

Podpora a edukace rodičů předčasně narozených dětí

Veronika Fikrová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav porodní asistence
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika FIKROVÁ**
Osobní číslo: **H09673**
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Podpora a edukace rodičů předčasně narozených dětí**

Zásady pro vypracování:

Popis výchozího problému.
Výběr literatury vztahující se k danému problému.
Naplánování výzkumného šetření.
Výběr výzkumné metody.
Výběr respondentů.
Pilotní studie.
Realizace výzkumného šetření.
Zpracování získaných dat.
Diskuze a komentování výsledků.
Vypracování edukačního materiálu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOKOUPILOVÁ, Milena et al., 2009. Narodilo se předčasně. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-552-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-347-1830-9.

NOVÁK, Ivan et al. 2008. Intenzivní péče v pediatrii. 1. vydání. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-512-3.

PEYCH, Ivan, 2005. Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-283-8.

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

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd


Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 13. února 2012



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



Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně *21.5.2012*

Fikrova Veronika

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 místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez 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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností 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

Práce se zabývá edukací a podporou rodičů předčasně narozených dětí. V teoretické části krátce popisuje předčasný porod. Následně navazuje klasifikace novorozenců, popis nedonošeného dítěte, možné problémy spojené s nedonošeností a prognóza předčasně narozených dětí. Dále popisuje pobyt dítěte na jednotce intenzivní péče, zdravotnický tým pečující o dítě a pocity, které mohou rodiče předčasně narozených dětí prožívat. Na tuto část navazuje kapitola o podpoře a edukaci rodičů, která zahrnuje podporu rodičů ještě před porodem, v průběhu návštěv dítěte na jednotce intenzivní péče a podporu rodičů při propuštění dítěte. V závěru teoretické části seznamuje čtenáře s etickými problémy v neonatologii. V praktické části ukazuje vyhodnocení a výsledky výzkumného šetření. Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou rodiče předčasně narozených dětí spokojeni s edukací, podporou a komunikací ošetřujícího zdravotnického personálu na neonatologických jednotkách intenzivní péče.

Klíčová slova: předčasný porod, rodiče předčasně narozených dětí, nedonošený novorozenec, jednotka intenzivní péče, jednotka intenzivní péče, podpora, etika.

ABSTRACT

This Bachelor work deals with education and the support of premature babies.

In the theoretical part it is shortly described premature childbirth. Followed with the classification of new born infants, the description of premature babies and its possible problems connected with prematuring and the prognosis for premature babies. Further there is the description of the stay at the intensive care unit, the health team caring about the babies and the parents' feelings of premature babies.

This part is followed by the chapter about the support and education of parents which includes the support for parents before childbirth, the support during visit the baby at the intensive care unit and the support during the baby leaving the hospital. The conclusion of the theoretical part introduces the ethics problems in neonatology. The practical part shows the assessment and the result of research. The purpose of research was to discover if the parents of premature babies are satisfied with the education, support and communication with the health personnel at the neonatal intensive care unit.

Keywords: premature babies, parents of premature babies, premature newborn, intensive care unit, education, support, ethic

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. Mgr. Martině Ciché, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Dále bych ráda poděkovala rodině a přátelům za podporu ve studiu.

Čestné prohlášení

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

Motto: "Nelze rozhodovat o životě jiných lidských bytostí. Musíme chránit život v jakékoli podobě. Jenom naše maximální úsilí o záchranu života může zachránit i nás."

Rudolf Krautschneider

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NEONATOLOGIE.....	13
1.1 PERINATOLOGIE.....	13
2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ	15
2.1 KLASIFIKACE DLE DÉLKY TĚHOTENSTVÍ	15
2.2 KLASIFIKACE DLE VZTAHU PORODNÍ HMOTNOSTI KE GESTAČNÍMU VĚKU	16
2.3 KLASIFIKACE PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO NOVOROZENCE DLE ZRALOSTI.....	16
3 PŘEDČASNÝ POROD	17
4 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ	19
5 DÍTĚ NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE.....	21
5.1 PROSTŘEDNÍ NEONATOLOGICKÉ JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE.....	21
5.2 PROŽITKY, POCITY, REAKCE A CHOVÁNÍ RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ.....	22
5.3 PEČUJÍCÍ PERSONÁL.....	23
6 EDUKACE A PODPORA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ	25
6.1 ZÁSADY A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EDUKACI.....	26
6.2 KOMUNIKACE S RODIČI PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ.....	28
6.3 PODPORA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ	28
6.3.1 Podpora rodičů ještě před porodem.....	29
6.3.2 Podpora rodičů v průběhu návštěv na novorozenecké jednotce intenzivní péče	30
6.3.3 Podpora rodičů umírajícího dítěte	31
7 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	32
7.1 ETIKA V NEONATOLOGII	32
7.1.1 Nejčastější etické problémy v neonatologii.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
8 CÍL PRÁCE	38
8.1 DÍLČÍ CÍLE	38
9 METODIKA	39
9.1 POUŽITÁ METODIKA VÝZKUMU.....	39
9.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	39
10 VÝSLEDKY A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	40
11 DISKUZE	58

11.1	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	58
11.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	70
	SEZNAM GRAFŮ	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Během těhotenství si žádný s rodičů nepřipouští, že zrovna jejich dítě by se mohlo narodit předčasně. Pokud předčasný porod nastane, většina z rodičů na tuto situaci není připravena. V těchto chvílích rodiče potřebují oporu. Netuší co je v nejbližší době i později čeká. Potřebují někoho, kdo jim dokáže odpovědět na veškeré otázky k danému problému. Od toho je tu zdravotnický personál, který má s danou problematikou zkušenosti a dokáže ve většině případů pomoci bezradným rodičům. Zdravotní personál může tuto nastalou životní situaci rodičům ulehčit vhodnou edukací a podporou, která je v tomto náročném období neméně důležitá. Rodiče samozřejmě pocítují strach z budoucího vývoje svého dítěte. Díky neustálému vývoji vědy a techniky mají nedonošené děti lepší vyhlídky do života, a proto by si rodiče měli uvědomit, že situace, do které se dostali, neznamená konec ale začátek nového soužití s jejich potomkem.

Cílem této bakalářské práce je seznámit čtenáře s podporou a edukací rodičů předčasně narozených dětí na specializovaných pracovištích. V této práci je krátce popsán předčasný porod, klasifikace novorozenců, popis nedonošeného dítěte a možné problémy spojené s nedonošeností. Dále zde popisují pobyt na specializovaných pracovištích, zdravotnický tým pečující o dítě a pocity, které mohou rodiče prožívat. Následně navazuje kapitola o podpoře a edukaci rodičů předčasně narozených dětí. Dalším cílem této bakalářské práce je zjistit, zda jsou rodiče předčasně narozených dětí spokojeni s edukací, komunikací a podporou ošetřujícího personálu na specializovaném pracovišti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEONATOLOGIE

Lékařský obor neonatologie je podoborem pediatrie a zabývá se péčí o novorozence. V České republice je novorozenecké období vymezeno okamžikem narození a následujícími dvaceti osmi dny života. V tomto časovém úseku se odehrávají děje, které se již nikdy v životě jedince nebudou opakovat. Obsahem neonatologie je zabezpečení nerušené poporodní adaptace fyziologických novorozenců, ošetřování komplikací vzniklých v souvislosti s porodem, řešení vrozených vývojových vad a chorobných stavů a v neposlední řadě také péče o extrémně nezralé novorozence na hranici viability. Vznik neonatologie jako samostatného oboru se datuje od 50. let 20. století a to nejprve v souvislosti s rozvojem péče o zralé, donošené děti. (Fendrychová, 2011, s. 11) Až s počátkem rozvoje intenzivní péče o novorozence spadá do neonatologie také péče o děti extrémně nezralé. (Dort a kol., 2011, s. 11)

1.1 Perinatologie

Perinatologie formuluje péči o matku a plod, tudíž neonatologie je její nedílnou součástí. Perinatologie je přesněji definována jako interdisciplinární vědní obor, zabývající se péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období. V České republice je perinatologie realizována tzv. třístupňovým regionálním systémem péče o těhotnou a novorozence.

I. stupněm jsou základní úseky péče o fyziologické novorozence a děti s nevýznamnými odchylkami v průběhu poporodní adaptace, kteří mohou být po adaptaci ošetřováni systémem matka - dítě známým pod označením roaming - in. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 21) Tento systém péče klade důraz na umístování novorozenců na pokoj s matkou. Zjistil se pozitivní vliv této metody na laktaci a na současnou interakci, utváření vzájemného citového pouta matky a novorozence. První zkušenosti s roaming - in systémem v Československu jsou již z roku 1977 ve znojenské nemocnici. Nejprve se testoval systém polodenní a pak i celodenní. V dnešní době psychologové doporučují celodenní systém péče roaming - in, protože právě v prvních dnech po porodu je potřebné reagovat na signály potřeb dítěte nepřerušovaně a v souladu s jeho nepravidelným biorytmem. (Ratislavová, 2008, s. 87)

II. stupněm jsou úseky intermediární péče, které navíc řeší patologické a nezralostní stavy od 32. týdne gestace, které nevyžadují intenzivní péči. Dále jsou na tomto oddělení hospitalizované děti s méně závažnými poruchami poporodní adaptace, novorozenci klinicky stabilizovaní, ale vyžadující výživu sondou či děti s potřebou monitorování některých vitálních funkcí.

III. stupeň péče o novorozence sdružuje úseky péče I. stupně, intermediární pracoviště a jednotky intenzivní a resuscitační péče do neontologického centra, které je součástí perinatologického centra. Jedná se o mezioborové pracoviště, propojující odborně a organizačně specializovanou porodnickou a neonatologickou péči. V České republice existuje 12 statutárních perinatologických center, jejichž seznam je uveden na konci práce viz příloha č. I. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 21)

Z výše uvedeného textu vyplývá, že ne všechny nemocnice jsou schopné zajistit péči o novorozence s poruchou poporodní adaptace či péči o předčasně narozené děti. Proto je současným trendem snaha převést gravidní ženy s hrozícím předčasným porodem či jinými komplikacemi ovlivňujícími poporodní adaptaci narozeného dítěte na specializovaná pracoviště, nejlépe do porodnic, zajišťujících III. stupeň péče o novorozence. Nepodaří-li se dítě přepravit ještě intrauterinně, musí se u něj po porodu zajistit základní životní funkce a uskutečnit prevoz specializovaným neonatálním transportem viz Příloha č. II (Volf, Volfová, 2000, s. 81)

2 KLASIFIKACE NOVOROZENCŮ

V minulosti se novorozenci klasifikovali pouze podle porodní váhy. Nyní je důraz kladen na gestační stáří a stupeň zralosti. (Leifer, 2004, s. 352)

Gestační věk lze stanovit 3 způsoby:

1. somatickými kritérii,
2. neurologickým vyšetřením,
3. kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 24)

Novorozence je možné bezprostředně po porodu zařadit do skupin, které mají vysokou výpovědní hodnotu z hlediska posouzení prenatálního vývoje, ale i z hlediska prognózy možné morbidity či mortality. Všeobecně se uplatňuje klasifikace podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku. V praxi se používají ještě další klasifikační pojmy, jako např. novorozenec extrémně, velmi, středně nebo lehce nezralý. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s.27).

2.1 Klasifikace dle délky těhotenství

Těhotenství, tedy doba od oplození vajíčka do porodu, může být různě dlouhá. Ve studiích na velkých souborech byla průměrná délka těhotenství stanovena na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů, což odpovídá 10 lunárním měsícům. Ovšem ne vždy je stanovený termín porodu zcela přesný, proto za fyziologickou délku těhotenství považujeme porod mezi 38. – 40. týdnem. (Čech a kol., 2006, s. 45) Porod před dokončeným 37. týdnem gestace označujeme jako předčasný. Za prodlouženou, také potermínovou graviditu, považujeme takové těhotenství, jehož délka přesáhne 294 dnů. (Čech a kolektiv, 2006, s. 189, 195)

Podle délky těhotenství tedy rozdělujeme novorozence na:

- předčasně narozené, tj. nedonošené (gestační věk pod 38. týdnů),
- narozené v termínu (gestační věk mezi 38. - 42. týdnem),
- přenášené (gestační věk nad 42. týden). (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 27)

2.2 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozeznáváme novorozence:

- eutrofické (porodní hmotnost mezi 5. – 95. percentilem odpovídajícího gestačního věku),
- hypertrofické (porodní hmotnost nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního věku),
- hypotrofické (porodní hmotnost pod 5. percentilem odpovídajícího gestačního věku). (Čech a kol., 2006, s. 161)

2.3 Klasifikace předčasně narozeného novorozence dle zralosti

Pojmem nezralý novorozenec označujeme dle mezinárodní úmluvy dítě, které váží méně než 2500 gramů. U těchto novorozenců je výrazně ohrožen průběh postnatální adaptace, proto vyžadují mimořádnou péči nejen během porodu, ale i bezprostředně po něm a v následujících dnech. (Volf, Volfová, 1996, s. 79)

Dle zralosti dělíme předčasně narozené novorozence na:

- extrémně nezralé (narozené do 28. týdne gestace, s hmotností 500 – 999 gramů),
- velmi nezralé (narozené do 32. týdne gestace, s hmotností 1000 – 1499 gramů),
- středně nezralé (narozené do 34. týdne gestace, s hmotností 1500 – 1999 gramů),
- lehce nezralé (narozené do 28. týdne gestace, s hmotností 2000 – 2499 gramů). (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 27)

3 PŘEDČASNÝ POROD

Za předčasný porod se považuje narození dítěte před 38. týdnem gravidity. Škála období předčasného porodu je ovšem velice široká a kolísá od 24. do 38. týdne těhotenství. (Chmel, 2008, s. 98) Partus praematurus, neboli předčasný porod, je dnes definován jako patologický stav, jehož příčiny jsou anatomické, biochemické a endokrinní a ústí v syndrom předčasného porodu. Má tři komponenty: aktivaci plodových obalů, zrání děložního hrdla a děložní kontrakce. (Čech a kolektiv, 2006, s. 190) Předčasný porod tedy může nastoupit po předtermínovém odtoku plodové vody, neléčených nebo neúspěšně léčených předčasně nastupujících děložních kontrakcích nebo jako následek krvácení v těhotenství. Zvláštní skupinu tvoří předčasné porody uměle vyvolané (iatrogenní) a to z indikace patologického stavu matky, plodu nebo obou. (Roztočil a kolektiv, 1996, s. 107)

Frekvence předčasných porodů se pozvolna zvyšuje. Literatura uvádí frekvenci předčasných porodů v roce 1995 5, 61 %. (Roztočil a kolektiv, 1996, s. 107) O deset let později kolísala frekvence předčasných porodů v České republice okolo 6 – 7 %. (Čech a kolektiv, 2006, s. 189) Předčasné porody se podílí na perinatální, respektive časně neonatální úmrtnosti až v 70 %. Díky současné neonatologické péči se časná neonatální úmrtnost zlepšila. V popředí současného přístupu intenzivní neonatologické péče je snížení morbidity předčasně narozených novorozenců. (Čech a kolektiv, 2006, s. 189)

Z psychologického hlediska předčasný porod představuje pro rodičku vždy zvýšenou zátěž. Pokud k předčasnému porodu dojde náhle, rodička se nestihne na situaci připravit, někdy se nedostavují odpovídající emoce, jako by situace na ženu dolehla se všemi obavami a strachy až po narození nedonošeného dítěte. Jestliže má těhotná problémy již během těhotenství, sleduje často s obavami průběh porodu, pokládá otázku „proč já“, může hledat viníka předčasného porodu, dochází často i k sebeobviňování. Porod je obtížnější i z porodnického pohledu (nepřipravené porodní cesty, častější monitoring plodu, včasný nástřih hráze), zdravotnický personál se nevyhne tomu, aby žena nevyčítala závažnost situace a nezvýšilo se tak její napětí. Při porodu je však ponořená do porodního děje a zaměřená více na sebe a své tělo, obavy o nedonošené dítě přicházejí často až po porodu. Předčasně narozený novorozenec je ihned po porodu překládán na neonatologickou jednotku intenzivní péče (nJIP), uložen do inkubátoru, ve kterém jsou zabezpečeny jeho vitální funkce. Matka je tak odkázána na informace podávané pediatrem na oddělení

šestinedělí nebo nJIP. Dochází k těžkým psychickým stavům, kdy žena, která ještě nebyla plně připravena na novou roli, pocítuje jednak své selhání coby těhotné, jednak strach o dítě, o které nemůže pečovat a nemůže jej chránit před bolestí a ohrožením. Samozřejmě jsou i pocity bezmoci, nejistoty a deprese. (Ratislavová, 2008, s. 74)

Vedle toho, že zdravotnický personál vynaloží veškeré své síly v intenzivní péči o dítě, může tuto nastalou životní situaci rodičům ulehčit vhodnou edukací a podporou, která je v tomto náročném období neméně důležitá.

4 PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DÍTĚ

Předčasně narozené dítě je dítě, které se narodilo před 38. týdnem a jeho porodní hmotnost je nižší než 2500 gramů. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 29) Dítě narozené před termínem porodu patří k léčebně i prognosticky nejnáročnějším pacientům. Péče o ně vyžaduje vysokou kvalifikaci, dlouhou praxi a je velmi nákladná. (Klíma a kol., 2003, s. 106) Snížení úmrtnosti těchto novorozenců s sebou přinesl rozvoj neonatální intenzivní péče. Výrazně k tomu přispěly:

- koncentrace předčasných porodů do perinatologických center,
- podávání kortikosteroidů u hrozících předčasných porodů,
- léčba syndromu respirační tísně surfaktantem.

Mortalita a morbidita nedonošených novorozenců se zvyšuje s klesajícím gestačním stářím, tudíž s nezralostí organismu. (Čech a kol., 2006, s. 177) Vždy se musí posuzovat především gestační věk než hmotnost dítěte. Nezralost bývá způsobena multiparou, nemocemi matky nebo riziky spojenými s těhotenstvím. Některé výzkumy ukazují souvislosti mezi nezralostí a chudobou, kouřením, konzumací alkoholu či jiných drog. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 29) V mnoha případech o dalším osudu předčasně narozených dětí rozhoduje kvalita zabezpečení těsně po porodu. Porod mimo perinatologické centrum a následný převoz již narozeného dítěte, zejména jedná-li se o extrémně nezralého novorozence, výrazně zvyšuje jak jeho mortalitu, tak i morbiditu. Mezi základní zabezpečení nedonošeného novorozence patří řádná resuscitace, vyžaduje-li ji stav novorozence, uložení do inkubátoru, zajištění ventilace, zajištění cévních vstupů, léčba oběhových poruch, podání parenterální výživy, následně časné enterální krmení mateřským mlékem, monitorování životních funkcí a vnitřního prostředí, řešení přidružených komplikací. Nejčastější problémy nedonošených dětí spojené s nezralostí a nízkou porodní hmotností viz Příloha č. II. (Čech a kol., 2006, s. 177) Délka hospitalizace předčasně narozených dětí na neontologické jednotce intenzivní péče je individuální a může trvat několik týdnů až měsíců. Dítě hospitalizované na tomto pracovišti tedy prožívá první týdny svého života za významně odlišných podmínek než děti zdravé, narozené v termínu porodu. Kvůli specifickému prostředí nJIP jsou vystavovány řadě mimořádných podnětů, jejichž možný dopad na dlouhodobý vývoj dítěte není plně prozkoumán. Předpokládá se, že trvalé působení umělého světla, nadměrný hluk, chybění

přirozeného střídání rytmu dne a noci, obtížnější podmínky pro navázání vztahu mezi dítětem a rodiči, nutnost invazivních a někdy bolestivých diagnostických a léčebných procedur, kontakt s nozokomiálními infekcemi může mít negativní dopad na dítě a tyto prožitky si dítě s sebou nese do svého dalšího života. (Psychl, 2005, s. 14) I z těchto důvodů je tedy důležité snažit se o co nejkratší možnou dobu hospitalizace dítěte na těchto pracovištích.

5 DÍTĚ NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

Narození dítěte před termínem porodu je nejčastějším důvodem přijetí novorozence na neonatologickou jednotku intenzivní péče. Organismus nedonošeného dítěte je velmi nezralý a nedokáže se rychle adaptovat na mimoděložní prostředí. Proto je nezbytně nutné, aby byl předčasně narozený novorozenec ihned po porodu hospitalizován na jednotce intenzivní péče, speciálně zařízeném oddělení, kde o něj bude pečovat tým zkušených odborníků a dítě jím bude nepřetržitě sledováno. Díky neustálému vývoji vědy a techniky, dnes přežívají děti, které v minulosti umíraly. Péče o ně je stále specializovanější a monitorují se složitějšími a propracovanějšími technikami. Také úloha pečujícího personálu, ať už lékařů či zdravotních sester pracujících na neonatologických jednotkách intenzivní péče se stává komplexnější, s velkým důrazem na přesné klinické pozorování a nové technologie. (Leifer, 2004, s. 352)

Vedle nedonošených dětí jsou na zmiňovaném pracovišti také hospitalizováni rizikovní novorozenci, což jsou děti, pocházející z mnohočetných těhotenství, z operačních porodů, děti s poporodními úrazy, poruchami poporodní adaptace, vrozenými vadami a novorozeneckými sepsemi. (Klíma, 2003 s. 94)

5.1 Prostřední neonatologické jednotky intenzivní péče

Nejdříve popíši jak je prostředí nJIP vnímáno rodiči hospitalizovaných dětí. Mnoho rodičů popisuje prostředí jako cizí, hlučné, bez jakéhokoliv soukromí s atmosférou prohlubující strach, ve kterém si ani nemohou vytvořit vztah ke svému dítěti. Vidí jej napojené na množství přístrojů, nevědí, zda se mohou dotknout, s jakou reakcí od zdravotnického personálu se setkají. V prostředí nJIP se necítí dobře, je pro ně stresující, často i děsící. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 161, 162) Právě z tohoto důvodu je velice důležité, aby byly sestry schopné empatického rozhovoru, vhodné edukace a podpory rodičů a tímto způsobem jim alespoň trochu zmírnily úzkost a obavy během návštěvy svého dítěte. Z pohledu dítěte není prostředí nJIP o nic víc „přátelštější“. Nedonošený novorozenec není dosud připraven na extrauterinní život. Z toho vyplývá, že čím větší je stupeň jeho nezralosti, tím hůře snáší prostředí mimo tělo matky. Dítě je vystaveno světlu, hluku, chladu, bolestivým stimulům, ztrátě komfortu, které mělo v děloze. Prostředí nJIP je vlastně takový komplex hyperstimulů, které novorozence přetěžují a maladaptují.

Hospitalizované dítě je neustále vyrušováno a přetěžováno jak již zmiňovaným hlukem a světlem, tak častými nepředvídatelnými a mnohdy i protichůdnými činnostmi. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 76) Z tohoto důvodu je nesmírně důležité, aby si byly sestry vědomy všech distresů a nežádoucích stimulů působících na dítě a snažily se je co nejvíce minimalizovat a tímto tak zvyšovaly komfort dítěte v prostředí nJIP.

5.2 Prožitky, pocity, reakce a chování rodičů předčasně narozených dětí

Narození dítěte je pro rodiče spojeno s pozitivním a radostným očekáváním. Ovšem předčasný porod či narození nemocného novorozence bývá pro rodiče velkým rozčarováním. Mohou zažívat pocity prázdnoty, protože své dítě nemají u sebe, mají pocit, že jejich rodičovskou roli za ně vykonává zdravotnický personál, obávají se o budoucnost svého dítěte, matky pronásleduje pocit viny z vlastního selhání. Jiní rodiče hledají příčinu v okolí nebo obviňují zdravotníky ze zanedbání péče. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 180) Pobyt dítěte na novorozenecké jednotce intenzivní péče, zvláště je-li dítě v kritickém stavu, je pro rodiče nesmírnou zátěží. Vyčerpává je střídání naděje s beznadějí, cestování za dítětem, nedostatek spánku, narušení jejich pracovního a životního režimu. Podvědomě se na novorozence za jeho předčasné narození nebo nemoc a za problémy, jež jim způsobilo, zlobí, ale uvědomí-li si to, začnou se sebeobviňovat. Ocitají se tak v začarovaném kruhu svých emocí. (Novák, 2008, s. 24, 25) Z tohoto kruhu se postupně dostávají se stabilizací, růstem a uzdravováním dítěte. Bohužel i přes pokrok medicíny a stále klesající novorozeneckou úmrtnost, část dětí v novorozeneckém věku zemře. Během pobytu novorozence na nJIP si mnozí rodiče nepřipouštějí tuto možnost nezvratnosti těžkého stavu dítěte a stále doufají v jeho zlepšení. Jsou i rodiče, kteří si neuvědomují závažnost stavu svého dítěte a smrt dítěte je zaskočí naprosto nepřipravené. V tomto případě mohou být emoce rodičů velmi dramatické. Všeobecně mají reakce rodičů na úmrtí novorozence několik fází:

- a) otřes z poznání nezvratné zkušenosti,
- b) afekt smutku a zoufalství,
- c) obranná reakce, někdy až s agresivními postoji,
- d) vyrovnání se se skutečností.

V případě úmrtí dítěte je důležité s rodiči jednat klidně, ohleduplně, beze spěchu, v klidném prostředí. Lékař by měl srozumitelně vysvětlit příčinu úmrtí, a pokud rodiče

mají dotazy, klidně a pravdivě na ně odpovědět. Také sestra může vyjádřit pochopení pro citovou situaci rodičů a zodpovědět na otázky týkající se posledních chvil ošetřování jejich dítěte. Měla by se ale zároveň vyhnout přílišnému a rychlému utěšování, neboť pro opravdové vyrovnání se smrtí dítěte je nesmírně důležité prožítí smutku a uvědomění si ztráty dítěte. Podrobnější informace o vhodné podpoře rodičů během umírání dítěte se dočtete v následující kapitole. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 180, 181)

5.3 Pečující personál

Na neonatologické jednotce intenzivní péče pracuje řada profesionálů ve svém oboru. Většina z nich je v trvalém kontaktu s předčasně narozeným dítětem. Zejména to jsou dětské lékaři, neonatologové a zdravotní sestry či porodní asistentky, které jsou speciálně školeny pro práci na novorozenecké jednotce intenzivní péče. (Sobotková, 1996) Práce na tomto oddělení totiž vedle péče o nemocné novorozence obnáší také obsluhu vysoce specializované technologie. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 161) Z tohoto důvodu je po sestrách požadováno postgraduální vzdělávání, které je organizováno Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně a je zakončeno zkouškou pro specialistky v oboru dětská anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. (Novák, 2008, s. 6)

Vedle neonatologů a sester, kteří pečují o děti 24 hodin denně, se na těchto odděleních vyskytují i jiní odborníci, kteří s pečujícím personálem úzce spolupracují. Jde např. o specialisty zaměřené na hodnocení centrálního nervového systému a jeho funkcí u dětí nejranějšího věku. Zrak dětí kontroluje pravidelně oftalmolog. Další členek pečujícího týmu tvoří rehabilitační pracovníci, kteří provádí, podle individuálních potřeb dítěte, vhodné masáže a cvičení. Neméně důležitý je dětský psycholog, který sleduje vývoj chování nejmenších dětí. V případě potřeby spolupracují lékaři z nJIP s dalšími úzce specializovanými odborníky, jako jsou například chirurgové nebo kardiologové. (Sobotková, 1996)

Práce na těchto na specializovaných pracovištích je fyzicky namáhavá, duševně a citově vyčerpávající a vysoce odpovědná. Naopak ale přináší hluboký pocit uspokojení z výsledků takto náročné práce. Podle mého názoru je ošetřující personál vystaven neustálému

psychickému tlaku, proto není nijak překvapivý fakt, naopak se mi zdá být celkem samozřejmý, že mnoho pracovníků nJIP postihuje syndrom vyhoření. Řada výkonů má charakter: „ buď se mi to podaří a bude dobře, anebo ne a pak dítě zemře“. Právě tento trvalý tlak je častou příčinou, již zmiňovaného syndromu vyhoření.

V první fázi tohoto stavu jsme svědky velké, často až přehnané pracovní aktivity příslušného pracovníka. Varovné je to, že je upřena na některého konkrétního pacienta. Často jde při tom o nemocného, jehož prognóza je pochybná. Sestra trvá na tom, že se bude ve službách starat právě o něj a děje se tak občas na úkor ostatních pacientů.

Druhá fáze nastává většinou v souvislosti s úmrtím oblíbeného nemocného dítěte. Zdravotník hledá chyby, klade otázky, kdo to zavinił, obviňuje z nedostatečné péče ostatní personál a často i sebe samého. Není přístupný věcné diskusi, protože „stejně tomu nikdo mimo něj nerozumí“.

Nastupuje třetí fáze, kdy předchozí hyperaktivitu střídá apatie, únava, podrážděnost, odmítání odpovědnosti a často i útěk do nemoci. Syndromem vyhoření „burn - out“ jsou ohroženi zejména mladí pracovníci, kteří se vrhají s nadšením do fascinujícího víru práce na nJIP. Náhle mohou začít pociťovat propast mezi nedostatečnými zkušenostmi, znalostmi

a dovednostmi a představami, jak rychle budou schopni dostát všem nárokům, jež na ně klade pracovní kolektiv, ale i oni sami. Mají náhle strach, zda obstojí – často skrývaný za masku cynismu a suverenity. Neschopnost začátečníka regenerovat síly a nedostatek spánku situaci jen zhoršují. Jde o vážný problém, který může dotyčného poznamenat na celý život a narušit i patřičný chod oddělení. Proto je při příznacích syndromu „burn - out“ nesmírně důležité nechat pracovníka odpočinout mezi uzdravenými dětmi, což je velice motivující k další náročné práci. Vedoucí pracovníci musí dbát také na to, aby personál nebyl zbytečně přetěžován například počtem hodin v nepřetržité službě či počtem služeb po sobě jdoucích. I tímto způsobem organizace práce a chodu oddělení lze předejít syndromu vyhoření a pracovníkům bude jejich práce přinášet smysl a hluboký pocit uspokojení z výsledků takto náročné práce. (Novák, 2008, s. 26, 27)

6 EDUKACE A PODPORA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

V úvodu nynější kapitoly bych chtěla čtenáře seznámit s pojmy jako edukace, podpora a empatie, které tvoří jádro nejen mé bakalářské práce, ale také základ úspěšné komunikace a spolupráce mezi rodiči předčasně narozených dětí a ošetřujícím personálem jejich potomka.

Edukaci můžeme přeložit jako výchovu či vzdělávání. V ošetrovatelství bývá edukace definována jako výchova nebo výuka pacienta umožňující zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. U pacientů v kritickém stavu, kdy nejsou schopni komunikace, se sestry obracejí s edukací na rodinu nemocného, taktéž je tomu u novorozenců.

Edukaci lze tedy dále definovat jako nedirektivní podporu a pomoc rodině, která usnadňuje orientování se v nové situaci a pomáhá aktivovat vnitřní síly. (Sedlářová, 2008, s. 159) Po seznámení rodičů se zdravotním stavem a prognózou jejich dítěte je v této náročné životní situaci velice důležitá psychická podpora. Pro rodiče předčasně narozených dětí bývá často obtížné navazování citového vztahu k nedonošenému či nemocnému novorozenci. Sestra musí být v tomto důležitém procesu průvodcem a oporou. Základem podpory k vytvoření intenzivnějšího vztahu rodičů k dítěti je umožnění jim novorozence neomezeně navštěvovat. V případě jeho stabilního zdravotního stavu vede rodiče k jemným dotekům nebo jim umožní základní ošetrovatelskou péči. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 160) K tomu, aby mohli členové ošetřujícího týmu rodiče předčasně narozených dětí kvalitně edukovat a vhodně podporovat, by se měli umět vžít do situace rodičů. Empatií můžeme tedy rozpoznat situaci vyžadující pomoc, umožňuje lépe porozumět druhému člověku. Porozumět znamená, že pochopíme jeho stav, nebo jeho příčinu s následkem, který může být určitý jeho pocit, myšlenka, postoj nebo psychický stav. Pokud rodiče pochopíme a projevíme jim porozumění, znamená to pro ně pochopení, podporu a nabudou pocitu, že nejsou na tuto velmi těžkou situaci sami. Získáme si tak jejich přízeň a důvěru, motivujeme je k další spolupráci, ale zejména k navazování silnějšímu citovému vztahu k dítěti. (Výrost, Slaměník, 2008, s. 54, 289)

6.1 Zásady a faktory ovlivňující edukaci

Jak jsem již uvedla, edukace je jednou z nejdůležitějších a velmi náročných úloh ošetřovatelství. Vytváří prostor pro osvojení nových poznatků, získání zručnosti, vytváří hodnotové a emociální struktury osobnosti a dosáhnutí pozitivní, očekávané změny chování. Ne vždy je edukace snadná, u členů ošetřujícího týmu je vedle umění vhodné edukace důležité také znát faktory, které edukaci ovlivňují a tímto se je snažit zmírnit, v lepším případě je úplně eliminovat. Tyto faktory se rozdělují na dvě skupiny, a to na faktory napomáhající edukaci a faktory, které edukaci brzdí.

Mezi faktory napomáhající edukaci patří:

- compliance – jinými slovy ochota, poddajnost. Projeví se tehdy, když rodiče rozpoznají potřebu učení a chtějí se zapojit do péče o dítě,
- motivace – je totožná s touhou učit se. Vyjadřuje vnitřní pohnutky vedoucí ke změně postoje. Motivace je účinná tehdy, když rodiče cítí potřebu a věří, že tato potřeba bude uspokojena prostřednictvím získání vědomostí,
- pohotovost – je projev motivace v určitém čase, je to připravenost rodičů být informován,
- zpětná vazba – má vztah k uskutečňování vytouženého cíle,
- opakování klíčových pojmů a fakt,
- logicky sestavený edukační materiál respektující zásadu od jednoduššího ke složitějšímu,
- optimální prostředí utvářející podmínky pro edukaci.

Opakem jsou tedy faktory, které překážejí v edukaci:

- psychický stav rodičů – úzkost, nezám, nedůvěra, apatie, deprese, ...
- fyzický stav rodičů – plynoucí z nedostatku spánku, vyčerpání, celkové únavy, ...
- kulturní bariéry – kam spadá nedostatečná znalost jazyka či protichůdnost hodnot.

V edukaci je dále velice důležitý přístup, který zahrnuje tyto zásady:

- kontinuitu – logickou a obsahovou návaznost,

- reverzibilitu – každá edukace musí mít zpětnou vazbu,
- jednoznačnost – je potřeba užívat jasné a jednoduché formulace,
- informace podávané od členů edukačního týmu se nesmí lišit,
- přiměřenost a zásada individuálního přístupu – obsah a metody edukace musí odpovídat potřebám, vzdělání a přáním rodičů,
- cílevědomost – každá edukace musí mít jasně vytyčený cíl.

V neposlední řadě zde má vliv i vystupování sestry, její schopnost získat si důvěru rodičů a vytvořit tak komunikaci na úrovni rovnocenného partnera. (Magurová, Majerníková, 2009, s. 48, 49)

Komunikace s rodiči a jejich edukace je doménou sestry, která by měla zahrnovat všechny následující body:

- naučit rodiče komunikační technice, která dítěti nejvíce vyhovuje,
- zdůraznit rodičům možnost a význam fyzického kontaktu pasivní komunikace s dítětem,
- vysvětlit rodičům případná režimová opatření (např. minimální a šetrná manipulace při cerebrálním krvácení),
- vysvětlit rodičům případná pohybová omezení (např. poloha dítěte pouze na zádech při pneumotoraxu),
- vysvětlit rodičům případná dietní omezení (při nutnosti pasterizace mateřského mléka),
- naučit rodiče konkrétní postup nebo výkon (např. správná desinfekce rukou, přebalování, měření tělesné teploty),
- poskytnout rodičům informace o technice krmení dítěte (např. parenterální výživa, krmení stříkačkou, sondou),
- poskytnout rodičům informace o nutnosti užívání léků,
- vysvětlit rodičům nutnou přípravu na vyšetření,
- poskytnout rodičům dostatečné informace o ošetrovacích pomůckách,
- poskytnout rodičům dostatečné informace o možnostech setkání se s rodiči předčasně narozených dětí jako možný způsob lepšího se vypořádání s těžkou situací (sdružení Nedoklubko),
- poskytnout rodičům informace týkající se pouze ošetřování dítěte,

- seznámit rodiče s technikou a přístroji, které dítě monitorují. (Kapounová, 2007, s. 175, 176)

6.2 Komunikace s rodiči předčasně narozených dětí

Komunikace je definovaná jako vzájemná výměna informací. Jde o proces, při kterém působíme na druhé lidi. Působení, ovlivňování druhých lidí může být verbální, neverbální, vědomé a nevědomé. (Čehová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, s. 25) Z velké části probíhá komunikace s rodiči předčasně narozených dětí pomocí slov, tudíž verbální komunikace, ovšem neméně důležitá je komunikace neverbální. Dotekem, úsměvem může pečující personál taktéž rodiče povzbudit a podpořit i bez užití slov. Dovednost komunikace s rodiči je vnímána jako součást profesionálního vybavení osobnosti sestry. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11) Během komunikace je důležité rodičům naslouchat, neskákat jim do řeči. Sestra by měla mluvit pomalu, klidně, stručně a srozumitelně. Měla by mít dostatek času a prostoru na rozhovor. Měla by se snažit poskytnout psychickou, duchovní a spirituální podporu. Neměla by používat mnoho odborné terminologie. (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 28)

6.3 Podpora rodičů předčasně narozených dětí

Jak jsem již napsala na začátku této kapitoly, podpora rodičů zdravotnickým personálem je velice důležitá, a poskytuje rodičům psychickou oporu v takto náročné situaci. Navázání citového vztahu mezi nedonošeným či nemocným novorozencem a jeho rodiči může být někdy velice obtížné. Sestra musí být v tomto důležitém procesu průvodcem a oporou. Základem podpory rodičů k vytvoření intenzivnějšího vztahu k dítěti je umožnění účastnit se péče o jejich dítě, často umožnění základní ošetrovatelské péče jako je přebalování či měření tělesné teploty. Bohužel v praxi se sestry této spolupráci s rodiči mnohdy vyhýbají. Často při své práci na nJIP bojují s nedostatkem času, proto berou přítomnost rodičů jako další stresový faktor, jelikož komunikace a spolupráce s rodiči bývá obvykle obtížná a vyčerpávající. Někdy se i zdá, že podpora rodičů je až na posledním místě v hierarchii povinností sestry přes to, že jde v péči o dítě o jednu z nejzákladnějších věcí. Proto by měl mít každý člen pečujícího týmu osvojené základní principy podpory rodičů předčasně narozených dětí a podle nich se také řídit. Základní principy podpory rodičů říkají, že:

- zdravotní profesionál musí brát rodiče jako partnery v péči o dítě. Pokud se cítí být nadřazení rodičům, dovolují si je soudit, jsou zkostrnatělí a nepřizpůsobiví, není žádná spolupráce možná. Spolupracovat znamená rozdělit si úkoly, pravomoci a odpovědnost.
- pro úspěšnou spolupráci je nezbytná dobrá a efektivní komunikace. Je třeba užívat slova, kterým rodiče rozumějí. Přesvědčit se zda pochopili. Povzbuzovat je k otázkám, informovat, ale neradit a nepoučovat. Jestliže rodiče učiní nějaké rozhodnutí, je třeba ho respektovat. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 160, 164)

6.3.1 Podpora rodičů ještě před porodem

Vyskytnou-li se v průběhu těhotenství nějaké komplikace, vždy s sebou přinášejí stres, obavy o osud těhotenství a nejistotu pro oba rodiče. Tento strach se ještě více stupňuje, hrozí-li ženě předčasný porod a z tohoto důvodu musí být hospitalizována. V této podkapitole bych ráda čtenáře seznámila s významem podpory u ženy s hrozícím předčasným porodem a způsoby zmírnění její úzkosti během dlouhodobé hospitalizace. Nápor na psychiku ženy je tedy velký. U dlouhodobě ležících žen s rizikovou graviditou se mohou vyvinout i psychické změny jako deprese, častý pláč, regrese, uzavřenost či protesty s agresí, hromadně nazývané jako hospitalismus. Úkolem porodní asistentky, která pečuje o ženy, je vytvoření co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí, umožnění návštěv, zajištění co nejvíce podnětů a stimulování psychiky ženy. Nejdůležitější jsou však jednotné informace a podpora léčebných vztahů, důvěry ve zdravotnické zařízení a ošetřující personál. (Ratislavová, 2008, s. 33) Z předchozí věty tedy vyplývá, jak důležitá je komunikace mezi pediatry, porodníky, neonatálními sestrami a porodními asistentkami. Další způsob mírnění strachu a pocitu nejistoty se praktikuje u rodičů, u jejichž dítěte existuje pravděpodobnost, že bude po porodu převezeno na novorozeneckou jednotku intenzivní péče. Nabízí se možnost toto oddělení ještě před porodem navštívit. Rodiče se takto alespoň seznámí s prostředím, do kterého bude jejich dítě přijato. Ne všechny nJIP však tuto návštěvu umožňují a ne všichni rodiče ji absolvují. Nastávající matky v mnohých případech doufají, že nakonec všechno dobře dopadne a tudíž se obávají, že by možnou návštěvou nJIP ještě mohly „neštěstí“ přivolat. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 162) Většina žen je v tomto období citově nevyrovnaná a proto empatické chování a psychická podpora od ošetřujícího personálu je více než žádoucí.

6.3.2 Podpora rodičů v průběhu návštěv na novorozenecké jednotce intenzivní péče

Narodí-li se dítě předčasně a je-li hospitalizováno na novorozenecké jednotce intenzivní péče, většina rodičů při jeho první návštěvě pociťuje zármutek a šok. Vedle těchto emocí se u nich také projevuje úzkost, pocit opuštění, stud, popření a beznaděj. Naprosto běžný a samozřejmý je strach z toho, co přijde a jaké to bude mít následky. Rodiče v tomto náročném období potřebují dostat co nejvíce informací, i když ne vždy jsou schopni tyto informace vůbec přijmout. Dále očekávají, že zdravotnický personál pozná, jak jim je, a jak se cítí, podpoří je a pomůže jim se přenést přes tuto těžkou situaci. Komunikace s rodiči je tedy nesmírně důležitá a pomáhá k navázání spolupráce. Pečující personál musí informace předávané rodičům neustále opakovat, ujišťovat se, že rodiče všemu rozumí a chápou závažnost situace. Když to zdravotní stav dítěte dovolí je vhodné zahrnutí rodičů do péče o dítě. Pokud je z nějakého důvodu verbální komunikace limitována, měla by se nahradit jinými alternativami, například informačními letáky s danou problematikou či edukujícím videem. Emoce rodičů se v průběhu hospitalizace jejich dítěte mění a procházejí postupně třemi fázemi vývoje:

- **naivní důvěřivostí** – v tomto období rodiče potřebují informace, ujišťování, pocit bezpečí a psychickou podporu od zdravotnického personálu,
- **vystřízlivěním** – rodiče se zajímají o péči, která je poskytována jejich dítěti,
- **spojenectvím** – v této fázi rodiče začínají se sestrami spolupracovat, aby dosáhli plánovaných cílů. Tato fáze pokračuje až do propouštění dítěte.

Jelikož se v současné době čas hospitalizace novorozenců na nJIP neustále zkracuje, mnohdy ani rodiče nemají dostatek času projít zmiňovaným „psychickým“ procesem. Ve spolupráci s rodiči je důležité, aby sestry uměly rozpoznat, v jaké fázi se právě nacházejí. Nacházejí-li se rodiče ve fázi spojenectví, většinou již u nich převládají pozitivní emoce, komunikace mezi nimi a personálem je na partnerské úrovni a rodiče se těší na propuštění svého dítěte. Ovšem v určitých případech mohou sestry v této fázi u rodičů pozorovat jistou změnu. Může se stát, že rodiče začnou kriticky rozebírat ošetrovatelskou péči a jednotlivé zákroky, což může vyústit až v konflikt s personálem. Rodiče však jen zkusí opět získat kontrolu a „vlastnictví“ nad životem svého dítěte i svým vlastním. (Fendrychová, Borek a kol. 2007, s. 162, 163)

6.3.3 Podpora rodičů umírajícího dítěte

Všichni budoucí rodiče po zjištění těhotenství očekávají, že bude ukončeno narozením krásného a zdravého dítěte. Odchod z porodnice bez dítěte je pro ně nesnesitelná představa. Bohužel i takové situace si pro některé rodiče osud připraví. Pokud je dítě hospitalizované na novorozenecké jednotce intenzivní péče a jeho zdravotní stav se zhoršuje, je důležité, aby se informace rodičům poskytovaly co nejčastěji, aby rodiče věděli, co se bude dít v následujících hodinách. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 164) Při závažném stavu dítěte je zapotřebí připravit rodiče na jeho možnou smrt. (Borek, 2011, s. 315) Zdravotnický personál by je měl vedle podpory povzbuzovat ke kladení otázek a na tyto otázky posléze trpělivě odpovídat. Rodiče se cítí v tomto období velice osaměle, a proto je důležité, aby cítili, že je někdo s nimi, někdo kdo ví, jak jim je. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 164) V komunikaci zdravotníka s rodiči je důležité, aby byly informace předávány věcně, otevřeně a realisticky. Personál pečující o dítě by měl v komunikaci s rodiči šetřit přílišným optimismem, ovšem vždy by měl nechat určitý prostor pro naději. (Novák, 2008, s. 24, 25) Jestliže dojde k úmrtí dítěte, je to jedna z nejhorších situací, kterou může rodina prožít. Ocitá se v šoku a hlubokém zármutku, zejména zemře-li jejich dítě, když rodiče nejsou přítomni. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 164) Informaci o smrti dítěte musí lékař rodičům podat co nejdříve. Nejlépe by tak učinit měl ten, který dítě ošetřoval, kterého rodiče znají a důvěřují mu. Je třeba vysvětlit srozumitelně příčinu úmrtí a umožnit rodičům rozloučení s dítětem, pokud si to přejí. V současné době je stále častější, že rodiče si i mrtvé dítě chovají, sami si ho omyjí, obléknou a rozloučí se s ním. Mnohé matky, které své dítě viděly naposledy živé a po jeho úmrtí jim nebylo umožněno je spatřit, zažívají dlouhodobě pocity prázdnoty, pocity čehosi neukončeného a nenaplněného. (Borek, 2011, s. 315) V opačném případě jsou rodiče přítomni až do poslední chvíle a jsou s dítětem i v okamžiku umírání. Povinností pečujícího personálu je zajistit jim soukromí, aby nebyli rušeni, ale aby věděli, že mohou kdykoliv přivolat pomoc. Ve většině případů je matkám umožněno mít své dítě v náručí až do jeho posledního výdechu. Mohou si pořídit fotografii dítěte a rozloučit se s ním. Ošetřující tým by měl oba rodiče psychicky podpořit, ale zároveň ne příliš rychle utěšovat nebo se snažit je rozptýlit. Důležité je chránit prožití smutku pro následné lepší vyrovnání se s takto velkou ztrátou. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 181)

7 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

V závěru teoretické části práce bych chtěla čtenáře seznámit s etikou, především tedy s etikou vztahující se k ošetřovatelství. Tato vědecká disciplína se užívá pro zkoumání morálních obsahů, předpokládá, že jsme rozumné bytosti, a že svobodná a rozumná volba je nezbytnou podmínkou morální odpovědnosti. (Kutnohorská, 2007, s. 11) Etické je tedy něco, „co by mělo být“. Často bývá etika definována jako věda o mravnosti, která poskytuje teoretické přístupy pro etické chování. Jako pojem je nadřazena morálce a jejím předmětem je zkoumání zákonitostí mravního chování jak jednotlivců, tak společností. (Novák, 2008, s. 11) Morálka je představována systémem pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí. Každý obor lidské činnosti má svou morálku a jinak tomu není ani v ošetřovatelství. Morálka v ošetřovatelství je tedy to, co se dotýká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení pacientovi. (Kutnohorská, 2007, s. 12) Etika v ošetřovatelství vychází z cílů současného ošetřovatelství, které byly definovány v programu Zdraví pro všechny v 21. století. V souladu s programem byly definovány následující cíle ošetřovatelství:

- vytvořit z člověka aktivního účastníka starajícího se o vlastní zdraví,
- maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe samého,
- realizovat prevenci onemocnění,
- snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav člověka,
- hledat a uspokojovat potřeby lidí s poškozeným zdravím. (Magurová, Majerníková, 2009, s. 77)

Za důležité dále považuji ve stručnosti zmínit pojem lékařská deontologie, který zahrnuje povinnosti zdravotníků k nemocným, k příbuzným, ale i k sobě navzájem. Jelikož podobně jako etika je založena na principech morálky. (Čech, 2006, s. 87)

7.1 Etika v neonatologii

Jak jsem již uvedla v předchozích kapitolách práce, díky pokroku ve využití vědy a techniky dnes není problémem udržet při životě i těžce nezralé novorozence. Vysoká úroveň chirurgie dále umožňuje přežití dětí s vrozenými vadami, které byly ještě donedávna neslučitelné se životem. Rozvoj intenzivní péče v neonatologii tedy na jedné straně snížil novorozeneckou úmrtnost, ale na straně druhé i s prohlubováním diagnostických a léčebných postupů zůstává určitý počet sice přeživších, ale primárně

postižených. (Borek, 2001, s. 316) U dětí s porodní váhou nižší než 1000 gramů je to rovných 40 %, z toho 20 % dětí je postiženo těžce (dětská mozková obrna, mentální retardace, slepota) a 20 % dětí je postiženo lehce, kde jde nejčastěji o poruchy zraku či lehké mozkové dysfunkce. (Kantor, 2009, online) Již z tohoto textu si lze snadno odvodit dva okruhy otázek, se kterými se sestra při své práci na novorozenecké jednotce intenzivní péče setkává nejčastěji. A jde tedy o otázky:

- je nutné vždy zahajovat vysoce specializovanou léčbu na nJIP u těžce nezralých nebo poškozených novorozenců?
- je možno ukončit tuto péči v případech, kdy není naděje na přežití jinak než za cenu udržování života pouze pomocí přístrojů či nákladných léků, bez atributu lidské osobnosti, za cenu utrpení novorozence i jeho okolí?

Obě tyto otázky nejsou uspokojivě zodpovězeny ani u nás, ani v zahraničí. Určitým vodítkem při rozhodování a řešení těchto situací může být:

- rozhodnutí musí být v souladu se současnými poznatky lékařské vědy,
- rozhodnutí musí být učiněno kvalifikovanými odborníky,
- v plném rozsahu musí zůstat zachována bazální péče. (Borek, 2001, s. 316)

7.1.1 Nejčastější etické problémy v neonatologii

I pro laika je zřejmé, že v oblasti neonatologie se nabízí mnoho eticky diskutabilních témat. V této podkapitole uvedu ty, se kterými se ošetřující personál na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče setkává nejčastěji:

Právo novorozeného dítěte na život

Jedním z nejjednodušších a přitom nejdiskutovanějších témat neonatologie je právo novorozence na život. Současná perinatální úmrtnost v České republice patří mezi nejnižší na světě. O uznání práva na život svědčí i vzestup četnosti narozených dětí s porodní hmotností nižší než 1000 gramů. Zásluhou nových metod a technik se daří zachraňovat i ty děti, které neměly dříve šanci přežít. (Kantor, 2009, online) Etickou otázkou však je, jak kvalitní bude následující život takto narozeného dítěte.

Hranice životaschopnosti

V roce 1994 byla vzájemnou domluvou České neontologické společnosti a České gynekologicko - porodnické společnosti ve shodě se světovým trendem ustanovena hranice viability, tedy reálné životaschopnosti plodu, na 24. týden. Z tohoto faktu vyplývají povinnosti ošetřujícího personálu pro poskytnutí péče. Tato péče musí být realizována dle stupně závažnosti nezralosti či patologie v příslušném perinatologickém centru. (Fendrychová, 2007, s. 23) Hranice viability není stanovena ve všech státech stejně, například v Japonsku zachraňují novorozence narozené již ve 22. týdnu těhotenství. K tomuto se nabízí otázka, zdali je etické zachraňovat děti narozené v takto nízkém týdnu těhotenství, protože následná prognóza a kvalita jejich života zřejmě nebude nijak uspokojivá.

Právo na plnohodnotný život

Neonatologie neupírá dětem právo na život bez handicapu. Často je lékařům podsouváno, že zachraňují pouze životy a ne zdraví. Neonatologové tuto skutečnost nezastírají, jsou si vědomi, že nelze všechny děti uchránit od hrozícího postižení, ale argumentují, že je novorozenec během terapie podrobován takovým krokům, které mají případné další postižení zmírnit. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 188, 189)

Právo na zahájení intenzivní a resuscitační péče

K tomuto tématu se vztahuje mnoho otázek. V současné době platí následující pravidlo: na hranici životaschopnosti plodu se přihlíží k přání rodičů (vzhledem k velkému riziku poškození). Vyslovení tohoto přání předchází rozhovor s lékařem. U dětí narozených od 25. týdne těhotenství se resuscitace a intenzivní péče zahajuje vždy. V případě, že se dítě narodí ve 24. gestačním týdnu a rodiče se záchranou jeho života nesouhlasí, poskytne se dítěti tzv. komfort care – novorozenci je poskytnuto teplo, kyslík a důstojné umírání. (Kantor, 2009, online)

Právo na neposkytnutí intenzivní péče

Zde je situace v neonatologii poněkud nepřehledná a zatím se o ní diskutuje na teoretické úrovni. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 189) Ovšem v některých případech je léčba kontraindikována a to tehdy, přináší-li více utrpení než prospěchu.

Predikce těžkého celoživotního utrpení je velmi obtížná a je jen několik málo diagnóz, u kterých lze tuto prognózu vyslovit téměř se 100% jistotou. V praxi se neonatologové často setkávají s tím, že dítě leží za velkého utrpení na umělé plicní ventilaci třeba i celé měsíce. Psychicky tím strádají hlavně samotní rodiče. Dlouhé týdny se chodí na nJIP dívat na to, jak jejich dítě pomalu umírá. Nezbyvá jim nic jiného než čekat na to, až se organismus jejich potomka vyčerpá a dítě zemře samo. Toto je jeden z hlavních etických otazníků, které neonatologům jejich práce přináší. (Kantor, 2009, online)

Umírání a smrt

Rodiče mají právo zúčastnit se umírání svého dítěte. Úkolem lékaře je připravit je na tuto neodvratnou situaci, povinností sestry je zajistit důstojné prostředí pro umírání. Pokud s tím matka souhlasí a situace to dovolí, necháme dítě zesnout v její náruči. Je potvrzené, že i dlouhodobé utrpení rodičů je pak mírnější. Rodiče vidí, že jejich dítě zemřelo bezbolestně, že neplakalo a netrpělo. Dítě má právo na zmírnění utrpení a to podáváním dostatečných dávek analgetik. V této náročné situaci je přáním mnohých rodičů křest dítěte. Pokud není možný z časových důvodů v přítomnosti rodičů a kněze, přináší úlevu i křest provedený některým ze zdravotníků. (Kantor, 2009, online)

Právo novorozence na rodiče

Právo na rodiče je jedno z nejzákladnějších práv novorozence. Důležité je udržení a nepřerušování kontaktu matky a dítěte už od samotného porodu, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Dojde-li po porodu k odloučení matky a dítěte, například v případě nutnosti hospitalizace novorozence na neonatologické jednotce intenzivní péče, musí být rodičům umožněny návštěvy jejich dítěte. Oba rodiče mají v tomto případě právo na úplné informace ohledně zdravotního stavu svého dítěte, což pro ně může být někdy velmi náročné. Je důležité vysvětlit jim zdravotní stav novorozence, vždy mluvit pravdu. Lidské a přitom odborné vysvětlení situace vytvoří atmosféru důvěry. (Kantor, 2009, online)

Ochrana práv dítěte

Ne vždy je vztah rodičů ke svému dítěti optimální. Mnohdy se dopouštějí drobných, jindy velkých a nepochopitelných prohřešků vůči němu. Jako příklad uvedu jeden z nejčastějších prohřešků a to je kouření během laktace. Ovšem může dojít i k situaci, kdy matka

nesouhlasí s podáním krevní transfuze svému dítěti, i když jde o život ohrožující stav. Další typ upírání práv dítěte je právo na co nejbezpečnější porod, za který nelze považovat porod v domácích podmínkách bez přítomnosti lékaře nebo zkušené porodní asistentky a bez nutného vybavení. (Kantor, 2009, online)

Práva plodu

I přes zdánlivou jednoduchost se jedná o širokou problematiku, kterou se musí moderní neonatologie zabývat. Může dojít ke konfliktu zájmů plodu a matky, ale také ke konfliktu plodů navzájem. Například nutnost porodu císařským řezem a odmítnutím operace matkou nebo selektivní redukce u vícečetného těhotenství, co představuje ukončení života jednoho ze sourozenců z důvodu fetální abnormality. Tak jako každý člověk, má i plod nárok na moderní péči a citlivý přístup. (Fendrychová, Borek a kol., 2007, s. 191)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍL PRÁCE

Zjistit, zda jsou rodiče předčasně narozených dětí spokojeni s edukací, komunikací a podporou ošetřujícího personálu na specializovaném pracovišti. Zda má pečující personál rezervy v komunikaci

8.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak se rodiče předčasně narozených dětí cítí na jednotkách intenzivní péče, popřípadě co by šlo na tomto prostředí vylepšit, aby se cítili lépe.
2. Zjistit, jak často mohou rodiče své předčasně narozené dítě navštěvovat na jednotkách intenzivní péče.
3. Zjistit, zda rodiče předčasně narozených dětí důvěřují ošetřujícímu personálu.
4. Zjistit, zda se rodiče mohou podílet na základní péči o své předčasně narozené dítě.
5. Zjistit, zda jsou informace podávány ošetřujícím personálem rodičům srozumitelné.

9 METODIKA

9.1 Použitá metodika výzkumu

K výzkumu byl použit kvantitativní výzkum. Jako výzkumná technika byla využita metoda dotazníků - viz příloha IV. Dotazník byl anonymní a jeho podstatou bylo zjistit, zda jsou rodiče předčasně narozených dětí dostatečně edukováni a podporováni během pobytu dítěte na novorozenecké jednotce intenzivní péče nebo intermediárním oddělení. Dotazník obsahoval otázky uzavřené, polo uzavřené a jedna otázka v závěru byla otevřená. Dotazník byl určen rodičům předčasně narozených dětí. První otázka byla identifikační, která byla orientována na pohlaví respondenta. Další otázky mi posloužily ke zjištění věku, kolikrát žena rodila a v kterém týdnu těhotenství. Pomocí následujících otázek jsem chtěla zjistit, je-li rodičům příjemné specializované pracoviště, kde jejich dítě leží, jestli mohou dítě navštěvovat neomezeně a zda důvěřují personálu, který o nedonošené dítě pečuje. Cílem posledních otázek bylo zjistit, jestli jsou rodiče předčasně narozených dětí spokojeni s edukací, komunikací a podporou personálu na specializovaných pracovištích.

9.2 Charakteristika výzkumu

Výzkum probíhal v termínu 10. – 21. dubna 2012 mezi rodiči předčasně narozených dětí. Získané výsledky dávají stanovisko ke kvalitě poskytované péče a zejména úrovni edukace rodičů těchto dětí.

Empirický sběr dat je v rámci výzkumného šetření proveden explorační výzkumnou metodou realizovanou technikou dotazníku. (viz Příloha III.)

Objektem dotazníkového šetření je výběrový soubor rodičů předčasně narozených dětí z Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze a Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

V rámci průzkumu bylo osloveno celkem 40 osob. Výběrový soubor rodičů zastupuje 37 žen a 3 muži.

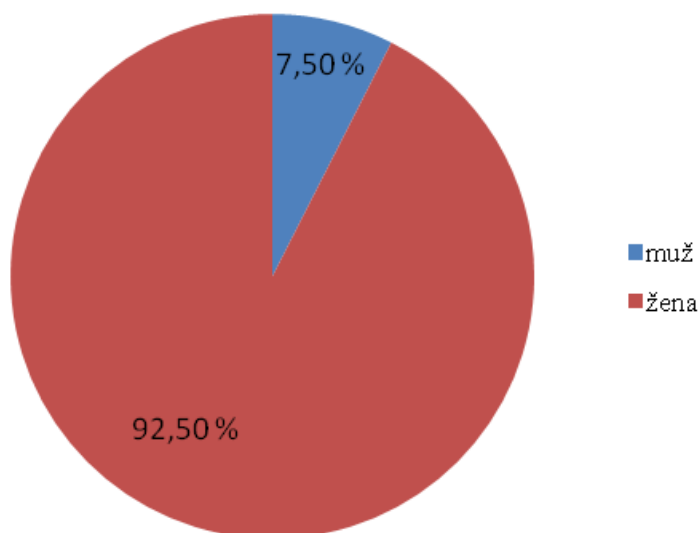
10 VÝSLEDKY A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

Otázka č. 1: Vaše pohlaví:

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
muž	3	7,50 %
žena	37	92,50 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



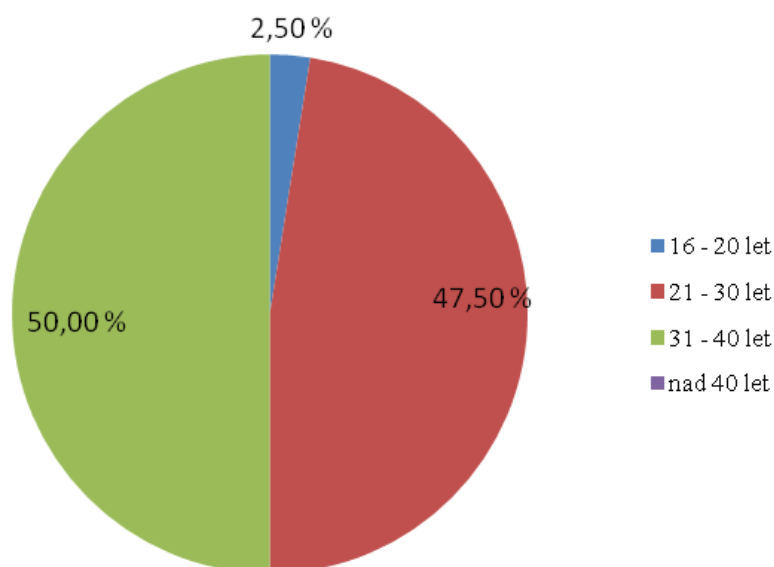
Komentář: Do výzkumu se zapojily převážně ženy, které tvořily 92,5 % z celého zkoumaného vzorku respondentů. Vzhledem k zaměření tématu je rozložení pohlaví zapojených osob z dotazované skupiny poměrně předvídatelné a pro účely zpracování dat maximálně vyhovující. Zbytek dotázaných tvořili muži (7,5 %), jednalo se o partnery rodičích žen.

Otázka č. 2: Do které z uvedených věkových skupin patříte?

Tabulka č. 2: Věkové skupiny

Věkové skupiny	absolutní četnost	relativní četnost
16 - 20 let	1	2,50 %
21 - 30 let	19	47,50 %
31 - 40 let	20	50,00 %
nad 40 let	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 2: Věkové skupiny



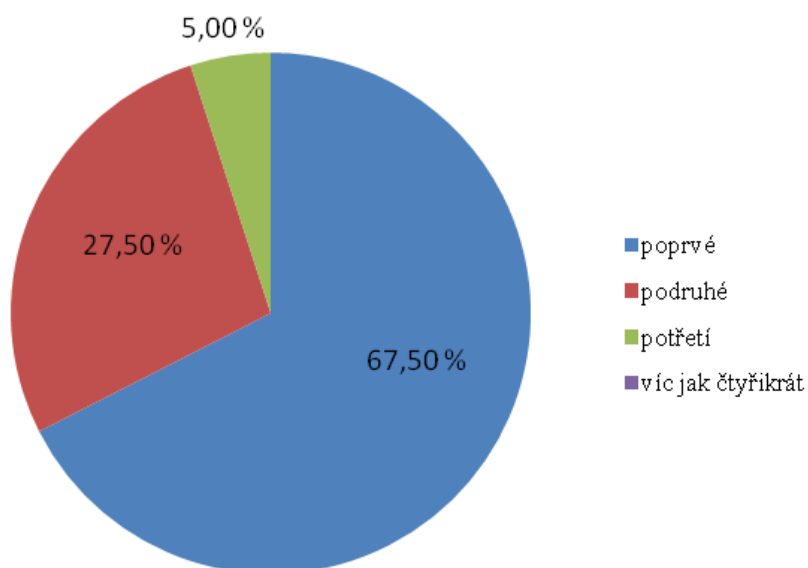
Komentář: Odpovědi této otázky nám udávají přehled, jaká věková kategorie matek/rodiček byla při porodu předčasně narozených dětí nejpočetnější. Nejméně dotazovaných žen dle očekávání rodilo ve věku 16 - 20 let (2,5 %). Ženy ve věku 21 - 30 let tvořily (47,5 %) z celkového počtu dotazovaných. Nejpočetnější část žen byla ve věku 31 - 40 let (tj. 50 %). Skupina žen nad 40 let nebyla zastoupena. Na uvedeném vzorku respondentů lze pozorovat dnešní obecný světový trend – ženy rodí stále později, což sebou mnohdy přináší porodní komplikace a zdravotní problémy matek i narozených dětí.

Otázka č. 3: Po kolikáte jste rodila? (rodila vaše partnerka)

Tabulka č. 3: Četnost porodů

Četnost porodů	absolutní četnost	relativní četnost
jeden	27	67,50 %
dva	11	27,50 %
tři	2	5,00 %
více než tři	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 3: Četnost porodů



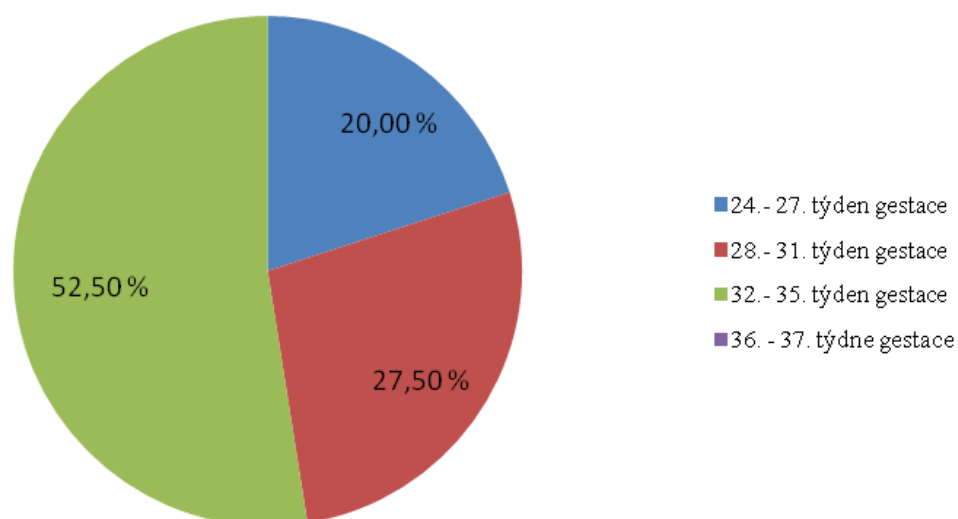
Komentář: Nejpočetnější skupinou jsou prvorodičky, které zastupuje ve zkoumaném vzorku respondentů 27 žen (tj. 67,5 % z celkového počtu dotazovaných). 11 žen (tj. 27,5 %) již rodilo podruhé a 2 ženy rodily potřetí (tj. 5 %). Více než třikrát nerodila žádná z dotazovaných žen (0 %).

Otázka č. 4: Uved'te prosím týden těhotenství, ve kterém se narodilo vaše dítě?

Tabulka č. 4: Týden gestace

Uved'te prosím týden těhotenství, ve kterém se narodilo vaše dítě?	absolutní četnost	relativní četnost
24. - 27. týden gestace	8	20,00 %
28. - 31. týden gestace	11	27,50 %
32. - 35. týden gestace	21	52,50 %
36. - 37. týden gestace	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 4: Týden gestace



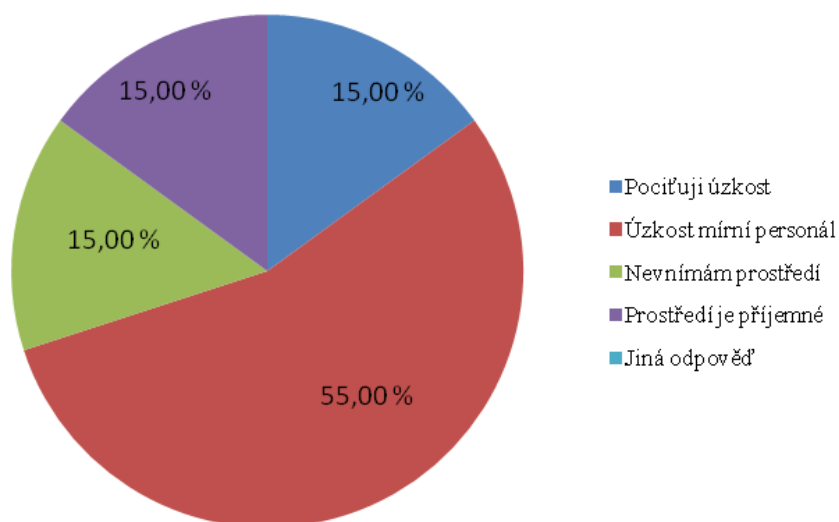
Komentář: Všechny porody u sledovaných žen zapojených do výzkumu byly předčasné – tzn. byly uskutečněny před 38. týdnem gestace. Nejméně žen rodilo ve 24. – 27. týdnu těhotenství (tj. 20 % z celkového počtu dotazovaných žen). Ve 28. - 31. týdnu rodilo 11 žen (27,5 %). Více jak polovina, tj. 21 žen, rodila ve 32. – 35. týdnu těhotenství (52,5 %). V případě předčasných porodů jsou na tom vždy po zdravotní stránce lépe ty děti, které se přibližují vyššímu gestačnímu termínu porodu. Čím je porod předčasnější, tím více podpory a edukace zároveň vyžaduje rodina narozeného dítěte.

Otázka č. 5: Vaše dítě je nyní hospitalizováno na jednotce intenzivní péče, popřípadě intermediárním oddělení pro novorozence. Jak se v tomto prostředí cítíte?

Tabulka č. 5: Pocity rodičů na jednotce intenzivní péče a intermediárním oddělení

Vaše dítě je hospitalizováno na jednotce intenzivní péče, intermediárním oddělení. Jak se v tomto prostředí cítíte?	absolutní četnost	relativní četnost
Pocit'uji úzkost, přístroje a technika mi nahánějí strach, neosobní prostředí	6	15,00 %
Pocit'uji úzkost, kterou ovšem mírní vlídný přístup personálu	22	55,00 %
Nevnímám prostředí a okolí dítěte, vnímám pouze své dítě	6	15,00 %
Prostředí na mě působí příjemně /obrázky, fotografie dětí, letáky, personál	6	15,00 %
Jiná odpověď	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 5: Pocity rodičů na jednotce intenzivní péče a intermediárním oddělení



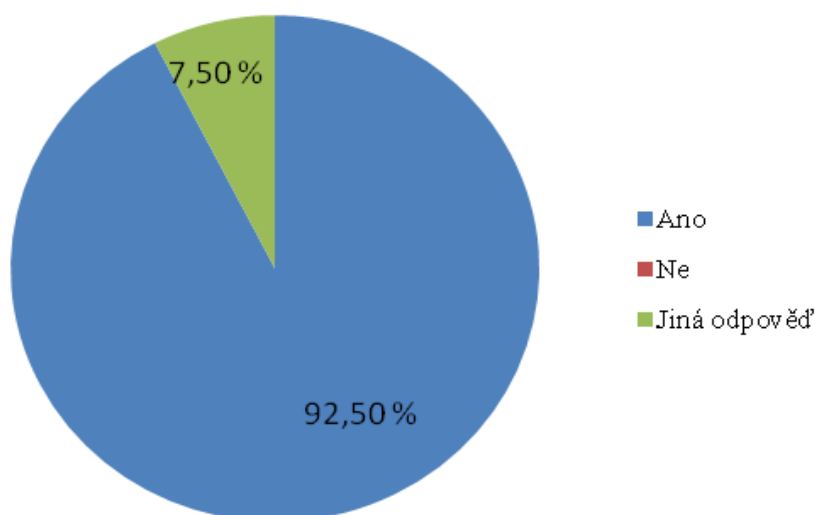
Komentář: Více jak polovina dotazovaných (tj. 55 % odpovědí) pocit'uje úzkost, kterou mírní vlídný přístup personálu. 15 % respondentů pocit'uje úzkost, protože technika jim nahání strach. Další skupinu dotazovaných tvoří rodičky, které nevnímají prostředí a okolí dítěte, ale pouze dítě (15 %). Na 15 % žen působí prostředí příjemně.

Otázka č. 6: Je/bylo vám umožněno neomezeně navštěvovat vaše dítě?

Tabulka č. 6: Četnost možnosti návštěvy dítěte

Je/bylo vám umožněno neomezeně navštěvovat vaše dítě?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano	37	92,50 %
B) Ne	0	0,00 %
C) Jiná odpověď	3	7,50 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 6: Četnost možnosti návštěvy dítěte



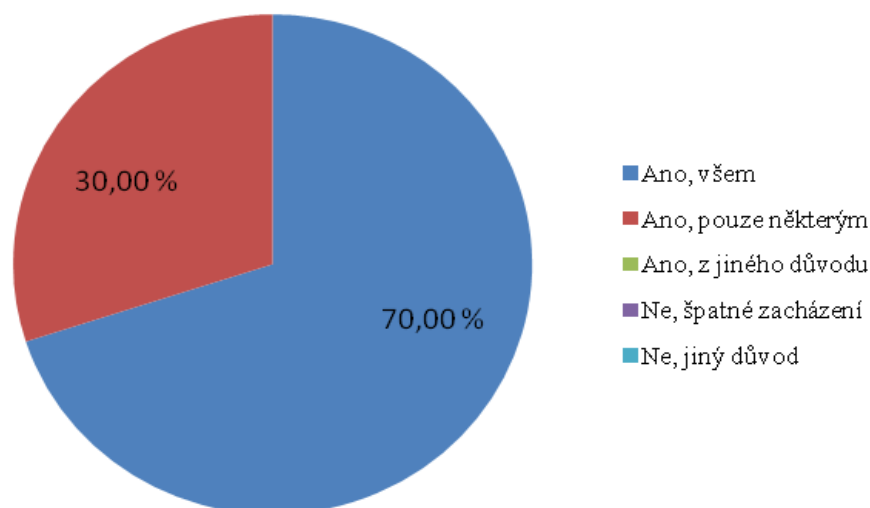
Komentář: Převážná většina (tj. 37 osob) odpověděla, že mohla neomezeně navštěvovat své dítě. Záporná odpověď v této problematice nebyla zaznamenána. Tři otcové uvedli jinou odpověď, a to že jim byla povolena návštěva na specializovaných pracovištích jen jedenkrát denně. Z jejich strany byl však zájem o návštěvu partnerky a jejich dítěte vyšší. Na základě těchto poznatků bych doporučila zařízení zvážit (pokud to zdravotní stav dítěte dovolí) možnost častějších návštěv otců, které by bezpochyby vedly k větší podpoře jejich partnerky a pocitu být součástí vzniklé situace.

Otázka č. 7: Důvěřujete personálu, který pečuje o vaše dítě?

Tabulka č. 7: Důvěra rodičů k personálu

Důvěřujete personálu, který pečuje o vaše dítě?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, jsou to profesionálové a dělají svou práci, jak nejlépe umí	28	70,00 %
B) Ano, ale pouze některým členům ošetřujícího týmu	12	30,00 %
C) Ano, z jiného důvodu	0	0,00 %
D) Ne, nelíbí se mi, jak s dítětem zachází, pracují u dítěte rychle a automaticky	0	0,00 %
E) Ne, uveďte jiné důvody vaší nedůvěry	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 7 Důvěra rodičů k personálu



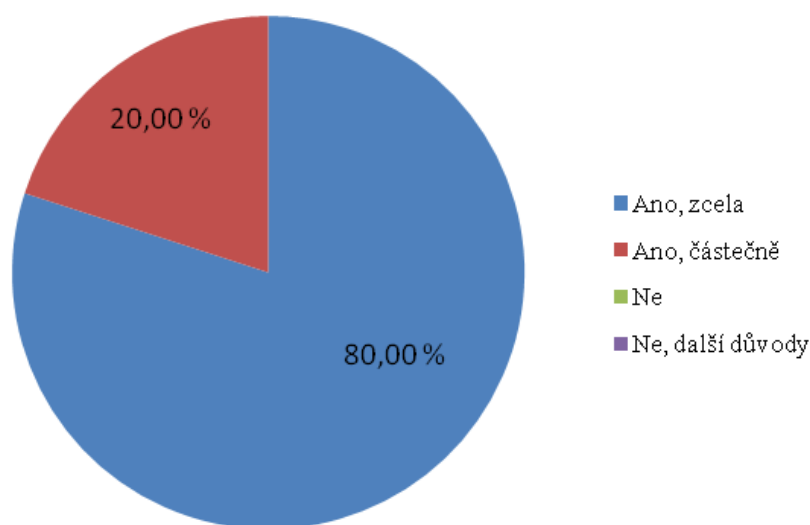
Komentář: Na tuto otázku většina rodičů odpověděla, že zcela důvěřuje personálu, protože jsou to profesionálové, kteří dělají svou práci jak nejlépe umí (70 %). Další část tvořili respondenti, kteří věří jen některým členům ošetřujícího týmu (30 %). Tento fakt je dán přístupem personálu, jeho chováním, sympatiemi, atd. Žádný z dotazovaných neměl připomínky ke špatnému zacházení s dítětem, ani jiné důvody nedůvěry.

Otázka č. 8: Jste spokojeni s komunikací ošetřujícího personálu?

Tabulka č. 8: Spokojenost rodičů s komunikací personálu

Jste spokojeni s komunikací ošetřujícího personálu?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, zcela, personál nám sděluje všechny potřebné informace	32	80,00 %
B) Ano, částečně, personál nám sděluje pouze určité informace	8	20,00 %
C) Ne, personál nám sděluje pouze základní informace, které nám nepostačují	0	0,00 %
D) Ne, uveďte další důvody vaší nespokojenosti a oblasti, ve kterých by se měl ošetřující personál v komunikaci s rodiči zdokonalit	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 8: Spokojenost rodičů s komunikací personálu



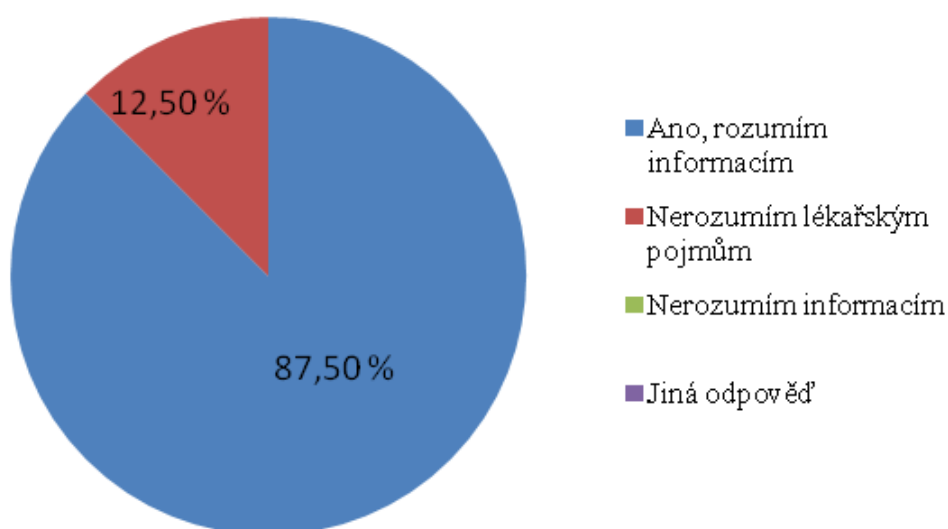
Komentář: Více jak polovina dotazovaných (80 %) byla zcela spokojena s komunikací ošetřujícího personálu, který jim poskytoval veškeré potřebné informace a podporu. Další kategorii tvořili respondenti, kteří odpověděli, že jsou pouze částečně spokojeni, jelikož jim personál sděloval neúplné informace (20 % odpovědí). Žádný z respondentů neuvedl, že by nebyl nespokojený s komunikací, nebo že má jiný důvod nespokojenosti.

Otázka č. 9: Jsou pro vás informace sdělované ošetřujícím personálem srozumitelné?

Tabulka č. 9: Srozumitelnost sdělovaných informací od personálu

Jsou pro vás informace sdělované ošetřujícím personálem srozumitelné?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, rozumím všem informacím, personál mi vše vysvětlí tak, abych tomu rozuměla/rozuměl	35	87,50 %
B) Ano, ale jen nerozumím lékařským pojmům a cizím výrazům, které personál při vyjadřování používá	5	12,50 %
C) Ne, sdělovaným informacím nerozumím, většinu si musím dohledat na internetu, v literatuře	0	0,00 %
D) Jiná odpověď	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 9: Srozumitelnost sdělovaných informací od personálu



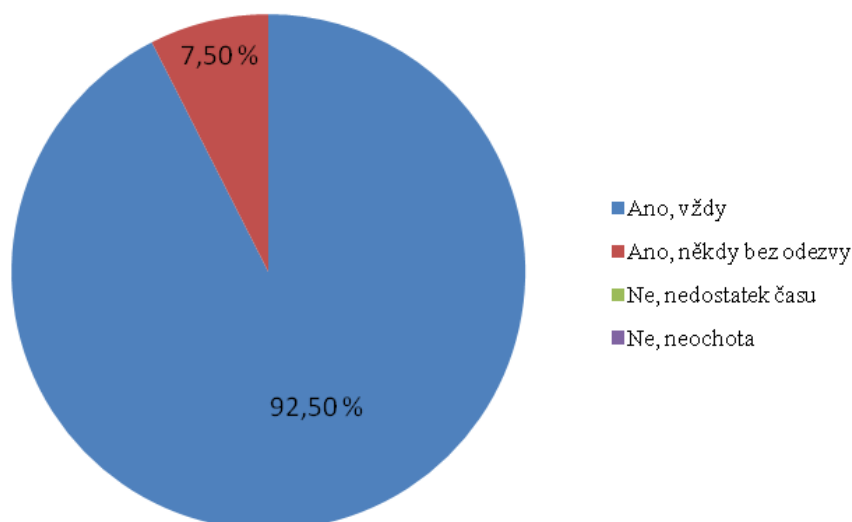
Komentář: Více jak polovina dotázaných (tj. 35 osob) neměla problém s vyjadřováním personálu a poskytovaným informacím rozuměla. Každý osmý dotázaný naopak uvedl, že nerozumí odborným lékařským pojmům a definicím. Žádný z respondentů nevedl, že by informacím nerozuměl, ani nevedl jinou odpověď. Výpovědi tak svědčí o kvalitě způsobu poskytovaných informací.

Otázka č. 10: Měla/měl jste možnost obrátit se s jakýmkoliv problémem či obavami na zdravotnický personál?

Tabulka č. 10: Řešení problémů a obav s personálem

Měla/měl jste možnost obrátit se s jakýmkoliv problémem či obavami na zdravotnický personál?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, vždy se zachovali vstřícně, vše mi znovu vysvětlili a pomohli mi problém vyřešit	37	92,50 %
B) Ano, ale ne vždy mě vyslechli, pomohli či dodatečně vše vysvětlili	3	7,50 %
C) Ne, provoz oddělení nám to neumožnil, personál na nás neměl dostatek času	0	0,00 %
D) Ne, personál nebyl ochoten, i když měl čas, raději dělal, že čas nemá	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 10: Řešení problémů a obav s personálem



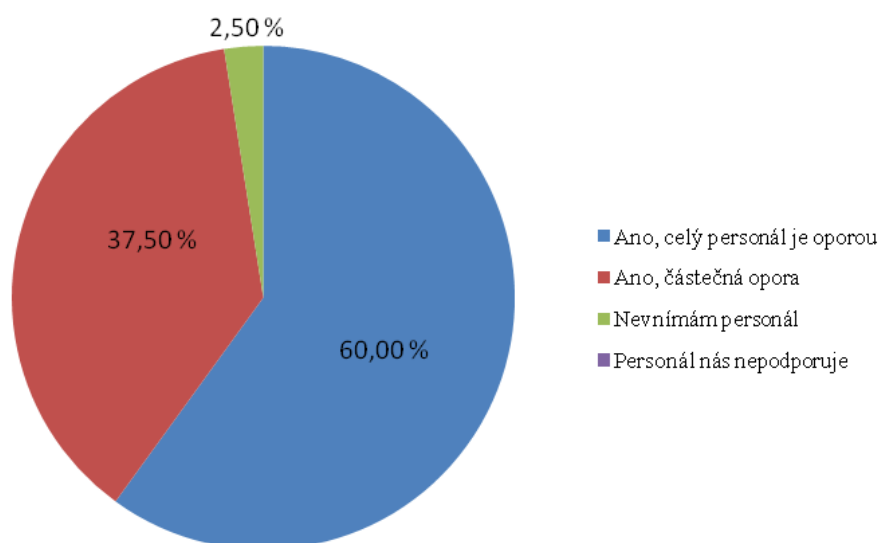
Komentář: Dle 92,5 % odpovědí byl personál vždy aktivní, účastnil se řešení problémů rodičů, choval se vstřícně a případné nejasnosti ihned vysvětloval. V tomto případě se jedná o ukázkový způsob reakce personálu, který by měl být samozřejmostí. 7,5 % dotazovaných naopak nebylo vždy vyslechnuto. Nikdo z dotazovaných neopověděl, že by personál nebyl ochoten vše vysvětlit.

Otázka č. 11: Nacházíte se nyní v těžké životní situaci, cítíte ze strany ošetřujícího personálu dostatek podpory?

Tabulka č. 11: Pocity rodičů ve smyslu dostatečné podpory od personálu

Nacházíte se nyní v těžké životní situaci, cítíte ze strany ošetřujícího personálu dostatek podpory?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, ošetřující personál je nám v této chvíli velkou oporou	24	60,00 %
B) Ano, ale pouze některé členy pečujícího týmu vnímáme jako podporu	15	37,50 %
C) Nevím, ošetřující personál nevnímáme, soustředíme se pouze na své dítě	1	2,50 %
D) Ne, ošetřující personál nás není schopen nijak podpořit	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 11: Pocity rodičů ve smyslu dostatečné podpory od personálu



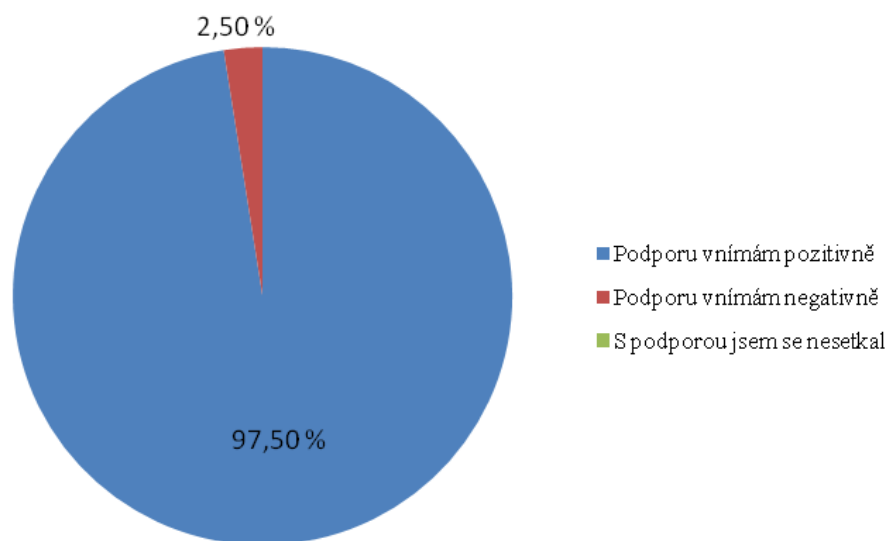
Komentář: 60 % respondentů na tuto otázku odpovědělo, že jim byl ošetřující personál velkou oporou v těžké chvíli. Další skupinu tvořili respondenti (37,5 %), kteří důvěřovali jen některým členům pečujícího týmu. 2,5 % dotázaných odpovědělo že vnímá pouze své dítě, nikoliv okolí či ošetřující personál. Nikdo z respondentů neodpověděl, že personál není schopen rodiče podpořit.

Otázka č. 12: Podporu vám může personál vyjádřit i neverbálně /úsměv, dotek, pohlázení, .../ Jak vnímáte tento způsob podpory?

Tabulka č. 12: Vnímání neverbální podpory

Podporu vám může personál vyjádřit i neverbálně /úsměv, dotek, pohlázení, .../ Jak vnímáte tento způsob podpory?	absolutní četnost	relativní četnost
A) tuto podporu vnímám pozitivně, úsměv pohladí, dotek alespoň trochu zmírní mé obavy, necítím se v této situaci sama/sám	39	97,50%
B) tento způsob podpory vnímám spíše negativně, nevidím důvod k úsměvu, dotek od cizího člověk vnímám více jako nepříjemný	1	2,50%
C) u ošetřujícího personálu jsem se s tímto způsobem podpory nesetkala / nesetkal	0	0,00%
celkem	40	100,00%

Graf č. 12: Vnímání neverbální podpory



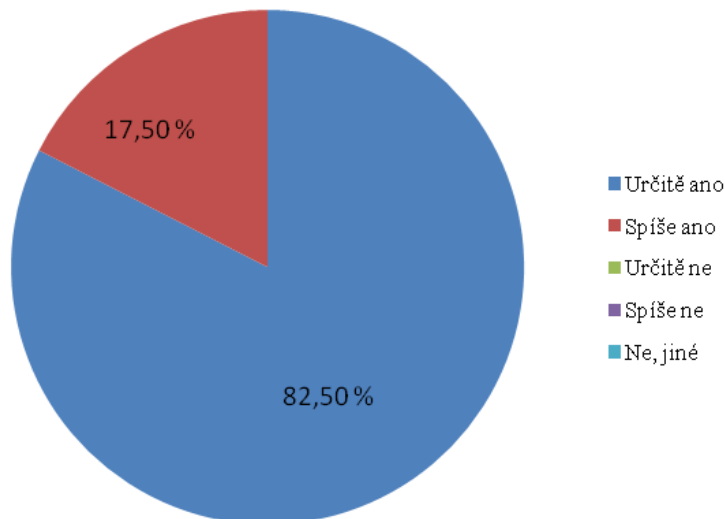
Komentář: Jednoznačně nejpočetnější skupinou jsou respondenti, kteří vnímají neverbální podporu (úsměv, dotek, pohlázení) pozitivně (97 %). 2,5 % respondentů vnímá neverbální podporu negativně, dle mého názoru, se rodiče pravděpodobně domnívají, že personál nemůže pochopit jejich utrpení a vyjádření podpory je jim pak cizí a nepříjemné. Žádný respondent neodpověděl, že by se nesetkal s neverbální podporou.

Otázka č. 13: Jste spokojeni s edukací ze strany ošetřujícího personálu? /seznámení s chodem oddělení, ukázka dezinfekce rukou, zacházení s mateřským mlékem, vysvětlení základních pojmů a péče o dítě, ... /

Tabulka č. 13: Spokojenost s edukací ošetřujícího personálu

Jste spokojeni s edukací ze strany ošetřujícího personálu? /seznámení s chodem oddělení, ukázka dezinfekce rukou, zacházení s mateřským mlékem, vysvětlení základních pojmů a péče o dítě, ... /	absolutní četnost	relativní četnost
A) Určitě ano	33	82,50 %
B) Spíše ano	7	17,50 %
C) Určitě ne	0	0,00 %
D) Spíše ne	0	0,00 %
E) Ne, uveďte prosím, v jaké oblasti byste chtěli více informovat	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 13: Spokojenost s edukací ošetřujícího personálu



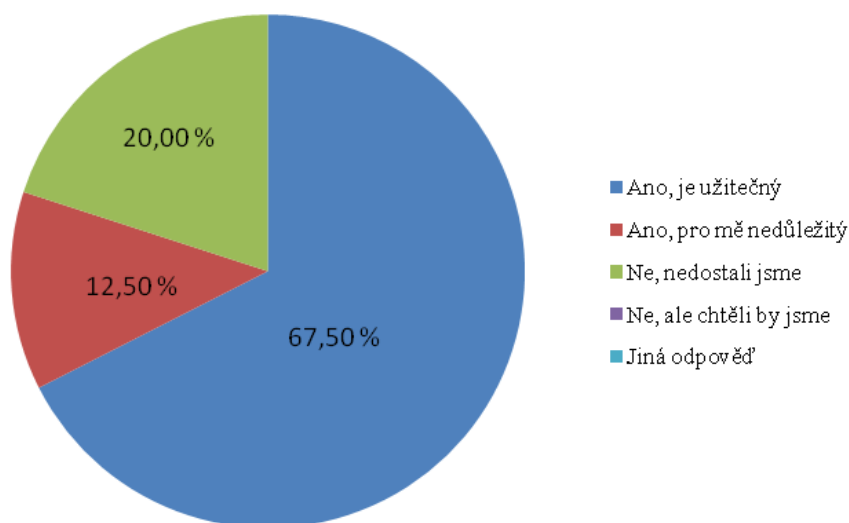
Komentář: Na tuto otázku odpovědělo kladně 82,5 % respondentů, kteří byli zcela spokojeni s edukací ze strany personálu oddělení. Menší část tvořili respondenti, jenž byli částečně spokojeni s edukací (17,5 %). Žádný z dotázaných neuvedl negativní připomínky k poskytovaným informacím ze strany personálu.

Otázka č. 14 Dostali jste od personálu nějaký edukační materiál v tištěné podobě?

Tabulka č. 14: Dostupnost edukačního materiálu v tištěné podobě

Dostali jste od personálu nějaký edukační materiál v tištěné podobě?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, velice mi pomohlo, že mám informace i v tištěné formě a mohu si vše ještě jednou pročíst mimo nemocniční prostředí	27	67,50 %
B) Ano, ale nepovažuji informace v něm za důležité	5	12,50 %
C) Ne, žádný edukační materiál v tištěné podobě jsem nedostal/a, nepovažuji to za důležité	8	20,00 %
D) Ne, rád/a bych dostal informace i v tištěné podobě	0	0,00 %
E) Jiná odpověď	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 14: Dostupnost edukačního materiálu v tištěné podobě



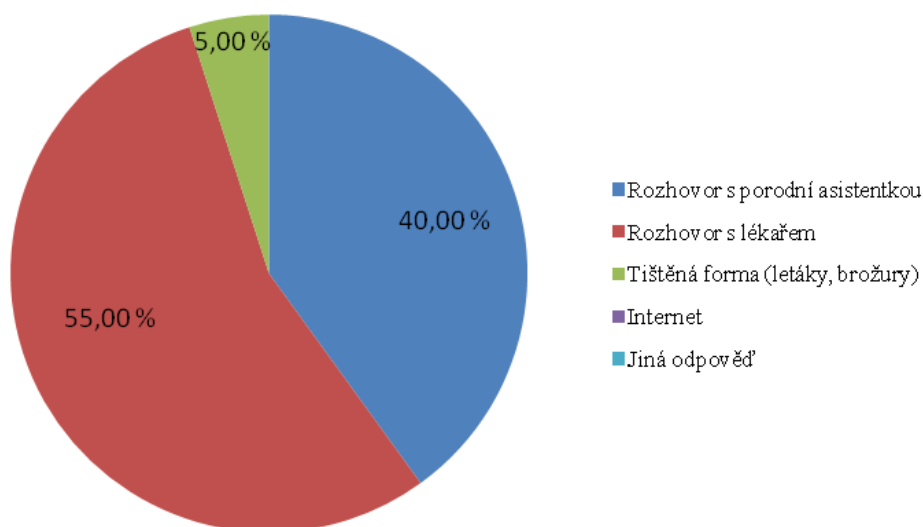
Komentář: Více jak polovina respondentů dostala edukační materiál v tištěné podobě a velice jim pomohlo, že si jej mohli pročíst mimo nemocniční prostředí (67,5 %). Další skupinu tvořili respondenti, kteří dostali edukační materiál, ale na rozdíl od první skupiny nepovažovali informace v něm za důležité. 20 % z dotazovaných rodičů nedostalo žádný edukační materiál a ani jej nepostrádali.

Otázka č. 15: Jaký způsob edukace vám nejvíce vyhovuje?

Tabulka č. 15: Nejvíce vyhovující způsob edukace

Jaký způsob edukace vám nejvíce vyhovuje?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Rozhovor s porodní asistentkou	16	40,00 %
B) Rozhovor s lékařem	22	55,00 %
C) Tištěná forma (letáky, brožury)	2	5,00 %
D) Informace dostupné na internetu	0	0,00 %
E) Jiná odpověď	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 15: Nejvíce vyhovující způsob edukace



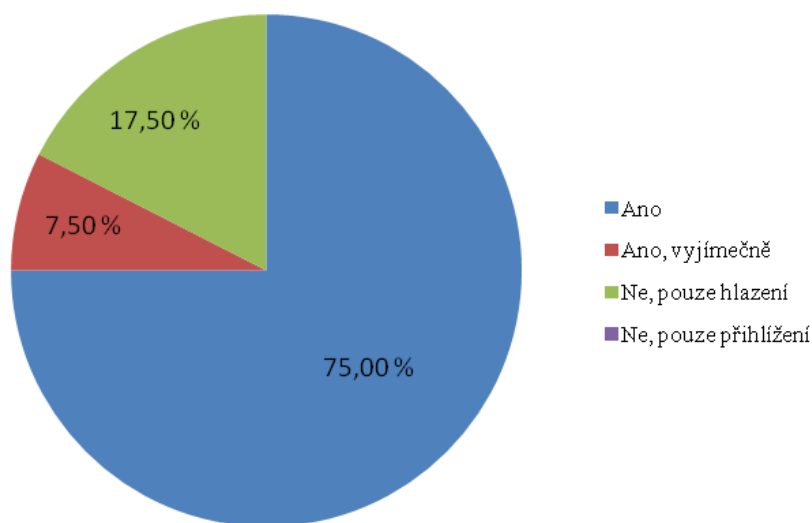
Komentář: Z odpovědí respondentů je patrné, že jim nejvíce vyhovují osobní rozhovory, ať již s lékařem či porodní asistentkou. Letáčky a jiné tištěné dokumenty jsou v oblíbenosti respondentů zastoupeny minimálně. Edukace prostřednictvím internetu nevyhovuje nikomu z nich, ačkoliv internet je v dnešní době fenoménem, kde je možné nalézt jakékoliv informace. Možná právě proto, že je tento způsob neosobní a nedůvěryhodný, je nejméně žádaný. Žádný z respondentů nevedl jinou odpověď.

Otázka č. 16: Když to zdravotní stav vašeho dítěte dovolil, mohla jste se podílet na základní péči o dítě?

Tabulka č. 16: Možnost provádět základní péči

Když to zdravotní stav vašeho dítěte dovolil, mohla jste se podílet na základní péči o dítě?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Ano, když byl zdravotní stav dítěte stabilní, mohla jsem ho přebalovat, měřit tělesnou teplotu, promazat pokožku olejíčkem	30	75,00 %
B) Ano, zcela výjimečně mi bylo dovoleno dítě přebalit, změřit tělesnou teplotu	3	7,50 %
C) Ne, jediné co mi bylo povoleno, bylo to, že jsem si mohla/mohl své dítě pohladit	7	17,50 %
D) Ne, vždy jsem pouze přihlížela/přihlížel	0	0,00 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 16: Možnost provádět základní péči



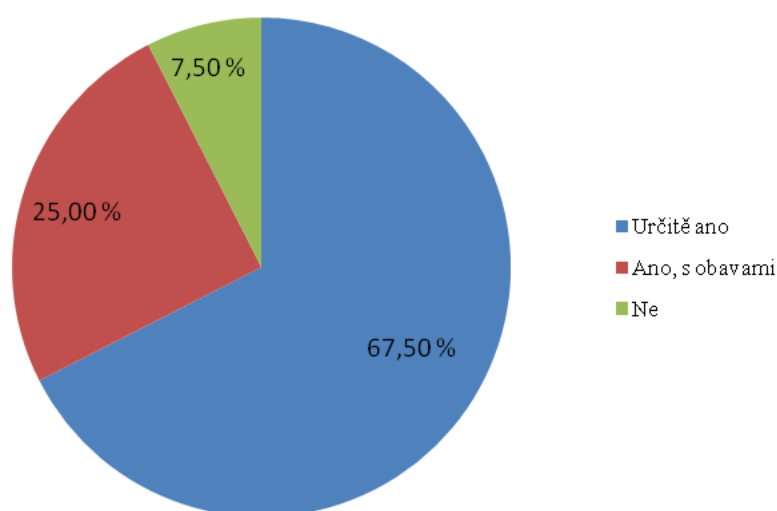
Komentář: 82,5 % dotazovaných se k dané otázce vyjádřilo kladně, přičemž 75 % z nich se mohlo podílet na péči o své dítě v maximální možné míře, např. měřit tělesnou teplotu, přebalovat dítě, či promazávat pokožku dítěte olejíčkem. Pouze 17,5 % odpovědí bylo záporných. Vždy však bylo umožněno alespoň dítě pohladit.

Otázka č. 17: Chtěla byste se na péči o vaše dítě více podílet?

Tabulka č. 17: Podílení se na péči o dítě

Chtěla byste se na péči o vaše dítě více podílet?	absolutní četnost	relativní četnost
A) Určitě ano, když by byl zdravotní stav dítěte stabilní. Cítila jsem se u inkubátoru dítěte zbytečná	27	67,50 %
B) Ano, ale bála/bál bych se, abych dítěti nějak neublížila/neublížil	10	25,00 %
C) Ne, dítě vypadá tak křehce, vyhovuje mi, že mohu bezprostředně sledovat péči o dítě sama/sám bych ji provádět nechtěla/nechtěl	3	7,50 %
celkem	40	100,00 %

Graf č. 17: Podílení se na péči o dítě



Komentář: 67,5 % dotázaných má rozhodně zájem se více podílet na péči o jejich dítě, pokud by to stav dítěte dovolil. Třetina, tj. 25 % respondentů, má taktéž zájem podílet se na péči o jejich dítě, ale má strach, že dítěti může nechtěně ublížit. Ostatní (tj. 7,5 %) naopak možnost starat se o dítě odmítají, vyhovuje jim pouze sledovat péči o dítě odborným personálem a nezasahovat do ní.

Otázka č. 18: Jestli můžete, sdělte mi vaše pocity a prožitky budu vám za to velice vděčná.

Poslední položku v dotazníku tvořila otázka otevřená, pomocí které se mohli dotazovaní respondenti vyjádřit, jaké mají pocity a prožitky. Na tuto otázku mi dalo odpověď 18 žen ze 40 dotázaných. Vesměs pociťují nejistotu, úzkost a strach o dítě, ale zároveň chválí přístup a podporu personálů. Prostřednictvím této otázky respondenti děkovali porodním asistentkám a lékařům za ochotu a péči o dítě.

Níže uvádím některé úryvky odpovědí v doslovném znění bez komentáře:

- „Nelze moc popsat pocity úzkosti a strachu v prvních dnech a týdnech po porodu. Když vidíte to malé stvořeníčko, jak statečně bojuje o svůj život, uvědomíte si, jak důležité je bojovat s ním společnými silami.“
- „Každá správná matka má strach o své dítě. Díky přístupu personálu a lékařů, jsem o něco klidnější. Víím, že je o mé dítě dobře postaráno. Jsem velice vděčná personálu za jejich přístup.“
- „Zoufalství – postupem času naděje.“
- „Ze začátku strach o dítě, postupem času zlepšování stavu mého dítěte, tím sem cítila úlevu a radost. Veliké díky personálu.“
- „První pocity byly velice emotivní, velká úzkost a strach aby mé dítě bylo co nejdříve zdravé.“
- „Cítila jsem strach a obavy, ale lékaři vždy dokázali vše vysvětlit a asistentky pohladit a uklidnit.“
- „Celé dny myslím na dítě, jsem nervózní, hůře spím.“

11 DISKUZE

11.1 Analýza získaných dat

V této části bakalářské práce jsou uvedeny poznatky, které byly získány na základě výzkumného šetření. Šetření bylo prováděno výzkumnou explorační metodou založenou na dotazníku.

Do výzkumu bylo zapojeno 40 osob, tj. 40 rodičů předčasně narozených dětí. Z toho tvořily většinu ženy – tj. 37 osob = 92 %, zbytek muži – 3 osoby = 8 % (viz graf č. 1).

Nejpočetnější věkovou skupinu tvořily osoby ve věku od 31 do 40 let (celkem 20 respondentů). Druhou skupinu tvořilo 19 osob, a to ve věku 21 až 30 let. Jediná osoba byla mladší 20 let. Žádná z dotázaných osob nebyla starší 40 let (viz graf č. 2).

Více než polovina z dotázaných rodila poprvé. Jedná se o 27 žen, pro které byly veškeré úkony související s porodem nové. 11 žen uvedlo, že rodí podruhé, 2 z celkového počtu čtyřiceti dotázaných pak potvrdily třetí porod. Více jak 3x nerodila žádná z dotázaných žen. Všechny respondentky při stávajícím přivedení dítěte na svět prodělaly předčasný porod, jehož aspekty byly právě předmětem průzkumu a obsahem této bakalářské práce (viz graf č. 3).

Porod v termínu je stanoven od 38. týdne do 42. týdne těhotenství. V případě porodu v dřívějším termínu, tj. před 38. týdnem, je porod označován za předčasný a dítě za nedonošené. 21 z celkového počtu 40 - ti dotazovaných žen přiznává, že prodělaly porod v rozmezí 32. až 35. týdne gestace. Dalších 11 z nich uvedlo, že porodily v rozmezí 28. – 31. týdne gestace. 8 žen dokonce rodilo v 24. – 27. týdnu svého těhotenství (viz graf č. 4).

Všem respondentům byla věnována zvláštní péče a přístup od zdravotnického personálu, včetně správné informovanosti o případných komplikacích souvisejících s předčasným porodem. Jejich předčasně narozené děti byly současně hospitalizovány na jednotce intenzivní péče, popř. intermediárním oddělení pro novorozence. Dle výpovědi respondentů většina rodičů pociťuje na těchto odděleních úzkost. 6 z dotazovaných rodičů (tj. 15%) uvádí, že jim technika na těchto speciálních pracovištích nahání strach, prostředí je pro ně neosobní. Více jak polovina (55 %) uvedla, že pocit úzkosti mírnil vlídný přístup

personálu. Příjemné vystupování, komunikace a sdělování potřebných informací, poskytuje rodičům jistotu, že péče je kvalitní a že o jejich potomka je co nejlépe postaráno. Dalších 6 z dotazovaných naopak uvádí, že nevnímá prostředí, vnímá pouze své dítě, kterému soustředí veškerou svou pozornost. Zbylých 6 dotázaných pozitivně hodnotí prostředí jednotky intenzivní péče a intermediárního oddělení. Uvádí, že obrázky a fotografie dětí či různé informační letáčky na ně působily příjemně (viz graf č. 5).

Všem matkám bylo umožněno kdykoliv navštěvovat dítě na těchto speciálních odděleních a otcům byla povolena návštěva pouze jedenkrát denně (viz graf č. 6). Domnívám se, že je to správné, zejména s ohledem na zdravotní stav dítěte a chod oddělení. Přesto pro matky asi situace není snadná, pocit podpory ze strany otců je nezanedbatelný zvláště v těchto chvílích.

Cose týká kvalit personálu, je všemi respondenty hodnocen pozitivně. Většina z nich (70 %) je přesvědčena, že jsou to profesionálové, kteří kvalitně odvádějí svou práci a plně jim důvěřují. Zbylých 12 osob (30 %) důvěřuje pouze některým členům ošetřujícího týmu. Záleží pochopitelně na individuálním přístupu ošetřujícího personálu, kvalitě poskytovaných informací a sympatiích. (viz graf č. 7).

To potvrzují i výsledky další otázky, kde respondenti kladně hodnotí komunikaci ze strany ošetřujícího personálu. 80 % z nich je definitivně přesvědčeno, že personál sděluje všechny potřebné informace, 20 % z nich se pak domnívá, že jsou informováni spíše částečně. Nikdo neuvedl, že by postrádal nějaké relevantní informace (viz graf č. 8). Při celkovém posouzení si dovoluji konstatovat, že úroveň a kvalita informovanosti související s předčasným porodem je v dnešní době na velmi vysoké úrovni. Matky, respektive rodiče dětí, vůbec mají možnost obrátit se pro odbornou radu na ošetřující personál. Kvalita poskytovaných služeb je dle výpovědí respondentů vysoká a především odráží vysokou odbornost při posouzení aktuálního zdravotního stavu matky a dítěte. Dostatečná informovanost je prvním nemalým impulsem k řešení komplikací a včasného řešení případných problémů souvisejících s těhotenstvím a předčasným porodem. Je proto velmi důležité i nadále klást důraz na potřebu podávání informovanosti a základní osvěty v této záležitosti. Včasnou a dostatečnou přípravou rodičů na všechny aspekty předčasného přivedení dítěte na svět bude, mimo jiné, eliminován stres plynoucí z neznalosti a zabráněno nejhorším životním situacím (potrat, úmrtí matky, úmrtí dítěte a jiné).

Respondenti dále uvádějí, že poskytované informace jsou srozumitelné, pouze 5 ze 40 dotazovaných nerozumí lékařským a jiným pojmům, které personál při vyjadřování používá. Přesto respondenti uvádějí, že se ošetřující personál snaží vysvětlovat pojmy tak, aby jim i laická veřejnost/rodiče rozuměla/i (viz graf č. 9).

Všichni rodiče předčasně narozených dětí měli možnost obrátit se s jakýmkoliv problémem či obavami na zdravotnický personál, což potvrzují výsledky provedeného výzkumu (viz graf č. 10). 37 z nich uvádí, že se personál vždy choval vstřícně, vše znovu vysvětloval a snažil se řešit případné problémy. 3 osoby se naopak domnívají, že ačkoliv se vždy na personál mohli obrátit, ne vždy je personál vyslechl a dodatečně vysvětlil vše potřebné.

Podpora ze strany ošetřujícího personálu je nezanedbatelnou součástí péče o matku a dítě a má velký význam pro oba rodiče předčasně narozených dětí. Jak uvádějí výsledky výzkumu, rodiče jsou v těžké životní situaci a považují personál v těchto chvílích za velkou oporu (60 % odpovědí). Dalších 15 rodičů (37,5 %) nepovažuje za oporu všechny, ale pouze některé členy pečujícího týmu. Zde hrají opět velkou roli sympatie, individuální přístup personálu, způsob komunikace. Pouze jeden z dotázaných přiznává, že personál vůbec nevnímá, soustředí se pouze na své dítě. Záleží vždy na charakteru jednotlivce a na osobním přístupu k dané situaci (viz graf č. 11).

Převážná většina respondentů si v rámci této péče u personálu velmi váží i neverbálního způsobu komunikace a vyjádření podpory. Pozitivně vnímají úsměvy, doteky, pohlazení, které zmírní obavy a zpříjemní nelehkou situaci. Tento způsob komunikace je součástí vyžadované pracovní morálky ošetřujícího personálu, avšak velkou roli opět hraje individualita a osobnost každého jednotlivce. Velmi pozitivně tedy hodnotím obě sledovaná zdravotnická zařízení, jelikož ani jeden z dotazovaných k péči personálu nevzněl kritizující komentář. Pouze jeden z respondentů vnímá tento způsob komunikace negativně, nevidí důvod k úsměvu a dotek cizího člověka považuje za nepříjemný (viz graf č. 12).

Ošetřující personál zároveň zabezpečuje základní edukaci – tj. informování např. o správné dezinfekci rukou, kojení, péči o dítě atd. Je tedy matkám plně k dispozici a asistuje v případě potřeby. Cílem je vést matky k samostatnosti. Všichni dotazovaní připouštějí, že jsou s tímto způsobem edukace personálem více či méně spokojeni (viz graf č. 13). Domnívám se, že tento přímý způsob edukace a poskytování informací personálem je tím

nejefektivnějším. Prostřednictvím názorné ukázky doplněné o komentář si matky snáze osvojují informace a činnosti spojené s péčí o jejich dítě.

Součástí informovanosti rodičů předčasně narozených dětí je i poskytování základních informací v tištěné podobě, prostřednictvím různých letáků, brožurek apod. 32 z celkového počtu 40 - ti dotázaných získalo podobné tištěné edukační materiály. Z toho 27 osob je hodnotí velmi pozitivně, a to proto, že si je mohli prostudovat v klidu mimo nemocniční prostředí. Naopak 5 dotazovaných nepovažuje informace na letácích za důležité, nebo jim nebyly vůbec nabídnuty. 8 rodičů nedostalo žádné takové materiály. Důvod této odpovědi lze spatřovat ve dvou rovinách. Prvním důvodem je, že o materiály nejevili zájem, tj. nepovažovali je za důležité. Druhým důvodem je, že jim nebyly vůbec informační materiály nabídnuty (viz graf č. 14).

V dnešní době vyspělých moderních informačních technologií je však poměrně snadné získat informace i mimo tato lékařská zařízení. Nejrozšířenějším a nejsnáze přístupným zdrojem informací je internet. Po zadání do vyhledávače jakéhokoliv klíčového slova, jako např. předčasný porod, porodní komplikace, příznaky porodu, péče o předčasně narozené dítě atd. se nám na internetových stránkách vygenerují stovky článků, komentářů a různých příspěvků. Zde mohou rodiče najít spoustu důležitých informací a doporučení. Přesto žádný z dotazovaných rodičů tento způsob edukace neuvedl jako preferovaný a využívaný. Dalším významným zdrojem informací je odborná literatura, která se opírá o lékařská fakta (knihy, letáky, brožury). Tato literatura se v posledních letech stala velmi populární a v poměrně velkém počtu zaplňuje regály knihkupectví. Škála těchto titulů je opravdu velmi široká, a z nepřeberného množství si každá maminka vybere knihu dle potřeb svého dítěte. Tuto formu edukace potvrzují 2 ze 40 dotázaných rodičů. Většina z nich však upřednostňuje osobní konzultace a rozhovory s lékařem či porodní asistentkou. Zdravotní personál poskytne rodičům kvalitní a správné informace (viz graf č. 15).

Pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, je umožněno rodičům, aby se podíleli na základní péči o dítě spolu s ošetřujícím týmem, např. přebalování, měření teploty a promazávání pokožky (75 % odpovědí). Pouze výjimečně byla tato asistence povolena 3 rodičkám (7,5%). Sedmi rodičům bylo umožněno pouze pohlédit a dotýkat se svého dítěte (viz graf č. 16). Vše je opět otázkou zdravotního stavu dítěte a rozhodnutí ošetřujících lékařů. Rodiče by měli lékařské rozhodnutí plně respektovat.

Přesto však rodiče mají velký zájem se na péči více podílet, jak ukazují výsledky výzkumu - tj. 67,5 % kladných odpovědí (viz graf č. 17). Jejich zájem je pochopitelný, avšak rodiče musí vytrvat. Ještě nastanou okamžiky, kdy budou moci dětem věnovat maximální péči samostatně během jejich růstu. 10 z dotázaných má zájem se spolupodílet na péči, ale prozatím se obává, že by mohli dítěti v této fázi ublížit. Tři z dotazovaných naopak zcela podporují péči ze strany personálu.

Obecně lze konstatovat, že pro rodiče předčasně narozených dětí, je v každém případě tato situace mimořádné péče o dítě velmi psychicky náročná, proto si váží pomoci a asistence ošetřujícího a lékařského týmu, který považují za profesionální. Jejich práce je zároveň pro ně podporou a velmi si jí váží (viz odpovědi otázky č. 18).

11.2 Doporučení pro praxi

Z provedeného průzkumu vyplývá, že informovanost rodičů předčasně narozených dětí je dnes na velmi vysoké úrovni. Vzhledem k tomu, že téma předčasných porodů je stále aktuální a poměrně častou záležitostí, roste i osvěta s ní související. Zdrojů informací je nepřehledné množství, přesto však rodiče předčasně narozených dětí preferují konzultace s lékařským a ošetřujícím personálem. Doporučuji zjednodušit odbornou komunikaci lékařů s rodiči, kteří mnohdy používaným odborným termínům nerozumí. Důležitý je taktéž přístup personálu. Je nutné klást důraz na příjemné vystupování, komunikativnost, verbální a neverbální projevy při rozhovoru s rodiči předčasně narozených dětí. V opačném případě je rodičům komunikace nepříjemná a roste strach z nemocničního prostředí a dané situace vůbec.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda jsou rodiče předčasně narozených dětí spokojeni s edukací, komunikací a podporou ošetřujícího personálu na specializovaném pracovišti. Práce měla dále zjistit, zda se u ošetřujícího personálu vyskytují rezervy v komunikaci s rodiči předčasně narozených dětí.

Prvním dílčím cílem předkládaného průzkumného šetření bylo zjistit, jak se rodiče předčasně narozených dětí cítí na jednotkách intenzivní péče.

Ke splnění tohoto cíle sloužila otázka č. 5. Bylo zjištěno, že 15 % respondentů pociťovalo na těchto pracovištích úzkost, přístroje a technika na oddělení jim naháněla strach, prostředí pro ně bylo neosobní. 55 % dotazovaných uvedlo, že pociťovali úzkost, kterou mírnil vlídný přístup personálu, dalších 15 % respondentů odpovědělo, že nevnímalo prostředí okolo dítěte, ale pouze dítě. Zbýlých 15 % respondentů hodnotilo prostředí specializovaných pracovišť pozitivně. Z průzkumu vyplynulo, že rodiče nejčastěji pociťovali úzkost, kterou mírnil vlídný přístup personálu, příjemné vystupování, neverbální, verbální komunikace a sdělování potřebných informací.

Dílčí cíl 1 – byl splněn.

Druhým dílčím cílem tohoto průzkumného šetření bylo zjistit, jak často mohou rodiče své předčasně narozené dítě navštěvovat na jednotkách intenzivní péče a intermediárním oddělení.

Tímto cílem se zabývala otázka č. 6. Bylo zjištěno, že 92,5 % respondentům bylo umožněno navštěvovat své dítě v různých časových intervalech. 7,5 % odpovědělo, že otcové mohli navštívit tato oddělení pouze jedenkrát denně. Z výsledků dat z výzkumného šetření vyplývá, že všem matkám bylo umožněno kdykoliv navštívit své dítě na těchto specializovaných odděleních.

Dílčí cíl 2 – byl splněn.

Třetím dílčím cílem práce bylo zjistit, zda rodiče předčasně narozených dětí důvěřují ošetřujícímu personálu.

Ke splnění tohoto cíle sloužila otázka č. 7. Z analýzy dat vyplynulo, že kvalita personálu je všemi respondenty hodnocena pozitivně. 70 % z nich je přesvědčeno, že to jsou profesionálové, kteří kvalitně odvádějí svou práci a plně jim rodiče důvěřují. 30 % respondentů důvěřuje pouze některým členům ošetřujícího týmu.

Dílčí cíl 3 – byl splněn.

Čtvrtým dílčím cílem práce bylo zjistit, jestli jsou rodiče spokojeni s komunikací ošetřujícího personálu a zda jim jsou informace podávány srozumitelně.

K 4. cíli se vztahovaly otázky č. 8 a č. 9. Zjistila jsem, že 80 % respondentů bylo přesvědčeno, že personál jim sděluje všechny potřebné informace, 20 % z nich se domnívalo, že jsou informováni spíše částečně. Respondenti dále uváděli, že poskytované informace jsou srozumitelné. Pouze 12,5 % dotazovaných nerozumělo odborným pojmům. Z výsledků vyplývá, že respondenti kladně hodnotili komunikaci a srozumitelnost informací od ošetřujícího personálu.

Dílčí cíl 4 – byl splněn.

Pátým cílem práce bylo zjistit, zda se rodiče mohou podílet na základní péči o své předčasně narozené dítě.

Touto problematikou se zabývala otázka č. 16. Z analýzy dat vyplývá, že pokud to zdravotní stav dítěte dovolil, bylo možné se podílet na základní péči o dítě spolu s ošetřujícím týmem. Pouze výjimečně byla tato asistence povolena 7,5 % respondentům. 17,5 % dotázaných odpovědělo, že jim bylo umožněno dítě pouze pohladit.

Dílčí cíl 5 – byl splněn.

Závěrem lze říci, že informovanost a edukace rodičů předčasně narozených dětí je dostatečná, rodiče si váží podpory a přístupu personálu. Zároveň se domnívám, že přístup personálu má výrazný vliv na postoj (chování, jednání) rodičů. Práci vykonávají lidé, proto

i jejich práce je hodnocena individuálně. Komunikace a mimika při rozhovoru má vliv na formování názoru k dané pracovníci/pracovníkovi. Při celkovém posouzení si dovoluji konstatovat, že míra a kvalita informovanosti související s předčasným porodem je v dnešní době na velmi vysoké úrovni. Rodiče předčasně narozených dětí mají možnost obrátit se pro odbornou radu, jak na lékařský, tak ošetřující personál.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOREK, Ivo, 2011. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, s. 315. ISBN: 80 – 7013 – 338 – 4.
- DORT, Jiří a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita, s. 11. Kap. 1 Úvod ISBN: 978 80 – 7043 – 944 – 9.
- ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Kare a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s. Kap. 7 Nepravidelnosti a patologie těhotenství, porodu a šestinedělí, s. 189 – 190. ISBN: 80 – 247 – 1313 – 9.
- ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie, 1997. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. Kap. Komunikace, s. 25 ISBN: 80 – 70 – 13 – 386 – 4.
- ELSTEROVÁ, L., 2007. Umírání na novorozenecké JIP. In. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. Praha: Grada publishing, a.s. Kap. 19, s. 180-181. ISBN: 978 – 80 – 7013 – 447 – 4.
- ELSTNEROVÁ, L., 2001. Bolest novorozence, kontakt s rodiči, smrt dítěte, etika v neonatologii. In. BOREK, Ivo, 2011. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, s. 315- 316. ISBN: 80 – 7013 – 338 – 4.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*.
- FENRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol. 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Kap. 2 Klasifikace novorozence, stanovení gestačního věku, anatomické a fyziologické zvláštnosti zralého a nezralého novorozence, s. 24 – 29. ISBN: 978 – 80 – 7013 – 447 – 4.
- FENRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Kap. 8 zajištění vhodného prostředí a komfortu novorozence, s. 76. ISBN: 978 – 80 – 7013 – 447 – 4.

- FENRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Kap. 17 Podpora rodičů, s. 160 – 164. ISBN: 978 – 80 – 7013 – 447 – 4.
- FENRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol., 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Kap. 19 Umírání na novorozenecké JIP, s. 180- 181. ISBN: 978 – 80 – 7013 – 447 – 4.
- CHMEL, Roman, 2008. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada Publishing, a.s. Kap. 10 Předčasný porod, s. 98. ISBN: 978 – 80 – 247 – 2142 – 2.
- JANOŠEK, Jaromír, SLAMĚNÍK, Ivan, 2008. Prosociální chování. In. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Jaromír, *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 289. ISBN: 978 – 80 – 347 – 1428 – 8.
- KANTOR, L., 2007. Etika a neonatologie. In. FENRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kol., *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 188 – 189. ISBN: 978 – 80 – 7013 – 447 – 4.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s. Kap. 20 Komunikace s rodinou, s. 175-176. ISBN: 978 – 80 – 247 – 1830 – 9.
- KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, a.s. Kap. 1 Komunikace s nemocným dítětem, s. 28. ISBN: 978 – 80 – 247 – 2831 – 5.
- KLÍMA, Jiří a kol., 2003. *Pediatric*. Praha: Eurolex Bohemia. Kap. Péče o dítě v prvních dnech porodu, s. 94. ISBN: 80 – 86432 – 38 – 6.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., Kap. 13 Věda o morálce, s. 11. ISBN: 978 – 80 – 247 – 2069 – 2.
- LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. Kap. 13 Dítě narozené ještě před termínem, s. 352. ISBN: 80 – 247 – 0668 – 7.
- LIŠKA, K., 2006. Novorozenec. In. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., s. 161. ISBN: 80 – 247 – 1313 – 9.

- MAGUROVÁ, Dagmar, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila, 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, spol. s.r.o. Kap. Špecifika edukácie ošetrovatel'stve, s. 48-49. ISBN: 978 – 80 – 8063 – 326 – 4.
- NOVÁK, Ivan, 2008. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén, Kap. 1 Intenzivní péče v pediatrii v České republice, s. 6. ISBN: 978 – 80 – 7262 – 512 – 3.
- NOVÁK, Ivan, 2008. *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén, Kap. 3 Psychologie, s. 24-27. ISBN: 978 – 80 – 7262 – 512 – 3.
- PEYCHL, Ivan, 2005. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén. Kap. 1 Úvod, s. 14. ISBN: 80 – 7262 – 283 – 8.
- PIZINGEROVÁ, Kateřina, 2008. Právo a etika. In. NOVÁK, Ivan, *Intenzivní péče v pediatrii*. Praha: Galén, s. 24-27. ISBN: 978 – 80 – 7262 – 512 – 3.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie v porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér AREA s.r.o. Kap. 5 Nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod, s. 33. ISBN: 978 - 80 – 254 – 2186 – 4.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Kap. Předčasný porod, s. 107. ISBN: 80 – 7013 – 230 – 2.
- ŘEZNÍČKOVÁ, A., 2008. Edukace dětí a rodičů. In. SEDLÁŘOVÁ, Petra, *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 159 – 168. ISBN: 978 – 80- 247 – 1613 – 8.
- SOBOTKOVÁ, Daniela, 1996. *Speciální péče pro vaše novorozené dítě*. Praha: Triton [Brožurka].
- SOLLAROVÁ, Eva, 2008. Socializace. In. Výrost, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 54. ISBN: 978 – 80 – 347 – 1428 – 8.
- TOŠNER, J., 2006. Fyziologické těhotenství. In. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Kare a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 87. ISBN: 80 – 247 – 1313 – 9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. Kap. 1 Úvod do komunikace s nemocným člověkem, s. 11. ISBN: 80 – 247 – 1262 – 8.

WOLF, Vladimír, WOLFOVÁ Hana, 2000. *Pediatric*. Praha: Informatorium. Kap. 5 Novorozenec s nízkou porodní hmotností, s. 79 – 81. ISBN: 80 – 86073 – 62 – 9.

Elektronické zdroje: Perinatologická centra intenzivní péče <http://www.neonatology.cz/> [online] Česká neonatologická společnost, © 2011 – 2012 [cit. 28. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/neonatologicka-centra>.

KANTOR, Lumír, © 2009. Nedonošená miminka [online.] Etika v neonatologii [cit. 14. 4. 2012]. Dostupné z: <http://nedonošenci.blogspot.com/2009/01/etika-v-neonatologii.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

nJIP - neonatologická jednotka intenzivní péče

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů.....	40
Graf č. 2: Věkové skupiny	41
Graf č. 3: Četnost porodů.....	42
Graf č. 4: Týden gestace.....	43
Graf č. 5: Pocity rodičů na jednotce intenzivní péče a intermediárním oddělení	44
Graf č. 6: Četnost možnosti návštěvy dítěte	45
Graf č. 7: Důvěra rodičů k personálu	46
Graf č. 8: Spokojenost rodičů s komunikací personálu	47
Graf č. 9: Srozumitelnost sdělovaných informací od personálu	48
Graf č. 10: Řešení problémů a obav s personálem.....	49
Graf č. 11: Pocity rodičů ve smyslu dostatečné podpory od personálu	50
Graf č. 12: Vnímání neverbální podpory	51
Graf č. 13: Spokojenost s edukací ošetřujícího personálu	52
Graf č. 14: Dostupnost edukačního materiálu v tištěné podobě	53
Graf č. 15: Nejvíce vyhovující způsob edukace	54
Graf č. 16: Možnost provádět základní péči	55
Graf č. 17: Podílení se na péči o dítě	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů.....	40
Tabulka č. 2: Věkové skupiny.....	41
Tabulka č. 3: Četnost porodů.....	42
Tabulka č. 4: Týden gestace.....	43
Tabulka č. 5: Pocity rodičů na jednotce intenzivní péče a intermediárním oddělení	44
Tabulka č. 6: Četnost možnosti návštěvy dítěte.....	45
Tabulka č. 7: Důvěra rodičů k personálu	46
Tabulka č. 8: Spokojenost rodičů s komunikací personálu.....	47
Tabulka č. 9: Srozumitelnost sdělovaných informací od personálu	48
Tabulka č. 10: Řešení problémů a obav s personálem.....	49
Tabulka č. 11: Pocity rodičů ve smyslu dostatečné podpory od personálu.....	50
Tabulka č. 12: Vnímání neverbální podpory	51
Tabulka č. 13: Spokojenost s edukací ošetřujícího personálu	52
Tabulka č. 14: Dostupnost edukačního materiálu v tištěné podobě.....	53
Tabulka č. 15: Nejvíce vyhovující způsob edukace.....	54
Tabulka č. 16: Možnost provádět základní péči	55
Tabulka č. 17: Podílení se na péči o dítě	56

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I** Seznam perinatologických center v České republice
- Příloha II** Nejčastější problémy a onemocnění nedonošených novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností
- Příloha III** Dotazník
- Příloha III** Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha I: Seznam perinatologických center v České republice

Brno

Neonatologické oddělení

Fakultní nemocnice Brno

Obilní trh 11

625 00 Brno

Primář: MUDr. Ivo Borek

vrchní sestra: Bc. Pavla Krčmová – pavla.krcmova@fnbrno.cz

České Budějovice

Neonatologické oddělení

Nemocnice České Budějovice, a.s.

B. Němcové 585/54

370 01 České Budějovice

Primář: MUDr. Milan Hanzl, Ph.D. – hanzl@nemcb.cz

vrchní sestra: Mgr. Jitka Troupová – trouпова@centrum.cz

Hradec Králové

Neonatologické oddělení

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581

500 05 Hradec Králové

Dětská klinika

Zástupce přednosty pro LP neonat.: Doc. MUDr. Zdeněk Kokštein, CSc.

kokstzde@fnhk.cz

Vrchní sestra: Bc. Jitka Nováková – novakovaj@fnhk.cz

Most

Neonatologické oddělení

Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Most o.z.

J.E.Purkyně 270

434 64 Most

Primář: MUDr. Jiří Biolek – biolek.jiri@nspm.cz

Vrchní sestra: Eva Mašková – eva.maskova@nspm.cz

tel. +420 478 032 124

Olomouc

Neonatologické oddělení

Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 6

779 00 Olomouc

Primář: MUDr. Lumír Kantor, Ph.D – lumir.kantor@fnol.cz

Vrchní sestra: Renáta Hanzlíková – renata.hanzlikova@fnol.cz

tel. +420 588 442 792

Ostrava

Neonatologické oddělení

Fakultní nemocnice Ostrava

17.listopadu 1790

708 52 Ostrava - Poruba

Primářka: MUDr. Renáta Poláčková – renata.polackova@fno.cz

Vrchní sestra: Mgr. Jarmila Svobodová – jarmila.svobodova@fno.cz

tel. +420 597 371 405

Plzeň

Neonatologické oddělení

Fakultní nemocnice Plzeň

Alej svobody 80

304 60 Plzeň

Primář: Doc. MUDr. Jiří Dort, Ph.D. – dortj@fnplzen.cz

Vrchní sestra: Bc. Dana Špidlenová – spidlenova@fnplzen.cz

tel. +420 377 105 681

Praha 2 (VFN)

Neonatologické oddělení

Všeobecná fakultní nemocnice

Apolinářská 18

128 51 Praha 2

Primář: Prof. MUDr. Richard Plavka, CSc. – plavka.richard@vfn.cz

Vrchní sestra: Blanka Najmanová – najmanova.blanka@vfn.cz

tel. +420 227 967 437

Praha 4 (ÚPMD)

Neonatologické oddělení

Ústav pro péči o matku a dítě

Podolské nábřeží 157

147 00 Praha 4 - Podolí

Primář: Doc. MUDr. Zbyněk Straňák, Csc. – z.stranak@seznam.cz

Vrchní sestra: Ilona Křižanová

tel. +420 296 511 828

Praha 5 (FN Motol)

Neonatologické oddělení

Fakultní nemocnice Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

Primář: Doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.

Vrchní sestra: Šmídlová

tel. +420 224 432 101

Ústí nad Labem

Neonatologické oddělení

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Sociální péče 3316/12A

401 13 Ústí nad Labem

Primář: MUDr. Petr Janec – petr.janec@mnul.cz

Vrchní sestra: Lenka Nováková – lenka.novakova@mnul.cz

tel. +420 477 112 853

Zlín

Neonatologické oddělení

Krajská nemocnice T.Bati, a. s.

Havlíčkovo nábřeží 600

762 75 Zlín

Primář: MUDr. Jozef Macko – macko@bnzlin.cz

Vrchní sestra: Naděžda Kučíková – kucikova@bnzlin.cz

tel. +420 577 552 907

Neonatologická společnost [online] 2011-2012 [cit. 28. 3. 2012] dostupné
z:<http://www.neonatology.cz/neonatologicka-centra> 28. 3. 2012 21:50

Příloha II: Nejčastější problémy a onemocnění nedonošených novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností

Poporodní adaptace	<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšená nutnost resuscitace na porodním sále
Respirační systém	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrom dechové tísně • adnátní pneumonie • air leaks (intersticiální emfyzém, pneumotorax) • krvácení do plic
Kardiovaskulární systém	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotenze, hypovolemie • Myokardiální dysfunkce • Otevřená tepenná dučej (PDA-patent ductus arteriosus) • Bradykardie ve spojení s apnoickými pauzami
Metabolické poruchy	<ul style="list-style-type: none"> • Hypotermie • Hypoglykemie, hyperglykemie • Hypernatremie, hyponatremie, hypokalcemie •
Gastrointestinální systém	<ul style="list-style-type: none"> • Snížená funkce gastrointestinálního traktu (trávení) • Nekrotizující enterokolitida •
Renální systém	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperkalemie • Hyponatremie, hypernatremie • Renální tubulární acidóza, glykosurie
Centrální nervový systém	<ul style="list-style-type: none"> • Krvácení (do komor či parenchymu) • Periventrikulární leukomacie • Retinopatie nedonošených • Hluchota • Dětská mozková obrna • Mentální retardace, nízké IQ
Ostatní	<ul style="list-style-type: none"> • Infekce, sepse • -adnátní, nozokomiální • -bakteriální, virové, plísňové • Nezralá kůže • -zvýšené ztráty vody perspirací • -porucha integrity kůže, nekrózy • Kostí • -osteopenie nedonošených

Zdroj: (Čech, 2006, s. 178)

Příloha III: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Fikrová, studuji 3. ročník oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který potřebuji pro svou bakalářskou práci. Dotazník je anonymní a informace z něj získané budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce, která se zabývá podporou a edukací rodičů předčasně narozených dětí.

Dotazník je určen rodičům předčasně narozených dětí.

Pokyny pro vyplnění: Odpovědi, s kterými se shodujete, prosím, tučně zvýrazněte. **Vždy označte pouze jednu odpověď. Děkuji.**

Veronika Fikrová

1. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Do které z uvedených věkových skupin patříte?

- a) 16 - 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) nad 40 let

3. Po kolikáté jste rodila? (rodila vaše partnerka)?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) víc jak třikrát

4. Uved'te prosím týden těhotenství, ve kterém se narodilo vaše dítě ...

- a) 24. – 27. týden gestace
- b) 28. – 31. týden gestace
- c) 32. – 35. týden gestace
- c) 35. – 37. týden gestace

5. Vaše děťátko je nyní hospitalizováno na jednotce intenzivní péče, popřípadě intermediárním oddělení pro novorozence, jak se v tomto prostředí cítíte?

- a) pociťuji úzkost, přístroje a technika mi nahánějí strach, neosobní prostředí
- b) pociťuji úzkost, kterou ovšem mírní vlídný přístup personálu
- c) nevnímám prostředí a okolí dítěte, vnímám pouze své dítě
- d) prostředí na mě působí příjemně /obrázky, fotografie dětí, letáky, personál,.../
- e) jiná odpověď.....
.....
.....

6. Je/bylo vám umožněno neomezeně navštěvovat vaše dítě?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiná odpověď.....
.....

7. Důvěřujete personálu, který pečuje o vaše dítě?

- a) Ano, jsou to profesionálové a dělají svou práci, jak nejlépe umí
- b) Ano, ale pouze některým členům ošetřujícího týmu
- c) Ano, z jiného důvodu
(upřesněte).....
- d) Ne, nelíbí se mi, jak s dítětem zachází, pracují u dítěte rychle a automaticky
- e) Ne, uveďte jiné důvody vaší nedůvěry:
.....
.....
.....

8. Jste spokojeni s komunikací ošetřujícího personálu?

- a) Ano, zcela, personál nám sděluje všechny potřebné informace
- b) Ano, částečně, personál nám sděluje pouze určité informace
- c) Ne, personál nám sděluje pouze základní informace, které nám nepostačují
- d) Ne, uveďte další důvody vaší nespokojenosti a oblasti, ve kterých by se měl ošetřující personál v komunikaci s rodiči zdokonalit:

.....
.....
.....

9. Jsou pro vás informace sdělované ošetřujícím personálem srozumitelné?

- a) Ano, rozumím všem informacím, personál mi vše vysvětlí tak, abych tomu rozuměla/ rozuměl
- b) Ano, ale jen nerozumím lékařským pojmům a cizím výrazům, které personál při vyjadřování používá
- c) Ne, sdělovaným informacím nerozumím, většinu si musím dohledat na internetu, v literatuře,...
- d) Jiná odpověď.....

10. Měla/měl jste možnost obrátit se s jakýmkoliv problémem či obavami na zdravotnický personál?

- a) Ano, vždy se zachovali vstřícně, vše mi znovu vysvětlili a pomohli mi problém vyřešit
- b) Ano, ale ne vždy mě vyslechli, pomohli či dodatečně vše vysvětlili
- c) Ne, provoz oddělení nám to neumožnil, personál na nás neměl dostatek času
- d) Ne, personál nebyl ochoten, i když měl čas, raději dělal, že čas nemá

11. Nacházíte se nyní v těžké životní situaci, cítíte ze strany ošetřujícího personálu dostatek podpory?

- a) ano, ošetřující personál je nám v této chvíli velkou oporou
- b) ano, ale pouze některé členy pečujícího týmu vnímáme jako podporu
- c) nevím, ošetřující personál nevnímáme, soustředíme se pouze na své dítě
- d) ne, ošetřující personál nás není schopen nijak podpořit

12. Podporu vám může personál vyjádřit i neverbálně /úsměv, dotek, pohlazení, .../

Jak vnímáte tento způsob podpory?

- a) tuto podporu vnímám pozitivně, úsměv pohladí, dotek alespoň trochu zmírní mé obavy, necítím se v této situaci sama/sám
- b) tento způsob podpory vnímám spíše negativně, nevidím důvod k úsměvu, dotek od cizího člověk vnímám více jako nepříjemný
- c) u ošetřujícího personálu jsem se s tímto způsobem podpory nesetkala / nesetkal

13. Jste spokojení s edukací ošetřujícího personálu? /seznámení s chodem oddělení, ukázka dezinfekce rukou, zacházení s mateřským mlékem, vysvětlení základních pojmů a péče o dítě, ... /

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) určitě ne
- d) spíše ne
- e) ne, uveďte prosím, v jaké oblasti byste chtěli více informovat:

.....
.....
.....

14. Dostali jste od personálu nějaký edukační materiál v tištěné podobě?

- a) Ano, velice mi pomohlo, že mám informace i v tištěné formě a mohu si vše ještě jednou pročíst mimo nemocniční prostředí
 - b) Ano, ale nepovažuji informace v něm za důležité
 - c) Ne, žádný edukační materiál v tištěné podobě jsem nedostal/a, nepovažuji to za důležité
 - d) Ne, rád/a bych dostal informace i v tištěné podobě
 - e) Jiná
- odpověď'.....
.....

15. Jaký způsob edukace vám nejvíce vyhovuje?

- a) Rozhovor s porodní asistentkou
- b) Rozhovor s lékařem
- c) Tištěná forma (letáky, brožury)
- d) Informace dostupné na internetu
- e) Jiný způsob.....

16. Když to zdravotní stav vašeho dítěte dovolil, mohla jste se podílet na základní péči o dítě?

- a) Ano, když byl zdravotní stav dítěte stabilní, mohla jsem ho přebalovat, měřit tělesnou teplotu, promazat pokožku olejíčkem ...
- b) Ano, zcela výjimečně mi bylo dovoleno dítě přebalit, změřit tělesnou teplotu, ...
- c) Ne, jediné co mi bylo povoleno, bylo to, že jsem si mohla/mohl své dítě pohladit
- d) Ne, vždy jsem pouze přihlížela/přihlížel

17. Chtěla byste se na péči o vaše dítě více podílet?

- a) Určitě ano, když by byl zdravotní stav dítěte stabilní. Cítila jsem se u inkubátoru dítěte zbytečná
- b) Ano, ale bála/bál bych se, abych dítěti nějak neublížila/neublížil
- c) Ne, dítě vypadá tak křehce, vyhovuje mi, že mohu bezprostředně sledovat péči o dítě sama/sám bych ji provádět nechtěla/nechtěl

18) Jestli můžete, sdělte mi vaše pocity a prožitky budu vám za to velice vděčná

.....

.....

.....

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný den.

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní magistro,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Krajské nemocnici Tomáše Bati, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka. Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Podpora a edukace rodičů předčasně narozených dětí
Metoda výzkumného šetření	dotazníkové šetření
Skupina respondentů	matky předčasně narozených dětí
Pracoviště	neonatologická JIP, IMP
Autor bakalářské práce	Veronika Fikrová
Vedoucí bakalářské práce	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.


Ve Zlíně dne 29.3.2012.....



Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence
760 01 ZLÍN

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
752 75 Zlín (9)


.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

**Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence**

**nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín**

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Křižanová,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Ústav pro péči o matku a dítě, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

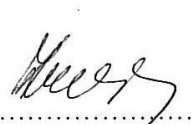
Téma bakalářské práce	Podpora a edukace rodičů předčasně narozených dětí
Metoda výzkumného šetření	dotazníkové šetření
Skupina respondentů	matky předčasně narozených dětí
Pracoviště	neonatologická JIP, OPN
Autor bakalářské práce	Veronika Fikrová
Vedoucí bakalářské práce	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ve Zlíně dne 21. 3. 2012


UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií
Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence
760 01 ZLÍN

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta


Razítko a podpis zástupce zařízení
ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ
Podolské nábřeží 157
PSČ 147 00 PRAHA 4 - PODOLÍ
pediatrické pracoviště
Tel.: 296 511 516, 521