá už byla šikovnější, už nemusela být v inkubátoru, tam jsem za ní mohla už i já a mohla jsem se o ni začít starat, samozřejmě ale neustále pod dohledem sestřiček. To mi ale vůbec nevadilo, protože jsem si byla stejně v péči o ni nejistá, byla jsem ráda, když mi řekli, co a jak mám dělat, na co si třeba dávat pozor apod. Přebalovala jsem ji, krmila, měřila teplotu, koupala.

5. T: Mohl aspoň manžel na jednotce intenzivní péče sledovat, jak se sestry starají o vaše dítě v inkubátoru?

O: Ano, to ano, přestože na jednotce intenzivní péče skoro nic dělat nesměl, mohl se aspoň dívat, jak se sestřičky starají o malou. Byla jsem ráda, že mu to dovolili, že jim to nevadilo. Když jsem malou zatím nemohla vidět já, byla jsem ráda, že ji vidí aspoň on. Vždycky jsem čekala, jak mi přijde popovídat, jak se malá má, jak roste, jestli se lepší.

6. T: Co jste obvykle dělala, když jste byla u svého dítěte? Povídala jste si s ním, mluvila jste na něj?

O: *Jak jsem za ní chodila na intermediální oddělení, pořád jsem jí něco povídala. Samozřejmě mi to nedalo, musela jsem ji hladit a přitom jsem jí pořád něco šeptala.*

7. T: Co obvykle váš partner dělal, když jste byli spolu u vašeho dítěte?

O: *Když jsme chodili spolu s manželem za Leonkou na mediál, tak se na Leonku díval, hladil ji, dával ji odstříkané mléko stříkačkou. Také si jí stěžoval na všelicos možné. Když chodil i sám na JIPku, tak říkal, že mu dovolili sestřičky, aby zkusil dát malé do sondičky.*

8. T: Jak jste prožívala situaci, na co jste myslela, když jste se dívala na své dítě přes inkubátor?

O: *Já jsem malou neviděla, jak byla na jednotce intenzivní péče, protože jsem také ležela na té JIPce. Když jsem ale za ní chodila na ten mediál, tak jsem prožívala ne skutečnou radost, že ji vidím, že se lepší, když už není na JIPce, ale tady. Brala jsem to tak, že jsme o stupínek výš, když už nepotřebuje být v inkubátoru, ale že už je schopna dýchat sama a udržet si teplotu sama. Když mi ale manžel popisoval, jak byl za malou na JIPce a že pořád má hadičky v ruce a nevím kde všude, tak jsem měla strach, jestli se jí nepřitížilo, jestli se nezhoršila. Chtěla jsem už aby byla u mě.*

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR Č. 5

Tázající se (T): Zuzana Slezáková

Odpovídající (O): Maminka 5 (R5)

Datum: 2.12.2011

Délka rozhovoru: 30 minut

Místo rozhovoru: Porodnice - oddělení roaming – in, pokoj

Pozn.: Odpovědi na jednotlivé otázky nejsou upravovány, jsou autenticky přepsány. Rozhovor nebyl přerušen. Narozeno dítě (holčička – Sašenka) v 31. týdnu těhotenství.

1. Otázky týkající se toho, zdali a jak matky ovlivnilo předčasné narození dítěte.

1. T: Kde pracujete?

O: *Pracuji na úřadě práce, jako finanční analytička.*

2. T: Kolik máte dětí?
O: *Mám jedno dítě – holčičku.*
3. T: Kolik má let?
O: *Eliška má 4 roky.*
4. T: Máte partnera, o kterého se můžete opřít?
O: *Ano, to mám. Na mého partnera se můžu stoprocentně spolehnout. Je to moje opora ve všech možných případech a situacích.*
5. T: Stará se váš partner doma o vaše dítě?
O: *Ano, stará se doma o Elišku.*
6. T: Máte obavy z toho, jak váš partner zvládá doma péči o vaše dítě?
O: *Že bych měla obavy, to se říct nedá. Jako vím, že se můj partner o naši dceru postará, ale to víte, někdy mě napadne a přemýšlím, jak to doma zvládají beze mě, jestli to vůbec zvládají. Doufám ale že ano, partner mi říká, když se ho ptám, jak válčí s Eliškou spolu doma, že všechno zvládají. Tak doufám, že ano.*
7. T: Změnil se nějakým způsobem váš vztah s partnerem?
O: *Řekla bych, že se nijak zásadně nezměnil. Určitě ale držíme více při sobě. Říkáme si, že musíme nějak tuto situaci, která nás potkala, zvládnout.*
8. T: Je ještě něco, co se ve vašem životě změnilo předčasným narozením vašeho dítěte?
O: *Víc si vážíme toho, že máme jeden druhého. Vážím si rodiny, kterou mám.*
9. T: Jak to tady v nemocnici zvládáte?
O: *Tak snažím se to zvládat, snažím se být silná, i když mnohdy je to těžké. Řekla bych, že vlastně ani silná nejsem, jen se na to snažím hrát. Pořád si říkám, že to zvládneme, že se musím držet, už kvůli malé. Manžel mě ale podporuje, jak může.*
10. T: Máte možnost promluvit si se zdravotnickým personálem o problémech, které vás trápí?
O: *Určitě ano. Se vším se svěřuji manželovi, častokrát se ale také svěřím sestřičkám se svými obavami a trápením.*
11. T: Pociťujete tedy, že se můžete na sestřičky kdykoliv obrátit s nějakým problémem?

O: *Ano, kdykoliv. Často se jim svěřuji s obavami, které mě trápí. Vždycky se mi dostane pochopení a podpory.*

12. T: Jaké pocity prožíváte v souvislosti s vaším předčasně narozeným dítětem?

O: *Mám strach z toho, co bude dál. Vždycky když jdu za Sašenkou na jednotku intenzivní péče, bojím se, co uvidím, co mi řeknou sestřičky nebo lékaři o jejím zdravotním stavu, mám strach, jestli se nezhoršila za tu dobu, co ji nevidím. Cítím takovou nejistotu. Člověk pořád neví, jak to všechno dopadne, jestli bude Sašenka zdravá, nebo jestli bude mít nějaké následky. Modlím se, ať všechno dopadne dobře. Vždycky když se o maličko zlepší, když mi lékař řekne, že se pere jako lev, že je šikulka, cítím se hrozně šťastná a vždycky mi svítne naděje, že může vše dobře dopadnout.*

13. T: Nad čím přemýšlíte a co se vám honí hlavou, když odpočíváte nebo usínáte?

O: *Někdy se mi honí hlavou, co budeme dělat, když by se Sašenka úplně neuzdravila a zůstaly by jí nějaké trvalé následky. Někdy, když je dobrý den, třeba když vidím malé zlepšení u ní, plánuji, co všechno doma budu dělat se Sašenkou, sním o tom, co všechno s ní můžeme doma všichni společně zažít.*

2. Otázky týkající se péče, která je poskytována matkám a jejich dítěti.

1. T: Jak dlouho už jste na oddělení?

O: *Ted' jsem na oddělení 10. den. Vypadá to ale, že mě propustí domů a že za malou budu chodit. Lékař říkal, že si malá pobude v inkubátoru na jednotce intenzivní péče. Nejspíš potom, až bude malá schopna být bez inkubátoru, snad to bude, tak by mě znovu přijali, abych mohla být s ní.*

2. T: Určitě jste si už všimla a poznala chod oddělení, můžete mi říct, jestli se vám zdá, že zdravotnický personál vykonává svou práci systematicky, smysluplně a zodpovědně?

O: *Ano, všimla jsem si práce sestřiček i lékařů. Podle mého názoru sestřičky pracují svědomitě a poctivě. Mají tady pořád co dělat. A když pracují, tak bych řekla, že opravdu na sto procent.*

3. T: S jakým přístupem sester a lékařů se setkáváte? Partnerským nebo spíše paternalistickým?

O: *Já bych řekla, že s partnerským. Většinou mě zdravotnický personál o všem informuje, nabídnou mi možnosti řešení. Vždycky se společně domluvíme. Někdy nevím, co je lepší, tak si nechám poradit. Není to ale v žádném případě tak, že by mi někdo něco vnucoval nebo že by lékař nebo sestra řekli, bude to tak nebo tak. To ne.*

4. T: Jak se k vám chovají sestřičky? Setkáváte se s ochotným přístupem?

O: *Ano, setkávám se s ochotou. Většinou jsou všichni milí. Nestalo se mi, že by o mě pečovala nějaká sestra, která by na mě byla nepříjemná, to ne.*

5. T: Zdá se vám, že si sestřičky nechávají dostatek času na řešení vašich obtíží?

O: *Ano, řekla bych, že ano. Provádí –li sestry nějaký výkon u mě, například ráno mi braly odběry, vždy mám pocit, že na mě mají čas, že se o mě starají v klidu, bez spěchu.*

6. T: Když máte nějaký požadavek či přání na sestřičky, vyhoví vám a snaží se to s vámi nějak řešit?

O: *Ano, jsou ochotné, myslím si, že by mi vyšly vstříc. Zatím jsem ale žádný takový požadavek na mě neměla. Spíše bych řekla, že jsou vstřícné v tom si se mnou popovídat, když naznačím, že mě něco trápí.*

7. T: Zdá se vám, že péče, kterou věnují sestřičky vám a vašemu dítěti, je dostatečná?

O: *Ano, to určitě. Já jim věřím, že dělají pro Sašku vše, co je v jejich silách. Nepřipouštím si a nikdy by mě nenapadlo, že péče o mou dceru může být nedostatečná.*

8. T: Máte pocit, že zdravotničtí pracovníci dělají pro vás a vaše dítě vše, co je v jejich silách?

O: *Ano.*

3. Otázky týkající se toho, zdali je matkám umožněno pečovat o své dítě v inkubátoru.

1. T: Máte jste možnost chodit za svým dítětem na neonatologickou jednotku intenzivní péče?

O: *Ano, mám. Zdravotnický personál mi to umožňuje. Byla jsem informována, že i po mém propuštění domů můžu za malou klidně každý den docházet.*

2. T: Jak často můžete na neonatologickou jednotku intenzivní péče za svým dítětem docházet?

O: *Já si myslím, že to není nijak omezené. Můžu za malou chodit kdykoliv chci. Nikdo mi zatím nezakázal, že bych tam nesměla chodit. Sestřičky jsou vždycky milé a říkají mi, ať přijdu, kdykoliv budu chtít.*

3. T: Můžete se jen dívat na své dítě přes inkubátor, nebo máte možnost jej i pohladit, dotknout se jej?

O: *Můžu si malou v inkubátoru i pohladit. Samozřejmě, že se na ni dívám přes inkubátor, nemůžu z ní spustit oči, jsem ale ráda, když se jí můžu dotknout.*

4. T: Měla jste na jednotce intenzivní péče možnost nějakým způsobem se podílet na péči o své dítě?

O: *Zatím moc ne, myslím si ale, že se ani na péči o Sašenku moc podílet nebudu, protože když vidím, jak se o malou starají sestřičky, že bych to nezvládla. Myslím si, že sestřičky jsou mnohem zkušenější v péči o tak malé a nedonošené děti, že to zvládají lépe, než bych to zvládala já. To bezpochyby. Hlavně já bych se i bála s malou manipulovat, je taková droboučká, slaboučká.*

5. T: Můžete na jednotce intenzivní péče sledovat, jak se sestry starají o vaše dítě v inkubátoru?

O: *To ano. Přímou, že bych nějak s malou manipulovala, to bych nedělala, myslím, že by mě ani nenechali. Je fajn ale, že můžu sestřičky sledovat při péči o Sašenku. Aspoň vidím, jak co dělají. Možná, jak Sašenka bude větší a nebude už muset být v inkubátoru, tak se o ni budu moct začít pomalu starat.*

6. T: Co obvykle děláte, když jste u svého dítěte? Povídáte si s ním, mluvíte na něj?

O: *Ano, povídám si s ní, pořád na ni mluvím, povídám jí všechno možné, co mě napadne.*

7. T: Chodí s vámi i partner za dítětem na jednotku intenzivní péče?

O: *Ano, chodíme s manželem za Sašenkou na jednotku intenzivní péče. Vždycky když za mnou přijde, jdeme se na ni hned spolu podívat.*

8. T: Co obvykle váš partner dělá, když jste spolu u vašeho dítěte?

O: *Manžel malou pozoruje přes inkubátor. Já mu povídám, co vím nového od lékařů nebo od sestřiček. Sem tam i manžel něco malé řekne, třeba to, ať už rychle vyroste a přibere, ať může jet s námi domů.*


9. T: Jak prožíváte situaci, na co jste myslíte, když se díváte na své dítě přes inkubátor?

O: *Je mi smutno, když vidím, že malá musí být na jednotce intenzivní péče v inkubátoru. Je mi líto, že nemůže být se mnou, že ji nemůžu mít u sebe. Říkám si, ať už se toto období překlene a my s manželem si Sašenku můžeme odvést domů.*

PŘÍLOHA P VI: DESATERO PRO PERSONÁL

1.	Mluvte s maminkami o jejich problémech a trápeních.
2.	Zdůrazněte maminkám, že se vás mohou kdykoliv na cokoliv zeptat → dejte jim najevo, že jste tady pro ně. Vysvětlete jim, že mají právo na odpočinek.
3.	Umožněte mamince co nejčastěji chodit za dítětem.
4.	Dovoluje – li to zdravotní stav dítěte, ukažte mamince a edukujte ji, jak může být užitečná v péči o dítě.
5.	Není – li možné maminku zapojit do péče o dítě, dovolte jí alespoň sledovat, jak o dítě pečujete vy.
6.	Naučte maminku a otce klokánkovat.
7.	Ukažte mamince baby masáže a naučte je provádět u dítěte.
8.	Povzbuzujte maminku, aby se dítěte dotýkala, hladila jej, mluvila s ním.
9.	Motivujte otce k podpoře matky a k účasti na péči o dítě. Naučte rodiče radovat se z drobných úspěchů a pokroků u dítěte.
10.	Informujte rodiče o možnosti vytvořit nahrávku pro dítě, kterou může sestra pouštět dítěti v inkubátoru.

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ PRO PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ROZHOVORŮ PRO PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění průzkumného šetření, které bude prováděno pomocí rozhovorů na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i průzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zuzana Slezáková
Téma bakalářské práce	Problematika nezralého novorozence
Skupina respondentů	Matky předčasně narozených dětí
Pracoviště	Oddělení šestinedělí

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 27.10.2011

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)

razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz