

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené
před 32. gestačním týdnem z ošetrovatelského pohledu**

Diplomová práce

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

Autor práce:
Bc. Jitka Troupová

2010

Abstract

Newborn Individualized Developmental Care of the Babies Born before Week 32 their Gestation Age from the View of the Nursing Staff

Currently, the care of premature newborn infants and their parents is mainly focused on the so-called Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) that is aimed at protection of the developing central nervous system of a premature child. This highly individualized care is especially aimed at reducing deviations of higher nervous activity of a child when he/ she is older. The aim of nursing care is to help premature child to cope with the premature delivery. To adjust the environment and the way of care so it suits the individual needs of every child. The support of the parental role and the efforts to involve parents in the care of a newborn infant as early as possible are stressed.

The following objectives were defined in the diploma thesis. To process experience with introducing new forms of the developmental care of excessively or extremely premature newborn infants from the point of view of nursing. To characterize current provision of individualized developmental care of newborn infants born before week 32 of gestation. To map the role of the nurse in delivering individualized developmental care and to find out how parents perceive the developmental care of excessively and extremely premature newborn infants. 4 research questions were raised on the basis of the objectives of the thesis. Which forms of the individualized developmental care are used in care of a newborn infant born before week 32 of gestation most? Which problems do nurses have to cope when employing individualized developmental care in the day-to-day care of newborn infants born before week 32 of gestation with and which roles of nurses are applied most when providing care? How do parents of newborn infants born before week 32 of gestation perceive the care of their child included in the individualized developmental care?

The theoretical part of the thesis deals with the issue of excessively and extremely premature newborn babies, characteristics of the individualized developmental care and the nursing strategies, the role of a nurse and the role of parents.

The practical part is focused on the qualitative research. The data were gathered via interviews conducted with nurses and mothers, observation, and content analysis of documents. The results of the research suggest the nurses have included the individualized developmental care into the nursing care of premature newborn infants at the Department of Neonatal Medicine in the Hospital in České Budějovice, however, not in its full extent. The parents perceive the included aspects of this care positively, the nursing staff is important. The research has identified problems nurses have to cope with when they implement this care and what the reserves in the implementation are. A map of the individualized developmental care that can be used by nurses in practice is the result of the research. The results can be used as a document for improving the quality of nursing care of newborn infants born before week 32 of gestation and also for determining or innovating some of the procedures relating to the attitude of the medical staff to the parents.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou prací na téma „Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem z ošetrovatelského pohledu“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1988 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

.....

Jitka Troupová

Poděkování:

Děkuji MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za laskavé vedení diplomové práce, podporu a poskytování cenných rad a konzultací.

Obsah

Seznam použitých zkratk	3
Úvod	4
1. Současný stav	5
1.1 Zajištění a organizace péče v neonatologii	5
1.2 Vybrané pojmy a statistické ukazatele v neonatologii.....	6
1.3 Charakteristika předčasně narozených novorozenců a etiologie jejich vývojového rizika	8
1.3.1 Specifické zdravotní problémy spojené s nedonošeností a nezralostí.....	9
1.4 Současné zajištění péče o předčasně narozené novorozence a ošetrovatelská péče	13
1.4.1 Výživa mateřským mlékem a kojení předčasně narozených novorozenců	17
1.4.2 Bolest u novorozence	20
1.5 Morbidita předčasně narozených novorozenců a zajištění následné péče	22
1.5.1 Centra vývojové péče a sledování vývoje novorozenců.....	24
1.6 Individualizovaná vývojová péče – NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)	25
1.6.1 Potřeby a chování novorozence	27
1.6.2 Ošetrovatelská péče a NIDCAP.....	28
1.6.3 Hodnocení chování nedonošených novorozenců	29
1.6.4 Strategie individualizované vývojové péče	30
1.6.5 Klokánkování – Kangaroo Care	34
1.7 Rodiče v individualizované péči o předčasně narozeného novorozence	36
1.7.1 Rodiče a vzájemná spolupráce s ošetrovatelským personálem	37
1.7.2 Podpora rodičů novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem.....	39
1.8 Role sestry v současné ošetrovatelské péči o novorozence.....	40
2. Cíle práce a výzkumné otázky	43
2.1 Cíle práce.....	43
2.2 Výzkumné otázky.....	43
3. Metodika	44

3.1 Metodika práce	44
3.1.1 Rozhovor	44
3.1.2 Pozorování	45
3.1.3 Obsahová analýza dokumentů	45
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	45
4. Výsledky	46
4.1 Kazuistiky.....	46
4.2 Výsledky rozhovorů s matkami zpracované do tabulek	66
4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami	72
4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami zpracované do tabulek.....	87
4.5 Výsledky pozorování	93
4.6 Mapa individualizované vývojové péče	96
5. Diskuse	97
6. Závěr	110
7. Seznam použitých zdrojů	112
8. Klíčová slova.....	121
9. Přílohy	122

Seznam použitých zkratk

APIB	Assessment of Preterm Infant Behaviour (hodnocení chování nedonošených novorozenců)
CNS	centrální nervový systém
DMO	dětská mozková obrna
ELBW	Extremely Low Birth Weight (extrémně nízká porodní hmotnost)
GIT	gastrointestinální trakt
IVH	intraventriculární krvácení (krvácení do mozkových komor)
JIP	jednotka intenzivní péče
MM	mateřské mléko
N – CPAP	kontinuální pozitivní přetlak v dýchacích cestách (nazální aplikace)
non REM	non Rapid Eye Movements (žádný pohyb očních bulbů)
NEC	nekrotická enterokolitida
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (individualizovaná vývojová péče o novorozence a hodnotící program)
PDA	perzistující tepenná dučej
PVL	periventriculární leukomalácie
RDS	syndrom respirační tísně
REM	Rapid Eye Movements (rychlý pohyb očních bulbů)
RES	jednotka resuscitační péče
ROP	retinopatie nedonošených
VLBW	Very Low Birth Weight (velmi nízká porodní hmotnost)

Úvod

Ošetrovatelská péče o předčasně narozené novorozence se posouvá stále kupředu. Prioritou péče na neonatologických pracovištích je kromě záchrany života novorozenců, optimalizovat jejich zdraví a zabezpečit dobré podmínky pro jejich další vývoj. Velký důraz je kladen na podporu rodičovské role a co nejčasnější zapojení rodičů do péče o novorozence. V současné době je v popředí zájmu v péči o nedonošené novorozence a jejich rodiče „individualizovaná vývojová péče“ (NIDCAP), jejímž cílem je ochránit vyvíjející se centrální nervový systém předčasně narozeného dítěte. Tato vysoce individualizovaná péče má zejména redukovat odchylky vyšší nervové činnosti v pozdějším věku dítěte.

Individualizovaný způsob péče o nedonošené novorozence vyžaduje některé změny v přístupu ošetrovatelského personálu. Cílem je pomoci dítěti vyrovnat se s předčasným narozením a upravit prostředí a způsob ošetrovatelské péče tak, aby vyhovoval individuálním potřebám každého dítěte. Důležité je vycházet ze znalosti chování a reakcí každého dítěte. Přínos rodičů do vývojové péče je zásadní, vytváří se kladná citová vazba mezi rodiči a dítětem, důležitá pro další vývoj dítěte. Základem podpory rodičovské role je umožnit rodičům zúčastnit se péče o dítě. Sestra je průvodcem a oporou v tomto procesu. Právě ošetrovatelský personál je v nejužším kontaktu s rodiči, na něm leží úloha poskytnout jim potřebné informace a pomoci jim získat dostatek znalostí a dovedností, aby zvládali péči o své dítě.

Tato práce se zabývá problematikou individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem, a to z ošetrovatelského pohledu. Význam ošetrovatelské péče je tím větší, čím je dítě menší, bez ní nelze dosáhnout úspěšnosti v péči o předčasně narozené novorozence. Práce je zaměřena nejen na současné zajištění individualizované vývojové péče, ale především na zkušenosti sester a jejich úlohu při realizaci této péče. Vzhledem k nezastupitelné roli rodičů při péči o nedonošené novorozence, je potřeba zachytit, jak vnímají začlenění individualizované vývojové péče do ošetřování svých dětí a získat tak důležitou zpětnou vazbu pro naše sesterské poslání.

1. Současný stav

1.1 Zajištění a organizace péče v neonatologii

Neonatologii lze definovat jako obor zajišťující standardní i specializovanou péči o novorozence. Zajištění kvalitní péče v neonatologii vyžaduje nejen dokonale připravené odborníky, ale také dobrou koncepci a funkční systém s jasně definovanými povinnostmi a kompetencemi jednotlivých článků diferencované péče. V České republice je zaveden efektivně fungující systém regionální, diferencované péče o těhotnou, plod a novorozence se sítí perinatologických center. Jedná se o třístupňový systém péče o novorozence, který tvoří 12 regionálních perinatologických center, které doplňuje několik center intermediárních. Standardní péči o novorozence přirozeně zajišťuje každá porodnice. Kritéria pro poskytování péče na jednotlivých úrovních jsou jednoznačně definována ministerstvem zdravotnictví. V současnosti se 90 % novorozenců s velmi a extrémně nízkou porodní hmotností rodí v regionálních perinatologických centrech a pro zbývající je zde vybudován systém transportní služby novorozenců. Lze tedy konstatovat, že pokud jde o stupeň centralizace v České republice, jen těžko by se hledala ve světě obdoba (21, 52, 70).

Neonatologická pracoviště I. stupně pečují o fyziologické novorozence a děti s nevýznamnými odchylkami v průběhu poporodní adaptace. Tito novorozenci mohou být ošetřováni systémem rooming-in. Pracoviště II. stupně jsou úseky intermediární péče, které navíc řeší některé lehčí patologické a nezralostní stavy novorozenců od 32. gestačního týdne (středně obtížná poporodní adaptace, novorozenci vyžadující krátkodobou ventilaci apod.). Péče o novorozence III. stupně, neonatologická centra, která jsou součástí perinatologických center, navíc poskytují intenzivní a resuscitační péči novorozencům se všemi typy poruch poporodní adaptace, včetně dlouhodobé intenzivní péče. Za ideálních podmínek by se mělo v centru narodit každé dítě s hmotností 1500g a méně a gestačním věkem 32 týdnů a méně. Mortalita a morbidita novorozenců s nízkou porodní hmotností se statisticky významně liší podle toho, zda se narodili v příslušném centru nebo byli převezeni až po narození. Centra tedy zajišťují

péči o kriticky nemocné novorozence, resuscitační a intenzivní péči, transportní službu a poskytují konzultace nižším typům pracovišť (21, 35, 70).

Nejšetnějším transportem je transport in utero. Při transportu novorozence je třeba dodržovat co nejšetnější a neoptimálnější postup, který minimalizuje zhoršení stavu dítěte. Proto musí být dítě před transportem dobře zajištěné, aby byla zaručena co největší stabilizace a komfort dítěte během převozu. Novorozenecká transportní služba je dostupná nepřetržitě 24 hodin denně a zajištěna specializovaným týmem, který zvládá zásady resuscitační a intenzivní péče o novorozence, jak z ošetrovatelského, tak léčebného hlediska. Transportní tým je po stránce personální, materiální i přístrojové samostatnou funkční jednotkou (21, 70).

Péče o matku a novorozence je typická nutností multidisciplinárního přístupu neonatologů, porodníků, genetiků a mnoha jiných odborníků. V rámci zajištění péče v regionu je důležitá jejich vzájemná spolupráce, vytvoření funkční a vzájemně propojené sítě nejen v péči o pacienty, ale také ve vzdělávání. V ČR existuje 12 regionálních perinatologických center a 9 center intermediárních. Rozvoj neonatologie ovlivnil celý dětský věk. Intenzivní péče o novorozence významně snížila kojeneckou úmrtnost a zlepšila vyhlídky nedonošených dětí na přežití a kvalitní život. Smyslem neonatologické péče je prevence a léčba komplikací poporodní adaptace, sledování vývoje rizikových novorozenců a vhodná vývojová intervence tak, aby každému dítěti bylo dopřáno dosáhnout co nejvyšší kvality života (13,14, 21, 30, 35).

1.2 Vybrané pojmy a statistické ukazatele v neonatologii

Viabilita je životaschopnost plodu, tedy schopnost přežít a dále se vyvíjet v extrauterinním prostředí po předčasném porodu. Hranice reálné životaschopnosti plodu je ustanovena na 24. týden těhotenství (21, 47).

Gestační týden je počet ukončených týdnů vývoje plodu v děloze, počítáno podle data poslední menstruace (47).

Extrémně nedonošený novorozenec – narozený do 28. gestačního týdne, s porodní hmotností pod 999 gramů. Těto klasifikaci odpovídá anglický termín ELBW (Extremely Low Birth Weight), extrémně nízká porodní hmotnost (21).

Těžce nedonošený novorozenec – narozený mezi 28. - 32. týdnem gestace, s porodní hmotností 1000 – 1499 gramů. Tomuto pojmu odpovídá anglický termín VLBW (Very Low Birth Weight), velmi nízká porodní hmotnost (21).

Chronologický a korigovaný věk jsou termíny, které je třeba odlišit při posuzování vývoje nedonošených dětí. Korekci věku je u nedonošených doporučeno používat první dva roky po porodu. Věkem dítěte je chronologický věk, tedy doba od narození dítěte ve dnech, týdnech, měsících, letech. Korigovaný věk lze definovat jako hodnotu věku chronologického sníženou o počet týdnů, o které se dítě narodilo předčasně. Například dítě narozené v ukončeném 28. týdnu těhotenství má ve věku 5 měsíců korigovaný věk 2 měsíce (47).

Narození živého dítěte se rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z těla matky, jestliže projevuje alespoň jednu ze 4 známek života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší nebo nižší než 500 gramů, přežije-li 24 hodin po porodu. Mezi známky života patří dech, srdeční akce, pulzace pupečníku, aktivní pohyb svalstva (5, 21).

Novorozenecká úmrtnost je počet zemřelých novorozenců (tedy dětí do 28. dne života) na 1000 živě narozených. Dělí se na časnou novorozeneckou úmrtnost – počet zemřelých novorozenců do 7. dne života na 1000 živě narozených a pozdní novorozeneckou úmrtnost – počet zemřelých novorozenců od 7. dne do 28. dne na 1000 živě narozených. Nízké hodnoty novorozenecké úmrtnosti řadí Českou republiku na velmi dobrou pozici v rámci Evropy. V roce 2008 činila novorozenecká úmrtnost v ČR 1,45 promile (dle ÚZIS). Pojem specifická novorozenecká úmrtnost znamená novorozeneckou úmrtnost v příslušné (specifické) hmotnostní kategorii (21, 63).

Morbidita (nemocnost) se z hlediska péče o novorozence rozděluje na časnou a pozdní. Časná morbidita se projeví od narození do propuštění novorozence do domácího ošetřování. Její přítomnost vyjadřuje pro novorozence především zvýšené vývojové riziko. Pojem pozdní morbidity se prakticky kryje s přítomností trvalého neurosenzorického postižení, které je diagnostikováno zpravidla mezi 2 – 3 rokem věku. Nemocnost nedonošených dětí je ve srovnání s ostatními dětmi vyšší. Nejde tedy jen o zvýšené riziko postižení dlouhodobého vývoje jako je dětská mozková obrna (DMO),

kognitivní a smyslové poruchy, ale také o zvýšený výskyt některých akutních i chronických onemocnění (13, 28, 47).

Uvedené statistické ukazatele patří k údajům, které umožňují srovnávat současný stav i vývojové trendy výstupů péče o novorozence mezi pracovišti, regiony i státy světa. Na podkladě analýzy výsledků péče jsou každoročně vytyčeny priority práce či oblasti péče, na které je třeba se zaměřit. V současnosti jde především o pozdní morbiditu extrémně nezralých novorozenců a závažná postižení zdravotního stavu. Úspěšnost peri a neonatologické péče je posuzována podle dosažené kvality života perinatálně ohrožených novorozenců. Dosaženými výsledky v péči o těhotnou ženu, předčasný porod a nedonošeného novorozence se Česká republika řadí k vyspělým zemím světa (15, 21, 53).

1.3 Charakteristika předčasně narozených novorozenců a etiologie jejich vývojového rizika

Předčasně narozené dítě se přizpůsobuje životu ve vnějším prostředí s většími či menšími problémy. Čím dříve dojde k předčasnému porodu, tím je narozené dítě více nezralé a zranitelné, což je příčinou jeho adaptačních problémů po narození. Nezralost orgánů a tkání souvisí více s gestačním věkem, než s hmotností novorozence. Kůže nedonošených dětí je velmi citlivá, poškození mohou způsobit dezinfekční prostředky i mechanické insulty. Například i při opatrném odlepování náplasti může dojít ke vzniku eroze, která se stane vstupní branou infekce. Kůže nezralých novorozenců je tmavě růžová, bohatě kryta mázkem, s lanugem (jemné chloupky) hlavně na ramenou, zádech a krku. U těžce nezralých novorozenců je živě červená, průsvitná, gelatinozní, s chybějícím mázkem a řídkým lanugem. Kůže je často prosáklá, mohou se tvořit otoky. Podkožní tuk chybí. Sliznice těchto dětí jsou citlivé a zranitelné. K porušení sliznice může dojít při nešetrném odsávání dýchacích cest či sondování zažívacího traktu. Ušní boltce bývají měkké i neúplně vyvinuté, prsní bradavky u těžce nedonošených jsou jen naznačeny nebo zcela chybí. Nehty jsou měkké, nepřesahují konečky prstů. Rýhování na ploskách nohou a dlaních u těžce nedonošených prakticky chybí nebo jsou vytvořeny

jen hlavní rýhy, lehce nedonošení ho mají více, ale rýhy jsou mělké. Varlata u chlapců jsou nesestouplá, u dívek vulva zeje a velké stydké pysky nepřekrývají malé (5, 21, 65).

Funkční nezralost se projevuje především jako porucha dýchání, zažívání a vyměšování, termolabilita, nezralost imunitního systému, centrální nervové soustavy. Nezralá plicní tkáň a nedostatek surfaktantu jsou příčinou nedostatečné výměny plynů. Tento stav může vést k nedostatečnému okysličování tkání. Zpomalená střevní motilita, méně trávicích šťáv i špatná evakuace žaludku vedou k déle trvající intoleranci stravy. Také smolka odchází déle než u donošených. Ledviny jsou citlivější k nepříznivým vlivům, především k hypoxii a jejich funkce je nezralá. Nezralá játra (nedostatek enzymů) nestačí vyloučit přebytek bilirubinu, což vede k hyperbilirubinémii. Žloutenka nedonošených dětí trvá tedy déle, i když nastupuje později. Předčasně narozené děti se snadno a rychle podchladí. Příčinou ztrát tepla jsou velký povrch těla vzhledem k hmotnosti dítěte, nedostatek podkožního tuku, nezralá epidermis s nedostatečnou keratinovou vrstvou (zvyšuje transepidermální ztráty vody), nízké energetické rezervy. Produkce tepla probíhá u nedonošených novorozenců téměř výhradně oxidací buněk hnědé tukové tkáně, to je proces náročný na spotřebu energie a kyslíku. Vliv na termolabilitu nezralých dětí má také nezralost termoregulačního centra. Hypotermie negativně ovlivňuje celkový stav dítěte, mohou se vyskytnout apnoické pauzy, metabolická acidóza, hypoglykémie, cyanóza. Stupeň nezralosti má dále vliv na funkci kardiovaskulárního, centrálního nervového systému a systému imunitního. Vzhledem k nezralosti imunitního systému a malé obranyschopnosti je u nezralých novorozenců zvláště důležitou součástí péče jejich ochrana před infekcí (5, 21, 70).

1.3.1 Specifické zdravotní problémy spojené s nedonošeností a nezralostí

Syndrom respirační tísně novorozence (RDS) lze považovat za výchozí bod dechových obtíží nedonošených dětí. RDS je komplexní patologický stav plic způsobený zejména nedostatkem vlastního endogenního surfaktantu a anatomickou nezralostí plic, dýchacích cest i hrudníku. Surfaktant je povrchově aktivní látka, udržuje stabilitu alveolů, zabraňuje tak jejich kolapsu na konci výdechu a vzniku atelaktáz. Při jeho nedostatku se snižuje kapacita, poddajnost plic, schopnost účinné výměny plynů.

V plicích je surfaktant přítomen v dostatečném množství zhruba od 35. týdne těhotenství. Klinicky se RDS projevuje dyspnoí, gruntingem (naříkavý výdech), tachypnoí, přidává se cyanóza. Bez terapeutického zásahu může dojít k vyčerpání dítěte, nástupu apnoických pauz, zhoršení celkového stavu, respiračnímu selhání. Tíži RDS lze ovlivnit včasným preventivním podáním kortikosteroidů matce před porodem. Postnatální terapie RDS spočívá u těžkých forem v intratracheální aplikaci surfaktantu a v zajištění dechové podpory formou včasné intubace a umělé plicní ventilace nebo distenzní terapie. Oxygenoterapie, dodávka tekutin a energie, termoneutrální prostředí a zajištění komfortu jsou další podstatné složky léčby RDS. Těžký průběh RDS může přejít v chronické plicní onemocnění tzv. bronchopulmonální dysplazii (5, 21, 47, 65).

Neonatální apnoe je klinicky závažný interval bezdeší, který trvá 15 až 20 sekund a déle, může být provázen změnami srdeční frekvence a prokrvení. Dle příčiny lze rozlišit apnoi primární v souvislosti s nezralostí dítěte a apnoi sekundární způsobenou základním patologickým stavem nebo chorobou (RDS, sepse atd.). Regulace dýchání dozrává individuálně mezi 32. až 35. gestačním týdnem. Úlohou sestry je včas apnoi rozpoznat a správně zasáhnout. Samozřejmostí je zajistit u novorozence monitoring základních životních funkcí a saturace krve kyslíkem a termoneutrální prostředí. U primárních apnoí, z nezralosti, lze využít vhodné mechanické stimulace a polohy dítěte, často je nutná oxygenoterapie, medikace a v případech opakujících se apnoických pauz event. ventilační podpora (5, 21, 47).

Intraventriculární krvácení (IVH), krvácení do mozkových komor, představuje závažný problém u nedonošených novorozenců. Germinální matrix - zárodečná hmota bohatě vaskularizovaná křehkými, tvořícími se cévami, uložená ve stěně komor reaguje krvácením i na relativně slabé insulty, jako výkyvy oxémie nebo krevního tlaku. Také nezralé chorioidální plexy jsou křehké. Vznik IVH mohou dále podporovat nešetrné manipulace, apnoické pauzy, perzistující tepenná dučej, proměnlivý mozkový průtok. Dle rozsahu jsou rozlišovány 4 stupně IVH, závažná krvácení 3. a 4. stupně ohrožují dítě bloádou odtoku mozkomíšního moku a vznikem hydrocefalu se závažným poškozením mozkové tkáně. U všech nedonošených novorozenců je rutinně sledován ultrazvukový nález na mozku (5, 21, 47).

Periventrikulární leukomalácie (PVL) jsou lokalizovaným mnohočetným ischemickým postižením bílé hmoty mozkové nekrózou. Typické uložení leukomalácií u nedonošených je v blízkosti postranních komor. Riziko vzniku PVL je podporováno nestabilitou vnitřního prostředí a nedonošeností. Děti s diagnózou PVL mají velké riziko vzniku neurologických odchylek v pozdějším věku, především dětské mozkové obrny (5, 21, 47).

Perzistující tepenná dučej (PDA) je častou komplikací postnatální adaptace krevního oběhu u nedonošených dětí. V nitroděložním životě plodu působí dučej jako bypase a většina krve tak obchází plíce. Za normálních okolností se tato spojka během prvních hodin nebo dní po narození uzavře. Pokud zůstává otevřená, může negativně ovlivňovat hemodynamiku a působit dítěti potíže jako je např. zhoršení příznaků dechové tísně, hypotenze. Léčba spočívá v konzervativním přístupu (omezení příjmu tekutin, farmakologické uzavření dučeje), při neúspěchu je nutno provést chirurgický podvaz dučeje (5, 13, 21, 47).

Nekrotizující enterokolitida (NEC) je závažná komplikace, specifická pro nezralé děti. Vliv na vznik NEC může mít infekce, špatné prokrvení střeva, významnou roli hraje i snížená obranyschopnost. Pokud část střevní stěny podlehne nekróze, dochází k ileu, v nejhorším případě až k perforaci střeva a peritonitidě. Projevuje se distenzí břicha, bolestí, poruchou pasáže stolice, intolerancí stravy, ve stolici může být příměs krve, často i celkovými příznaky. Léčba je komplexní, spočívá v zamezení perorálního příjmu, v celkové stabilizaci stavu dítěte, totální parenterální výživě, antibiotické léčbě, někdy je nutný chirurgický výkon. Prevencí je šetrné ošetřování, minimalizace invazivních metod, zabránění vzniku hypoxie, hypotenze, včasná stimulace zažívacího traktu dítěte čerstvým mateřským mlékem (21, 47).

Retinopatie nedonošených (ROP) je porucha vývoje sítnice nezralých novorozenců. Riziko retinopatie narůstá se stupněm nedonošenosti. Za normálních okolností se cévní zásobení sítnice vytváří postupně během nitroděložního vývoje, u nezralých dětí tedy není v době porodu vaskularizace sítnice dokončena. Postup vývoje retinálních cév se tak může narušit nebo zastavit, dochází k novotvoření nadbytečných cév a vaziva, až odchlípení sítnice, výsledkem je poškození zraku.

Nezralá sítnice je málo odolná vůči výkyvům vnitřního prostředí, zejména nestabilní oxygenaci. Nezralí novorozenci jsou od prvních týdnů života pravidelně vyšetřováni oftalmologem, první vyšetření by mělo být provedeno nejpozději ve 32. týdnu gestačního věku. Většina retinopatií bývá mírného stupně a spontánně regreduje. Pokud je nutná léčba, spočívá v časném zákroku na sítnici, který omezuje patologický růst cév. Metodou je kryoterapeutická nebo laserová koagulace sítnice. Dle závažnosti se u ROP rozlišuje 5 stadií, 4. a 5. stadium je velmi závažné, dochází zde již k ireverzibilním změnám. Úlohou sestry je poskytovat nezralým novorozencům preventivní péči s ohledem na možný vývoj ROP. Minimalizovat kolísání koncentrací kyslíku, působení jasného světla, vyvarovat se rychlého podání injekcí, infúze, transfúze, zajistit dítěti komfort, zacházet s ním jemně a šetrně (5, 13, 21, 47).

Riziko vzniku infekce je v důsledku nezralosti imunitního systému u nezralých novorozenců vyšší. Odpověď na styk s potencionálně infekčním agens je nedostatečná. Klinické příznaky infekce u novorozenců mohou být rozmanité a jsou mnohdy nepřilíš průkazné. Může se jednat o perinatální infekci přenesenou od matky nebo nozokomiální, tedy infekci, která vznikla v souvislosti s ošetřováním nebo léčbou novorozence ve zdravotnickém zařízení. Nozokomiální infekce představují závažnou morbiditu, a proto je nutné zajistit maximální prevenci všemi dostupnými prostředky. Omezená účinnost imunity může také vést k rychlé tendenci generalizace infekce s časným vznikem sepse. Oběhová nestabilita jako porucha poporodní adaptace nedonošených novorozenců se může projevit hypotenzí a hypoperfuzí orgánů. Důvodem k hypotenzii může být krevní ztráta při porodu, infekce, často pak nezralost adrenální hormonální odpovědi na stresovou situaci, které je nezralý novorozenec vystaven. Důvodem anémie u nedonošených novorozenců jsou malé zásoby a urychlený rozpad erytrocytů spolu se sníženou křetvorbou. Léčena je krevním převodem, podáváním hormonu erythropoetinu k urychlení vlastní produkce červených krvinek, dodáváním železa, kyseliny listové. Sestra musí vědět, že bledost dítěte, tachykardie, tachypnoe, neprospívání, apnoické pauzy a další projevy mohou mít původ v anémii (13, 21, 47, 70).

Hypotermie a hyperbilirubinémie byly zmíněny již v předchozí kapitole. Předčasně nezralý novorozenec je ohrožen hypotermií vzhledem k nedostatečné termogenezi, termoregulaci a k nedostatečné či chybějící vrstvě podkožního tuku, který slouží jako tepelná izolace. Hyperbilirubinémie má původ mimo jiné (Rh nebo ABO isoimunizace) v nezralosti funkcí jater a zvýšeném rozpadu červených krvinek. Konzervativní léčba spočívá především ve fototerapii a dostatečném přívodu tekutin (5, 13, 21).

Nezralost ledvin vede k vyšším ztrátám vody a solí, ale také k neschopnosti nadměrnou vodní a solnou zátěž vyloučit. Dalšími metabolickými problémy, které souvisí s nezralostí, jsou hypoglykémie a hypokalcémie. Zásoby glukózy a kalcia jsou u nedonošených novorozenců malé (přenáší se placentou nejvíce ve třetím trimestru). Nezralost gastrointestinálního traktu se projevuje nižší trávicí kapacitou, sníženou motilitou střev, nízkou produkcí žaludečních šťáv. Také chabé sání a špatná koordinace sání a polykání přináší problémy s výživou, zavádění enterální výživy je pomalé. V důsledku nezralosti svěračů žaludku může docházet k regurgitaci a zvracení dítěte. Obtíže s ublinkáváním a zvracením, gastroezofageální reflux (strava se po krmení ze žaludku vrací do jícnu a úst), zpravidla vyžadují zvláštní režim ošetřování. Dítě je třeba krmit častěji po menších dávkách, nechat řádně odříhnout, ukládat do zvýšené polohy (5, 13, 21, 47).

1.4 Současné zajištění péče o předčasně narozené novorozence a ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče o předčasně narozené novorozence se posouvá stále kupředu. Jde jak o profesionálně optimální zvládnutí výkonů, tak o umění podle reakcí a projevů chování dítěte rozpoznat jeho pocity, problémy a adekvátně na ně reagovat. Péče má být vždy zaměřena na naplňování všech potřeb dítěte. V praxi to znamená, že kvalitní ošetrovatelská péče musí probíhat souběžně s péčí medicínskou zaměřenou na zvládnutí poruch poporodní adaptace a široké škály patologických stavů. Význam ošetrovatelské péče je tím větší, čím je dítě menší, bez ní nelze dosáhnout úspěšnosti v péči o nezralé a patologické novorozence. Prioritou péče na neonatologických jednotkách intenzivní a resuscitační péče je kromě záchrany života novorozenců

optimalizovat jejich zdraví a zabezpečit dobré podmínky pro jejich další vývoj. Velký důraz je kladen na podporu rodičovské role a co nejčasnější zapojení rodičů do péče o novorozence. V současné době je v popředí zájmu v péči o nedonošené novorozence a jejich rodiče tzv. individualizovaná vývojová péče, jejímž cílem je ochránit vyvíjející se centrální nervový systém předčasně narozeného dítěte (12, 51, 59).

Moderně vedená komplexní péče o novorozence má redukovat svůj rozsah na nezbytně nutnou míru a akcentovat psychosociální podporu dítěte a jeho rodičů. Zásadou individuálně poskytované péče je poskytnout prvky intenzivní péče (umělou plicní ventilaci a další) pouze těm novorozencům, kteří ji skutečně potřebují. Eliminovat veškerou aktivitu na JIP, která je pro novorozence a jejich rodiče zdrojem stresu. Vytvořit prostředí, které by bylo pro dítě a rodiče co nejvíce komfortní. Dopřát dítěti maximum tělesného kontaktu s rodiči, jak to jeho zdravotní stav dovolí. Současná neonatologická péče tak preferuje poskytování maximálně ohleduplné a individuální péče. Tento přístup k péči o nezralé novorozence znamená uvážlivý přístup k indikacím invazivních metod intenzivní péče. Psychosociální stimulace a umožnění kontaktu dítěte s rodiči včas, správně a v co největší míře jsou stejně důležité jako léčebná složka péče. Komplexní péče o novorozence nejnižších váhových kategorií musí směřovat nejen k jejich přežití, ale musí vytvářet vhodné podmínky pro jejich normální růst a dozrávání, předcházet vzniku psychosomatických a neurosenzorických poškození, psychosociálních deprivací a strádání těchto dětí. Na jednotkách intenzivní a resuscitační péče jsou tyto děti obklopeny množstvím medicínské techniky, díky níž lze poskytovat celou řadu život zachraňujících léčebných metod, ale zároveň může být i překážkou v uspokojování individuálních potřeb dítěte a respektování potřeb rodičů. Také zde se otevírá velký prostor pro nelékařské zdravotnické pracovníky, aby neustále rozvíjeli ošetrovatelskou péči, zaváděli nové postupy, využili poznatků a zkušeností, obhájili je a zavedli do praxe (25, 59).

Porod nezralého novorozence s porodní hmotností pod 1500 gramů (před 32. gestačním týdnem) má být v ideálním případě veden v regionálním perinatologickém centru. Úkolem je dodržovat systém diferencované péče a důsledný transport „in utero“ v indikovaných případech. Před předčasným porodem jsou matce podány kortikoidy

za účelem maturace plic plodu. V případě zjištěné infekce, která ohrožuje plod, je u matky indikována terapie antibiotiky. Nutné je šetrné vedení porodu. Tito novorozenci vyžadují specifickou péči již v průběhu porodu a poporodního ošetření. Je třeba, aby na jednotkách intenzivní a resuscitační péče bylo dětem zajištěno vhodné prostředí a komfort. Je zde udržováno pološero, v noci téměř tma, inkubátory jsou překryté. Zvukové stimuly jsou realizovány co nejpřirozenější cestou, hluk je snaha maximálně eliminovat. Inkubátory zajišťují dětem termoneutrální prostředí a dostatečnou vlhkost. Nutné je dbát na prevenci tepelných ztrát. Péče o předčasně narozené novorozence zahrnuje monitorování poporodní adaptace a dalšího vývoje, šetrné ošetřování, polohování a přístup k dítěti, přísně dávkovanou oxygenoterapii a adekvátní ventilační podporu, podporu krevního oběhu, parenterální výživu, postupné zavádění enterální výživy a ochranu dítěte před infekcí (13, 21, 26).

Významnou součástí léčby je zajištění dobré oxygenace a eliminace kysličníku uhličitého při minimalizaci rizika barotraumatů a toxicity kyslíku. Adekvátní oxygenaci lze nezralému novorozenci zajistit oxygenoterapií, distenční terapií cestou speciálních nazálních kanyl či nosní masky (viz Příloha 4). V závažných stavech prostřednictvím umělé plicní ventilace konvenčním nebo nekonvenčním způsobem. Nedílnou součástí ventilační terapie je dechová rehabilitace a hygiena dýchacích cest. Sledování laboratorních markerů (acidobazické rovnováhy, tenze krevních plynů a dalších parametrů) je samozřejmostí. Důležité je zajištění přístupu do arteriálního řečiště, který slouží k monitoraci krevního tlaku a zároveň k atraumatickým odběrům krevních vzorků. Invazivní monitorace krevního tlaku je potřebná vzhledem k tomu, že extrémně nezralí novorozenci jsou po porodu ohroženi hypotenzí. Výživa je nejprve zajištěna parenterálně, enterální výživu je snaha zahájit co nejdříve, nejprve se jedná spíše o stimulaci zažívacího traktu než o vlastní výživu, nejvhodnější je vlastní mateřské mléko. Se zvyšováním perorálního příjmu je parenterální výživa postupně vysazována. Je nutné sledovat močení, odchod stolice, hodnotit motilitu střev a schopnost dítěte stravu resorbovat. Nezralé děti jsou vysoce ohroženy infekcí, navíc je mnoho předčasných porodů infekcí vyvoláno. Pediatric Prevention Network udává incidenci nozokomiálních infekcí 6 až 22 % u novorozenců, kteří přežijí 48 hodin na jednotce

intenzivní péče. Přísné dodržování všech opatření protiepidemického režimu je nutností. Z celé škály opatření je to především hygiena a dezinfekce rukou, ošetrovatelská péče (péče o cévní vstupy, manipulace s infúzemi, stravou, hygienická péče, dezinfekce, sterilizace, odběry biologického materiálu a další), režim prádla, návštěv, úklidu, bakteriologická monitorace prostředí, režim používání antibiotik atd. Délka pobytu dítěte na jednotce intenzivní péče je individuální, ovlivněna porodní hmotností, gestačním týdnem, ve kterém se dítě narodilo a vlastní morbiditou konkrétního novorozence. Celkově stabilizované dítě, jehož vitální funkce nejsou ohroženy a nepotřebuje dechovou podporu, je překládáno na oddělení intermediární péče. Postupně pak nastává přechod z inkubátoru do postýlky, dítě dobře saje a polyká (souhra mezi dýcháním, sáním a polykáním), nejsou problémy se zajištěním výživy (7, 21, 27, 55, 65, 66).

Po celou dobu hospitalizace (i několik měsíců) je důležitý kontakt s rodiči, díky kterému je také mnoho předčasně narozených dětí propuštěno kojených. Rodiče jsou povzbuzováni a podporováni v aktivní účasti v péči o dítě. Jakmile to zdravotní stav dítěte dovolí, je snaha zajistit společný pobyt dítěte s matkou - rooming-in (viz Příloha 5). Matka o dítě pečuje pod dohledem ošetrovatelského personálu, je také zaučena v rehabilitační či speciální péči (viz Příloha 6) (7, 26).

Ošetrovatelská péče poskytovaná v nejvyšší možné kvalitě a podle zásad něžné péče, je nezbytnou částí péče o předčasně narozené novorozence. Zahrnuje udržování tělesné teploty, podporu dýchání, odsávání horních a dolních dýchacích cest, polohování dítěte, podávání enterální výživy, péči o pokožku novorozence, o vyprazdňování, aplikaci fototerapie atd. Ošetrovatelským cílem je také pečlivé sledování novorozence a dokumentace pozorování, v neposlední řadě pak podpora a povzbuzení rodičů. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je sledování stavu dítěte a funkce přístrojů. Novorozenci narození před 32. gestačním týdnem jsou dlouhodobě sledováni neonatologem i po propuštění z nemocnice. Součástí perinatologických center jsou speciální rizikové ambulance pro předčasně narozené děti. Zde jsou děti vyšetřovány pediatrem, ale také dalšími odborníky. Výsledkem je komplexní

doporučení pro rodiče i příslušného praktického pediatra, pro neonatologa jde o důležitou zpětnou vazbu (7, 13, 36).

1.4.1 Výživa mateřským mlékem a kojení předčasně narozených novorozenců

Pro předčasně narozené děti, stejně jako pro donošené, je mateřské mléko ideální výživou (v souladu s doporučením WHO a UNICEF). Mateřské mléko (MM) je unikátní, komplexní výživa s imunologickými a růst podporujícími složkami. Koncentrace a množství jednotlivých živin v MM se mění podle zralosti vyvíjejícího se organismu dítěte. MM poskytuje soubor růstových faktorů, hormonů, enzymů a dalších látek, které umožňují postnatální vývoj tak specifických orgánů jako je CNS, slizniční imunitní systém GIT a další. Výživa mateřským mlékem má být preferována před umělou výživou. Nezralým dětem přináší výživa mateřským mlékem, ve srovnání s dětmi živenými formulemi, výhody co se týče obranyschopnosti a neuropsychického vývoje (6, 11, 71).

Nástup laktace, který je u donošených novorozenců podporován časným a častým přikládáním k prsu, není možné u předčasně narozených dětí zajistit stejným způsobem. Nedonošené děti ať už z důvodu poporodních potíží nebo své fyzické výbavy a nezralosti toho zatím nejsou schopny. Proto by matka měla co nejdříve po předčasném porodu začít s odstříkáváním či odsáváním. Ideální je odstříkávat v blízkosti dítěte, je tak upevňována vazba matky k dítěti, vede k větší produkci oxytocinu, vzniká pocit smysluplnosti této činnosti a to vede k lepšímu výslednému efektu. Frekvence odstříkávání by měla být 8 – 12x za 24 hodin, zpočátku by měla stimulace trvat 10 – 15 minut, které stačí ke stimulaci prolaktinu. Po nalití prsů by měla matka odstříkávat, dokud mléko teče a pak navíc 1-2 minuty. Délka odsávání mléka by neměla přesahovat 30 minut. Výhodou je současné odsávání obou prsů. V prvních dnech života stojí příjem tekutin a kalorií u dětí s extrémně nízkou porodní hmotností především na totální parenterální výživě. Plná enterální výživa je zavedena v proměnlivém intervalu dnů až týdnů po porodu. Nezralý zažívací trakt musí být zatěžován postupně, zpočátku pouze jedním či několika mililitry mateřského mléka. Pokud nelze podat dítěti vlastní MM, je krmeno cizím pasterizovaným mateřským

mlékem. Nejprve je výživa zajištěna gastrickou sondou. Dosažení plného kojení je ideální, podmínkou je dobře rozvinutá laktace, závislá na kvalitní podpoře a odstříkávání od prvního dne po porodu (11, 29, 35, 47, 71).

Složení mléka matek, které porodily předčasně je více přizpůsobené nárokům nezralého dítěte, také kolostrum se může tvořit ještě do 10. – 14. dne. Předčasně narozený novorozenec má dostávat mléko od své matky co nejdříve, tak začíná konkrétní pomoc matky nezralému dítěti. Podáním MM, kolostrum je v tomto ohledu nedocenitelné, dostává dítě množství protilátek, imunokompetentních buněk. Vlastní kojení lze označit za imunologickou komunikaci s matkou. Kontaktem „kůže na kůži“ (kontakt úst dítěte s bradavkou, klokánkování) jednak dítě informuje matku o svém bakteriálním osídlení a jednak se osidluje bakteriemi matky. Komplex látek (bifidogenní faktor) v MM ovlivňuje osídlení zažívacího traktu dítěte bakteriemi, osídlení střeva je důležité pro správnou stimulaci imunitního systému nezralého dítěte. V ochraně před infekcí je důležitá také dodávka sekrečního IgA, kterého je v kolostru 2x více než ve zralém mléce. Vlivem obsahu omega 3 nenasycených mastných kyselin a jejich vyváženého poměru dochází k správnému budování buněčných membrán. Správná skladba těchto struktur má zásadní význam u zrání nervového systému, dotváření nervových drah, zrání smyslových orgánů a hormonálních tkání (29).

Při zajištění výživy mateřským mlékem u nezralých novorozenců je třeba odlišit tzv. mléko přední a zadní. V prvních týdnech je u nezralých dětí preferováno podávání zadního mléka, pro vyšší kalorickou vydatnost než má plné mléko. Z prsu je nejprve odsáváno několik minut přední mléko a po této době následuje mléko zadní. Plné mateřské mléko je obvykle dítěti podáváno v době, kdy je schopné přijmout dávku z celého prsu. V růstové fázi nezralým dětem často ani tučnější zadní mléko nestačí pokrýt jejich kalorickou potřebu. Novorozencům s porodní hmotností pod 1500 gramů je mateřské mléko, z důvodu dostatečného zajištění nutričních potřeb, obohacováno speciálními fortifikátory s obsahem hydrolyzované kravské bílkoviny, cukrů, solí a vitamínů. Snahou je zajistit těmto dětem růst podobný nitroděložnímu. Fortifikace mateřského mléka zlepšuje energetický příjem, absorpci živin, zlepšuje růst, mineralizaci kostí, prospívání a psychomotorický vývoj (11, 29, 38, 71).

Je prokázáno, že u prsu si dítě lépe koordinuje sání, než při pití z lahve, efektivněji dýchá a saturace krve kyslíkem je stabilnější. Současně je vhodně stimulován psychomotorický vývoj dítěte a vytvářena vzájemná citová vazba s matkou. Všechny složky mateřského mléka pomáhají nezralému organismu dítěte správně programovat tkáň a orgány, pro jejich budoucí bezproblémovou funkci. Toto nutriční programování může ovlivnit celý život dítěte. Schopnost dítěte být kojeno závisí na vyzrálosti dějů a prostředí střeva, na schopnosti sát, polykat a koordinovat vrozené reflexy. Předčasně narozené děti, které dosáhnou 28. týdne od početí bývají schopny uchopit bradavku a olizovat z bradavky odstříkané mléko, začnou si tak uvědomovat chuť a vůni mléka. Příkladány jsou k plně odstříkanému prsu. Od 29. - 30. postkoncepčního týdne jsou děti většinou již schopné z prsu sát, ale vážně u nich koordinace mezi sáním, polykáním a dýcháním. Jsou proto stále ještě příkládány k odstříkanému prsu, jde o nenutritivní sání. Od 32. týdne je přítomna velmi důležitá koordinace sání, polykání a dýchání a hledací reflex. V této době lze novorozence začít příkládat k neodstříkanému prsu. Zpočátku se dítě velmi rychle unaví. Je nutné se řídit celkovým zdravotním stavem a individuálními schopnostmi dítěte. Postupně je nezralý novorozenec schopen několika plných kojení, sondování místo některé dávky kojení nebo použití alternativního způsobu krmení není krokem zpět. Po 34. týdnu jsou do velké míry zralé potravové a obranné reflexy (hledací, sací, polykací a kašlací), nutné k efektivnímu a bezpečnému přísátí. Po 35. týdnu od početí jsou novorozenci schopni plného kojení a prospívání. Zralost, schopnost a bezpečnost přiložení k prsu je individuální. Pro dokrmení dítěte by měly být využívány zásadně alternativní metody, jako například krmení stříkačkou, kapátkem, po prstu, ze suplementoru. Výhoda alternativního krmení je mimo jiné v tom, že vyžaduje aktivní pohyb jazyka, který je důležitý pro úspěšné kojení (11, 29).

Přijímání potravy je svou povahou sociální akt. V průběhu krmení jsou uspokojovány nejen potřeby biologické, ale i sociální a vývojové. Krmení umožňuje oční kontakt mezi dítětem a dospělým, rodič může na dítě tiše hovořit, usmívat se, sleduje signály dítěte, ale nerozptyluje je silnějšími podněty. Navazovat s dítětem kontakt, povzbuzovat jeho projevy a respektovat ztrátu zájmu a pozornosti dítěte.

Přiložení dítěte k prsu je intimní záležitostí. Intimitu poskytuje nahý prs v blízkosti dětské tváře, vzájemné dotyky, sblížování se a vnímání vůně pokožky. V případech, kdy dítě nelze kojit jsou přítomnost matky a kontakt s ní nesmírně důležité. Úlohou ošetrovatelského personálu je poučit a povzbuzovat matku, že kojení předčasně narozeného dítěte je možné, instruovat ji ohledně stimulace tvorby mléka a manipulace s mlékem. Nutné je poučení o správné hygieně a udržování laktačních pomůcek. Matka by měla být provázena sestrou ve všech výše zmíněných krocích v závislosti na zrání dítěte a jeho stavu (10, 11, 29, 41).

1.4.2 Bolest u novorozence

„Hodnocení a tišení bolesti novorozenců je neodmyslitelnou součástí práce sester na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče“ (21, s. 166). I přesto, že v novorozeneckém období lze hůře rozeznat bolest od všeobecné stresové reakce, nesmí se management bolesti zanedbat. Bolest může u novorozenců zpomalit až zvrátit proces uzdravování a nepříznivě zasáhnout do maturace nezralé CNS, její účinky bývají dlouhodobé. Je nezpochybnitelné, že novorozenec je schopen pocítit bolest, má kompletní somaticko-senzorickou výbavu důležitou pro vnímání bolestivých stimulů, a to již před narozením. V posledních stádiích vývoje plodu jsou utvářeny smyslové zkušenosti, které mají vliv na vývoj nervové tkáně. Nedonošené dítě je v této citlivé fázi vývoje namísto v děloze na novorozenecké jednotce intenzivní péče, kde na něj působí různé stimuly. Ty působí nejen na kognitivní a emocionální vývoj, ale také na strukturu a funkci centrální nervové soustavy, které mohou být ovlivněny. Už ve 20. gestačním týdnu je kůže pokryta receptory schopnými zachycovat bolestivé podněty. V tu dobu je už plod vybaven anatomickými a neurochemickými strukturami, které mu umožňují pocítovat dyskomfort. Spojení s mozkovou kůrou se začíná vyvíjet kolem 24. gestačního týdne. K dozrání reakcí plodu na bolestivé podněty dochází kolem 29. týdne gestace. Pocíťování bolesti je nejen fyziologické, ale i emocionální. Vnímání bolesti ovlivňuje gestační věk, zdravotní a psychický stav dítěte, prostředí, denní doba a stav spánku a bdění v daném okamžiku. Bolest prožitá v novorozeneckém věku může mít vliv na vnímání bolesti v celém dalším životě, tzv. paměť bolesti (1, 20, 21, 40, 57).

I když novorozenec nemůže verbalizovat svůj diskomfort a bolest, svou citlivost na bolest vyjádří specifickým chováním a dalšími změnami. V ošetrovatelské praxi jsou přítomnost a rozsah bolesti u novorozence posuzovány právě podle chování a změn fyziologických funkcí dítěte. Bolest se projeví např. povrchovým, zrychleným dýcháním, tachykardií, zvýšením krevního tlaku, změnou průtoku krve v mozku, změnou barvy a prokrvení kůže, změnou tělesné teploty na periférii, pocením dlaní, grimasováním, pláčem. Velikost změn souvisí s intenzitou a délkou trvání bolestivého stimulu a s individuálním temperamentem dítěte. V důsledku působení bolestivých stimulů dochází také k hormonálním a metabolickým změnám, např. hyperglykémii lze pokládat za validní projev bolesti. Dále jsou to změny tělesné aktivity, výrazu tváře a hlasových projevů dítěte. Moroův reflex je zvýšeně výbavný, může být přítomen třes končetin, zatínání pěstiček, propínání prstů rukou a nohou. Bolestivý pláč může být hlasitější, výše položený a trvá déle. U intubovaných dětí je nutné si všimnout tzv. „tichého pláče“. Dítě trpící dlouhotrvající bolestí nelze utiшит a relaxovat tak snadno, jako po krátkém bolestivém zákroku. Na dotyk a laskání reaguje negativně, je apatické, nekomunikuje s okolím, méně se hýbe, aby ušetřilo energii a vyhnulo se bolesti, nepláče. Vzdává boj s bolestí a postupně nereaguje ani na výrazně bolestivé stimuly (8, 18, 21).

Bolest působí intubace a pohyb endotracheální kanyly, odsávání z dýchacích cest, sondování, vpichy, zavádění drénů, aplikace nazálního CPAPu, venepunkce, vpich do patičky a další výkony. Akutní bolest novorozenec pociťuje při traumatických zákrocích, po operaci, při kolikách. Extrémní bolest provází hluboké invazivní zákroky, jako je zavádění hrudního drénu nebo při onemocněních, nekrotizující enterokolitidě, meningitidě. Dlouhotrvající bolest se může vyskytovat u NEC nebo jako opakované akutní bolesti při častých traumatických zákrocích (8, 21).

Tišení a léčba bolesti jsou nutné k zabránění nebo alespoň redukování působení nepříznivých účinků nocicepce. Optimální léčba bolesti je individuální, a to jak po stránce farmakologické, tak z hlediska nefarmakologického tišení bolesti. Základem tišení bolesti je komplexní ošetrovatelská péče. Ochrana před nepřiměřenými stimuly z okolí, zajištění vhodného prostředí pro dítě, pohodlné polohy, klidu, tepla.

Na manipulaci je třeba dítě připravit. Nejprve něžným dotykem, pokusit se o zrakový kontakt, tiše na dítě promluvit. Zapojit rodiče, pokud jsou přítomni. Matka může své dítě konejšit, hladit, držet za ruku. Je vhodné naučit matku jemnou masáž nebo dotyk na kontralaterální straně než působí nepříjemný stimul. Léčebný dotyk je dalším způsobem, který lze použít v rámci nefarmakologického tišení bolesti. Spočívá v pozvolném přiblížení rukou dospělého k tělíčku dítěte, jedna ruka se zlehka pokládá na hlavičku dítěte, druhá na podbřišek, dítě se nevystavuje dalším stimulům, důležité je setrvat v klidu až do ztišení dítěte. Také zavnutí dítěte je vhodnou strategií, uspokojuje taktilní a proprioceptivní vnímání a zvyšuje tepelný komfort dítěte. K dalším metodám patří audiostimulace a klokánkování, které jsou vhodné právě pro nezralé novorozence. Vhodné je využít na odpoutání pozornosti od bolestivých stimulů vlastní sebeuspokojovací aktivity dítěte, např. pohyb ruka-ústa, uložení do fetální polohy, nonnutritivní sání. Výzkumy potvrdily, že nenutritivní sání cukerného roztoku (sacharóza, glukóza) má analgetický význam, nejvhodnější je 24 % koncentrace (viz Příloha 7). Úlohou nefarmakologických metod je vyvolat příjemné pocity a aktivovat endogenní analgetické stimuly (1, 8, 20, 21).

Sestra musí umět rozpoznat příznaky bolesti a posoudit míru utrpení dítěte, což vyžaduje z její strany aktivní přístup a pečlivé sledování. K hodnocení bolesti je třeba zvolit vhodný a spolehlivý systém. Pro praktické použití v každodenním provozu na novorozenecké jednotce intenzivní péče je vhodná např. škála distresu ventilovaných novorozenců - DSVNI (viz Příloha 8). Jde o validní hodnotící systém, který lze použít i u neventilovaných novorozenců (8, 21).

1.5 Morbidita předčasně narozených novorozenců a zajištění následné péče

Smyslem neonatologické péče je prevence a léčba závažných patologií a poruch porodní adaptace, sledování vývoje rizikových novorozenců, vhodná vývojová intervence při známkách narušení vývoje s cílem dopřát každému dítěti dosažení co nejvyšší kvality života. „Péče o dítě a poradenství má vycházet z podrobné znalosti chování dítěte a má být volena s ohledem na individuální zvláštnosti a potřeby každého jedince“ (10, s. 161). Obecně ve světě klesá mortalita a rostou počty přežívajících dětí

s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností. V souvislosti s touto skutečností se stále častěji objevuje otázka týkající se právě kvality života těchto dětí. Ze studií publikovaných v literatuře, které porovnávaly výskyt neurosenzorických postižení u silně a extrémně nezralých novorozenců je zřejmé, že při klesající mortalitě se nezvyšuje procento těžce postižených dětí. Většina postižení vzniklého jako komplikace extrémní nezralosti, je patrná v průběhu prvních dvou let života a má dopad na život celé rodiny dítěte. Lehčí a méně zřejmé poruchy se odkrývají až v pozdějším věku. Jde např. o motorickou neobratnost, problémy s chováním a učením ve smyslu poruch pozornosti a aktivity (10, 14, 28, 73).

Časná neonatální morbidita je v České republice celostátně sledována. Zahrnuje respiratory distre syndrom (RDS), bronchopulmonální dysplazie (BPD), perinatální poškození mozku (intraventrikulární hemoragie III. a IV. stupně, cystická periventrikulární leukomalacie) a retinopatie nedonošených (ROP) 3. a vyššího stupně. Tyto komplikace výrazně zatěžují pozdní nemocnost takto postižených dětí. Dle údajů ÚZIS z roku 2008, které se týkají časně nemocnosti nedonošených novorozenců s porodní hmotností do 1500 gramů, klesla incidence závažného intrakraniálního krvácení. Incidence cystické periventrikulární leukomalacie a retinopatie nedonošených má také klesající trend (13, 14, 63).

Kromě časně morbidita je celostátně sledována také pozdní neurosenzorická morbidita. Prevalence pozdní morbidita roste s klesající porodní váhou (resp. gestačním věkem). Na základě doporučení Evropské asociace perinatální medicíny se provádí pravidelný sběr a analýza dat pozdní morbidita perinatálně ohrožených dětí ve 2 letech chronologického věku. Sledováno je několik skupin onemocnění – dětská mozková obrna (DMO), těžká mentální retardace, neurosenzorická postižení, závažná postižení zraku (vzniklá převážně v důsledku těžké retinopatie nedonošených), závažné sensorineurální postižení sluchu, kortikální slepota, porucha růstu. Analýza výskytu závažných vývojových poruch ukazuje na kvalitu perinatální a neonatální péče. Z dostupných dat České neonatologické společnosti je zřejmé, že například výskyt DMO se od roku 2001 významně snížil, také u poruch zraku pro ROP byl od roku 2003 zaznamenán prudký pokles. V souvislosti s extrémní nezralostí dochází ve školním

a předškolním věku potencionálně k rozvoji nežádoucích projevů v oblasti mentální, behaviorální, sociální a edukační. Jde o poruchy učení, jemné motoriky, adaptability, schopnosti soustředit se, schopnosti spolupráce, neobratnost, hyperaktivitu apod. (14, 53, 54, 72, 73).

1.5.1 Centra vývojové péče a sledování vývoje novorozenců

Z uvedených skutečností vyplývá potřeba dlouhodobého sledování rizikových novorozenců po propuštění do domácí péče. K tomuto účelu slouží speciální ambulance pro děti s rizikem poruchy vývoje či centrum vývojové péče při neonatologickém oddělení. Na této péči se podílí řada specialistů jako neonatolog, neurolog, oftalmolog, psycholog, fyzioterapeut, audiolog, ortoped a další jako např. z oblasti sociální péče. Je tak zajištěna kontinuita a komplexnost péče, jeden z principů evropských zdravotnických systémů. Ambulanci vede neonatolog, který zná dobře zdravotní stav dítěte, včetně průběhu gravidity a porodu. V pravidelných intervalech je zde hodnocen somatický stav, psychomotorický vývoj a růst dítěte. Provádí se oční kontroly, screening sluchu, neurologické a psychologické vyšetření. Celkový somatický vývoj je konzultován s praktickým lékařem o děti a dorost. Neurologické vyšetření umožňuje odhalit známky centrálních koordinačních nebo tonusových poruch. Časnou intervencí lze zásadním způsobem pozitivně ovlivnit vývoj dítěte, např. včasným zahájením fyzioterapie (reflexní rehabilitace dle prof. Vojty). Psychologické vyšetření stanoví úroveň rozvoje mentálních schopností, může odhalit disharmonický vývoj osobnosti dítěte, indikovat vývojovou intervenci, spolupráci rodičů se speciálním pedagogem. Ke komplexní péči patří také problematika očkování rizikových dětí, posuzování školní zralosti a pomoc postiženým dětem v integraci do společnosti (10, 13, 14, 15, 54, 70).

„Cílem činnosti centra vývojové péče je minimalizace následků perinatálního postižení rizikových dětí, integrace do rodiny, vzdělávacího systému a celé společnosti, a umožnit tak postiženému jedinci participovat na blahobytu společnosti. Nástrojem je komplexní péče, která začíná v novorozeneckém období a kontinuálně pokračuje do předškolního věku, eventuálně déle“ (15, s. 14). Dlouhodobé sledování je podmínkou zpětné vazby pro postupy v neonatální intenzivní péči a její sebereflexi (53).

1.6 Individualizovaná vývojová péče – NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

Důležitým aspektem práce na neonatologických pracovištích, především jednotkách resuscitační a intenzivní péče (JIP a RES), je snaha zabezpečit dobré podmínky pro další vývoj nedonošených dětí. Důraz je kladen na práci s rodiči, podporu rodičovské role a zapojení rodičů do péče o novorozence co nejdříve. Je třeba motivovat rodiče k co nejčasnější návštěvě novorozence na oddělení JIP a RES, podporovat je v pěstování blízkého kontaktu s dítětem a seznámit je s chováním a schopnostmi dítěte. Další prioritní oblastí je ošetřování nezralého novorozence. I zde by se mělo vycházet ze znalosti chování novorozence a jeho reakcí na vnější podněty (10).

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - NIDCAP, je program, který usiluje o individuální péči o novorozence a vychází z hodnocení jeho vývoje a chování. Tato péče má ochránit vyvíjející se centrální nervový systém předčasně narozeného dítěte. Autoři programu, kolektiv odborníků v čele s Heidelise Als, nazývají tuto péči také „péčí o mozek“ (brain care). Základem je kontinuální pečlivé sledování reakcí dítěte a hledání vhodného způsobu ošetřování, které by nepůsobilo na dítě rušivě. U nedonošených dětí se objevují neurofunkční odlišnosti centrálního nervového systému. Předčasné působení stimulů z vnějšího prostředí způsobuje předčasnou aktivaci korových drah. Předpokládá se, že tím se narušuje přiměřený vývoj zejména těch oblastí mozku, které souvisejí s komplexními mentálními procesy, s pozorností a seberegulací chování. To, že má individualizovaná péče pozitivní vliv na vývoj nedonošených dětí, bylo potvrzeno řadou studií (např. H. Als a kol.). Bylo zjištěno například zkrácení doby, po kterou děti musely být napojeny na respirátor, zkrácení doby sondování, zkrácení doby hospitalizace, lepší výsledky v hodnocení elektrofyziologických parametrů a neuromotorického vývoje těchto dětí, je uváděn také nižší výskyt intraventrikulárního krvácení do CNS. Při hodnocení chování ve 2 týdnech korigovaného věku, stejně jako v 9 měsících při hodnocení mentálního a motorického vývoje dle Bayleyové měly tyto děti lepší výsledky než děti ošetřované běžným způsobem. Individualizovaný způsob péče se jeví jako jedna z cest k dalšímu snižování morbidit nedonošených dětí. Dítě je vnímáno jako aktivní článek vlastního vývoje, jedinečná individuální osobnost. Na podkladě observace chování dítěte,

hodnocení a individualizovaném přístupu k potřebám dítěte je vypracován individualizovaný vývojový plán péče. Předčasně narozený novorozenec je vysoce reaktivní k okolnímu prostředí, proto také úprava a uspořádání prostředí patří k hlavním úkolům vývojové péče (10, 44).

Důležitým aspektem NIDCAPu je seznámit rodiče s individuálním programem péče o předčasně narozeného novorozence, naučit je pozorovat své dítě, porozumět jeho chování a zapojit je co nejdříve do ošetrovacího programu. Kvalitní zajištění individualizované vývojové péče vyžaduje multidisciplinární spolupráci. Je třeba, aby odborníci jiných oborů jako např. fyzioterapeut, neurolog, psycholog, oftalmolog a další, kteří se podílí na komplexní péči o předčasně narozené novorozence, akceptovali tento způsob péče. Implementace této specifické péče do každodenního ošetřování novorozenců vyžaduje speciálně vyškolené odborníky ve sledování dětského vývoje, schopné odhadnout a reagovat na vývojové změny dítěte, jeho individuální potřeby a charakteristiky chování. Profesionálové zajišťující vývojovou péči by měli disponovat nejen znalostmi medicínskými, ale také z oblasti psychologie a výchovy. Aplikace vývojové péče vyžaduje porozumět dětem, rodičům, rodinám. Pro vzdělávání specialistů v NIDCAP v současnosti funguje na světě 16 tréninkových středisek, z nichž je 5 v Evropě. NIDCAP trénink se neustále vyvíjí na základě nových poznatků, zkušeností. Poskytuje demonstraci nejvhodnějšího praktického přístupu a zdravotníkům zajišťujícím specifickou péči o předčasně narozené novorozence přináší prostřednictvím vyškolených specialistů praktické ošetrovatelské strategie pro podporu zrání CNS a optimalizaci dětského vývoje. V roce 2001 byla založena mezinárodní federace NIDCAP Federation International (NFI), která podporuje implementaci vývojové péče do ošetřování novorozenců, zajišťuje kvalitu NIDCAPu ve světě, vede a podporuje výzkum a vývoj v této oblasti, vzdělání a trénink specialistů (10, 44).

Zapojení rodičů do každodenní péče o jejich předčasně narozené dítě přispívá k vhodnější péči o dítě, přináší rodičům pocit vzájemné blízkosti a sounáležitosti s dítětem a přispívá tak k vytvoření optimálního emočního prostředí. Snáze se vytváří kladná citová vazba - attachment, mezi rodiči a dítětem, která je důležitá pro další vývoj dítěte. Péče o nedonošené dítě a jeho rodiče má být pojata jako kontinuální, z velké části

ošetřovatelský proces, který pokračuje i po propuštění do domácí péče. Preventivní a intervenční programy by měly být zaměřeny nejen na děti, ale také na podporu rodin a jedinců v těžké životní situaci, kam rozhodně předčasné narození dítěte patří. U dětí by měly být tyto programy (preventivní, rehabilitační, stimulační) zahájeny co nejdříve, CNS je značně plastická a terapeutický zásah co nejúčinnější. Měly by být komplexní, týkat se oblasti biologické, psychické, sociální, aby odpovídaly multifaktorové koncepci vzniku vývojových odchylek (10).

1.6.1 Potřeby a chování novorozence

Individualita člověka je dána genetickou kombinací od rodičů při početí, ale také vývoj v prenatálním a postnatálním období je individuální. Je nepochybné, že každé dítě je natolik jedinečné, že je chybou srovnávat děti v rámci zkušenosti ošetřujícího personálu nebo rodiny. Rodiče i zdravotníci by měli vnímat dítě jako konkrétní lidskou bytost a přijímat jej tak. Každý novorozenec je individuální lidská bytost s potřebami, zpočátku jsou nejvíce zastoupeny potřeby fyziologické. Potřeba výživy, vyprazdňování, kyslíku, spánku, pohybu, čistoty atd. Kromě fyziologických potřeb je důležitou potřeba bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti (62, 68).

Novorozenec potřebuje po narození především teplo, trvalý kontakt s matkou, mateřské mléko a pečlivé a vnímavé pečovatele a pozorovatele. „Od prvních minut po narození má novorozenec spektrum sociálních, psychických a citových potřeb, které bývají často přehlíženy“ (68, s. 118). Novorozenec nechce být sám, chce slyšet lidské hlasy, vidět lidské tváře, cítit bezpečí, je kompetentní lidskou bytostí s potřebou sociálního kontaktu. Také uspokojení potřeby tělesného kontaktu „kůže na kůži“ je pro novorozence důležité. Již v děloze se plod učí pohybové vzorce, během bdělosti si dumlá prstíky i pěst a naplňuje tak důležitou potřebu uspokojení a uklidnění skrze ústa. Kromě potřeb tělesných má tedy dítě rovněž naléhavé citové potřeby, které jsou možná méně výrazné, ale neméně důležité. Matka se pokouší miminku porozumět, rozlišit různé druhy pláče, uhodnout co momentálně potřebuje. Musí se naučit rozumět celému primitivnímu jazyku těla dítěte, aby projevy a chování dítěte byla schopna interpretovat a respektovat. Tato schopnost matky vzniká prostřednictvím raného, úzkého

a přetrvávajícího vzájemného kontaktu matka – dítě. Potřeba slyšet hlas matky, jeho zabarvení, kadence, tón dítě uklidňuje. Pro novorozence je po příchodu na svět vše neznámé, nové, jen málo věcí je důvěrně známých – hlas matky, vůně jejího těla, tlukot srdce. Na rozdíl od těhotenství, kdy je plod obklopen těsným prostorem, jehož hranice byly přesně stanovené, po narození se dítě stává volným a vnímá širí prostor, který je obklopuje. Potřebuje se ujistit, že je nablízku matčina náruč, potřebuje mít pocit jistoty, důvěry, bezpečí. Pohled matky je pro dítě také důležitý, matka jím své dítě zkoumá, seznamuje se s ním, učí se je znát (29, 41, 43, 61, 68).

1.6.2 Ošetrovatelská péče a NIDCAP

Při poskytování ošetrovatelské péče je důležitá znalost a rozlišení stavů spánku a bdění novorozence, je tak možné zabránit vyrušování dítěte a jeho přetěžování. Stav spánku a bdění má také vliv na projevy bolesti. Dítě přechází z hlubokého spánku do lehkého, následuje probuzení, bdělost, plné bdění až k projevům hněvu. Pokud jsou uspokojeny potřeby dítěte, uklidňuje se a usíná. Jednotlivé stavy se mění cyklicky v intervalu 1,5 – 2 hodiny. U nedonošených novorozenců převládá lehký spánek s ospalostí, dosažení hlubokého spánku je pro ně problematické, rovněž přechod mezi jednotlivými stavy je neuspořádaný. Proto je důležité zajistit předčasně narozeným novorozencům vhodné prostředí a ošetrovatelskou péči. Jestliže sestra ví, že dítě stráví hlubokým spánkem nejvíce 2 hodiny v jednom cyklu, nebude jej budit kvůli běžným ošetrovatelským intervencím a vyčká na lehký spánek dítěte, kdy se probudí samo nebo po lehkém stimulu. K rozlišení a hodnocení těchto stavů si sestra může zvolit některou z hodnotících škál, např. jednoduchou Brazeltonovu nebo škálu Alsové, která je vhodná u nedonošených novorozenců. Spánek nejmenších dětí je charakteristický individuálními rozdíly. nonREM je spánek odpočinkový, svalový tonus je nižší, rytmus dechu a srdeční aktivita změněny. REM je lehčí fáze spánku, tzv. spánek snů, je pro něj charakteristické větší svalové napětí, pomlaskávání, úsměv, občasný pohyby, pohyby bulbů. V případě nutnosti je vhodnější dítě budit v REM fázi, lehčím spánku, dle vnitřního rytmu dítěte. V děloze sdílí dítě s matkou cirkadiální rytmus, během 3. trimestru se objevují spánkové cykly. Zajišťují optimální odpočinek dítěte a vyžívání

CNS. I u nedonošených dětí sice lze pozorovat dva spánkové stavy, ale jsou často přerušované a neúplně vyjádřené. Na některé děti příznivě působí, pokud jsou ve spánku zabaleny a neruší je tak vlastní pohyby. Vliv na spánek má samozřejmě hladina hluku a osvětlení prostředí. Individuální zvláštnosti ve spánku je třeba respektovat, vyzpozorovat za jakých podmínek dítě usíná a dobře spí, a takové podmínky se snažit navodit (10, 18, 68).

1.6.3 Hodnocení chování nedonošených novorozenců

Hodnocení chování nedonošených novorozenců – Assessment of Preterm Infant Behaviour (APIB) vyzdvihuje do popředí schopnost křehkého, nedonošeného novorozence absorbovat informace (viz Příloha 9). Právě míra této schopnosti je jedním z měřítek nedonošenosti. Nedonošené dítě stráví mnohem více spánku ve fázi REM, rovněž není schopné plynule přecházet z jednoho stavu spánku a bdění do druhého, přetíženost demonstruje známkami nestability (18).

Základem hodnocení je identifikace známek stability a nestability dítěte a jejich sledování v jednotlivých subsystémech. H. Alsovou byl identifikován autonomní, motorický, stavový, pozornostně-interakční a autoregulační systém (viz Příloha 10). V autonomním systému jsou sledovány fyziologické funkce, barva kůže, mimovolní pohyby a trávicí systém. V motorickém systému je hodnocena poloha, tonus, koordinace pohybů, relaxace. Stavový systém je zaměřen na spánek, bdělost, neklid, pláč. V pozornostně-interakčním systému je sledován zrakový kontakt, výraz tváře, reakce na zvuk, tvář, objekt, event. letargii. V autoregulačním systému je posuzována schopnost adaptace, reakce na stimuly a sebeuspokojení. Známkami nestability jsou změny v srdeční frekvenci, dýchání, krevním tlaku, oxygenaci krve, v tělesné teplotě, bledost kůže, mramorování, prošedávání, cyanóza. Dále pak nekoordinované pohyby, trhavé pohyby, záškuby, extenze končetin, hypo nebo hypertonie, nepřiměřená reakce na dotyk, nemožnost sebeuspokojení a nalezení pohodlné pozice, skelný pohled, výraz paniky, nemožný zrakový kontakt, neuspořádaný cyklus spánku a bdění, přetrvávající REM spánek a podrážděnost. Naopak známkami stability jsou stabilní vitální funkce, normální barva kůže, odpovídající centrální i periferní tělesná teplota, pohyby jsou

plynulé, poloha a končetiny relaxované, dobrý svalový tonus. Dítě je schopno spát hlubokým spánkem, jsou přítomny stavy tichého bdění, po vyrušení je schopno opět usnout. Známkou stability je bdělý výraz, upřený pohled, otáčení zraku i hlavy za zvukem, hledání, pohyb ruka – ústa, sání, adaptace těla na změnu polohy. APIB pomáhá pečujícím ochraňovat a podporovat vývoj nezralého, rychle se diferencujícího CNS nedonošených novorozenců v prostředí jednotek intenzivní péče (18).

1. 6. 4 Strategie individualizované vývojové péče

Cílem vývojové intervence je pomoci dítěti vyrovnat se s předčasným narozením a upravit prostředí a způsob péče tak, aby vyhovoval individuálním potřebám každého dítěte. Snahou je vytvořit ideální podmínky vyvíjejícímu se mozku dítěte. Dítě je třeba vnímat jako aktivního spolupracovníka při péči, aktivní článek vlastního vývoje. Každé dítě vykazuje individuální známky stresu a únavy. Sledováním individuálních signálů dítěte, projevů jeho chování lze časně identifikovat známky dyskomfortu dítěte. Tak je možné aktivně navrhnout změny, plánovat a přizpůsobit ošetrovatelské strategie a poskytovanou péči s cílem synchronizovat stimulaci s rytmem spánku a bdění dítěte, posilovat snahu dítěte o seberegulaci. Rodiče jsou zahrnuti do péče o dítě, učí se rozumět svým předčasně narozeným dětem, získají zkušenosti a dovednosti, rodina tak pomáhá vývoji dítěte nejen během hospitalizace, ale i následně po propuštění. Aplikace strategií individualizované vývojové péče vyžaduje často změnu některých tradičních zvyklostí, multidisciplinární spolupráci, závisí na dobré organizaci, kultuře pracoviště a zainteresovanosti rodičů do celého terapeutického procesu. Strategie individualizované vývojové péče zahrnují péči o novorozence dle jejich individuálních potřeb, sledování projevů každého dítěte a hodnocení stavu a chování novorozenců, zajištění vhodného prostředí a komfortu pro dítě a rodinu, snahu o omezení nadměrné smyslové stimulace na JIP a s ní související vhodné časové nastavení a organizace lékařských a ošetrovatelských intervencí s ohledem na individualitu dítěte a rodiny. Dále je to snaha o zapojení rodičů do péče o nedonošené děti a jejich podpora, koordinace multioborové spolupráce v souladu s vývojovou péčí a následná péče (34, 44, 51, 64).

Důležitým krokem k zajištění optimálních podmínek pro příznivý vývoj předčasně narozeného novorozence je zabezpečit dítěti klid a komfort. Klid je účinný dar pro vývoj mozku, hlasité zvuky provokují stresové reakce dítěte, působí nestabilitu vitálních funkcí, vyrušují dítě ze spánku. Opatření ke snížení hluku jsou šetrné otevírání a zavírání oken a dveří, okének inkubátoru, nepokládat předměty na inkubátor, omezit konverzaci u lůžka dítěte, mluvit v tichých tónech, snížit hlasitost alarmů, telefonů, myslet na ticho při přemísťování věcí. Světlo by mělo být redukováno, ostré světlo dítě vyrušuje, působí změny ve stavech spánku a bdění, to komplikuje připravenost dítěte na sociální kontakt. Inkubátory jsou proto zakrývány přehozy, osvětlení sníženo na minimum, na obličej dítěte by mělo dopadat pouze nepřímé světlo. Pokud dítě nespí, nejlépe působí nízká hladina rozptýleného světla. Pohyb v bezprostřední blízkosti inkubátoru působí vibrace, které dítě vyrušují. Proto je třeba se o inkubátory neopírat a nestrkat do nich. Prostředí kolem dítěte má připomínat dětský pokoj nejen svým zařízením, ale i měkkými barvami, malým počtem lůžek, tlumeným světlem, nehluknou podlahou. Personalizace dětského prostoru má pozitivní vliv také na rodiče, mohou doplnit prostředí dítěte o hračky, obrázky atd. U lůžka dítěte nemají chybět pro rodiče pohodlná křesla. Pro zabezpečení komfortu dítěte je důležitá šetrná manipulace, zajištění vhodné polohy, správná koordinace ošetrovatelské a lékařské péče, respektování spánku a bdění novorozence, samozřejmostí je zajištění termoneutrálního prostředí. Podpora a zajištění přirozené výživy a tišení bolesti jsou neopomenutelnou součástí individualizované vývojové péče. Přínos rodičů do vývojové péče je zásadní pro jejich silný emocionální vztah k dítěti. Pokud se rodiče cítí potřební a podporovaní personálem, utváří se snáze jejich rodičovská role. Rodiče přebírají vzorce chování od personálu. Je tedy důležité, aby všichni, kteří se účastní péče o předčasně narozené dítě, respektovali a dodržovali strategie individualizované vývojové péče (21, 44, 67).

V individualizované vývojové péči o předčasně narozené novorozence je zároveň využívána aplikace konceptu bazální stimulace. Jednoznačný přínos pro dítě i rodiče přináší klokánkování. Cílem bazální stimulace u předčasně narozených novorozenců je podpořit vlastní identitu, umožnit komunikaci s okolím, zvládnout orientaci v prostoru a čase, zlepšit funkce organismu a pozitivně ovlivnit rozvoj celé

osobnosti dítěte. Praktické postupy aplikované u novorozenců navazují na rozvoj vnímání plodu během nitroděložního vývoje. Na taktilní, akustické, vizuální a chuťové podněty plod aktivně reaguje od 28. -30. týdne, citové prožitky má od 6. měsíce a od tohoto období lze prokázat reakce na smyslové podněty doprovázené základními emocemi libosti či nelibosti. Pro zdárný vývoj dítěte po narození je nutný trvalý přísun podnětů. Ten je předpokladem vývoje diferencovaných mozkových struktur. Důležitá je kvalita a kvantita podnětů, které lze novorozencům poskytnout, soustředění ošetrovatelských aktivit do určitých bloků podle potřeb dítěte a zajištění dostatečné doby pro odpočinek dítěte bez přerušení. Základem bazální stimulace jsou somatické, vestibulární, vibrační, optické, olfaktorické, auditivní, orální a taktilně-haptické stimuly. Podstatným faktorem konceptu je integrace nejbližší osoby do péče o pacienta, tedy aktivní zapojení rodičů a jejich edukace v technikách bazální stimulace. V praxi lze ke stimulaci využít polohování a ohraničení dětí pomocí speciálních polštářů tzv. hnízd, masáže, které stimulují dýchání i masáže celého těla, osobního kontaktu s pečující osobou - s ošetřující sestrou a samozřejmě s rodiči, uzpůsobení vnějšího prostředí tak, aby se co nejvíce přiblížilo prostředí intrauterinnímu (zajištění tepla, klidu, fetální polohy, redukce světla). Stimulace má být prováděna jen podle libosti dítěte, při každé manipulaci je nutné sledovat jeho reakce na podněty. Mezi kladné reakce patří zklidnění dítěte, uvolnění svalového tonu, úprava fyziologických funkcí, navození spánku. Je třeba dbát na to, aby byla zajištěna přiměřená doba jak na působení podnětů, tak na odpočinek dítěte. Sebemenší náznaky dyskomfortu novorozence je třeba časně rozpoznat. Projevem dyskomfortu mohou být změny fyziologické, tělesné aktivity, změněný výraz tváře či hlasový projev. Ošetřující personál musí projevy dítěte citlivě vnímat a naučit také rodiče porozumět reakcím jejich miminka (23, 24, 33, 56).

Hnízda – oválné polohovací polštáře, zajišťují mikromasáž tělíčka novorozence, lze je jednoduše tvarovat a nabídnout tak dítěti různé možnosti polohování, zejména u předčasně narozených dětí snižuje negativní vnímání nového prostoru, v němž se po narození ocitají. Dále lze využít antidekubitární podložky – kožíšky, gelové a perličkové podložky a pomůcky, fleecové dečky pro přikrytí a zavinutí novorozenců, event. oblečení dítěte v inkubátoru. Různým tvarováním těchto pomůcek lze vytvořit

dítěti jakýsi pelíšek, zajistit fetální polohu, což mu přináší zklidnění, pocit jistoty a bezpečí, zvyšuje se tepelný komfort dítěte, taktilní a proprioceptivní vnímání (viz Příloha 11). Pro nedonošené děti je obtížné stabilizovat své chování, manipulace je přímým zdrojem stresu, dítě zůstává probuzené, obtížně se uklidňuje, očekává další inzult. Manipulovat s dítětem je nutné v souladu s jeho chováním a rozpoznáním kdy je připraveno na kontakt s okolím a kdy potřebuje odpočinek. Je třeba používat smysluplné pohyby, zvedat a pokládat novorozence vždy pomalu, postupně, při náhlém a trhaném zvednutí dítě ztrácí orientaci, reaguje zvýšeným tonusem, úzkostí. Během přebalování dbát, aby zůstala hmotnost dítěte na podložce, zvedání nožiček působí nepříznivě u nezralých novorozenců a dětí s gastroezofageálním refluxem. Rovněž hygienická péče je zdrojem podnětů, jemnou masáží po koupeli vtíráme např. emulzi, čímž přetrvává taktilní kontakt s tělem dítěte. Dětem na ventilační podpoře je prováděna dechová rehabilitace k uvolnění hlenu a masáž stimulační dýchání, cílem je zklidnění dítěte a navození adekvátní spontánní ventilace (19, 21, 33, 56).

Pozitivní dotyky, různé druhy dotykové interakce, jsou pro předčasně narozeného novorozence důležité jako protipól negativních prožitků, které sebou přináší intenzivní péče (viz Příloha 12). Jemné doteky dítě uklidní a postupně uvolní. Už při prvních dotycích se vytváří základ budoucích tělesných zkušeností, vzájemná citová vazba mezi rodičem a dítětem, vztah důvěry. Dotek je důležitý nejen proto, že hmat má vedle zraku největší percepční možnosti, ale také pro jeho význam v neverbální komunikaci. Už v průběhu intrauterinního života plod není pouze pasivní, ale aktivně se účastní komunikace s matkou. Matka emocionálně reaguje na spontánní pohybovou aktivitu plodu, což jej zpětně ovlivňuje a vytváří se tak mezi nimi dialog. V důsledku předčasného porodu dochází k přerušování vývoje této vzájemné komunikace a zkomplikování vývoje sociální interakce. Prostřednictvím konceptu bazální stimulace jsou nabízeny podněty a pohyb, s jejichž pomocí je navázána komunikace s dítětem. Mnohé studie potvrdily pozitivní efekt jemných dotyků a masáží na celkový stav a vývoj novorozenců. Základním principem je velmi jemný dotyk, každá manipulace má začínat a končit iniciálním dotykem (přivítáním, ukončením kontaktu) a nemá chybět ani zrakový a hlasový kontakt s dítětem. Konejšivý dotyk je často první způsob

dotyku, který předčasně narozené dítě přijme. Toto pouhé přikládání dlaní na tělo miminka je prospěšné opakovat několikrát denně, dodává energii a navozuje zklidnění. Postupně lze doteky přidávat přes něžné hlazení až po tzv. motýlí masáže, které je možné užít, pokud je děťátko stabilní, bez závislosti na přístrojích. Při masážích se užívají tři druhy pohybů hlazení, jemné třepání a kroužení, vždy směrem shora dolů a od středu do boků. V souvislosti s masážemi lze zmínit také možnost využití aromaterapie, nutné je pečlivě zvolit vhodné prostředky (např. panenské rostlinné oleje lisované za studena). Zároveň jsou tak zprostředkovány čichové podněty, které mohou ovlivňovat dýchání předčasně narozených dětí, např. vůně vanilky podporuje a prohlubuje dýchání a pomáhá tak předcházet vzniku apnoe. Vhodné pozadí, které zmírňuje rušivé zvuky, může v neonatální péči představovat muzikoterapie. Tímto způsobem může být podporována homeostáza a neurologický vývoj předčasně narozeného dítěte. Něžné a láskyplné dotyky, pohled z očí do očí, promlouvání k dítěti tichým hlasem podporují vznikající pouto mezi rodiči a dítětem, rodiče tak vyjadřují svou lásku a dítě se cítí dobře. Čím je něžnější dotek, tím je příznivější jeho přijetí. Pokud nemohou tuto péči poskytnout dítěti rodiče je na sestře, aby snížila něžnou péči následky způsobené odloučením (11, 24, 37, 60).

1. 6. 5 Klokánkování – Kangaroo Care

Kangaroo care – klokánkování umožňuje časný kontakt rodiče s dítětem a příznivě podporuje poporodní adaptaci předčasně narozených novorozenců i dětí donošených. Tato metoda má původ v Bogotě, v Kolumbii v roce 1978, kde byli lékaři nuceni řešit problém s nedostatkem inkubátorů a vysokým rizikem perinatální infekce při dlouhodobé hospitalizaci nedonošených novorozenců. Inspirací pro vznik této metody bylo klokaní mládě, které je vlastně nejznámějším nedonošencem. Samice ho ve svém vaku na břicho chrání, zahřívá, krmí podle potřeb. Kolumbijské matky „klokánkovali“ své děti skin-to-skin pomocí úvazků šátky, rovněž kojení bylo kdykoliv snadno proveditelné. Díky tomuto jednoduchému a přirozenému řešení výrazně poklesla morbidita i mortalita u předčasně narozených dětí v těchto zeměpisných šířkách (9, 23, 39).

Klokáňování lze zahájit, pokud je stav dítěte stabilní, kontraindikací není ani ventilační podpora (viz příloha 13). Překážkou rovněž není pulsní oxymetrie, další monitoring dítěte nebo infuze. Intervaly klokáňování se postupně prodlužují (nejprve 5 minut, později i 1 hodinu), vhodné je klokáňovat co nejčastěji, alespoň 2-3 krát denně, nejlépe před krmením, kdy se dítě může pokusit přisát k bradavce. V místnosti má být teplo a příjemné prostředí, polohovací křeslo, důležité je vhodné oblečení matky, případně otce. Nejvhodnější je bavlněné oblečení s rozepínáním vpředu, podprsenka je nevhodná. Novorozenec má na sobě pouze jednorázovou plenku, event. čepičku a ponožky a je na těle rodiče přikryt fleecovou dečkou (viz Příloha 13). Dítě je pokládáno na holou kůži rodiče, svislá poloha dítěte je výhodná pro jeho dýchání. Zpočátku je upřednostňována poloha tváří dítěte k levému prsu, aby vnímalo tlukot matčina srdce. Vzájemně tak vnímají rytmus svého těla, předávají si jemné dotyky a pohazení. Miminko může na těle matky klidně odpočívat nebo jej matka může jemně stimulovat v rytmu jeho dechu (kontaktní dýchání). Aktivita všech členů týmu, který pečuje o dítě, musí být zkoordinovány tak, aby nedocházelo k vyrušování matky a dítěte během klokáňování a byl jim zabezpečen maximální komfort. Úlohou sestry je poskytnout rodičům dostatek informací před zahájením klokáňování, být na blízku, pro případ, že bude matka potřebovat její pomoc a samozřejmě sledovat klinický stav dítěte (2, 29, 39, 45).

Vlivem klokáňování dochází u dítěte k rychlejší stabilizaci, snižuje se výskyt periodického dýchání a apnoických pauz, byla pozorována nižší frekvence bradykardií i vyšší saturace kyslíku v krvi. Tělesná teplota je stabilnější, matka dokáže být termosynchronní se svým potomkem, funguje jako „přirozený inkubátor“, dítě tak spotřebuje méně energie. Intenzivní tělesný kontakt mezi matkou a dítětem pomáhá synchronizovat rytmus spánku a bdění, spánek je hlubší, periody bdělosti se prodlužují, frekvence pláče je také nižší. Skin-to-skin kontakt stimuluje let-down reflex, usnadňuje ejekci a tvorbu mléka, hledací reflex je intenzivnější, dítě získává všechny výhody spojené s kojením. Za zmínku stojí také snížení rizika nozokomiálních infekcí. Klokáňování má pozitivní vliv na růst dítěte, jsou vykazovány rychlejší hmotnostní přírůstky, také propuštění do domácí péče bývá časnější. Matce přináší klokáňování

uspokojení z kontaktu s dítětem, získává pocit, že dokončila porod svého dítěte úspěšně a dává mu nejlepší možnou péči. Matka lépe poznává projevy, potřeby a signály dítěte, komunikuje s dítětem (9, 39, 45).

Kangaroo care je dostupná a biologicky přirozená metoda, která přináší nesporné výhody pro předčasně narozené dítě i jeho rodiče. Umožňuje vytváření pevné citové vazby mezi matkou a dítětem, tolik potřebný skin-to-skin kontakt a ideálně výhradní kojení. Na dosažitelnost cílů a výsad této péče má vliv vhodné zázemí na neonatologických pracovištích, informovanost a entuziasmus rodičů a samozřejmě aktuální zdravotní stav dítěte (23, 39).

1. 7 Rodiče v individualizované péči o předčasně narozeného novorozence

Předčasné narození dítěte je pro rodiče náročnou zátěžovou situací. Příprava na rodičovství není „dokončena“, život celé rodiny se od základu mění požadavky, které vyplývají z péče o takové novorozené dítě. Žena je předčasným porodem doslova katapultována do role, na kterou ještě není připravena, často trpí pocity viny, že nebyla schopna dítě donosit, může mít obavy z toho, že nebude dobrou matkou, z reakce rodiny a okolí. Konfrontace fantazií, které rodiče o dítěti měli, s dítětem v inkubátoru je často těžko únosná. Matka s dítětem jsou zároveň ochuzeni o první vzájemný kontakt – bonding, proces budování časných vazeb mezi matkou a novorozencem nemůže být bezprostředně po porodu zahájen. Narození dítěte neprovází obvyklá radost, matka se na několik měsíců přesouvá do nemocnice za svým dítětem, může prožívat pocity izolace bezmoci a úzkosti. Role otců je také náročná, pracují, případně pečují o další děti a své nedonošené dítě vidí jen občas a na krátkou dobu. Očekává se od nich podpora, a přitom často nemají, jak a kde vyjádřit své starosti a obavy. Předčasné narození může být spojeno s řadou komplikací v neonatálním období, které mohou dále nepříznivě ovlivnit vývoj dítěte. Vedle biologických faktorů mohou mít nepříznivý vliv na nedonošené dítě také faktory psychosociální, což úzce souvisí s interakčním vztahem matka – dítě. Především depresivní ladění matky je nepříznivé pro optimální vývoj tohoto vztahu. S kvalitou podpory, které se v tomto složitém období matce dostává, souvisí její psychický stav, ten se může promítat i do vztahu k dítěti (10, 11, 32, 42).

Rodiče jsou od přírody vybaveni přiměřenými schopnostmi pečovat o dítě se zřetelem k jeho individualitě a k jeho vývojovým potřebám. V každodenních interakcích mezi rodičem a dítětem se projevuje intuitivní rodičovské chování, které poskytuje dítěti podporu a usnadňuje mu regulaci vlastního chování, učení, komunikaci. Pozitivní signály ze strany dítěte jsou pak pro rodiče odměnou, upevňuje se kladný vztah rodičů k dítěti a jejich důvěra ve své pečovatelské schopnosti. Intuitivní rodičovská péče však může být různými nepříznivými faktory narušena, pozornost je tedy třeba věnovat nejen dítěti, ale i rodičům. Individuální rodičovská péče je důležitou složkou péče o nejmenší děti, proto by v ní rodiče měli být podporováni a měly by jim být poskytnuty služby jako psychologická a poradenská péče. S cílem podpořit rodičovskou roli a co nejčasněji zapojit rodiče do péče o novorozence, již na neonatologické JIP, se ošetřující personál snaží motivovat rodiče k co nejčastějším návštěvám jejich dítěte a podporovat je v pěstování vzájemného blízkého kontaktu. Zapojení rodičů do péče začíná takovými maličkostmi jako je hlazení, měření tělesné teploty, přebalování a to i v době, kdy je dítě odkázáno na ventilační podporu. Psychická pohoda matky a pocit jistoty, že je o dítě dobře postaráno, možnost kdykoli jej vidět a podílet se na jeho ošetřování má velký vliv také na rozvoj a udržení laktace. Důležitým okamžikem je pro rodiče i dítě možnost „klokánkování“. Rodiče popisují, že zažívají skutečný pocit rodičovské kompetence (4, 10, 51).

1.7.1 Rodiče a vzájemná spolupráce s ošetřovatelským personálem

Prvním nejbližším okolím je pro rodiče předčasně narozeného dítěte zdravotnický personál. Citlivé chování personálu, vhodné podávání informací a poskytnutí emoční podpory jsou velmi důležité. Tyto skutečnosti mají vliv na to, jak se rodiče s obtížnou situací vyrovnají, případně jaký vztah naváží ke svému dítěti. Odpovědnost za to, jaký vzájemný kontakt se vybuduje mezi rodiči a zdravotníky však nesou obě strany. Předcházet zbytečným nedorozuměním lze aktivním přístupem ze strany zdravotnického personálu, vyzývat rodiče, aby se ptali a přesvědčit se, zda podaným informacím rozumí. Vybudování dobrého vztahu mezi rodiči a personálem, který pečuje o jejich předčasně narozené dítě, je jedním z podpůrných pilířů při zvládnutí

adaptace rodičů na těžkou životní událost. Právě ošetrovatelský personál často vykonává neocenitelnou službu pro rodiče, která by mohla být nazvána podpůrnou psychoterapií. To, že projevují zájem nejen o dítě, ale i o rodiče a podporují je v jejich nové rodičovské roli, přináší prospěch dětem, rodičům, ale i personálu. Psychologicko-sociální a medicínská péče musí být vnímány zdravotnickým týmem jako rovnocenné, stejně důležité. Na psycho-sociální podporu rozvoje dítěte a vztahu dítě-rodič je dbáno již v prostředí neonatální intenzivní péče, podporován je co nejčastější kontakt novorozence s rodiči. „Zdravotnický personál by proto měl být doškolen i v otázkách mezilidské komunikace a podpory v těžkých životních situacích“ (51, s. 35). Na pracovištích také zpravidla není zajištěna kontinuální péče provádějícího odborníka, který je matce a rodině k dispozici a je zároveň kontaktní osobou mezi rodiči, personálem, psychologem či psychiatrem (25, 50, 51).

V souladu se současnými trendy v péči o hospitalizované děti se rodiče spolupodílejí na jejich ošetřování. Zvláště společná hospitalizace rodičů s dětmi klade na zdravotnický personál větší nároky po stránce psychické, materiální i časové. Pro sestry, které jsou ve styku s rodiči častěji než lékaři, je důležité znát aktuální potřeby rodičů. Rodiče, jejichž dítě je umístěno na JIP procházejí postupně třemi fázemi vývoje. Naivní důvěřivostí, kdy potřebují informace, ujišťování, podporu a pocit bezpečí v jejich izolaci. Vystřízlivěním, kdy se zajímají o péči, která je poskytována jejich dítěti a spojenectvím, což je fáze, kdy spolupracují se sestrami a směřují k dosažení plánovaných cílů. Tato poslední fáze pokračuje do propuštění dítěte. Vytvoření citového vztahu mezi nedonošeným novorozencem a jeho rodiči může někdy být velmi složité. Základem podpory rodičů je umožnit jim zúčastnit se péče dítě, nést za ni zodpovědnost a získat vědomosti o stavu dítěte. Sestra je průvodcem a oporou v tomto procesu, což činí její práci velice obtížnou. V hierarchii povinností sestry se může zdát, že podpora rodičů je až na posledním místě a je opět na sestrách, aby z této činnosti udělaly svou osobní prioritu. Zdravotníci by měli vnímat dvojici matka-dítě jako jedinečnou a originální ve vzájemné interakci a tuto skutečnost neopomíjet při utváření režimových opatření (21, 58, 68).

1.7.2 Podpora rodičů novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem

V případě matky je základem podpory již před předčasným porodem dobrá komunikace mezi neonatologem a porodníky, neonatálními sestrami a porodními asistentkami. Rodiče mají právo být v blízkosti svého dítěte v kritických okamžicích jeho života, novorozenecké jednotky intenzivní péče by jim měly vycházet vstříc, oba rodiče seznámit s prostředím JIP a povzbuzovat je k optimálnímu kontaktu s dítětem. Po dobu hospitalizace dítěte na JIP by měl rodičům podávat informace pokud možno jeden ošetřující lékař. Rodiče je snaha zapojit do péče o dítě co nejdříve, měli by dostat informace o vhodné stimulaci novorozence s nezralou a velice citlivou centrální nervovou soustavou. Dokonce i informování a připravení rodiče pociťují při návštěvě svého dítěte na JIP řadu negativních emocí, zármutek, šok, úzkost, beznaděj, pocit studu a popření, strach z toho co přijde a jaké to bude mít následky. Základním principem podpory rodičů je, aby zdravotníci profesionálové brali rodiče jako partnery v péči o dítě. Dobrá a efektivní komunikace je pro úspěšnou spolupráci s rodiči nezbytná. Je třeba užívat slova, kterým rodiče rozumí, přesvědčit se, zda poskytnuté informace chápou, povzbuzovat je k otázkám, informovat je, edukovat, ale nepoučovat. Rozhodnutí rodičů mají být respektována (21, 32).

V současné době je na většině neonatologických pracovišť umožněn otevřený přístup a přístup k návštěvám je benevolentnější. Rodiče se při návštěvě svých dětí dotýkají, mohou jim přinést vlastní bačkůrky a hračky. V kontaktu s rodiči jsou nejčastěji sestry, je třeba, aby využívaly svých zkušeností v edukaci rodičů. Rodiče pak lépe porozumí svému dítěti a snáze k němu naleznou správný přístup. Sestra na neonatologickém pracovišti musí mít dostatek trpělivosti pro opakované vyučování matek v péči o dítě, přitom musí přístup k matkám individualizovat a respektovat jedinečnost každé osobnosti (5, 17).

Podporou pro rodiče mohou být například setkávání rodičů nedonošených dětí ve svépomocných nebo odborníky organizovaných skupinách. Z iniciativy rodičů nedonošených dětí vzniklo v roce 2002 občanské sdružení Nedoklubko, které mimo jiné provozuje telefonickou linku Help line pro rodiče předčasně narozených dětí. Široká škála informací je pro rodiče přístupná na internetových stránkách www.nedoklubko.cz

a www.nedoklubko.blogspot.com. Po propuštění předčasně narozeného dítěte do domácí péče je v rámci následné péče zajištěno pravidelné sledování stavu a vývoje dětí narozených před 32. gestačním týdnem v rizikových centrech. Tyto poradny pro rizikové novorozence, ambulance či centra vývojové péče jsou zřízena při neonatologických pracovištích. Při potížích s kojením a krmením se rodiče mohou mimo riziková centra obrátit např. na Laktační ligu. Centrum komplexní péče pro děti s poruchami vývoje ve FN Motol, se zaměřuje na analýzu poruch chování dětí raného věku. Mohou se sem obracet rodiče s nadměrně plačtivými dětmi, dětmi s poruchami spánku, obtížemi spojenými s krmením. Toto pracoviště se také zaměřuje na poruchy interakčního chování rodiče – dítě u dětí raného věku a mimo jiné využívá mikroanalýzu videozáznamů tohoto chování (11, 34, 51).

1. 8 Role sestry v současné ošetrovatelské péči o novorozence

Ošetrovatelská profese má v systému zdravotní péče nezastupitelnou úlohu a představuje značný přínos do oblasti zdraví jednotlivců i skupin. V současné nemocnici je sestra na straně jedné podřízena lékaři, na straně druhé sesterskému managementu. Stále se rozšiřují nové odpovědnosti sester, ale také administrativní agenda se rozrůstá a zatěžuje sestry činnostmi, které bezprostředně s ošetřováním pacientů nesouvisí. Do popředí se dostávají také činnosti ve vztahu k mentální hygieně (tedy pomoc sestry pacientovi při zdolávání nemoci a vyrovnání se s nemocí), činnosti spojené s funkcí vychovatele, s rozšiřováním odborné funkce sestry ve zvyšování úrovně léčebné péče, v účasti na rozvoji ošetrovatelské teorie (3).

Základ role sestry tvoří souhrn funkčně odlišných činností, které musí být každá sestra připravena v případě potřeby aktivovat. Jde o dílčí role v oblasti ošetrovatelsko-pečovatelství, expresivní, výchovné, instrumentální (technické), poradenské (rodina, veřejnost), podpory a výchovy ke zdraví (prevence), organizace a administrativy a další. Realizaci role sestry může komplikovat potřeba dodržovat přesně stanovené normy pro výkon většiny činností ve zdravotnictví, které jsou však zdravotníci nuceni uplatňovat v jedinečných situacích. Správné osvojení role může vyloučit nedomyšlené a lehkomyšlné porušování pravidel a chování nebo naopak rigorózní vazbu na pravidla.

Vliv má také společenská prestiž povolání sestry, na ní do jisté míry závisí adaptace na nové vzory chování, odpovědnosti, funkce a osvojení si role. Sestra zaujímá v procesu ošetřování pacienta různé role. V terapeutickém interpersonálním vztahu tak zaujímá nejprve roli neznámé osoby při prvním setkání s pacientem, jeho rodinou a dále se pak mohou uplatňovat další role jak například role pomocnice, učitelky, vůdce, zástupce, poradce (3, 46).

Profese sestry zahrnuje systém rolí, které spočívají v pomoci jednotlivci, rodině, skupině, v identifikaci jejich fyzických, mentálních a sociálních schopností v životním prostředí, ve kterém žijí a pracují. K dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče je nutné, aby sestry získávaly nové vědomosti a poznatky v oblasti nemoci a zdraví jedince nebo skupiny a zároveň musí mít kompetence. Díky kompetencím sestra může rozvíjet a uskutečňovat činnosti, které podporují, udržují zdraví a zabraňují nemoci. Pojem role sestry představuje vzor chování určený požadavky sesterské profese. Nevztahuje se však jen k chování jedince – sestry, ale i k prožívání, emocím, postojům, k vlastnostem osobnosti a hodnotovému systému. Roli sestry charakterizují tyto znaky: sestra při své práci vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů, má schopnost zajistit nemocnému pocit jistoty, je emocionálně neutrální - schopnost podřídit svou emocionalitu racionální kontrole. V současnosti sestra nejčastěji plní roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, výzkumnice, mentorky. Tedy poskytuje ošetrovatelskou péči, chápe jedince a skupiny holisticky, zohledňuje jejich zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb, řídí ošetrovatelský proces a poskytuje tak efektivní a koordinovanou péči. Role edukátorky je mnohostranně zaměřená, utváří a formuje jednání a chování jedince, skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. V roli advokátky sestra obhajuje zájmy pacienta, tlumočí a předkládá jeho názory a požadavky, reprezentuje a vysvětluje pacientovi jeho práva. Zároveň jde o projev zájmu o pacienta. V roli nositelky změn ovlivňuje účinnost ošetrovatelské péče, působí proti stagnaci profese. Předpokladem pro uplatnění sestry jako výzkumnice jsou přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v ošetrovatelství. Pro roli mentorky je nezbytná zralost osobnosti a adekvátní klinická a pedagogická způsobilost (16).

Role dětské sestry se v průběhu let přirozeně také značně změnila, zvyšují se nároky na sestru, mění se role pacienta i rodiny, která je aktivním účastníkem péče. Raná hospitalizace dítěte je pro dítě a jeho rodinu závažnou životní situací. Péče o dítě musí být pojata dynamicky a celistvě. Ošetrovatelská péče vychází z individuálních potřeb dítěte, je aktivní a vstřícná. Rodina očekává, že jí sestra bude pomáhat, bude schopna předvídat komplikace a zabránit jim, zajistí podporu a stimulaci jejich dítěti a zároveň zastane roli učitele a obhájce. Proto nesmí sestře chybět empatie, důslednost, vědomosti, znalosti a jejich správné využití. Poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče mírní sestra nežádoucí vlivy, které působí na hospitalizované dítě, usnadňuje tak jeho adaptaci a uspokojování individuálních potřeb. V neposlední řadě je sestra dítěti i rodině sociální oporou. Sestra v péči o novorozence musí znát fyziologické hodnoty a funkce zdravého novorozence, mít zkušenosti s observací a hodnocením dítěte. Podílí se v rámci svých kompetencí na komplexní péči o novorozence, organizuje a řídí ošetrovatelskou péči, zaměřuje se na spolupráci s rodinou. Se zvyšující se autonomií sestry v oblasti ošetrovatelského procesu se zvyšuje i její odpovědnost a samostatnost. Hlavním cílem je zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči (18, 22, 48, 58).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zpracovat z ošetrovatelského hlediska zkušenosti se zaváděním nových forem vývojové péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence.
2. Charakterizovat současné zajištění individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem.
3. Zmapovat úlohu sestry v poskytování individualizované vývojové péče.
4. Zjistit jak je vývojová péče vnímána rodiči těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

2.2 Výzkumné otázky

V diplomové práci byly položeny tyto výzkumné otázky:

1. Jaké formy individualizované vývojové péče jsou nejčastěji využívány v ošetrovatelské péči o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem?
2. S jakými problémy se sestry setkávají při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence?
3. Které z rolí sestry se nejvíce uplatňují při poskytování individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem?
4. Jak vnímají rodiče novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem zařazení individualizované vývojové péče do ošetrování jejich dítěte?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Práce byla zpracována na podkladě výsledků kvalitativního výzkumného šetření. K získání dat byla použita metoda hloubkového strukturovaného rozhovoru, metoda obsahové analýzy dokumentů a zúčastněného pozorování. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány formou kazuistik, volným přepisem rozhovorů se sestrami, doplněny o výsledky pozorování sester a následně zaznamenány do kategorizovaných tabulek v programu Microsoft Word. Z organizačních důvodů byla část výzkumu, která se zaměřovala na rodiče, realizována v absolutní většině prostřednictvím matek novorozenců. Pro zachování anonymity neodpovídají použitá křestní jména dětí skutečnosti. Výzkumné šetření probíhalo na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice. Sběr dat byl uskutečněn v rozmezí března 2010 – července 2010.

3.1.1 Rozhovor

K analýze názorů od rodičů a sester byl použit hloubkový strukturovaný rozhovor. Cílem rozhovoru s rodiči bylo zjistit, jak vnímají zařazení individualizované vývojové péče do ošetřování jejich dětí (viz Příloha 1). Jednotlivé otázky rozhovoru byly dále zaměřeny na vlastní zapojení rodičů do péče o předčasně narozené novorozence, na spolupráci rodičů s ošetrovatelským personálem a jejich informovanost. Dotazovaní měli prostor k vyjádření svých osobních pocitů, dojmů, názorů a připomínek. Rozhovor s rodiči byl veden na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice těsně před propuštěním jejich dítěte do domácí péče. Před zahájením rozhovoru byli dotazovaní seznámeni se specifiky individualizované vývojové péče o předčasně narozené novorozence.

Rozhovor se sestrami byl zaměřen na problematiku poskytování individualizované vývojové péče novorozencům narozeným před 32. týdnem těhotenství, na kontakt ošetrovatelského personálu s rodiči, na informovanost sester a zájem o další vzdělávání v této oblasti (viz Příloha 2).

3.1.2 Pozorování

Metoda strukturovaného přímého pozorování byla využita k získání informací o současném zajištění individualizované vývojové péče sestrami pracujícími na neonatologické JIP. K tomuto účelu byl vytvořen záznamový arch. Oblasti pozorování byly zaměřeny na využití jednotlivých strategií individualizované vývojové péče v ošetrovatelské praxi a na přístup ošetrovatelského personálu k rodičům (viz Příloha 3).

3.1.3 Obsahová analýza dokumentů

K analýze bylo využito dokumentace novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem, s jejichž rodiči byl v rámci výzkumného šetření veden rozhovor. Z dokumentace byly použity pouze informace obecné, nesouvisející s osobními či jinými citlivými údaji. Jednalo se o informace týkající se aplikace vývojové péče v průběhu hospitalizace dítěte a o společném pobytu matky s dítětem na neonatologickém oddělení. Tyto informace byly použity k doplnění rozhovorů vedených s matkami při zpracování kazuistik.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

1. výzkumný soubor tvořili rodiče novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem v Regionálním perinatologickém centru Nemocnice České Budějovice.
2. výzkumný soubor tvořily sestry pracující na neonatologickém oddělení tohoto centra.

Kritériem pro výběr výzkumného vzorku rodičů - matek, mimo gestačního týdne, ve kterém se narodilo jejich dítě, byla co nejčastější přítomnost matek (rodičů) u dítěte. Výzkumný vzorek tvořilo 7 matek. Kritéria pro výběr výzkumného vzorku sester byla následující: minimální délka praxe na neonatologickém oddělení 3 roky, zkušenosti s péčí o předčasně narozené novorozence na jednotce intenzivní péče a stanici intermediární péče. Výzkumný vzorek tvořilo 7 sester.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky

Kazuistika 1

Matka Terezky narozené z druhého, plánovaného těhotenství v 27. gestačním týdnu. Těhotenství bylo od počátku hodnoceno jako rizikové, rodiče však neočekávali, že se jejich děťátko narodí tak časně. Matce je 35 let, jedná se o její první, a jak sama říká „vymodlené“ dítě. Porod proběhl císařským řezem. Porodní hmotnost byla 1110 g a délka 40 cm. Po porodu byla holčička umístěna na jednotce intenzivní a resuscitační péče neonatologického oddělení. Zde jí byla poskytnuta komplexní péče včetně ventilační podpory. První kontakt dítěte s rodiči se uskutečnil druhý den po narození, kdy byl na návštěvě otec. Matka vzhledem k operativnímu porodu mohla holčičku osobně navštívit až 3. den. Tehdy si také malou poprvé pohladila. Po propuštění z ženského oddělení využila okamžitě možnost hospitalizace na neonatologickém oddělení jako doprovod dítěte. Období, kdy byla holčička na jednotce intenzivní a resuscitační péče bylo dle matky pro oba rodiče velmi náročné, naplněné strachem, obavami a nejistotou. „Ale po 3 týdnech, i přes zdravotní komplikace, které se vyskytly, mohla malá JIPku opustit a dokonce strávit první dny společně se mnou na pokoji. Přes noc ještě jezdila na ohlídání na intermediární péči, stále měla monitor, sondičku a trochu kyslíku v inkubátoru, ale byl to úžasný pokrok. Taková naše velká výhra. Další týden jsem ji už měla u sebe na pokoji trvale a postupně jsme se zbavovaly kyslíku, monitoru, sondování a inkubátoru. A po dvou a půl měsících konečně odcházíme domů a dokonce kojíme.“ Na jednotce intenzivní péče i později, dítě pravidelně navštěvovali také prarodiče.

Matka je dětská sestra a dříve pracovala na neonatologickém oddělení, problematika předčasně narozených dětí se všemi specifickými problémy, které se mohou vyskytnout je jí známá. První informace o dítěti dostala od lékaře z neonatologie ještě v noci po porodu na ženské jednotce intenzivní péče. Manžel byl informován o zdravotním stavu holčičky telefonicky po porodu a pak osobně ráno na neonatologické JIP. Oba vnímali informace jako včasné, srozumitelné a v daném okamžiku dostatečné.

V průběhu hospitalizace byli také s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte spokojeni. „Lékaři nejen mně, ale také manželovi vše přesně a pochopitelně vysvětlili. Když bylo třeba, ukázal a vysvětlil mi lékař i rentgenový snímek. Manžel vždy chtěl vše slyšet znovu od lékaře i přesto, že jsem mu některé věci sama vysvětlovala a stejné informace mi již byly poskytnuty. Potřeboval se prostě ujistit, že se stav naší malé nezhoršil. Nikdo z personálu s tím, že stejné věci opakuje znovu, problém neměl.“ S informacemi od sester ohledně ošetrovatelské péče, odstříkávání mateřského mléka, možnosti kontaktu s dítětem a zapojení do péče byli rodiče rovněž spokojeni. Vzhledem k osobním profesním zkušenostem matky, byly tyto informace poskytovány spíše otci dítěte, který se o vše živě zajímal. O možných zdrojích informací, podpory, event. pomoci rodiče vědí. Dle matky, zatím žádné nevyužila a vlastně ani neměla potřebu využít. Pro ni osobně by bylo nejpříjemnější občanské sdružení Nedoklubko, přesněji jeho webové stránky.

Matka je přesvědčena, že přítomnost rodičů u dítěte již na JIP je důležitá, především pro navázání citového i tělesného kontaktu s dítětem. Možnost časného kontaktu byla rodičům aktivně nabídnuta ošetrovatelským personálem. Dodržování standardních opatření na oddělení pro ně bylo samozřejmostí a otci byla všechna tato opatření vysvětlena. „Tím, že si umyjeme a dezinfikujeme ruce, chráníme přece především své dítě. Manžel si časem úplně automaticky při návštěvě vzal ochranný plášť, sundal si hodinky, umyl a odezinfikoval si ruce než šel malou pohládit.“ Aktivita individualizované vývojové péče jsou podle ní důležité pro další vývoj dítěte. Především šetrná a jemná péče, manipulace, zajištění komfortu, vhodného prostředí pro dítě. Snahu personálu o sjednocení nutných výkonů a podporu kontaktu s rodiči hodnotí jako velmi příznivé. „Velmi důležité pro mne bylo, když jsem věděla, že malou nic nebolí a také to, že i já jsem něco platná. Myslím tím takové to postupné zapojování do péče a na začátku hlavně odstříkávání mléka, které hned mohla dcera dostat. Skvělá byla právě možnost tělesného kontaktu, hlazení, klokánkování. Jakmile to zdravotní stav dcery dovolil, mohly jsme s klokáněním začít.“ Klokánkovat bylo možné od 17. dne po narození holčičky, nejprve 1 x denně, postupně se četnost i délka klokánkování prodlužovaly. Díky vzájemnému časnému kontaktu se matka naučila rozpoznat chování

a reakce dítěte, což pak využívala v samostatné péči v systému rooming-in. Zapojení do péče o dítě bylo podle ní dostatečné a prospěšné pro malou i rodiče. Byla ráda, že se zapojil i manžel, hlavně při reflexní rehabilitaci dle Vojty, kterou ještě před propuštěním zvládal výborně. Měla pocit, že to znamenalo další viditelný pokrok také pro jejich dcerku.

V prvních dnech po porodu byl převládajícím pocitem matky strach. Strach o dítě, strach jestli se nevyskytnou nějaké komplikace. „Měla jsem hrozný strach, zda bude vše v pořádku. Věřila jsem, že naše dcera bude velká bojovnice. Když jsem ji poprvé uviděla, připadala mi jako malý uzlíček, ale vše zvládla.“ Matka udává, že si kdykoliv mohla promluvit se sestrami o svých obavách (na JIP i na dalších částech oddělení). Největší podporou pro ni byla její rodina, přátelé, ale také kolegyně. Velice cenné v této náročné životní situaci pro ni byly také nástěnky s fotografiemi malých pacientů, které jsou rozmístěny po chodbách neonatologického oddělení. „Zajímavé je, že jako zaměstnanec oddělení jsem tyto nástěnky nijak výrazně nevnímala. Po narození dcery jsme se pak s manželem často dívali na fotografie a říkali jsme si, jak tohle miminko bylo ještě menší a jak dobře vypadá ve dvou letech.“ Na dotaz, zda by matka využila služeb psychologa, pokud by byl na oddělení k dispozici, odpověděla ano.

Matka hodnotí přístup ošetřovatelského personálu jako profesionální, který však reaguje na aktuální, individuální potřeby dítěte. Po celou dobu pobytu byla přístupem sester spokojena, jak co se týká vzájemné komunikace, edukace, podpory rodičů, tak přístupu k dítěti. Zároveň uznává, že její názor může být ovlivněn tím, že pracovala ve stejném oboru. Sestra pro ni zastává především roli edukátorky a pomocnice. Oba rodiče by uvítali možnost samostatného pokoje, aby mohl otec být více a déle přítomen u dítěte a nemusel brát ohledy na ostatní matky.

Kazuistika 2

Matka dvojčat narozených z druhého, plánovaného těhotenství ve 27. gestačním týdnu. Matce je 29 let, těhotenství bylo vedeno jako rizikové a ukončeno císařským řezem z indikace plodu B. Linda měla porodní hmotnost 880 gramů a měřila 33 cm. Lada vážila 680 gramů a měřila 31 cm. Po nezbytném zajištění na porodním sále byla

děvčátka převezena na jednotku intenzivní a resuscitační péče neonatologického oddělení. Zde jim byla poskytnuta komplexní péče. Obě děti vyžadovaly ventilační podporu, Lada déle než její sestra a také její pobyt na JIP byl delší. Od prvního dne byla u obou dětí prováděna dechová rehabilitace, a jakmile to bylo možné, dostávaly čerstvé mlezivo od matky na štětičce do úst. Poprvé byla matka za dětmi na návštěvě 2. den po porodu v doprovodu personálu a ještě tentýž den znovu s manželem. Také prarodiče a syn pravidelně holčičky navštěvovali. Již při první návštěvě nabízela sestra matce, aby si děti pohladila, ale ještě nebyla na tento kontakt připravena. „Bála jsem se jich dotknout, vypadaly tak maličké a průhledné. Až 3. den jsem to zkusila, ale nejprve jen tak nesměle, byl to zvláštní pocit.“ Vzhledem k tomu, že matka musela zajistit péči o 5-letého syna, nemohla využít možnost hospitalizace společně s dětmi na neonatologickém oddělení hned po svém propuštění. Děvčátka tak byla přeložena z JIP na stanici intermediární péče, po té co to jejich zdravotní stav dovolil. Matka byla s dětmi po celou dobu jejich hospitalizace v každodenním kontaktu. Ještě na ventilační podpoře začaly klokánkovat, matka denně přinášela odstříkané mléko. Ke společné hospitalizaci matka nastoupila po jednom a půl měsíci. „To už holčičky trénovaly pomalu krmení z lahve, nepotřebovaly kyslík a poctivě cvičily s rehabilitační sestřičkou. Hned jsem obě mohla mít u sebe a dokonce jsme ještě zkoušely přikládat a zachránit kojení. To se bohužel nepodařilo, ale holky se snažily a já taky a za další tři týdny jsme všechno zvládly. Po 77 dnech mohou jít naše dvojčátka domů s váhou 2475 a 1975 gramů.“

S problematikou předčasně narozených dětí se rodiče nikdy dříve nesetkali, nevěděli tedy, jaké specifické zdravotní problémy se u takto nezralých dětí mohou vyskytovat. „Věděla jsem, že porodím předčasně, ale všechno bylo rychlé a vlastně ani nabyl čas se na to připravit. Porod nastal týden po mém přijetí na oddělení rizikového těhotenství. Lékaři se dokonce obávali, že se jednu holčičku nepodaří porodit živou. Snažili jsme se přivyknout myšlence, že si domů odvezeme jen jedno dítě.“ Pro oba rodiče to byla neočekávaná a stresující situace. Vše ostatní se začali zajímat až po narození holčiček. První informace o dětech dostala matka hned po probuzení z narkózy. O zdravotním stavu dvojčátek jí vše vysvětlil lékař. Neonatologická sestra

matce vysvětlila jak odstříkávat mléko a také vyzkoušela odstříkat několik prvních kapek mleziva do zkumavky. Dle jejího názoru byly poskytnuté informace srozumitelné a dostatečné. Jak matka udává, byli oba rodiče i nadále s poskytováním informací na neonatologickém oddělení spokojeni. Sestry jim vysvětlily vše o přístrojích a prostředí, které děti obklopuje, o možnostech kontaktu s dětmi, o možnostech návštěv pro rodinu. Pozitivně matka hodnotí, že i starší syn mohl své sestřičky navštívit. Pokud matka něčemu nerozuměla nebo potřebovala další informace, zeptala se a vždy jí bylo ochotně podáno vysvětlení. Jiné zdroje informací rodiče nevyhledávali, ani o takových zdrojích neví. „My jsme čekali, jak vše dopadne, hlavně, aby se z toho holky dostaly. Ta menší měla navíc problémy s hlavičkou. Další informace a detaily by pro nás asi byly stresující.“

Matka si myslí, že její přítomnost u dětí již na jednotce intenzivní péče byla rozhodně důležitá. „Měla jsem pocit, že to cítily i přes inkubátor, že jsem tam a dělalo jim to dobře. Sestřičky mi hned poprvé nabízely, abych si dcery pohladila, ale nemohla jsem se odhodlat, bála jsem se těch tvorečků i dotknout.“ Dodržovat zásady hygienicko-epidemiologického režimu a další opatření na neonatologii nebyl pro rodiče problém. Jak říká matka, dělají to přece pro své děti. Do péče o děti se matka více zapojila až na intermediární péči „Na JIP byly ještě na přístrojích a bylo lépe, když se o ně staraly zkušené sestry.“ Za příznivé pro své děti považuje pelíškování, něžnou a šetrnou péči a co nejčastější kontakt s rodiči. „Ještě před mým pobytem na neonatologii jsem za dětmi jezdila denně, určitě vnímaly i to jak se na ně dívám a co jim říkám. Manželovi se moc líbilo naše holčičky hladit. A první klokanění, to bylo 8. den po narození. Linda i Lada ještě potřebovaly pomoc s dýcháním, měly na sobě spoustu hadiček a byly připojeny na přístroje. Trochu jsem se tedy obávala, jak to zvládnou a bylo to skvělé. A od té doby určitě nejoblíbenější činnost pro nás všechny. Později, když už nepotřebovaly žádné přístroje, mi sestřička poradila klokanit obě najednou a to bylo ještě lepší.“ Zapojení se do rehabilitační péče hodnotí matka jako obtížnější a náročné na trpělivost. V rozhovoru matka udává, že díky svému zapojení do péče a kontaktu s dětmi se naučila svým dětem rozumět a měla možnost být jim něco platná. Především, při společném pobytu s dětmi začala dobře rozpoznávat jejich reakce a potřeby. Když si nevěděla rady, sestry jí znovu

vše vysvětlily a poradily, při neklidu dětí je pomáhaly utěšit. Svě zapojení do péče hodnotí jako dostatečné. Má pocit, že díky tomu, že se mohla osobně zapojit do péče o děti, vše zvládá a to co se naučila v nemocnici, doma využije. Pozitivně hodnotí také kontinuitu péče a jasný plán následné péče.

V prvních dnech po porodu prožívali rodiče především strach, ale doufali, že snad vše dobře dopadne. „Byly tak malé a Lada byla úplně obalená přístroji, hadičky byly snad všude. Ani jsem neplakala, ničemu by to nepomohlo, museli jsme doufat a čekat. Sestry byly ochotné a mohli jsme s nimi mluvit o našich obavách, ani jim nevadilo, že opakujeme stejné věci několikrát.“ Největší podporou byl pro matku manžel a rodina. Matka také navštívila setkání, které je pravidelně organizováno na oddělení a zajištěno podpůrnou skupinou matek. „Je dobré si poslechnout někoho, kdo tím vším také prošel, pomůže to, povzbudí.“ Velmi povzbuzující pro rodiče byly opět nástěnky s fotografiemi předčasně narozených dětí. „Říkali jsme si, když to zvládly tyhle děti, některé ještě menší, tak proč by to nezvládly ty naše?“ Matka na dotaz, zda by využila služby psychologa, odpovídá záporně. Nemá pocit, že by takovou intervenci potřebovala.

S přístupem ošetřovatelského personálu ke svým dětem byla matka spokojena. Uvádí, že sestry zacházely s dětmi šetrně, nerušily je, když to nebylo nezbytně nutné, staraly se o zakrytí inkubátoru a o to, aby měly holčičky v inkubátoru pohodlný pelíšek. Komunikace se sestrami byla dle matky na dobré úrovni. „Pokud někdy vázla, nemám problém se zeptat sama na to, co potřebuji vědět.“ Sestru matka vnímala především jako pomocnici, pečovatelku a učitelku, na JIP rozhodně jako technického odborníka a jedna sestra pro ni byla jasný vůdce, rázný typ. K upřesnění matka uvádí, že ji vedla k samostatnosti a zvládnutí péče.

Kazuistika 3

Matka, 26 let, porodila ve 32. týdnu těhotenství akutním císařským řezem chlapečka, s porodní hmotností 1240 gramů a délkou 39 cm. Jednalo se o první, plánované těhotenství. Matka se byla poprvé na syna podívat za 2 dny po porodu, hned jak to její zdravotní stav dovolil. Chlapeček byl po porodu převezen na intenzivní péči,

první dny potřeboval ventilační podporu, infuzní terapii a další péči odpovídající jeho nezralosti a aktuálnímu stavu. Již druhý den po narození dostal čerstvé mlezivo odstříkané matkou a také zkouší krátce dýchat úplně sám bez jakékoli dechové podpory. Již na JIP dítě navštěvovali kromě rodičů také babička s dědečkem. Při své druhé návštěvě, další den, si matka dítě hladila. Až do propuštění z ženského oddělení několikrát denně za synem docházela, aby s ním byla v co nejčastějším kontaktu. Ihned po propuštění uvítala možnost hospitalizace na neonatologickém oddělení jako doprovod dítěte. „Malý byl moc šikovný, brzy dobře dýchal sám a nepotřeboval ani kyslík do inkubátoru, 5. den po narození jsme už poprvé klokanili a pak tak často, jak to bylo možné. Po 2 týdnech, když mu už začalo více chutnat, mohl být konečně se mnou na pokoji. Sice trvalo ještě několik týdnů, než jsme vše zvládli a naučili se rehabilitovat Vojtovou metodou, ale po 7 týdnech můžeme spokojeni odejít domů.“ Matce se podařilo udržet laktaci a dítě tak mohlo dostávat čerstvé, vlastní mateřské mléko. 28. den věku dítěte, při hmotnosti 1530 gramů, byl chlapeček s úspěchem poprvé přiložen k prsu. Domů odchází s váhou 1900 gramů, bez potíží.

Vzhledem k tomu, že v rodině mají dvojčátka narozená ve 32. gestačním týdnu, je problematika předčasně narozených dětí matce známá. Když se dozvěděla, že pravděpodobně porodí předčasně, začala se aktivně a podrobněji zajímat o problémy, které se mohou u takto narozených novorozenců vyskytnout. Dle svého názoru je tedy v této oblasti informována. Po porodu dostala informace o stavu dítěte včas a byly podány srozumitelně. I dále, v průběhu hospitalizace, byla s informacemi od personálu neonatologického oddělení celkem spokojená. Sestry jí poskytly a vysvětlily informace týkající se prostředí JIP a odstříkávání mléka. Poprvé sestra matce názorně ostříkávání ukázala. Ostatních informací měli rodiče také dostatek, pozitivně hodnotí vstřícnost personálu. Snad jen informace o prováděných vyšetřeních nebyly úplné. „O vyšetřeních se dovím, když nevyjdou úplně dobře. Je pravda, že pokud je vše v pořádku není to asi třeba moc rozebírat.“ Z jiných zdrojů informací matka využívá především internet a zkušenosti z rodiny s péčí o předčasně narozená dvojčata.

V rozhovoru matka udává, že je důležité, aby rodiče byli u dítěte přítomni co nejdříve a co nejčastěji. „Dítě pozná, že jsme u něho. Když na malého mluvím, vnímá

mne, jako by se otáčel za mým hlasem.“ Dle matky, mohla díky své časné přítomnosti u dítěte pozorovat také jeho chování a poznávat jeho reakce. Možnost kontaktu s dítětem jí aktivně nabídnuta personálem nebyla. „Strašně jsem se chtěla malého dotknout, pohladit ho a tak jsem se hned sama ptala, jestli to jde. Na JIP také bylo zrovna hodně dětí a sestry měly plné ruce práce.“ S opatřeními, která je třeba dodržovat v přístupu k předčasně narozeným dětem, už měla předchozí zkušenosti z rodiny. „Rozhodně je dodržuji, budu v tom pokračovat i doma a chtěla bych, aby se tak chovala i rodina.“ Z aktivit individualizované vývojové péče se matce jeví příznivě zajištění komfortu dítěte, pelíškování, respektování spánku a dalších potřeb dítěte. Jednoznačně preferuje kontakt s dítětem. „Pořád jsem se na malého dívala a říkala si, jestli mne také vidí. Povídání se mu určitě líbí, vyprávíme si stále. Klokánkování je skvělé, poprvé jsem ani nedýchala, abych věděla, jestli dýchá malý. Postupně jsem začala chápat jeho chování a reakce, také se mi začalo více tvořit mléko a celkově je to krásný pocit.“ Matka uvádí, že se tak posílila i její role matky a měla pocit, že je svému dítěti prospěšná. Otec dítěte se do klokánkování také aktivně zapojil. Dle matky byl nadšen. V rozpoznávání toho co se dítěti líbí a co ne matce hodně pomohly sestry na JIP. Zapojení do péče o dítě na JIP spočívalo spíše ve sledování dítěte, vzájemném kontaktu a odstříkávání mléka, což dle matky stačí. „Všude jsou hadičky a přístroje a sestřičky tomu rozumí. Už to, že malému donesu čerstvé mléko, pro mě bylo zapojením do péče o něj. Později, když už jsem měla malého u sebe, jsem se o něj postupně naučila starat sama a vždy byla možnost se ještě zeptat sester.“

V prvních dnech po porodu měli rodiče především obavy o syna. Z rozhovoru s matkou vyplývá, že čekali vyšší porodní hmotnost dítěte. „Měla jsem šok z jeho váhy, myslela jsem, že bude větší. Ale i tak jsem se už těšila, až malého uvidím. Manžel syna viděl první a vše mi o něm vyprávěl, ale bála jsem, se jak bude vypadat. Byl úžasný, hned vypadal tak miminkovsky.“ Matka udává, že věděla, jak vypadá neonatologická JIP i dítě pokud potřebuje podporu dýchání. Měla předchozí zkušenost, protože navštívila své předčasně narozené neteře. Z těchto dvojčat jsou krásné děti a to matka vnímá jako podporu ve své současné situaci. Velkou podporou pro matku je samozřejmě manžel a rodina, uvádí také ošetřovatelský personál. Sestry hodnotí jako

starostlivé a hodné, mohla vyjádřit své obavy i pocity. „Pořád jsem brečela, i když se mi syn zdál úplně normální a neměl větší problémy. Sestřičky mě uklidňovaly a byly vstřícné.“ Setkání s matkami předčasně narozených dětí se neměla zájem účastnit. Hodnotí ho jako náročné na psychiku. „Nechci opakovaně řešit jak je na tom moje dítě a porovnávat, přemýšlet o možnosti následků. Jsem už v klidu. Pokud si chci udělat srovnání, mohu si prohlížet nástěnky s fotkami takových dětí, jako je můj syn. Ty jsou dobré. K psychologovi bych asi jít také nechtěla.“ Jednoznačně pozitivně hodnotí matka možnost společné hospitalizace s dítětem, byla ráda, že pro ni bylo místo. Uvádí, že ji společný pobyt připravil, aby vše doma zvládla.

Na otázku, jak hodnotí matka přístup ošetrovatelského personálu, odpovídá, že zde nevidí problém, byla spokojená. Ji rozhodně sestry podpořily, co potřebovala, vysvětlily a naučily. Přístup k dítěti ze strany ošetrovatelského personálu vnímala matka hlavně na JIP velmi pozitivně. Většina sester se dle matky snažila dítě nerušit, manipulovaly s dítětem jemně a šetrně, staraly se o jeho pohodlí a komfort. „Myslím, že i malý měl některé sestry radši.“ Vnímá sesterské povolání jako náročné. „Každý nemůže mít vždy dobrou náladu. Sestry musí stále to samé matkám vysvětlovat, opakovat. To je asi dost náročné. Některé jsou tak trochu velitelé, ale ono to někdy asi jinak nejde. Na začátku jsem měla pocit, že mne trochu připravují o mou roli matky. Po mém příjmu na oddělení, kdy jsem už mohla být s malým co nejvíce, jsem to tak nevnímala.“ Co se týká role sestry, pro matku byla především pomocnicí a radcem. Dále zástupcem zájmů matky a dítěte, na JIP technickým odborníkem.

Kazuistika 4

Matka Adélky narozené ve 30. gestačním týdnu císařským řezem. Jednalo se o třetí, neplánované těhotenství, matce je 41 let. Porodní hmotnost dítěte byla 1420 gramů a délka 42 cm. Poprvé matka holčičku navštívila 3. den po narození, manžel bohužel ještě později. Nemohl se dříve uvolnit a navíc je jejich bydliště od Českých Budějovic značně vzdálené. Dítě již na JIP navštívili také prarodiče a starší sestry. První kontakt s dítětem byl matce nabídnut již při první návštěvě ošetrovatelským personálem, tehdy se však necítila dobře. „Pořád jsem plakala a bála jsem se malé

i dotknout. Hned další den, při druhé návštěvě jsem ji už hladila.“ Na jednotce intenzivní péče strávila holčička více jak 2 týdny. Od 3. dne dostávala mléko od maminky, zpočátku pouze stimulačně. Matka dítě navštěvovala několikrát denně a navazovala s holčičkou kontakt. Po týdnu mohlo být dítě zbaveno ventilační podpory, oxygenoterapie byla ukončena ještě dříve. 7. den po narození bylo zahájeno klokánkování a dále matka klokánkovala minimálně 2x denně. Po propuštění z ženského oddělení matka ihned využila možnost společné hospitalizace s dítětem na neonatologickém oddělení. Svůj pobyt na neonatologii přerušila pouze na 2 dny, svou nepřítomnost načasovala tak, aby zachovala každodenní kontakt s dcerou. 19. den po narození mohla být Adélka přeložena k matce, společně zatím trávily pouze den. „Adélka měla problémy s trávením a ublinkávala. Pár dnů byla ještě přes noc na ohlídání na intermediární péči a já jsem si také mohla více odpočinout.“ Laktaci u matky se podařilo zachovat i přes problémy dítěte s tolerancí stravy. Jeden měsíc po narození holčička zvládla přiložení k prsu. V té době už také probíhala reflexní rehabilitace a matka byla výborně zapojena do péče o dítě. „Tak jsme vše zvládly a můžeme domů, sice někdy malá potřebuje, dokrm, ale sestřičky tvrdí, že doma se to s mlékem často ještě zlepší.“ 45 dnů po narození mohla být holčička propuštěna do domácí péče s váhou 2145 gramů.

Předchozí těhotenství matky skončilo také předčasným porodem, problematiku předčasně narozených dětí i problémy, které mohou mít, tedy zná. Na otázku ohledně informovanosti o zdravotním stavu dítěte odpovídá, že vše bylo v pořádku. Informace dostala hned po porodu, kdy ji navštívili sestra i lékař z neonatologie. Matka udává, že poskytnutým informacím rozuměla. I dále měla dostatek informací nebo se zeptala na vše, co chtěla vědět. „Ptala jsem se na přístroje, které malou obklopují, na její stav. Chtěla jsem vědět, jak dlouho to může trvat, než bude moci ke mně.“ Další zdroje informací matka nevyhledávala. Využila by brožury, nebo pokud by jí o zdrojích informoval personál oddělení.

Co nejčasnější přítomnost rodičů u dítěte považuje matka za prospěšnou pro obě strany, dítě i rodiče. „Mohla jsem kdykoliv přijít a jen tak se na dceru dívat, sledovat co dělá, dotýkat se jí. To jsou nezapomenutelné pocity.“ Matka uvádí, že v navázání

kontaktu s dítětem jí hodně pomohly sestry. Povzbuzovaly ji a kontakt s dítětem aktivně nabízely, poradily, co se malé líbí. „Vždy, když jsem za malou na JIP přišla, byla klidná, zachumlaná ve fleecu a vypadala spokojeně. Měla jsem obavy, jestli ji nevyruším, jak zareaguje, byla jsem nejistá.“ Svě vlastní zapojení do péče matka popisuje spíše až na intermediární péči, kde se už učila o malou sama starat. Šíří svého začlenění do péče o děti na JIP považuje za dostatečnou. Dodržování všech režimových opatření na JIP brala matka jako samozřejmost, bez problémů v nich pokračuje, protože tak chrání především své dítě. Na otázku, které z aktivit individualizované vývojové péče hodnotí jako nejpříznivější, matka odpověděla, že kontakt rodič – dítě a klokánkování. „Když jsem na malou mluvila, krásně reagovala, snad i broukala, to bylo nádherné. Také, když jsem měla problém s odstříkáváním mléka sestra na JIP mi moc pomohla a navrhla, abych odstříkávala přímo u inkubátoru. Mléko se mi pak lépe spouštělo. No a klokánkování, to je nejlepší. Postupně jsem začala rozumět chování své dcery a rozpoznávat co asi chce, co se jí líbí. Sestřička mi nejprve radila, například měla malá raději, když ji jen držím než hlazení.“ Matka hodnotí své zapojení do péče o dítě jako dostatečné, má pocit, že svému dítěti rozumí a péči o ně zvládá.

Po porodu matka pociťovala především obavy, stres, hodně plakala. „Byla tak maličká a nožičky měla dlouhé. Srovnávala jsem ji s druhou dcerou, ale ta byla větší a je to tak dávno. Přes slzy jsem ani pořádně neviděla. Manžel také nečekal, že je tak maličká, ale chtěl se jí dotknout, hladil si ji.“ Matka uvádí, že sestry na JIP ji rozhodně podpořily a vše ochotně vysvětlovaly, poukazovaly na pokroky, které holčička udělala. Nejvíce pomohl matce vyrovnat se se situací rozhovor s manželem. Kladně hodnotí nástěnky na chodbách oddělení. Matka si není jistá, zda by využila služby psychologa. „Možná pokud by mě někdo postrčil.“ Myslí si, že podpůrné skupiny matek pro ni nejsou. Bojí se, že pokud by poslouchala, co vše se svými dětmi prožily, jen by znejistěla.

S přístupem sester byla matka spokojená. Udává, že se k ní i k dítěti chovaly dobře, vše vysvětlily i opakovaně, žádný problém ve vzájemné komunikaci neviděla. Sestra pro ni znamenala především pomocnici, pečovatelku a edukátorku. „Je to prostě

takový osobní poradce.“ Po celou dobu hospitalizace si matka vedla deník. Kladně hodnotí kontinuitu péče, návazanost na specialisty a zajištění následné péče.

Kazuistika 5

Matka dvojčat, 38 let. Děti se narodily z třetího, plánovaného těhotenství ve 30. gestačním týdnu, císařským řezem. Anežka měla porodní hmotnost 1360 gramů a měřila 39 cm, Daniela vážila 1230 gramů a měřila 37 cm. Nejdříve navštívil děti na JIP otec, matka vzhledem ke svému zdravotnímu stavu 3. den po porodu. Také starší sourozenec své sestry navštěvoval již na JIP. Při své první návštěvě si matka děti hladila, mluvila na ně. Jakmile byla propuštěna, využila možnost hospitalizace na neonatologickém oddělení. „Mám tu přece děti, syn už je větší a dcery mě teď potřebují víc.“ Obě děti strávily první dva týdny života na jednotce intenzivní péče, po vysazení ventilační podpory mohly být brzy přeloženy na intermediární péči. Matka za dětmi docházela co nejčastěji, aby mohla být s oběma dcerami v dostatečném kontaktu a přinášela čerstvě odstříkané mléko. Od 5. dne po narození již mohla klokánkovat s jednou z dcer. Zdravotní stav druhé holčičky byl závažnější, klokánkování mohlo být zahájeno od 9. dne. Ze stejného důvodu si také společný pobyt s matkou užívala dříve Daniela, a to od 14. dne. Anežka mohla být trvale přeložena na pokoj k matce od 25. dne po narození, kdy již byl její zdravotní stav dostatečně stabilní. U obou dětí byla od narození prováděna rehabilitace, nejprve dechová, později reflexní, ve které se matka bez problémů zacvičila. Po celou dobu hospitalizace měla matka dostatek mléka, což bylo pro výživu dětí velmi cenné. V 1. měsíci věku, byli obě holčičky natolik zdatné, že mohly být přiloženy k prsu. „Postupně jsme pomalu trénovaly kojení. Dokonce i Daniela, která měla problémy s tolerancí stravy, příkládání bez větších obtíží zvládla.“ Domů děti odcházejí plně kojené s hmotností 1900 a 1960 gramů po 52 dnech hospitalizace.

Vzhledem k tomu, že i první dítě matka porodila předčasně, věděla, jaké problémy se mohou u holčiček vyskytnout. První informace o zdravotním stavu dětí dostala hned po porodu, dle jejího názoru byly dostatečné a srozumitelné. „S podáváním informací na JIP jsem byla spokojená, lékaři poskytují informace sami od sebe,

sestřičky vše vysvětlí. Škoda je, že sestry nemají v tomto ohledu více kompetencí. Jsou s dětmi nejvíce. Na oddělení jsem se musela více ptát sama. Já se hodně pídím, jsem zvědavá a tak se stejně ptám. Také se mi stalo, že sestry měly různý názor na můj dotaz, to mě trochu zmátlo. Ale určitě chtěly každá to nejlepší pro děti, každopádně se snažily mi vše vysvětlit a asi i uklidnit moje obavy. Od sestry na ženském oddělení jsem dostala nevhodné informace ohledně odstříkaného mléka. Řekla mi, že ho mám vylít. Sestřička z neonatologie se tomu divila, protože i malé množství by pro dcery uvítala.“ Dále matka udává, že by ocenila více informací o lécích, které děti dostávaly a více informačních brožur. K získání dalších informací využívala internet prostřednictvím rodiny.

Matka jednoznačně zastává názor, že časná přítomnost rodičů u dítěte na JIP je důležitá pro navázání vzájemné interakce s dítětem. „Moci své děti vidět, dotknout se jich, mluvit na ně, to mi zároveň dodávalo sílu vše zvládnout.“ Kontakt s dítětem matce aktivně nabídla sestra již při první návštěvě. Dodržování režimových opatření, která jsou na tomto typu pracoviště nutná, bere matka jako samozřejmost. Zapojení do péče o dítě v běžných aktivitách udává ve větší míře až na intermediární péči. Myslí si, že tak je to vyhovující, protože na JIP potřebují děti více specializovanou péči. Matka vnímala, že ošetřovatelský personál se snaží reagovat na potřeby dětí, chránit je a zajistit jim komfort. „I když ne vždy se dařilo, aby děti nebyly vyrušovány ze spánku.“ Z rozhovoru vyplývá, že sestry matce hodně pomohly v rozpoznání reakcí dítěte. Poradily jí jak ke které z dcer přistupovat, hlavně na JIP, kdy byly s dětmi v kontaktu více než matka. „Každá z holčiček měla ráda jiné hlazení, jiný dotyk.“ Jako nejpříznivější aktivity individualizované péče hodnotí matka klokánkování, pelíškování a kontakt s dítětem. „Hlavně klokánkování se líbilo samozřejmě mně, ale i dcerám. Pokud z nějakého důvodu nebylo možné klokánit byla jsem strašně zklamaná. Manžel natočil naše první klokánění, tam je vidět ještě má nesmělost, obava, malou hladím jen jedním prstem, bojím se jí dotknout. Já na své děti mluvím, vnímají mne. Všimla jsem si, že i některé sestřičky si s dětmi povídají, to je výborné.“ Otec dětí se také na klokánkování aktivně podílel, byl tím dle matky doslova nadšen a také trochu nervózní. Z rozhovoru vyplývá, že když byla matka již společně s dětmi na pokoji, byly na ní

kladeny větší nároky ohledně zapojení a samostatnost v péči o děti. „Osobně mi to vyhovovalo, měla jsem radost a dobrý pocit, že vše zvládám. Někdo by si však mohl připadat tzv. hozen do vody.“ Matka je přesvědčená, že se naučila dobře rozumět chování a reakcím svých dětí. Péči o děti také zvládá, ale přesto se obává, jak to půjde doma. „Tady se mám vždy koho zeptat, mám za kým jít.“

Jako nejintenzivnější pocit v prvních dnech po porodu udává matka strach, dokonce měla strach se jít na děti podívat. Do té doby měla pocit, jakoby žádné děti neměla. Při prvních návštěvách na JIP se bála každého alarmu. „Při každém zapípání jsem byla v pozoru, bála jsem se, že se něco děje s dětmi. Pak jsem zjistila, že pípá i infuzní pumpa, když je třeba doplnit stříkačku.“ Prostor pro vyjádření svých obav a pocitů u personálu nehledala, ani by tyto záležitosti s personálem řešit nechtěla. Největší podporou pro ni byl manžel. „Vyrovnat se s tím vším a dívat se do budoucna optimističtěji mi pomohly nástěnky s fotografiemi dětí. Je dobré, že jsou fotografie vždy doplněny a porodní váhy a věk kdy byly děti foceny. Podpůrná skupina matek asi není nic pro mne, spíš jsem byla rozhozená. Některé věci, které se probíraly, jsem si už vyřešila a překonala stres a nyní bych vše jen obnovila.“ Matka si není jistá, zda by využila služeb psychologa. Zároveň uvádí, že pro manžela znamenalo předčasné narození jejich dvojčat také velmi těžké období. Informace dostával později než matka nebo zprostředkovaně, nemohl být s dětmi ani matkou v tak častém kontaktu jak by si přál. To vše hůře snášel.

Ohledně přístupu ošetřovatelského personálu se matka vyjadřuje neutrálně. Udává, že byl velmi individuální, protože každá sestra je jiná a jinak reaguje. „K dětem byl někdo citlivý a někdo méně. V komunikaci se sestrami nebyl problém, i když na roomingu jsem se hodně ptala sama. Žádná očekávání jsem v tomto směru neměla.“ Na JIP byla s péčí a přístupem sester velmi spokojená, na intermediární péči méně. Zároveň uvádí, že si uvědomuje, že zde má jedna sestra na starost více dětí a nemůže přistupovat k dětem tak individualizovaně. Sestry matka vnímala jako pomocnice a edukátorky. Nejprve sestrám trochu záviděla, že jsou mnohem více v kontaktu s jejími dětmi a umí o ně pečovat. Dle matky, se díky společnému pobytu s dětmi na neonatologii, tento pocit rychle vytratil. Také tato matka si vedla po dobu hospitalizace deník.

Kazuistika 6

Matka 33 let, druhé, plánované těhotenství. K předčasnému porodu došlo ve 30. gestačním týdnu, císařským řezem. Klárka se narodila s porodní hmotností 1312 gramů a délkou 35 cm. Po porodu a nezbytném zajištění byla holčička převezena na jednotku intenzivní péče neonatologického oddělení. Druhý den po porodu se byli rodiče poprvé na dceru podívat. Zároveň jim byl umožněn i první fyzický kontakt s dítětem, oba si ji mohli hladit. Již na intenzivní péči holčičku navštěvoval také bratr a prarodiče. Na intenzivní péči Klárka strávila první týden svého života. Brzy bylo možné ustupovat od ventilační podpory a od 6. dne bylo zahájeno klokánkování. Po celou dobu pobytu na JIP matka holčičku co nejčastěji navštěvovala, pozorovala její chování, mluvila na ni, hladila ji a odstříkávala pro ni čerstvé mléko. Matka využila možnosti pobytu na neonatologickém oddělení, jako doprovod dítěte, ihned po svém propuštění z ženského oddělení. Druhý týden po porodu bylo dítě přeloženo na stanici intermediární péče. V té době byl zdravotní stav dítěte dostatečně stabilní, byla ukončena oxygenoterapie i infuzní léčba, mléko od matky bylo podáváno sondou (samospádem), pokračovala dechová rehabilitace, kontakt s matkou a alespoň 2x denně klokánkování. 13. den mohla být holčička trvale na společném pokoji s matkou. „Postupně jsem se učila veškerou péči o malou zvládat sama. Krůček po krůčku jsme se dostávaly dopředu. Když byl Klárce měsíc, měla 1500 gramů, začaly jsme zkoušet přikládání k prsu. Bylo to náročné, protože se vždy rychle unavila. Nakonec jsme to přeci jen nějak zvládly. Ještě, že mám dostatek mléka. Rehabilitační sestřička nás naučila rehabilitovat Vojtovou metodou, všechna potřebná vyšetření máme za sebou a kontroly naplánované. Můžeme tedy domů, 56. den po narození, s váhou 1955 gramů.“

S problematikou předčasně narozených dětí se matka nikdy dříve nesetkala. Předčasný porod pro ni byl šok, nic takového s manželem nečekali. O problémech, které se mohou u předčasně narozených dětí vyskytnout, se dovídala po narození dítěte od personálu a také od dalších matek na neonatologickém oddělení. První informace o stavu dítěte dostal otec okamžitě po porodu a také holčičku viděl. Matce byly informace poskytnuty po probuzení z narkózy. Matka hodnotí poskytnuté informace jako srozumitelné, protože manžel vše potřebné věděl. „Po té narkóze jsem asi všechno

dobře nevnímala, manžel mi později některé věci upřesnil.“ I dále, v průběhu hospitalizace dítěte, matka udává spokojenost s poskytovanými informacemi. „Neonatologická sestra mě ještě na ženské JIP informovala o odstříkávání mléka a o možnosti návštěv dítěte pro ostatní členy rodiny. Ukázala mi jak odstříkávat a podpořila mne, když jsem panikařila, že to asi nepůjde. Také později u dcery na JIP mi sestřička vysvětlila vše, co bylo třeba, informace o stavu malé jsem dostávala bez problémů.“ Jiné zdroje informací matka ani otec nevyhledávali. Informací měli dle matky dostatek.

Matka vnímá přítomnost u dítěte již na JIP, ale i později jako velmi důležitou. Pozitiva vidí v navazování vzájemného kontaktu s dítětem, v možnosti získat okamžitě aktuální informace. Kontakt s dítětem byl matce aktivně nabídnut sestrou, s dodržováním režimových opatření na neonatologii neměla žádný problém. „Nepřišlo mi nic divného na tom, že k tak malým tvorečkům je třeba přistupovat opatrně a chránit je. Ani pro manžela a syna to není problém, kdykoliv přijdou na návštěvu pečlivě si umyjí a odezinfikují ruce.“ Za nejpříznivější aktivity individualizované vývojové péče matka považuje možnost kontaktu s dítětem a především klokánkování. „Před prvním klokaněním jsem se nemohla dočkat, kdy už si budu moci malou pochovat. Položení takového nahého tvorečka na sebe, byl pro mě zároveň šok i svátek. Cítila jsem, jak se mi nalévají prsa. Malé se to také líbilo, sama se překláněla k levé straně, snažila se hledat bradavku. Mluvila jsem na ni a ona vypadala, že mi rozumí. Zajímavé je, že i dnes Klárka jen málo pláče. Nejdříve pro mě bylo obtížné rozpoznat, co se jí nelíbí a co ano, vypadala pořád v pohodě. Dnes se už v jejích projevech orientuji a rozhodně umí svoji nelibost dát najevo.“ Ohledně svého zapojení do péče matka odpověděla, že více byla zapojena až na intermediární péči. Na JIP byla především v kontaktu s dítětem a odstříkávala mléko. Ale i tyto aktivity jsou podle matky důležité. „Chodila jsem za malou s mlékem a říkala jsem si, že i to málo pomůže. Alespoň pro ni můžu něco udělat.“ Způsob zapojení do péče o dítě matce vyhovoval, cítí se připravena na propuštění domů. Matka dále sděluje, že otec si při svých návštěvách holčičku také hladil. Byl z ní nadšený a její reakce a chování při klokánkování vždy sděloval telefonicky prarodičům.

Neočekávané předčasné narození dcery znamenalo pro rodiče značný stres. „Probudila jsem se z narkózy a vůbec jsem neměla pocit, že jsem po porodu. Prázdnost. Na stolku byl lístek, že se malá narodila ve 20,05. Moje první myšlenka - udělala jsem to špatně. A pak přišla lítost. Chtěla jsem malou vidět, tak mi ji manžel alespoň vyfotil.“ O první návštěvě dcery matka říká: „Strašně jsem se těšila a zároveň bála, pak jsem ji viděla a ty hadičky kolem. Říkala jsem si, je to holka snad to zvládne.“ Dále matka popisuje, že snad celý první týden po porodu plakala. „Sestra pochopila, že utěšování nepomůže a řekla mi, ať pláču, že to nevádí.“ Pro matku to znamenalo, že ji chápe a rozumí jí, velmi ji to podpořilo. Velkou podporou pro matku byli manžel a rodina, personál JIP a nástěnky s fotografiemi dětí na chodbách oddělení. „Setkání matek mě poprvé rozbřečelo, rozebíralo se, na co ještě můžeme být připraveni. To mě zarazilo, co ještě může naší malou potkat? Ale šla jsem znovu a už to vidím jinak. Není špatné mluvit s někým, kdo byl v podobné situaci, má další zkušenosti a svým způsobem to člověka podpoří.“ Navštívit psychologa by asi v těchto vypjatých situacích taky bylo dobré.“ Matka by uvítala více informačních brožur.

S přístupem personálu byla matka spokojena. Jako povzbuzující a vstřícný matka hodnotí přístup ošetrovatelského personálu na JIP. Na intermediární péči hodnotí pozitivně, že se více zapojila do ošetřování dcery. „Mohla jsem se o malou starat. Když jsem ji poprvé přebalovala třásl se mi ruce. Sestra mě podpořila, povzbudila. Jsme jen lidi a vždy také není nálada, ale když jsme od sester něco potřebovala, přišly. Já si radši nechám poradit a také všechno ukázat. Je pravda, že na roomingu už vše bylo rychlejší, člověk už musel být samostatnější. Je to o tom, aby se člověk nebál a zeptal. Vždy mi bylo vše ochotně vysvětleno nebo názorně ukázáno. Některá ze sester byla tak trochu generál a jiná spíš kamarádka.“ Dle zkušenosti matky se sestry snaží přistupovat k dětem individuálně, podle toho, co potřebují. Snaží se respektovat jejich spánek a dbají na jejich komfort. „Pokud to šlo, tak dceru nechaly v klidu a nebudily ji.“ V sestře matka vidí pečovatelku, pomocnici, učitelku a na JIP technického odborníka.

Kazuistika 7

Matka dvojčat, 30 let, těhotenství první, plánované. Porod proběhl ve 30. gestačním týdnu, císařským řezem. Porodní hmotnost holčiček byla 1150 a 1140 gramů. Otec děti viděl ihned po porodu a zároveň dostal první informace o jejich stavu. Matka holčičky poprvé navštívila 3. den. O prvním fyzickém kontaktu udává, že jednu z dcer mohla hned další den klokánkovat. Dětem byla poskytnuta komplexní péče na neonatologické JIP. Matka je navštěvovala, navazovala s nimi kontakt, odstříkávala mléko. Vzhledem ke komplikacím zdravotního stavu, mohla první z holčiček opustit intenzivní péči až po 3 týdnech. Její sestra byla od ventilační podpory odpojena dříve, nepotřebovala kyslík, brzy ani infuzi. 9. den po narození byla přeložena na intermediární péči. Matka, ihned jak to její zdravotní stav dovolil, využila možnost pobytu na neonatologickém oddělení. Kromě rodičů navštěvovali dvojčátka také prarodiče. „Za necelé 2 týdny po porodu jsem mohla mít u sebe na pokoji jednu dceru a po 3 týdnech i druhou. Konečně jsme mohly být spolu. Do té doby to bylo dost náročné, nechtěla jsem žádnou z nich ošidit. Pobíhala jsem mezi JIP, intermediární péčí a roomingem. Stihnout obě pohladit, zaklokanit a honem odstříkat nějaké mléko. Ale zvládly jsme to. Bohužel jsem neměla dostatek mléka, ale holky se naučily pít z lahvičky, trénovaly to asi od 1 měsíce. Poctivě rehabilitujeme, všechna vyšetření máme hotová, holky jsou v postýlkách. Po 2 měsících jdeme domů.“

S problematikou předčasně narozených dětí se matka dříve nesetkala. Uvádí, že pouze před porodem náhodně četla v tisku článek o dítěti s hmotností 600 gramů, kde tatínek popisoval klokánkování. Po císařském řezu byla na pokoji s paní, která měla osobní zkušenost s předčasným porodem. „Podrobně mi vše vylíčila, jak to na neonatologii chodí, cítila jsem se pak alespoň trochu připravená.“ O některých specifických vývojových problémech, které se mohou u těchto dětí vyskytnout je informována. Pracuje v oboru, který také s problematikou dětského vývoje souvisí. První informace byly rodičům poskytnuty včas a matka je hodnotí jako dostatečné. „Po narkóze člověk ani neví na co se ptát. Ale manžel měl informace ihned, a tak mi co jsem potřebovala, doplnil.“ V průběhu hospitalizace byli rodiče s poskytovanými informacemi celkem spokojeni. Výhrady má matka k informacím ohledně podpory

laktace. „Chybělo mi více probrat, jak podpořit rozvoj laktace. Dostala jsem sice zkumavky na odstříkání, ale to jsem byla ještě na ženském oddělení. Odstříkávat jsem začala až 4. den. Také jsem pak měla málo mléka. Až na neonatologii, na JIP, mi sestra 4. den ukázala, jak se odstříkává. Poradila mi, abych zkusila odstříkávat po kontaktu s dětmi, pro podporu laktace. Z dalších zdrojů informací využili rodiče internetové stránky (Nedoklubko). „Manžel mi vyhledal něco o podpoře laktace a správném odstříkávání.“

Přítomnost rodičů již na JIP matka vnímá jako přínos pro obě strany, rodiče i děti. „Rodiče si tak zvykají na své děti a děti zase na kontakt s rodiči. Já jsem na své děti v těhotenství mluvila, zpívala jsem jim a říkala pohádky. Znájí můj hlas a vím, že jsou spokojené, když na ně mluvím.“ Možnost kontaktu s dětmi byla matce aktivně nabídnuta personálem. „Bylo mi líto, že jsem nejprve mohla klokanit pouze jednu z dcer. U první dcery, která na tom byla zdravotně hůře a měla plno přístrojů a hadiček, by asi ani klokanění nebylo možné. Když jsem jí viděla, tak jsem plakala. Sestřička mi nabídla, ať si ji hladím i přes to všechno a ono to pomohlo.“ Matka je toho názoru, že individualizovaná vývojová péče je jako celek prospěšná pro všechny zúčastněné. Jako rodič, však jednoznačně staví do popředí klokanování a jakoukoliv formu kontaktu s dítětem. „Při klokanění dochází k souznění, v té chvíli jsem jen já a mé dítě. Vše ostatní se někdy musí podřídit režimu a samozřejmě, že některé ošetřovatelské aktivity jsou nezbytné. Já jsem vděčná, že jsem mohla své děti klokanit, mít je u sebe na pokoji v inkubátoru a starat se o ně.“ Ohledně schopnosti naučit se rozpoznat reakce a chování dítěte, matka udává, že jí v tom nikdo nemusel být nápomocen. „To bylo intuitivní, čistě mateřská schopnost.“ Zapojení do péče o děti hodnotí matka jako dostatečné, prospěšné pro rodiče i děti. „Na JIP je to především v odstříkávání mléka a možnosti být se svými dětmi kdykoliv. Na intermediární péči jsem už začala o děti pečovat a roaming, to je důkladný trénink na doma.“ Matka cítí, že doma vše zvládne.

Z rozhovoru vyplývá, že prvními pocity matky po porodu bylo zoufalství a bezmoc. První návštěvu u dětí proplakala. „Tak to jsou moje děti! Připadaly mi tak přirozené, vůbec jsem je nesrovnávala s většími.“ Personál na JIP byl dle matky příjemný, ochotný a podpořil ji. „Komunikace se sestrami byla výborná, usmívají se, je

zde i humor, moc mě podpořily. Lékaři mi dodávali naději. Říkali mi, že holky jsou šikovný. To je asi to, co lze v té chvíli říci. Ono to povzbudí, motivuje, ale zároveň to neznamená, že je vše úplně dobré. Člověk si zároveň uvědomuje, že vše chce svůj čas.“ Prostředí JIP také nevnímala negativně, působilo na ni klidným dojmem. Nejvíce matce v této obtížné situaci pomohla rodina a pozitivní vliv mělo i chování personálu. Největší podporou jí byli manžel a rodina, pozitivní vliv dle matky mají nástěnky na oddělení, na setkání s matkami nebyla. Na otázku, jestli by využila služeb psychologa, matka odpovídá: „Sem s ním, určitě byly chvíle, kdy bych ho využila, člověk to pak řeší s rodinou, spolupacienty.“

Přístup ošetřovatelského personálu hodnotí matka jako „převážně dobrý“. „Jsou horší směny a na druhé straně zase aktivní, iniciativní sestřičky, které dobře poradí a edukují. Přístup k dítěti ze strany ošetřovatelského personálu matka hodnotí kladně především na JIP. Uvádí, že je snaha o zajištění komfortu a respektování stavu dítěte. Sestry přistupují k dětem individualizovaně, jsou kdykoliv k dispozici. Ochranu dětí před zevními vlivy hodnotí matka jako vyhovující. I když, někdy vzhledem k situaci na pracovišti, nebyly dle ní děti dostatečně chráněny před světlem. Na intermediární péče se musí člověk více ptát sám. Ale myslím, že je to tak přirozené. Přílišná aktivita sester by mi asi taky vadila, vše už je pak jiné než na JIP. Chtěla jsem si také dělat věci trochu po svém, ale rada je vždy dobrá. Takhle mi to vyhovuje.“ Sestru matka vnímá jako pomocnici, pečovatelku, zdroj informací, poradce a technického odborníka.

4.2 Výsledky rozhovorů s matkami zpracované do tabulek

Tabulka 1 Kontakt rodiny s dítětem

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Matka dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Otec dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Sourozenec dítěte		1		1	1	1		4
Prarodiče	1	1	1	1		1	1	6
Celkový počet odpovědí	3	4	3	4	3	4	3	24

Ve všech 7 případech matky uvádí, že své dítě často navštěvovaly, dokud nevyužily možnost společného pobytu s dítětem. Z rozhovorů dále vyplývá, že také otec byl ve všech případech s dítětem v kontaktu. Matky 2, 4, 5 a 6 uvedly, že na návštěvy za dítětem docházel sourozenec dítěte. Kromě matky 5, udávají všechny matky také návštěvu prarodičů u dítěte.

Tabulka 2 První fyzický kontakt rodičů s dítětem

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Hlazení dítěte při 1. návštěvě	1				1	1		3
Hlazení dítěte při 2. návštěvě			1	1				2
Dotyky při 2. návštěvě dítěte		1						1
Klokánkování při 2. návštěvě dítěte							1	1
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	1	7

Na dotaz, kdy byl rodičům umožněn první fyzický kontakt s dítětem matky 1, 5 a 6 odpověděly, že hladily své dítě již při první návštěvě. Hlazení dítěte při 2. návštěvě udávají matky 3 a 4. Matka 2 odpověděla, že se při své druhé návštěvě dítěte poprvé dotýkala. V případě matky 7 bylo prvním kontaktem klokánkování, opět při druhé návštěvě u dítěte.

Tabulka 3 Pobyt matky na neonatologickém oddělení

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Téměř po celou dobu hospitalizace dítěte	1		1		1	1	1	5
Až po dobu společného pobytu matky a dítěte v systému rooming in		1						1
S 1 přerušením pobytu matky				1				1
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	1	7

Téměř po celou dobu hospitalizace dítěte, tedy mimo vlastní hospitalizaci matky na ženském oddělení po porodu, udává pobyt na neonatologickém oddělení 5 matek. Jde o matky 1, 3, 5, 6 a 7. Matka 2 využila možnosti pobytu na neonatologickém oddělení až v době, kdy mohla o dítě pečovat systémem rooming in. Matka 4 svůj pobyt na neonatologickém oddělení po dobu hospitalizace dítěte 1 krát přerušila.

Tabulka 4 Informovanost rodičů

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Včasné podání informací	1	1	1	1	1	1	1	7
Srozumitelnost prvních informací	1	1	1	1	1	1	1	7
Úplná spokojenost s informacemi poskytovanými po dobu hospitalizace dítěte	1	1		1		1		4
Částečná spokojenost s informacemi poskytovanými po dobu hospitalizace dítěte			1		1		1	3
Využití dalších zdrojů informací			1		1		1	3
Celkový počet odpovědí	3	3	4	3	4	3	4	24

Všech 7 matek odpovídá, že rodičům byly první informace poskytnuty včas, a byly srozumitelné. Z rozhovorů s matkami 1, 2, 4 a 6 vyplývá, že jsou rodiče s informacemi poskytovanými po dobu hospitalizace dítěte spokojeni. Matky 3, 5 a 7 udávají částečnou spokojenost. Další zdrojů informací využili rodiče ve 3 případech, jak opět uvádí matky 3, 5 a 7.

Tabulka 5 Názory matek na přítomnost rodičů u dítěte již od JIP a RES

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Důležitá pro vzájemnou interakci a kontakt s dítětem	1	1	1	1	1	1	1	7
Pocit, že mohou pro své dítě něco udělat		1	1	1	1	1		5
Akcentace možnosti dostat aktuální informace						1		1
Touha porozumět chování a reakcím dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Celkový počet odpovědí	2	3	3	3	3	4	2	20

Přítomnost rodičů u dítěte již od JIP a RES vnímají matky ve všech 7 případech jako důležitou pro vzájemnou interakci a kontakt s dítětem. Z analýzy informací získaných prostřednictvím rozhovorů s matkami dále vyplývá, že díky jejich přítomnosti u dítěte byla uspokojena touha porozumět chování a reakcím dítěte. Shoduje se na tom, opět všech 7 matek. Pocit, že mohou pro své dítě něco udělat, udávají matky 2, 3, 4, 5 a 6. Možnost dostat, díky své přítomnosti u dítěte (již od časných fází jeho hospitalizace), okamžitě aktuální informace uvádí matka 6.

Tabulka 6 Začlenění rodičů do péče o dítě od časných fází hospitalizace dítěte

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Potřeba maximálního kontaktu s dítětem	1	1	1	1	1	1	1	7
Uspokojení potřeby přirozené výživy dítěte vlastním mateřským mlékem	1	1	1	1	1	1	1	7
Možnost klokánkování	1	1	1	1	1	1	1	7
Zapojení do péče o dítě	1	1	1	1	1	1	1	7
Časné přikládání k prsu	1	1	1	1	1	1	1	7
Zapojení do stimulace	1	1	1	1	1	1	1	7
Zapojení do vlastní péče o dítě již na JIP	1		1					2
Celkový počet odpovědí	7	6	7	6	6	6	6	44

Z rozhovorů s matkami vyplývá, že ve všech 7 případech, mohly díky začlenění do péče o dítě od časných fází hospitalizace, být v maximálním kontaktu se svým dítětem. Stejně tak všech 7 matek udává, že pravidelně odstříkávaly mléko a přinášely ho pro potřeby svého dítěte. Všechny 7 matek své děti klokánkovaly (v některých případech také otec) a rovněž ve všech případech bylo dítě přikládáno k prsu, jakmile to jeho stav dovolil. Zapojení do vlastní péče o dítě již od JIP uvádí matky 1 a 3. Všechny 7 matek pak udává zapojení do vlastní péče o dítě dále, v průběhu jeho hospitalizace a také zapojení do stimulace dítěte.

Tabulka 7 Nejpřínosnější aktivity dle rodičů

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Klokánkování	1	1	1	1	1	1	1	7
Pelíškování		1	1	1	1			4
Kontakt dítěte s rodiči	1	1	1	1	1	1	1	7
Zajištění celkového komfortu pro dítě			1					1
Minimální vyrušování dítěte při poskytování ošetrovatelské péče	1							1
Respektování individuálních potřeb dítěte			1					1
Celkový počet odpovědí	3	3	5	3	3	2	2	21

Klokánkování a kontakt dítěte s rodiči považují za nejpřínosnější aktivity individualizované vývojové péče všechny oslovené matky. Pelíškování uvádí jako další přínosnou aktivitu této péče matky 2, 3, 4 a 5. Matka 3 pak takto hodnotí ještě zajištění komfortu dítěte a respektování jeho individuálních potřeb. Minimální vyrušování dítěte při poskytování ošetrovatelské péče hodnotí jako přínosnou aktivitu matka 1.

Tabulka 8 Hlavní zdroje podpory z pohledu matek

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Partner	1	1	1	1	1	1	1	7
Rodina	1	1	1	1	1	1	1	7
Ošetrovatelský personál	1		1	1		1		4
Přátelé	1							1
Nástěnky na oddělení	1	1	1	1	1	1	1	7
Setkání v rámci podpůrné skupiny matek		1				1		2
Psycholog znalý problematiky	1					1	1	3
Celkový počet odpovědí	6	4	4	4	3	6	4	31

Partnera a rodinu uvádí jako hlavní zdroj podpory všechny matky. Ve všech 7 případech se matky shodují v tom, že zdrojem podpory pro ně byly nástěnky s fotografiemi předčasně narozených novorozenců dříve hospitalizovaných na neonatologickém oddělení, na nichž je zachycen i další vývoj těchto dětí. Pro matku 1 byli zdrojem podpory přátelé. Ve 2 případech uvádí matky jako zdroj podpory setkání v rámci podpůrné skupiny matek, jedná se o matku 2 a 6. Matky 1, 6 a 7 by využily pomoc psychologa znalého problematiky, pokud by byl k dispozici na oddělení.

Tabulka 9 Vnímání role sestry rodiči

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Σ
Pomocnice	1	1	1	1	1	1	1	7
Edukátorka	1	1	1	1	1	1	1	7
Pečovatelka		1		1		1	1	4
Technický odborník		1	1			1	1	4
Vůdce k samostatnosti		1						1
Zástupce zájmů			1					1
Celkový počet odpovědí	2	5	4	3	2	4	4	24

Z odpovědí matek vyplývá, že nejčastěji vnímají sestru jako pomocnici a edukátorku, a to vždy ve všech 7 případech. Roli pečovatelky a technického odborníka přisuzují sestře 4 matky. Jako pečovatelku vnímají sestru matky 2, 4, 6 a 7. Jako technického odborníka matky 2, 3, 6 a 7. Jako vůdce k samostatnosti a zvládnutí péče o dítě vnímala mimo jiné roli sestry matka 2. Matka 3 zároveň vnímala sestru jako zástupce zájmů matky a dítěte.

4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami

Rozhovor 1

Sestra 1, 46 let, vzdělání – dětská sestra specialistka, specializace v oboru „Anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče v pediatrii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 27 let. Sama je matkou a dle jejího názoru se díky vlastnímu mateřství lépe vžívá do situace rodičů předčasně narozených dětí.

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Dle sestry do této péče patří: sledování chování a projevů dítěte, zaměření se na individuální potřeby dítěte, zajištění tišení bolest u dětí, sjednocení výkonů a podpora kontaktu rodič – dítě. Ze strategií vývojové péče osobně nejčastěji používá pelíškování, dbá na šetrnou manipulaci a podporuje kontakt dítěte s rodiči, především klokánkování. Je přesvědčena, že tyto aktivity vedou ke zklidnění a spokojenosti dítěte. Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí následovně: příznivý vliv na úpravu fyziologických funkcí, na navození spánku a na vývoj dítěte. Dále má vliv na podporu laktace, posílení psychiky rodičů a rodičovské role. Hodnotí tuto péči jako jednoznačně efektivní pro dítě. Tvorbu specifického individuálního plánu vývojové péče pro předčasně narozené děti považuje sestra za vhodný prostředek k předávání informací o potřebách, chování a reakcích dítěte. Vidí zde možnost pro veškerý personál, poskytovat dítěti péči, která mu vyhovuje a prospívá. Možné problémy při poskytování individualizované vývojové péče vidí v nedostatku personálu, někdy v komunikaci s rodiči nebo ve vztazích v profesionálním týmu. Na otázku, jaké by navrhla řešení, sestra odpovídá: „Pružnější přístup a myšlení personálu.“

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Přítomnost rodičů na JIP sestře nevádí, snaží se s nimi komunikovat, vést je ke kontaktu s dítětem. Zároveň udává, že mohou rodiče i komplikovat práci sester pokud jsou příliš horliví. „V takovém případě se snažím vhodně rodičům vysvětlit, že tento

přístup není příznivý pro jejich dítě, vadí mu. Popřípadě ponechám vysvětlení na ošetřujícím lékaři.“ Celkově vnímá sestra 1 přítomnost rodičů jako přínos pro dítě i rodiče. „Mohou tak utvářet vzájemný vztah, podporovat kontakt s dítětem, svou psychiku a začlenit se do péče o dítě.“

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Z nabídky rolí, sestra 1 vybrala takové, které dle svého názoru uplatňuje v rámci individualizované vývojové péče. Jsou to role: poskytovatelka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, nositelka změn, technický odborník, edukátorka, manažerka ošetrovatelské péče a mentorka. Ve vztahu k dítěti uplatňuje nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“. Považuje ji za hlavní náplň své práce. Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „edukátorky“, snaží se jim pomoci v zapojení do péče o dítě.

Vzdělávací aktivity sester

Více informací o problematice individualizované vývojové péče by sestra 1 rozhodně uvítala. Nejlépe však bez nutnosti osobní účasti na vzdělávacím kurzu. Také názorný trénink, zaměřený na konkrétní aplikaci individualizované vývojové péče v praxi, by dle ní byl přínosný. Měla by zájem o informace z oblasti bazální stimulace – něžná péče, motýlí masáže, aroma a muzikoterapie. Zajímaly by ji další informace o observaci chování a potřeb předčasně narozeného novorozence a jejich vyhodnocení. Vzdělání v oblasti mezilidských vztahů, považuje také za vhodné. Nejlepším způsobem dalšího vzdělání by pro ni byl seminář nebo edukační materiál k samostudiu.

Rozhovor 2

Sestra 2, 36 let, vzdělání – dětská sestra specialistka, specializace v oboru „Anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče v pediatrii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 13 let. Je matkou. Udává, že díky vlastnímu mateřství je určitě více empatická. „Vždy se snažím vcítit do pozice matky předčasně narozeného dítěte,

přemýšlím, co by taková situace znamenala pro mě, co bych očekávala, co bych si přála.“

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Pod tímto pojmem si sestra 2 představuje především individuální přístup ke každému dítěti, sjednocení ošetřovatelských a léčebných výkonů, aby děti byly co nejméně rušeny, měly zajištěné pohodlí a jakoukoliv formu kontaktu dítěte s rodiči. „Důležité je, aby byl kontakt s rodiči dostatečný.“ Ze strategií vývojové péče nejčastěji používá pelíškování, klokánkování a dbá na sjednocení výkonů, aby děti nabyly zbytečně vyrušovány. Použitím těchto ošetřovatelských strategií chce docílit, aby dítě bylo klidné, maximálně spokojené a bez bolestivých projevů. Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí následovně: pozitivní pro úpravu fyziologických funkcí, pro adekvátní spontánní ventilaci, navození spánku, zklidnění dítěte, pro upevnění vztahu rodič-dítě a v neposlední řadě snížení eventuelních psychických problémů v pozdějším vývoji dítěte. Dle jejího názoru, je tedy tato péče pro dítě jednoznačně efektivní. Vytvořit specifický individuální plán vývojové péče pro předčasně narozené děti považuje sestra za vhodnou součást péče o každé konkrétní dítě. Předpokládá, že by to bylo časově náročné, ale vyřešil by se tím přístup k dítěti dle jeho individuálních potřeb a reakcí pro veškerý personál. „Každé dítě je jiné, potřebuje individuální péči, včetně zapojení rodičů.“ Možné problémy při poskytování individualizované vývojové péče vidí v interpersonálních vztazích lékař – sestra. „Každý máme často jiný pohled na věc.“ Úskalím dle sestry může být někdy i nedostatek času, např. při příjmu nového nebo destabilizaci jiného dítěte. Na otázku, jaká by navrhla řešení, sestra odpovídá: „Lékaři by mohli více naslouchat sestřám a někteří pracovníci zase zlepšit svůj přístup k práci.“

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Přítomnost rodičů na JIP sestře 2 nevádí, ale někdy nemá dobrý pocit, pokud není dítě dostatečně stabilní. „Obzvlášť pokud jsou rodičům sdělovány nepříznivé

zprávy.“ Aktivní rodiče vnímá pozitivně, udává, že sama je také taková. Přítomnost rodičů pro ni není žádným problémem nebo komplikací. Má zkušenost, že bez problému dodržují režimová opatření. Zároveň udává, že z pohledu rodičů mohou mít někdy pocit, že překáží. „Jsou situace, že není pro rodiče dostatek času ani prostor.“ V takovém případě se snaží vhodnou formou rodičům vysvětlit, aby přišli později. Ze zkušenosti ví, že je dobré ihned rodičům nabídnout čas, kdy mohou znovu přijít. Dle potřeby nabídne kontakt s ošetřujícím lékařem. Přítomnost a začlenění rodičů do péče o předčasně narozené novorozence, je dle sestry přínosné pro obě strany, dítě i rodiče. Mohou tak upevnit svůj vztah.

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Z nabídky rolí, sestra 2 vybrala takové, které dle svého názoru uplatňuje v rámci individualizované vývojové péče. Jsou to role: poskytovatelka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, edukátorka, technický odborník, nositelka změn, manažerka ošetrovatelské péče a mentorka. Dle svého názoru, uplatňuje ve vztahu k dítěti nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“. Opět ji považuje za hlavní náplň své práce. Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „edukátorky“, snaží se jim pomoci v zapojení do péče o dítě, edukuje rodiče o nutnosti dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, matky o odstříkávání mateřského mléka, atd.

Vzdělávací aktivity sester

Více informací o problematice individualizované vývojové péče by sestra 2 rozhodně uvítala. Měla by zájem o informace z oblasti používání metod bazální stimulace (něžná péče, motýlí masáže, aroma a muzikoterapie). Uvítala by také další vzdělání, co se týče observace chování a potřeb předčasně narozeného novorozence a jejich vyhodnocení. Dále by měla zájem o vzdělání v komunikačních dovednostech a v oblasti potřeb a pocitů rodičů předčasně narozených dětí. Způsob vzdělávání, který by zvolila, je stáž nebo seminář.

Rozhovor 3

Sestra 3, 26 let, vzdělání – diplomovaná dětská sestra, nyní studuje specializaci v oboru „Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 5 let. Děti zatím nemá.

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

K tomuto tématu sestra sděluje: „Každá dítě je jiné, individuální. Díky pozorování chování dítěte v různých situacích, lze zjistit co je mu příjemné a co není. Pak můžeme upravit přístup k dítěti, uklidnit jej, poskytnout mu optimální péči. Zrovna tak je třeba pohlížet i na rodiče. Na podkladě komunikace, jejich chování, přístupu k dítěti můžeme zvolit vhodný přístup nebo přizpůsobit jednání nás, sester, vůči rodičům.“ Zároveň udává, že je třeba dbát na komfort dítěte, ochranu před vlivy prostředí. Ze strategií vývojové péče sestra 3 nejčastěji používá pelíškování, dbá na šetrnou manipulaci a komfort dítěte, podporuje kontakt dítěte s rodiči, laktaci u matky a klokánkování. U novorozenců o které se stará pozoruje jejich chování, aby byla schopna posoudit, co je pro dítě nejlepší. Tyto aktivity dle její zkušenosti vedou ke zklidnění a spokojenosti dítěte, podpoří vzájemnou vazbu s rodiči. Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí jako jednoznačně pozitivní. Pro rodiče pak podporující jejich psychickou kondici. Na otázku, zda by bylo vhodné vytvořit specifický individuální plán vývojové péče pro předčasně narozené děti, sestra odpovídá: „Mnohdy ano, protože takto zdokumentované zkušenosti a pozorování, by pomohly ostatním sestřím v péči o dítě.“ Možné problémy při poskytování individualizované vývojové péče vidí „někdy“ v nedostatku personálu a času. „Někdy je situace taková, že se plně tímto způsobem sestra dítěti věnovat nemůže. Je to péče náročná na čas i personál. Když máme dostatek času na ošetření dítěte a klid, projeví se to i na chování dítěte, je klidnější a spokojenější. Také se stane, že tento přístup k dítěti naruší rodiče. V době, kdy by se mohli aktivně podílet na péči, odejde matka na pár dní domů, protože si potřebuje odpočinout nebo něco zařídit.“ Jediné řešení uvedených problémů vidí v navýšení ošetrovatelského personálu.

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Přítomnost rodičů na JIP sestře nevádí, vnímá ji pozitivně. Naopak má zkušenost, že po poskytnutí informací, vysvětlení situace a umožnění kontaktu s dítětem jsou viditelně klidnější. Nasetkala se s tím, že by rodiče měli problém pochopit, proč jsou vyzváni, aby opustili JIP např. z důvodu nějaké akutní situace. „Přítomnost rodičů na JIP není žádnou komplikací. Je třeba jim vše vysvětlit a ukázat. Například mytí a dezinfekci rukou. Důležité je vhodně s nimi komunikovat, doporučit, kdy mohou opět přijít.“ Začlenění rodičů do péče o předčasně narozené novorozence, je dle sestry přínosné pro obě strany, dítě i rodiče. „Dítě cítí přítomnost matky, lépe si utvářejí vzájemný vztah, také matka je klidnější.“

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Role, které dle svého názoru sestra 3 uplatňuje v rámci individualizované vývojové péče, jsou: poskytovatelka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, edukátorka, technický odborník, vůdce k samostatnosti a zvládnutí péče, zástupce zájmů dítěte, nositelka změn, výzkumnice, mentorka a manažerka ošetrovatelské péče. A to v uvedené posloupnosti. Ve vztahu k dítěti uplatňuje nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“. Považuje ji za hlavní náplň své práce. Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „edukátorky a pomocnice“, učí matky jak odšťikávat mléko, jak se chovat k dítěti, zapojit se do péče.

Vzdělávací aktivity sester

Více informací o problematice individualizované vývojové péče by sestra 3 také uvítala, ale bez nutnosti účastnit se vzdělávacího kurzu. Názorný trénink, zaměřený na konkrétní aplikaci individualizované vývojové péče v praxi, by dle ní byl přínosný. Měla by zájem o informace z oblasti observace chování a potřeb předčasně narozeného novorozence a jejich vyhodnocení a o metodách bazální stimulace, které jsou součástí aplikace vývojové péče. Zajímaly by ji další informace o potřebách a pocitech rodičů,

o kangaroo care. „Trénink v komunikačních dovednostech by asi nebyl špatný.“ Nejlépe by jí vyhovovala při dalším vzdělávání forma semináře nebo tréninku na pracovišti.

Rozhovor 4

Sestra 4, 40 let, vzdělání – dětská sestra specialista, specializace v oboru „Anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče v pediatrii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 22 let. Je matkou 2 dětí. „Mé děti se narodily předčasně, měla jsem strach, potřebovala jsem informace, vysvětlení, podporu. Dokážu se vžít do role rodičů, kteří se bojí o své dítě. Myslím, že díky mateřství jsem trpělivější, přístupnější, možná i trochu lítostivější.“

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Pod tímto pojmem sestra 4 vidí především větší zapojení matky (rodičů) do péče o dítě a uspokojování potřeb dítěte (kontakt, klokanění, masáže), co největší sjednocení výkonů, tišení bolesti a minimální vyrušování dítěte. „To vše vyžaduje individuální přístup ke každému dítěti a zajištění jeho komfortu.“ Ze strategií vývojové péče nejčastěji používá časné zajištění a podání mateřského mléka dítěti, šetrnou a jemnou manipulaci, pelíškování, klokánkování, dbá na sjednocení výkonů, stará se o kontakt s dítětem (dotyk, hlazení rodiči nebo sestrou), tiší bolest. Použitím těchto ošetrovatelských strategií chce docílit, aby dítě bylo klidné, maximálně spokojené, navázalo kontakt s matkou, podpořila se laktace a byla navázána spolupráce s celou rodinou. Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí následovně: pozitivní pro úpravu fyziologických funkcí, pro navození spánku, zklidnění dítěte, odstranění známek dyskomfortu. „Dítě lépe prospívá, má méně zdravotních komplikací, což má vliv na jeho další vývoj. Matka začne rozumět signálům dítěte, upevní se vztah rodič-dítě. Tím, že se zapojí rodiče do péče, posílí svou rodičovskou roli, psychiku.“ Myslí si, že tato péče má pro dítě vysoký efekt. Vytvořit specifický individuální plán vývojové péče pro předčasně narozené děti považuje sestra za vhodnou součást péče, ale myslí si, že i zde by bylo třeba brát v potaz aktuální zdravotní stav dítěte. Vypracování takového plánu,

by dle ní znamenalo profit pro zdravotní stav i vývoj dítěte. Možné problémy při poskytování individualizované vývojové péče vidí v nedostatku personálu pro tento způsob péče, někdy i v nedostatku času. Na otázku, jaké by navrhla řešení, sestra odpovídá: „Navýšení personálu. Ideálně, aby 1 sestra měla na starost maximálně 2 děti i při plném stavu JIP. Pak by se mohla více věnovat dítěti i rodičům. Také více soukromí pro rodiče na JIP.“

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Přítomnost rodičů na JIP sestře 4 nevádí, snaží se je vést především k navázání kontaktu s dítětem. „Individuálně je třeba přistupovat k dítěti i k rodičům, někdy si nejdříve zachovávají odstup. Kontakt s dítětem většinou první naváže matka a otec se připojí později.“ V přítomnosti rodičů nevidí žádnou komplikaci, většinou bez problému dodržují režimová opatření. „Někdy sice může být přítomnost rodičů na JIP komplikací, ale to jsou zvláštní a většinou akutní situace. Například nutnost provedení některých závažných výkonů nebo příjem více dětí najednou. Pak skutečně není čas ani prostor pro rodiče.“ V takovém případě se sestra snaží o vhodný, individuální přístup k rodičům, o vysvětlení situace a umožní jim přístup na JIP v jinou dobu. Začlenění rodičů do péče o předčasně narozené novorozence, je dle sestry přínosné pro obě strany, dítě i rodiče. „Podporuje se tak udržení laktace, matka se učí o dítě pečovat, komunikovat s ním a navazovat kontakt. Upevňuje se jejich vztah.“

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Z nabídky rolí, sestra 4 vybrala následující: poskytovatelka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, manažerka ošetrovatelské péče, edukátorka, vede k samostatnosti a zvládnutí péče, mentorka, technický odborník, nositelka změn, advokátka. Dle svého názoru, uplatňuje ve vztahu k dítěti nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“. Jak sama říká: „Je to její povolání.“ Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „pomocnice a edukátorky“, snaží se o jejich začlenění do péče o dítě.

Vzdělávací aktivity sester

Další vzdělání v oblasti problematiky individualizované vývojové péče by sestra 4 uvítala, zrovna tak jako názorný trénink zaměřený tímto směrem. Měla by zájem o informace z oblasti používání metod bazální stimulace a zajištění komfortu novorozence. Měla by také zájem dozvědět se více o potřebách a pocitech rodičů předčasně narozených dětí. Způsob vzdělávání, který by zvolila, je seminář, názorný trénink a edukační materiál pro sestry.

Rozhovor 5

Sestra 5, 42 let, vzdělání – dětská sestra specialistka, specializace v oboru „Anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče v pediatrii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 24 let. Je matkou 2 dětí. Udává, že se díky vlastnímu mateřství dokáže vcítit do role rodičů. Snaží se jim v rámci svých kompetencí vše vysvětlit a umožnit kontakt s dítětem. „Z vlastní zkušenosti vím, že nejhorší je nevědomost, to se týká i úplně jednoduchých věcí.“

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Tento pojem pro sestru 5 znamená především co nejčastější kontakt rodičů s dítětem. Hlazení, dotyky, klokanění, mluvené slovo, masáže, přebalování. Uvádí, že všichni, kdo se na péči o dítě podílejí, by měli respektovat jeho spánek a bdění, omezit rušivé elementy z prostředí. Upřesňuje, že je nutný individuální přístup. Ze strategií vývojové péče nejčastěji používá časné zajištění a podání mateřského mléka dítěti, šetrnou a jemnou manipulaci, pelíškování, klokánkování, dbá na sjednocení výkonů, podporuje maximálně kontakt matky s dítětem. Použití těchto ošetřovatelských strategií, dle sestry přináší psychickou podporu matce (je užitečná, není vše jen na personálu), podporu laktace, zklidnění a spokojenost dítěti. Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí sestra následovně: pozitivní pro úpravu fyziologických funkcí, navození pohody, spokojenosti a klidu u dítěte, méně zdravotních komplikací. Dále posílení rodičovské role a psychiky v souvislosti se zapojením rodičů do péče o dítě. Považuje tuto péči rozhodně za

efektivní pro dítě. Sestra 5 udává, že je rozhodně pro tvorbu specifických individuálních plánů vývojové péče pro předčasně narozené děti. Ale myslí si, že aktuální zdravotní stav dítěte může často realizaci plánu omezit. Problémy při poskytování individualizované vývojové péče vidí v nedostatku personálu pro tento způsob péče, času a zatím ještě i v nedostatku informovanosti personálu. „Dle mého názoru je tento způsob péče v plné míře zatím brán jako nadstandard.“ Na otázku, jaké by navrhla řešení, sestra odpovídá: „Navýšení personálu. Ideálně, aby 1 sestra měla na starost 1 dítě a jeho rodiče. Také ochota a příliš profesionální přístup některých pracovníků by se mohly změnit. Tedy zajistit dítěti nejen vysoce odbornou péči, ale dbát i na jeho psychickou pohodu, komfort a potřeby.“

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Přítomnost rodičů na JIP sestře 5 rozhodně nevádí. Snaží se o citlivý, individuální přístup a co nejčasnější zapojení rodičů do péče o dítě. „V kontaktu s rodiči je třeba brát v úvahu, zda jsou na JIP poprvé, v jakém jsou rozpoložení, jaký je stav dítěte. Mám cíl, něčím pozitivním rodiče nabudit, podpořit, někdy to jsou úplné maličkosti. Jsem přesvědčená, že vhodným vedením lze rodiče nasměrovat a docílit tak toho, že ochotně dodržují režimová opatření na oddělení a jsou vstřícní. Tudiž nejsou „komplikační“ pro nikoho. V přítomnosti rodičů tedy nevidím problém.“ Začlenění rodičů do péče o předčasně narozené novorozence, je dle sestry pozitivní pro dítě i rodiče. Podporuje udržení laktace, matka se učí o dítě pečovat a porozumět mu, Upevňuje se jejich vztah. „Podporuji rodiče, aby klokanili společně. Tedy, aby byl otec při klokanění co nejčastěji přítomen. Otec dítěte se zpravidla zapojuje do péče méně ochotně, bojí se dítěte dotknout. Když je přítomen klokanování, často se jeho vztah k dítěti rychle mění. Je třeba se s rodiči podělit o poznatky získané pozorováním dítěte, stejně tak se oni podělí o ty své, mnohdy velmi podnětné.“

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Sestra 5 si z nabídky rolí vybrala tyto: poskytovatelka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, manažerka ošetrovatelské péče, edukátorka, vede k samostatnosti a zvládnutí péče, technický odborník, advokátka, mentorka, nositelka změn. Dle svého názoru, uplatňuje ve vztahu k dítěti nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“, což vychází z jejího povolání. Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „pomocnice“. Uvádí, že jejím cílem je, aby matka dosáhla důvěry v sebe sama a ve zvládnutí péče o nedonošené dítě.

Vzdělávací aktivity sester

Další vzdělání v oblasti problematiky individualizované vývojové péče by sestra 5 také uvítala. „Názorný trénink zaměřený na aktivity individualizované vývojové péče, pokud je něco takového realizovatelné, bych absolvovala ráda.“. Měla by zájem o informace z oblasti používání metod bazální stimulace, ráda by se dozvěděla více o potřebách a pocitech rodičů předčasně narozených dětí i o celém spektru vývojové péče. Způsob vzdělávání, který by zvolila, je seminář, trénink na pracovišti a stáž.

Rozhovor 6

Sestra 6, 43 let, vzdělání – dětská sestra specialistka, specializace v oboru „Anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče v pediatrii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 25 let. Sama je matkou. Tato skutečnost dle ní ovlivnila její pohled na rodiče předčasně narozených dětí a přístup k nim. „Jsem trpělivější, asi i laskavější. Mám více zkušeností a dokážu si představit, co rodiče prožívají. Ale jsem i lítostivější.“

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Pod tímto pojmem sestra 6 vidí především sledování, respektování a uspokojování potřeb dítěte, respektování jeho spánku a bdění, co nejméně děti vyrušovat, chránit je před zevními vlivy, zajistit časný kontakt dítě – rodič a podání mateřského mléka. Dále pak pelíškování, pozitivní dotyky, masáže, zajištění něžné péče

a klokánkování. Ze strategií vývojové péče nejčastěji používá pelíškování, klokánkování a dbá na sjednocení výkonů. Ze zkušenosti může říci, že: „Pelíškování a klokánění působí na dítě téměř vždy pozitivně.“ Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí následovně: navozuje úpravu fyziologických funkcí, zklidnění dítěte, upevňuje se vztah rodič-dítě, matka se učí s dítětem komunikovat, posiluje se rodičovská role, podporuje se laktace. Dle názoru sestry má tato péče pozitivní vliv na vývoj a kvalitu života dítěte. Vytvořit specifický individuální plán vývojové péče pro předčasně narozené děti, dle sestry 6, není potřebné. „Myslím si, že chápeme a uspokojujeme momentální potřeby našich malých pacientů a přistupujeme k nim individuálně i bez plánu.“ Chybění prostoru pro rodiče, kteří přichází klokánit z domova (hygienické zázemí, prostor na odložení věcí), nemožnost zajistit jim soukromí při tomto „intimním“ kontaktu s dítětem, ale i při běžných návštěvách – to jsou dle sestry úskalí v zajištění vývojové péče. Za problém sestra dále označuje rušení klidu dítěte, nevhodným načasováním výkonů. Řešení je dle ní jednoduché: „Lépe sjednotit lékařské a ošetrovatelské aktivity. Lékaři by tyto situace měli více konzultovat se sestrou, která je s dítětem trvale a zná jeho chování. Ideální je pokud se dítěti věnuje pouze jeden lékař, který pak dobře zná jeho reakce.“

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Přítomnost rodičů na JIP sestře 6 nevádí, ale někteří jsou příliš horliví a dítě vyrušují. Dále sestra udává, že někdy jí nevědomě překážejí v práci. Má zkušenost, že bez problému dodržují režimová opatření. Na dotaz, jak by řešila situaci, kdy jsou rodiče komplikací pro personál, odpovídá: „Rozumní lidé chápou, že nám jde především o jejich děti. Přívětivý přístup k rodičům a vysvětlení situace vše vyřeší.“ Začlenění rodičů do péče o předčasně narozené novorozence, je dle sestry přínosné pro obě strany, dítě i rodiče. „Navazují tak vzájemný citový vztah, zklidní se většinou dítě i rodiče, matka se naučí s dítětem manipulovat. Samozřejmě to předpokládá vytvoření vhodných podmínek.“

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Z nabídky rolí, sestra 6 zvolila tyto: poskytovatelka ošetrovatelské péče, edukátorka, technický odborník, manažerka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, vůdce k samostatnosti a zvládnutí péče a nositelka změn. Dle svého názoru, uplatňuje ve vztahu k dítěti nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče.“ Opět ji považuje za hlavní náplň své práce. Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „edukátorky“. „Rodiče čekají na jakoukoliv radu a zkušenost druhého.“

Vzdělávací aktivity sester

Více informací o problematice individualizované vývojové péče by sestra 6 uvítala, ale bez nutnosti účastnit se vzdělávacího kurzu. Měla by zájem o informace z oblasti používání metod bazální stimulace (něžná péče, motýlí masáže, aroma a muzikoterapie). Nejlépe by jí vyhovoval praktický trénink.

Rozhovor 7

Sestra 7, 34 let, vzdělání – dětská sestra specialistka, specializace v oboru „Anesteziologie, intenzivní a resuscitační péče v pediatrii“. Na neonatologickém oddělení pracuje 16 let. Děti zatím nemá.

Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Tato péče dle sestry 7 zahrnuje aktivní a individuální přístup ke každému dítěti, nedílnou součástí je začlenění rodičů do péče. V rozhovoru udává, že do tohoto způsobu péče patří ošetrovatelské strategie jako je tišení bolesti, zajištění komfortu pro dítě, pozorování chování dítěte v různých situacích, uspokojování a respektování jeho potřeb, pelíškování, klokánkování, něžná péče. Sestra nejčastěji ve své praxi používá pelíškování, klokánkování, pozitivní dotyk ke zklidnění dítěte, zajišťuje klidné prostředí a podporuje kontakt dítěte s matkou. Tyto aktivity, dle její zkušenosti, vedou ke zklidnění a spokojenosti dítěte, podpoří citové pouto dítě-rodič, podporují laktaci, mají příznivý vliv na vývoj dítěte. Efekt individualizované vývojové péče na zdravotní stav

a vývoj předčasně narozeného novorozence hodnotí jako jednoznačně pozitivní. Udává, že dítě lépe prospívá, je klidnější, uvolněnější, má stabilnější fyziologické funkce a spánek. Rodiče se naučí rozpoznat reakce dítěte, komunikovat s ním, lépe se rozvíjí a udržuje laktace. To vše vidí sestra jako profit nejen pro vývoj dítěte, ale i kvalitu jeho života. Dle sestry 7 není třeba vytvářet specifický individuální plán vývojové péče pro předčasně narozené děti. „Dostupné formy individualizované vývojové péče vždy zařazujeme do námi poskytované ošetrovatelské péče. Řídíme se stavem dítěte a volíme nejvhodnější formy pro konkrétního novorozence. K tomu nám pomohou naše zkušenosti.“ Nedostatečné zázemí pro rodiče, kteří docházejí z domova, nemožnost poskytnout rodičům dostatek soukromí s dítětem a nedostatek času ze strany ošetrovatelského personálu, jsou dle sestry úskalí, se kterými se setkává při poskytování vývojové péče.

Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

K dotazu, ohledně názoru na přítomnost rodičů na JIP, sestra udává: „Přítomnost rodičů mi nevádí, vždyť je to jejich dítě. Vedu je ke kontaktu s dítětem a snažím se s nimi aktivně komunikovat a vše vysvětlit. To je důležité, aby byli schopni respektovat také naši práci a pochopit nutná opatření. Komplikací mohou být také příliš horliví rodiče. Dle mého názoru není vhodné, aby rodiče byli na JIP přítomni při některých výkonech nebo resuscitaci. V tom případě se snažím o vysvětlení situace a taktně požádám o jejich dočasnou nepřítomnost u dítěte.“ Začlenění rodičů do péče o předčasně narozené novorozence je dle sestry přínosné pro obě strany, dítě i rodiče. „Má vliv na příznivý vývoj dítěte, na tvorbu citového pouta mezi matkou a dítětem a podporu laktace. Matka se při péči o dítě (i nepatrné) cítí užitečná, naučí se manipulovat s dítětem, posiluje se tak její rodičovská role.“

Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Role, které dle svého názoru sestra 7 uplatňuje v rámci individualizované vývojové péče, jsou: poskytovatelka ošetrovatelské péče, pomocnice matky i dítěte, edukátorka, manažerka ošetrovatelské péče, vůdce k samostatnosti a zvládnutí péče, mentorka, zástupce zájmů dítěte. Ve vztahu k dítěti uplatňuje nejvíce roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“. Považuje ji za hlavní náplň své práce. Ve vztahu k rodičům nejvíce uplatňuje roli „edukátorky a pomocnice“, učí matky jak se zapojit se do péče o dítě.

Vzdělávací aktivity sester

Více informací o problematice individualizované vývojové péče by i tato sestra uvítala, ale bez nutnosti účastnit se vzdělávacího kurzu. Měla by zájem o informace z oblasti observace chování a potřeb předčasně narozeného novorozence a jejich vyhodnocení a z oblasti komunikačních dovedností. Zajímaly by ji také další informace o potřebách a pocitech rodičů. Pro své další vzdělávání by nejraději zvolila seminář nebo edukační materiál.

4.4 Výsledky rozhovorů se sestrami zpracované do tabulek

Tabulka 10 Orientace sester v problematice individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Potřeba individualizovaného přístupu k dítěti	1	1	1	1	1	1	1	7
Zajištění celkového komfortu dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Pochopení strategie vývojové péče				1	1	1	1	4
Potřeba zapojení rodičů do péče o dítě	1	1	1	1	1	1	1	7
Celkový počet odpovědí	3	3	3	4	4	4	4	25

Tato tabulka je shrnutím odpovědí sester na otázku, co si představují pod pojmem individualizovaná vývojová péče. Všechny oslovené sestry uvedly, že tato péče představuje, individualizovaný přístup ke každému dítěti, jejíž součástí je zajištění komfortu dítěte. Všech 7 sester se rovněž shoduje v tom, že důležitou součástí této péče je přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o dítě. Sestry 4, 5, 6 a 7 zároveň uvádějí některé strategie vývojové péče, které lze v rámci individualizovaného přístupu k dítěti využít. Sestry 1, 2 a 3 v odpovědi na tuto otázku bližší výčet konkrétních strategií vývojové péče neuvádějí.

Tabulka 11 Nejčastěji využívané formy individualizované vývojové péče sestrami

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Něžná péče	1		1	1	1		1	5
Pelíškování	1	1	1	1	1	1	1	7
Klokánkování	1	1	1	1	1	1	1	7
Tišení bolesti		1		1				2
Minimální rušení dítěte ošetrovatelskou péčí		1		1	1	1		4
Kontakt rodič - dítě	1	1	1	1	1	1	1	7
Ochrana dítěte před vlivy zevního prostředí							1	1
Zajištění vlastního mateřského mléka			1	1	1			3
Observace chování dítěte			1					1
Celkový počet odpovědí	4	5	6	7	6	4	5	37

Pelíškování, klokánkování, zajištění a podporu kontaktu předčasně narozených dětí s rodiči udávají jako nejčastěji využívané formy individualizované vývojové péče všechny oslovené sestry. Něžnou péči navíc nejčastěji využívají sestry 1, 3, 4, 5 a 7. Sjednocení výkonů, tak, aby dítě nebylo zbytečně vyrušováno při poskytování ošetrovatelské péče, udávají sestry 2, 4, 5 a 6. Zajištění vlastního mateřského mléka, se kterým neoddělitelně souvisí podpora laktace, bylo dle odpovědí sester zaznamenáno ve 3 případech. A to u sestry 3, 4 a 5. Sestra 2 a 4 navíc uvádějí tišení bolesti. Ochrana dítěte před nepříznivými vlivy zevního prostředí, byla jako jedna z dalších aktivit vývojové péče zaznamenána u sestry 7. Sestra 3 uvádí ještě observaci chování dítěte.

Tabulka 12 Hodnocení efektu individualizované vývojové péče o předčasně narozené novorozence z pohledu sester

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Pozitivní vliv na zdravotní stav dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Spokojenost a zklidnění dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Příznivý vliv pro další vývoj dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Podpora a rozvoj laktace	1			1	1	1	1	5
Utváření vztahu dítě-rodíč		1	1	1	1	1	1	6
Posílení rodičovské role	1		1	1	1	1	1	6
Celkový počet odpovědí	5	4	5	6	6	6	6	38

Pozitivní efekt individualizované vývojové péče o předčasně narozené novorozence na zdravotní stav dítěte a jeho další vývoj udávají všechny oslovené sestry. Rovněž 7 sester zastává názor, že tato péče má příznivý vliv na spokojenost a zklidnění předčasně narozených novorozenců. Jako další profit vývojové péče sestry uvádí podporu a rozvoj laktace, a to v případě sester 1, 4, 5, 6 a 7. V 6 případech z rozhovorů vyplynulo, že individualizovaná vývojová péče pozitivně ovlivňuje utváření vztahu dítě-rodíč a posiluje rodičovskou roli. Pouze sestra 1 neuvádí vliv této péče na utváření vztahu dítě-rodíč a sestra 2 neudává podporu rodičovské role.

Tabulka 13 Názor sester na tvorbu specifického, individuálního plánu vývojové péče

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Vhodná součást péče	1	1	1	1	1			5
Není potřebný						1	1	2
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	1	7

Sestry 1, 2, 3, 4 a 5 v rozhovoru sdělují, že vytvoření specifického, individuálního plánu vývojové péče považují za vhodnou součást ošetrovatelské péče o konkrétního novorozence. Naopak sestry 6 a 7 si myslí, že vytvářet takový plán není potřeba.

Tabulka 14 Problémy se kterými se sestry setkávají při realizaci individualizované vývojové péče

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Relativní i absolutní nedostatek ošetrovatelského personálu	1		1	1	1			4
Nedostatek času (prostoru pro plnění rolí sestry)		1	1	1	1		1	5
Vyrušování dětí nevhodným načasováním prováděných aktivit						1		1
Nedostatek informací					1			1
Spolupráce v profesionálním týmu	1	1				1		3
Problémy v komunikaci ze strany rodičů	1		1					2
Nedostatek komfortu pro rodiče na JIP						1	1	2
Celkový počet odpovědí	3	2	3	2	3	3	2	18

Problém nedostatku času, pro realizaci individualizované vývojové péče, udává nejvíce sester, a to 5. Jsou to sestry 2, 3, 4, 5 a 7. V nedostatku ošetrovatelského personálu vidí problém sestry 1, 3, 4 a 5. Pouze sestra 6 v rozhovoru uvedla, že úspěšnou realizaci individualizované vývojové péče narušuje nevhodné načasování aktivit u dítěte, které mají za následek rušení jeho klidu a spokojenosti. Sestra 5 navíc udává, že nemá o této

pěči dostatek informací. Úskalím při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní péče o novorozence jsou dle sester také interpersonální vztahy. Nesoulad v profesním týmu udává sestra 1, 2 a 6. Problém v komunikaci s rodiči nebo s jejich přístupem k realizaci vývojové péče udává sestra 1 a 3. Sestra 6 a 7 hodnotí jako další problém nedostatek komfortu pro rodiče na JIP.

Tabulka 15 Vnímání přítomnosti rodičů na JIP sestrou

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Přítomnost rodičů vnímána sestrou pozitivně		1	1		1			3
Přítomnost rodičů sestře nevádí – mohou však být i komplikací pro personál	1			1		1	1	4
Celkově je přítomnost rodičů přínosem pro dítě i rodiče	1	1	1	1	1	1	1	7
Celkový počet odpovědí	2	2	2	2	2	2	2	14

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry 2, 3 a 5 vnímají přítomnost rodičů u dítěte na JIP pozitivně. Rovněž sestrám 1, 4, 6 a 7 přítomnost rodičů na JIP nevádí. Zároveň však udávají, že se mohou, vyskytnou situace, kdy přítomnost rodičů komplikuje práci personálu JIP. Jako přínos pro dítě i rodiče vnímají časnou přítomnost rodičů u dítěte, tedy již na JIP, všechny oslovené sestry.

Tabulka 16 Nejčastěji uplatňovaná role sestry ve vztahu k rodičům a dítěti

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Poskytovatelka ošetrovatelské péče	1	1	1	1	1	1	1	7
Edukátorka	1	1	1	1		1	1	6
Pomocnice	1	1	1	1	1		1	6
Celkový počet odpovědí	3	3	3	3	2	2	3	19

Jako nejčastěji uplatňované role sestry ve vztahu k rodičům a dítěti sestry udávají výše uvedené 3 role. Všechny 7 sester se shodují v názoru, že ve vztahu k dítěti nejčastěji uplatňují roli „poskytovatelky ošetrovatelské péče“. Ve vztahu k rodičům, většina sester dle svého přesvědčení uplatňuje 2 ze sesterských rolí. Jedná se o role „edukátorky“ a „pomocnice“. Tato skutečnost byla zjištěna z rozhovoru se sestrami 1, 2, 3, 4 a 7. Sestra 5 udává v tomto případě jako nejčastější roli „pomocnice“ a sestra 6 roli „edukátorky“.

Tabulka 17 Zájem sester o další vzdělávání v oblasti individualizované vývojové péče

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Další vzdělání by obecně uvítala		1		1	1			3
Další vzdělání by uvítala, ale bez nutnosti účasti na vzdělávacím kurzu	1		1			1	1	4
Zájem o názorný trénink	1		1	1	1	1		5
Celkový počet odpovědí	2	1	2	2	2	2	1	12

Zájem o další vzdělání v oblasti problematiky individualizované vývojové péče mají sestry 2, 4 a 5. Rovněž sestry 1, 3, 6 a 7 by další vzdělání v této oblasti uvítaly, ale nevolily by formu vzdělávacího kurzu. Zájem o vzdělání formou názorného tréninku by měla sestra 1, 3, 4, 5 a 6.

4.5 Výsledky pozorování

Tabulka 18 Zajištění komfortu dítěte

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Termoneutrální prostředí	1	1	1	1	1	1	1	7
Zamezení hluku	1	1	1	1	1	1	1	7
Ochrana před světlem	1	1	1	1	1	1	1	7
Vhodná poloha	1		1	1	1	1	1	6
Sjednocení výkonů	1			1	1		1	5
Celkový počet odpovědí	5	3	4	5	5	4	5	32

Pozorováním bylo zjištěno, že všech 7 sester dbá na zajištění komfortu dítěte a na jeho ochranu před nepříznivými vlivy prostředí, jedná se o zajištění termoneutrálního prostředí, ochranu před hlukem a přímým světlem. Pouze v případě sestry 2 nebyla zajištěna nedonošenému novorozenci vhodná poloha. Stejně tak v případě sestry 2 a sestry 3 nebylo dítěti zajištěno sjednocení výkonů.

Tabulka 19 Individualizovaný přístup k dítěti

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Observace chování a reakcí novorozence		1	1	1			1	4
Respektování a uspokojování potřeb dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Respektování stavu spánku a bdění	1	1		1			1	4
Tišení bolesti	1	1	1	1	1	1	1	7
Schopnost reagovat na změny v chování dítěte	1	1	1	1	1	1	1	7
Realizace dle plánu péče								0
Celkový počet odpovědí	4	5	4	5	3	3	5	29

Z pozorování vyplývá, že všech 7 sester dbá na respektování a uspokojování potřeb dítěte, tišení bolesti a aktivně reaguje na změny v chování dítěte. U sester 2, 3, 4 a 7 byla zaznamenána observace chování a reakcí dítěte. U sester 1, 5 a 6 tato aktivita

jednoznačně zaznamenána nebyla. Respektování stavu spánku a bdění dítěte lze hodnotit pozitivně v případech sestry 1, 2, 4 a 7, negativní výsledek byl zaznamenán u sestry 3, dále u sestry 5 a 7. Žádná ze sester nerealizovala individualizovaný přístup k dítěti dle předem stanoveného plánu péče.

Tabulka 20 Používané metody vývojové péče

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Doteky, hlazení, masáže (něžná péče)	1	1	1	1	1	1	1	7
Oční kontakt, mluvené slovo	1		1		1	1		4
Pelíškování	1	1	1	1	1	1	1	7
Klokánkování	1	1	1	1	1	1	1	7
Zajištění kontaktu dítěte s rodiči	1	1	1	1	1	1	1	7
Zajištění mateřského mléka	1	1	1	1	1	1	1	7
Zapojení rodičů do péče			1	1			1	3
Celkový počet odpovědí	6	5	7	6	6	6	6	42

U všech 7 sester byl pozorován něžný přístup k dítěti, šetrná manipulace, jemné doteky nebo provádění masáže. U sester 1, 3, 5 a 6 byla pozorována komunikace s dítětem při vzájemném kontaktu, tedy oční kontakt i mluvené slovo. Pelíškování bylo zajištěno sestrou ve všech 7 případech. Se zajištěním kontaktu s rodiči úzce souvisí klokánkování, obojí bylo realizováno ve všech případech, 7 sestrami. Totéž platí pročasné zajištění mateřského mléka. Zapojení rodičů do ošetřování dítěte bylo realizováno sestrami 3, 4 a 7. U sester 1, 2, 5 a 6 zapojení rodičů v tomto smyslu během pozorování realizováno nebylo.

Tabulka 21 Přístup k rodičům

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Aktivní přístup k rodičům	1	1	1	1	1	1	1	7
Aktivní komunikace s rodiči	1	1	1	1	1	1	1	7
Aktivní zajištění informací	1		1		1	1		4
Celkový počet odpovědí	3	2	3	2	3	3	2	18

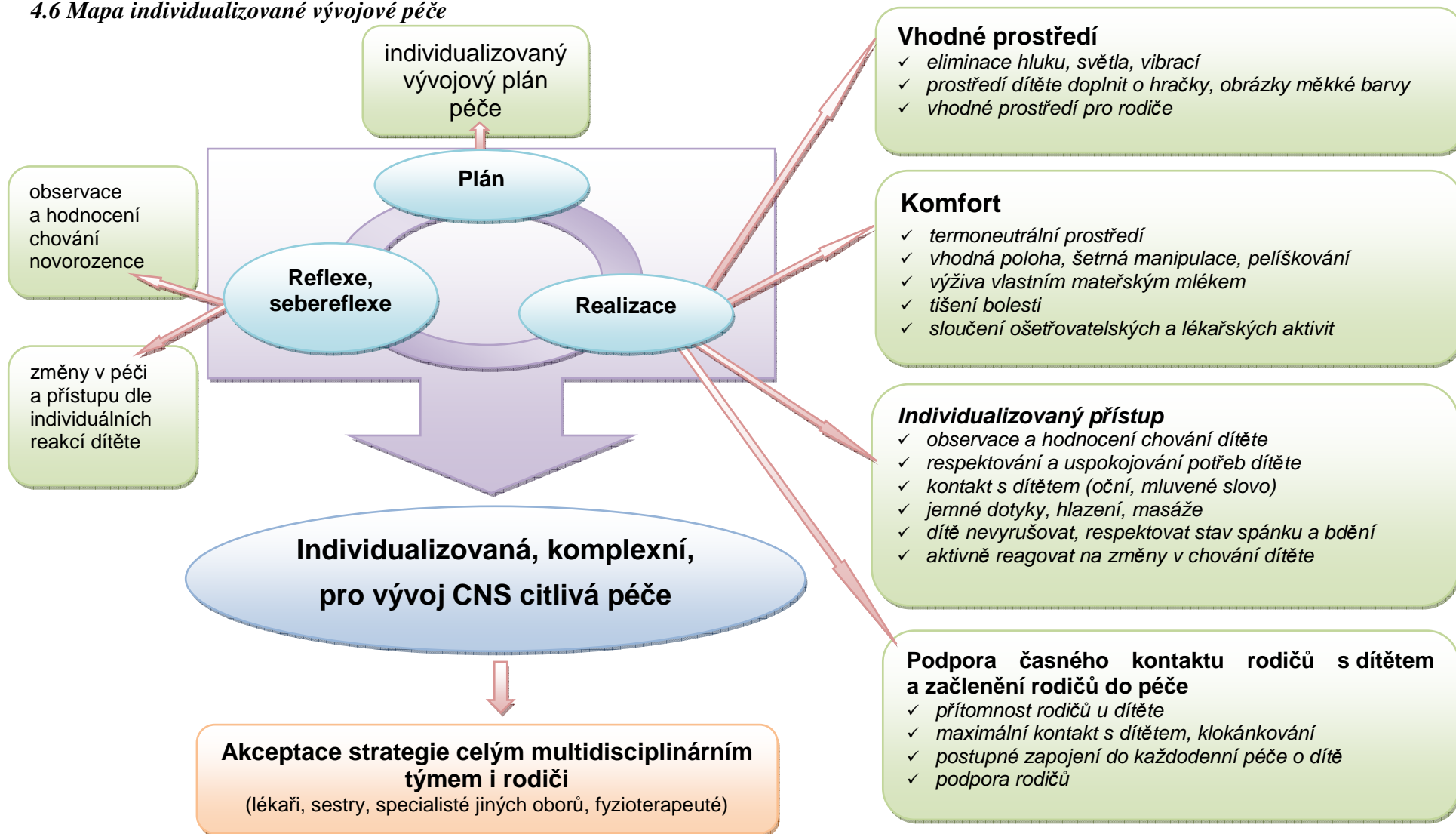
Pozorováním bylo zjištěno, že přístup všech 7 sester k rodičům byl aktivní. Aktivní komunikace s rodiči byla zaznamenána opět ve všech 7 případech. Z pozorování je zjevné, že sestry 1, 3, 5 a 6 aktivně poskytovaly rodičům informace dle svých kompetencí. Ostatní sestry, tedy 2, 4 a 7, v době pozorování informace rodičům nepodávaly.

Tabulka 22 Intervence ve stresové situaci

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Σ
Zajištěna personálem oddělení		1	1	1	1		1	5
Odborná psychologická pomoc								0
Setkání v rámci podpůrné skupiny matek	1		1		1	1		4
Celkový počet odpovědí	1	1	2	1	2	1	1	9

Podpora rodičů ze strany ošetrovatelského personálu byla pozorována v rámci komunikace sester s rodiči v 5 případech, a to u sestry 2, 3, 4, 5 a 7. Sestra 1, 3, 5 a 6 nabídly možnost účasti na setkání v rámci podpůrné skupiny matek nedonošených dětí, které je pravidelně na neonatologickém oddělení realizováno. Nabídka či realizace odborné psychologické pomoci během pozorování zaznamenána nebyla.

4.6 Mapa individualizované vývojové péče



5. Diskuse

V diplomové práci se zabýváme problematikou individualizované vývojové péče o novorozence (NIDCAP) narozené před 32. gestačním týdnem. Realizace takto pojaté péče je především v rukou ošetrovatelského personálu a její neodmyslitelnou součástí je začlenění rodičů do péče o dítě. V rámci výzkumného šetření byly osloveny sestry, které mají zkušenost s péčí o tyto nedonošené novorozence již od jejich přijetí na jednotku intenzivní péče neonatologického oddělení. Hlubkový strukturovaný rozhovor byl dále veden s rodiči novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem, a to těsně před propuštěním jejich dítěte do domácí péče. Lze předpokládat, že v této době rodiče mají celistvý náhled na péči poskytovanou jejich dítěti po dobu hospitalizace, a také dostatek potřebných informací. Z toho důvodu byl také výzkum zaměřen na rodiče, kteří byli se svými dětmi v kontaktu co nejčastěji. Výzkum byl doplněn o přímé strukturované pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče novorozencům narozeným před 32. gestačním týdnem a o obsahovou analýzu dokumentů. Dle našeho názoru mohou být výsledky tohoto výzkumu zajímavé pro všechny, kteří zajišťují péči o nedonošené novorozence a jsou tak v úzkém, často každodenním, kontaktu s jejich rodiči. Právě způsob a formy ošetrovatelská péče poskytované těmto novorozencům mohou ovlivnit jejich další vývoj. Snahou je vytvořit ideální podmínky vyvíjejícímu se mozku předčasně narozeného dítěte. Předpokladem je individualizovaný přístup k potřebám dítěte, zajištění jeho komfortu a maximálního kontaktu s rodiči. Jak uvádí mezinárodní federace NIDCAP (44), základem profesionální péče o tyto novorozence není pouze jejich přežití, ale především optimalizace jejich vývoje. Sestry musí efektivně a intenzivně pracovat nejen s novorozenci, ale i s jejich rodiči. To vyžaduje, aby sestra porozuměla dětem a rodičům, úzce spolupracovala s ostatními členy týmu i se specialisty a měla potřebné znalosti. Wielenga a kol. zároveň udávají (69), že důležitou roli zde má nejen přítomnost, ale i spokojenost rodičů. Velkou měrou záleží také na kvalitě komunikace mezi rodiči a zdravotníky. Rodiče zároveň poskytují personálu pečujícímu o jejich dítě důležitou zpětnou vazbu, jak ve vztahu k péči o dítě, tak k interakci s rodiči.

V diplomové práci byly stanoveny 4 cíle, z nichž první 3 jsou: charakterizovat současné zajištění individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem, zmapovat úlohu sestry v poskytování této péče a zároveň zpracovat z ošetrovatelského hlediska zkušenosti se zaváděním nových forem vývojové péče. NIDCAP, jako způsob vývojové péče, vychází z konceptu bazální stimulace a novinkou je zde právě stupeň individualizace péče, který velmi úzce souvisí s přístupem zdravotnického personálu a začleněním rodičů do péče o dítě. Pojem individualizovaná vývojová péče - NIDCAP není zatím v naší zdravotnické praxi běžně užíván. Problematika NIDCAP také není komplexně zpracována v domácí literatuře. Vzhledem k tomu jsme zvolili stručné přiblížení této problematiky v úvodu výzkumného šetření se sestrami. Při odpovědi na otázku, co si představují pod tímto pojmem, dle mého názoru všechny oslovené sestry vystihly základní charakteristiku této péče. Uvádějí, že je potřeba přistupovat ke každému dítěti individualizovaně, zajistit mu celkový komfort, podporovat přítomnost rodičů u dítěte a umožnit tak jejich zapojení do péče o dítě (tabulka 10). Ze zkušenosti mohu říci, že na našich neonatologických pracovištích se mnoho aspektů, které NIDCAP zahrnuje, využívá v běžné ošetrovatelské praxi. Usuzuji, že z toho také vyplývá zjevná orientovanost sester v této problematice. Kromě toho zde mají zřejmě podíl i jejich profesní zkušenosti a vzdělání. Oslovené sestry, kromě jedné, pracují v oboru neonatologie více než 10 let. Stejně tak, mají všechny specializační vzdělání, kromě jedné, která si ho v současné době doplňuje.

Jako nejčastěji využívané formy individualizované vývojové péče sestry uvedly pelíškování, klokánkování, umožnění a podporu kontaktu s rodiči. Další aktivity, jako například tišení bolesti, něžnou péči, časně zajištění vlastního mateřského mléka a ochranu novorozenců před nepříznivými vlivy prostředí, uvedly v rozhovoru mezi nejčastěji využívanými aktivitami vždy jen některé sestry (tabulka 11). Pozorováním však bylo zjištěno, že všech 7 sester tyto formy péče běžně používá v každodenní praxi. Například mateřské mléko bylo pro novorozence časně zajištěno všemi sestrami (tabulka 20). Neonatologické sestry navštěvují matku za 2 hodiny po porodu (i po císařském řezu), edukují ji o odstříkávání mléka a dle aktuálního stavu matky, zajistí i první mlezivo. To je čerstvé poskytováno novorozenci i v případě, že jde pouze

o několik kapek. V rozhovoru tedy sestry uvedly omezenou škálu nejčastěji využívaných forem individualizované vývojové péče i přesto, že další aktivity v běžné praxi vykonávají. Domnívám se, že příčina spočívá v tom, že ochrana dítěte před nepříznivými vlivy prostředí, šetrná manipulace, jemný přístup, zajištění MM a tišení bolesti patří k základním aspektům ošetrovatelské péče o předčasně narozené novorozence. Tyto aktivity by měly být nepodkročitelným minimem v přístupu nejen sester, ale i ostatních zdravotníků k těmto dětem. Přesto však mohu konstatovat, že pozorování podpořilo tvrzení sester a mezi nejčastěji využívané formy individualizované vývojové péče v ošetrovatelské péči o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem patří především pelíškování, klokánkování, umožnění a podporu kontaktu s rodiči. Čímž je zároveň zodpovězena 1. výzkumná otázka. S tímto závěrem korespondují odpovědi matek, které v rozhovoru uvedly, že jim byl umožněn časný fyzický kontakt dítětem, klokánkování a pelíškování vnímaly také velmi pozitivně. Fyzický kontakt byl 3 matkám umožněn již při první návštěvě dítěte, ostatním při druhé (tabulka 2). Kontakt s dítětem byl rodičům ve většině případů aktivně nabídnut sestrou. Časný kontakt dítěte s rodiči může být ovlivněn zdravotním stavem a stupněm stabilizace dítěte. V praxi jde o to, aby sestra dobře zhodnotila stav dítěte, jeho potřeby a umožnila v dané situaci nejvhodnější formu kontaktu s rodiči. Jak uvádí Kleberg a kol. (31), péče musí být přizpůsobena rytmu dítěte, rovněž skin to skin kontakt je třeba realizovat na základě kondice dítěte.

Přímé strukturované pozorování bylo využito především k získání informací o současném zajištění individualizované vývojové péče o předčasně narozené novorozence. Pozorováním, jak sestry zajišťují komfort novorozence, bylo zjištěno (tabulka 18), že ve všech případech bylo dítěti zajištěno termoneutrální prostředí prostřednictvím inkubátoru. Sestry pravidelně kontrolují nastavené parametry na přístroji, dbají na zajištění vlhkosti v inkubátoru a u novorozenců s ventilační podporou pečují o správnou teplotu a zvlhčení vdechované směsi plynů. Samozřejmostí je kontrola tělesné teploty novorozence, neinvazivně, dle které sestra v případě potřeby upravuje nastavení přístrojů. Ochranu předčasně narozených novorozenců před světlem sestry realizují prostřednictvím přehozů, které zakrývají inkubátory. Na oknech

pracoviště jsou polopropustné folie a osvětlení je, vyjma provádění nutných výkonů, sníženo na minimum. Pozorováním bylo zjištěno, že sestry si pomůcky nepokládají na inkubátor, okénka a dvířka zavírají šetrně, alarmy přístrojů jsou přiměřeně sníženy. Hlučné projevy při pozorování zaznamenány nebyly. Hlasité zvuky jsou pro novorozence stresující. Jak je uvedeno autory praktického edukačního materiálu pro sestry „Focus on the brain“, hodnota pro klidný spánek dítěte, která by neměla být překročena, je 55 decibelů. Například zavírání okénka inkubátoru způsobí zvuk o 80 – 111 decibelech, alarmy přístrojů mezi 60 – 80 decibely, voda ve zvlhčovači ventilátoru 62 – 87 decibelů, běžná konverzace 60 a tichý šepot 20 decibelů. Klid je účinný dar pro vývoj mozku každý pokus o snížený hluku je zároveň přínosem pro dítě (67). Vhodnou polohu u dětí pomáhají zajistit tzv. hnízda, dále pak dle potřeby, gelové nebo perličkové polohovací pomůcky. Zároveň sestry ponechávají dítěti, pokud je spokojené, jeho individuální polohu. Což vidím jako pozitivní, jde vlastně o schopnost dítěte poskytovat si svůj komfort. Autoři „Focus on the brain“ uvádí, že nechat dítě přiměřeně se pohybovat tak, aby se nerozrušilo a neztratilo kontrolu nad svými pohyby je zároveň výzvou pro ošetřující personál. Profit přináší sledování dítěte, z něž lze zjistit optimální polohu pro dítě. Vhodným napolohováním je pak ušetřena energie, kterou může dítě využít pro vývoj mozku (67). Pouze v 1 případě nebylo možné dítěti zajistit vhodnější polohu kvůli aktuálním zdravotním komplikacím. Mimo dobu ošetřovatelských intervencí, které se sestry snaží slučovat do jednotlivých bloků, byly prováděny další výkony (např. odběry biologického materiálu, zajištění cévního vstupu a ultrazvukové vyšetření), a to ve 2 případech. Někdy jsou tyto intervence nutné, jsou však i situace, kdy chování a potřeby dítěte nejsou respektovány, či akceptovány všemi členy týmu. Dítě je vyrušováno, což vede k jeho dyskomfortu. V rámci individualizovaného přístupu k dítěti (tabulka 19) všechny pozorované sestry dbaly na respektování a uspokojování potřeb dítěte, tišení bolesti a byly schopny aktivně reagovat na změny v chování dítěte. Sestry u každého dítěte provádějí pravidelný záznam fyziologických funkcí a dalších parametrů, vyhodnocují známky nestability, zvláštnosti v chování dítěte. Tyto projevy rovněž zaznamenávají do dokumentace novorozence zároveň s intervencemi, které poskytly. K tišení bolesti primárně používají nefarmakologické techniky a nenutritivní

sání 24 % sacharózy. Tyto aktivity byly zaznamenány např. před odběrem krve, před očním, ale i ultrazvukovým vyšetřením a u dětí s ventilační podporou. Z pozorování je zřejmé, že ne vždy je respektován stav spánku a bdění dítěte. Observace chování a reakcí dítěte byla pozorována u 4 sester. Není však zaznamenávána ani realizována dle konkrétní metodiky (pozorovacího schématu). Je nutné dodat, že některé sestry měly na starost více než 2 novorozence a jejich časová vytíženost byla v době pozorování vysoká. Na pracovišti nejsou specifické plány individualizované vývojové péče pro konkrétní novorozence tvořeny, a tudíž nebyla dle nich péče realizována ani jednou ze sester. Zde je tedy zjevně prostor pro další rozšíření individualizovaného přístupu k dítěti. Jak udává Sehgal a Stack, plánování ošetrovatelských strategií je důležité právě z hlediska individualizace vývojové péče. Umožňuje snáze začlenit rodiče do péče a dítěti lze tak zajistit něžnou péči, při které jsou respektovány jeho potřeby, projevy chování a reakce veškerým personálem (49). V názoru sester na tvorbu plánu individualizované vývojové péče není shoda. Některé ze sester potřebu vytvořit individuální plán pro konkrétní dítě nechápou, zatímco jiné ji považují za vhodnou součást péče (tabulka 13). V rozhovorech sestry udávají, že zde vidí prostředek k předání informací o potřebách, chování dítěte a k zajištění individuálního přístupu k dítěti veškerým personálem. Na druhé straně předpokládají časovou náročnost v souvislosti s tvorbou plánu a omezení jeho funkčnosti při zhoršení stavu dítěte. Dle Mareše (40), může být v našich podmínkách někdy příčina problému se stanovením a uskutečněním plánu v nedostatečných kompetencích sester k samostatnému rozhodování a jejich závislosti na stanovisku lékaře. Dále může jít o nedostatečné vzdělávání sester, nezájem o novinky v dané oblasti. Potom sestry neznají a neumějí použít dostatečnou škálu sesterských intervencí.

K používaným metodám vývojové péče (tabulka 20), které byly zmíněny již výše, lze z pozorování doplnit, že zapojení rodičů do ošetrování dítěte bylo realizováno sestrami ve 3 případech. Rodiče své děti přebalovali, podíleli se na hygienické péči a měření tělesné teploty. Zde je třeba brát v úvahu aktuální zdravotní stav dítěte a zájem rodičů zapojit se do péče. Z praxe vím, že rodiče často mají obavu samostatně provádět tyto aktivity, zvláště pokud je dítě na JIP a raději nechávají péči o dítě plně v rukou

ošetřovatelského personálu. Jsou zaskočení tím, že je dítě tak malé, je obklopeno přístroji. To by mělo pro sestru být výzvou k určení vhodného přístupu k rodičům, protože přínos rodičů do vývojové péče o dítě je zásadní. V ostatních případech se rodiče do vlastní péče o dítě nezapojili, ale byl zajištěn a podporován jejich maximální kontakt s dítětem. Také Špidlenová uvádí, že podpora a zajištění kontaktu rodičů s dítětem má pozitivní vliv na vytváření emocionálního vztahu mezi matkou a dítětem, zároveň dítěti přináší nové zkušenosti a je důležitým protipólem negativních prožitků, které dítěti přináší intenzivní péče (60). V době nepřítomnosti rodičů je na ošetřovatelském personálu, aby potřeba kontaktu, byla u dítěte uspokojena. Komunikace sestry s dítětem při vzájemném kontaktu byla pozorována u 4 sester. Oční kontakt, mluvené slovo, dotyky a hlazení byly dětem zároveň poskytovány rodiči. Usuzuji, že vzhledem k časté přítomnosti rodičů u dítěte a snaze umožnit jim maximální kontakt s dítětem, sestry z části záměrně přenechávají tyto aktivity právě rodičům.

Přístup k rodičům ze strany ošetřovatelského personálu bylo možné hodnotit jako aktivní (tabulka 21). Již při první návštěvě, jsou rodiče sestrou uvedeni k inkubátoru s jejich dítětem. Sestry zajišťují edukaci rodičů o režimových opatřeních, vysvětlí a názorně předvedou hygienu a dezinfekci rukou, umožní rodičům kontakt s dítětem. Aktivně s rodiči komunikují, informují o možnosti návštěv, o prostředí, které dítě obklopuje. Rodiče mají často dotazy ohledně projevů a reakcí dítěte, které při návštěvě u dítěte pozorují. A nejčastěji je to opět sestra, kdo jim jejich dotazy zodpoví. Z rozhovorů se sestrami bylo zjištěno, že vesměs vnímají přítomnost rodičů u dítěte pozitivně. 4 z oslovených sester však dodaly, že rodiče zároveň mohou být i komplikací pro personál (tabulka 15). Překvapující je, že sestry mají problém s řešením horlivosti rodičů, kdy je v některých aktivitách musí utlumit. Rodiče jsou dnes ovlivněni internetem, získávají informace různé kvality, i z toho může zřejmě plynout jejich chování. Sestry se shodují, že přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o dítě je přínosem pro obě strany, dítě i rodiče.

Pozorováním bylo dále zjištěno, že intervenci ve stresové situaci (tabulka 22) poskytlo rodičům 5 sester, a to formou vlídného přístupu a podpory. 4 sestry také nabízely matkám možnost účasti na setkání v rámci podpůrné skupiny matek

nedonošených dětí, které je pravidelně na neonatologickém oddělení realizováno. Realizace či nabídka odborné psychologické pomoci zaznamenána nebyla. Z vlastní zkušenosti mohu doplnit, že erudovaný psycholog není na pracovišti běžně přítomen a zájem o setkání v rámci podpůrné skupiny matek nedonošených dětí je ze strany matek hospitalizovaných novorozenců velmi individuální. Z výzkumného šetření s matkami vyplynulo, že nabídka setkání v rámci podpůrné skupiny matek je zatím přijímána s rozpaky. Využily ji pouze 2 z oslovených matek (tabulka 8). Stejně tak by všechny matky nevyužily odborné psychologické pomoci, ve 2 případech ji dokonce jednoznačně negují. Personál JIP a RES je rodičům v dané situaci nejbližší a je třeba, aby přistupoval k rodičům s empatií. Jak uvádí Fendrychová a Borek (21), rodiče očekávají, že sestry poznají jak jim je a jak se cítí a pomohou jim přenést se přes toto těžké období. Nezbytným předpokladem pro navázání spolupráce s rodiči je efektivní komunikace.

V souvislosti s výše uvedenými cíli byla položena 2. výzkumná otázka. S jakými problémy se sestry setkávají při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence? Z výsledků výzkumného šetření se sestrami bylo zjištěno několik problémových oblastí (tabulka 14). Nejvíce sester, a to 5, vidí problém v nedostatku času. Sestra 2 vnímá nedostatek času především v situacích, které vyžadují vysokou angažovanost a fixaci sestry u jednoho pacienta (destabilizace dítěte, příjem dalšího novorozence). Což lze zároveň považovat za relativní nedostatek personálu. Nedostatek času s nedostatkem personálu úzce souvisí, s čímž se shoduje názor sester 4 a 5. Za ideální, jak udávají sestry 4 a 5, by považovaly, pokud by jedna sestra pečovala maximálně o 2 děti nebo 1 dítě a jeho rodiče. 4 sestry vidí problém v nedostatku personálu. Řešení se jeví jednoduše, navýšit počet sester. Je třeba si však uvědomit provázanost takového kroku s ekonomickými a dalšími aspekty. Je zřejmé, že tyto okolnosti mohou být limitující pro pokrok v ošetrovatelské péči. Lze konstatovat, že relativní i absolutní nedostatek personálu brzdí zdokonalování kvality poskytované péče, a tudíž ovlivňuje začlenění individualizované vývojové péče do ošetrovatelské péče o nedonošené novorozence. Dle našeho názoru jsou sestry schopné do jisté míry tento deficit kompenzovat,

ale individualizovaný přístup k dítěti pak lze, i přes svou snahu a zájem sester o vzdělání, realizovat jen částečně. Což bylo v některých aspektech také potvrzeno pozorováním (tabulka 19). Jak uvádí Fendrychová a Borek, v současné době se neonatálním sestrám nedostává dostatečné podpory a zřejmě ani výchovy pro vytváření podmínek podporujících rodinu dítěte. Stejně tak ani rodiče nejsou často připraveni převzít na sebe zodpovědnost a stát se z permanentních návštěvníků součástí týmu pečujícího o jejich dítě (21). Problém ve spolupráci v rámci profesionálního týmu udávají 3 sestry. Dle sester jde o rozdílný pohled sestry a lékaře na některé aspekty přístupu k dítěti, ale i o nesoulad v přístupu ošetřovatelského personálu. Sehgal a Stack zdůrazňují (49), že pro efektivní realizaci individualizované vývojové péče je nutné, aby její specifika byla akceptována všemi členy profesionálního týmu. S tímto problémem také souvisí vyrušování dítěte nevhodným načasováním prováděných ošetřovatelských a lékařských aktivit. Jak vyplývá z rozhovoru se sestrou 6, je třeba dbát na sjednocení těchto aktivit a na dobrou vzájemnou komunikaci personálu. Lékaři by měli se sestrami více konzultovat tyto situace, protože sestra je prakticky v trvalém kontaktu s dítětem, zná jeho reakce a chování. Ve 2 případech sestry označují jako další problém při realizaci individualizované vývojové péče komunikaci s rodiči a jejich přístup k začlenění do péče o dítě. Z praxe je zřejmé, že někteří rodiče neprojevují zájem o časný kontakt s dítětem v dostatečné šíři, preferují své zájmy, cíle (potřeba si něco zařídit, odpočinout si). Usuzuji, že část současných matek nechápe dost dobře svoji roli. Podpora mateřské role není v naší společnosti pravděpodobně dostatečná. S tím se také shodují Fendrychová a Borek, kteří uvádějí (21), že mnoho mladých rodičů ještě není připraveno na konflikt mezi vlastními potřebami a potřebami svého dítěte. S přítomností rodičů u dítěte dle sestry 6 a 7 souvisí další úskalí, a to nedostatečné zázemí pro rodiče, kteří přicházejí za dítětem z domova a nedostatek soukromí při kontaktu rodičů s dítětem na JIP. Dle mého názoru se tyto problémy vztahují především k prostorovým možnostem pracoviště, které nelze prakticky ovlivnit. K zajištění většího soukromí rodičů lze využít zástěny, které jsou na oddělení k dispozici a některé sestry je také často používají. Sestra 5 vnímá nedostatečnou informovanost personálu o NIDCAP, která je podle ní dalším úskalím při poskytování této péče. Je tedy pozitivní, že všechny

oslovené sestry mají zájem o další vzdělání v oblasti problematiky individualizované vývojové péče (tabulka 17). Sestry by měly zájem o vzdělání v oblasti bazální stimulace, včetně aroma a muzikoterapie, observace a hodnocení chování novorozence. V těchto oblastech mají profesionálové často nedostatečné vzdělání a jen obecné znalosti, což také limituje jejich uplatnění ve specifické péči o nedonošené novorozence. Je zjevné, že sestry si všímají dalších rezerv ve vzdělání, jde např. o zájem získat komunikační dovednosti, lépe chápat potřeby a pocity rodičů. Nejvíce sester se shoduje v zájmu o vzdělání formou názorného tréninku. NIDCAP je v plné šíři realizován na zahraničních pracovištích a stejně tak tréninková centra pro vzdělávání profesionálů v této problematice jsou mimo naši republiku. Jako ideální formu vzdělávání bych zde viděla stáž, jejíž realizace by byly zřejmě v našich podmínkách problémem (ekonomická náročnost, délka absence pracovníka v provozu).

K 3. výzkumné otázce, které z rolí sestry se nejvíce uplatňují při poskytování individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem, se vztahují následující výsledky. Sestry se jednoznačně shodují, že ve vztahu k dítěti nejvíce uplatňují roli poskytovatelky ošetrovatelské péče (tabulka 16). Tuto roli považují za hlavní náplň své práce. Vůči rodičům pak nejčastěji uplatňují roli edukátorky a pomocnice (tabulka 16). Podporují tak zapojení rodičů do péče o dítě, dosažení pocitu důvěry matek v sebe sama, ve zvládnutí péče. Z rozhovorů také vyplynulo, že sestry vnímají potřebu rodičů získat radu a zkušenost. Rovněž rodiče vnímají sestru nejčastěji jako pomocnici a edukátorku (tabulka 9). Z odpovědí sester dále vyvozují, že si uvědomují svou roli advokátky, respektive zástupkyně zájmů dítěte. Někdy jsou postaveny do pozice, kdy brání zájmy dítěte i proti rodičům a lékařům. To opět úzce souvisí s individualizací péče. Je zjevné, že sestry se hodně věnují technickým aspektům péče o nedonošené novorozence, tato role jim ubírá čas na vlastní péči o dítě, odvádí je od rolí, ve kterých jsou nezastupitelné. Tuto roli by měl zastávat erudovaný technický odborník, jako je tomu v zahraničí. Zajímavým zjištěním pro mne bylo, že i matky často vnímají sestru jako technického odborníka (tabulka 9). Pozitivně hodnotím názor sester, že zastávají roli nositelky změn. Dle mého názoru, právě uplatnění této role předurčuje širší začlenění aktivit individualizované vývojové péče

do každodenní péče o předčasně narozené novorozence. Jak uvádí Farkašová (16), sestra v roli nositelky změn ovlivňuje účinnost ošetrovatelské péče a působí proti stagnaci profese. Na druhé straně výsledky ukazují, že role výzkumnice není v běžném provozu preferována (udává ji pouze 1 sestra).

Na podkladě informací získaných z rozhovorů se sestrami lze konstatovat, že vlastní mateřství ovlivnilo jejich pohled na péči o předčasně narozené děti i přístup k rodičům. Udávají větší trpělivost, přístupnost, empatii. Dále je zřejmé, že zastávají aktivní roli v kontaktu s rodiči, v jejich povzbuzení a snaze získat je jako součást týmu. U některých sester je vidět velká míra entuziasmu, nečekají na přání rodičů, ale volí aktivní přístup. Ze zkušenosti mohu uvést, že rodiče často potřebují tento impulz a přes počáteční rozpaky je pro ně vlastní aktivita a začlenění do péče o dítě povzbuzením a podporou jejich rodičovské role. Sestry evidentně chtějí věnovat svou péči pacientům, ale v podmínkách reálné péče ne vždy v plné míře mohou. Což je jednoznačně v neprospěch pacientů. Některé sestry však ještě vnímají individualizovanou vývojovou péči jako nadstandard. V hodnocení efektu individualizované vývojové péče o předčasně narozené novorozence se sestry shodují v pozitivním vlivu tohoto způsobu péče na zdravotní stav a další vývoj dítěte. Dále uvádí spokojenost a zklidnění dítěte, podporu laktace a utváření vztahu dítě-rodič, podporu rodičovské role (tabulka 12). Van der Pal a kol. uvádějí (64), že realizace NIDCAP má jednoznačně pozitivní vliv na dítě i rodiče, ale je časově náročná pro ošetrovatelský personál a ovlivňuje podmínky jeho práce (šero). Pro sestry znamená zapojení do NIDCAP více rozdílů v péči než pro lékaře, jsou potřebné zkušenosti a trénink.

Posledním cílem této práce bylo zjistit, jak je vývojová péče vnímána rodiči těžce a extrémně nedonošených novorozenců. Z rozhovorů s matkami je viditelné, že rodiče vnímají svou přítomnost u dítěte od časných fází hospitalizace jako velmi důležitou pro vzájemnou interakci a kontakt s dítětem. Také svou touhu porozumět chování a reakcím dítěte mohou díky co nejčastější, či trvalé, přítomnosti u dítěte naplnit (tabulka 5). S tím souvisí skutečnost, že většina matek využila možnost trvalého pobytu společně s dítětem na neonatologickém oddělení (tabulka 3). Dle Kleberg a kol., NIDCAP usnadňuje a přibližuje emoční vztah mezi matkou a dítětem, naučí rodiče

interpretovat znamení dítěte, jsou tak schopni poskytnout časnou intervenci. Matky se naučí o své předčasně narozené děti postarat (31). Umožnění návštěv u dítěte již na JIP nejen matce a otci, ale i blízké rodině, využili všichni rodiče (tabulka 1). Rodiče vnímají pozitivně možnost návštěv prarodičů a především sourozenců dítěte. Současným trendem v neonatologii je právě otevřenost rodině, otevírá se tak pole pro větší individualizaci péče o dítě. Matky se shodují v tom, že je pro ně důležité rychlé vybudování a podpora pocitu, že mohou pro své dítě něco udělat (tabulka 5). Ve vnímání aktivit individualizované vývojové péče se všechny oslovené matky shodují, že za nejpřínosnější považují klokánkování a kontakt dítěte s rodiči (tabulka 7). Tyto aktivity přináší nesporný prospěch dětem i rodičům. Autoři „Focus on the brain“ uvádějí (67), že klokánkování snižuje stres rodičů a je jim oporou v souvislosti s „horšími a lepšími dny dítěte“, které se během hospitalizace vyskytnou. Padyšáková a kol. potvrzují, že podporuje roli matky, přináší pozitivní emoce, uspokojení z kontaktu a komunikace s dítětem (45). Právě tyto aktivity charakterizuje maximální zainteresovanost rodičů, vycházejí z přirozených potřeb jak dětí, tak rodičů a úzce souvisí s individualizací péče. Velmi pozitivně matky vnímají zapojení manžela do péče o dítě. Výsledky ukazují, že z emocionálního hlediska má míra začlenění otce do péče o dítě pro matky velký přínos. Také pelíškování hodnotily matky jako přínosnou aktivitu vývojové péče, a to ve 4 případech. Domnívám se, že důvod spatřuji v zajištění pohodlí a klidu dítěte. Výzkum potvrdil, náš názor, že rodiče zatím nechápou individualizovanou vývojovou péči v celé její šíři. Jednotlivé formy vnímají, ale nedokážou je zařadit do kontextu této péče. Vyvozují to z tabulky 7, kde komfort pro dítě, minimální vyrušování a respektování jeho individuálních potřeb, hodnotí jako přínosné vždy pouze jedna matka. To je výzva pro personál, která vyžaduje vědomosti a zkušenosti personálu a podporuje význam edukační role nejen sestry, ale i ostatních zdravotníků. Tyto výsledky podávají odpověď na 4. výzkumnou otázku, jak vnímají rodiče zařazení individualizované vývojové péče do ošetřování jejich dítěte.

Z rozhovorů s matkami, kde by se předpokládala především dominance emocionální roviny, překvapivě vystupuje racionální pohled na jejich úlohu i roli ošetřovatelského personálu. Jde např. o vnímání hygienicko epidemiologického režimu

a dalších opatření, všímají si, zda nejsou jejich děti rušeny, jaký je přístup zdravotníků k dítěti i rodičům. Z výzkumného šetření také vyplývá, že jako zdroj podpory preferují matky více rodinné zázemí a personál, než intervenci zvenčí (tabulka 8). Přesto si myslím, že je dobré mít možnost tyto intervence nabídnout, ale nevnucovat. Je až překvapivé, jak pozitivní úlohu pro zbavení se strachu a podporu a nalezení klidu rodičů mají nástěnky na oddělení. Nástěnky jsou rozmístěny po chodbách oddělení a jsou na nich fotografie předčasně narozených novorozenců, kteří byli na neonatologii hospitalizováni. Tyto fotografie přinášejí na pracoviště rodiče a je na nich zachycen většinou i další vývoj dítěte. Fotografie mají i stručný komentář, např. porodní hmotnost, gestační týden, ve kterém se dítě narodilo a samozřejmě pak věk u následně pořízených obrázků. Jde vlastně o takové malé příběhy, které vytvářejí a dávají k dispozici rodiče sami sobě. Tento aspekt je dobře vystihnout např. v kazuistice 1, kdy se sestra stává zároveň matkou nedonošeného dítěte a popisuje jednoznačný rozdíl ve vnímání jako matka.

Z informací získaných výzkumným šetřením s matkami bylo dále možné vyvodit, že matky pozitivně vnímají poskytování informací ošetřovatelským personálem. Matka 5 by uvítala, aby sestry měly v tomto ohledu více kompetencí. Většina matek pozitivně hodnotí možnost opakovaných debat se sestrami, což jim přináší oporu a nalezení klidu pro péči o dítě. Zjevná je jednoznačná preference opakovaného kontaktu s ošetřovatelským personálem. Dostupnost sestry kdykoliv je pro matky důležitá. Jak uvádí Fendrychová, rodiče očekávají, že sestry poznají, jak se cítí a pomohou jim. Nezbytným předpokladem navázání spolupráce s rodiči je komunikace, neustálé opakování, ujišťování a předávání informací tak, aby je rodiče chápali a rozuměli jim (21). Kromě profesionality očekávají rodiče od personálu trpělivost, tedy opakované vysvětlení aspektů zdravotního stavu dítěte z ošetřovatelského hlediska, ošetřovatelské péče o dítě. Začlenění do péče o dítě vnímají rodiče jako dostačující, o čemž vypovídá tabulka 6. Většina matek se shoduje v tom, že díky zapojení do péče o své dítě se cítí připraveny na domácí péči a mají pocit, že vše zvládají.

Na podkladě informací získaných výzkumným šetřením bylo možné vytýčit oblasti, ve kterých byly zjištěny rezervy v souvislosti se zajištěním individualizované

vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem. Jde především o observaci a hodnocení chování dítěte, tvorbu a realizaci plánů individualizované vývojové péče, respektování stavu spánku a bdění a o vhodné časové nastavení a sloučení výkonů dle individuálních potřeb dítěte. Těchto informací bylo mimo jiné také využito při tvorbě mapy individualizované vývojové péče. Tvorbou této mapy bychom chtěli zároveň reagovat na zjištění, že individualizovaná vývojová péče není zatím sestrami vnímána komplexně. Což se odráží také v jejím vnímání rodiči. Tato mapa je stručným přehledem a zároveň návodem pro realizaci individualizované vývojové péče ošetrovatelským personálem v praxi. Věříme, že i přes problémy, které začlenění této péče v praxi provázejí, umožní mapa celkový pohled na vzájemnou provázanost jednotlivých forem individualizované vývojové péče.

6. Závěr

Problematika individualizované vývojové péče je velmi široká, pro zachycení důležitých aspektů této péče byly v diplomové práci stanoveny 4 cíle. Zpracovat z ošetrovatelského hlediska zkušenosti se zaváděním nových forem vývojové péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence. Charakterizovat současné zajištění individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem. Zmapovat úlohu sestry v poskytování individualizované vývojové péče a zjistit, jak je vývojová péče vnímána rodiči těžce a extrémně nedonošených novorozenců. Cíle práce byly splněny.

Na podkladě výsledků kvalitativního výzkumného šetření byly zodpovězeny výzkumné otázky. Jaké formy individualizované vývojové péče jsou nejčastěji využívány v ošetrovatelské péči o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem? S jakými problémy se sestry setkávají při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence? Které z rolí sestry se nejvíce uplatňují při poskytování individualizované vývojové péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem? Jak vnímají rodiče novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem zařazení individualizované vývojové péče do ošetřování jejich dítěte?

Z forem individualizované vývojové péče je nejčastěji využíváno pelíškování, klokánkování, umožnění a podpora kontaktu předčasně narozených novorozenců s rodiči. Z pozorování vyplynulo, že tišení bolesti, něžná péče, časně zajištění vlastního MM a ochrana dětí před vlivy prostředí jsou sestrami rovněž v péči o nedonošené novorozence realizovány. Jako nejčastější problém při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské péče o nedonošené novorozence sestry uvádějí nedostatek času a nedostatek personálu (relativní i absolutní). Dále se některé sestry shodují, že problém je ve spolupráci v rámci profesionálního týmu, v komunikaci s rodiči a jejich přístupu k začlenění do péče o dítě. Nejčastěji sestry při poskytování individualizované vývojové péče uplatňují roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Dále pak role pomocnice a edukátorky, což se shoduje s názory matek. Rodiče vnímají

pozitivně možnost časné přítomnosti u dítěte, kontakt s dítětem a klokánkování. Udávají, že se naučili rozumět chování a reakcím svého dítěte, podpořila se jejich rodičovská role. Díky zapojení do péče o dítě se matky cítí připraveny na domácí péči. Možnost individuálního kontaktu a komunikace s ošetrovatelským personálem je pro rodiče také velmi důležitá.

Praktickým výstupem tohoto výzkumu je mapa individualizované vývojové péče, stručný přehled a zároveň návod pro realizaci této péče ošetrovatelským personálem v praxi. Je reakcí na zjištění, že jednotlivé formy individualizované vývojové péče nejsou zatím sestrami vnímány komplexně, ve vzájemné návaznosti. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry sice reagují na změny v chování dítěte a respektují jeho potřeby, ale nemalé rezervy jsou v observaci a hodnocení chování dítěte, v tvorbě a realizaci plánů individualizované vývojové péče. Prostor pro větší individualizaci péče je i v respektování stavu spánku a bdění dítěte a ve vhodném časové nastavení a sloučení výkonů dle jeho individuálních potřeb. Lze konstatovat, že do ošetrování novorozenců narozených před 32. gestačním týdnem je na neonatologickém oddělení českobudějovické nemocnice sestrami začleněna individualizovaná vývojová péče, i když ne v celé své šíři. Rodiče vnímají začleněné aspekty této péče pozitivně, zde zastává důležitou roli ošetrovatelský personál. S tím neoddelitelně souvisí snaha umožnit rodičům maximální kontakt s dítětem již od časných fází jeho hospitalizace.

Tato práce je sondou do oblasti realizace individualizované vývojové péče v podmínkách našeho zdravotnictví. Pouze začleněním aspektů této péče do každodenní ošetrovatelské praxe je možné odhalit úskalí, která s sebou tento specifický systém péče může přinášet a snažit se o jejich řešení. Podpora vzdělávání sester, podpora rodičů, vhodná koordinace práce v rámci multidisciplinárního týmu a akceptace principů individualizované vývojové péče všemi členy týmu, jsou důležitými kroky pro zajištění optimální podoby této péče. Práce neonatologických sester je na vysoké profesionální úrovni, ale zároveň nezapomínají na lidský přístup a empatii.

Výsledky tohoto výzkumu mohou být podkladem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o nedonošené novorozence a zároveň motivem ke změně či inovaci v přístupu zdravotnického personálu k jejich rodičům.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ANAND, K.J.S., HALL, R.W. Love, Pain, and Intensive Care. *Pediatrics* [online]. 2008, Vol. 121, No. 4, pp. 825-827. [cit. 2009-05-04]. Dostupné z: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/121/4/825>>. ISSN 1098-4275.
2. ANGELOVIČOVÁ, M., RENDOŠOVÁ, G., BAZÁROVÁ, J. Procesuálny štandard – Klokankovanie. *Neonatologické zvesti*. Nové zámky: 2004, roč. 8, č. 2, s. 29-31. ISSN 1335-2504
3. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
4. BÍLKOVÁ, L. ŠPERLOVÁ, J. Péče matek o extrémně nezralé novorozence. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 9, s. 34. ISSN 1210-0404.
5. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. doplněné vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
6. BURIANOVÁ, I., ČIERNA, I., FRÜHAUF, P. a kol. *Nové pohledy na výživu novorozenců a kojenců*. 1. vyd. Solen print, s.r.o., 2008. 58 s. ISBN 978-80-903776-8-4.
7. ČIHAŘ, M. Problematika péče o předčasně narozené novorozence. *Zdravotnické noviny. Příloha: Lékařské listy*. Praha: 2002, roč. 51, č. 32, s. 20-21. ISSN 0044-1996.
8. ČILJAKOVÁ, Z., ČILJAK, M. Novorodenecká bolesť. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: 2009, roč. 2, č. 1, s. 16-19. ISSN 1337-6896.

9. DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH WHO. *Kangaroo mother care – A practical guide*. Geneva: World Health Organization, 2003. 47s. ISBN 92-4-159035-1.
10. DITRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 192s. ISBN 80-247-0399-8.
11. DOKOUPILOVÁ, M., FIŠÁRKOVÁ, B. NOVOTNÁ, L. a kol. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
12. DORT, J. Moderní péče v neonatologii. *Vox Pediatrice*. Praha: 2000, roč. 1. č. 3, s. 6-7. ISSN 1213-2241.
13. DORT, J. a kol. *Neonatologie – Vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
14. DORT, J., DORTOVÁ, E., TOBRMANOVÁ, H. Exkurze do neonatologie: časná, pozdní morbidita a dlouhodobé sledování rizikových novorozenců. *Vox Pediatrice*. Praha: 2005, roč. 5, č. 10, s. 14-16. ISSN 1213-2241.
15. DORTOVÁ, E., DORT, J. Následná péče o rizikové novorozence po propuštění do domácí péče. *Vox Pediatrice*. Praha: 2008, roč. 8, č. 9, s. 14. ISSN 1213-2241.
16. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství teorie*. Přel. V. Tóthová. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
17. FENDRYCHOVÁ, J. Hodnocení chování novorozence. *Neonatologické listy*. Praha: 2005, roč. 11, č. 1, s. 23-25. ISSN 1211-1600.

18. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.
19. FENDRYCHOVÁ, J. Kinestetika v ošetřování novorozenců. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2007, roč. 8, č. 3, s. 188-189. ISSN 1213-0494.
20. FENDRYCHOVÁ, J. Bolest u novorozenců. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 9, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
21. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
22. FENDRYCHOVÁ, J. Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče v průběhu fyzikálního vyšetřování dítěte. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. 5, č. 2, s. 87–88. ISSN 1213-0494.
23. FRIDRICHOVÁ, V., OŠKRDALOVÁ, L., SKORKOVSKÁ, K. Attachment parenting – rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách. *Neonatologické listy*. Praha: 2008, roč. 14, č. 1, s. 27–29. ISSN 1211-1600.
24. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
25. FUCHS, V., ZOBAN, P., TOMÁŠOVÁ, H. A KOL. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 328 s. ISBN 80-246-0114-1.
26. HANUŠČÁKOVÁ, P. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 52-53. ISSN 1210-0404.

27. HANZL, M., VELEMÍNSKÝ, M., ŠÍPOVÁ, I. Aplikace bariérového systému na neonatologickém oddělení. *Neonatologické listy*. Praha: 2005, roč. 11, s. 8. ISSN 1211-1600.
28. HANZL, M. Quality of health care and neonatal mortality and morbidity in South bohemian region. *Journal of Health Science Management and Public Health*. 2008, Vol. 9, No. 1, pp. 105-108. ISSN 1512-0651.
29. CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M. *Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*. [online]. 2009 [cit.2010-6-24]. Dostupné z: <http://www.nedoklubko.cz/documents_pdf/kojeni_je_hledani_cesty_k_sobe_navzajem.pdf>.
30. KANTOR, L. Neonatologie a její etické otazníky. *Časopis lékařů českých*. Praha: 2004, roč. 143, č.2, s. 106-108. ISSN 0008-7335.
31. KLEBERG, A., HELLSTRÖM-WESTAS, L., WIDSTRÖM, A. M. Mothers perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*. 2007, Vol. 83, No. 6, pp. 403-411. ISSN 0378-3782.
32. KOLEKTIV AUTORŮ. „Když...“. 2. vyd. Praha: Společnost pro ranou péči, 2010. 11s. ISBN 978-80-254-4614-0.
33. KUČOVÁ, J., HAVRÁNKOVÁ, J. Bazální stimulace v novorozeneckém věku. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 11, s. 66-67. ISSN 1210-0404.
34. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

35. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 248s. ISBN 80-7262-207-2.
36. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Přel. O. Flégr. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. Přel. z: Thompson's Introduction to Maternity and Pediatric Nursing. ISBN 80-247-0668-7.
37. LHOTSKÁ, L., ZÁDRAPOVÁ, M. Bazální stimulace u dětí. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 51. ISSN 1210-0404.
38. MACKO, J. Fortifikace (suplementace) mateřského mléka. *Neonatologické listy*. Praha: 2009, roč. 15, č. 2, s. 23-27. ISSN 1211-1600.
39. MAGUROVÁ, D., BODÍKOVÁ, J. Kangaroo Care a jeho uplatnění v praxi. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.5, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
40. MAREŠ, J. a kol. *Dítě a bolest*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 320 s. ISBN 80-7169-267-0.
41. MICHELENA, M. *První rok pro celý život*. Přel. E. Vencálková. 1. vyd. Brno: Era group, 2006. 147 s. ISBN 80-7366-041-5.
42. MROWETZ, M. Děti chtějí být připoutány k matkám. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2009, roč. 58, č. 3, s. 22. ISSN 0044-1996.
43. NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2. vyd.. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. 28 s. ISBN 978-80-7071-286-3.

44. NIDCAP FEDERATION INTERNATIONAL. *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) – An Education and Training Program for Health Care Professionals*. 2008 [cit.2010-06-21]. Dostupné z: <<http://www.nidcap.com/file.aspx?fileid=pg>>.
45. PADYŠÁKOVÁ, H., REPKOVÁ, A., ZLOCHOVÁ, K. Klokankovanie – podpora materstva u matiek predčasne narodených detí. *Ošetrovateľský obzor*. Bratislava: 2008, roč. 5, č. 2, s. 47-50. ISSN 1336-5606.
46. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Přel. H. Horová. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
47. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8.
48. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
49. SEHGAL, A., STACK, J. Developmentally Supportive Care and NIDCAP. *Indian Journal of Pediatrics*. 2006, Vol. 73, No. 11, pp. 1007-1010. ISSN 0019-5456.
50. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Grada, 2003. 107 s. ISBN 80-247-0398-X.
51. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., PILAŘOVÁ, M., RODNÁ, K. Péče o psychický vývoj dětí raného věku. *Psychologie dnes*. Praha: 2005, roč. 11, č. 2, s. 35-37. ISSN 1212-9607.

52. STRAŇÁK, Z. Mnohde už narážíme na meze možností. *Medical tribune*. Praha: 2008, roč. 4, č. 19, s. C1-C3. ISSN 1214-8911.
53. STRAŇÁK, Z. Problematika novorozenců extrémně nízké porodní hmotnosti v období adolescence a dospělosti. *Postgraduální medicína*. Praha: 2007, roč. 9, č. 1, s.102-105. ISSN 1212-4184.
54. STRAŇÁK, Z. Neonatální komplikace u novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti a problematika pozdní morbiditity. *Neonatologické listy*. Praha: 2007, roč. 13, č. 1, s. 17-19. ISSN 1211-1600.
55. STRAŇÁK, Z., ŠEMBEROVÁ, J., BERKA, I. a kol. Nozokomiální infekce u novorozenců velmi nízké porodní hmotnosti. *Neonatologické listy*. Praha: 2007, roč. 13, č. 1, s. 13-16. ISSN 1211-1600.
56. ŠAMONILOVÁ, R. Pelíškování. *Kontakt*. České Budějovice: 2001, roč. 3, č. 1, s. 45-46. ISSN 1212-4117.
57. ŠAMONILOVÁ, R. Bolest u novorozenců z pohledu sestry. *Kontakt*. České Budějovice: 2000, roč. 2, č. 2, s. 24-31. ISSN 1212-4117.
58. ŠEMBEROVÁ, J. Hospitalizace dítěte v raném období vývoje. In: *Nové trendy v ošetrovatelství II. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí II. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2003, s. 193-198. ISBN 80-7040-636-4.
59. ŠPIDLENOVÁ, D. Kazuistika – ošetřování nezralého novorozence. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 2, s. 48-49. ISSN 1210-0404.

60. ŠPIDLENOVÁ, D. Neverbální komunikace s novorozencem. *Florence*. Praha: 2006, roč. 2, č. 6, s. 26-27. ISSN 1801-464X.
61. ŠULCOVÁ, E. Pražská metoda deskripce chování novorozence: analýza struktury chování matky a novorozence při kojení. *Československá psychologie*. Praha: 2000, roč. 44, č. 3, s. 247-265. ISSN 0009-062X.
62. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
63. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Rodička a novorozenec 2008*. Praha: ÚZIS ČR, 2009. 126 s. ISBN 978-80-7280-853-3.
64. VAN DER PAL, S. M., MAGUIRE, C. M., CESSIE, S. L. et al. Staff opinions regarding the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Human Development*. 2007, Vol. 83, No. 7, pp. 425-432. ISSN 0378-3782.
65. VČELÁKOVÁ, M. Ošetrovatelská kazuistika nezralého novorozence. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 9, s. 330-333. ISSN 1804-464X.
66. VELEMÍNSKÝ, M., ŠVIHOVEC, P. JR. a kol. *Infekce plodu a novorozence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 414 s. ISBN 80-7254-614-7.
67. VIDA HEALTH COMMUNICATIONS. *Focus on the brain. Part 2: Clinical Practices for Special Care Nurseries*. Cambridge: 2006, DVD. ISBN-10: 0-9770432-1-5.

68. WEBEROVÁ, M. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část. *Pediatric pro praxi*. Praha: 2004, roč. 5, č. 3, s. 118-120. ISSN 1213-0494.
69. WIELENGA, J. M., SMIT, B. J., UNK, L. K. A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal of Nursing Care Quality*. 2006, Vol. 21, No. 1, pp. 41-48. ISSN 1057-3631.
70. ZIBOLEN, M., ZBOJAN, J., DLUHOLUCKÝ, S. a kol. *Praktická neonatologie*. 1. vyd. Martin: Neografia, 2001. 534 s. ISBN 80-88892-42-2.
71. ZLATOHLÁVKOVÁ, B. Výživa nezralých dětí po propuštění z nemocnice. *Neonatologické listy*. Praha: 2007, roč. 13, č. 2, s. 15-17. ISSN 1211-1600.
72. ZOBAN, P. *Pozdní morbidita perinatálně ohrožených dětí v ČR (1997-2006)*. 2009 [cit.2010-06-21]. Dostupné z: http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Odborne_publikace/CNEOS_Ova_PM2006.pdf1>.
73. ZOBAN, P. Pozdní morbidita dětí s velmi nízkou porodní váhou porozených v letech 1997-2004. *Neonatologické listy*. Praha: 2007, roč. 13, č. 2, s. 11-14. ISSN 1211-1600.

8. Klíčová slova

ošetřovatelská péče

nedonošený novorozenec

vývojová péče

individualizovaná péče

rodiče

9. Přílohy

Příloha 1 – Rozhovor s matkami (rodiči)

Příloha 2 – Rozhovor se sestrami

Příloha 3 – Pozorovací arch

Příloha 4 – Nedonošený novorozenec s distanční terapií (N - CPAP)

Příloha 5 – Zapojení rodičů do péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

Příloha 6 – Rodič v péči o nedonošeného novorozence – stimulace dítěte

Příloha 7 – Nefarmakologické tišení bolesti

Příloha 8 – DSVN – Distress Scale for Ventilated Newborn Infants

Příloha 9 – Hodnocení chování nedonošených novorozenců

Příloha 10 – Záznam pro hodnocení vývoje jednotlivých subsystémů novorozence

Příloha 11 – Pelíškování

Příloha 12 – Kontakt se s předčasně narozeným dítětem – první dotek

Příloha 13 – Klokánkování

Příloha 1 Rozhovor s matkami (rodiči)

Tématické okruhy a otázky

1. Základní anamnestické údaje

- Kolik je vám let?
- Z kolikátého těhotenství se Vaše dítě narodilo?
- Jednalo se o těhotenství plánované nebo neplánované?
- V kolikátém týdnu těhotenství se Vaše děťátko narodilo?
- Jaká byla porodní hmotnost a délka dítěte?
- Kdy jste byla/byli poprvé na návštěvě za svým děťátkem?
- Doprovázel Vás manžel nebo někdo z rodiny?
- Navštěvoval Vaše dítě někdo další z rodiny již na JIP?
- Kdy Vám byl umožněn první fyzický kontakt s dítětem – pohlazení, doteky?
- Využila jste možnost hospitalizace na neonatologickém oddělení ihned po propuštění z ženského oddělení?
- Po jaké době jste mohla pečovat o své dítě samostatně v systému rooming-in?
- Jak dlouho jste byla hospitalizována na neonatologickém oddělení?

2. Informovanost rodičů

- Setkala jste se s problematikou předčasně narozených dětí již dříve?
- Víte jaké specifické problémy se mohou u předčasně narozených dětí vyskytnout a můžete některé uvést?
- Dostala/dostali jste dle Vašeho názoru po porodu první informace včas a byly pro Vás srozumitelné a dostatečné?
- Byla/byli jste spokojeni s informacemi o zdravotním stavu Vašeho dítěte, vyšetřovacích a léčebných metodách, o prostředí, které dítě obklopuje, o možnostech kontaktu s dítětem a zapojení se do péče o ně?
- Využila/využili jste také dalších zdrojů informací o problematice předčasně narozených dětí, jakých, z jakého důvodu – jaké informace Vám chyběly?
- Víte o možných zdrojích podpory, pomoci a dalších informací? Jakých?

3. Začlenění do péče o dítě

- Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů u dítěte důležitá již na JIP? Proč?
- Byl Vám kontakt s dítětem aktivně nabídnut personálem?
- Bylo pro Vás obtížné dodržovat standardní opatření před kontaktem s dítětem na JIP, byla Vám tato opatření srozumitelně vysvětlena?
- Které z aktivit individualizované vývojové péče hodnotíte jako nejpříznivější (nejpřínosnější) pro Vaše dítě i pro Vás? Proč?
- Myslíte si, že jste se naučila rozpoznat chovní a reakce všeho dítěte? Byl Vám v tom ošetrovatelský personál nápomocen?
- Jak by jste zhodnotila Vaše zapojení do péče o dítě?

4. Potřeby a pocity rodičů

- Co jste prožívala /prožívali po předčasném narození Vašeho dítěte? (v 1. dnech)
- Jak jste vnímala/vnímali své dítě – jeho stav, prostředí JIP, personál?
- Měla/měli jste prostor pro vyjádření svých pocitů, obav? (na JIP, event. později)
- Co Vám osobně nejvíce pomohlo vyrovnat se s touto situací?
- Kdo nebo co pro Vás bylo zdrojem podpory?
- Jaký je Váš názor na možnost využití služeb psychologa přímo na oddělení během hospitalizace?

5. Přístup zdravotnického personálu

- Jak hodnotíte přístup ošetrovatelského personálu k Vám a Vašemu dítěti?
- Jaká byla Vaše očekávání?
- Co si myslíte o roli sestry ve vztahu k Vám a k Vašemu dítěti?

Příloha 2 Rozhovor se sestrami

Tématické okruhy a otázky

1. Základní údaje

- Kolik je Vám let?
- Jaké je Vaše vzdělání?
- Kolik let pracujete na neonatologickém oddělení?
- Jste matkou?
- Pokud ano, jak Vaše vlastní mateřství ovlivnilo Váš pohled na péči o předčasně narozené novorozence a přístup k jejich rodičům?

2. Individualizovaná vývojová péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

- Co si představujete pod pojmem individualizovaná vývojová péče?
- Jaké formy individualizované vývojové péče využíváte nejčastěji? A proč?
- Jak by jste charakterizovala efekt této péče na zdravotní stav a vývoj předčasně narozených novorozenců?
- Myslíte si, že by bylo dobré vytvořit specifický individuální plán vývojové péče pro konkrétní novorozence? Proč?
- Jaká úskalí dle Vás přináší začlenění individualizované vývojové péče do každodenní péče o předčasně narozené novorozence?
- Jaká by jste navrhla řešení Vámi uvedených problémů?

3. Přítomnost rodičů a jejich začlenění do péče o těžce a extrémně nedonošené novorozence

- Jak vnímáte přítomnost rodičů na JIP?
- Může být/je dle Vás přítomnost rodičů na JIP komplikací pro personál, péči o dítě a proč?
- Pokud by nastala taková situace (rodiče jsou personálu přítěží), jak by jste ji řešila?
- Jaký je Váš názor na co nejčasnější začlenění rodičů do péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem?

4. Role sestry při začlenění individualizované vývojové péče do každodenní ošetrovatelské

péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem

- Jaké sesterské role uplatňujete v individualizované vývojové péči o předčasně narozené novorozence?
 - poskytovatelka ošetrovatelské péče (pečovatelka, matka)
 - pomocnice (matky, dítěte)
 - edukátorka (učitelka, poradce)
 - advokátka (zástupce zájmů, poradce)
 - nositelka změn (ovlivňuje účinnost ošetrovatelské péče, stagnaci profese)
 - vůdce (k samostatnosti, zvládnutí péče atd.)
 - manažerka (řídí a koordinuje ošetrovatelskou péči)
 - mentorka (ve vztahu ke studentům, kolegům)
 - technický odborník
 - výzkumnice
- Kterou z rolí sestry uplatňujete nejvíce ve vztahu k dítěti?
- Kterou z rolí sestry uplatňujete nejvíce ve vztahu k rodičům?

5. Vzdělávací aktivity sester

- Jaký je Váš názor na další vzdělání v oblasti individualizované vývojové péče o předčasně narozené novorozence?
- O informace/vzdělání z jakých oblastí (v souvislosti s individualizovanou vývojovou péčí o předčasně narozené novorozence) by jste měla zájem?
- Jaký způsob dalšího vzdělávání by jste zvolila?

Příloha 3 Pozorovací arch

Zajištění komfortu dítěte	termoneutrální prostředí	ano	ne
	zamezení hluku	ano	ne
	ochrana před světlem	ano	ne
	vhodná poloha	ano	ne
	sloučení ošetrovatelských aktivit a dalších výkonů	ano	ne
<i>Poznámky</i>			
Individualizovaný přístup k dítěti	observace reakcí a chování dítěte	ano	ne
	respektování a uspokojování potřeb dítěte	ano	ne
	respektování stavu spánku a bdění dítěte	ano	ne
	schopnost reagovat na změny v chování dítěte	ano	ne
	tišení bolesti	ano	ne
	realizace dle plánu péče	ano	ne
<i>Poznámky</i>			
Používané metody vývojové péče	doteky, hlazení, masáže, šetrná manipulace (něžná péče)	ano	ne
	oční kontakt, mluvené slovo	ano	ne
	pelíškování	ano	ne
	klokánkování	ano	ne
	zajištění kontaktu dítěte s rodiči	ano	ne

	<i>Poznámky:</i>		
	zajištění mateřského mléka	ano	ne
	<i>Poznámky:</i>		
	zapojení rodičů do péče o dítě	ano	ne
<i>Poznámky</i>			
<i>Přístup k rodičům</i>	aktivní přístup k rodičům	ano	ne
	aktivní komunikace s rodiči	ano	ne
	aktivní zajištění informací	ano	ne
intervence ve stresové situaci	zajištěna personálem oddělení	ano	ne
	odborná psychologická pomoc	ano	ne
	setkání v rámci podpůrné skupiny matek	ano	ne
<i>Poznámky</i>			

Příloha 4 Nedonošený novorozenec s distanční terapií (N - CPAP)



Zdroj: Vlastní

Příloha 5 Zapojení rodičů do péče o novorozence narozené před 32. gestačním týdnem



Zdroj: Vlastní

Příloha 6 Rodič v péči o nedonošeného novorozence – stimulace dítěte







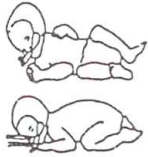

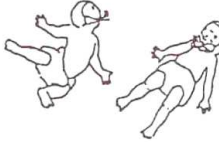
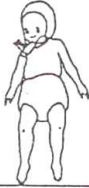
Zdroj: Vlastní

Příloha 7 Nefarmakologické tišení bolesti



Zdroj: Vlastní

Příloha 8 DSVN – Distress Scale for Ventilated Newborn Infants

Hodnocení	0	1	2	3
Výraz tváře	Relaxovaný Klidný výraz, tvář bez vrásek, hluboký spánek/tiché bdění	Znepokojený Úzkost ve tváři, zamračený nebo upřený pohled, sevřené/našpuhlené rty	Utrápený Bolestivý výraz, nakrabacená tvář, svraštělé obočí, zvýrazněné nasolabiální rýhy, rozevřená ústa; tichý pláč	Nehybný Žádná odpověď na bolest, žádný pláč, uhýbavý nebo fixovaný pohled, rigidita, rezignace
				
Pohyb těla	Relaxovaný Relaxovaný trup i končetiny, sevřené dlaně, úchop prstů	Neklidný Moro reflex, neklid, trhavé/nekoordinované pohyby, flexe/extenze končetin, úhyb	Přehnaný Extenze končetin/krku, křivení prstů, opistotonus, zvýšená bdělost	Nehybný Žádná odpověď na trauma, nehybnost, rigidita
				
Barva kůže	Normální Odpovídající typu kůže	Červená Překrvení	Bledá, šedá mramorovaná,	Bledá, mramorovaná, šedá

Hodnocení:

- 0 dítě je relaxované, klidné, nestresované – je třeba udržovat stav ošetřovatelskou a behaviorální činností a péčí
- 1 – 2 občas přechodně stresované, ale ihned se uklidní – použít relaxační a uklidňující techniky
- 3 – 4 přechodný stres, je třeba použít vhodné utišující a relaxační techniky, léčebný dotyk
- 5 dítě trpí bolestí, při neefektivních utěšujících technikách je třeba podat analgetika
- 6 dítě trpí bolestí, je třeba podat analgetika v odpovídajících dávkách

Zdroj: 18

Příloha 9 Hodnocení chování nedonošených novorozenců

Známky nestability

- Změny v srdeční frekvenci, dýchání, krevním tlaku, oxygenaci krve, tělesné teplotě centrální a periferní, bledost kůže, mramorování, prošedání, cyanóza.
- Nekoordinované pohyby, záškuby, trhavé pohyby, extenze končetin, hyper nebo hypotonie.
- Neuspořádaný cyklus spánku a bdění, přetrvávající REM spánek, přetrvávající podrážděnost.
- Nemožnost zrakového kontaktu, skelný pohled, výraz paniky.
- Nepřiměřená reakce na dotyk, nemožnost sebeuspokojení, nemožnost nalézt pohodlnou pozici.

Známky stability

- Stabilní vitální funkce, odpovídající centrální tělesná teplota a teplota na periférii, normální barva kůže, plynulé pohyby, relaxované končetiny, ochota uchopit podávaný prst.
- Relaxovaná poloha, dobrý svalový tonus.
- Schopnost spát hlubokým spánkem, stavy tichého bdění.
- Upřený pohled, bdělý výraz, otáčení zraku i hlavy za zvukem.
- Schopnost po vyrušení opět usnout, sání, hledání, pohyb ruka-ústa, adaptace těla na změnu polohy.

Zdroj: 18

Příloha 10 Záznam pro hodnocení vývoje jednotlivých subsystémů novorozence

Známky nestability	Známky stability
<p style="text-align: center;">Autonomní systém</p> <p><i>Fyziologické funkce</i></p> <p>Počet pulzů ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> Počet dechů ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/></p> <p>Tlak krve ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/></p> <p>Rozdíl v centrální teplotě a teplotě na periférii > 1 °C <input type="checkbox"/></p> <p><i>Barva kůže</i></p> <p>Bledá <input type="checkbox"/> Šedá <input type="checkbox"/> Mramorovaná <input type="checkbox"/> Cyanotická <input type="checkbox"/></p> <p><i>Mimovolní pohyby</i></p> <p>Záškuby <input type="checkbox"/> Ustrnutí <input type="checkbox"/> Propínání prstů <input type="checkbox"/></p> <p>Extenze končetin <input type="checkbox"/></p> <p><i>Trávicí systém</i></p> <p>Škytání <input type="checkbox"/> Blinkání <input type="checkbox"/> Zívání <input type="checkbox"/> Napínání <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Autonomní systém</p> <p><i>Fyziologické funkce</i></p> <p>Pravidelná srdeční akce <input type="checkbox"/> Pravidelné dýchání <input type="checkbox"/></p> <p>Pravidelný TK <input type="checkbox"/></p> <p>Rozdíl v centrální teplotě a teplotě na periférii < 1 °C <input type="checkbox"/></p> <p><i>Barva kůže</i></p> <p>Normální barva, odpovídající stavu <input type="checkbox"/></p> <p><i>Mimovolní pohyby</i></p> <p>Mírné <input type="checkbox"/> Relaxované <input type="checkbox"/> Úchop prstů <input type="checkbox"/></p> <p><i>Trávicí systém</i></p> <p>Toleruje gastrickou sondu <input type="checkbox"/> Sací reflex <input type="checkbox"/></p> <p>Koordinace sání a polykání <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Motorický systém</p> <p>„Žabí“ poloha <input type="checkbox"/></p> <p>Nekoordinované pohyby <input type="checkbox"/></p> <p>Protahování <input type="checkbox"/> Hypertonus <input type="checkbox"/> Hypotonus <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Motorický systém</p> <p>Poloha ve flexi <input type="checkbox"/> Relaxovaná <input type="checkbox"/></p> <p>Dobrý svalový tonus <input type="checkbox"/></p> <p>Uvolnění při masáži <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Stavový systém</p> <p>Hluboký spánek <input type="checkbox"/></p> <p>REM spánek <input type="checkbox"/></p> <p>Bdělost <input type="checkbox"/></p> <p>Neklid <input type="checkbox"/> Křik/pláč <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Stavový systém</p> <p>Pravidelný cyklus spánku a bdění <input type="checkbox"/></p> <p>Přetrvávající období hlubokého spánku <input type="checkbox"/></p> <p>Přetrvávající období bdění <input type="checkbox"/></p> <p>Mírná progresse stavů <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Pozornostně/interakční systém</p> <p>Vyhýbání se zrakovému kontaktu <input type="checkbox"/></p> <p>Pouze letmá odpověď pečovateli <input type="checkbox"/></p> <p>Výraz paniky <input type="checkbox"/></p> <p>Skelný pohled <input type="checkbox"/></p> <p>Letargie <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Pozornostně/interakční systém</p> <p>Přetrvávající oční kontakt <input type="checkbox"/></p> <p>Živý výraz tváře <input type="checkbox"/></p> <p>Otáčení hlavičky za zvukem <input type="checkbox"/></p> <p>Otáčení hlavičky za objektem/tváří <input type="checkbox"/></p> <p>Zaměření pozornosti na objekt/tvář <input type="checkbox"/></p> <p>Sociální úsměv <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Autoregulační systém</p> <p>Nepřiměřená reakce na stimul <input type="checkbox"/></p> <p>Chybění sebekontroly <input type="checkbox"/></p> <p>Nemožnost sebeuspokojení <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Autoregulační systém</p> <p>Schopnost znovu usnout <input type="checkbox"/></p> <p>Pohyb ruka-ústa <input type="checkbox"/></p> <p>Adaptace těla na změnu polohy <input type="checkbox"/></p> <p>Dobrý sací/ hledací reflex <input type="checkbox"/></p>

Zdroj: 18

Příloha 11 Peliškování



Zdroj: Vlastní

Příloha 12 Kontakt s s předčasně narozeným dítětem – první dotek



Zdroj: Vlastní

Příloha 13 Klokánkování



Zdroj: Vlastní