

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Podpora rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence a
její rezervy z pohledu zdravotníků a rodičů**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
MUDr. Milan Hanzl, Ph.D.

Autor práce:
Aneta Fišarová

2011

Abstract

Supporting a family with a premature and seriously ill new-born baby and the reserves in their support from the point of view of medical workers and parents

Supporting the parents of premature babies lies in providing them with the chance to take care of their children, be responsible for the care and obtain some knowledge on the children's condition. Owing to the developments in the medical care, the premature babies have nowadays ever better prospects for life.

The theoretical part of the thesis focuses on the premature new-born baby, taking care of it and involving parents in this care. Furthermore, the relationship from the parents towards the children is described as well as the organizations helping parents.

Three objectives and related questions were determined. The thesis aimed to monitor the awareness of the hospital attendants of the reserves in supporting a family with a premature and seriously ill new-born baby in specialized medical facilities, to find out the priorities of the parents in this area and to compare both views.

The quantitative survey method was chosen for the practical part. The survey was carried out using a non-standard dialogue with ten respondents. Five of them (R1 – R2) were mothers hospitalized at the neonatology ward in České Budějovice Hospital with their children. The other five respondents (R6 - R10) ranked from medical workers, specifically nurses working at the neonatology ward in České Budějovice Hospital. The information gained from the conversation were processed and further analysed.

All the objectives were met. The medical workers see reserves in early support of both parents, as well as making sure that the partner is not neglected. A suggestion was put forward in order to increase the capacity of rooms for mothers with children. The priority for the parents is to see their children as soon as possible after their birth, to be close to them and to have a sufficient amount of information. Kangaroo mother care and stories from other parents are equally important to them. The partner unambiguously represents the largest support. It was suggested that the hospital must provide a lactation counsellor and a psychologist acquainted with the question. Having compared both views it can be implied that the views of the parents and hospital attendants correspond.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Podpora rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence a její rezervy z pohledu zdravotníků a rodičů jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2011

Fišarová Aneta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat respondentkám za jejich vstřícnost během rozhovorů.

Obsah

Úvod.....	6
1. Současný stav.....	7
1.1 Základní pojmy	7
1.2 Znamky nedonošenosti.....	8
1.3 Zahájení péče	8
1.4 Poporodní adaptace.....	9
1.5 Morbidita a mortalita.....	10
1.5.1 Morbidita.....	10
1.5.2 Riziko zdravotního postižení nedonošených.....	12
1.5.3 Mortalita.....	13
1.6 Rodina a vztah k dítěti.....	13
1.7 Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence.....	14
1.7.1 První ošetření a sledování novorozence.....	14
1.7.2 Zapojení rodičů do péče o novorozence.....	15
1.7.3 Bazální stimulace.....	16
1.7.4 Vhodné prostředí.....	18
1.7.5 Polohování a komfort.....	19
1.7.6 Bolest.....	20
1.7.7. Výživa.....	21
1.7.8 Vyprazdňování.....	23
1.7.9 Spánek.....	24
1.8 Edukace v ošetrovatelství.....	25
1.9 Podpora rodiny nedonošeného dítěte.....	25
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3. Metodika.....	29
3.1 Použitá metoda.....	29

3.2 Charakter zkoumaného vzorku.....	29
4. Výsledky.....	30
4.1 Rozhovory - rodiče.....	30
4.2 Rozhovory - ošetrovatelský personál.....	40
4.3 Kategorizace dat v tabulkách.....	52
5. Diskuze.....	59
6. Závěr.....	67
7. Základy komunikace ošetrovatelského personálu s rodiči nedonošených dětí...69	
8. Souhrn ošetrovatelských diagnóz aplikovatelných na tuto problematiku v hospitalizační fázi.....	73
9. Seznam použitých zdrojů.....	74
10. Klíčová slova.....	79
11. Přílohy.....	80

Úvod

„Dobré vlastnosti ve zdaru jsou žádoucí, ale dobré vlastnosti v nepřízni osudu jsou hodny obdivu“ Seneca

Předčasný porod dítěte je situace, na kterou není žádný rodič připraven. Nemají zkušenosti ani představu, co je v nejbližší i vzdálenější budoucnosti čeká. Potřebují v této těžké životní situaci oporu. Potřebují mít pocit, že se mají na koho obrátit, že existuje někdo, kdo jim zodpoví veškeré otázky. Jsou tu pro ně zdravotníci, kteří jsou na takovou situaci připraveni. Mají zkušenosti s péčí o nedonošené děti a s komunikací s jejich rodiči. Základem podpory rodičů je možnost účastnit se péče o své dítě, nést za tuto péči odpovědnost a získávat vědomosti o stavu dítěte a možných komplikacích.

Rodiče samozřejmě cítí strach z budoucího vývoje svého dítěte. V dnešní době mají nedonošené děti díky pokroku v lékařské péči stále lepší vyhlídky do života. Skutečnost, že je dítě nedonošené, je pro něj důležité celoživotní téma. Rodiče musí být schopni čelit problémům. Situace, do které se dostali, neznamená konec, ale začátek nového soužití. Tato těžká životní fáze se netýká pouze rodičů, ale celé široké rodiny.

Bylo již napsáno mnoho o těhotenství, donošených a zdravých dětech. S pokrokem v péči o předčasně narozené děti se množí i publikace o nedonošených dětech. Publikacemi se prolíná nejčastěji otázka: „Proč právě naše dítě, na které jsme se tolik těšili, musí mít takové problémy?“ Podpora rodiny nedonošeného novorozence je určitě důležitá a velice mě zaujala, proto jsem si tuto problematiku zvolila jako téma své bakalářské práce.

V této práci budou vymezeny základní pojmy týkající se problematiky nedonošeného novorozence. Pokusím se zde popsat zahájení péče o nedonošeného novorozence, jeho poporodní adaptaci a vznik vztahu rodiny k dítěti. Budou zmíněna i zdravotní hlediska. Dále bude objasněno zapojení rodičů do péče.

Výsledky tohoto šetření by mohly nastínit rezervy v podpoře rodiny z pohledu zdravotníků a priority v podpoře rodiny z pohledu rodičů. Doufám, že se také podaří porovnat oba tyto pohledy.

1. Současný stav

1.1 Základní pojmy

Předčasný porod - je patologický děj. Jedná se o porod před 38. týdnem těhotenství. Má celou řadu příčin. Dělí se na příčiny přímé (infekce, poruchy placentace,...) a nepřímé (předčasný porod v anamnéze, fyzický stav těhotné,...). Předčasný porod je důvodem mnoha perinatálních komplikací. Vývojové riziko nedonošených dětí je tím nižší, čím dříve se narodily. V České republice je od roku 1997 zaveden „follow-up“. Což je studie o následcích způsobených předčasným porodem (19, 25, 26).

Nedonošený novorozenec - za nedonošeného považujeme novorozence narozeného před dokončeným 38. gestačním týdnem, s hmotností menší než 2500g. Musí se vždy posuzovat především gestační věk, než hmotnost novorozence (27).

Podle hmotnostního kritéria rozdělujeme novorozence na novorozence s nízkou porodní hmotností (pod 2500g), novorozence s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500g) a novorozence s extrémně nízkou hmotností (pod 1000g) (19).

Viabilita (životaschopnost) - je schopnost přežití v extrauterinním prostředí po předčasném porodu. V dnešní době se za hranici viability považuje 24. týden (8, 27).

Korigovaný věk - myslí se tím chronologická hodnota věku, snižená o počet týdnů, o který se dítě narodilo předčasně. Korekci věku se doporučuje používat celé dva roky po porodu (27).

Neonatologie - hlavním úkolem neonatologie je péče o novorozence. Neonatologie se zabývá péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období. V ČR je zaveden tzv. třístupňový regionální systém péče o těhotnou a novorozence. V rámci 1. stupně se pečuje o novorozence a děti, které se narodily s nevýznamnými odchylkami v průběhu poporodní adaptace. Do 2. stupně řadíme péči o patologické a nezralostní stavy od 32. týdne v intermediárním centru. 3. stupeň péče je v rámci perinatologického centra. V těchto centrech se pečuje o nejzávažnější neonatální patologické a nezralostní stavy (8, 22).

1.2 Znamky nedonošenosti

U nedonošeného novorozence pozorujeme, že i po porodu zůstává lanugo. Pokožka je sytě rudá, průsvitná, chybí mázek a olupuje se. Na pokožku musíme zvýšeně dbát kvůli její citlivosti na tlak a na desinfekční prostředky. Již při jemném ošetření kůže desinfekcí před aplikací injekce, můžeme způsobit rozsáhlé popáleniny. Při extrémně nízké hmotnosti nelze rozlepit oční víčka. Ušní boltce nezralých novorozenců jsou měkké a mají nevyvinutou chrupavku. Měkké nehty nepřesahují konce prstů. Prsní bradavky se nedostatečně vyvinuly a pigmentovaly. Musíme jim věnovat pozornost např. v případě punkce hrudníku. Bývá silný, rosolovitý pupečník. Jeho úpon je blíže k symfýze. Dále sledujeme genitál. Chlapci nemají sestouplá varlata do šourku. U děvčátek často labia majora nepřekrývají labia minora. Na ploskách nohou a dlaní je nevyvinuté rýhování nebo jsou přítomny pouze hlavní rýhy (3, 8, 29).

Jedním z charakteristických fyziologických znaků nedonošenosti je nezralost centrální nervové soustavy, dále nedokonalá termoregulace. Nedonošený má nezralou plicní strukturu, omezenou alveolární plochu a nedostatek plicního surfaktantu. Často bývá zpomalená střevní motilita, menší sekrece trávicích enzymů a snížená evakuace žaludku. Ledviny jsou funkčně nezralé a je narušený imunitní systém (29).

1.3 Zahájení péče

Na novorozence pohlížíme jako na úplně bezbranného. Je zcela odkázán na péči cizích lidí. Má svá práva a je naprosto autonomní. Jeho právo na život, je jedním z nejdiskutovanějších práv neonatologie. Kvůli nedostatečnému technickému zařízení, nebylo dříve u nás v ČSSR dětem pod 1000g pomoci. O pokroku svědčí to, že úmrtnost českých novorozenců patří mezi nejnižší na světě. V souvislosti s právem na život se řeší hranice okamžiku, kdy je plod schopen přežít. V dnešní době, je u nás i ve světě, většinou uznávána hranice dokončeného 24. týdne těhotenství. V souvislosti s viabilitou, mluvíme s rodiči o otázce resuscitace a zahajování intenzivní péče po porodu. Snažíme se je seznámit s riziky a respektovat jejich názor na resuscitaci. Kolem hranice viability, se plodu vždy v souladu s uvažováním rodičů poskytuje tzv. comfort care. Což znamená, že se poskytne plodu teplo a důstojné podmínky pro umírání. Je

důležité rozlišit, kdy odstoupit od zbytečných léčebných zákroků, které by nepřinesly zlepšení. V rámci vytvoření důvěry, je potřeba oběma rodičům poskytnout včasné a srozumitelné informace o stavu novorozence (8, 9).

1.4 Poporodní adaptace

Poporodní adaptace je nastartována zahájením dýchání. Dochází k radikálním změnám v plicní a systémové cirkulaci. Adaptace na mimoděložní prostředí představuje složitý, přesně stanovený a načasovaný sled změn. Nedonošený novorozenec má často poruchu poporodní adaptace. Nejčastěji dojde k rozvoji syndromu dechové tísně. Nestabilita srdečního oběhu se může projevit sníženým krevním tlakem a sníženým prokrvením tkání. Další problémem může být akutní poškození mozku. Vznikne časně po porodu z důvodu komorového krvácení. Bohužel může mít i dlouhodobé následky. Z důvodu nezralosti gastrointestinálního traktu má nedonošený novorozenec v prvních dnech většinou parenterální výživu. Následně je snaha o pomalé zavádění enterální výživy. Protože jsou nezralé ledviny, dochází k vyšším ztrátám vody a solí. Následkem hypoxie může také dojít k ledvinnému selhání. Relativně velký povrch těla a minimální vrstva tuku mají za následek rychlé ztrácení tepla. Teplo odchází vypařováním, vedením, prouděním a vyzařováním. Nebo se nezralý novorozenec může rychle i přehřát. Nedokonalá termoregulace je důvodem ošetřování v inkubátoru nebo na vyhřívaných lůžkách. Výška teploty v inkubátoru je určena v závislosti na stáří a váze novorozence. Vlivem velké propustnosti kůže, dochází k významným ztrátám tekutin. Váhový úbytek je u předčasně narozeného odlišný. Je nutno monitorovat možný rozvoj hypoglykémie, hypokalcemie a hyperbilirubinemie. U nedonošence dochází k častým infekcím a těžkým septickým stavům s vysokou mortalitou. Musíme si dát pozor na kombinaci nezralosti sítnice a toxicity kyslíku při oxygenoterapii. Tato kombinace by se mohla projevit rozvojem retinopatie (2, 5, 17, 26, 29, 37).

1.5 Morbidita a mortalita

Nemocnost, která se vyskytuje v neonatálním období, je souhrnně označována jako časná morbidita. Poruch zdraví, které postihují nedonošené novorozence je mnoho. Některé z nich jako například infekce, vedou k příčinám mortality. Dalšími příčinami úmrtí novorozenců jsou vývojové vady, asfyxie komplikovaná těžkou hypoxicko-ischemickou encefalopatií nebo intraventriculárním krvácením. Úroveň perinatální úmrtnosti patří mezi mezinárodně uznávané ukazatele kvality perinatální péče. Díky systematické analýze perinatálních dat vidíme vývoj perinatální úmrtnosti v České republice (5).

1.5.1 Morbidita

V 90% bývá u předčasně narozených novorozenců RDS. Což je syndrom dechové tísně. Čím těžší je nezralost, tím těžší bude průběh. Příčinou RDS je nedostatek surfaktantu. Úlohou surfaktantu je udržovat stabilitu alveolů. V dostatečném množství je surfaktant přítomen v plicích až od 35 týdne těhotenství. Příznaky RDS pozorujeme už během prvních hodin po porodu. Novorozenec ztíženě dýchá. Pozorujeme na něm inspirační vtahy hrudníku, vpadání hrudní kosti, mezižeberních prostorů a nadklíčkových jamek. Každý vdech je pro novorozence velice namáhavý. Novorozenec dýchá zrychleně a postupně se u něj pozorujeme cyanotické zbarvení kůže. Pokud by se nezasáhlo, celkový stav by se prudce zhoršil a mohl by vyústit až ke smrti. RDS můžeme ovlivnit už před porodem. Snažíme se prodloužit nebo urychlit zrání plic. Po porodu uložíme novorozence do termoneutrálního prostředí, parenterálně zajistíme dodávku energie a tekutin. U lehkých případů může postačit oxygenoterapie. U těžších forem je nutná intubace a umělá plicní ventilace. Dále také podání surfaktantu. To se dělá někdy i opakovaně. V naprosté většině případů se v ČR podává naturální surfaktant (2, 8).

U nedonošených novorozenců pod 750g je velké riziko intrakraniálního krvácení. U větších hmotnostních kategorií je krvácení do mozku vzácnější. Lokalizace krvácení souvisí se zralostí mozku. U nedonošence jsou typickým místem postranní mozkové komory a bílá hmota v jejich okolí. Krvácení může být traumatické. To vzniká

při obtížném porodu. Mechanismem vzniku krvácení je nadměrný tlak nebo tah za hlavičku. Nebo je příčina netraumatická. Ta souvisí s nezralostí mozku a cévního zásobení. Příznaky mohou být němé. To bývá u 50% nedonošených. Prognóza je nejistá. Další typem krvácení je Syndrom kolísavých změn a poruch. Zde je vývoj nerovnoměrný, trvá hodiny až dny. Příznakem bývá měnlivá porucha vědomí, útlum, hypotonie i hypertonie, nepravidelnosti dýchání, problémy s příjmem potravy a změny v postavení a pohybech očí. Prognóza se odvíjí od závažnosti krvácení. Nejhorší je Katastrofický syndrom. Ten vzniká při rychlém a masivním krvácení. Vývoj je během několika minut až hodin. Projevem jsou křeče, porucha vědomí, napjatá až vyklenutá fontanela. Dále pozorujeme areaktivitu zornic, termolabilitu, nápadnou bledost, nepravidelné dýchání, hypotenzi a bradykardii. Přežije-li nedonošenec akutní fázi krvácení, očekáváme trvalé následky. K diagnostice krvácení do mozku používáme ultrasonografii, počítačovou tomografii, magnetickou rezonanci a lumbální punkci. Při náhlém krvácení do mozku neexistuje žádná akutní léčba. Na prvním místě je protišoková terapie a podpůrná léčba (8).

Další poruchou zdraví nedonošeného novorozence je retinopatie. Retinopatie je porucha vývoje sítnice. Je způsobená abnormálním růstem sítnicových cév. Důvodem vzniku bývá kolísání hladiny kyslíku po narození. K poškození vede snižování, ale hlavně zvyšování hladiny kyslíku. Zvýšení hladiny kyslíku vede k vazokonstrikci cév a tím snížení průtoku krve cévami. Může dojít až k odchlípení sítnice. Čím je novorozenec nezralejší, tím vyšší je riziko vzniku retinopatie. U porodní hmotnosti pod 1000g je vznik retinopatie až u 70-80% nedonošenců. U porodní hmotnosti nad 1500g je výskyt asi u 10% nedonošenců. Sítnici vyšetřujeme pomocí oftalmoskopu. 20 - 60 minut před vyšetřením aplikujeme mydriatika. Vyšetření očí se dělá u dětí s menší porodní hmotností než 1500g a u těch co se narodily dříve než ve 34. gestačním týdnu. Dále se vyšetřují ti, kteří podstoupili dlouhodobější léčbu kyslíkem. Většina mírných retinopatií se sama upraví. Léčba se zahajuje při vyšším stupni retinopatie. K zamezení progresivního rozvoje, je nutný časný zákrok na sítnici omezující patologický růst sítnicových cév. Dělá se kryoterapeutická nebo laserová koagulace sítnice. Když se

začne odchlípnout sítnice, můžeme se pokusit zabránit jejímu úplnému odchlípnutí pomocí Vitreo - retinální chirurgie. Následuje dlouhodobé sledování očním lékařem (8).

Nedonošený novorozenec má nezralý imunitní systém a malou obranyschopnost. Může si přinést infekci z prenatálního období. Jedná se například o Syfilis, toxoplazmózu, rubeolu, Hepatitis B, C, herpetické infekce, HIV a další. Dále se může nakazit při průchodu porodními cestami. Jedná se o kvasinkové kožní a slizniční nákazy jako je soor nebo konjunktivitida a především o infekci Streptokokem ze skupiny B. Velkým nebezpečím pro nedonošené novorozence jsou po porodu nozokomiální nákazy. Proti vzniku a šíření nozokomiální infekce na oddělení pro nedonošené používáme bariérový způsob ošetřování. Důležitou součástí tohoto režimu je zejména mytí a dezinfekce rukou před a po každé manipulaci s dítětem. Je potřeba omezit manipulaci s novorozencem na nejnížší možnou míru. Dále je dobré vyhnout se častému vyšetřování. V souvislosti s rozvojem intenzivní a resuscitační péče mají novorozenci více invazivních vstupů, které jsou branou infekce. V případě napadení infekcí, probíhá v organismu nástup obranných reakcí. Narušený imunitní systém nezralého novorozence nedovoluje adekvátní reakci (3, 8, 35).

1.5.2 Riziko zdravotního postižení nedonošených

V případě, že předpokládáme postižení vývoje, je nutné říkat rodičům pravdu. Je, ale zároveň důležité rodiče podpořit, vysvětlit jim životní perspektivy. Zdravotní defekt ještě neznamená, že nemůže mít šťastné dětství. Rodiče si uvědomují, že tato situace ovlivní celý jejich rodinný život. Znamená to pro ně velkou zátěž. Je nutné si přebudovat systém hodnot. Podle dětského psychologa Matějčka dítě už nadále nesmí představovat životní nezdár a zklamání, ale naopak životní úkol. Rodiče by se měli dozvědět o dalším léčebném a rehabilitačním plánu. Musí jim být jasné, jak bude jejich dítě dále sledováno a jaký je rozsah sociální péče. Rodiče si potřebují s někým promluvit. Je tu sestra, která s nimi hovoří o vlastní péči o jejich dítě. Předává jim své zkušenosti (3, 10).

Po propuštění nedonošeného dítěte do domácí péče vše zdaleka nekončí. Děti jsou i po propuštění skupinou s výrazně zvýšenou nemocností. V Prvních dvou

týdnech je jako u donošených hlavním důvodem rehospitalizace problém s krmením a žloutenka. Dále vedou k nutnosti hospitalizace některé akutní a chronické onemocnění. Jedna velká studie uvádí, že 20% předčasně narozených bylo nejméně jednou hospitalizováno během prvního roku života. Ti co se narodili s porodní vahou pod 1500g, byli během stejného období hospitalizováni v 30%. Podle některých jiných studií byly děti narozené na hranici viability rehospitalizovány až v 70%. Pravděpodobnost rehospitalizace nezvyšuje jenom gestační týden narození, ale také nízký sociálně-ekonomický status rodiny (27).

1.5.3 Mortalita

Přesto, že klesá novorozenecká úmrtnost, část dětí v novorozeneckém věku bohužel umírá. Nastávají složité situace, ve kterých je nutno jednat s rodiči ohleduplně, beze spěchu a v klidné atmosféře. Je třeba maximální šetrnosti v případě, že je prognóza nepříznivá. Informace by měl rodičům sdělovat lékař, který dítě ošetřoval a s rodiči se zná. Informaci o smrti svého dítěte se mají dozvědět co nejdříve. Lékař vysvětlí srozumitelně příčinu smrti. Pokud si to rodiče přejí, je velmi důležité, umožnit jim rozloučení s dítětem. Toto rozloučení může hrát velkou roli. Může se např. stát, že by matka pocítovala dlouhodobě pocit prázdnoty něčeho neukončeného, kdyby se s dítětem nerozloučila. Je důležité chránit prožití smutku. Není vhodné rychle těšit a snažit se rozptýlit. Každý člověk prožívá svůj smutek jinak. Sestra by měla být vůči rodičům trpělivá. Měla by umět vyjádřit svoje pochopení (3,15).

1.6 Rodina a vztah k dítěti

„Význam rodiny pro vývoj dítěte je nezastupitelný“ (14, s. 16). Bohužel trendem v dnešních rodinách je, že mají rodiče nedostatek času na sebe navzájem a bohužel i na dítě. Je proto nutné rodiče v péči o dítě motivovat (14).

U předčasného porodu není dokončena příprava na rodičovství. Život celé rodiny se musí od základů změnit. Žena ještě není úplně připravena být matkou. Často trpí pocitem, že nebyla schopna dítě donosit. Má obavy z toho, že nebude dobrou matkou. Rodiče měli představu, jak to bude po porodu probíhat. Často mají načtené

velké množství odborné literatury. Najednou je vše jinak. Role obou rodičů je velice těžká. Matka je hospitalizována s dítětem. Otec je vidí velice málo, protože chodí do práce a někdy se také stará o další dítě (33).

Vznik vztahu k novorozenci je individuální. Někdo řekne, že ho zalila silná vlna rodičovské lásky. Žena má např. pocit, že ho chce mít pořád u sebe. Přichází vlna obrovské lásky k bezbrannému tvorečku a hned pocit velké zodpovědnosti za něj. Jiní mají hezké, ale ne tak silné pocity, jak čekali. Láska se u nich vyvíjí postupně. Další velmi velká část rodičů uvádí, že po porodu navzdory informacím z literatury žádnou záplavu lásky nepociťovali. Cítí pocity nejistoty a uvědomění si obrovské zodpovědnosti, kterou vnímají jako tíhu. Vše může přijít až později, pomalu a průběžně. Rodiče se s dítětem poznávají. Mateřské a otcovské pouto se upevňuje a zesiluje za pomoci společných zážitků, nových zkušeností a strachu během nemoci. S každou překonanou překážkou je láska k dítěti větší. Mnozí nepovažují pro vznik vztahu za důležitý porod, ale fakt těhotenství. Už od pozitivního těhotenského testu si tvoří k dítěti vztah (28).

1.7 Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence

1.7.1 První ošetření a sledování novorozence

Hlavním cílem prvního ošetření nedonošeného novorozence je zabezpečení vhodných podmínek pro nerušený nástup jeho poporodní adaptace. Vše je prováděno s maximální opatrností. V případě předčasného porodu, je nezralý novorozenec předán do péče neonatologa a dětské sestry. Sestra již před porodem připraví a překontroluje vše potřebné. Při prvním ošetření sestra hlavně dbá na zabránění ztrát tělesného tepla. Dítě se má narodit do předem vyhřátého prostředí. Po porodu jej přejímáme od porodníka do nahřáté, sterilní, dobře sající textilie. Do vyhřevného lůžka ho ukládáme hlavou k sobě na sterilní folii, bez dalšího detailního osušení. Lékař zhodnotí stav a adaptaci novorozence. Při ošetřování pupečníku dbáme na dodržení asepse. Zasychající pahýl, je totiž predilekčním místem pro vznik infekce. Eventuálně se provádí odsátí

dýchacích cest, zavedení ventilační podpory, intubace a aplikace surfaktantu. Až po té co se stabilizují životní funkce, se transportuje na JIP. Dítě se ukládá do předem zvlčeného a vyhřátého inkubátoru. V závislosti na pravidelně měřené teplotě novorozence se mění teplota v inkubátoru. V prvních desítkách hodin je vlhkost v inkubátoru dosti vysoká, ale protože kůže novorozence rychle dozrává, vlhkost se v dalších dnech postupně snižuje. Zaintubované dítě se napojí na ventilátor. Sledují se vitální funkce (srdeční akce, dýchání, saturace hemoglobinu kyslíkem, TK, barva kůže a sliznic, tělesná teplota, projevy spontánní motoriky a svalový tonus). Nevýhodou péče o dítě v inkubátoru je, že je k němu ztížený přístup. Do postýlky se dítě ukládá až v případě, že je již schopné udržet si svou tělesnou teplotu, nepotřebuje vysokou koncentraci kyslíku a nepřetržité sledování (2, 5, 11, 34).

1.7.2 Zapojení rodičů do péče o novorozence

V dnešní době se klade důraz na podporu rodičovské role a zapojení rodičů do péče o novorozence na odděleních JIP. Dále u nás také existuje snaha motivovat rodiče k co nejčastějším návštěvám novorozence na oddělení JIP. Rodiče jsou podporováni v pěstování blízkého kontaktu se svým dítětem a v tom, aby se blíže seznámili s jeho chováním a schopnostmi (4).

V souvislosti s podporou rodiny v této oblasti je potřeba se zmínit o programu NIDCAP. Název tohoto programu lze volně přeložit jako program, který usiluje o individuální péči o novorozence. Vychází z chování a vývoje novorozence. Péče je založená na kontinuálním a pečlivém sledování reakcí dítěte na péči. Touto péčí má být ochráněn vyvíjející se centrální nervový systém. Je snaha hledat takový způsob ošetřování, který by nepůsobil rušivě na dítě. Autoři NIDCAPU chtějí, aby se rodiče seznámili s tímto programem. Mohou pak pozorovat své dítě, porozumět jeho chování a zapojit se co nejdříve do ošetřování svého nedonošeného novorozence. Tento postup přináší rodičům intenzivnější pocit vzájemné blízkosti a sounáležitosti se svým potomkem. Výsledky individualizované péče jsou podloženy řadou studií. Některé studie uvádí, že individualizovaná péče má vliv na zkrácení doby, kdy musely být děti napojeny na respirátor. Dále se zkrátila doba sondování. Uvádí se nižší výskyt

intravaskulárního krvácení. V neposlední řadě se zkrátila doba hospitalizace (4).

Předčasné narození dítěte je pro rodiče velice náročnou situací. Rodiče prožívají velký strach o dítě, úzkost, pocity nejistoty a někdy i viny. Pro zdravý vývoj dítěte je velice důležitá dobrá psychická pohoda rodičů. Správná komunikace zdravotnického personálu s rodiči může pomoci k zlepšení jejich psychiky. Verbální komunikace zdravotníků s rodiči by měla být jasná bez odborných výrazů. Mohlo by totiž dojít k nedorozumění, kdy rodiče odborný výraz špatně pochopí. Zpětně se ptát jestli rodiče všemu rozuměli. Nezapomínat na vliv neverbálních projevů na komunikaci. Důležité je také načasování, vhodný prostor a soukromí u závažného sdělení. Je nutné sledovat reakce rodičů a přizpůsobovat tomu vedení rozhovoru. Rodiče ocení, když zdravotník umí naslouchat a projevit podporu (31, 36).

Rodiče se učí, jak se mohou zapojit do péče o miminko. Samozřejmě s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu dítěte. Nejdříve začínají jen s maličkostmi. Můžou dítě pohladit, měřit mu tělesnou teplotu, přebalit ho, a to i v době kdy je na řízené ventilaci. Jakmile to zdravotní stav dovolí, začíná se s klokánkováním. To je někdy spojeno i s muzikoterapií. Snažíme se podporovat laktaci častým kontaktem s matkou. Rodiče, tedy spíše matka, je často hospitalizována s dítětem několik týdnů až měsíců. Je důležité povzbuzovat rodiče v péči o dítě. Zvyšuje to jejich důvěru v manipulaci s novorozencem (11).

1.7.3 Bazální stimulace

Je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který chápeme jako součást NIDCAP. Orientuje se na všechny oblasti potřeb nedonošených dětí. Jedinec je vnímán jako holistická bytost. Hlavním cílem bazální stimulace u předčasně narozeného novorozence je podpořit vlastní identitu, umožnit komunikaci s okolím, zvládnout orientaci v prostoru a čase. Dále zlepšit funkce organismu a pozitivně ovlivnit rozvoj celé osobnosti dítěte. Smysly se u novorozence vyvíjely již před narozením. Už v děloze si je dítě procvičovalo. Po narození dítě díky smyslům může vnímat sebe sama a okolní svět. Nejlépe vidí novorozenci na vzdálenost dvaceti až pětadvaceti centimetrů. Nejvíce se zajímají o obrysy lidského obličeje. Toho se jim

dostává při kojení. Studie ukazují, že časný a pravidelný dotyk rodičů, snižuje u novorozenců hladinu stresových hormonů v krvi a přispívá k přibývání na váze. K zdárnému vývoji dítěte je potřeba trvalého přísunu podnětů. „Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech“ (30, s. 137). V konceptu bazální stimulace se uplatňuje individuální strukturovaná péče. Dalším faktorem je integrace nejbližší osoby do péče. Většinou se jedná o matku. Základem péče jsou zkušenosti dítěte se svým tělem z období prenatalního vývoje. Při manipulaci s dítětem se sledují projevy libosti a nelibosti. Ošetřující personál pečující o dítě, se musí snažit tyto projevy citlivě vnímat a pomoci rodičům jim porozumět. Prvky základní stimulace jsou somatické, vestibulární a vibrační. Do nastavbové stimulace řadíme stimulaci optickou, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou a orální (12, 30, 33).

Somatickou stimulaci používáme prakticky během celého dne. Kdykoliv s dítětem manipulujeme, dbáme na to, aby náš dotek měl informační hodnotu. Snažíme se dosáhnout toho, abychom dítěti poskytli dostatek informací o jeho těle. Především má mít informace o svých tělesných hranicích. Vhodná je celková koupel na lůžku, následné krémování a polohování. Dotýkáme se dítěte vždy oběma rukama. Co nejméně používáme bodové a letmé doteky. Novorozence obklopíme vhodnými pomůckami. Vnímá tak hranice svého těla a má pocit jistoty a bezpečí. Může se tak lépe uvolnit a odpočinout. Stimulace od rodiče má tu výhodu, že dítě zná způsob jeho doteků, vnímá jeho hlas a vůni, které jsou mu povědomé. Pokud je to možné, má mít dítě své oblečení. Stejný účinek jako zklidňující koupel a polohování má masáž stimulující dýchání. Ta pomůže přejít dítěti na klidné, hluboké a pravidelné dýchání (30).

Stimulace vestibulární se používá u dětí, jejichž stav dovoluje pohyb hlavou. Stimulace je zaměřená na uvědomování si změn polohy. Prostředkem může být houpání. Během ošetřování se nejdříve hlava uvede do pozice ve směru příští polohy. Stejně jako u somatické stimulace, musíme sledovat reakce dítěte a dle toho následně postupovat (13, 30).

Vibrační stimulace pomáhá intenzivně stimulovat vnímání těla. Pracujeme jen rukou, nebo pomocí malých vibrátorů. Tuto stimulaci lze použít odděleně, nebo jako součást celkové koupele. Na stimulaci vnímání se také podílí schopnost zapamatovat si zvuky, které slyšelo před narozením. Je pro ně uklidňující matčin hlas. Dále rozeznají vůni svých rodičů (12, 30).

Nástavbové prvky stimulace uplatňujeme dle stavu dítěte. Je důležité si uvědomit, že dítě poznává svět skrze ústa. V situaci, kdy je krmeno sondou nebo parenterálně, nemá dostatek podnětů. Musíme mít na paměti, že ústa jsou jedno z nejintimnějších míst na těle dítěte. Do úst nevnikáme nikdy násilím. K stimulaci se používají vatové a molitanové štětičky, nebo tampóny namočené v chuťovém médiu (30).

1.7.4 Vhodné prostředí

Před narozením mělo dítě stálou teplotu prostředí, zajištěnou výživu, pohodlí a bylo chráněno před světlem a hlukem. Po narození dochází pro něj k velkým změnám. Zvláště nedonošené děti nejsou připraveny na změnu prostředí. Platí zde přímá úměra. Čím více je dítě nedonošené, tím hůře snáší nové prostředí. Nyní cítí chlad, slyší nepříjemný hluk a cítí bolest. Ztratil komfort, který měl v děloze. Při pobytu na JIP je dítě neustále vyrušováno a přetěžováno hlukem, světlem a častými činnostmi. Často má omezenou pohyblivost kvůli intratracheální kanyli nebo i.v. vstupům. Musí kvůli tomu ležet na zádech. Je škoda, že děti, které by potřebovaly nejvíce klidu, jsou často rušeny (33, 34).

Nedonošené děti mají nedokonalou termoregulační schopnost. Mohou se rychle podchládit, ale i přehřát. Oboje představuje pro dítě velké nebezpečí. Čím je dítě nezralejší a menší, tím větší u něj musíme zajistit teplotu vzduchu. Za termoneutrální považujeme takové prostředí, ve které si dítě udrží tělesnou teplotu v rozmezí 36,5-37,5°C a nemá zvýšené metabolické požadavky a potřebu kyslíku (6, 8).

Stresovou reakci a poruchu vitálních funkcí může způsobit náhlý hluk. Hluk ruší dítě ze spánku. Ten je pak mělký, nepřináší žádný odpočinek a neposiluje. Trvale zvýšený hluk má vliv na jeho uzdravování a další vývoj. Hlukem pro dítě je chod

přístrojů, hraní rádia, kroky a řeč personálu. Nadměrný hluk může dítěti poškodit i sluch. Musíme myslet na to, že inkubátory nejsou zvukotěsné (8).

Stejně jako hluk ruší dítě ostré světlo. Když se na dítě neustále svítí, leží se zavřenýma očima v polospánku. Není vzhůru, ale také nespí. Nedonošené dítě neumí úplně vypnout, pokud ho něco z okolí ruší. Snažíme se přikrývat inkubátor. V místnosti, kde je dítě umístěno, by mělo být tlumené světlo (33).

1.7.5 Polohování a komfort

Polohování předčasně narozeného dítěte je velmi důležité. Než se narodilo, cítilo kolem sebe ohraničený prostor. Když mu chceme pomoci s přechodem do nového prostředí, musíme pro něj vytvořit takové prostředí, které bude optimální pro jeho psychomotorický a senzomotorický vývoj. Polohováním dítěti umožníme získat informace o svém vlastním těle. Pomocí polohování dítě aktivujeme. Díky této aktivitě dostává mozek důležité impulzy. Polohování dále vede k zlepšení provzdušnění plic. Dítěte bychom se měli dotýkat pomalu přes dlaň a až poté prsty. Když dítě leží v nepohodě, může plakat. Nejlepším nástrojem v péči o dítě jsou mamčininy ruce. Ty musí být čisté, s krátkými nehty a bez šperků. Vzájemný oční kontakt s matkou je předpokladem zdravého psychického vývoje. Polohu měníme velmi pomalu. Dítě, přitom převalujeme tak, aby neztratilo kontakt s podložkou (6).

Velmi vhodným způsobem stimulace je klokánkování. Dítě má na sobě pouze plenkové kalhotky a čepičku. Leží přímo na matčině, nebo otcově nahé hrudi, překryté dečkou. Je ve zpřímené poloze. Přejímá klidný rytmus našeho dýchání. Slyší známý tlukot srdce. Naše tělo je pro něj přírodním vyhříváním lůžkem. Cítí vůni matčina těla a poznává ji po hmatu. Fyzický kontakt dítě uklidňuje. Výhodou je, že dítě rychleji přibývá na váze. Rychleji se mu vyvíjí mozek. Méně často trpí infekcemi. Dochází k bakteriálnímu osídlení nezralých novorozenců mateřskými nepatogenními bakteriemi. Proti těmto bakteriím současně maminka vylučuje protilátky v mateřském mléce. Klokánkování dále pomáhá vylepšit jeho spánek a může jít i dříve z nemocnice domů (6, 8, 34).

Nedonošené dítě polohujeme dle jeho zdravotního stavu. Nedonošení nejsou schopni bez naší pomoci zajistit si vhodnou polohu. Střídavě je polohujeme na záda, břicho a oba boky. Kůže dítěte je nezralá a je zde proto riziko vzniku dekubitů. V polohování nám pomáhají různé dečky, plenky, kuličkové polštáře, antidekubitární podložky a kožíšky. Dítěti oblékáme čepičku, ponožky a přikrýváme ho dečkou. Nejlépe je, když má dítě svoje oblečení. Naše polohování musí být šetrné. Sledujeme, v jaké poloze se dítěti nejlépe daří. Během manipulace s ním laskavě mluvíme. Pokud to lze, snažíme se provádění ošetřovatelských výkonů, uzpůsobit podle spánkových potřeb dítěte. Snažíme se, abychom ho rušili co nejméně (2, 8).

1.7.6 Bolest

Bolest je subjektivní. Zdravotníci i rodiče mají každý svou představu o míře, kterou by dítě mohlo pociťovat. Naše představa se může velmi často rozcházet s pocity dítěte. Nedonošené děti mají dostatečně vyvinutý nervový a neuroendokrinní systém, takže stejně jako my cítí bolest a reagují na ni. Bohužel v tomto věku těžko rozeznáváme reakci na bolest od všeobecné stresové reakce. Na to jak vnímá dítě bolest má vliv jeho zdravotní a psychický stav. Dále prostředí, denní doba, gestační věk, a stav bdění či spánku. Bolest mu můžeme způsobit zaváděním, nebo vytahováním orogastrickou nebo nazogastrickou cévkou. Bolestivě může vnímat intubaci a pohyb endotracheální kanyly. Nebo odsávání z horních dýchacích cest a z endotracheální kanyly. V neposlední řadě jsou to všechny druhy vpichů do cév, kůže, paty, lumbální punkce a zavádění drénů. Při pobytu novorozence na jednotce intenzivní péče může zažít několik set jemu nepříjemných a hlavně bolestivých procedur. Může se stát, že když bolest trvá dlouho a intenzivně, je příčinou komplikací a i změnou reaktivity na bolest v průběhu celého života. Měli bychom se snažit u novorozence eliminovat bolestivé výkony na co nejmenší míru (8, 30).

Bolest se u novorozence projevuje změnami ve fyziologických funkcích, hormonálními a metabolickými změnami, změnami tělesné aktivity, dále změnou ve výrazu tváře a hlasovými projevy. Hodnocení bolesti sestrou vyžaduje aktivitu a zkušenost. K hodnocení bolesti by mělo dojít vždy, když se zjistí nějaký projev bolesti.

Dále v případě, že vyplívá bolest z anamnézy a pokud plánujeme bolestivý výkon. Pro hodnocení bolesti bylo v současnosti vypracováno mnoho hodnotících systémů. Pro praktické využití je třeba si vybrat takový systém, který je jednoduchý, aby nezabral moc času a bolest zhodnotil. Abychom mohli bolest tišit, využíváme komplexní ošetrovatelskou péči, která zabezpečuje ochranu před okolními nepřiměřenými stimuly. Po bolestivém zákroku sestra nemá zapomenout dítě utišit. Je-li přítomna matka, je na ní ho konejšit. Pohladit ho po hlavičce, nebo držet za ručičku. Je vhodné naučit matku, jak se dítěte dotýkat při nepříjemných stimulech. Je důležité, aby setrvala v klidu, než se dítě úplně ztiší. Optimální léčba bolesti je vždy zcela individuální. Používá se kombinace více analgetik a nefarmakologických technik. Je také možné podat léky, než bolest způsobíme (8).

1.7.7 Výživa

Zvláštní výživové požadavky nedonošených novorozenců nejlépe uspokojí mateřské mléko. Mateřské mléko svým složením odpovídá měnícím se potřebám novorozence. U matky, která rodila předčasně, se tvoří mléko s jiným složením. Zvláštností je, že kolostrum se tvoří až do 10.-14. dne po porodu. 4-6 týdnů trvá, než se vyrovnají rozdíly ve složení mléka matky nedonošeného a donošeného dítěte. Je tedy dobré, aby dítě dostávalo mléko od své matky. Toto mléko má pro nedonošené dítě neocenitelný význam. Mateřské mléko působí u nedonošence preventivně. Dítě má nižší výskyt infekce, má významně snížené riziko nekrotizující enterokolitidy, lepší neurokognitivní vývoj. Mateřské mléko je pro nedonošené lépe stravitelné oproti umělé výživě. Představuje pro nezralé ledviny nedonošeného novorozence menší zátěž než umělé mléko (1, 21).

U nedonošených, není jako u donošených možné, podporovat laktaci časným a častým přikládáním k prsu. Je tedy dobré, aby maminka začala co nejdříve po porodu s odšťikáváním či odsáváním. Je ideální odšťikávat v blízkosti dítěte. Upevňuje se tak vazba matky na dítě. Doporučená frekvence je 8-12x za 24 hodin. V prvních dnech je výživa u dětí s nejnižší váhovou kategorií z větší části na totální parenterální výživě. Zaživací trakt je nezralý, musí se tedy zatěžovat postupně. Kvůli podpoření střevní

peristaltiky se začíná s malými dávkami odstříkaného mateřského mléka. V případě, že nelze dítěti podat mateřské mléko od jeho matky, je krmeno cizím pasterizovaným mlékem. Nejdříve je výživa nedonošeného dítěte zajištěna gastrickou sondou. Nejideálnější je, aby se dosáhlo plného kojení (33, 34).

Je snaha přikládat nezralé dítě k prsu co nejdříve, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Je nutné zohlednit stupeň zralosti dítěte, jeho schopnost koordinace dýchání, sání a polykání. Možnost přiložení k prsu ordinuje lékař. Ve 28. gestačním týdnu je dítě schopno uchopit prs rty. Lze jej přiložit k téměř odsátému prsu. Od 34. gestačního týdne je u stabilních nedonošených novorozenců možné plné kojení. U nezralých dětí je enterální výživa zajištěna především sondováním (34).

Velké množství trpělivosti potřebuje matka, ale i ošetrovatelský personál k nácvičku kojení nedonošeného dítěte. Důležité je respektovat individualitu matky a dítěte. Hodně matek je nejistých a bojí se, zda dělají vše správně. Dítě by mělo být přikládáno ze začátku alespoň k olíznutí několika kapek mleziva. Díky tomuto kontaktu, je matka schopna vyrábět protilátky šité na míru potřebám svého dítěte. Častá a správná stimulace matčinou bradavkou, pomáhá u dítěte k navození správného sání. Není vhodné dítě mást dudlíkem. Nezralý novorozenec byl nepříjemně a někdy i bolestivě stimulován v ústech. Je proto možné, že když se začíná s kojením, brání se vložení bradavky do úst. První pokusy bývají neúspěšné. Je důležité, aby kojení neprovázelo stres. Naopak mají to být chvílky, které dělají dítěti a matce radost (1).

Správná vzájemná poloha matky s dítětem je zásadní předpoklad pro kojení. Matka má být opřená, nebo pohodlně ležet. Matka nemá cítit bolest. Musí vědět že, nepřikládá prs k dítěti, ale dítě k prsu. Dítě je v těsném kontaktu s matkou, nesmí mezi nimi být překážka. Slyší rytmus jejího srdce a vnímá blízkost jejího těla. Všemi částmi těla směřuje k matce. Dítě je matkou přitahováno za záda. Netlačí se na hlavičku ani krk. Má hluboce zabořenou bradu do prsu. Nezralému dítěti většinou vyhovují polohy vzpřímená s držením brady, obouruč a boční (24).

Žena zvláště v prvních dnech musí zvážit co jíst. Nesprávným složením stravy by mohla negativně ovlivnit zažívání dítěte. Její strava by měla být dostatečně výživná, ale odlehčená. Jídelníček v prvních týdnech by neměl obsahovat těžké uzeniny, luštěniny,

citrusové a lesní ovoce. Může však do jídelníčku zahrnout banán, jablko, hroznové víno, Určitě nesmějí chybět v dostatečné míře mléčné výrobky. Alespoň dva krát týdně je dobré jíst maso a mořské ryby. Přednost se má dávat celozrnnému chlebu, nejlépe včerejšímu, před čerstvým bílým pečivem (18).

Existuje několik alternativních způsobů, jak dítěti podat mateřské mléko. Můžeme ho krmit lžičkou. Dítě držíme ve svislé poloze, lžičku přiložíme ke rtům a čekáme, až začne provádět sací pohyby rty. Potom mu lžičku nakloníme a pomalu necháme mléko stéct. Počkáme, až polkne. Dalším způsobem je krmení kapátkem či stříkačkou. Ve stejné poloze vložíme kapátko či stříkačku do úst. Nejdříve mu trochu stříkneme a pak to necháme na jeho aktivitě. Je nutné, aby dítě aktivně spolupracovalo. Nebo zkusíme krmení po prstu. Opět ve svislé poloze stimulujeme prstem dítě na patře. Po stimulaci začne pohybovat jazykem. K prstu přiložíme cévku, která je napojená na stříkačku. Snažíme se dítě povzbuzovat prstem a dál to ponechat jeho aktivitě. Dále je možné použít krmení kádinkou, nebo hrníčkem. Dítě držíme ve vzpřímené poloze. Přiložíme mu nakloněnou kádinku k ústům. Dotkneme se ho, vysune jazyk. Z jazyku si udělá pohárek, kterým si získá mléko. Tento způsob krmení je vhodný i pro nedonošené děti od 30. týdne. Tato metoda je vhodná a snadná i pro rodiče. Další metodou je krmení dítěte ze suplementoru, nebo stříkačkou s cévkou u prsu. Dítě zároveň saje z přiváděné cévky a z prsu. Stimuluje tak tvorbu mléka. Je to vhodné jako dlouhodobý dokrm nemocných a nezralých dětí. Důležitý je při této alternativní metodě intimní kontakt s maminkou. Je prokázáno, že počet kojených nedonošených a nezralých dětí se zvyšuje díky alternativnímu krmení. Ukazuje se, že velký vliv na nastartování kojení má klokánkování (16, 24).

1.7.8 Vyprazdňování

V souvislosti s výživou je třeba věnovat pozornost vyprazdňování. Nevyzrálý zažívací trakt zpracovává hůře přijatou potravu. V břišku se hromadí spolykaný vzduch. Když má dítě plné bříško vzduchu, nedokáže přijímat další potravu. Vzduch, tlačí na bránici, vyvolává dýchací potíže. Při tlačení na stolicí, se mu může vracet potrava zpět do úst. Bolesti bříška způsobují, že dítě není v pohodě, pláče a vyžaduje naši pomoc. U

koliky je vhodné udělat protikolikovou masáž břicha. Dítě svlečené jen do pleny si položíme na podložku. Do rukou si nalijeme menší množství rostlinného oleje. Něžně s dítětem promlouváme a zároveň mu jemně masírujeme břicho. Děláme plynulé, šetrné krouživé pohyby ve směru hodinových ručiček. A to tak, že začínáme na pravé straně břicha a pokračujeme nahoru k hrudnímu koši, doleva a pak dolů. Při opakování postupu, podporujeme práci střev. Během masírování sledujeme, reakce dítěte. Peristaltiku lze podpořit pohlazením břicha při každém přebalení. Jen si dáваме pozor, aby to bylo nejdříve hodinu po krmení (6).

1.7.9 Spánek

To, že je nezralá řídicí funkce CNS, se může projevit nedokonalými přechody spánku, bdění a křiku. V prvních měsících má nedonošené dítě obvykle větší potřebu spánku. Periody bdění jsou proto kratší. Zhruba až do půl roku může být odlišný rytmus střídání spánku a bdění. Abychom, mohli poskytovat dobrou ošetrovatelskou péči, musíme rozlišovat stavy spánku a bdění. Tím zjistíme kdy je vhodné dítě vyrušovat. Stav vědomí se u dítěte mění cyklicky v intervalu 1,5 - 2 hodiny. Dosažení hlubokého spánku dělá nedonošeným problémy, převládá u nich lehký spánek s ospalostí. Také přechod mezi jednotlivými stavy je neuspořádaný. Sestra se snaží plnit ošetrovatelské intervence v době jeho bdělosti, nebo lehkého spánku. Aby dovedla správně zhodnotit stav vědomí, používá některou z hodnotících škál. Např. použije jednoduchou Brazeltonovu škálu. NonRem spánek je odpočinkový, svalový tonus je v něm nižší. Dech je pravidelný. REM je lehčí fázi spánku. V této fázi se zdají sny. Je zde charakteristické větší svalové napětí. Dítě si pomlaskává. Usmívá se, občas se pohne. Můžeme sledovat pohyby očních bulvy. Vliv na kvalitu spánku má hluk a osvětlení. Snažíme se vypořádat, jaké má dítě individuální potřeby ohledně spánku a snažíme se je respektovat (27, 33).

1.8 Edukace v ošetrovatelství

Výchova a vzdělávání klientů/pacientů patří mezi velmi žádoucí aktivity moderního ošetrovatelství. Můžeme říci, že edukace je výchovně vzdělávací činností v oblasti ochrany zdraví, zdravého životního stylu a prevence. K tomu, aby působení na klienty bylo úspěšné, jsou nezbytné určité předpoklady. Patří sem navázání kontaktu s klientem/pacientem, zájem klienta, získání klienta pro spolupráci. A také samozřejmě vhodné vlastnosti osobnosti sestry. Správná edukace může vyvolat změny v oblasti poznatků. Dále vede k pochopení vzájemných souvislostí a následně může ovlivňovat hodnotový systém. Efektivní edukace může přinést posun v přesvědčeních a postojích klienta/pacienta (7).

1.9 Podpora rodiny nedonošeného dítěte

V rámci neonatologického oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích je samostatná stanice zaměřená na zajištění dlouhodobého společného pobytu nedonošených novorozenců a jejich matek, obdobně jako na jiných pracovištích tohoto typu. Dále je v rámci neonatologického oddělení centrum vývojové péče. V neonatologické ambulanci se sledují předčasně narozené děti. Sledují se děti s vývojovými vadami ledvin a s některými jinými vrozenými vývojovými vadami. Dále se zde sledují novorozenci po chirurgických zákrocích a děti s chronickým plicním onemocněním. Samostatným pracovištěm v rámci oddělení je tzv. vývojová ambulance. Sem patří novorozenci s porodní váhou pod 1500 gramů, děti po těžké perinatální hypoxii a intrauterinní růstové retardaci. Sledují se zde děti v 6., 12. měsíci, v 1 roce věku a ve 2 letech. Ambulance spolupracuje s odborníky, jako jsou oftalmolog, ORL-audiolog, specializovaný dětský neurolog, specializovaný dětský psycholog, neurokineziolog, specializovaný fyzioterapeut, pneumolog a dětský kardiolog. Další vývojová centra jsou v Praze, Mostě, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Plzni, Brně, Olomouci, Zlíně, Liberci, Kladně, Pardubicích, Havlíčkově Brodě, Ostravě a v Šumperku (6).

Kromě této podpory ze strany zdravotníků v roce 2002 vzniklo občanské sdružení Nedoklubko. Toto sdružení chce pomoci všem, kterým se předčasně narodilo děťátko.

Cílem tohoto sdružení je podporovat rodiče předčasně narozených dětí. Zprostředkovávat jim kontakty na další organizace, které se zaměřují na konkrétní problémy spojené s nezralostí dítěte. Vytvořit prostor pro sdílení zkušeností s rodiči, kteří touto situací prošli. Toho se snaží dosáhnout formou setkávání rodičů a akcí pro širokou veřejnost. Sdružení chce spolupracovat se zainteresovanými odborníky, jako jsou neonatologové, psychologové, dětské neurologové, pediatři a další. Jejich cílem je s těmito odborníky sdílet teoretické a praktické zkušenosti (23).

Rodiče nedonošeného miminka dále mohou nalézt oporu u občanského sdružení Zrnka. To je zakladatelem projektu BabyKlokanci. Cílem projektu je podpora předčasně narozených dětí, nemocných novorozenců a jejich rodin. O tento projekt se starají maminky nedonošených dětí, jejich příbuzní, ale i ostatní lidé, kteří chtějí pomoci. Záslouhou projektu je vydání brožurky „Nečekaná pout“. V rámci projektu jsou organizovány podpůrné skupiny, kde se setkávají maminky nedonošených dětí a zdravotníci. Zatím fungují v Českých Budějovicích, ve Zlíně a v Mostě (20).

Existují poradny pro potíže s kojením a výživou novorozenců a kojenců. Jednou z nich je Laktační liga. Laktační liga se zaměřuje zejména na konzultační a poradenskou činnost pro kojící ženy a zdravotníky. Organizuje školení laktačních poradců z řad zdravotníků, ale i matek. Zajišťuje provoz Laktačního centra s Národní linkou kojení. Vydává letáky a brožury. Propaguje světový den kojení. Ve spolupráci s UNICEF podporuje Baby Friendly Hospital Initiative v ČR. Zaměřuje se na pomoc při zakládání laktačních center a podpůrných skupin matek na kojení. Dále vydává časopis MAMITA a půjčuje pomůcky na kojení. Dále se rodiče mohou obrátit laktační poradkyně, většinou napojené na specializovaná neonatologická oddělení (6, 25).

V Českých Budějovicích, ale i v jiných městech funguje Společnost pro ranou péči. Posláním společnosti v Českých Budějovicích je poskytovat terénní služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě s postižením v raném věku. Chtějí, aby jejich služby vedly k posílení kompetencí, zodpovědnosti a nezávislosti rodičů při výchově dětí. Chtějí umožnit rodině vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a žít běžný život. Středisko rané péče České Budějovice poskytuje bezplatně konzultace v domácím prostředí, ambulantní konzultace na středisku, půjčování

vhodných hraček, speciálních pomůcek, literatury, videí a CD. Dále poskytuje středisko bezplatně telefonické poradenství, zasílání materiálů a zajišťují doprovod klientů k odbornému vyšetření. Organizují semináře, přednášky a zprostředkovávají kontakty na další odborníky. Za úhradu poskytují kurzy, vyšetření, konzultace pro neklienty a publikace (32).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat informovanost ošetřovatelského personálu o rezervách v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích.

Cíl 2: Zjistit priority rodičů v oblasti podpory rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích.

Cíl 3: Porovnání obou pohledů v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké vidí rezervy ošetřovatelský personál v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích?

2. Jaké vidí rodiče rezervy v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích?

3. Kam nasměrovat současnou péči v oblasti podpory rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích v nejbližších letech?

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Kvalitativní šetření v této bakalářské práci bylo prováděno pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Okruhy otázek k nestandardizovanému rozhovoru byly vytvořeny na základě studia odborné literatury. Informace získané z rozhovorů byly zpracovány a dále analyzovány.

3.2 Charakter zkoumaného vzorku

Šetření bylo prováděno s deseti respondenty. Z toho (R1 - R5) byli respondentky z řad rodičů. Jednalo se o maminky hospitalizované společně se svými dětmi na neonatologickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Respondentky (R6 - R10) byli z řad zdravotníků. Jednalo se o sestry pracující na neonatologickém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Všichni respondenti souhlasili s výzkumným šetřením. Rozhovory proběhly v roce 2011.

4. Výsledky

4.1. Rozhovory - rodiče

Respondentka 1

Tato respondentka je 26letá matka, která pobývá společně se svým předčasně narozeným synem na neonatologickém oddělení. V lednu 2011 byla na pravidelné kontrole u svého gynekologa. Ten jí po vyšetření oznámil, že zjistil změny na čípku. Měla ho zkrácený a začínala se jí otevírat vnitřní branka. Byla hospitalizovaná na ženském oddělení. Zde jí po 18 dnech začaly kontrakce a ona v 29. týdnu těhotenství porodila. Před porodem dostala injekce na zrání plic dítěte. Jednalo se o její druhý porod. Porodní váha dítěte byla 1400g. Po porodu strávil 14 dní na JIP. Nyní je již měsíc na pokoji s matkou.

Její první myšlenkou po předčasném porodu bylo, jestli je její dítě v pořádku. Její strach byl umocněný tím, že první dítě se také narodilo předčasně ve 33. týdnu těhotenství a mělo zdravotní problémy. Proto se bála budoucích problémů i u druhého dítěte.

Poprvé od porodu viděla své dítě po dvou nebo třech dnech na neonatologické JIP. Už si není jistá, kolikátý den to bylo. Popisuje, že ho viděla jen přes sklo inkubátoru. Zásadní pro ni bylo klokánkování. Během tohoto fyzického kontaktu brečela a uvědomovala si, že je to její dítě.

Velkou oporou pro ni byla celá rodina. V prvních dnech po porodu jí však nejvíce pomáhal její manžel. Velice ocenila podporu lékařů a ostatních zdravotníků. Ti jí srozumitelně vysvětlovali, co se s novorozencem děje. Dále jí vysvětlili, co mu v této chvíli pomáhá. Matka udává, že nevnímala nynější situaci jako úplně novou. Díky předchozímu předčasnému porodu měla už hodně informací.

Jedna z prvních činností, díky které se zapojila do péče o dítě, bylo přebalení na neonatologické JIP. Díky dřívější zkušenosti s nedonošeným dítětem se toho nebála. Celkově měla pocit, že jí v péči nic nepřekvapilo.

Respondentka udává, že byla spokojená s tím, jak často mohla navštěvovat dítě v době, kdy ještě bylo na JIP. Přístup ošetrovatelského personálu vnímala jako velice vstřícný. Neměla pocit, že by jí v péči o novorozence něco chybělo.

Měla radost z klokánkování. V tu chvíli si totiž mohla své dítě chovat. Cítila tak jeho bezprostřední blízkost. Jinak bylo v inkubátoru. Tam ho zkoušela přebalovat. Pro respondentku bylo velmi důležité, že mu nosila své mateřské mléko.

Respondentka říká, že jí během kontaktu s dítětem na JIP vyhovovalo vše. Udává, že vždy chodila za dítětem na návštěvu v empíru. Kontakt s ním měla hlavně přes inkubátor, kromě klokánkování. S kontaktem přes inkubátor byla smířená.

Po porodu měla pocit, že má dostatek informací o stravě kojící matky. Věděla, že by se některé stravy měla vyhýbat, protože může na dítě působit nadýmavě. Měla pocit, že má dostatek informací o odstříkávání mléka. Opět uváděla, že má zkušenosti z období po minulém porodu. Věděla, jak se k tomu postavit. Vzpomíná, že dítě na začátku dostávalo stravu přes hadičku. Dále uvádí, že mu nosila na JIP své mléko.

Myslí si, že ostatní rodiče s předčasně narozeným dítětem, které viděla kolem sebe, to mají těžší. Hned ovšem dodávala, že ona to taky nemá jednoduché. Uvádí, že cítí s ostatními. Příběhy ostatních rodičů s předčasně narozeným dítětem jí pomáhají.

Informace o nedonošeném dítěti má již z dřívějšího těhotenství. Když by něco nevěděla, zeptá se sester. Nebo by se podívala na internet, který v dnešní době poskytuje spoustu informací.

Po propuštění prý budou chodit s dítětem na kontroly do zdejší vývojové ambulance. Ví, že budou muset cvičit podle Vojtovy metody. S touto metodou již má zkušenost. Cvičí ji se svým prvním dítětem. Myslí si, že kvůli tomu budou jezdit na kontroly na rehabilitaci. Podle dřívější zkušenosti předpokládá, že budou jezdit na kontroly na neurologii. Má pocit, že u druhého dítěte je vše stejné jako u prvního. Nemá tudíž pocit, že by na ni čekalo něco nového. Situace bude nelehká.

Nejvíce jí při zvládnání této její nelehké situace pomáhá fakt, že může být společně s dítětem. Kdyby s ním nemohla být, bylo by to pro ni velice těžké. Neví, jak by to zvládala. Dále jí pomáhá manžel, rodina a zdravotníci.

Respondentka 2

Tato respondentka je 32letá matka, která pobývá společně se svou předčasně narozenou dcerou na neonatologickém oddělení. Už dvakrát přišla ve vysokém stádiu těhotenství o dítě. Respondentka uvádí, že v tomto těhotenství jí předčasně začala odtékat plodová voda, kontrakce neměla. Voda zpočátku odtékala pomalu, tudíž byl předpoklad, že se podaří aplikovat injekce na zranění plic. Bohužel se porod rozběhl a respondentka v 29. týdnu těhotenství porodila císařským řezem. Porodní váha dítěte byla 1280g. Holčička je její první vytoužené dítě. Po porodu strávila dcera asi dva týdny na JIP. Nyní je měsíc na pokoji s matkou.

Po předčasném porodu dítěte byla strašně šťastná, že dítě přežilo. To se totiž těm dvěma předešlým dětem nepodařilo. Po tom co se jí stalo s předešlými dvěma dětmi, se ale snažila zachovat si od dítěte určitý odstup. Kdyby to novorozence nezvládl, tak aby tu situaci zvládla ona.

Dcera se narodila v pátek. Matka ji viděla až v neděli na neonatologické JIP. Byla ráda, že to dcera zvládla. Měla takový podivný pocit, jestli je to vůbec její dítě. Trošku se za to stydí. Myslí si, že to k jejímu dítěti bylo takové chladné.

Ve vypořádávání se s obtížnou situací jí pomohl manžel a celá rodina. Hodně jí podpořil veškerý zdravotnický personál. Dozvěděla se od něj mnoho v tu chvíli potřebných informací. Slyšela od lékařů, co se s dítětem bude dít dál. Ale hlavně jí pomohlo, jak se sestry vyjadřovaly o holčičce. Mluvily např. o tom, jak se dítě v inkubátoru hýbe. Měla pak pocit, že je to živý tvoreček. Že není jen něco, co tam leží.

Ze začátku si od dítěte držela trochu odstup. Chvíli jí pak trvalo, než si k němu vytvořila vztah. Hodně jí pomohly sestry, které jí podporovaly v bližším kontaktu.

Snažily se jí zapojit. Zkoušela si na dítě na JIP sáhnout, pohladit si ho. Otec se bál dcery i dotknout.

Na JIP pro ni bylo velice důležité klokánkování. Při tom se s dítětem hodně sblížila. Díky fyzické blízkosti při klokánkování si teprve úplně uvědomovala, že je to její dítě. O klokánkování říká, že je nad zlato. Během kontaktu s novorozencem na JIP byla se vším spokojená. Neměla žádný problém. Sestry byly ochotné jí vždy se vším pomoci..

Co se týká odstříkávání mléka a následného kojení, měla dost informací. Na neonatologické JIP se zeptala sester, ty jí hodně poradily. Respondentka prý měla štěstí. Ze začátku ležela na ženském oddělení, kde byla na pokoji se zkušenou maminkou, která jí vše vysvětlila. Informace o vhodné stravě pro kojící matky měla z rodiny a od ostatních matek.

Když myslela na příběhy ostatních rodičů, kteří mají také nedonošené dítě, bylo jí jich líto. Ostatní děti měly různé operace a problémy. Měla pocit, že její dcera vždy lehce proplouvala. Byla ráda, že komplikace ostatních se jich netýkají. Problém, který řeší, je kojení. Holčička totiž nemá zatím dost síly. Proto dostává odstříkané mléko od matky z lahve.

Když něco neví, ptá se ošetřovatelského personálu na oddělení, kde je s dcerou. Pokud by se chtěla dozvědět více informací o nedonošeném dítěti, hledala by na internetu. Po propuštění domů prý bude chodit na prohlídky k více lékařům. Myslí si, že bude navštěvovat zdejší ambulanci. Dostala informace, že se zde sledují děti narozené pod 1500g do dvou let. Myslí si, že podstoupí více vyšetření, než by podstoupilo dítě normálně narozené.

V souvislosti s péčí do budoucna se zmiňuje hlavně o množství vyšetření. Uvádí, že každé vyšetření je takové trošku napínavé. Je to čekání, jestli se objeví něco nového. Uvědomuje si, že je větší riziko komplikací do budoucna u takhle malého dítěte. Myslí si, že eventuální tělesné postižení by tolerovala. Nejvíce se bojí postižení mozku. Neví, jak by to zvládla.

Respondentka si myslí, že měla štěstí na matky, co s ní ležely na pokoji. Hodně vyzdvihuje péči sester. Sestry jsou tu podle respondentky zlaté. Rodina se snaží

pomáhat, protože je to však pro ně také nová situace, nerozumí tomu bohužel jako sestry. Kdykoliv něčemu nerozuměla, sestry byly ochotné pomoci, vždy vycházely vstříc. Sestry si je prý doslova adoptovaly.

Respondentka 3

Tato respondentka je 31letá matka, která pobývá společně se svým předčasně narozeným chlapcem na neonatologickém oddělení. Jednoho dne v 33. týdnu těhotenství matce odtekla plodová voda a začaly i kontrakce. Odjeli společně s manželem do porodnice. Zde byla snaha udržet těhotenství ještě 48 hodin, aby se dítěti dal prostor k dozrání plic. Bohužel byl u matky zjištěn zánět. Takže musel porod pokračovat. Připravovala se na vaginální porod. V době, kdy byla porodnická branka už skoro otevřená, nastal problém na straně plodu a lékaři doporučili porod ukončit císařským řezem. Jednalo se o její první porod. Chlapec vážil 1880g. Nyní jsou mu 3 týdny. Na oddělení JIP strávil dva týdny.

Respondentka po předčasném porodu myslela na to, že mohl v břiše ještě chvílku zůstat. Bylo by to pro něj lepší. Myslela na to, že péče tady v nemocnici je na dobré úrovni a to jí trochu uklidňovalo. Každý den za ní chodili doktoři na pooperační JIP, kde ležela. Říkali jí, co se děje nového. To jí uklidňovalo. Období, kdy byla na JIP a nemohla za ním, bylo pro ni stresující.

Narodil se v pondělí a ona ho poprvé viděla až ve čtvrtek. Když ho poprvé viděla přes sklo inkubátoru, zdál se jí malý a hubený. Plakala, stejně jako teď, když na to vzpomíná. Nebyl to pro ni lehký okamžik.

V prvních dnech po předčasném narození jejího dítě jí nejvíce pomáhal manžel. Byl pro ni velkou oporou. Během vzpomínání měla v očích slzy. Nabídla jsem respondentce přerušení rozhovoru, nebo také jeho úplné ukončení. Respondentka ale řekla, že je to dobré, že můžeme pokračovat dál.

Péče o děti pro ni není nic nového. Již dříve pomáhala s péčí o malou neteř. Tohle ale bylo něco jiného. Byl hodně malý. Měla strach, aby mu neublížila. Skoro se

ho bála i dotknout. Na neonatologické JIP jí vyhovovalo, že chodila klokánkovat. Stačilo jí, jak byla zapojená do péče. Byla ráda, že vše dělaly sestry. Poprvé ho přebalovala v inkubátoru, až když byl s ní na pokoji.

Největší přínos pro ni mělo to, že chodila dvakrát denně klokánkovat. Fyzický kontakt jí velice pomáhal. Nosila mu pravidelně mateřské mléko. Dále jí velice uklidňoval přístup lékařů a sester. Ten popisuje jako perfektní. Během kontaktu s novorozencem by nic neměnila.

Po porodu císařským řezem ležela na ženském oddělení. Zde ležela delší dobu. Měla pocit, že by potřebovala více poradit, co se týká odstříkávání mléka a kojení. Proto se o tom radila se svou porodní asistentkou, ke které chodila dříve v těhotenství na předporodní kurz. Ta jí vysvětlila vše potřebné, pak to probíhalo dobře. Věděla jaká je vhodná strava pro kojící matku. Dozvěděla se to na již zmiňovaném předporodním kurzu.

Má pocit, že oproti ostatním rodičům nedonošených dětí, má velkého chlapce. Myslí si, že jsou na tom mnohem lépe než její susedky na pokoji. Jejich dítě prý na tom asi není zas až tak špatně. Příběhy ostatních rodičů jí pomáhají.

Informace o nedonošeném dítěti by hledala v knížkách, na internetu, nebo od známých. Má kamarádku, která tu na oddělení byla se svým dítětem v podobné situaci, jako je teď ona. Od té má spoustu cenných rad. Sama si aktivně vyhledávala různé informace.

Respondentka má představu, jak asi bude probíhat péče o dítě po propuštění. Ví, že bude chodit na časté kontroly k lékaři. Má hodně informací a zkušeností od kamarádky, která prošla podobnou situací. Respondentka udává, že do budoucna se ničeho nebojí. To nejhorší, tedy předčasný porod, už má za sebou.

Oporou v jejím nelehkém období jsou jí kolegyně, které jsou s ní na pokoji. Navzájem si pomáhají a jsou tu pro sebe. Dále jí podporuje rodina. Zajímavé rady získává od kamarádky, která prožila něco podobného. V neposlední řadě je jí oporou také personál zdejšího oddělení. Útěchu nebo spíše odreagování hledá v četbě časopisů.

Respondentka 4

Tato respondentka je 31letá matka, která pobývá společně se svou předčasně narozenou dcerou na neonatologickém oddělení. V 26. týdnu těhotenství byla hospitalizovaná kvůli vysokému tlaku a otokům. A také kvůli tomu, že se dítě špatně vyvíjelo. Do nemocnice byla přijatá v pátek. V pondělí se muselo těhotenství ukončit, protože krvácela. Injekce na zranění plicní tkáně matka dostala, ale přesto má dítě potíže s plícemi. Při narození vážilo 490g. Byl to její první porod. V tuto chvíli jsou dceři 4 týdny korigovaného věku. Na JIP strávila dva měsíce.

Respondentka si nevybavuje, nad čím přemýšlela po předčasném porodu. Zůstala jí jen vzpomínka na paniku a strach. Už přesně neví, kdy své dítě poprvé viděla. V pondělí se narodila. Viděla jí poprvé ve čtvrtek nebo v pátek na neontologické JIP. Byl to hrozný zážitek. Není si jistá, co cítila. Je pro ni těžké znovu na to myslet. Nechtěla vzpomínat.

Nejvíce jí po porodu pomohl manžel a rodina. Když jí pustili z nemocnice po porodu domů, s nikým se nestýkala, dokonce ani s rodinou. Komunikovala jen s manželem. Vozila do nemocnice dvakrát denně mateřské mléko. Největší oporou pro ni v tu chvíli byl manžel. Na JIP se na malou převážně jen koukala. Vždy čekala na pokyn od sestry. Bála se, dcera byla hrozně malá. Když to zdravotní stav dcery dovoľoval, ráda si jí pohladila.

Čekalo se, co bude dál. Nevěděli, jestli přežije do druhého dne. Každý den, když přišli za dítětem, nevěděli s manželem, jestli je nečeká nějaká nová hrozná zpráva. Nechtěli se s manželem zapojovat do péče. Měli velkou důvěru v personál na neontologické JIP. Věřili, že dělají to nejlepší, co mohou. Bylo to na nich. Rodiče pociťovali hroznou bezmoc. Nemohli skoro nic dělat, jen čekat. Bylo jim umožněno, že za ní přicházeli, jak často chtěli. Jen to bylo ovlivněné tím, jestli zrovna neprobíhal příjem jiného novorozence. V okamžiku, jak to bylo možné, začala klokánkovat.

Jí i manželovi se líbil přístup lékařů na JIP. Každý den, když přišli, jim doktor řekl, co je nového. Prohodil s nimi pár vět. Vysvětlil jim, co dítě čeká za procedury a vyšetření. S přístupem na tomto oddělení, kde je teď s dítětem, je méně spokojená.

Po porodu měla pocit, že má dostatek informací o odstříkávání a kojení. Sama si to nastudovala z literatury. Bohužel zjistila, že teorie a praxe jsou dvě rozdílné věci. Začala na ženském oddělení, kde ležela, pátrat po dalších informacích. Bylo jí řečeno, že se má obrátit na sestry z neonatologické JIP. Obrátila se tedy na sestry z neonatologické JIP. Měla pocit, že nedostala dostatek informací. Dále uvádí, že znala vhodnou stravu pro kojící matky. Sama si tuto informaci aktivně nastudovala z literatury.

Respondentka uvádí, že příběhy ostatních rodičů na oddělení jí nepomáhají. Je prý to trochu v závislosti na tom, jak si rozuměla s jednotlivými matkami. Hlavně je to ale tím, že nikdo neměl tak extrémně nedonošeného novorozence jako ona. Příběhy ostatních jí vlastně vůbec nezajímají. Nikdo neměl tak nezralého novorozence jako ona. Myslí si, že pocity matek, kterým se narodí dítě s porodní vahou 1800g nebo 500g, jsou stejné. Obě mají po narození dítěte stejně hrozné pocity. Když si vyslechla vyprávění ostatních matek, nepomohlo jí to. Neměla pocit, že by v tom nebyla sama. Je to prý asi tím, že jsou tak unikátní svou porodní vahou. Od staniční sestry zdejšího oddělení dostala k nahlédnutí články. Příběhy rodičů a jejich novorozenců v nich popisované neměla vůbec chuť číst. Při čtení měla pocit, že příběhy se nepodobají její situaci. Nikdo tam neměl tak těžký začátek. Takže to nebylo nic pro ni.

Když se chce něco dozvědět, hledá hlavně na internetu. Tam se prý dá najít inspirace na zajímavé knihy. Hodně jí už od začátku, kdy byla malá na JIP, pomáhala kniha s názvem Narodilo se předčasně. Zde našla hodně zajímavých informací. Dočetla se zde o vyšetřeních, které by je mohly čekat. Také proč se vlastně ty vyšetření dělají. Zjistila, jakými nemocemi by mohla malá onemocnět. Vyčetla zde, co by se všechno mohlo stát. Tato kniha jí hodně pomohla. Jinak hledá informace spíše na internetu. Dále samozřejmě získává informace od lékařů. Na neonatologické JIP jí podávali dostatek informací o tom, co se aktuálně s dítětem děje. Vize do budoucna jí však neříkali. Chápe to, protože nikdo neví, co bude dál.

Přesnou představu, jak bude probíhat péče o dítě po propuštění, nemá. Myslí si, že v budoucnu je čeká hodně návštěv u doktorů. Má pocit, že to bude náročné.

Nejvíce se respondentka bojí závažných zdravotních problémů v budoucnu. Má strach, jestli nebude dítě postižené. Respondentka udává, že po narození měla dcera dlouho problémy s plícemi. Stále ještě se jich nezbavila. Respondentka neví, jak se to teď bude vyvíjet. Obává se, že bude v budoucnu náchylná k infekcím. Ví, že trpí bronchopulmonální dysplazií plic.

Respondentka uvádí, že nemá pocit, že by jí sílu dodávaly sestry, zdejší prostředí, ostatní matky, ani příběhy ostatních. Největší oporou a zdrojem síly je pro ni manžel. Je pro ni důležitý pocit, že na to jsou dva. Neví ještě, jak se malá bude vyvíjet. Ale ví, že to spolu s manželem zvládnou, ať se stane cokoliv.

Respondentka 5

Tato respondentka je 31letá matka, která pobývá společně se svou předčasně narozenou dcerou na neonatologickém oddělení. Protože krvácela, byla v pátek přijata do nemocnice. O víkendu to ustávalo. Měla však vyšší tlak. Ten se jí pravidelně sledoval. Navíc jí byla nalezena bílkovina v moči. Zjistilo se, že má preeklampsii. Začala dostávat léky. Točili jí pravidelně monitory. Dostala injekce na zrání plic dítěte. Po týdnu jí řekli, že zůstane ještě dva týdny na oddělení rizikového těhotenství. Pak se uvidí, jak to bude. Ještě ten den v noci se jí udělalo špatně. Její celkový stav se zhoršil. Hned ráno se těhotenství v 32. týdnu ukončilo císařským řezem. Byl to její druhý porod. První dítě se narodilo mrtvé. Dcera vážila po narození 1160g. Na JIP byla jeden týden. Nyní jsou jí tři týdny.

O pocitech po předčasném porodu nechtěla respondentka mluvit. Moje otázka na pocity v tomto období vyvolala její pláč. Po dotazu, zda chce rozhovor ukončit, řekla, že můžeme pokračovat.

Poprvé za dítětem šla dva dny po porodu. Do té doby byla pravidelně informovaná od lékařů, jak to s dítětem vypadá. Respondentka vzpomíná, že když ji poprvé viděla, mohla si jí pohladit (pláč). Bylo to prý úžasné.

Týden po porodu řekli respondentce, že může už být s dítětem na pokoji. Ona však měla pocit, že by raději chtěla jít domů. Nechtěla jít za ní. Vysvětluje to tak, že už zde prošla všemi odděleními, kterými si projde matka v podobné situaci. Měla chuť, jít domů (pláč). Dále uvádí, že největší oporou jí od porodu byl manžel.

Nejtěžší v první péči o dítě pro ni bylo, že byla dcera hodně malá. Dříve se pohybovala v blízkosti svých kamarádek, které měly malé děti. Pomáhala jim o ně pečovat. Zkusila si je párkrát i přebalit. Věděla tedy, jak se to dělá. Z toho neměla strach. Bála se, že by jí mohla ublížit tím, že použije nepřiměřenou sílu.

Měla pocit, že je na neonatologické JIP dostatečně zapojená do péče o své dítě. Respondentka uvádí, že doktoři a sestry vědí přesně, co dělají. Byla spokojená.

Nejdůležitější byl pro matku už od začátku kontakt s novorozencem. Velice oceňuje, že může teď být s dítětem společně na pokoji. Setkala se s matkou z Nedoklubka. Ona také předčasně porodila. Dozvěděla se od ní, jaké má vlastně štěstí, že může být s dítětem na pokoji. Prý snad jedině v nemocnici v Českých Budějovicích může být takhle matka s nedonošeným dítětem na pokoji a starat se o něj.

Respondentka uvádí, že jí občas nebyla sympatická některá sestra. Ale hned říká, že každý jsme jiný. Věří, že sestry pro děti dělají to nejlepší. Dále má pocit, že matky jsou až na druhém místě. Ale myslí si, že je to logické. Jde především o děti. Jen se s tím musela vyrovnat.

Informace o odstříkávání a kojení zjišťovala od ostatních matek, se kterými byla na ženském oddělení po porodu na pokoji. Ony také předčasně porodily. Dále se zde vyptávala sester. Uvádí, že možná kdyby ležela na oddělení šestinedělí, že by to bylo asi lepší. Tady se toho moc nedozvěděla. Myslí si, že by zde v nemocnici měla působit laktační poradkyně a psycholog. To tu podle ní chybí. O vhodné stravě kojící ženy se dozvěděla z letáků.

Překvapilo ji, že je tolik rodičů s předčasně narozeným dítětem. Má pocit, že na tuto situaci nebyla připravená. Když si přečte příběh jiných rodičů, má pocit, že v tom není sama. Pomáhá jí, když vidí, jak podobnou situaci procházejí i jiní.

Informace získává různými způsoby. Přečetla si letáky, které jsou dostupné zde na oddělení. Je velice ráda, že tu může mít internet. Sama si aktivně vyhledává informace.

Nějaké informace se dozvěděla od matek, se kterými se tu setkává. Ví, že když se zeptá zdravotníků, že jí nějaké zdroje informací doporučí.

O tom, jak bude probíhat péče o dítě po propuštění domů, nemá ještě moc informací. Určitě si chce něco načíst. Myslí si, že budou chodit na prohlídky. Ví, že asi budou cvičit Vojtovu metodu. Bojí se, že se v budoucnu něco zkomplikuje. Pořád doufá, že dcera doroste a nebude mít potíže. Ale ví, že je to nedonošené dítě a problémy tu budou. Respondentka uvádí, že snad najde dobrou dětskou lékařku. Chtěla by, aby jí pomáhala, vše vysvětlovala.

Největší podporou je jí manžel. Také jí pomohlo, když se seznámila s ostatními matkami. Věděla, že v tom není sama.

4.2 Rozhovory - ošetřovatelský personál

Respondentka 6

Respondentka je 46letá zdravotní sestra. Na neonatologickém oddělení pracuje 22let.

Myslí si, že se rodičům po předčasném porodu honí hlavou různé otázky. Ptají se sami sebe: „Proč zrovna my máme nedonošené dítě? Proč, se to stalo nám?“

Během prvního kontaktu rodičů s nedonošeným novorozencem se snaží rodiče hlavně uklidnit. Uvádí, že když je matka po císařském řezu, většinou dítě vidí jako první otec. Ten často city moc najevo nedává. Jiné je to prý s matkami. Myslí si, že reakce matek během prvního kontaktu je ovlivněná i hormony v šestinedělí. Matky přichází k inkubátoru, vidí malé dítě a pláčou. Snaží se je podpořit. Řekne jim, že nejsou jediní. Že existují zkušenosti s takhle malými dětmi. Ukazuje jim nástěnky s nedonošenými novorozenci. Respondentka dále uvádí, že matky si i mezi sebou předávají zkušenosti. Často se po předčasném porodu sejdou matky, které spolu ležely na oddělení rizikového těhotenství.

Respondentka si myslí, že největší oporou jsou si manželé navzájem. Je pro ně důležité, že mohou na JIP jít za dítětem společně. Uvádí, že když mají rodiče ještě další

děti, že se také chodí na JIP na novorozence podívat. Rodiče prý dále hledají odpovědi, pomoc a oporu u lékařů a sester.

Při první péči o předčasně narozené dítě se snaží říkat rodičům, ať se toho nebojí. Ukazuje a vysvětluje jim, jaká jsou zde na JIP hygienická pravidla. Jak se mají na to připravit, aby mohli vůbec rukama do inkubátoru vstoupit a dítě si pohladit. Vysvětluje, jak se dítěte dotýkat. Doporučuje jim spíše přikládat na dítě ruce, než ho hladit a jezdit mu po kůži. Při přiložení rukou prý novorozenec vnímá lidské teplo a vůni. Je dobré na něj mluvit. Vnímá pak hlas jako jemu známý. Matky jsou spokojené, že se mohou svého dítěte dotknout. Je vidět, že děti pokud je matka nějak nelechtá a nedráždí, jsou také spokojené.

Respondentka si myslí, že rodiče by chtěli být zapojeni do péče o dítě trochu více, než jsou. Vysvětluje, že zde mají určitý režim a mantinel, kdy rodiči umožnit fyzický kontakt. Říká, že je jejich cílem umožnit kontakt s dítětem co nejčastěji. Snaží se matku do péče zapojit co nejdříve. Např. jí řekne, ať si vezme trochu oleje a novorozence namaže. Pokud to stav matky a dítěte dovolí, je snaha co nejdříve klokánkovat.

Myslí si, že by si matky přály být častěji u svých dětí. Dále, že by chtěly častěji klokánkovat. Říká, že když se děti krmí permanentně, že je dávají pochovat v pauze, kdy mají odpočívací dobu, kdy se nekrmí. Je třeba respektovat to, aby neměly moc vjemů. V opačném případě by třeba mohly přestat trávit, nebo začít zvracet. Fyzický kontakt je dobrý, ale bohužel někdy musí říct matce, teď se jenom podívejte. Vysvětlí jí, že dítě bylo neklidné a teď usnulo. Že by nebylo dobré ho nyní budit.

Říká, že chodí za matkou již na intenzivní péči, kde je po porodu. Matce řekne, že přichází z oddělení nedonošených novorozenců, kde je její předčasně narozené dítě. O stavu novorozence že s ní bude mluvit lékař. Řekne, že momentálně je tam proto, aby jí pomohla se správným nastartováním laktace. Vysvětlí jí, že má odstříkávat, že tím simuluje sání novorozence. Ukáže jí, jak se to dělá. Poučí jí, že až se bude tvořit mléka více, že jí půjčí odsávačku a následně naučí, jak s odsávačkou pracovat. Dále ji poučí o hygieně okolo odstříkávání. Respondentka dále uvádí, že edukuje matky o tom, jak se stravovat. Že mají více pít, jíst zdravě a vyhýbat se nadýmavé stravě. Respondentka také říká matce, že odstříkané mléko dávají zpočátku dítěti na sterilní štetičku, kterou si

dítě cucá. Dále uvádí, že se v dalších dnech domlouvají s matkou na přinášení mléka. Na pooperační JIP matce přináší na začátku papír, kde má všechno napsané. Většinou jim prý, ale druhý den matky řeknou, že tam za nimi nikdo nebyl. Podle respondentky to nějak zaspí, zapomenou. Takže je poučují ještě jednou.

Myslí si, že příběhy ostatních rodičů, kterým se také narodilo dítě předčasně, rodičům pomáhají. Udává, že rodiče mají možnost u nich vidět fotky nedonošených novorozenců. Vidí, jak děti vypadaly po narození a pak např. za tři roky u narozeninového dortu. Myslí si, že to na ně působí povzbudivě. Udává, že je to motivuje. Říká, že i pro ně je to příjemné, když rodiče po nějakém čase pošlou fotku dítěte, které u nich bylo.

Rodičům by doporučila jako zdroj informací, kde se dozví něco o nedonošeném dítěti, různé tematicky zaměřené časopisy, místní nástěnky, brožury, letáky a internet. Udává, že se rodiče mohou zeptat lékařů a sester, na co potřebují.

Respondentka udává, že rodiče se bojí, jak bude vše dál pokračovat. Říká, že hodně rodičů má cvičit podle Vojtovy metody. Snaží se je motivovat, aby opravdu cvičili a nebáli se toho. Vysvětluje jim, že dítě se brání, že se mu to nelíbí, ale že metoda má velké úspěchy. Říká, že se tomu pak věnují.

Podle respondentky mají rodiče strach, že péči v budoucnu nezvládnou. Bojí se, protože dítě je malé a oni nevědí jak na to. Respondetka jim vysvětluje, že než půjdou domů, dítě poporoste a budou ho umět vzít do ruky. Rodiče se dále obávají, že se nebude dítě dobře vyvíjet, nebo že může být postižené. Respondentka se zamyslela nad tím, že bohužel jim to nikdo nemůže říct dopředu a zaručit jim zdárný vývoj dítěte.

K rodičům předčasně narozeného novorozence se podle ní má přistupovat individuálně. S rodiči by se mělo hodně mluvit, vše jim vysvětlovat, odbourávat jejich strach. Rodiče se např. ptají, co znamenají některá čísla, co vidí. Dále je zajímá, proč novorozenci svítí pata. Mají otázky ke vzhledu novorozence. Je potřeba jim vysvětlit vše co vidí, věnovat se jim. Lékař má říct rodičům, co všechno se s novorozencem děje a co ho čeká v budoucnu. Eventuálně s nimi mluvit o prognóze dítěte.

Respondentka 7

Respondentka je 43letá zdravotní sestra. Na neonatologickém oddělení pracuje 25let.

Uvádí, že rodiče po předčasném porodu prožívají velký stres. Myslí si, že se bojí o dítě a jeho život. Každý rodič to dává najevo úplně jinak. Podle respondentky, ať je chování rodičů po porodu jakékoliv, vychází z jejich strachu.

Při prvním kontaktu rodičů s novorozencem je podle respondentky dobré říct alespoň jednu pozitivní věc. Snažit se najít něco, co je povzbudí. Usmát se na ně. Důležité je podporovat kontakt s novorozencem od úplného začátku. Pokud to jde, aby si dítě alespoň pohládili. Hlavně, aby neodcházeli po prvním kontaktu jen s pláčem, ale trochu se usmály.

Uvádí, že se snaží rodičům vysvětlit úplně všechno, co na dítěti vidí. Někdy to prý může vypadat strašidelně. Dítě za přístroji není skoro vidět. Některé věci jsou však na dítěti jen položené, nebo přilepené. Je důležité, aby rodiče věděli, že co se na první pohled zdá, nemusí být invazivní. Je dobré dítě odkrýt a vše rodičům vysvětlit. Respondentka dále udává, že v tuto chvíli jsou si největší oporou manželé navzájem. Odpovědi na své otázky hledají u zdravotníků.

Myslí si, že v první péči o dítě je rozhodně nejdůležitější rodiče chválit a chválit. Snažit se je povzbuzovat a chválit jako malé dítě, když se mu něco povede. Matce říct, že je úžasná, jak jí to jde, že to zvládne. Že to matky vždy zvládnou. Mají totiž vrozené starat se o dítě.

Respondentka si myslí, že rodiče se vždy budou cítit tak, že jsou málo zapojeni do péče o své dítě. Ať se dělá, co se dělá, vždy cítí, že by chtěli více. Vychází prý ze svých zkušeností. V tuto chvíli jsem uvedla, co mi řekly některé matky. Měly pocit, že zdravotníci vědí, jak na to. Tudíž se vlastně nechtěly vměšovat do péče. Podle respondentky stačí matku nařknout. Zjišťuje pak, že se bojí, ale chce se zapojit. Respondentka uvádí, že proto je tam. Vede jim ruce. Nejdříve se zeptá, jestli chce činnost ukázat, nebo jestli to zkusí sama. Každá matka prožívá tuto situaci jinak.

Podle respondentky se některé matky bojí dítěte i dotknout. U takových se musí postupovat hodně pomalu se zapojováním do péče. Je to prý individuální. Jiné matky jsou naopak velice aktivní, hned od začátku chtějí o novorozence pečovat.

Respondentka se hodně snaží, aby kontakt matky s dítětem byl co nejlepší. Udává, že má pozitivní zpětnou vazbu. Dostala od matek několik upomínek za spokojenost s její péčí. Vždy má snahu pátrat po tom, co matkám chybí. Snaží se zjistit jejich potřeby, ještě dříve než je vysloví. Vychází jim vstříc.

Říká, že dvě hodiny po porodu jde za matkou. Ukáže jí techniku odstříkávání. Vysvětlí, že toto první odstříkané mateřské mléko dostane novorozenec jako prevenci enterokolitis na sterilní štětičce vycucát. Podle stavu matky jí poradí, jak často má odstříkávat. Je to v závislosti na tom, jestli rodila císařským řezem, nebo normálně. Matce také ukáže, do čeho mléko odstříkávat a domlouvá se s ní na dalším postupu. Dále informuje matky o tom, jakou stravu by měly jíst, pokud to ještě nevědí. Strava má být nenadýmavá a musí hodně pít. Velice důležitá je prý psychika. Když má matka strach o dítě a po císařském řezu ho nevidí dva nebo tři dny, je riziko, že laktace bude ještě opožděnější, než je. Dále se ještě respondentka zamýšlí nad tím, že když jsou matky v klidu, přenáší klid i na dítě. To se prý pak vyvíjí úplně jinak.

Respondentka si myslí, že na rodiče nepůsobí dobře některé informace od ostatních matek nedonošených dětí na oddělení. Předávají si spíše to horší a při předávání informací si matky domýšlejí souvislosti se svou situací a pak dochází k tomu, že se trápí i zbytečně. Úžasné pozitivně prý působí na rodiče příběhy rodičů, kteří tu na oddělení už nejsou. Z nástěnek a z dopisů můžou rodiče vidět vývoj jejich příběhu. Respondentka prý už před delším časem začala nabádat rodiče, aby jí posílaly fotky novorozenců po narození a po nějaké době. Ona to pak lepila do kroniky, kterou dělá. Dále udává, že rodiče posílali fotky i vrchní sestře a ona z toho začala dělat nástěnky, které jsou na oddělení. Fotky na nástěnkách se prý průběžně proměňují. Některé tam ale byly hodně dlouho. Donedávna tam prý byla k vidění černobílá fotografie dvou chlapců, kterým je teď už okolo dvaceti let.

Rodičům by jako zdroj informací, kde se můžou dočíst něco o nedonošeném dítěti, doporučila internet. V dnešní době je to hodně aktuální.

Každý z rodičů je jiný. Všichni ale mají strach z vývoje situace v budoucnu. Podle respondentky se rodiče do budoucna nejvíce bojí poškození mozku. To je to, na co se rodiče zdravotníků nejvíce ptají.

Respondentka si myslí, že je potřeba přistupovat k rodičům individuálně. Aktivně se snaží jim pomáhat a podporovat je v jejich těžké situaci. Je k rodičům vstřícná. Myslí si, že je dobré rodiče povzbuzovat i maličkostmi. Snaží se rodičům vše vysvětlit a ukazovat. Dále rodiče při péči o dítě chválí, aby je motivovala.

Respondentka 8

Respondentka je 41letá zdravotní sestra. Na neonatologickém oddělení pracuje 23let.

Uvádí, že každý rodič je jiný. Někdo se se situací po předčasném porodu vyrovná lépe a dříve, jiný hůře a později. Rodiče prý mají strach o dítě. Některé matky se přiznají, že mají výčitky, že nedokázaly dítě porodit v termínu.

Podpora rodičů během prvního kontaktu s novorozencem je individuální. Záleží na stavu dítěte. Rodiče mají možnost si novorozence vyfotit, nebo natočit na kameru. Respondentka dále udává, že pokud je to možné, tak si po řádné desinfekci rukou mohou novorozence pohladit.

Rodičům podle respondentky pomáhá, když mohou novorozence co nejdříve vidět. Dále když se ho smějí dotknout a pohladit si ho. Lékař rodiče informuje o jeho zdravotním stavu. Dále rodiče podporují sestry.

Podle respondentky je každá matka jiná. Některá matka se bojí péče o dítě. Je potřeba jí vše nejdříve ukázat. Ať se nebojí, že je tam s ní. Rodiče mají obavy, aby malému dítěti něco neudělali. Je důležité je vést a být jim na blízku. Některým matkám trvá delší dobu, než jsou schopné si dítě i jen pohladit.

Respondentka znovu uvádí, že každý rodič je jiný. Ale myslí si, že obecně mají rodiče pocit, že jsou dostatečně zapojeni do péče o své dítě na jejím pracovišti. Respondentka si myslí, že pro dítě i matku je velice důležitý fyzický kontakt. Když už matka může k dítěti, tak prý je pro oba dobré klokánkování.

Respondentka udává, že některé matky by chtěli jít po porodu na čas domů. Jiné by naopak šly rády hned za dítětem. Bohužel se občas stane, že na oddělení pro ni není místo a musí počkat, než se uvolní pokoj. Respondentku napadlo, že by možná nebylo špatné, kdyby bylo více pokojů pro matky.

Respondentka udává, že chodí po porodu za matkami na JIP. Tam jsou matky po císařském řezu. Informuje je o odstříkávání. Říká jim, jak je mlezivo pro novorozence velice důležité, a že se mu dává na štětičku vycumlat. Až je to aktuální, že si mohou půjčit na oddělení odsávačku. Respondentka uvádí, že informuje matky o vhodné stravě při kojení. Občas se prý stává, že se matka respondentky zeptá, jestli může dát dítěti mléko, že snědla něco nevhodného. V tom případě matce poradí a rozptyluje jejich obavy.

Respondentka udává, že se rodiče zastavují u nástěnek, co tu na oddělení mají. Myslí si, že rodiče vnímají velice pozitivně to, když vidí, jak děti vyrostly. Občas se zeptají na konkrétní fotografie. Chtějí slyšet srovnání s jejich novorozencem. Myslí si, že příběhy ostatních rodičům jim pomáhají.

Když by se jí rodiče zeptaly, kde zjistí informace o nedonošeném dítěti, poslala by je za lékařem. Dále by doporučila obrátit se organizaci Nedoklubko.

Rodiče se podle respondentky bojí hlavně toho, aby to vše dobře dopadlo. Mají obavy z toho, aby dítě bylo zdravé a dobře se vyvíjelo jak fyzicky, tak psychicky.

Myslí si, že je důležité, aby měli rodiče dostatek informací. Ale nemělo by se jim říkat vše najednou, aby to dokázali strávit. Dále je podle respondentky důležité podporovat je v péči, aby se zapojili, neměli strach a byli hodně s dítětem.

Respondentka 9

Respondentka je 25letá zdravotní sestra. Na neonatologickém oddělení pracuje rok a půl.

Respondentka si myslí, že po předčasném porodu mají rodiče hlavně strach. Neví, co se bude dít dál s jejich dítětem a jestli vůbec přežije.

Myslí si, že s rodiči při prvním kontaktu s novorozencem by se mělo dostatečně komunikovat. Rodiče se mají dozvědět, jak na tom jejich dítě je. Je prý dobré, snažit se říct jim něco pozitivního, ne jenom negativa.

Respondentka si myslí, že v prvních dnech po předčasném porodu pomáhá rodičům, když si o své situaci mohou s někým promluvit. Je pro ně důležité promluvit si s doktorem, aby věděli, jak na tom jejich dítě je. Dále mohou mluvit o svých pocitech se sestrami. Respondentka udává, že určitě je pro ně velkou oporou rodina. Matce je asi největší oporou manžel.

Myslí si, že hodně matek se bojí novorozence i dotknout. Podle respondentky je potřeba rodiče povzbudit. Snažit se, aby se nebáli dítěte dotknout a pohladili si ho. Rodiče mají pocit, že dítě je hodně malé. Mají strach, aby mu neublížili.

Respondentka udává, že z jejího pohledu se jí zdá, že umožňují rodičům maximum. Matka se může přijít na dítě kdykoliv podívat. Podle stavu dítěte může klokánkovat. Doufá, že rodiče se cítí být dostatečně zapojeni do péče o své dítě.

Podle respondentky je potřeba být rodičům hlavně oporou. Aby si mohli o dítěti popovídat. Sestry na JIP jsou totiž s dítětem v neustálém kontaktu, takže ho dobře znají. Myslí si, že matky mají zájem pečovat o dítě. Chodí za ním na JIP. Nosí mu tam mateřské mléko. Podle respondentky je hlavně potřeba rodiče psychicky podpořit a umožnit jim, aby mohli být s dítětem co nejčastěji.

Myslí si, že rodičům vychází naprosto vstříc. Např. klokánkovat může i tatínek. Nenapadá jí, co by se mohlo ještě v kontaktu rodič a dítě zlepšit.

Udává, že edukuje matky o odsřikávání mléka a následném kojení. Vysvětluje jim, že po odstříkání se dává mléko novorozenci. V době, kdy matka ještě nemůže kojit a odstříkává mléko, je dobré klokánkovat. Matky prý už mají většinou samy nastudované, co mají jíst během kojení. Respondentka udává, že matky celkově přichází hodně informované. Až je to prý někdy s nadsázkou ke škodě, protože se pak hodně sledují.

Říká, že příběhy ostatních rodičů, kterým se předčasně narodilo dítě, často pomáhají. Rodiče v příběhu vidí, že dítě vypadalo špatně a pak to s ním dopadlo dobře. To si myslí, že má pozitivní vliv na rodiče. Dále ale respondentka udává příklad, kdy

jsou na pokoji dvě matky s dětmi, které na tom po porodu byly podobně. Matky sledují vývoj obou dětí a porovnávají. Může se stát, že jedno se vyvíjí pomaleji. Matka je z toho pak nešťastná. Respondentka uvádí, že některé příběhy pomohou více, jiné méně. Ale obecně si myslí, že příběhy ostatních, rodičům pomáhají. Rodiče pak přibližně ví, co je do budoucna může čekat. Ještě dodává, že nedávno se jí do rukou dostaly příběhy rodin z Nedoklubka. Všechny příběhy dopadly dobře. Myslí si, že pro rodiče není dobré číst jen příběhy se šťastným koncem. Mohli by pak být více zklamaní, když se jejich dítěti nebude dařit. Respondentka má pocit, že se všude mluví jen o těch příbězích, které dopadly pozitivně. A to prý také asi není úplně dobře. Zamyslela se nad tím, že rodiče by možná snáze přijímaly negativní zprávy, kdyby nečetli jen pozitivní příběhy. Ale každý je jiný.

Když by se jí rodiče zeptali, kde hledat informace, odkázala by je na internet. Dále by doporučila knihy. Jako příklad uvedla knihu Narodilo se předčasně. Upozornila by na existenci organizace Nedoklubko. Uvádí, že na oddělení k nim chodí pravidelně jedna matka z Nedoklubka. Té se také předčasně narodilo dítě. O této zkušenosti a zkušenosti jiných matek si s matkami povídá.

Myslí si, že se rodiče bojí situace doma po propuštění. Když totiž leželi v nemocnici, mohli se obrátit s problémem na sestru. Doma na problémy budou sami. Rodiče mají strach, že se může něco stát. Obávají se, že péči o dítě nezvládnou. Ví, že je nedonošené a že potřebuje větší péči.

Je potřeba, snažit se co nejvíce zapojovat rodiče do péče. K rodičům nedonošeného dítěte je potřeba přistupovat velice citlivě. Občas prý je také vhodné mluvit s matkami o něčem jiném než o dítěti. Matky se potřebují trochu odreagovat, aby neustále jen neřešily situaci dítěte.

Respondentka 10

Respondentka je 25letá zdravotní sestra. Na neonatologickém oddělení pracuje 4 roky.

Rodiče podle respondentky po předčasném porodu svého dítěte reagují různě. Někdy prý dokonce reagují tak, že je to chyba zdravotníků, že tu jsou. Ale to je jen výjimečné. Většinou jsou rodiče vystrašení.

Respondentka udává, že s rodiči během prvního kontaktu mluví nejdříve lékař. Ten jim podává informace o novorozenci. Snaží se jim vysvětlit, na co jsou všechny hadičky a katétry, které vedou k dítěti. Matky se bojí zpočátku dítěte i dotknout. Jako první kontakt na JIP s dítětem prý bývá klokánkování. Kdy se jim přikládá dítě na tělo.

Respondentka si myslí, že v prvních dnech po předčasném porodu pomáhá rodičům komunikace se sestrami a lékaři. Podle respondentky rodiče dobře vnímají to, že mohou kdykoliv přijít za dítětem na JIP. Že se dítěte mohou dotknout, pohladit si ho. Respondentka se snaží nechovat k rodičům autoritativně ale rovnocenně na stejné úrovni. Rodiče prý pak nemají pocit, že by neměly kontrolu nad tím, co se děje s dítětem. Myslí si, že je pro matky výhodou, když vidí ostatní matky na oddělení. Nemají tak pocit, že jsou v tom samy.

Podle respondentky se musí při první péči o dítě ke každé matce přistupovat individuálně. O každé matce si udělá při jejich návštěvách na JIP obrázek. Sleduje je, jak reagují. Když vidí, že je matka ustrašená, nenutí ji např. přebalovat. Nechá ji, až si to bude chtít sama zkusit. Přebalování jim nejdříve ukáže. Říká jim, že je to jako přebalovat donošené dítě. Jen je prostě menší. Je potřeba, aby se učily vše krok za krokem. Dítě se jim zdá malé. I přebalení je pro ně náročné. Snaží se prý s matkami mluvit vlídně. Nabádá je k tomu, aby se na ni obracely s dotazy.

Respondentka udává, že na JIP je teprve dva měsíce, ale myslí si, že se rodiče cítí být dostatečně zapojeni do péče o dítě. Matky si děti můžou hladit, nosí jim mateřské mléko a mohou klokánkovat.

Udává, že je dobré rodiče podporovat v postupném zapojování se do péče. Nejdříve jim vše ukazuje a vysvětluje. Pak se je snaží zapojit, když je matka schopná,

tím myslí zdravotně. Snaží se ji i maličkostmi zapojit. Na JIP je snaha co nejdříve začít klokánkovat.

Myslí si, že v rámci možností se na JIP dělá pro rodiče s dětmi maximum. Nenapadá ji nic, co by se dalo zlepšit při kontaktu rodiče s dítětem. Dále se zamyslela nad částí oddělení, kde jsou matky s dětmi. Vnímá jako velice pozitivní, že je tu dvacet lůžek pro matky. Říká, že byla také v nemocnici v Praze a v Brně. Tam prý matky s dětmi nemůžou být na jednom pokoji.

Respondentka udává, že dvě hodiny po porodu jde za matkou na pooperační JIP, poučit ji o odstříkávání mateřského mléka. Když se jedná o matku, která rodila normálně, mají na starost první informace o této oblasti dětské sestry, které pracují na porodním sále. Matce vysvětlí a ukáže, jak má odstříkávat. Řekne jí, že i pár kapek je pro novorozence přínos. Vysvětlí jí, že odstříkané mléko dají novorozenci na štětičku vycucat. Až když matky chodí za dítětem, domlouvají se se sestrami, jak budou nosit mléko. Myslí si, že matky mají načteno hodně informací o tom, jaká strava je vhodná pro kojící matky. Když to některá neví, řekne jí to.

Příběhy ostatních rodičů prý působí na rodiče pozitivně. Mají pocit, že v tom nejsou sami. Matky to těžce nesou, ale když vidí, že některé děti jsou na tom hůř, pomůže jim to.

Rodičům by doporučila různou literaturu, kde se dozví něco o nedonošeném dítěti. Např. na oddělení je prý brožura pro rodiče s nedonošeným dítětem. Myslí si, že rodiče jsou dnes zvyklí čerpat z internetu. Tak by doporučila internet, s výjimkou různých diskuzí, ty jí nejsou blízké. Tím, že jsou tu matky na oddělení delší dobu, mají možnost se od sester dozvědět spoustu informací. Dále si také matky předávají informace mezi sebou. Za matkami chodí jedna matka z Nedoklubka a ta jim předává své zkušenosti.

Matky prý nedávají moc najevo obavy z toho, co je čeká v budoucnu. Málokterá matka se zeptá, jestli dítě bude v pořádku, až bude velké. Říká, že ona nezažila, že by se jí matka svěřovala s obavami z možného postižení dítěte. Myslí si, že matky se těší na to, až půjdou domů. Hlavně ty, co tu jsou už delší dobu. Ale přesto, že se matky těší domů, myslí si respondentka, že mají strach, jak to tam zvládnou.

Myslí si, že přístup k matkám nedonošených dětí musí být hlavně trpělivý. Je to jiné, než když má matka fyziologického novorozence. Podle respondentky to není pro každého pracovat na takovémto oddělení. Matky jsou tu dlouho bez rodiny. Myslí si, že je vhodné k nim přistupovat přátelsky. Pomáhá jim si třeba i jenom povídat. Je vhodné matce pomoci s odreagováním. Poslat jí na procházku s manželem. Matky občas odcházejí domů na víkend, nebo na svátky jako jsou Vánoce.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka číslo 1 - Souhrnné vyjádření respondentek R.1-R.5 z řad rodičů

	R.1	R.2	R.3	R.4	R.5
Pocity po porodu	strach	šťěstí, zachování odstupu	strach, stres	strach, panika	bez odpovědi (pláč)
První kontakt	nejistý, ostýchavý	nepocit'ovala vztah k dítěti	nejistý, ostýchavý (pláč)	hrozný zážitek	úžasný (pláč)
Opora po porodu	partner, rodina, lékaři, sestry	partner, rodina, lékaři, sestry	partner	partner, rodina	partner
První péče	neměla obavy	navazování vztahu	strach, aby mu neublížila	strach, aby mu neublížila	strach, aby mu neublížila
Zapojení do péče	dostatečné	dostatečné	dostatečné	dostatečné	dostatečné
Oš. péče, která měla pro matku největší přínos	klokánkování, přinášení odstříkaného m.mléka	klokánkování	klokánkování	klokánkování, kontakt s dítětem	kontakt s dítětem
Kontakt s novorozencem	spokojená	spokojená	spokojená	spokojená	spokojená
Informace o odstříkávání Mateřského mléka	dostatečné	dostatečné	částečné	částečné	částečné
Příběhy ostatních rodičů	pomohly	pomohly	pomohly	nepomohly	pomohly

Zdroje informací o nedonošeném dítěti	dřívější zkušenost, internet, oš. personál	internet, oš. personál	internet, knihy, zkušenosti od jiné matky	internet, knihy, lékaři	internet, letáčky, zkušenosti od jiné matky, oš. personál
Péče po propuštění	kontroly u lékařů, cvičení podle Vojtovy metody	kontroly u lékařů	kontroly u lékařů	kontroly u lékařů	kontroly u lékařů, cvičení podle Vojtovy metody
Obavy do budoucna	nelehké období	zdravotní komplikace	to nejhorší má za sebou	zdravotní komplikace	zdravotní komplikace
V čem cítí podporu	blízkost dítěte, rodina, zdravotníci	rodina, zdravotníci	ostatní maminky, rodina, zdravotníci	manžel	manžel, ostatní maminky

Z tabulky číslo 1, kde je uvedeno souhrnné vyjádření respondentek (R1-R5) vyplynulo několik skutečností. R1 cítila po předčasném porodu strach. R2 měla po předčasném porodu pocit štěstí. Ale zároveň si udržovala odstup. R3 cítila strach a prožívala stres. R4 cítila po předčasném porodu strach a paniku. U R5 není uvedena odpověď, protože o pocitech těsně po porodu nechtěla mluvit. První kontakt s nedonošeným novorozencem byl pro R1 a R3 nejistý a ostýchavý. R2 při prvním kontaktu nepociťovala vztah k dítěti. Pro R4 byl první kontakt hrozný zážitek. R5 popsala první kontakt jako úžasný. R1 a R2 byl největší oporou v prvních dnech po porodu partner, dále rodina, lékaři a sestry. R3 a R5 cítily největší oporu ve svém partnerovi. R4 v prvních dnech nejvíce podpořil partner a rodina. Pro R3, R4 a R5 byl

v první péči o dítě nejhorší strach, aby mu neublížily. R1 neměla během první péče o dítě žádné obavy. R2 měla během první péče problém s navazováním vztahu k dítěti. Všech pět respondentek z řad rodičů mělo pocit, že byly dostatečně zapojeny do péče o své dítě na specializovaném pracovišti. Pro R2 a R3 bylo důležité v péči o jejich dítě klokánkování. Pro R1 bylo důležité klokánkování a přinášení odstříkaného mléka pro svoje dítě. Pro R4 bylo důležité klokánkování a kontakt s dítětem. Pro R5 byl důležitý kontakt s dítětem. Všechny respondentky (R1-R5) z řad rodičů byly spokojeny s tím, jak probíhal jejich kontakt s novorozencem na specializovaném pracovišti. R1 a R2 měly po porodu pocit, že mají dostatek informací o odstříkávání mateřského mléka. R3, R4 a R5 měly po porodu pocit, že měly částečné znalosti o odstříkávání mateřského mléka. R1, R2, R3 a R5 pomohly příběhy ostatních rodičů, kteří si také prožili předčasný porod dítěte. R4 příběhy ostatních rodičů nepomohly. R1 udala, že pro ni stěžejním zdrojem informací o nedonošeném dítěti je dřívější zkušenost, dále internet a ošetřující personál. R2 by hledala informace o nedonošeném dítěti na internetu. A ptala by se ošetřujícího personálu. R3 by hledala informace na internetu, v knihách a čerpala by ze zkušeností jiné matky. R4 považuje za zdroj informací internet, knihy a lékaře. R5 jako zdroj informací uvedla internet, letáčky, zkušenosti od jiné matky a ošetřující personál. R2, R3 a R4 si myslí, že po propuštění domů budou následovat kontroly u lékařů. R1 a R5 předpokládají, že po propuštění domů budou chodit na kontroly k lékařům. A také uvádí, že je čeká cvičení podle Vojtovy metody. R2, R4 a R5 se nejvíce v souvislosti s péčí o dítě do budoucna bojí zdravotní komplikace. R1 si myslí, že ji čeká nelehké období. R3 udává, že to nejhorší, má za sebou. R1 v této nelehké části života cítí největší oporu v tom, že má dítě u sebe. Dále jí podporuje rodina a zdravotníci. R2 cítí oporu v rodině a ve zdravotnících. R3 pomáhají ostatní matky, rodina a zdravotníci. R4 nejvíce pomáhá manžel. R5 podporuje manžel a ostatní matky.

Tabulka číslo 2 - Souhrnné vyjádření respondentek R.6 - R.10 z řad zdravotníků

	R.6	R.7	R.8	R.9	R.10
Pocity po porodu	strach, panika	strach, stres	strach, výčitky	strach	strach
Podpora při prvním kontaktu	uklidnit	povzbudit, pohladit dítě	individuální, pohladit dítě	informace, povzbudit	informace
Opora po porodu	partner, lékaři, sestry	partner, lékaři, sestry	lékaři, sestry, brzký kontakt s dítětem	partner, lékaři, sestry	lékaři, sestry, kontakt s dítětem, ostatní matky
Podpora během časné fáze	vysvětlit a ukázat, jak se dítěte dotýkat	povzbuzovat, chválit,	vysvětlit a ukázat, jak se dítěte dotýkat	povzbuzovat	vysvětlit a ukázat, jak se dítěte dotýkat
Spokojenost rodičů se zapojením do péče	částečně	nedostatečně	dostatečně	dostatečně	dostatečně
Oš. péče, ve které nejvíce podporovat rodiče	od maličností, klokánkování	individuální, podle povahy rodiče	fycický kontakt, klokánkování	fyzický kontakt, klokánkování	od maličností, klokánkování
Vnímání kvality kontaktu rodič a dítě v péči	beze změn, co nejčastěji, za určitých pravidel	neví, snaží se maximálně	neví, možná více pokojů pro maminky	neví, snaží se maximálně	neví, snaží se maximálně

Informace o odstříkávání Mateřského mléka	po porodu, vysvětlit a ukázat, edukace o stravě	po porodu, vysvětlit a ukázat, edukace o stravě, edukace o psychice	po porodu vysvětlit a ukázat, edukace o stravě	po porodu vysvětlit a ukázat, edukace o stravě	po porodu, vysvětlit a ukázat, edukace o stravě
Příběhy ostatních rodičů → rodičům	pomáhají	příběhy okolo nepomáhají, starší příběhy pomáhají	pomáhají	pomáhají	pomáhají
Zdroje informací o nedonošeném dítěti	časopisy, brožury, nástěnky, letáky, internet	internet, nástěnky	lékaři, organizace Nedoklubko	internet, knihy, organizace Nedoklubko	brožury, internet, sestry, organizace Nedoklubko
Obavy rodičů v budoucnu	cvičení podle Vojtovy metody, strach co bude dál	strach co bude dál	strach, aby to dobře dopadlo	strach z výskytu komplikací	nedávají najevo obavy do budoucna
Obavy rodičů v oš. péči do budoucna	křehkost dítěte, postižení	poškození mozku	postižení	strach, že péči doma nezvládnou	strach, že péči doma nezvládnou
Přístup k rodičům předčasně narozeného dítěte	individuální, aktivní, vysvětlovat	individuální, aktivní, vysvětlovat, vstřícný, chválit, povzbuzovat, motivovat	individuální, dostatek informací, zapojovat	citlivý, zapojovat, povzbuzovat, psychická opora	trpělivý, přátelský, povzbuzovat,

V tabulce číslo 2, vidíme několik skutečností, které vyplynuly z šetření. R9 a R10 si myslí, že rodiče po předčasném narození dítěte cítí strach. R6 si myslí, že rodiče cítí strach a paniku. R7 udává, že u rodičů pozoruje strach a stres. R8 popisuje, že rodiče pociťují po porodu strach a výčitky. R6 si myslí, že při prvním kontaktu rodiče s nedonošeným novorozencem je třeba rodiče uklidnit. R7 udává, že je třeba rodiče povzbudit a nechat v případě, že je to možné dítě pohladit. R8 si myslí, že je podpora u prvního kontaktu individuální. Pokud je to možné mohou si rodiče dítě pohladit. R9 si myslí, že při prvním kontaktu jsou potřebné informace a povzbudit. R10 udává, že při prvním kontaktu jsou podstatné informace. Podle R6, R7 a R9 rodičům ve vypořádávání se s obtížnou situací v prvních dnech pomáhá partner, lékaři a sestry. R8 si myslí, že rodičům pomáhají lékaři, sestry a brzký kontakt s dítětem. R10 uvádí lékaře, sestry, kontakt s dítětem a ostatní matky. Obavy rodičů v časně fázi se podle R6, R8 a R10 dají rozptýlovat tak, že vysvětlí a ukážou rodičům, jak se dítěte dotýkat. R7 udává, že se rodiče mají povzbuzovat a chválit. R9 si myslí, že se rodiče mají povzbuzovat. Podle R8, R9 a R10 se cítí rodiče být dostatečně zapojeni do péče o své dítě na specializovaném pracovišti. R6 uvádí, že rodiče se cítí být zapojeni jen částečně. R7 si myslí, že rodiče cítí nedostatečné zapojení do péče. R6 a R10 si myslí, že je potřeba rodiče v péči o jejich dítě podporovat již od maličkostí a v klokánkování. Podle R8 a R9 je pro rodiče důležitý fyzický kontakt s dítětem a klokánkování. R7 udává, že podpora rodičů v péči o jejich dítě na specializovaném pracovišti je individuální. Je to v závislosti na povaze rodiče. R7, R9 a R10 neví, co by zlepšily při kontaktu rodičů s dítětem na specializovaném pracovišti. Mají pocit, že se maximálně snaží. R6 by nic nezlepšovala. Jen by dále dbala na co nejčastější kontakt rodiče s dítětem za určitých pravidel. R8 neví co by se dalo zlepšit. Udává, že by možná mohlo být více pokojů pro maminky. R6, R8, R9 a R10 po porodu vysvětlují a ukazují matkám, jak mají odstříkávat mateřské mléko. A také je edukují o stravě. R7 matce po porodu vysvětluje a ukazuje odstříkávání mateřského mléka. Edukuje jí o stravě a důležitosti psychiky při kojení. R6, R8, R9 a R10 si myslí, že příběhy ostatních rodičů rodičům pomáhají. Podle R7 aktuální příběhy okolo rodičům nepomáhají, ale starší příběhy pomáhají. R6 by jako zdroj informací, ze kterých by se rodiče dozvěděli něco o nedonošeném dítěti,

doporučila časopisy, brožury, nástěnky, letáky a internet. R7 by doporučila internet a nástěnky. R8 by odkázala na lékaře a organizaci Nedoklubko. Podle R9 se rodiče dozví něco o nedonošeném dítěti z internetu, z knihy a od organizace Nedoklubko. R10 si myslí, že zdrojem informací jsou pro rodiče brožury, internet, sestry a organizace Nedoklubko. R6 si myslí, že rodiče se do budoucna bojí cvičení podle Vojtovy metody. A mají strach, co bude dál. Podle R7 mají rodiče strach, co bude dál. R8 udává, že rodiče mají strach, aby to dobře dopadlo. R9 poukazuje na strach rodičů z výskytu komplikací. R10 si myslí, že rodiče nedávají najevo obavy do budoucna. V souvislosti s péčí do budoucna mají podle R9 a R10 rodiče strach, že péči doma nezvládnou. Podle R6 se rodiče bojí křehkosti dítěte a rizika postižení. Největší obavy, z pohledu R7, mají rodiče z poškození mozku. R8 popisuje obavy rodičů z postižení. Přístup k rodičům předčasně narozeného dítěte by měl být podle R6 individuální, aktivní a vše jim vysvětlovat. Podle R7 by měl být přístup individuální, aktivní, vše jim vysvětlovat, vstřícný, chválit, povzbuzovat a motivovat. Podle R8 je základem individuální přístup, dostatek informací a zapojení rodičů. R9 popisuje vhodný přístup k rodičům jako citlivý, snažit se zapojovat a povzbuzovat. Důležitá je také psychická opora. Podle R10 by měl být přístup k rodičům předčasně narozeného dítěte trpělivý, přátelský a snažit se je povzbuzovat.

5. Diskuze

K výsledkům šetření jsem dospěla analýzou celkem deseti rozhovorů. Z tohoto počtu bylo pět respondentů z řad zdravotníků (R.6 - R.10) a pět z řad rodičů (R1 - R5). První část diskuze je věnována pohledu zdravotníků na problematiku podpory rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence. Druhá část je věnována pohledu rodičů na stejný problém. Třetí část se zabývá porovnáním obou pohledů.

Prvním cílem této práce bylo zmapovat informovanost ošetrovatelského personálu o rezervách v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích. Z toho vyplývá otázka číslo jedna: Jaké vidí rezervy ošetrovatelský personál v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích?

Z rozhovorů s respondenty z řad zdravotníků vyplynulo, že rodiče po porodu cítí hlavně strach. Některé matky mívají výčitky, že nedokázaly porodit dítě v termínu. Pro rodiče je to těžké období plné stresu. Prioritou z pohledu zdravotníků, je podpora při časném kontaktu. Respondentky si myslí, že je potřeba rodiče při časném kontaktu s novorozencem povzbudit, uklidnit a podat jim potřebné informace týkající se aktuálního stavu dítěte a následné péče. Když to stav nedonošeného novorozence dovolí, tak si ho podle některých respondentek touží matky pohladit. A myslím si, že to samé platí i pro otce. Prostorem ke zlepšení je opora po porodu. Zdravotníci si uvědomují, jak se cítí matky. Pozornost by se měla zaměřit na pocity partnerů. Komunikovat častěji i s nimi. Matky jsou s nezralým novorozencem v nemocnici a některé informace, tak partner dostává zprostředkovaně přes matku a nikoliv přímo. Informace tak mohou být značně zkreslené. Partner je po porodu matce velkou oporou. Je třeba i jeho od začátku zapojovat.

Zdravotníci se snaží rozptýlit obavy rodičů z první péče o novorozence tím, že jim vše vysvětlují a nejdříve sami ukazují. Podle zdravotníků je potřeba rodiče

povzbuzovat a chválit. Tři zdravotníci si myslí, že rodiče mají pocit dostatečného zapojení do péče o svého novorozence. Jedna respondentka z řad zdravotníků si myslí, že rodiče chtějí být více zapojeni. A jedna respondentka si myslí, že rodiče se cítí být málo zapojeni. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zdravotníci si myslí, že rodiče je potřeba zapojovat do péče o dítě od zdánlivě nedůležitých maličkostí. Je třeba podporovat rodiče ve fyzickém kontaktu. Ale jak uvedla jedna respondentka, vše je individuální, musí se zohledňovat povaha rodiče.

Zdravotníci většinou uvedli, že neví, jak dále pomoci zkvalitnění kontaktu rodiče s dítětem. Vysvětlovali to tak, že se maximálně snaží, aby kontakt byl co nejlepší. Podle jejich názoru je tedy potřeba pokračovat osvědčenou metodou daným směrem. Podle jedné respondentky by mělo být zvaženo, zda nenavýšit počty pokojů pro matky s dětmi. Občas totiž dochází k naplnění kapacity a matka tak musí na volný pokoj čekat. O výhodách takových pokojů není třeba pochybovat.

Ze šetření vyplynulo, že zdravotníci pečující o novorozence navštěvují matky již za jejich pobytu na popoperační JIP. Zde jim vysvětlují a ukazují odstříkávání mléka. V případě potřeby jí doplní informace o stravě kojící matky. Bohužel si prý matky někdy nepamatují, že tam za nimi někdo po porodu byl. Pak se tedy vysvětlení provádí znovu. Jedna respondentka zmínila také fakt, že je potřeba v této oblasti pečovat o psychiku matky. Na základě strachu o děťátko by mohla mít problémy s laktací. Stres matky má samozřejmě neblahý vliv i na dítě.

Snad každému z nás pomůže, když ví, že někdo jiný má podobné potíže. Platí to i u rodičů nedonošených dětí. Podle zdravotníků rodičům pomáhá slyšet o příbězích jiných rodičů s nedonošeným dítětem. Při rozhovorech byla zdravotníkem zmíněna možná výjimka. Stane se, že na pokoji jsou společně dvě matky v podobné situaci po porodu. Matky pak sledují vývoj obou dětí a porovnávají. Může se stát, že jedno se vyvíjí jinak a pro jeho matku je to pak stresující. Dále stojí za úvahu další myšlenka, kterou tato respondentka zmínila. Myslí si, že pro rodiče není dobré číst jen příběhy se šťastným koncem. Mohli by pak být více zklamaní, když se jejich dítěti nebude dařit. Zamyslela se nad tím, že by rodiče možná snáze přijímaly negativní zprávy, kdyby nečetli jen pozitivní příběhy. Myslím si, že každému z nás pomáhá něco jiného.

Netroufám si tedy tvrdit, že by příběhy se špatným koncem mohli vždy vést ke snazšímu přijetí či vstřebání negativních informací.

K lepšímu zvládnutí obtížné životní situace přispívá dostatek informací. Respondenti z řad zdravotníků by rodičům doporučili různé zdroje, ve kterých se dozví něco o nedonošeném dítěti. Při rozhovorech uvedli internet, časopisy, brožury, letáky a knihy. Neopomenuly jako zdroj informací lékaře a sestry. Zmínili se o nástěnkách na oddělení. Zde jsou vidět fotografie dětí, které se narodily předčasně. A většina z nich uvedla organizaci Nedoklubko.

Bohužel nikdo rodičům nemůže s určitostí říci, jak se jejich dítě bude vyvíjet. Rodiče podle respondentů z řad zdravotníků mají strach z budoucnosti a bojí se výskytu komplikací. Někteří mají obavy z cvičení podle Vojtovi metody, která je čekají. Většina rodičů se obává možného zdravotního postižení. Někteří se bojí, že nezvládnou péči o dítě po opuštění zdravotnického zařízení. Je tedy třeba zvýšit podporu v této oblasti. Jednou z možností je více podporovat zapojení rodičů do centra vývojové péče. Je také k zamyšlení, zda se nepokusit více proniknout do významu role nezdravotnických subjektů, které se zaměřují na podpůrnou funkci rodiny. Zdá se, že zdravotníci nejsou dostatečně vyhranění ve způsobu podpory a v přechodu do fáze ambulantní péče.

Přístup k rodičům nedonošeného novorozence má být podle zdravotníků hlavně individuální. Rodičům vše aktivně vysvětlovat. Přístup by měl být vstřícný, citlivý, trpělivý a přátelský. Rodiče by se měli chválit, povzbuzovat a motivovat. Mají být zapojeni do péče o dítě a mít dostatek informací.

Druhým cílem této práce bylo zjistit priority rodičů v oblasti podpory rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích. Z toho vyplývá otázka: Jaké vidí rodiče rezervy v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích?

Rozhovory s respondenty z řad rodičů byly nelehké. Během rozhovorů jsem se snažila k respondentkám přistupovat šetrně. Téma pro ně bylo, je a ještě nějakou dobu bude velice citlivé. Popisovaly, že po porodu cítily hlavně strach z budoucnosti. Jedna respondentka uvedla, že měla po porodu pocit štěstí, ale zároveň si snažila zachovat od

dítěte odstup. Měla pocit, že by v případě komplikací a špatného konce tuto nelehkou situaci zvládla lépe. Maminky dále provázely pocity stresu, že nejsou u dítěte. Protože všechny mohly vidět své dítě, až v době, kdy to jejich zdravotní stav po porodu umožnil. Dá se tedy říci, že respondetky pociťovaly po porodu směs strachu a štěstí zároveň. Přičemž strach převládal.

První kontakt prožívala každá respondentka trochu jinak. Některá cítila nejistotu a ostych. Jedna tu chvíli popsala jako hrozný zážitek. Oproti tomu jiná zase měla pocit, že to bylo úžasné. Další respondentka udávala, že nepociťovala k dítěti žádný vztah. Téměř se za své chladné pocity k dítěti styděla. Během prvního kontaktu tedy u rodičů převládá nejistota. Je nutné budovat vztah rodiče s dítětem hned od začátku. Už na JIP by měl být kontakt velice časný a častý. Myslím si, že vznik vztahu k novorozenci je individuální. S touto myšlenkou jsem se také setkala při čtení publikace Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít. Touto cestou Hana Konečná a její kolegové zveřejnili výsledky svého výzkumu. Jejich kvalitativní výzkum probíhal v letech 2007 až 2009. Vedla ho Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity a podílely se na něm tři nestátní neziskové organizace s různým zaměřením na podporu rodiny. V jedné části výzkumu se zabývali otázkou: Jak a kdy vzniká vztah k dítěti? Konečná (29) uvádí, že část jejich respondentů odpovídala podobně, jako některé moje respondetky z řad rodičů. Vztah k dítěti se u nich vytvořil postupně. Já jsem se také ve svých rozhovorech s respondentkami z řad rodičů dozvěděla, že si vztah k dítěti tvořili postupně. Hodně jim pomohlo klokánkování. Během něj teprve měli pocit, že dítě je opravdu jejich. Vztah k dítěti se jim pak upevňoval během dalších návštěv a následného společného pobytu s miminkem na pokoji (29).

Ačkoli měla každá respondentka jiné charakterové vlastnosti, všechny se shodly na tom, že v prvních dnech po porodu jim hodně pomohl manžel. Dále některé cítily oporu v rodině a zdravotnicích. V první péči o dítě pociťovaly tři respondetky strach, aby mu neublížily. Pro další matku bylo v první péči vůbec nejtěžší navázání vztahu k dítěti. Matka, která měla již druhé nedonošené dítě, se tvářila statečně. Říkala, že obavy z první péče o dítě neměla. Že měla pocit dostatku informací a zkušeností z dřívějšíka. Všechny se shodly na tom, že měly pocit, že jsou dostatečně zapojené do

péče o jejich dítě na specializovaném pracovišti. Z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že asi největší přínos v péči o dítě má klokánkování. Tato skutečnost asi nikoho nepřekvapí. Metoda klokánkování, jak jsem se dočetla v knize Narodilo se předčasně, se zrodila v Bogotě v roce 1978. Podle autorů této knihy odborníci dnes disponují důkazy o tom, že je klokánkování velkým přínosem. Respondentky svorně udávaly, že by na kontaktu s novorozencem na specializovaném pracovišti nic neměnily. Měly pocit, že byl bez problémů (6).

Co se týká informovanosti respondentek o odstříkávání mateřského mléka, tak z celkového počtu pět, dvě měly pocit, že měly dostatek informací. Tři měly podle jejich slov informace částečné. Zdůvodňovaly to tím, že v dalších dnech po porodu ležely na ženském oddělení, kde se jim nedostávalo dostatek informací. Jedna matka navrhla, že by v nemocnici měla působit laktační poradkyně a psycholog. Ve shodě s ní si myslím, že tyto odborníci musí být denně dosažitelní. Co se týká laktačního poradenství, je na oddělení, kde jsem dělala výzkum, zajištěno odpovídajícím způsobem několika laktačními poradkyněmi z řad neonatologických sester. Z mého pohledu to přisuzuji menší informovanosti respondentky. Z výzkumného souboru k tomuto výzkumnému šetření se ovšem nedá říci obecné tvrzení o informovanosti matek o odstříkávání mateřského mléka. V bakalářské práci Anety Bariczové na téma Kojení nedonošeného novorozence z roku 2010, se můžeme dočíst zajímavou informací. Prováděla výzkumné šetření ve fakultní FN Brno. Zjistila, že 80% ze 127 dotazovaných matek, kterým se předčasně narodilo dítě, mělo informace o tom, jak odstříkávat mateřské mléko (1).

Z mého šetření vyplynulo, že většině rodičů pomohly příběhy ostatních rodičů, kteří si prožili předčasný porod. Příběhy ostatních rodičů jsou tedy pro ně důležité. Jedné z respondentek nepomohly. Bylo to tím, že nikdo z jejího okolí na oddělení a ani v příbězích co četla, neměl tak nezralé dítě jako ona. Jeho porodní váha byla pouhých 490g. Myslím si, že s rostoucí kvalitou péče o předčasně narozené děti, budou mít i matky s takhle malým dítětem možnost, přečíst si příběh podobný jejich.

Zjišťovala jsem, jaké znají rodiče zdroje informací, ze kterých by se dozvěděli něco o nedonošeném dítěti. Většina uvedla internet a ošetřující personál. Také

zmiňovaly zkušenosti jiných matek, knihy a lékaře. Jedna matka uvedla, jako hlavní zdroj informací, svou dřívější zkušenost s nedonošeným dítětem. Z odpovědí respondentek dále vyplynulo, že po propuštění domů čekají, že budou chodit na kontroly k lékařům. Dvě navíc předpokládají, že je čeká cvičení podle Vojtovy metody. Do budoucna se tři z pěti respondentek bojí zdravotních komplikací. Jedna si myslí, že vše bude po propuštění stejné, jako u prvního nedonošeného dítěte. Předpokládá, že to bude nelehké období. Druhá při otázkách týkajících se budoucnosti odpověděla, že to nejhorsí, tedy předčasný porod, má za sebou.

To, v čem cítí respondentky oporu, je individuální. Pro první respondentku je velice důležitá blízkost dítěte, rodina a zdravotníci. Druhá respondentka vnímá oporu v rodině a zdravotnících. Třetí respondentka udávala, že jí pomáhají ostatní matky, rodina a zdravotníci. Čtvrtá respondentka vyzdvihla manžela. U Páté je to manžel a ostatní matky. Všechny se shodují, že zásadní oporu cítí v rodině, především ve svém partnerovi. Toto zjištění je ve shodě s jinými výzkumy tohoto druhu, např. s Troupová (33).

Třetím cílem této práce bylo porovnání obou pohledů v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích. Z toho vyplývá otázka číslo tři: Kam nasměrovat současnou péči v oblasti podpory rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích v nejbližších letech?

Obě skupiny se v podstatě shodly na tom, jak se cítí rodiče po předčasném porodu a co je jim v tuto chvíli největší oporou. Pozitivně na rodiče podle zdravotníků působí brzký kontakt s dítětem a kontakt obecně. Matkám je zde po porodu umožněno vidět své dítě, jakmile to jejich zdravotní stav dovolí. Každý rodič prožívá první kontakt trochu jinak. Respondentky z řad zdravotníků si myslí, že je třeba rodiče při prvním kontaktu s dítětem povzbudit, uklidnit, podat jim informace a eventuálně si ho pohladit.

Během první péče většinou matky pociťovaly strach, aby dítěti neublížily. Zdravotníci, protože tuší jak se rodiče cítí, snaží se rozptýlit obavy rodičů tím, že jim vše vysvětlují, nejdříve ukazují, povzbuzují je a chválí. Rodiče uvedli, že se cítí být

dostatečně zapojeni do péče o dítě na specializovaném pracovišti. Zdravotníci už tak jednotní nebyli. Tři si myslí, že rodiče se cítí být dostatečně zapojeni. Jedna respondentka si myslí, že by rodiče chtěli být zapojeni do péče o dítě trochu víc, než ve skutečnosti jsou. A další uvedla, že rodiče se vždy budou cítit tak, že jsou málo zapojeni do péče o své dítě.

Z rozhovorů s respondentkami z řad rodičů vyplynulo, že asi největší přínos v péči o dítě pro ně má klokánkování. Většina zdravotníků to vidí stejně. Vyzdvihují fyzický kontakt rodiče s dítětem, tzv. kůže na kůži. Dále uvádějí, že je potřeba zapojovat rodiče do péče o dítě od zdánlivě nedůležitých maličkostí a zohledňovat povahu rodiče. Rodiče svorně udávali, že by na kontaktu s novorozencem na specializovaném pracovišti nic neměnily. Zdravotníci většinou uváděli, že neví, co by se dalo zlepšit na kontaktu rodiče s dítětem. Z toho vyplývá, že je tedy potřeba pokračovat osvědčenou metodou. Jen by možná podle jedné respondentky, mohlo být zváženo, zda nenavýšit počty pokojů pro matky s dětmi. Občas se totiž stane, že matka musí na volný pokoj čekat, aby mohla být s dítětem.

Ze šetření vyplynulo, že o odstříkávání mateřského mléka, neonatologické sestry edukují matky již na pooperační JIP, kde jsou matky po porodu. Vše jim vysvětlují a ukazují. Matky si prý bohužel někdy nepamatují, že tam za nimi po porodu někdo byl. Pak se tedy vysvětlení provádí znovu. Bylo také zmíněno, že je potřeba v této oblasti pečovat o psychiku matky. Na základě strachu o děťátko by mohla mít problémy s laktací. Tři respondentky z řad rodičů uvedly, že měli v období, kdy byly na ženském oddělení, kde ležely po pobytu na JIP pocit, že mají částečné informace o odstříkávání mateřského mléka.

Rodiče a zdravotníci se skoro všichni shodli na tom, že příběhy ostatních rodičů rodičům pomáhají. Výjimkou z řad rodičů byla jedna matka. Ta uvedla, že nikdo z jejího okolí na oddělení a ani v příbězích co četla, neměl tak nezralé dítě jako ona. Takže jí příběhy nepomohly. Jedna respondentka z řad zdravotníků se zamyslela nad tím, že rodiče by možná snáze přijímaly negativní zprávy, kdyby nečetli jen pozitivní příběhy. Ale také si myslí, že příběhy rodičům pomáhají.

Rodiče jako zdroj informací, kde se dozví něco o nedonošeném dítěti, uvedli internet, ošetřující personál a někdo knihy. Dále zmiňovali zkušenosti jiných matek a jedna dokonce svou vlastní zkušenost. Oproti tomu zdravotníci ještě navíc uvedli časopisy, brožury a nástěnky. Ze šetření dále vyplynulo, že rodiče i zdravotníci se shodují, že čeká rodiče nelehké období. Rodiče se bojí budoucnosti. Někteří mají strach, jestli zvládnou doma samostatně pečovat o dítě. Ti, kterých se to týká, se obávají cvičení podle Vojtovy metody. Většina z nich se bojí možného zdravotního postižení.

Během šetření se zjistilo, že každá respondentka z řad rodičů cítí oporu trochu v něčem jiném. Je tedy důležité, jak uvedli zdravotníci, aby přístup k jednotlivým rodičům byl individuální.

6. Závěr

Cíl 1: Zmapovat informovanost ošetrovatelského personálu o rezervách v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích.

Cíl 2: Zjistit priority rodičů v oblasti podpory rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích.

Cíl 3: Porovnání obou pohledů v podpoře rodiny nedonošeného a závažně nemocného novorozence na specializovaných pracovištích.

Závěr číslo 1 (Cíl 1)

V časné fázi je potřebná podpora obou rodičů. Je důležité začít podporovat rodiče v kontaktu s dítětem co nejdříve po porodu a následně co nejčastěji. Zdravotní personál přichází do kontaktu zejména s matkou dítěte, je však zásadní neopomenout důležitost otce, coby partnera v krizi. Je vhodné komunikovat i přímo s ním, aby dostával informace nezkršené matkou a od začátku ho zapojovat do problému. Partner je totiž mamince nejbližší a také jí nejvíce pomáhá. Ošetrovatelský personál neustále zjišťuje, co je pro matky největší oporou či potřebou ve chvíli, kdy opouštějí zdravotnická zařízení. Bohužel však ani matky nedokážou své priority v této fázi přesně definovat. Zdravotníci cítí prioritu navýšení kapacity společných pokojů pro pobyty matky s nedonošeným dítětem.

Závěr číslo 2 (Cíl 2)

Co se týká priorit rodičů v oblasti podpory rodiny, byly zjištěny následující skutečnosti. Rodiče chtějí vidět své dítě co nejdříve po porodu. Velký význam má pro rodiče klokánkování (nejčastější forma kontaktu skin to skin). V této chvíli se jim upevňuje vztah k jejich dítěti. Prioritou u rodičů je dostatek informací týkajících se péče o dítě. Pro rodiče jsou důležité příběhy jiných rodičů, kteří také mají předčasně narozené dítě. To v čem cítí rodiče oporu, je do jisté míry individuální, ale jednoznačně největší oporou je druhý z partnerů. Dále je pro rodiče prioritou blízkost dítěte. Bylo

navrženo, že by mohla v nemocnici působit laktační poradkyně a i psycholog znalý problematiky.

Závěr číslo 3 (Cíl 3)

Z porovnání obou pohledů vyplývá převážná shoda názorů obou skupin. Ošetrovatelský personál vnímá celkem přesně pocity matek po předčasném porodu a také to, kdo je jim největší oporou. Rodiče oceňují svéčasné zapojení do péče o dítě. Příběhy ostatních rodičů s podobnými problémy jsou pro rodiče přínosem. Obě skupiny shodně uvádějí, že pro rodiče má velký význam fyzický kontakt. Rodiče mají dostatek informací a mají i přehled, kde informace získat.

Myslím si, že výsledky mého výzkumného šetření se dají využít především v ošetrovatelské praxi. A proto jsem vytvořila stručný edukační materiál pro začínající porodní asistentky a neonatologické sestry.

7. Základy komunikace ošetrovatelského personálu s rodiči nedonošených dětí

Edukační materiál pro komunikaci začínajícího ošetrovatelského personálu s rodiči nedonošeného dítěte

Část 1

Základní pojmy

Předčasný porod je patologický děj. Je to porod před 38. týdnem těhotenství. Má celou řadu příčin. Dělí se na příčiny přímé (infekce, poruchy placentace,...) a nepřímé (předčasný porod v anamnéze, fyzický stav těhotné,...). Předčasný porod je důvodem mnoha perinatálních komplikací. Životaschopnost je schopnost přežití v extrauterinním prostředí po předčasném porodu. V dnešní době se za hranici životaschopnosti (viability) považuje 24. týden. Vývojové riziko nedonošených dětí je tím nižší, čím dříve se narodily.

Za nedonošeného považujeme novorozence narozeného před dokončeným 38. gestačním týdnem, s hmotností menší než 2500g. Musí se vždy posuzovat především gestační věk než hmotnost novorozence. U nedonošeného dítěte se používá pojem korigovaný věk. Myslí se tím chronologická hodnota věku, snižená o počet týdnů, o který se dítě narodilo předčasně. Korekci věku se doporučuje používat celé dva roky po porodu.

V ČR je zaveden tzv. třístupňový regionální systém péče o těhotnou a novorozence. V rámci 1. stupně se pečuje o novorozence a děti, které se narodily s nevýznamnými odchylkami v průběhu poporodní adaptace. Do 2. stupně řadíme péči o patologické a nezralostní stavy od 32. týdne, v intermediárním centru. 3. stupeň péče je v rámci perinatologického centra. V těchto centrech se pečuje o nejzávažnější neonatální patologické a nezralostní stavy.

Část 2.

Organizace poskytující podporu rodičům nedonošených dětí

Rodičům v jejich těžké životní situaci pomáhá rodina, zdravotníci a příběhy ostatních rodičů. Nemělo by se však zapomenout na roli organizací.

V roce 2002 vzniklo občanské sdružení Nedoklubko. Jejich webové stránky jsou www.nedoklubko.cz. Toto sdružení chce pomoci všem, kterým se předčasně narodilo děťátko. Cílem tohoto sdružení je podporovat rodiče předčasně narozených dětí. Zprostředkovávat jim kontakty na další organizace, které se zaměřují na konkrétní problémy spojené s nezralostí dítěte. Vytvořit prostor pro sdílení zkušeností s rodiči, kteří touto situací prošli. Toho se snaží dosáhnout formou setkávání rodičů a akcí pro širokou veřejnost. Sdružení chce spolupracovat se zainteresovanými odborníky, jako jsou neonatologové, psychologové, dětské neurologové, pediatři a další.

Podobnou organizací je sdružení Zrnka. To je zakladatelem projektu BabyKlokanci. Pro informace o tomto projektu se lze obrátit na babyklokanci@gmail.com. Cílem projektu je podpora předčasně narozených dětí, nemocných novorozenců a jejich rodin. O tento projekt se starají maminky nedonošených dětí, jejich příbuzní, ale i ostatní lidé, kteří chtějí pomoci. Zásadou projektu je vydání brožurky „Nečekaná pout“⁴. V rámci projektu jsou organizovány podpůrné skupiny, kde se setkávají maminky nedonošených dětí a zdravotníci. Zatím fungují v Českých Budějovicích, ve Zlíně a v Mostě.

Existují poradny pro potíže s kojením a výživou novorozenců a kojenců. Jednou z nich je Laktační liga. Její webové stránky jsou www.kojeni.cz. Laktační liga se zaměřuje zejména na konzultační a poradenskou činnost pro kojící ženy a zdravotníky. Organizuje školení laktačních poradců z řad zdravotníků, ale i matek. Zajišťuje provoz Laktačního centra s Národní linkou kojení. Vydává letáky a brožury. Propaguje světový den kojení. Ve spolupráci s UNICEF podporuje Baby Friendly Hospital Initiative v ČR. Zaměřuje se na pomoc při zakládání laktačních center a podpůrných skupin matek na kojení. Dále vydává časopis MAMITA a půjčuje pomůcky na kojení. Dále se rodiče

mohou obrátit laktační poradkyně, většinou napojené na specializovaná neonatologická oddělení.

V Českých Budějovicích, ale i v jiných městech funguje Společnost pro ranou péči. Posláním společnosti v Českých Budějovicích je poskytovat terénní služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě s postižením v raném věku. Jejich webové stránky jsou <http://ceskebudejovice.ranapece.cz>. Chtějí, aby jejich služby vedly k posílení kompetencí, zodpovědnosti a nezávislosti rodičů při výchově dětí. Chtějí umožnit rodině vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a žít běžný život. Středisko rané péče České Budějovice poskytuje bezplatně konzultace v domácím prostředí, ambulantní konzultace na středisku, půjčování vhodných hraček, speciálních pomůcek, literatury, videí a CD. Dále poskytuje středisko bezplatně telefonické poradenství, zasílání materiálů a zajišťují doprovod klientů k odbornému vyšetření. Organizují semináře, přednášky a zprostředkovávají kontakty na další odborníky. Za úhradu poskytují kurzy, vyšetření, konzultace pro neklienty a publikace.

Část 3

Desatero hlavních zásad podpory rodiny nedonošeného novorozence pro ošetrovatelské profese nastupující do oboru neonatologie a porodní asistence

- 1.** zajistit časný kontakt rodičů s dítětem (včetně fyzického)
- 2.** brát rodiče jako partnery v péči, rozdělit si s nimi úkoly, pravomoci a odpovědnost
- 3.** najít si čas a mluvit s rodiči o jejich pocitech
- 4.** nezapomínat na přímou komunikaci také s otcem
- 5.** všemi způsoby aktivně zapojovat rodiče do péče
- 6.** používat slova, kterým rodiče rozumí
- 7.** podávat rodičům dostatek aktuálních informací
- 8.** přistupovat k rodičům individuálně, vstřícně, citlivě, trpělivě a snažit se je povzbuzovat, motivovat a chválit
- 9.** nabádat rodiče, aby nezapomínali na péči o sebe
- 10.** zdůraznit rodičům, že i malý úspěch je úspěch

8. Souhrn ošetrovatelských diagnóz aplikovatelných na tuto problematiku v hospitalizační fázi

V rámci této práce, se vyskytlo několik ošetrovatelských problémů. Každý rodič je jiný. Proto je zde uvedena jen první část možných ošetrovatelských diagnóz.

00096 Nedostatek spánku

00093 Únava

00126 Nedostatečné znalosti

00161 Snaha zlepšit znalosti

00062 Riziko zátěže v roli pečovatele

00056 Narušené rodičovství

00164 Snaha zlepšit rodičovství

00058 Riziko narušení vztahu k nedonošenému dítěti

00060 Narušené procesy v rodině

00159 Snaha zlepšit procesy v rodině

00104 Neefektivní kojení

00105 Přerušené kojení

00064 Konflikt rodičovských rolí

00055 Neefektivní plnění rolí

00074 Oslabené zvládnání zátěže

00071 Obrané zvládnání zátěže

00069 Neefektivní zvládnání zátěže

00075 Snaha zefektivnit zvládnání zátěže v rodině

00148 Strach

00068 Snaha zlepšit duchovní well-being

00214 Zhoršený komfort

00053 Sociální izolace

9. Seznam použitých zdrojů

1. BARICZOVÁ, A. *Kojení nedonošeného novorozence*. Brno. 2010. 111 s. Bakalářská práce na Katedře porodní asistence lékařské fakultě Masarykovi univerzity. Vedoucí bakalářské práce Miloslava Kameníková.
2. BAŤOVÁ, J. Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č.3, s. 54-55. ISSN 1210-0404.
3. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelská péče*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
4. DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.
5. DORT, J. a kol. *Neonatologie: Vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
6. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B., NOVOTNÁ, L. a kol. *Narodilo se předčasně*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3
7. DUŠOVÁ, B. *Edukace v ošetrovatelství*. 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě: Zdravotně sociální fakulta Ostrava, 2005. 66 s ISBN 80-7169-893-8.
8. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

9. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVICĚ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
10. FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-663-6.
11. HANUŠČÁKOVÁ, P. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č.10, s. 2-3. ISSN 1210-0404.
12. JIRÁSKOVÁ, V. Láska k dítěti mění reakce rodičů na svět. *Aperio*. Praha: 2007, roč. 6, č.5, s. 38-50. ISSN 1214-7389
13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
14. KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 44 s. ISBN 078-80-7040-990-9.
15. KUSHNER, H. S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. 4.vyd. Praha: Portál, 2005. 144 s. ISBN 80-7367-053-4.
16. *Laktační liga* [online]. 2011 [cit. 2011-06-03]. Alternativní způsoby krmení. Dostupné z WWW: <<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=0>>.
17. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

18. MODERNÍ BABICTVÍ: Kojící matka a výživa. Č. 10. Praha: LEVRET, 2006 . Vychází 3x ročně. ISSN 1214-5572.
19. MODERNÍ BABICTVÍ: Předčasný porod. Č. 15. Praha: LEVRET, 2008 . Vychází 3x ročně. ISSN 1214-5572.
20. *Moje rodina* [online]. 2010 [cit. 2011-04-22]. Babyklokánci. Dostupné z WWW: <<http://www.moje-rodina.cz/spolecnost/babyklokanci>>.
21. MUNTAU, A. C. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3
22. MZ ČR. Koncepce ošetrovatelství, metodická opatření. In *Věstník, částka 9*, 2003 [online]. 09 / 2003. [cit. 2011/03/03]. Dostupné z: <http://www.neonatologie.cz/legislativa/>
23. *Nedoklubko* [online]. 2011 [cit. 2011-06-03]. Cíle sdružení. Dostupné z WWW: <<http://nedoklubko.cz/o-nas/cile-sdruzeni/>>.
24. *Nedoklubko* [online]. 2009 [cit. 2011-01-20]. Příručka o kojení a souvisejících věcech pro rodiče předčasně narozených. Dostupné z WWW: <<http://nedoklubko.cz/category/cinnost-nedoklubko/tiskoviny-nedoklubka-ke-stazeni/>>.
25. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
26. PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 536 s. ISBN 80-7169-969-1

27. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
28. *Reprodukční zdraví: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009 . ISBN 978-80-7262-617-5.
29. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
30. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
31. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. a kol. *Narodilo se s problémy: A co bude dál?*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 107 s. ISBN 978-7287-141-3.
33. *32Společnost pro ranou péči České Budějovice* [online]. 2009 [cit. 2011-03-06]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://ceskebudejovice.ranapece.cz/>>.
33. TROUPOVÁ, J. *Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem z ošetrovatelského pohledu*. České Budějovice, 2010. 122 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce Milan Hanzl.
34. TROUPOVÁ, J., HANZL, M. a kol. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1.vyd. Nemocnice České Budějovice, 2010. 227 s. ISBN 978-80-254-8982-6.
35. VELEMÍNSKÝ, M., ŠVIHOVEC, P. JR. A kol. *Infekce plodu a novorozence*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 414 s. ISBN 80-7254-614-7.

36. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

37. VOKURKA, V., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 7.vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.

10. Klíčová slova

předčasný porod

nedonošený novorozenec

rodiče

podpora rodičů

ošetřovatelská péče

11. Přílohy

Příloha 1 - Okruh otázek k rozhovoru s rodiči

Příloha 2 - Okruh otázek k rozhovoru se zdravotníky

Příloha 1

Okruh otázek k rozhovoru s rodiči

1. Jak jste se cítil(a) po předčasném narození Vašeho dítěte?
2. Jaký byl Váš první kontakt s nedonošeným novorozencem?
3. Kdo byl pro Vás největší oporou ve vypořádávání se s Vaší obtížnou situací v prvních dnech po předčasném narození dítěte?
4. Co bylo pro Vás nejobtížnější při první péči o dítě?
5. Měl(a) jste pocit dostatečného zapojení do péče o Vaše dítě na specializovaném pracovišti?
6. Co pro Vás bylo důležité v péči o Vaše dítě na specializovaném pracovišti?
7. Co Vám nevyhovovalo během kontaktu s novorozencem na specializovaném pracovišti?
8. Měl(a) jste po porodu pocit, že máte dostatek informací o odstříkávání mateřského mléka?
9. Jak na Vás působí příběhy ostatních rodičů, kteří si také prožili předčasný porod dítěte?
10. Jaké znáte zdroje informací, ze kterých se dozvíte něco o nedonošeném dítěti?
11. Máte představu, jak bude probíhat péče Vaše dítě po propuštění domů?

12. Čeho se nejvíce bojíte v souvislosti s péčí o Vaše dítě do budoucna?

13. Co vše Vám pomáhá při zvládnání této Vaší nelehké části života?

Příloha 2

Okruh otázek k rozhovoru se zdravotníky

1. Jak si myslíte, že se cítí rodiče po předčasném narození dítěte?
2. Jak si myslíte, že je třeba podpořit rodiče při prvním kontaktu s nedonošeným novorozencem?
3. Co si myslíte, že pomáhá rodičům při vypořádávání se s jejich obtížnou situací v prvních dnech po předčasném narození dítěte?
4. Jak podle vás rozptýlovat obavy rodičů při prvním péči o dítě?
5. Myslíte si, že se rodiče cítí být dostatečně zapojeni do péče o jejich dítě na specializovaném pracovišti?
6. V čem, je podle Vás potřeba nejvíce podporovat rodiče, v péči o jejich dítě na specializovaném pracovišti?
7. Co si myslíte, že je třeba zlepšit při kontaktu rodičů s dítětem na specializovaném pracovišti?
8. Jak edukujete rodiče o odstříkávání mateřského mléka?
9. Jak myslíte, že na rodiče působí příběhy ostatních rodičů, kteří si také prožili předčasný porod?
10. Jaké byste doporučil(a) zdroje informací, ze kterých se rodiče dozví něco o nedonošeném dítěti?

11. Čeho si myslíte, že se nejvíce rodiče bojí do budoucna?

12. Z čeho myslíte, že mají rodiče největší obavy v souvislosti s péčí o jejich dítě do budoucna?

13. Jak si myslíte, že je třeba přistupovat k rodičům předčasně narozeného dítěte na specializovaném pracovišti?