

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Veronika Mach

Nedonošený novorozenec

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Nedonošený novorozenec“ vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Kristiny Janouškové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 12. května 2023

podpis

Děkuji PhDr. Kristině Janouškové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, její cenné rady a náměty. Také děkuji své rodině, především mému manželovi, který mi byl velkou oporou po celou dobu studia. V neposlední řadě děkuji všem rodinám, které obětovaly svůj drahocenný čas a strávily ho při rozhovoru se mnou.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Nedonošený novorozenec

Název práce: Nedonošený novorozenec

Název práce v AJ: Premature newborns

Datum zadání: 2019-01-24

Datum odevzdání: 2023-05-12

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Veronika Mach

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, PhD.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá problematikou nedonošeného novorozence. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola se zabývá předčasným porodem jeho příčinou a následky. Druhá kapitola je zaměřena na novorozence. Třetí kapitola nahlíží na porod jako náročnou životní situaci. Praktická část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který probíhal pomocí rozhovorů s vybranými rodiči nedonošených dětí. Hlavním cílem praktické části práce je zmapování psychického stavu rodičů nedonošených novorozenců. Podle výpovědi respondentů je porod a první kontakt s novorozencem emocionálně silný zážitek. V průběhu hospitalizace pociťují štěstí, ale i smutek, strach a nejistotu. Dále jsou identifikovány potřeby rodičů jako spánek, laktace, jistota a bezpečí či důvěra. Veliké nároky jsou kladeny na zdravotní personál. Jejich přístup, péče, profesionalita, a především lidskost ovlivňují psychický stav rodičů nedonošených novorozenců.

Abstrakt v AJ: This diploma thesis examines premature newborns. The thesis has a theoretical and a practical part. The theoretical part has a tree chapters. The first chapter deals with premature birth, its cause and consequences. The second chapter is focused on newborns. The third chapter looks at childbirth as a difficult life situation. The practical part of the work is devoted to qualitative research, which was conducted using interviews with selected parents of premature babies. The main goal of the practical part of the work is to map the psychological state of parents of premature newborns. According to respondents' accounts, childbirth and first

contact with the newborn is an emotionally powerful experience. During hospitalization, they experience happiness, but also sadness, fear, and uncertainty. Furthermore, parents' needs such as sleep, lactation, security and safety or confidence are identified. Great demands are placed on the medical staff. Their attitude, care, professionalism and, above all, humanity influence the psychological state of the parents of premature newborns.

Klíčová slova v ČJ: předčasný porod, nedonošený novorozenec, rodiče, novorozenecká JIP, zapojení rodičů do péče

Klíčová slova v AJ: premature childbirth, premature newborns, parents, NICU, family centred care

Rozsah: 73/4

Obsah

ÚVOD.....	8
1 TĚHOTENSTVÍ A POROD	9
1.1 Délka trvání těhotenství a prenatální péče	9
1.2 Předčasný porod.....	10
1.2.1 Klasifikace	11
1.2.2 Rizika.....	12
1.2.3 Etiologie	12
1.2.4 Predikce	12
1.2.5 Diagnóza.....	13
1.2.6 Prevence.....	13
1.2.7 Management	13
1.3 Vícečetné těhotenství.....	14
1.4 Růstová restrikce plodu (IUGR)	15
1.5 Nitroděložní infekce	15
1.6 Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu (PPROM).....	16
1.7 Preeklampsie a HELLP syndrom.....	16
2 NEONATOLOGIE.....	18
2.1 Klasifikace novorozence	19
2.2 První ošetření novorozence.....	20
2.3 Problémy nezralých novorozenců.....	23
2.4 Vývojová péče	24
3 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE	25
3.1 Pohlavní role	25
3.2 Potřeby žen	25
3.3 Psychické prožívání žen spojené s těhotenstvím a porodem	26

3.4	Rodičovské trauma spojené s předčasným porodem	27
3.5	Péče porodní asistentky	28
4	METODIKA PRÁCE	30
4.1	Metodický přístup	30
4.2	Výzkumné cíle a otázky	30
4.3	Charakteristika souboru	31
5	VÝSLEDKY	32
5.1	Kategorizace výsledků	32
5.1.1	Sociodemografické údaje	32
5.1.2	Schéma 1 – Kategorie Těhotenství	34
5.1.3	Schéma 2 – Kategorie Porod	37
5.1.4	Schéma 3 – Kategorie Neonatologie	43
5.1.5	Schéma 4 – Kategorie Propuštění do domácí péče	50
6	DISKUZE	52
6.1	Limity práce	56
6.2	Sebereflexe	57
	ZÁVĚR	58
	REFERENČNÍ SEZNAM	60
	PŘÍLOHY	64
	SEZNAM ZKRATEK	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ	73

ÚVOD

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.“ (Frederick Leboyer)

Průměrné těhotenství trvá 280 dnů, deset lunárních měsíců, tři trimestry. Za toto období se celá rodina připraví na příchod nového člena. Těhotenství, porod i šestinedělí jsou velice náročné životní etapy. Pokud dojde k předčasnému porodu, je situace ve všech směrech náročnější. Díky moderní perinatální péči jsme svědci nárůstu zachráněných nedonošených novorozenců. Tato problematika je aktuální, velice rozsáhlá a složitá. Lze na ni nahlížet jak ze zdravotnického úhlu, tak sociálního, psychologického, etického či legislativního.

Tato práce je zaměřena na problematiku nedonošeného novorozence. V Evropě se v roce 2000 jednalo o 9,8 % předčasných porodů (Chawanpaiboon 2019, str. e37–e38). V České republice se ročně rodí asi 8 % novorozenců před ukončeným 37. týdnem těhotenství, tedy přibližně 8500 dětí (Nedoklubko 2020, str. 144). Podle dostupných publikací dochází v teoretické části práci k sumarizaci poznatků o předčasném porodu, nedonošeném novorozenci a charakteristiku základních pojmů spojených s nezralostí. Poté je popsána psychická stránka tohoto náročného období. Hlavním cílem praktické části je zmapování psychického stavu rodičů nedonošených novorozenců. Stát se rodičem předčasně narozeného dítěte je nečekaný zvrat, s nímž je potřeba se vyrovnat, péče o něj je velice náročná. Ke zvládnutí této náročné situace pomáhá i lidskost a profesionalita zdravotníků, kteří rodičům pomáhají v systému třístupňové péče o dítě.

Vrcholem jsou centra vysoce specializované zdravotní péče v perinatologii, která aplikují těsnou spolupráci porodnictví a neonatologie, jsou připravena přijmout nedonošeného novorozence a nabízejí kvalitní péči na základě multioborové spolupráce. Základem je transport všech rizikových těhotných na toto pracoviště, díky čemuž se více než 90 % nezralých novorozenců narodí přímo na zkušeném pracovišti, což výrazně zvyšuje šance nezralého dítěte na přežití bez závažných postižení. V současné době v ČR je tato šance u novorozenců narozených mezi 23.–24. týdnem více než 50 % (Nedoklubko 2020, str. 142).

Po ukončení bakalářského studia jsem byla po určité období pracovně angažovaná na neonatologii, tedy na jednotce intenzivní a resuscitační péče (JIRP). Bylo to fyzicky i psychicky náročné období, ale také výzva prohloubit si znalosti i schopnosti v oboru. Zároveň mě to nasměrovalo ke studiu Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci a též to vedlo k výběru tématu pro mou diplomovou práci.

1 TĚHOTENSTVÍ A POROD

Těhotenství je období, kdy dochází ke změnám ve fyziologii i anatomii mateřského organismu. Tento stav je nezbytný pro vývoj, ochranu, výživu plodu, celkovou adaptaci matky i průběh porodu (Procházka 2018, str. 11). Mezi procesy přizpůsobení mateřského organismu lze zařadit růst tkání, retenci tekutin ve tkáních, relaxaci hladkého svalstva a všeobecné funkční přizpůsobení. Jako růst tkání lze označit hypertrofii rodidel a prsů či hyperplazie periostu s určitými rysy akromegalie. Hormonálními vlivy dochází například k prosáknutí vulvy a vaginy, také k dilataci a snížení peristaltiky střev, močových a žlučových cest, především ale k uvolnění dělohy. Matčin organismus se dále musí přizpůsobit zvětšení cirkulujícího objemu krve, zvýšení srdeční činnosti a prokrvení ledvin (Hájek 2014, str. 32).

1.1 Délka trvání těhotenství a prenatální péče

Délka těhotenství se v porodnictví počítá od prvního dne poslední menstruace, přestože ovulace a oplodnění nastaly přibližně o 14 dní dříve. Tato informace se udává v ukončených týdnech a dnech, tedy 28 týdnů a tři dny odpovídá 28+3. Průměrné těhotenství trvá 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů + nula dnů, což je deset lunárních měsíců. Dále ho dělíme na tři trimestry, kdy první trvá do 12 týdnů, druhý do 28 týdnů a třetí do termínu porodu (Hájek 2014, str. 31-32). Termín porodu se vypočítá dle Naegeleho pravidla: datum prvního dne menstruace – tři měsíce + sedm dní (Procházka 2018, str. 24). V 10. týdnu těhotenství se provádí korekce pravděpodobného termínu porodu, kdy se pracuje s naměřenou délkou plodu v milimetrech, která se zhodnotí dle tabulky a stanoví termín porodu. V těhotenské průkazce se tedy potkáme se dvěma termíny porodu, jedno podle poslední menstruace, druhé podle ultrazvuku (Škraňková 2014, str. 4).

Většina žen dochází v těhotenství na kontroly do gynekologické ambulance. Jejich smyslem je zachycení nepravidelností souvisejících s těhotenstvím. Lékař postupuje dle současných dostupných poznatků lékařské vědy (Procházka 2018, str. 32). Dle revidovaného doporučeného postupu, který se zabývá zásadami dispenzární péče v těhotenství, se při první návštěvě rozhodne registrující lékař na základě získaných anamnestických informací a aktuálního klinického nálezu, jak moc riziková je pacientka a zařadí ji buď do skupiny s nízkým rizikem (Low risk pregnancy), nebo mezi těhotné s definovaným konkrétním rizikem (Risk pregnancy). Těhotné s nízkým rizikem navštěvují gynekologa do 34. týdne těhotenství každý 4.–6. týden, od 34. týdne do termínu porodu jedenkrát za 1–2 týdny a od 40. týdne alespoň 2x týdně. U gravidních žen s definovaným konkrétním rizikem je frekvence návštěv a rozsah laboratorních a konziliárních vyšetření individuální dle charakteru a závažnosti stavu těhotné. Klinická a

laboratorní vyšetření dělíme na pravidelná a nepravidelná. Pravidelná vyšetření se provádějí při každé návštěvě a jedná se o sběr anamnestických údajů a určení míry rizika, zevní vyšetření těhotné, určení váhy, změření krevního tlaku, chemické vyšetření moči proužkem, detekce známek vitality plodu a dle zvážení lékaře i bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre. Nepravidelná vyšetření se vztahují na určitý týden těhotenství. Jedná se například o komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne, screening v I. trimestru, laboratorní vyšetření do 14. týdne, ultrazvukové vyšetření do 14. týdne, poté ve 20.–22. týdnu, podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství, orální glukózový toleranční test ve 24.–28. týdnu, antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen od 28. týdne, laboratorní vyšetření ve 28.–34. týdnu, ultrazvukové vyšetření ve 30.–32. týdnu, vaginorektální detekce streptokoků skupiny B ve 35.–37. týdnu a ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve 36.–37. týdnu. Optimálně ve 36. až 37. týdnu by se měla žena zaevidovat do porodnice. Každé těhotenství by mělo být ukončeno do 42+0 (ČGPS 2021, str. 1–3).

1.2 Předčasný porod

Porod dítěte před dosaženým 37. týdnem těhotenství se označuje jako předčasný porod. Zároveň jde o nejzávažnější porodnický problém v hospodářsky rozvinutých zemích. Z celkového počtu novorozenců se zhruba sedm procent rodí před 37. týdnem těhotenství a z nich přibližně dvě procenta před 32. týdnem těhotenství. Perinatální mortalita uváděná v promilích označuje počet plodů/dětí mrtvorozených a zemřelých do sedmého dne po porodu na 1 000 živě i mrtvě narozených. V roce 2018 v ČR činila 4,1 ‰ (Marková 2020, str. 13–14). Počet novorozeneckého úmrtí se snížil z 5 milionů v roce 1990 na 2,4 milionu v roce 2020 (WHO 2022). Jako vedoucí příčina přímého novorozeneckého úmrtí se označuje předčasný porod. Riziko novorozenecké úmrtnosti je nepřímě úměrné trvání těhotenství. Snaha významně snížit incidenci předčasných porodů je neúspěšná, za to se daří snižovat perinatální a novorozeneckou mortalitu a morbiditu u předčasně narozených dětí, na čemž se zejména podílí centralizace gravidních rodiček s rizikem předčasného porodu do perinatologických center (Marková 2020, str. 13–16).

Předčasný porod je závažný socioekonomický problém, vzhledem k výši nákladů na péči i začlenění některých předčasně narozených handicapovaných dětí do společnosti. Stanovení dolní hranice prematurity je komplikované. Každá země posuzuje hranici viability odlišně. Dosažení tohoto milníku je důvodem k podání intenzivní neonatální péče. V České republice definuje hranici mezi předčasným porodem a potratem Zákon č. 372/2011 Sb. Porod je zde definován jako ukončení gravidity porodem živého či mrtvého dítěte. Bez ohledu na délku

těhotenství se označuje jako živé dítě plod, který po úplném vypuzení či vynětí z matčina těla dýchá či vykazuje alespoň jednu ze známek života (srdeční aktivita, pulzace pupečníku, nesporný pohyb kosterního svalstva), bez ohledu na přerušení pupečníku či připojení placenty. Jako mrtvě narozené dítě se označuje plod, který nejeví známky života, váží 500 g a více. Pokud nelze určit váhu, jedná se o plod narozený po dokončeném 22. týdnu těhotenství. Pokud nelze určit ani trvání gravidity, musí být dítě nejméně 25 cm dlouhé od temena hlavy k patě. Jako samovolný potrat se označuje ukončení těhotenství, kdy jsou embryo nebo plod neprojevující známky života samovolně vypuzeny nebo vyndány z dělohy s hmotností menší než 500 g či je těhotenství kratší než 22 týdnů, pokud je váha nezjistitelná. Dále jako potrat označujeme umělé ukončení těhotenství provedené dle Zákona č. 66/1986 Sb., ukončení mimoděložního těhotenství či vyjmutí plodového vejce bez plodu nebo sliznice s histologicky prokázanými zbytky po potratu. Pokud dojde k umělému přerušení těhotenství po 22. týdnu, nejedná se o potrat, nýbrž předčasně vyvolaný porod. Při ukončení vícečetného těhotenství se každý plod posuzuje zvlášť (Koucký 2014, str.11–12).

Přísně multidisciplinární přístup je vyžadován v péči o těhotnou a poté o matku a dítě v rámci předčasného porodu. V těhotenství se jedná o specializovanou péči perinatologem při porodu o péči v perinatologickém centru. Dále je důležitá krizová intervence a psychologická podpora. S tou je třeba pokračovat i během péče o dítě na neonatální JIP (Marková 2020, str. 20).

1.2.1 Klasifikace

Skupiny případů, které řadíme mezi předčasný porod, nejsou jednotné. Mohou se lišit etiologií, průběhem, preventivními kroky a vedením (Gregor 2020, str. 20).

Dle délky trvání lze předčasný porod rozdělit na extrémně předčasný, kdy k porodu dojde před 28. týdnem, velmi předčasný, od 28+0 do 31+6, středně, od 32+0 do 33+6, a pozdně předčasný, od týdne 34 do 36+6. Dle základního dělení rozlišujeme předčasný porod na spontánní předčasný porod, k němuž dochází v 70–80 %, a iatrogenní předčasný porod, ke kterému dojde ve 20–30 %. K nejčastějším příčinám iatrogenního předčasného porodu řadíme zdravotní komplikace ze strany matky, jako je preeklampsie, placenta previa, předčasné odlučování placenty, a ze strany plodu jako intrauterinní růstová restrikce (IUGR) nebo vícečetné těhotenství. Spontánní předčasný porod dále dělíme na spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan (PTL), ke kterému dochází ve 40–50 %, a na předčasný porod po předčasném odtoku plodové vody (PPROM), k němuž dojde ve 20–30 %. Porod může probíhat symptomaticky, kdy žena pociťuje kontrakce nebo dojde k odtoku plodové vody, či

asymptomaticky, kdy dochází ke zkracování a otevírání děložního hrdla bez pocitu děložní činnosti (Marková 2020, str. 14).

1.2.2 Rizika

Rizika, jež jsou spojená s předčasným porodem u matky, jsou: psychické trauma, operační porod a puerperální sepse. U dítěte se jedná o perinatální, neonatální a dětskou mortalitu, porodní traumatismus, perinatální morbidita (RDS – respirační distress syndrom, IVH – intraventricular hemorrhage, NNS – neonatal sepsis, NEC – necrotizing enterokolitis, ROP – retinopathy of prematurity, hyperbilirubinemie, hypotermie, hypoglykemie a iatrogenní morbidita), a také pozdní dlouhodobé následky jak mentální, neurologické, oční, sluchové, tak i plicní (Marková 2020, str. 16).

Rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost spontánního předčasného porodu, lze rozdělit dle toho, zda je lze nebo nelze ovlivnit. Mezi neovlivnitelné řadíme již předchozí předčasný porod, věk pod 18 let či nad 40 let, špatnou výživu, nízkou tělesnou hmotnost před těhotenstvím, nízký socioekonomický status, operační zákroky na děložním hrdle, anatomické nepravidelnosti dělohy, předčasné zkrácení a dilatace hrdla dělohy, nadměrně rozepjatá děloha – vícečetné těhotenství. Ovlivnitelné rizikové faktory jsou kouření, abúzus drog, nedostatečná prenatální péče, krátký interval mezi porody, anémie, infekce močových cest a stres těhotné (Gregor 2020, str 21).

1.2.3 Etiologie

Etiologie předčasného porodu není úplně objasněna. Veškeré faktory se mohou vyskytnout samostatně či v kombinaci, obvykle v důsledku dlouhodobých a často subklinických procesů. Nejvíce se na předčasném porodu podílí infekce matky, respektive placenty nebo plodu, také rozpětí a porucha prokrvení svalstva dělohy, dále choroby děložního hrdla, odlučování placenty, patologická placentace, genetické vlivy, stres matky, imunologický konflikt a hormonální poruchy matky nebo porucha hormonální komunikace mezi matkou a plodem (Marková 2020, str. 17).

1.2.4 Predikce

Základem predikce spontánního předčasného porodu u asymptomatických těhotných je identifikace rizikových faktorů, které ovšem mají nízkou senzitivitu a specifitu, a transvaginální cervikometrie. Jako nejvýznamnější faktory v anamnéze jsou uvedeny: předčasný porod či pozdní potrat ve II. trimestru a zkrácené děložní hrdlo měřené transvaginálním ultrazvukem do 30. týdne těhotenství mající méně než 25 mm. Základem predikce spontánního předčasného porodu u symptomatických těhotných je využití

transvaginálního ultrazvuku, kdy dojde k funkčnímu zkrácení děložního hrdla pod 25 mm do 30. týdne těhotenství, a biochemických metod jako stanovení fetálního fibronektinu (fFN), insulin-like growth factor binding proteinu 1 (PIGFBP-1) a placental alpha mikroglobulinu-1 (PAMG-1) v cervikovaginálním sekretu. Pokud má žena zkrácené děložní hrdlo pod 15 mm je riziko porodu do sedmi dnů až 50 %.

1.2.5 Diagnóza

Diagnóza se stanovuje pouze na základě klinických symptomů. Mezi tato kritéria se řadí pravidelné děložní kontrakce (více než čtyři kontrakce za 20 minut nebo více než osm kontrakcí za hodinu), postupné zkracování a dilatace děložního hrdla či branky při vaginálním vyšetření či při transvaginální cervikometrii ultrazvukem, a předčasný odtok plodové vody. I přes výše zmíněná diagnostikovaná kritéria nemusí předčasný porod nastat (Kacerovský 2017, str. 161).

1.2.6 Prevence

Jelikož jsou nám známe rizikové faktory ovlivňující předčasný porod, lze těhotnou ženu o nich poučit. Nevhodné je kouření, užívání drog, dále je na místě se vyvarovat stresovým situacím. Také je velmi důležité docházet na pravidelné kontroly do prenatální poradny, aby došlo nejen k včasné adekvátní léčbě případné anémie či infekce močových cest.

U asymptomatických žen s PTL lze využít progesteron a cerclage. Progesteron je hormon, který je protizánětlivý a zároveň inhibující děložní stahy. Indikuje se u krátkého děložního hrdla či u žen s anamnézou předčasného porodu nebo pozdního potratu ve druhém trimestru. Podává se 200 mg vaginálně na noc mezi 16. a 35. týdnem těhotenství. Cerclage je indikována ve třech případech: na podkladě anamnézy, krátkého děložního hrdla a záchranná cerclage. Dle délky hrdla a přítomných rizikových faktorů progesteron i cerclage snižují riziko porodu o 25 % až 40 %, tudíž je jejich efekt srovnatelný. Zároveň se očekává potencovaný efekt při využití obou preventivních kroků (Gregor 2020, str. 23).

1.2.7 Management

K oddálení předčasného porodu se využívá tokolýza. Ta se využívá obvykle mezi 24. až 35. týdnem těhotenství. Hlavním přínosem je oddálení o dva až sedm dní k transportu do perinatologického centra či k podání kortikosteroidů k indukci plicní zralosti plodu. Antenatální podání kortikosteroidů s sebou nese snížení rizika neonatálního úmrtí, RDS (Respiratory Distress Syndrome) novorozence a intraventrikulárního krvácení plodu/novorozence. Dále se zahajuje antibiotická profylaxe, jejímž cílem je snížení incidence časných i pozdních novorozeneckých a mateřských infekcí. Také dochází k významnému snížení rizika časně neonatální sepse. V případě hrozícího předčasného porodu mezi 24+0 až

32+0 dojde k indikaci neuroprotektce ve formě MgSO₄, která prokazatelně snižuje riziko rozvoje dětské mozkové obrny (Kacerovský 2017, str. 162–165).

1.3 Vícečetné těhotenství

Gravidita, kdy dochází k vývoji dvou a více plodů v děloze. Jedná se tedy o dvojčetné těhotenství (gemini), trojčetné těhotenství (trigemini) a další. Její incidence vzrostla zejména vlivem asistované reprodukce, kdy převažují stimulované cykly. Ovšem nyní pozorujeme změnu tohoto trendu po provedení legislativních změn k podpoře transportu jednoho embrya, kdy se od roku 2011 snížila hodnota podílu vícečetných porodů z 1,9 % na 1,3 %. Trigemini se narodí 5–10 ženám ročně v ČR. Na rozvoji vícečetného těhotenství se podílí například věk matky (starší rodičky), rasa (více se vyskytuje u černé rasy) a genetické faktory. Mezi rizika postihující matku řadíme rané gestózy, potrat v I. trimestru, anémie, preeklampsie (u prvorodiček pětkrát a u vícerozodiček desetkrát vyšší riziko než při jednočetné graviditě), prepartální krvácení, polyhydramnion, nadměrný váhový přírůstek, dušnost, varikozita dolní poloviny těla, porod císařským řezem, silnější krvácení spojené s porodem, poporodní blues, poporodní deprese a gestační diabetes. Jako rizika postihující plod uvádíme syndrom mizejícího dvojčete, vrozené vývojové vady, twin-to-twin transfusion syndrom, IUGR, intrauterinní smrt plodu, sekvence anémie, nízká porodní hmotnost, předčasný porod, sekvence reverzní arteriální perfuze a nezralost plodu při narození. Velmi výrazným rizikem je monochoriální komponenta, kde největší nebezpečí tkví ve sdílené placentě (Osičková 2022, str. 338–343).

Dvojčata dělíme na dvouvaječná (dizygotická – 75 % dvoučetných těhotenství) a jednovaječná (monozygotická – 25 % dvoučetných těhotenství). Při oplodnění dvouvaječných dvojčat – gemini biamniální bichoriální dochází k oplodnění dvou oocytů dvěma spermii. Dvojčata mají vždy dvě placenty, každý plod se nachází ve své amniální dutině a mohou být rozdílného pohlaví. Při oplodnění jednovaječných dvojčat dochází k oplodnění jednoho oocytu jednou spermii. Ve vývoji dojde k rozdělení. Do 4. dne vzniknou gemini biamniální bichoriální, mezi 4.–8. dnem vznikají gemini biamniální monochoriální (společná placenta), po 8. dni vznikají gemini monoamniální a monochoriální a po 12. dni vznikají srostlice. Monozygotická dvojčata jsou stejného pohlaví (až na výjimečné případy). U monochoriálních dvojčat je mnohem vyšší perinatální mortalita než u bichoriálních, ovšem nejvyšší je u gemin monoamniálních a srostlic. Hlavní příčinou je předčasný porod, který u dvojčat nastává v průměru ve 35. týdnu těhotenství, u trojčat v 33. týdnu těhotenství a u čtyřčat ve 29. týdnu těhotenství, což se podílí i na morbiditě. Dále se na mortalitě a morbiditě podílí intrauterinní růstová restrikce (IUGR), kdy přibližně do 28. týdne je vývoj vícerozodiček shodný s jednočetným a

poté dochází k zaostávání a růstová křivka se oplošťuje. Přibližně 25 % plodů má nižší hmotnost než 10. percentil pro dané gestační stáří (Procházka 2018, str. 167-169). Těhotenství dvojčetné bichoriální komplikované, dvojčetné monochoriální a více než dvojčetné by mělo být ukončeno v perinatologickém centru, případně by mělo dojít k transportu in utero do perinatologického centra. Pokud nelze těhotnou převézt a dojde k porodu v jakékoli porodnici, je potřeba kontaktovat transportní neonatologické služby spádového perinatologického centra. U nekomplikovaného dvojčetného těhotenství se ukončení těhotenství načasuje u bichoriálních mezi 37+0 a 38+6, u monochoriálních biamniálních mezi 36+0 a 36+6 a u monoamniálních mezi 32+0 a 33+6 (ČGPS 2022, str. 2).

1.4 Růstová restrikce plodu (IUGR)

Přesná definice neexistuje. Jeho diagnostika se skládá především z ultrazvukových kontrol, kdy plod svůj další růst výrazně zpomaluje. Jeho četnost se odhaduje až k 10 % všech těhotenství. Růstové opoždění může být důvodem k předčasnému ukončení gravidity, protože se podílí až na 30 % nitroděložních úmrtí. Následkem IUGR jsou akutní i celoživotní komplikace. Časně se mohou vyskytnout problémy s funkcí gastrointestinálního traktu, nízkou glykemií či rizikem nekrotizující enterokolitidy. Z dlouhodobého hlediska v horizontu let se setkáváme s poruchami psychomotorického vývoje, poruchami růstu a v horizontu desítek let zhoršující se funkce ledvin, hypertenzí a vyšší pravděpodobností vzniku metabolického syndromu, jako jsou obezita, cukrovka 2. typu, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční atd... (Nedoklubko 2022, str. 41–42). Intrauterinní růstovou restrikci plodu lze rozdělit na časnou (před 34. týdnem gravidity) a pozdní (po 34. týdnu gravidity) formu. Liší se závažností placentární insuficiencí, rozdílnou asociací s preeklampsií a adaptačními mechanismy plodu. Pozdní typ IUGR častěji trpí poruchami vývoje neurobehaviorálních funkcí asociovaných s frontálním mozkovým lalokem a kardiovaskulárními onemocněními (Hruban 2015, str. 28).

1.5 Nitroděložní infekce

Téměř polovina předčasných porodů je vyvolána infekcí a pohlavně přenosnými chorobami jakou je trichomoniáza, infekce mykoplazmaty, ureaplazmaty, dělohy a plodové vody. Zánět z pochvy přechází ascendentně do dělohy, na plodové obaly a poté do plodové vody. Infekce močového ústrojí může mít stejný vliv (Nedoklubko 2022, str. 27). Další možnost infekce plodu je skrz hematogenní cestu, transplacentárně, per kontinuitatem nebo lymfogenně. Fáze těhotenství a vývoj plodu je velmi důležitým časovým faktorem, který ovlivní osud gravidity. Mezi virové infekce řadíme AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), plané neštovice, spalničky, příušnice, zarděnky, pravé neštovice, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C,

cytomegalovirus, herpes simplex virus, parvovirová infekce a 5. dětská nemoc, chřipka, adenovirové respirační infekce, poliomyelitis, coxsackiová infekce a infekce ECHO viry. Mezi bakteriální infekce patří listerióza, borelióza, infekce streptokoky skupiny B, gonorrhoea, syfilis a střevní infekce vyvolána *Escherichia coli* či salmonelou. Jako onemocnění vyvolaná parazitární infekcí známe toxoplazmózu, bakteriální vaginózy způsobené patogenními mikroorganismy na sliznici pochvy a hrdla děložního, chlamydiová infekce, ureaplasma urelyticum a mykoplasma hominis (Procházka 2018, str. 100–108).

Infekcí plodové vody označujeme stav, kdy se v plodové vodě nachází zánět současně s mikroorganismy. Tento stav je obecně uznáván jako prognosticky špatný faktor, jelikož je spojován se zvýšeným rizikem brzkého potratu nebo předčasného porodu a může mít negativní dopad na novorozence. Po porodu se můžeme setkat s časnou novorozeneckou sepsí. Dlouhodobým dopadem je dětská mozková obrna či psychomotorické defekty (Nedoklubko 2022, str. 36).

1.6 Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu (PPROM)

Jedná se o porušení plodových obalů s odtokem plodové vody, ke kterému dochází před 37. týdnem těhotenství. Zároveň k němu dojde alespoň dvě hodiny před nástupem pravidelné děložní činnosti. PPRM je zhruba ve 30 % příčinou předčasného porodu, a proto velice ovlivňuje perinatální morbiditu a mortalitu. Lze ho rozdělit na časný, ke kterému dojde od 24+0 do 33+6 týdne těhotenství, a pozdní, od 34+0 do 36+6 týdně těhotenství. Nejčastěji k němu dochází mezi 34. a 37. týdnem těhotenství. Vznik nám není znám, ale víme o faktorech, jež zvyšují riziko předčasného odtoku plodové vody. Mezi ně řadíme zkrácené děložní hrdlo, intraamniální infekce či věk rodičky. V etiologii hraje hlavní roli infekce v chodiodeciduálním prostoru a zánět (Fulová 2023, str. 27–28).

1.7 Preeklampsie a HELLP syndrom

Preeklampsie je velmi závažná komplikace vyskytující se v graviditě či po porodu, obvykle po 20. týdnu těhotenství. Její etiologie a mechanismus vzniku není úplně jasný. Jedná se o multisystémovou poruchu vázanou na placentu, která se projevuje zvýšením krevního tlaku s vysokou hladinou bílkovin v moči. Manifestuje se většinou ve III. trimestru. Její incidence je rostoucí vlivem potenciace rizikových faktorů, mezi které řadíme dlouhodobé změny počasí, obezitu, rostoucí věk rodiček a relativně větší zastoupení primipar. Preeklampsii lze kvalifikovat na mírnou a těžkou. Mírná preeklampsie se vyznačuje tlakem 140/90–159/109 mmHg s proteinurií 0,3 – 0,5 g za 24 hodin. Jako těžkou preeklampsii označujeme stav, kdy je tlak vyšší než 160/110 mmHg, proteinurie je vyšší jak 5 g za 24 hodin, dále může být přítomna

epigastrická bolest či bolest v pravém hypochondriu, cefalea, poruchy vidu nebo HELLP syndrom, preeklampsie superponovaná, preeklampsie časná a pozdní (Bisták 2017, str. 6). Dále se jako následek sníženého průtoku krve do placenty projevuje nedostatečný přísun kyslíku a živin k plodu. Mimo vysoký tlak se můžeme setkat s otoky, poruchou srážlivosti krve a jaterním poškozením, pokud se nemoc vystupňuje, přidají se další orgánová poškození a tonicko-klonické křeče, jedná se o eklampsii. Také se preeklampsie může rozvinout v HELLP syndrom. Výskyt v Evropě je mezi 4 až 8 %, kdy 70 % preeklamsií se projeví již v těhotenství a 30 % po porodu. Až v 15 % je příčinou předčasných porodů a ve 42 % úmrtí těhotných (Nedoklubko 2022, str. 44).

V rámci prevence je možné aktivně vyhledávat ženy, jež mají zvýšenou vnímavost k rozvoji preeklampsie. Častěji se u nich vyskytují rizikové faktory jako hypertenze, diabetes, zvýšená inzulinová rezistence, obezita, porucha lipidového spektra a zvýšená koncentrace homocysteinu v plazmě, a proto holandští autoři doporučují vyšetření sériových lipidů, glykémii na lačno, CRP, fibrinogenu, albuminurie, krevního tlaku, také zjištění biomarkrů jako endoteliální selektin (ukazatel endoteliálních funkcí), plazmový protein A (PAPPA) a metaloproteinázy spojené s vnímavostí k tvorbě arterosklerotických plátů (Greiffenegová 2017, str. 117–121).

Jedna z nejzávažnějších komplikací v těhotenství je HELLP syndrom, který je spojován se zvýšenou mortalitou i morbiditou. Název vznikl z anglických slov, která označují typický laboratorní nález. Jedná se o Hemolysis, tedy hemolýzu, což je rozpad červených krvinek, elevated Liver enzymes, což je zvýšení jaterních enzymů, a Low Platelets, trombocytopenie, snížené množství krevních destiček. Neznáme přesnou patofyziologii, nejspíš vzniká důsledkem poškození cév s generalizovaným vazospasmem, následným multiorgánovým postižením, především jater a ledvin, a aktivací koagulace. Komplikacemi HELLP syndromu může být diseminovaná intravaskulární koagulace, abrupce placenty, akutní renální selhání, plicní edém, ascites, ruptura subkapsulárního hematomu jater, eklampsie, IUGR plodu a hypoxie (Hájek 2014, str. 324–325).

2 NEONATOLOGIE

Specializační obor pediatrie zabývající se komplexní péčí o všechny novorozence od chvíle přerušení pupečníku až do 28. dne života či do propuštění. V posledních desetiletích dochází k zachraňování čím dál více extrémně nezralých novorozenců díky pokroku v péči, čímž úmrtnost nezralých novorozenců přestala být takovým problémem západní medicíny. Současným cílem neonatologie je snížení morbidit, přežití bez závažných postižení a zlepšení kvality života novorozenců (Nedoklubko 2020, str. 141). Došlo k zavedení nových technologických i farmakologických postupů v léčbě a v neposlední řadě prošla i neonatologie humanizací. Přítomnost rodičů na JIRP, něžná péče či individuální přístup. To vše se příznivě odráží v lepších výsledcích dlouhodobé morbidit těchto dětí (Novorozenec nízké porodní hmotnosti v ambulanci PLDD 2012, str. 330).

Péče vychází ze systému diferencované třístupňové péče, kdy první stupeň poskytuje základní péči o fyziologického novorozence, druhý stupeň zahrnuje intermediární péči a třetí stupeň perinatologická centra intenzivní péče. V ČR je 13 center intermediární péče, kde poskytují péči novorozencům od začátku 32. týdne gestace, a 12 perinatologických center intenzivní péče, kde je poskytována péče novorozencům vyžadující podporu vitálních funkcí a trvalý monitoring od hranice viability, dále je jejich součástí i vědecko-výzkumná činnost a následná komplexní péče o rizikové novorozence (Kachlová 2022, str. 11). Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo podle § 112 odst. 5 zákona č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) seznam poskytovatelů zdravotních služeb, kteří získali statut centra vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii (PCIP), jejichž principem kvalitní péče je těsná spolupráce porodnictví a neonatologie. PCIP jsou Fakultní nemocnice v Motole, Fakultní nemocnice Plzeň, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Ústav pro péči o matku a dítě, Fakultní nemocnice Ostrava, Krajská nemocnice T. Bati, Fakultní nemocnice Brno, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Olomouc, Nemocnice České Budějovice a Nemocnice Most. Ministerstvo zdravotnictví také vydalo seznam center intermediární péče v perinatologii. Mezi tyto nemocnice se řadí Fakultní Thomayerova nemocnice, Fakultní nemocnice Na Bulovce, Nemocnice Pardubického kraje, Městská nemocnice Ostrava, Krajská nemocnice Liberec, Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, Oblastní nemocnice Kolín, Karlovarská krajská nemocnice, Nemocnice Hořovice, Nemocnice Havlíčkův Brod, Nemocnice Písek, Nemocnice Jihlava a také Uherskohradištská nemocnice (<https://www.mzcr.cz/seznam-poskytovatelu-intenzivni-pece-v-perinatologii/>).

2.1 Klasifikace novorozence

Bezprostředně po porodu dochází ke klasifikaci novorozence. Tyto skupiny mají vysokou výpovědní hodnotu z hlediska posouzení prenatálního vývoje, prognózy morbidity nebo mortality (Fendrychová 2012, str. 23). Pokud nelze určit gestační stáří novorozence po porodu, využívá se jeden ze skórovacích systémů. Skóre dle Ballardové hodnotí somatickou (vzhled kůže, přítomnost lanuga, rýhování končetin, vzhled prsní žlázy, případný srůst očního víčka, stav chrupavky ucha a zralost genitálu) a neuromuskulární (postavení těla a končetin, úhel v zápěstí, návrat horní končetiny po rychlé změně z flexe do extenze, popliteální úhel, šátkové znamení a pohyb pata–ucho) zralost novorozence. Každé kritérium se hodnotí -1 až 5 bodů, kdy je dle jejich následného součtu určeno gestační stáří novorozence. Index dle Petrussy hodnotí pouze somatickou (kůže, ušní boltec, prsní žláza, genitál a plosky nohou) zralost u novorozenců starších 30 týdnů. Každé kritérium je hodnoceno 0-2 body, kdy po součtu výsledného dosaženého bodového hodnocení s hodnotou 30 vyjde odpovídající gestační stáří dítěte. Stanovit gestační stáří lze i podle Dubowitzové. V tomto skórovacím systému je zahrnuto deset neurologických znaků (postavení těla a končetin, úhel v zápěstí, návrat horní končetiny po rychlé změně z flexe do extenze, popliteální úhel, šátkové znamení, pohyb pata–ucho, dorzoflexe kotníku, návrat nohy, záklon hlavy při přitahování do sedu a polohu dítěte při zavěšení přes břicho) a dvanáct externích znaků (edém, textura, barva a neprůsvitnost kůže, lanugo, plantární rýhování, formování bradavek, velikost prsní tkáně, tvar a konzistence ucha a genitál). Gestační týden se určuje po odečtení z grafu dle dosaženého výsledného skóre.

Novorozence lze klasifikovat dle gestačního věku, porodní hmotnosti a dle jejich vzájemného vztahu. Dle gestačního věku se novorozenci dělí na nedonošené, tedy do věku 36+6 (což odpovídá 36týdnům a 6 dnům), na donošené s gestačním věkem 37+0 do 41+6, a přenášený novorozenec s věkem 42+0 a více. Dle dosaženého gestačního týdne lze hodnotit zralost dítěte. Pod 28. týden těhotenství jako extrémní nezralost, 28. – 31. týden těhotenství jako těžká nezralost, 32. – 33. týden těhotenství jako střední nezralost, 34.–36. týden těhotenství jako lehká nezralost, v rozmezí 37. – 38. týden jako hraniční zralost, narozen 39.–40. termínový novorozenec a pozdně termínový novorozenec narozen ve 41. týdnu gestace. Klasifikace podle porodní hmotnosti je rozdělená na novorozence s velkou porodní hmotností, což odpovídá 4500 g a více, s normální porodní hmotností od 2500 g do 4500 g, s nízkou porodní hmotností, tedy méně než 2500 g, s velmi nízkou porodní hmotností, a to méně než 1500 g, novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností, která činí méně než 1000 g, a novorozence s neuvěřitelně nízkou porodní hmotností, která činí méně než 750 g. Dle vztahu porodní hmotnosti ke

gestačnímu věku se novorozenci dělí na eutrofické, hypotrofické a hypertrofické. Hmotnostní stav eutrofických novorozenců odpovídá dosaženému gestačnímu věku. Hypotrofický novorozenec má nižší porodní hmotnost, než odpovídá gestačnímu věku, a nalezneme jej pod 10. percentilem pro daný dokončený týden. Hypotrofičtí mají vyšší porodní hmotnost, než je gestační stáří, a pohybují se nad 90. percentilem (Kachlová 2022, str. 15–16).

Pro nedonošené novorozence je typické, že mívají protažený tvar lebky, menší elasticitu ušních boltců, čelo, horní část zad a ramena pokrytá lanugem, tenoučkou, sytě červenou, transparentní kůží s prosvítajícími kapilárami, obtížně rozeznatelné mamily, nehmatnou tkáň prsní žlázy, u chlapců nesestouplá varlata, u dívek nepřekrývají velké stydké pysky malé, v poloze na zádech mají predilekční držení hlavy na stranu, končetiny v semiextenzi případně až v extenzi a snížený svalový tonus (Zoban 2012, str. 203).

Celosvětově je předčasný porod veden jako hlavní příčina úmrtí dětí mladších než pět let. V roce 2014 se na světě vyskytovalo odhadem 10,6 % předčasných porodů, což odpovídá tedy 14,8 milionům dětí. Incidence v Evropě je kolem 8,7 %. V roce 2000 se jednalo přibližně o 9,8 % předčasných porodů (Chawanpaiboon 2019, str. e37–e38). Ročně se v ČR rodí asi 8 % novorozenců před ukončeným 37. týdnem těhotenství, tedy přibližně 8500 dětí. Podle gestačního stáří se jedná přibližně o 6000 lehce nezralých, středně nezralých asi 1100, těžce nezralých cca 850 a extrémně nezralých novorozenců se narodí zhruba 400 za rok. Čím méně zralý je narozený novorozenec, tím vyšší je riziko rozvoje závažných problémů spojených s nezralostí. Nejrizikovější a zároveň nejvíce přispívající k úmrtnosti a morbiditě je skupina extrémně nezralých novorozenců. Při narození do 25. týdne těhotenství je šance na přežití přibližně 60 %, mezi 25. – 27. týdnem těhotenství jde o 85 % šanci, těžce nezralí novorozenci mají 98 %, středně nezralí 99,5 % a lehce nezralí mají šanci 99,85 %. Novorozenecká úmrtnost činila v roce 2018 1,57 promile (Nedoklubko 2020, str. 141–144).

2.2 První ošetření novorozence

Po porodu plodu dochází k adaptaci na mimoděložní prostředí. V perinatologickém centru jsou všichni novorozenci prohlíženi. Stav dítěte ihned po porodu vyjadřuje skóre Apgarové, které se hodnotí v 1., 5. a 10. minutě. Posuzuje se pět složek. Jedná se o akci srdeční, dýchání, svalový tonus, reflexní reaktivita a barvu kůže. Každé z nich se přiřadí body v hodnotě 0–2. K zisku dvou bodů vede: akce srdeční nad 100/min, vydatné a pravidelné dýchání, flekční držení, živá reflexní reaktivita a růžové zbarvení kůže. Hodnoceno jedním bodem je: akce srdeční pod 100/min, nepravidelné a lapavé dýchání, snížený tonus, snížená reflexní reaktivita, akrocyanotické zbarvení. Za nula bodů je: asystolie, apnoe, vymizelý tonus, vymizelá reaktivita

a centrální cyanóza, bledost. Těchto pět složek se sečte a získá se výsledné skóre. Nejvyšší možné skóre je deset, nejnižší nula bodů. Normální novorozenec má skóre 8–10 bodů, 7–4 body vyjadřují lehkou a střední porodní asfyxii, a méně, než tři body mají novorozenci s těžkou porodní asfyxií (Dort 2018, str. 19–20). Skóre v první minutě vypovídá o tom, jaká je odpověď novorozence na stres během porodu a aktuální fyziologický stav a poskytuje informaci o potřebě zahájit resuscitaci. Skóre v páté minutě odráží adaptaci na nové prostředí a odpověď na případnou resuscitaci. Skóre v páté a desáté minutě je prognosticky významné. Ovšem výsledné skóre může být ovlivněno zralostí novorozence, zdravotním stavem, faktory související s matkou jako medikace či infekce, a možnost ovlivnit skóre má subjektivní hodnotitel, který může chybovat (Kachlová 2022, str. 23).

Dramatické změny nezbytné pro přežití začínají prvním nádechem. Dochází k průniku vzduchu do plic, které byly prozatím vyplněné plodovou vodou, a to vede k dalším změnám v srdci a oběhovém systému, aby mohl novorozenec fungovat jako samostatná jednotka bez napojení na placentu. Spousta nedonošených novorozenců má snahu po porodu se sama nadechnout, ovšem většinou je jejich snaha marná, jelikož je jejich nádech slabý, a proto potřebují okamžitou odbornou pomoc. Jejich adaptaci nepříznivě ovlivňuje nezralost plic, dýchacích cest a dalších orgánových systémů. Čím více je dítě nezralé, tím větší rozsah pomoci bude potřebovat. Pokud dojde k situaci, kdy není včas poskytnuta odborná pomoc, jde o vážné ohrožení života, kdy přeživší často trpí trvalými následky.

Po porodu plodu na porodním sále je cílem usnadnit novorozenci přechod z intrauterinního prostředí do nepřátelského mimoděložního prostředí. Ihned po vybavení plodu by měl být novorozenec (i nedonošený) ponechán na nepřerušném pupečníku, kdy by k podvazu mělo dojít až poté, co začne miminko samo dýchat, nejdříve jednu minutu po porodu. Při dotepání pupečníku získá novorozenec navíc objem krve z placenty, což vede k hladšímu průběhu poporodní adaptace. Dalším benefitem dotepání pupečníku je nižší riziko chudokrevnosti a menší potřeba krevních transfúzí během pobytu na novorozeneckém oddělení. Rychlé a správné zhodnocení zdravotního stavu a určení potřebné péče je důležitá monitorace životních funkcí. Ta je zajištěna skrz tři malá měřicí čidla EKG monitoru nalepená na hrudníčku nezralého miminka k měření srdeční frekvence. Na pravé ruce měří pulzní oxymetr úroveň okysličení organismu. Nejmenším novorozencům je dáno čidlo na čelo, které slouží k zjištění okysličení mozku. Novorozenec, který samostatně, pravidelně dýchá, má pravidelnou srdeční frekvenci nad 100/min a během prvních minut zrůžoví, může být ponechán u matky, bondovat a být přiložen k prsu.

Dalším cílem je zajištění dostatečného tepelného komfortu, jelikož nedonošený novorozenec velice rychle ztrácí teplo, což vede k podchlazení a tím se zvyšuje riziko závažných komplikací až smrti. Zajistit tepelný komfort lze zabalením novorozeného dítěte do speciální fólie nebo pláštěnky, případně igelitu. Takto zabalené miminko se pokládá do vyhřátého lůžka vybaveného potřebnými přístroji a monitory (Nedoklubko 2020, str. 155–156). Pro termomanagement novorozenců narozených po 32. týdnu gestace je důležité zajistit vhodnou teplotu prostředí porodního sálu, roušky, pleny k sušení – oblečení i přikrývka by měly být před použitím dostatečně nahřáté. Po vypuzení plodu vložit na břicho či hrudník matky a nechat dotepat pupečník, pokud to zdravotní stav matky i novorozence dovolí. První ošetření, přerušování pupečníku a identifikaci provést na těle matky, kdy je potřeba před přerušováním pupečníku rychle osušit novorozence pomocí nahřátých roušek a zabalit či překrýt suchou nahřátou přikrývkou, obléknout nahřátou čepičku, upevnit čidlo pulzního oxymetru na pravou horní končetinu a umožnit nerušený kontakt skin to skin. Pokud není možný kontakt skin to skin, zajistit oblečenému novorozenci tepelný komfort pod zdrojem tepla nebo v postýlce.

Zahájení raného kontaktu mezi matkou a novorozencem pomáhá vytvářet pevné vazby, které přetrvávají i do budoucna, a dodává dítěti pocit bezpečí. Na porodním sále se zahajuje formou skin to skin, kdy je na nahé tělo matky položen nahý novorozenec. Tato forma bondingu by měla trvat nejméně jednu hodinu. Zároveň je při kontaktu s matkou zajištěn tepelný a smyslový komfort novorozence. Další výhodou je zmírnění pláče, delší a kvalitnější spánek, zvýšení kardiopulmonální stability, zvýšení hladiny glukózy v krvi, snížení hladiny kortizolu ve slinách novorozence a také dochází ke kolonizaci dítěte nepatogenními mikroorganismy vlastní matky. Skin to skin kontakt vede u matky k pocitu štěstí a kontroly nad porodem, také dochází k podpoře zavinování dělohy a ke zvýšení laktace. Zahájit raný kontakt je doporučováno i u lehce nedonošených novorozenců, kteří jsou kardiopulmonálně stabilní. U nich bonding snižuje riziko hypoglykemie, zlepšuje autonomní a neurobehaviorální zrání, organizuje cyklus spánku a bdění, urychluje funkční zralost gastrointestinálního traktu. V případě separace matky a dítěte by měl být podporován kontakt skin to skin na jednotkách intenzivní péče. Tato aktivita se nazývá klokánkování a účastnit se ji mohou oba rodiče. Jedná se o časný, nepřetržitý a dlouhodobý kontakt kůže na kůži mezi rodičem a dítětem. Tato metoda pomáhá přijmout rodičovskou roli, snižuje posttraumatickou stresovou poruchu spojenou se zdravotním stavem dítěte, podporuje laktaci, eliminuje stres dítěte, podporuje jeho lepší vývoj a dřívější dimisi ze zdravotnického zařízení (Kachlová 2022, str. 25–31). Při klokánkování nezáleží na tom, jaká je hmotnost dítěte. Většinou lze klokánkovat každé dítě. Důležitá je matka, speciálně vyškolený personál a podporující prostředí. Tato metoda je bezpečná i pro zaintrubované děti, na nasálním

CPAPu, na kyslíkových brýlích, u dětí se zavedenými centrálními žilními katetry, při kardiopulmonálním monitoringu dítěte, sledování kyslíkové saturace i jiné infúzní terapii. Doporučuje se klokánkovat alespoň dvě hodiny, jelikož častá manipulace s dítětem ruší jeho režim (Tvrzová 2018, str. 57–58). Jako pokračování bondingu v poporodním období je označován rooming in, tedy nepřetržitý pobyt matky a dítěte na společném pokoji. Hormonální změny matky se podílí na utváření vztahu mezi novorozencem a matkou. Zároveň vyšší hladiny prolaktinu zařizují povrchovější spánek matky, což umožní adekvátní reakci v noci na pláč dítěte. Pokud dítě pláče u matky, zvyšuje se hladina oxytocinu a spustí se laktační reflex. Oxytocin společně se zvýšeným endorfinem pozitivně ovlivňují chování matky. Společný pobyt umožňuje matce naučit se pečovat a lépe vnímat potřeby svého dítěte (Kachlová 2022, str. 25–31).

2.3 Problémy nezralých novorozenců

Dle stupně nezralosti a týdnu těhotenství, ve kterém se novorozenec narodí, je určen zdravotní stav dítěte. Také porodní hmotnost a důvod předčasného porodu ovlivňují, jak velké potíže předčasně narozený novorozenec bude mít. Nejčastěji se vyskytuje porucha dýchání a oběhu. Předčasně narozené děti mají nevyzrálé dechové centrum, a proto mohou mít nepravidelnou dechovou aktivitu či se objeví apnoické pauzy. Již po porodu se těm nejmenším dávají preventivně léky na podporu dechového centra. S klesajícím týdnem těhotenství je vyšší riziko vzniku syndromu dechové tísně (RDS), který je způsoben nezralostí plicní tkáně a nedostatečnou produkcí surfaktantu. Typicky mívají zrychlené a ztížené dýchání, a proto potřebují nějaký způsob ventilační podpory a léčbu kyslíkem. Při výskytu větších problémů lze dítěti surfaktant uměle dodat do plic. Část nedonošených novorozenců může mít otevřenou tepennou dučej, tedy spojkou mezi malým a velkým krevním oběhem, která se měla fyziologicky po prvním nádechu uzavřít. To může vést k zrychlené srdeční frekvenci, srdečním šelestům, dechové i oběhové nestabilitě, a proto je nutné řešit dučej farmakologicky či chirurgicky (Nedoklubko 2022, str. 168). Po porodu mohou vznikat akutní poškození mozku jako komorové krvácení či léze bílé hmoty. Nebezpečí rozvoje nekrotizujících enterokolitid hrozí díky nezralému gastrointestinálnímu traktu (Dort 2018, str. 40).

Celkem je nezralý novorozenec ohrožen rizikem resuscitace po porodu, vznikem respiračních problémů (RDS, pneumotorax, apnoe, bradykardie), vznikem hypotenze, přetrvávající otevřenou tepennou dučejí (PDA), metabolickými problémy (hypoglykemie, hypokalcemie, poruchy elektrolytové rovnováhy, osteopenie z prematurity), nutričními problémy (krmení sondou, intolerance stravy) hyperbilirubinemií, hypotermií, hypertermií,

retinopatií, žloutenkou nedonošených dětí, poškozením CNS, anemií, tříselnou kýlou, bronchopulmonální dysplazií a poškozením vzniklých vlivem infekčních komplikací (sepsy, meningitida a nekrotizující enterokolitida). Nedílnou součástí péče o nezralého novorozence je vhodná parenterální a poté enterální výživa (Zoban 2012, str. 203). Abychom dospěli k co nejmenšímu váhovému úbytku a zároveň adekvátnímu prospívání, zajistíme přísun všech živin ve formě infuzí. Většina nedonošených novorozenců je z počátku krmena sondou přímo do žaludku, jelikož nemají vyvrálý sací a polykací reflex. Ideální je krmit mateřským mlékem, které výrazně pomůže v další adaptaci (Nedoklubko 2022, str. 169). Přestože je výživa na jednotkách intenzivní péče kvalitnější, nedonošené děti dosahují v průměru menší tělesnou výšku a nižší hmotnost než donošení vrstevníci. Též jsou nedonošení kojenci častěji hospitalizováni, a to až 4krát častěji během prvního roku života. U nedonošených chlapců se v průběhu prvních pár měsíců objevuje tříselná kýla. 5–10 % případů dětí, které se narodí před 32. týdnem těhotenství, jsou ohroženy poruchami psychomotorického a neurosenzorického vývoje, jako jsou poruchy neuromotorických funkcí, zraku, sluchu a mentálního vývoje, včetně poruch učení (Zoban 2012, str 207–208). Následná péče po propuštění v domácím prostředí je velice specifická, a proto je potřeba děti sledovat v Centru následné péče či rizikových poradnách (Nedoklubko 2022, str. 169).

2.4 Vývojová péče

Jedná se o péči, která je zaměřena na snížení potenciálních krátkodobých a dlouhodobých zdravotních komplikací související s hospitalizací na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče. Jejím cílem je zajištění a poskytnutí pozitivního prostředí, které podporuje a usměrňuje vývoj novorozence. Komplexní koncept zahrnující opatření a postupy s cílem snížit stresovou zátěž nezralého novorozence na jednotce intenzivní péče. Řadíme sem ochranu spánku, snížení zatěžujících podnětů ze zevního prostředí, přiměřené polohování a manipulace s dítětem. Nedílnou součástí je i spolupráce rodičů s personálem na úrovni partnerského vztahu. Velice důležitá je změna uvažování nad stylem péče o nezralého novorozence, kdy je potřeba brát zřetel na dítě a přiměřeně reagovat na jeho potřeby (Nedoklubko 2022, str. 232).

3 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Zdraví je dle WHO určeno tělesnou, psychickou, sociální i duchovní dimenzí. Z toho vychází princip komplexní prenatální péče. V těhotenství jsou fyzické potřeby plněny kvalitním zajištěním základních životních potřeb, péčí okolí, minimem obtíží a bolesti v době porodu. Celý kontext života ženy s laděním její osobnosti tvoří psychické potřeby včetně vědomí smysluplnosti, podpory a pocitu bezpečí. Klíčové osoby pro předčasně narozené dítě jsou rodiče, kteří ho budou formovat pro samostatný život. Předčasný porod není jen nízká porodní hmotnost, ale i skutečnost, která je mimo vývojový plán. Jedná se o trauma, se kterým se musí rodiče smířit oproti svému očekávání. Má také vliv na klima rodiny, vztah partnerů i sourozenců (Marková 2020, str. 453).

3.1 Pohlavní role

Pohlaví může být biologické, psychické a sociální. Zároveň nelze jedno od druhého oddělit, kdy psychika a tělo tvoří jeden funkční celek. Dle vnějších genitálií se většinou určuje biologické pohlaví a tím i směr, jak se bude ubírat výchova a učení. Stereotypní chování pohlavních rolí přiřazují muži a ženě typické vlastnosti. Ženy jsou bezmocné, emocionální, jemné, milovnice dětí, náladové, nerozhodné, něžné, pasivní, plně porozumění, povolné, příjemné, senzibilní, soucitné, taktní, úzkostné, zaměřené na rodinu, žvanivé, citově založené, empatické, parádnice, mírné, nelogické, nesamostatné, ohleduplné, pečlivé a opatrné, přitažlivé a dráždivé, přívětivé, slabé, šarmantní toužící po jistotě, vyžadující ochranu a závislé. Muži jsou agresivní, autoritativní, ctižádostiví, dominantní, nesnadno zranitelní, objektivní a věcní, odolní, panovační, přímí, realističtí, rozvážní, sebevědomí, silní a energičtí, spolehliví, tvrdí, vůdci, zodpovědní a muži nepláčou, aktivní, bojovní, dobrodruzi, neohrožení, nezávislí, odhodlaní, odvážní až opovážliví, podnikaví, racionální, rozhodní, sebejistí, schopní sebeovládání, soutěživí, stateční a smělí, velcí a silní a vyrovnaní. Nezávisle na biologickém pohlaví se v naší kultuře lze setkat se čtyřmi psychologickými osobnostmi typy. Jedná se o maskulinní typ, kde převládají maskulinní vlastnosti, androgynní typ, kdy je nadprůměrně vysoký podíl maskulinních i feminních vlastností, nediferencovaný typ, který má podprůměrně nízký podíl všech vlastností, a feminní typ, s převládajícím feminních vlastností. Po celý život se učíme myslet, cítit, vnímat a jednat jako ženy nebo jako muži (Ratislavová 2008, str. 10–11).

3.2 Potřeby žen

Potřebu lze označit jako stav nadbytku, nebo nedostatku něčeho konkrétního a velmi důležitého, které je žádoucí odstranit. Potřeby člověka jsou individuální, mění se, vyvíjejí se a

kultivují. Každý je vyjadřuje jinak, uspokojuje jinak, přesto je všichni máme společné. Ovlivňuje je věk, zkušenosti, sociokulturní hodnoty, výchova a prostředí. Vzájemně se ovlivňují, a proto naplnění jedné potřeby může mít vliv na jinou. Potřeby lze klasifikovat mnoha způsoby. Nejznámější rozdělení je hierarchické uspořádání potřeb podle Maslowa. Tato teorie má uspořádáno pět kategorií potřeb člověka do pomyslné pyramidy. V ošetrovatelství je rozšířena na sedm kategorií. Potřeby jsou hierarchicky umístěny dle pořadí prožívané naléhavosti potřeb. Jako vývojově nižší, tedy základní, jsou fyziologické potřeby. Sem se řadí potrava, nápoje, spánek, odpočinek, sex, střecha nad hlavou a laktace. Pokud jsou tyto potřeby aktuální, jsou dominantní a ovlivňují jednání a chování člověka. Poté jsou potřeby jistoty a bezpečí, kdy jde o potřeby vyhnout se nebezpečí a ohrožení a zároveň je tam touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti a potřeba ekonomického zajištění. Dále jsou potřeby sounáležitosti a lásky, tedy milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a být sociálně začleněn. Poté jsou potřeby uznání a sebeúcty. Dále potřeby kognitivní (poznávat, rozumět a uspořádat) a potřeby estetické (symetrie a krása). Jako vývojově vyšší potřeby seberealizace, tedy tendence realizovat své schopnosti a záměry. Lidé, kteří uspokojují své vyšší potřeby, bývají šťastnější, zdravější, spokojenější a výkonnější.

Moderní porodní asistence poskytuje plánovanou ošetrovatelskou péči vycházející z individuálních problémů a potřeb každé ženy. Žena je brána jako holistická bio-psycho-sociálně-duchovní bytost. Potřeby se uspokojují pomocí ošetrovatelského procesu. Ten, lze rozdělit na pět součástí: posouzení, ošetrovatelská diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. Mezi potřeby žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem můžeme zařadit potřebu výživy a tekutin, vyprazdňování, spánku, odpočinku, pohybu, dýchání, zmírnění bolesti, podpory, efektivního kojení, sexuální, jistoty a bezpečí, komfortu, uznání, sebeúcty, seberealizace, lásky a sounáležitosti či zmírnění strachu (Dušová 2019, str. 11–21).

3.3 Psychické prožívání žen spojené s těhotenstvím a porodem

V průběhu těhotenství dochází k přípravě k porodu, jelikož jde o situaci novou, složitou a neobvyklou. Jak se žena se situací vypořádá záleží na její osobnosti, odolnosti vůči zátěžovým situacím, vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, zdravotním stavu i sociálních skutečnostech. Náročná situace porodu je zdrojem, jak se osobnost ženy formuje. Ovšem při pocitu, že situaci žena nezvládla, dochází k rozporům v sebepojetí (Ratislavová 2008, str. 58).

Období do 12. týdne těhotenství je bráno jako fáze nejistoty, kterou provází hormonální změny a nový začátek. Žena se musí rozhodnout, jaký přijme postoj k těhotenství, tedy buď ho přijmout, či odmítnout. Druhý trimestr je značen jako období harmonie, klidu a přijetí. Matka

s dítětem buduje vztah a vědomě s ním komunikuje. Ve třetím trimestru se žena začíná připravovat na porod a narození dítěte, a proto se u těhotné může objevit úzkost, obavy z komplikací, z bolesti nebo ze selhání. Jako klíčové období pro rozvoj mateřské reprezentace je uvedeno období mezi 24. až 32. týdnem gravidity, kdy se matky připravují na odloučení od dítěte posunem z reprezentace idealizovaného dítěte k prožívání reálného dítěte. Mateřské tělo, mysl i dítě postupně dozrají a připraví se k porodu. Součástí toho by měli být oba partneři. Hormony jako oxytocin, prolaktin a endorfiny ovlivňují těhotenství, porod, laktaci i biologickou vazbu. Bezprostředně postnatálně by mělo dojít ke kontaktu matky a dítěte, čímž se spustí intuitivní mateřské chování. Probíhá proces integrace mentálního obrazu dítěte v kontrastu s obrazem skutečného novorozence, poté proces pokračuje bondingem, tedy biologickým připoutáním a komunikací mezi matkou a novorozencem, a na to navazuje attachment, proces citového navázání po porodu. Pokud dojde k separaci, byť krátkodobé, přeruší se kaskáda procesů a tím slábnou nastavení matky na vnímání signálů novorozence. Separace je také spojená s úzkostí matky, s pocitem nedostatečnosti, selháním, ovlivňuje psychiku matky v rovině prožívání dítěte a má negativní vliv na iniciaci laktace. U matky se trauma z odloučení může vyvinout v posttraumatickou stresovou poruchu. Časným kontaktem skin to skin lze snížit míru stresu z odloučení (Marková 2020, str. 453–454). Šestinedělí je psychicky velice náročné období vlivem hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a z přizpůsobení se na novou roli matky. Nejen, že ženu ovlivňuje řada biologických změn, ale i psychosociální faktory hrají významnou roli ovlivňující psychiku šestinedělky (Ratislavová 2008, str. 82).

3.4 Rodičovské trauma spojené s předčasným porodem

Předčasný porod je vždy zvýšená zátěž pro rodičku. V případě, že jde o náhlý porod, rodička se nestihne na situaci připravit, a proto se nemusí dostavit odpovídající emoce. Obavy přicházejí často až po porodu. Novorozenec je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu často překládán na neonatologickou JIP, kde je uložen do inkubátoru a zabezpečí se jeho vitální funkce, a proto po porodu nemusí dojít k časnému kontaktu mezi matkou a dítětem, což je z hlediska vývojové psychologie problematické. Matka je odkázána na informace od personálu. Dochází k těžkým psychickým stavům. Matka nezvládá novou roli, pociťuje jednak své selhání coby těhotná, jednak strach o dítě, pociťuje bezmoc, nejistotu, depresi či až pocit nereálnosti dítěte při delším odloučení (Ratislavová 2008, str. 74).

Mezi hlavní specifické zátěže rodičů nedonošených dětí patří strach o dítě (tedy o jeho zdravotní stav, přežití a případného postižení), uchopení rodičovské role (selhání coby těhotná,

separace od dítěte, rodičovská nekompetence, žárlivost na sestry), strach z perspektivy do budoucna, zátěž širší rodiny, organizační problémy (přípravy na narození, zaopatření sourozence, hospitalizace či dojíždění za novorozencem) a prostředí JIRP (přístroje, zákroky, cizí děti). Reakce matky a otce na předčasně narozené dítě bývají odlišné. Matky často pláčou, chtějí si více o dítěti povídat, chtějí být utěšovány. Otec méně pláče, nechce se bavit o problémech a hledá útěchu v práci či u počítače apod. Matka se cítí nepochopena a otec přetížen, a proto je důležité rodičům tyto rozdíly v reakcích vysvětlit, aby nedošlo k problémům ve vztahu (Takács 2015, str. 130).

Pokud dojde k separaci novorozence a matky, je žádoucí, aby došlo k rychlému zapojení rodičů do péče o dítě nebo intervencí, které podpoří jejich sebedůvěru v rodičovskou roli. Aby se novorozenec správně vyvíjel, je důležité poskytnout mu adekvátní stimuly. Podporuje se aktivní zapojení rodičů při poskytování základní ošetrovatelské a vývojové péče. Pod dohledem a vedením zdravotníků se rodiče vzdělávají, jak naplňovat biologické potřeby novorozence (spánek, výživa, teplo, čistota, prevence a odstranění bolesti) a psychické potřeby dítěte (bezpečí, láska, jistota, smyslová stimulace, učení a smysluplný řád). Přítomnost rodičů by neměla být omezována. Předpokladem k aktivnímu zapojení rodičů je emoční podpora, posilování rodičovských kompetencí, vstřícné prostředí s podporujícím přístupem personálu a vzdělávání rodičů. Také by co nejdříve po porodu mělo být zahájeno odšťikávání či odsávání mateřského mléka matkou. Postupně matka přebírá péči o své dítě a během společné hospitalizace by měla zvládnout plnou péči (Kachlová 2022, str. 104). Cesta, jak úspěšně zvládnout životně náročnou situaci, vede skrz uvědomění si sama sebe, svého vnitřního světa a přijetí nové role v dané situaci. Veškeré pocity, které člověk cítí, jsou v pořádku. Vhodné je komunikovat s personálem, klást otázky, nebát se projevat své emoce a potřeby (Nedoklubko 2022, str. 170–171).

3.5 Péče porodní asistentky

Profese porodní asistentky je regulována zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb. Jedná se o nelékařského zdravotního pracovníka, který pracuje bez odborného dohledu a poskytuje péči těhotné, rodící a ženě v šestinedělí (MZCR 2019). Kontakt a důvěra v porodní asistentku by měly být oporou ženě. V době těhotenství se setkávají na gynekologické praxi či při psychoprofylaktické přípravě před porodem, poté je možnost v některých privátních zařízeních doprovázet těhotnou i během porodu a šestinedělí. Porodní asistentka by měla také usilovat o snížení nežádoucí psychické zátěže a pomáhat stabilizovat narušenou psychickou či somatickou aktivitu (Ratislavová 2008, str. 47–48). Pro všechny zdravotníky, jež se podílejí na

péči o předčasně narozené děti a jejich rodiny, je to velká zátěž a výzva (Marková 2020, str. 497). Nejdůležitější je dobrá komunikace mezi rodiči, porodníky, porodními asistentkami, neonatologem a pediatry. Vždy je důležitá empatie a porozumění ze strany personálu. Rolí porodní asistentky je pomoci ženě přijmout novou životní etapu a naučit ji se v ní pohybovat. Právě při hospitalizaci dochází k ohrožení lidských potřeb, které se personál snaží zabezpečit. Mezi ně se řadí i psychika, která je často opomíjená. Nejprve se zabezpečí základní potřeby jako je žádná bolest, aby žena nekrvácela, neměla zažívací potíže, měla vhodnou stravu atd... Žena by měla být o všem informována, jak o svém zdravotním stavu, tak novorozence. Měla by dostávat veškeré informace ohledně postupu léčby. Měly by jí být nabídnuty důvěryhodné informační zdroje a možnost kontaktovat různé organizace, kde si bude moci promluvit s někým s podobnou zkušeností. Ke zlepšení fyzického i psychického stavu může porodní asistentka pomoci tím, že zajistí kontakt matky s dítětem, možnost si ho pochovat, pomazlit, nakojit, být mu nablízku, a naučí ji o něj pečovat. Porodní asistentky provází ženu před porodem, porodem, po porodu i v průběhu péče o novorozence. Je důležité, aby porodní asistentka dokázala adekvátně reagovat na potřeby matky i dítěte. „*Měla by se stát emocionální podporou ženy, umět ji vyslechnout, poradit a snažit se jí vše co nejvíce ulehčit, jelikož předčasný porod je velmi náročná životní situace a je důležité mít kolem sebe lidi, kteří tuto zkušenost pomohou překonat* (Nedoklubko 2020, str. 153–154).“

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Metodický přístup

Jedná se o výzkum zpracovaný formou kvalitativní analýzy a kategorizace dat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Data jsou získávána ústní formou, což umožní získat co nejvíce důležitých dat od respondenta. Sběr dat probíhal od ledna do května 2023. Pro potřeby výzkumu byl vytvořen soubor pro rozhovor (Příloha č. 4), který sloužil jako osnova při polostrukturovaném rozhovoru.

Úvodem byli respondenti seznámeni se zkoumanou problematikou a následně byl od každého získán písemný souhlas se záznamem rozhovoru a následným zpracováním informací. Veškerá data byla nahrána na záznamové zařízení a poté doslovně přepsána do programu Microsoft Word, kde došlo k analýze, kódování a vytváření jednotlivých schémat. Data byla rozčleněna na části, kterým se přiřadil příslušný kód, který charakterizuje obsah části. Kódy byly dále seskupovány dle kategorií, které zachycovaly souvislosti s výzkumnými otázkami. Jednotlivé kategorie a podkategorie byly následně zpracovány do přehledných schémat.

4.2 Výzkumné cíle a otázky

Cílem studie je zmapovat psychický stav rodičů nedonošených novorozenců, tedy subjektivní prožívání jak žen, matek, tak mužů, otců. Dále se zajímáme o informovanost rodičů o problematice nedonošených novorozenců, o podpoře od ošetřujícího personálu a od rodiny.

Hlavní cíl: Zmapovat psychický stav rodičů nedonošených novorozenců

Dílčí cíle

1. Zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů po předčasném narození dítěte při hospitalizaci.
2. Zmapovat spokojenost rodičů s péčí, přístupem a podporou od ošetřujícího personálu.
3. Identifikovat potřeby rodičů.
4. Zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů nedonošeného novorozence po propuštění.
5. Zjistit rozdíly mezi matkou a otcem v prožívání životně náročné situaci.
6. Formulace námětů a doporučení, které se týkají zkvalitnění péče o rodiče nedonošených novorozenců pro porodní asistentky.

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou subjektivní pocity matek/otců nedonošených novorozenců v nemocniční péči?
2. Jaké mají rodiče pocity z péče, přístupu a podpory ze strany personálu?
3. Jaké potřeby mají rodiče nedonošeného novorozence?
4. Jaké jsou subjektivní pocity matek/otců nedonošených novorozenců v domácí péči?
5. Jaký je rozdíl v prožívání životně náročné situace mezi matkou a otcem?

4.3 Charakteristika souboru

Do výzkumu byli zařazeni pouze rodiče nedonošených dětí do dvou let věku dítěte, kdy jsou informace z hospitalizace ještě v živé paměti. Dále byli vybráni pouze rodiče žijící v Plzeňském kraji, vzhledem k časovému dojezdu autorky k osobnímu setkání. Dále byly z výzkumu vyloučeny rodičky mladší 18 let. Respondenti splňující podmínky práce byli nejprve kontaktováni autorkou pomocí sociálních platforem s následným využitím metody sněhové koule. Samozřejmostí byl jejich udělený písemný souhlas před počátkem rozhovoru, kde v informovaném souhlasu byli informováni o výzkumném šetření, zachování anonymity a dobrovolnosti rozhovoru. Počet respondentů je osm. Jedná se o čtyři páry, tedy čtyři ženy a čtyři muže. Osobní údaje nebyly zmiňovány. Kvůli anonymitě respondentů byli označeni písmenem P (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 a P8).

5 VÝSLEDKY

Pomocí metody barvení textu byly postupně barevně zvýrazňovány ty podstatné části, které se nejvíce týkaly výzkumných cílů. Na otevřeném kódování navazoval vznik kódování axiálního, kdy byla provedena kategorizace získaných údajů. Z analýzy dat vzešel výstup v podobě vytvoření subkategorií a následně kategorií. (Strauss a Corbinová 1999, s.111-114). Všechny vybrané doslovné citace respondentů, které byly v diplomové práci použity, jsou psány kurzívou.

5.1 Kategorizace výsledků

5.1.1 Sociodemografické údaje

V úvodní části výzkumu se zjišťují demografické údaje. Dále se zjišťuje u žen gravidita a parita. Poté jsou zmapovány informace týkající se porodu.

Tabulka 1 Demografické údaje

Participant	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Stav
P1	28	Ž	Vysokoškolské	Vdaná
P2	39	M	Maturita	Ženatý
P3	29	Ž	Základní	Svobodná
P4	39	M	Vyučen	Svobodný
P5	36	Ž	Základní	Vdaná
P6	37	M	Maturita	Ženatý
P7	31	Ž	Vysokoškolské	Vdaná
P8	35	M	Vyučen	Ženatý

Zdroj: vlastní

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 8 respondentů, z nichž všichni představovali roli rodiče předčasně narozeného dítěte, přičemž se jednalo o 4 páry ve složení matka a otec, z toho 3 manželské a 1 společně žijící pár. Tato diplomová práce se ve své praktické části zaměřila na rodiny s předčasně narozenými dětmi do jejich dvou let. Výzkumný vzorek byl ve věku od 28 do 39 let, věkový průměr činil 34 let. Průměr u žen činil o tři roky méně, a to 31 let, u mužů se jednalo o necelých 38 let. Dvě ženy vystudovaly vysokou školu, dva muži dokončili střední školu s maturitou, dva střední školu s výučním listem a dvě ženy mají pouze základní vzdělání.

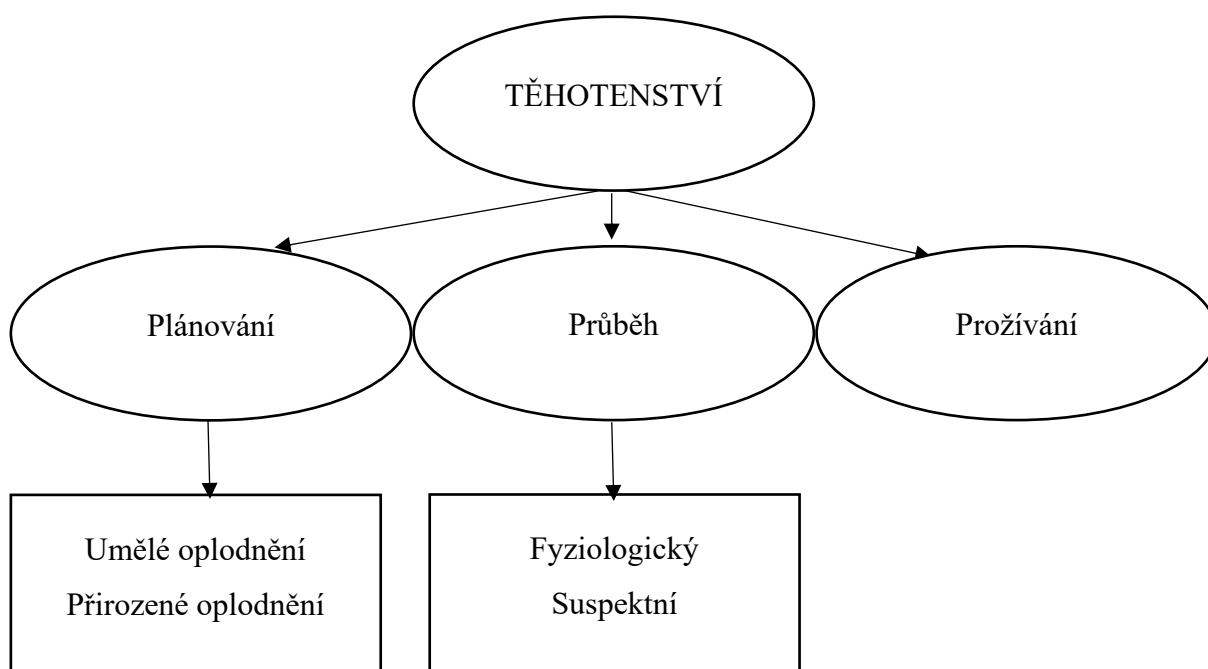
Tabulka 2 Gravidita, parita a otázky týkající se porodu

Respondent Gravidita/ parita	Porod	Místo porodu	Pohlaví dítěte	Apgar	Poporodní adaptace	Váha míra
P1 I.g/I.p	36+2 KP spont. PPROM	Mulačova nemocnice Plzeň	Chlapec	5-8-9	Porodní asfyxie, odsátí horních cest dýchacích, ambuung	2440 g 47 cm
P3 III.g/I.p	28+3 PPHL spont. překotný PPROM	Městská nemocnice Ostrava	Chlapec	8-9-10	Nutnost krátkého prodechnutí s oxygenoterapií	1100 g 38 cm
P5 I.g/I.p	35+5 SC Preeklampsie	Fakultní nemocnice Plzeň	Dívka	10-10-10	Bez potíží	2190 g 44 cm
P7 I.g/I.p	29+0 SC KP PPROM	Fakultní nemocnice Plzeň	Chlapec	4-6-7	Porodní asfyxie, absence spontánní dechové aktivity (intubace)	990 g 31 cm

Zdroj: vlastní

Všechny ženy prožívaly jednočetné těhotenství. Tři z nich byly těhotné poprvé, všechny rodily poprvé. Jedna žena má za sebou dva potraty. Dvě ženy rodily ve FN Plzeň, jedna v Mulačově nemocnici v Plzni a poslední v Městské nemocnici v Ostravě. Celkem se tedy narodily 4 děti, z toho 3 chlapci. Dvě děti se narodily jako lehce nezralé, dva chlapci jako těžce nezralí. Chlapec, který se narodil matce P1, přišel na svět vaginálně koncem pánevním v 36. týdnu, vážil 2440 g a měřil 47 cm, jeho apgar skóra bylo 5-8-9, byl asfyktický a bylo nutné mu odsát dýchací cesty a provéstambuung. Z třetího těhotenství se matce P3 vaginálně narodil chlapec ve 28. týdnu těhotenství s váhou 1100 g, mírou 38 cm a s apgarem 8-9-10 s nutností krátkého prodechnutí s oxygenoterapií. Matka P5 porodila děvče císařským řezem v 35. týdnu, které vážilo 2190 g a měřilo 44 cm s ukázkovou poporodní adaptací 10-10-10. Poslední chlapec se narodil matce P7 ve 29. týdnu císařským řezem koncem pánevním, jeho hmotnost byla 990 g a délka 31 cm, ale apgar skóre měl nejhorší ze všech 4-6-7, zhodnocena porodní asfyxie s absencí spontánní dechové aktivity s nutností intubace.

5.1.2 Schéma 1 – Kategorie Těhotenství



Obrázek 1

Zdroj: vlastní

V kategorii Schéma 1 se zjišťuje průběh těhotenství, co mu předcházelo a jak ho respondenti prožívali. Data vycházejí z odpovědí všech zúčastněných, ze kterých byla provedena analýza a následně vytvořena tato kategorie: těhotenství. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie – plánování, průběh a prožívání. Plánování je dále rozšířeno o umělé oplodnění a přirozené oplodnění. Průběh je rozdělen na fyziologický a suspektní.

Každé těhotenství bylo jiné. Jejich společným rysem je předčasný porod před 37. týdnem těhotenství. Všichni zúčastnění se shodli, že těhotenství byla plánována. Většina párů zvládla do půl roku přirozeně otěhotnět. Podle P7: „*Tak nějak jsme tomu chtěli dát volný průběh a hned první týden po svatbě se povedlo. My nemohli ani na svatební cestu.*“ Její manžel P8 to zhodnotil: „*Na první dobrou.*“ P2 uvádí: „*Asi půl roku jsme se snažili, jeli jsme i na dovolenou.*“ Nejtrnitější cestu měl pár P5 a P6. Ti se snažili celkem 5 let. P6 zmínil, že to bral jako proces, který měl nějaký účel. „*Ani mi to nepřišlo jako moc dlouhá doba, těch pět let, tím, že do toho byly ty nemoci a covid. Až se stydím, že jsem to bral tak bezemočně,*“ uvedl P6. Respondentka P5 po běžné kontrole byla upozorněna lékařem, aby otěhotněla do půl roku, kvůli zvýšené hladině prolaktinu. Na endokrinologii nakonec nic neprokázali, a proto se pár rozhodnul dát všemu volný průběh s tím, že časem kdyžtak zajdou do IVF centra. Po pár měsících tam zašli a rozhodli se podstoupit veškerá potřebná vyšetření. Ovšem po prvních dávkách hormonů došlo u P5 k prasknutí levého útvary štítné žlázy, což se řešilo operačně. Po nějaké době se zase rozhodli vyzkoušet kliniku asistované reprodukce. Poté, co jim nevyšlo pár

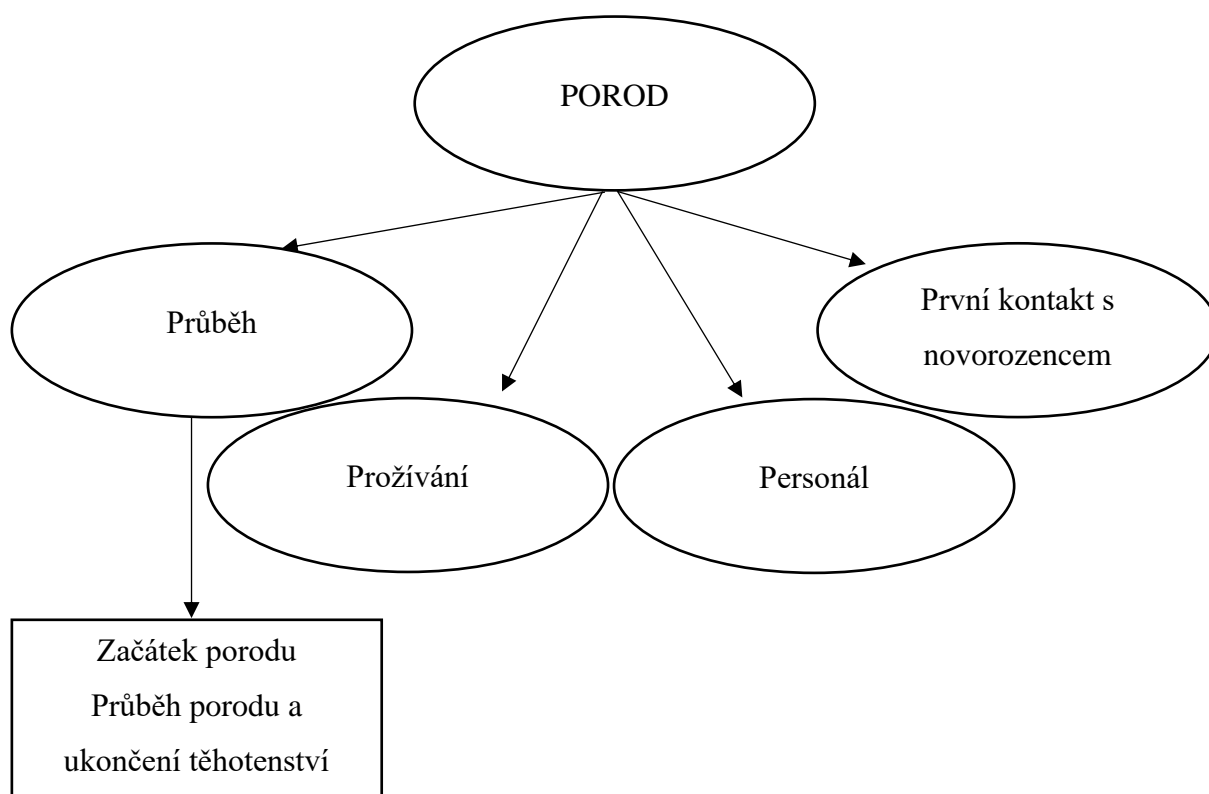
inseminací, respondentka P5 ztratila důvěru v centrum a hledala jinou lékařskou pomoc. Respondentka P5 uvedla: „Konečně po dlouhé době jsem šla na laparoskopii. Zjistili, že mám neprůchodné vejcovody, myomy, které tlačí na několik stran a taky zjistili, že to způsobila nevyлéčená chlamydie. Já jsem se zděsila, že už 10 let mám stejného partnera, ale prý to nemuselo být stykem. Často jsem měla záněty močáku, chodila jsem na kontroly, ale nikdo nezjistil, že jde o tuhle mrchu.“ Respondentka často zmiňovala, jak se cítila sklesle a zklamaně. Na operaci v Praze musela vlivem covidových opatření zase čekat. Nakonec operace proběhla v pořádku, odebrali jí vejcovody a upravili zdeformovanou dělohu. Když se fyzický stav respondentky zlepšil, rozhodli se, že změní kliniku asistované reprodukce: „Tak další den jsem tam nakonec šla, a tam si mě sestřička získala. A rovnou nám řekli, že půjdeme rovnou na IVF. Manžel řekl hned, že jdeme do toho. Uhradili jsme 20 000 a udělal se odběr spermií, já si píchala hormony. Potom vlastně po dvou měsících, kila šla nahoru, byl domluvený odběr vajíček pod celou narkózou. Odebrali mi 10 vajíček, přežilo jich šest a pět dní jsem byla jak na jehlách, kolik jich přežije. Po pěti dnech volali, že můžeme přijít na transfer. Zbyly čtyři. Takže super, čtyři pokusy. Dvanáct dnů čekat a pak si udělat test. Navíc jsme další den letěli na dovolenou, kterou manžel koupil už dávno. Tak jsme letěli do Bulharska k moři, kde jsem vůbec nad ničím nepřemýšlela. Začala mi otékat prsa a já všechno sváděla na hormony. Začala jsem tam plakat, zase hormony. Ale když jsme se vrátili z dovolený, tak desátý den jsem si udělala test. Tam byly dva proužky, jak dálnice. Nechtěla jsem tomu věřit, že po pěti letech jsem těhotná.“

Průběh těhotenství je rozdělen na fyziologický a suspektní. Těhotenství u P1 probíhalo bez problémů. Žena žila aktivně, byla na předporodním kurzu v nemocnici, ve které chtěla родit. Veškerá vyšetření vyšla v pořádku. P3 zhodnotila, že těhotenství trvalo krátce: „Mám pouze jednu jedinou fotku, na které je vidět, že mám břicho. Moc jsem si ho neužila.“ Když se díky IVF dopravovali P5 a P6 k těhotenství, největší radost měl prý za svou ženu. Těhotenství pro něj bylo spíše takové období očekávání. P5 uvádí: „Uzavřela jsem se doma – byla jsem vězněm. Všude kolem běhal strašák covid. Ze začátku jinak bylo vše v pořádku. A v tom sedmém měsíci jsem začala hrozně rychle přibírat. Já jsem slon, nevešla jsem se do bot, nosila jsem pantofle. Měla jsem otoky nohou, což teda k těhotenství patří. Za další měsíc jsem měla další kontrolu, ale během toho měsíce to bylo takový divný. Byla jsem moc unavená, pak zase jsem měla dost energie. Všechno jsem přikládala k těhotenství. Pak jsem šla na tu kontrolu, a tam teda zjistili, že mám lehce vyšší tlak, a udělali mi ozvy, moč zkontrolovali a vše bylo v pořádku. Pak mi řekli, že už nejsem jejich pacientka, že mám jít potom už do porodnice. A za dva dny jsem začala často zvracet. Na začátku mi nic nebylo a pak jsem začala mít častý nevolnosti. 5x i 10x denně jsem

objímala mísu. “ Svůj průběh těhotenství žena P7 popsala takto: „Já jsem začala krvácet, hned v první měsíci. Tam mi doporučili, abych byla co nejvíc v klidu, takže jsem šla na rizikáč hned. Od pátého měsíce jsem měla velké křeče. P8 ke mně vstával, já nebyla schopná ani vstát, a donesl mi magnézium. Týden ke mně vstával a týden dobrý. Potom se mi začal zkracovat čípek, takže jsem měla opravdu velmi klidový režim. Doktor se mnou nic nedělal. Tak asi máte takový křeče, nikdo to neřešil. Dvakrát jsem byla na ambulanci. Už jsem měla i takový křeče, že jsem si říkala, že snad porodím. Na pohotovosti mi řekli, že mám zkrácený čípek, že můžu jít domů. První náběry u gynekologa dopadly blbě. Tam bylo obrovské riziko na Downův syndrom, a proto nás poslali na plodovku. Tam řekli, všechno v naprostém pořádku, není tam žádná viditelná nemoc. Pak jsem byla i na kardiologii, co mi poslali, protože malýmu vůbec nebylo vidět srdíčko, protože se moc nehýbal, neotočil se nám na ultrazvuk. Tam bylo taky všechno v pohodě. Cítila jsem protahování se, ale necítila jsem moc kopání, občas ťuknutí. Vždy cestoval za tatínkovo hlasem, to bylo fajn, pěkný. Do teď krásně na jeho hlas reaguje. Potom jsem byla na těhotenské cukrovce, to taky dopadlo v pohodě. “

Respondent P4 reagoval na prožívání těhotenství takto: *„Já dobře. Byl jsem rád, spokojený.“* P2: *„Těhotenství jsem moc neprožíval, měl jsem radost.“* P1 řekla, že v těhotenství necítila moc pohyby. Také uvedla, že jí dost tvrdlo břicho, což jí bylo nepříjemné. A s blížícím se termínem porodu se jí hůře chodilo. P8 uvedl jako pěkný zážitek, když miminko reagovalo na jeho hlas. P5 uvedla: *„Těhotenství jsem si moc užívala. Povídala jsem si s maličkou, pozorovala jsem růst bříška, ta krásně kopala.“* Její manžel, P6, těhotenství nijak zvlášť neprožíval, ale prý radost měl.

5.1.3 Schéma 2 – Kategorie Porod



Obrázek 2

Zdroj: vlastní

V kategorii schéma 2 dochází k zaměření na porod, jeho průběh, prožívání, na zdravotnický personál a první kontakt s novorozencem. Data vycházejí z odpovědí všech zúčastněných, ze kterých byla provedena analýza a následně vytvořena tato kategorie: porod. Kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie – průběh, personál, prožívání a první kontakt s novorozencem. Průběh je dále rozdělen na začátek, průběh porodu a ukončení těhotenství.

Vypořádání se s náročnou situací závisí na osobnosti, odolnosti vůči zátěžovým situacím, vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, zdravotním stavu i sociálních skutečnostech. Náročná situace porodu je zdrojem, jak se osobnost formuje (Ratislavová 2008, str. 58). Stejně jako byla těhotenství jiná, jsou jiné i porody. Začátek svého porodu popisuje P1 takto: „V tu chvíli, kdy mi praskla voda, tak jsem se tomu smála, vůbec jsem nebyla vystrašená. V pohodě jsem byla. Koncem mi i dost tvrdlo břicho, tak už to bylo nepříjemný. Nemohla jsem moc chodit, byla jsem vlastně ráda, že už je to tu.“ Její manžel, respondent P2, na počátek porodu reagoval takto: „Příroda si řekne. Moc jsem to neřešil, že šel o měsíc dřív.“

Pár P3 a P4 se rozhodli vyrazit na dovolenou na Moravu. Ovšem P3 uvedla, že už třetí den se necítila dobře, pohyby cítila omezeně, měla pocit, že jí odchází hlenová zátka, nakonec i plodová voda. Odjela do nejbližší porodnice, kde potvrdili PPRM a došlo k transportu do

perinatologického centra v Ostravě. Testy ukázaly zánět v plodové vodě a nasadili jí antibiotika, která zabrala. P3 zůstala v porodnici, kde udržovali těhotenství a P4 musel odjet zpět do Plzně do práce. Při odchodu se loučil: „Mámu nezlob, vydrž v bříšku.“ Den na to začala mít P3 kontrakce: „*Já měla poslíčky a voda mi pořád odtékala. Porodní asistentky mi to nevěřily, dávaly mi magnezium. Pořád mi říkaly, že to nejsou poslíčci, že se malý zvětšuje, že si malý dělá místo, a proto to bolí. Pak si mě vzala doktorka a říká, jste otevřená na tři prsty. Tak jsem volala P4, že musí přijet.*“ Reakce P4: „*Takový pocit, že víš, že je to brzy, že je něco špatně. Byl jsem špatný, že jo. Všechno ti to lítá v hlavě. Já jsem si balil věci, všechno jsem vyházel na postel, půlku jsem tady nechal, dokonce jsem se vracel. Všechno zmatek. Chtěl jsem všechno udělat strašně hodně rychle, ale zároveň půlku věcí jsem zapomněl. A vyrazil jsem. Když jsem někde zastavil, tak jsem zjistil, že ani dálniční známku nemám, že jsem si ji nestihnul koupit v té rychlosti. A ještě zrovna přšelo, jedeš potmě a v hlavě máš, stihnu to, nestihnu to.*“ P5 popisuje, že když se v noci šla napít, začala krvácet. Naštěstí byl manžel doma a odvezl ji do porodnice: „*Když jsme přijeli, tak mi teda přijmuli, tak jsem jim řekla, že krvácím, tam mě vzali někam za plentu, a teprve, když uviděli, jak hodně krvácím, tak se začaly dít rychle věci. Pak mě napojili, ozvy byly v pořádku, tak jsem se konečně uklidnila. Pak mi řekli, že rodím, ale já jsem to cítila až potom, co jsem se uklidnila, ty kontrakce. Pak mi tam nechali v klidu a já rodila. Pak přišli doktoři, vy můžete rodit, že nemusíme nasazovat kortikoidy, tak jsem se zase uklidnila. Tak jsem ležela, nechala jsem probíhat kontrakce. Pak přišel druhý doktor, jestli mám lékařské zprávy, já je nechala doma ve druhé kabelce. Tak aspoň rychle jsem jim řekla příběh. Volali do Stoda i do Prahy. A pak když zjistili, že jsem byla na IVF a že mám šitou dělohu, tak mi něco píchli a pak mi asi zastavili porod, protože mi přestali kontrakce. A řekli, že rodit nemůžu a řekli, že čekají na výsledky preeklampsie.*“ Participant P6 odvezl svou krvácející ženu do porodnice, ovšem netušil, co to pro něj vlastně znamená. Jestli se rodí či je to pouze nějaký problém, který se vyřeší. Ve chvíli, kdy zjistil, že P5 krvácí, telefonoval své matce, která je zdravotní sestra, aby mu pomohla vyřešit probíhající situaci. Díky tomuto telefonátu nezmatkoval a byl klidný. „*Akorát já jsem potom odjel domů, já jsem tam neměl co dělat. Řekli, že si ji tam nechají a mě poslali domů. Dali nám rychlé informace, že to porod není, že jede na vyšetření, že jsem tam k ničemu, tak jsem jel domů. Byla jsem tam tak půl hodiny a byl jsem na telefonu. Pak mi P5 volala a řekla, že se čeká na výsledky. Na druhou stranu moje máma říkala, že se má hned rodit. Já si říkal, že je v největší nemocnici široko okolo a zároveň třetí, čtvrté největší v republice, plno doktorů, nejlepší místo, kde by mohla být, to nejde, aby to nedopadlo dobře. Věřil jsem doktorům. Zpětně asi nepostupovali úplně nejlíp, ale všechno dopadlo dobře,*“ uvedl P6. Porod P7 začal takto: „*V noci ke mně manžel vstal a přinesl mi magnezium,*

protože jsem měla hrozný křeče. Během dvaceti minut jsem letěla na záchod, já jsem se počůrala, ale praskla mi plodovka. Hned jsme jeli do nemocnice.“

To, jak probíhal porod a jak bylo ukončené těhotenství P1, popsala žena takto: *„Co mě překvapilo, tak on nebyl ještě otočený, byl koncem pánevním, a ani mi jako nenabídli císaře, a rovnou to brali tak, že budu rodit přirozeně, čehož jsem se bála. Počítala jsem s tím, že půjdu na císaře, a nešla jsem. Přišla jsem tam o půlnoci a pak v 13 hodin odpoledne jsem porodila. Byla jsem furt celou dobu ve vaně, ta mi docela pomáhala teda. Takže si nemyslím, že to bylo až tak hrozný. Až na konci, to už fakt bolelo, ale to je normální že jo. Vůbec jsem v tu chvíli nad ničím nepřemýšlela. Chtěla jsem, aby už byl venku. Jediný co, museli mě nastříhnout, že je to automatické při porodu konce pánevního. Fakt to bolelo a já si nemohla 14 dní pořádně sednout. Zůstal ve mně kus placenty, takže mě museli uspat a vyčistit mě.“* Její manžel, participant P2, na to reagoval: *„Byl to hodně emocionálně silný zážitek. Chtělo se mi v určité chvíli plakat, ale musel jsem to držet. Chtělo se mi brečet, když jsem viděl, jak ji to muselo hrozně bolet. Hned po porodu jsme ho neslyšeli, tak jsme oba zpozorněli, on vůbec nebrečí, ale pak se rozbrečel, tak to byla úleva.“* Průběh porodu a ukončení těhotenství P3 zhodnotila jako: *„Oni mi kolem 18 h řekli, že to bude ráno. P4 odjížděl kolem 21 h, než všechno zařídil. Jedna doktorka do mě sáhla, tak na tři. Přišla další jste na čtyři. Pak přišel primář a ten zase na čtyři. Nějakých šest lidí si do mě sáhlo. Prostě jsem si připadala, že každý si chce sáhnout. Doktoři se tam měnili, kdo mě odrodí, nakonec to byla až nějaká čtvrtá. Nakonec se malý narodil v 22:45. To jsem P4 poslala jenom fotku, že malý je na světě, nestihnul to. Rodila jsem spontánně.“* Přítel, P5, vyličil danou událost takto: *„Zastavil jsem na benzíně, že koupím tu dálniční známku, a v tom přišla zpráva, fotka, jak je tam s malým. Tak to ze mě spadlo, jsou zdraví oba, takže už to bylo pro mě takový volnější. Tak jsem jel k tý sestře.“* Manželé P5 a P6 měli počátek porodu složitější. Nakonec manželka P5 uvedla: *„Další den z rána přišli s tím, že prodávám preeklampsii, že se to zhoršilo, a že to ukončíme císařským řezem, že je to život ohrožující můj i malý. A najednou bylo všechno hrozně rychlé. Já přestala vidět, říkám to sestřičce, ta asi myslela, že nemám brýle. Mě se začal mlžit zrak. Skončila jsem na sále. Chtěla jsem poloviční. A najednou mi manžel chytil za rameno. Což mi udělal radost, plakala jsem radostí, že je tam se mnou. Najednou vyndali uzlíčka, bylo ticho, ticho a pak pláč. A byl tam malinký dvoukilový králíček.“* Respondent P6 uvedl, že čekal na mobilu, jak dopadnou výsledky vyšetření. Získané informace se neustále v průběhu dne měnily. Dokonce padlo, že by mohla P5 donosit malou, a mohla jít domů. Další den ráno mu volala sestřička, že se rodí. *„Hodně jsem pospíchal, abych to stihnul. Bylo to za pět minut dvanáct. Dorazil jsem, převlíkl se, šel jsem rovnou na porodní sál a rodilo se. Když jsem přišel, tak jsem seděl u hlavy a byla*

tam plenta. Když jsem tam byl, tak asi za deset minut vyndali malou. To byl opravdu fojfr. Ta byla celá modrá, černá a hrozně mrňavá, 2290 g. Já měl v tu chvíli větší starost o P5. Malá byla takový nic,“ zmínil P6. Poslední průběh porodu žena P7 zhodnotila: *„Udržovali mě tam s tím, že mě chtěli za každou cenu udržet do 30. týdne. S tím, že já jsem byla pořád v křečích. Já jsem nevěděla, že to jsou nějaké kontrakce, já myslela, že to jsou křeče. Poslední noc už jsem je měla po deseti minutách, pak po dvou minutách. Já to říkala sestřičce a ona, že mám křeče, no. Pak přišli ke mně až ráno, že natočíme ozvy. A tam už mě připravili na sál na císaře, protože malý byl moc malý, že by se zbytečně pomuchlal, že nemá ani kilo. To jsem ještě P8 ráno volala, že nemusí spěchat, a pak to ani nestihl. V 7:20 mi připravovali na sál a v 7:49 byl malý venku, To bylo velmi rychlé. Tam bylo hrozné jednání okolo malého. Nikdo nám nic neřekl. Jen malý dobrý. Já věděla, že je něco špatně. Když malého vyndali, tak celý sál ztichnul. Ted' malý nekřičel, já věděla, že je něco hodně špatně. Člověk leží, nevidí, mihnou se kolem s dítětem. Věděla jsem, že bude mít okolo 800-900 gramů.“* P8 reagoval: *„Nejdřív, že nemusím spěchat, a když jsem přijel, už byl venku. Já jsem čekal asi hodinu na chodbě. Pak vyjeli, tak jsme šli do výtahu a nikdo nic, ticho.“*

Prožívání životně náročné situace je u žen a mužů rozdílné. P1 zmiňovala, že když jí praskla voda, tak vůbec nebyla vystrašená. Také řekla, že porod byl fajn, dobrý, a že nakonec neměla strach. Její manžel, P2, zhodnotil porod jako hodně emocionálně silný zážitek. P3 uvedla: *„Bylo to hrozně brzy. Já jsem si ani to břicho neužila. Mám jednu jedinou fotku.“* Také zmínila, že hrozně chtěla, aby přítel P4 byl u porodu, což se nepovedlo, a velice ji to mrzelo. P4 se po zjištění, že se malý narodil, vyjádřil: *“Určitě jsem byl šťastný, hlavně to ze mě spadlo, že jsou v pořádku. Člověk čekal, že vše bude normální a bude to v tom termínu, ale takhle to bylo něco jiného, jak to bylo brzo.“* Manželský pár P5 a P6 se snažil o těhotenství 5 let. P5 zmínila, že nečekala, že by něco v těhotenství a při porodu bylo jinak, až když začala krvácet. Po této události také zmínila, že ji uklidnilo, když se zjistilo, že ozvy plodu jsou v pořádku a nejsou potřeba nasazovat kortikoidy. Poté, co ji řekli o preeklampsii, kterou prodělávala, ji zase uklidnili tím, že je malá v pořádku. Tím, že se preeklampsie zhoršovala, indukovali císařský řez (CS). P5 se poté vyjádřila takto: *„Všechno bylo strašně rychlé. Já brečela štěstím, nevěřila jsem, že je to moje dítě.“* „V tu chvíli se přiznám, že jsem k malý moc necítil, měl jsem spíš strach o P5,“ uvedl P6. Muž P8 popsal takto své pocity: *„Já byl úplně rozhozený. Jak jsem byl nasměrovaný na ten březen až duben, a co mám od toho najednou čekat. První bylo, že tam bude tři měsíce, potom večer, že možná půjde o něco dřív, a další ráno, že už se rodí.“*

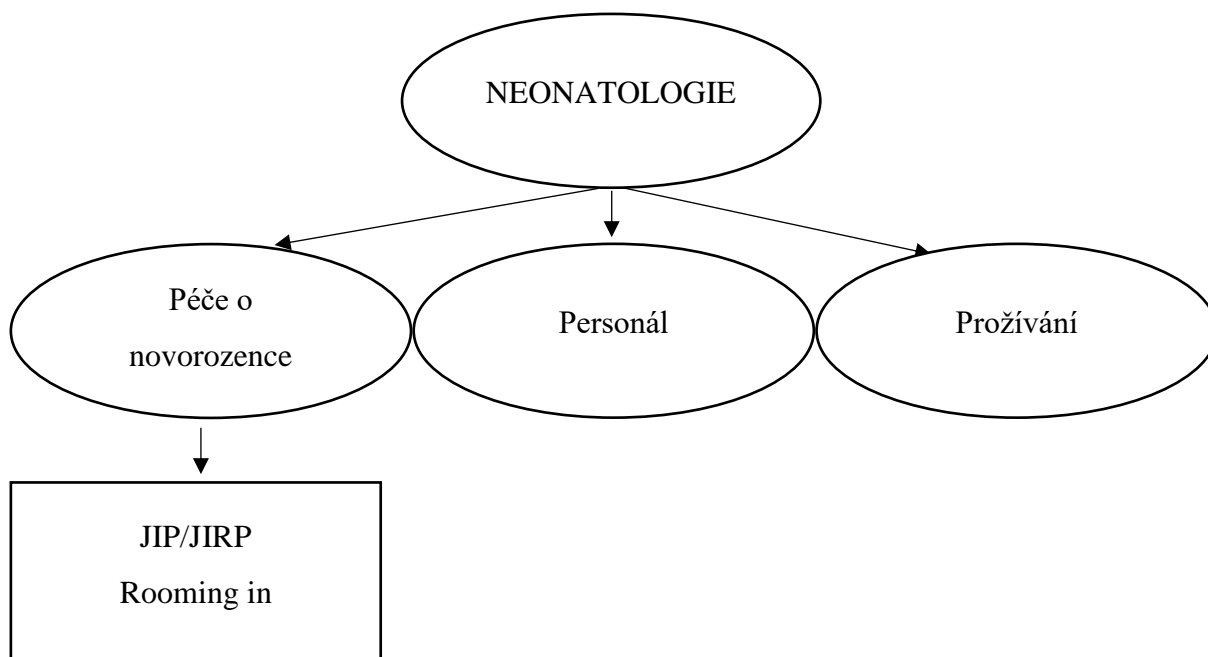
P1 hodnotila personál porodního sálu: *„Docela tam byly milý ty porodní asistentky. Nestěžovala jsem si na žádnou směnu. Já jsem tam vlastně byla přes dvě směny. Já jsem měla*

šťěstí fakt asi jako na dobrý asistentky.“ P3 hodnotila přístup personálu v Ostravě: *„Oni byli suproví, ptali se mi, kde je tatínek a říkám, teď vyjíždí z Plzně. Tak jsem tam měla ty sestřičky, co potom braly malého a napojovaly na kyslík, ty byli tři. Potom nějaká holčina, co se zaučovala, ta doktorka, a tři porodní asistentky. Každá mi držela z jedné strany. Opravdu byl úžasný přístup v té Ostravě, boží.*“ Respondent P6 chválil především péči na operačním sále při CS: *„Hodně to zachránili doktoři, co nás rodili, ti byli opravdu perfektní a starostliví, a tak jako v pohodě, že ostatní věci jsem neřešil.*“ P7 zmínila, že okamžitě po CS ji zajímaly dvě věci, co je s malým a že jí je strašná zima. *„Nevěděla jsem, jestli to přežije. Já jsem se v tu chvíli klepala strachem a zimou.*“ Jediná odpověď, kterou dostala bylo: *„Maminko, to se potom dozvíte.*“ Bohužel k předání informací nedošlo ani od personálu porodního sálu, pooperačního či z neonatologie. Manžel P8 uvedl: *„Já jsem čekal asi hodinu na chodbě. Pak vyjeli, tak jsme šli do výtahu a nikdo nic, ticho. Tak se ptám dobrý? A doktorka řekla za mě dobrý. A malý? Taky dobrý, vy jste ho neviděl? Tak mi poslala zpátky do čtvrtého. Tak jsem pak čekal zase hodinu na chodbě nahoře. Já byl úplně rozhozený.*“ Oba rodiče, P7 a P8, se shodli, že komunikace po porodu byla nešťastná. Oba několikrát zmínili, že nikdo nic nevěděl, což je v tu chvíli frustrovalo.

První kontakt s novorozencem byl pro většinu rodičů vesměs pozitivní zážitek, nehledě na předčasnost. Otec nejmenšího dítěte, tedy P8, uvedl: *„Hned ten den jsem ho viděl. Tak 10–11 h, to jsem tam byl tak pět minut. Měl jsem slzy na krajíčku. To jsem pak bulel, když jsem volal mamce, že je babička. Takový to špatný, že nedýchal a že má kyslík, tomu člověk v tu chvíli nedával význam, prostě byl tam a bylo to hezký. Musím říct, že ten první den byl šok, užil jsem si až druhou návštěvu. To bych nazval jako první opravdový kontakt.*“ P7 uvedla: *„Já jsem vlastně měla první kontakt ten druhý den, když mi tam manžel odvezl. A tam si ani nepamatuju, jaká doktorka k nám přišla. To bylo jako no malý má 100 % kyslík, resuscitace...Takhle to na mě vychrlila, a já vůbec netušila, co po mě chtěla, takže bulení. My jsme tam byli hodku a já jsem to hystericky probrečela.*“ P5 svůj první kontakt s novorozencem vylíčila takto: *„Najednou vyndali uzlíček, bylo ticho, ticho a pak pláč. A byl tam malinký dvoukilový králíček. Já na ni natahovala ruku. A jak jsem natahovala roku, tak mi ji položili na hrudník, kde jsem dostala čumáčkem první pusinku a v tu chvíli jsem si uvědomila, že jsem máma. Že už je s námi.*“ Poté dodala: *„Já brečela štěstím, nevěřila jsem, že je to moje dítě.*“ Její manžel, P6, uvedl: *„Dokonce jsem se s malou hned vyfotil a pochoval jsem si ji na tom sále.*“ Manželé P1 a P2 se shodli, že ihned po vaginálním porodu koncem pánevním syn neplakal, tudíž zpozorněli, ale jakmile se rozbřečel, tak se jim ulevilo a nastoupil pocit štěstí. P1 uvedla: *„Ihned po porodu ho odstříhli a šli ho rozdýchávat. Manžel ho viděl a původně ho chtěli dát na něj, ale když*

zjistili, že tam kus placenty zůstal, tak manžela poslali pryč a malého odvezli a dali do vyhříváního lůžka.“ Poté P1 dodala, že po probuzení po manuální lýze se cítila zmateně a měla strach o dítě, ale jakmile dostala potom syna na bonding, tak prý byl svět v pořádku. Na svůj první kontakt vzpomíná P3 takto: „Takže hned po porodu jsem malého dostala v zavinovačce a mohla jsem si i pochovat. Opravdu byli úžasný, přístup v tý Ostravě boží.“ Když jsi P4 vybavil, jak mu přišla zpráva o tom, že se mu narodil syn a jsou oba v pořádku, zmínil: „Určitě jsem byl šťastný, hlavně to ze mě spadlo, že jsou v pořádku.“ Jako první fyzický kontakt s novorozencem uvedl: „Já jsem vlastně přišel za P3, tam chtěli testy. Takže mě testovali, musel jsem čekat. A pak jsme šli spolu za malým. O patro níž. Tam jsme si dali ten oblek na sebe a řekli nám, co a jak. Šli jsme se podívat na malýho. Pohládili jsme si ho. Měl jsem smíšené pocity, protože když vidíš na miminku tu masku, a pak ty hadičky k tomu.“

5.1.4 Schéma 3 – Kategorie Neonatologie



Obrázek 3

Zdroj: vlastní

V kategorii schéma 3 se řeší neonatologie a jimi zprostředkovávaná péče, zdravotnický personál a prožívání rodičů. Data vycházejí z odpovědí všech zúčastněných, ze kterých byla provedena analýza a následně vytvořena tato kategorie: neonatologie. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie – péče o novorozence, personál a prožívání. Péče o novorozence je dále rozdělena na JIRP a rooming in.

Péče o nedonošené novorozence se liší dle jejich gestačního stáří. Jiný režim mají novorozenci na JIRPu, JIPu a na společném pokoji (rooming in). Od zdravotního stavu dítěte a matky se odvíjela hospitalizace na daném oddělení a následný společný pobyt na pokoji. Dvě ze sledovaných rodin, P1 a P2, P5 a P6, měly lehce nedonošeného novorozence. Matka P1 rodila vaginálně KP, poté bylo zapotřebí provést manuální lýzi placenty, zároveň po vybavení plodu bylo třeba novorozence odsát a prodechnout. Na oddělení šestinedělí rozhodli, že by P1 měla odpočívat, a proto jí dítě hned po převozu nepřinesli a zůstalo na observačním boxu novorozeneckého oddělení: „Malý byl v pohodě, ale dostala jsem ho až druhý den. Tím, že mě uspávali, že mi prostě nechají odpočívat. Usnula jsem na hodinu, pak jsem se probudila. Volala jsem sestry, šla do sprchy. Malýho jsem viděla až večer na kojení a zase ho odvezli. Potom ho ještě jednou v noci přivezli a další den až ve 12 mi ho přivezli. Já jsem celou noc nespala, fakt. Oni chtěli abych si odpočinula, a za celou noc jsem nezamhouřila oči, jestli na hodinku. Takže jsem to tam celé prořvala docela.“ Novorozenec byl tedy jednu noc na observačním boxu, poté

přeložen ke své matce na rooming. V průběhu observace byl nošen matce na kojení: „*Hlavně v noci mi ho jedna sestra přinesla, položila ho vedle mě, narvala mu bradavku do pusy a odešla.*“ Než se P1 dostatečně rozkojila, její syn dostával dokrm. Dle požadavků oddělení, měla ho P1 přikládat k prsu každé tři hodiny ve dne i v noci, tedy každé tři hodiny vzbudit, nakojit, zvážít a poté dát dokrm. Jako prvorodička doufala, že dostane okamžitě po porodu od zdravotnického personálu informace, jak s novorozencem zacházet, jak se starat o prsy, a především potřebovala pomoc s kojením. Laktační poradkyně ji nenavštívila. „*Až odpoledne přišla fajn sestřička, která mi to začala všechno ukazovat. Ukázat koupání a tak. Až ten den, co jsem odcházela, přišla fyzioterapeutka, ukazovala manipulaci s dítětem. Po čtyřech dnech, když už si osvojiš, jak s ním zacházet,*“ uvedla také P1. Její manžel, P2, chodil na návštěvy do porodnice každý den a rád si malého choval, ale jinak se do péče nezapojoval. Matka P5 rodila akutním CS pro těžkou pozdní preeklampsii. Dcerka byla po vybavení naprosto v pořádku. Na sále proběhnul i první kontakt s rodiči a poté byl novorozenec transportován na JIP. P5 byla po operaci převezena na pooperační oddělení, kde byla monitorována vzhledem k probíhající preeklampsii. Svůj pobyt si vybavuje takto: „*Tam mi řekli, že mé miminko je na neonatologii, že je v pořádku, že je maličká, ale že je to pěkný čipera, že se chytla, že chce bumbat, že všechno v pořádku. Byla za mnou laktační poradkyně, ale já ji nevnímala, což jsem nevěděla. Můj stav se zhoršoval. Na mě mluvili lékaři, já to nevím. Na mě mluvily sestry, já to nevím. Jak jsem byla tlumená a zároveň se asi projevovala ta nemoc. Vím, že mi brali často krev, asi to hlídali, jak to stoupá. Vždycky když jsem se probudila, tak jsem se ptala, kde mám dítě. Tak mi řekli paní, vy jste po císaři, po operaci, miminko je v pořádku. Miminko vám sem nepřivezeme, bohužel nemůžeme, ale je v pořádku. Malou jsem furt neviděla. První den jsem ji neviděla, druhý den jsem ji neviděla, třetí den jsem ji neviděla.*“ P5 velice toužila svou dceru vidět. Jakmile ji přesunuli na samostatný pokoj, rozhodla se, že i přes velké bolesti si dojde na JIP za novorozencem. Při první návštěvě ji vše ukázali a hned i novorozence přiložili k prsu. Od té doby chodila P5 každé tři hodiny přikládat, poté odsávat. Až po pěti dnech po porodu dovolil zdravotní stav P5 společnou hospitalizaci na oddělení JIP. „*Únavné to bylo. Jako robot jsem byla. Každé tři hodiny miminko vzbudit, přiložit teploměr, rozbalit plínku, vzít nahý dítě, vydezinfikovat váhu, dát ji na váhu, z váhy ji vzít, dát ji plínku, nakrmit, znovu svlíknout, na váhu, kolik přibrala. Furt jsme vážili. Když jsem ji dávala k prsu, aby se zjistilo, jestli má dost mlíka v sobě. Jsem říkala, asi když saje a přestane, tak asi má dost ne. Nakonec teda se kolikrát vyčůrala. No furt jsme dezinfikovaly, ubrousky papírové dávaly. Jak jsme tam byly dvě, tak jsme musely dodržovat hygienu. Jsme se navzájem omlouvaly. Tak když už se miminko najedlo, tak jsme musely čekat, dokud si neříhlo. Takže jsem čekala v křesle a čekala. Takže jsem v křesle*

spala kolikrát s malou,“ zmínila P5 praktiky, které ji doporučovali v porodnici. Nakonec i přes dokrmování po flašce, zvládla P5 po pár dnech plně kojit. Nejvíce ji ovlivnila tato událost: *„Ráno přišla vizita a tam mi sestra řekla, koukám, že tady máte stále flašku, to abyste se nedivila, že domů půjdete na flašce. Tak jsem si říkala, proč prostě dáváme flašku našeho odstříkaného mléka, když já chci kojit. Tak jsem prostě řekla sestřičce, která přišla s flaškou, že to nechci, že chci kojit, tak najednou mi sestřička řekla, že můžu. Pak už jsem nosila jen odsáté mlíčko do lednice. Jsem jim tam naplnila mrazák. Pak jsem jen přikládala.“* Její manžel P6 byl u porodu přítomen. Po porodu dostal informace, kde bude P5 i novorozenec. Dceru ještě navštívil, zde dostal při první návštěvě informace. Probíhalo to takto: *„Ještě mi pak za malou pustili. Tam se mi taky někdo věnoval. Ukázali, jak dezinfikovat ruce, co mám vypnout, abych si vzal malou. Tam jsem se s malou vyfotil. Já jsem tam byl první, P5 byla ještě mimo. Chvilku jsem tam byl a nevěděl jsem, co tam mám dělat. Ta spala, dvoukilový škrndě, to fakt bylo nic, taková přerostlá zelenina, tak jsem šel domů. Opravdu jsem byl hodně unavený, ani jsem nebyl připravený to moc slavit, ale kamarádi nakonec všechno zorganizovali. Bylo to i spojený s tím, že Viktorka hrála fotbal o titul. Slavili jsme malou, a nakonec i titul v dresech. Oslava skončila až další den odpoledne. Vůbec nic jsem ten den nevěděl, já to bral tak, že malá je tam, kde má být, P5 je tam, kde má být. Jediné mi všichni vynadali, že tam malá byla ten celý den sama, ale stejně podle mě nevnímala. A další den už jsem tam normálně byl, dokonce dvakrát. Pak jsem se jí teda omlouval, že jsem to včera nezvládnul a už budu dobrý táta. Pak jsem už jezdil každý den. Byla na JIPu a tam jsem vždycky musel zazvonit a být asi jenom hodinu denně, potom už byly holky spolu, tak to bylo fajn.“* Partneři P3 a P4 okusili měsíc hospitalizace na JIRPu v Ostravě a zároveň pobýli i měsíc a půl na JIRPu, JIPu a rooming inu v Plzni. P3 se cítila dobře po překotném vaginálním porodu. Po porodu za ní přišla laktační poradkyně a podala ji informace o starostlivosti o prsy a potřebě odstříkávat mateřské mléko. P3 i P4 byli s celkovou péčí na neonatologii v Ostravě moc spokojení. Při návštěvách na JIRPu se jim zdravotníci věnovali, poučili je, jak postupovat při návštěvách: *„Musím říct, že byli úžasní. Tam jsi přišla, do 15 min tam byla doktorka, která měla službu. Řekla ti, co s malým budou dělat, co plánujou, že je v pořádku, jestli čůrá, kaká, jak přibývá.“* Dále je naučili, jak přebalovat, měřit teplotu, převlékat či krmit. Návštěvy byly zpřístupněné od 10 do 21 h pouze pro rodiče nedonošených dětí. V jedné místnosti byly tři inkubátory, čímž bylo zajištěné i větší soukromí. Vzhledem k omezené kapacitě umožňující společný pobyt matek a novorozenců, nebyla společná hospitalizace P3 s dítětem umožněná. Největší radost měli, když mohli klokánkovat. To jim bylo umožněno každý den na tři hodiny. První klokánkování proběhlo už 4. den. P4 popsala danou událost: *„P3 měla poprvé, a pak jsem klokánkoval asi až druhý den. Bylo to boží, ale byl*

tam ten strach. On byl maličký a všude ty hadičky a teď jsme byli na tom křesle. Člověk se fakt nechce ani pohnout, aby náhodou nezavadil o něco.“ Po měsíci v Ostravě došlo k převozu do Plzně. Ten den prodělala P3 žlučnickovou koliku a byla hospitalizovaná v nemocnici. Za novorozencem šel P4 na první návštěvu sám. Oba rodiče se shodli, že je v Plzni též zapojovali do péče, tedy přebalovali, koupali i krmili. Ovšem při edukaci se lišily názory zdravotníků: *„Každá tam říkala něco jiného. Což nás úplně štválo. Jedna řekne držte ho tak, další držte ho tak, poklepejte ho po zádech, další po hrudi, když začne házet s dýcháním, to nevadí, nepřestávejte, on je mezitím v pohodě. Další ti řekne hned to vyndejte, ať může dýchat. Prostě hrozný zmatek, když ti tam deset lidí řekne něco jiného. Bylo to úplně padlý na hlavu. Pomalu z tebe udělají, že ty jsi ten hrozný rodič.*“ Největší problém pro rodiče byl s krmením, kdy docházelo k desaturacím u novorozence. P3 dále zhodnotila dané nemocnice a uvedla: *„Když porovnáám prostředí Ostravy a Plzně, tak to je jako nebe a dudy. Tam byly v Ostravě maximálně tři děti. Byl tam větší klid, větší soukromí, sestřičky byly příjemnější, doktorka přišla, řekla ti, co a jak. Tady jsme se museli doprošovat. Tady v Plzni bylo x dětí. Takže jak byl covid, tak jsme si museli plánovat i kdo kdy přijde, aby nás tam nebylo moc. Umožňovali třeba jenom jednu návštěvu v tom dnu. Nakonec jsem litovala, že jsme ho nechali převézt.*“ Dítě matky P7 a otce P8 strávilo na JIRPu v Plzni celkem pět měsíců, poté bylo přeloženo a přes měsíc strávilo na dětské klinice. V průběhu bylo hospitalizováno i v nemocnici v Praze na dvojistou operaci. Po porodu SC byla matka P7 umístěna na samostatný pokoj. Při každé návštěvě se snažila získat informace o novorozenci: *„Z neonatologie za mnou nepřišel nikdo. Já jsem furt očekávala, že mi k tomu něco řeknou, protože sestřičky furt vydržte, vydržte, oni za vámi přijdou, potom i z psychologické poradny. Nikdo nepřišel. A za celou tu dobu, těch pět dní, než mě pustili na pokoj matek na neonatologii, nepřišel vůbec nikdo, ani z psychologické poradny. Žádná laktační nepřišla.*“ P7 uvedla, že jakmile její zdravotní stav dovolil, musela si dojít sama na neonatologii, aby něco zjistila. Při každé návštěvě plakala. Její stav se zlepšil, když: *„Mně teda potom pomohlo, a doted' na to ráda vzpomínám, že jsem malýmu četla do inkubátoru. Jedno okénko otevřené – tam ruka, druhé otevřené – knížka a potichoučku jsem mu tam četla. Devět knížek jsme přečetli.*“ Oba rodiče, P7 i P8, se shodli, že covid na neonatologii byl náročný. Byla pouze jedna návštěva, a to na jednu hodinu s tím, že se vše muselo domluvit, aby nebyla návštěvu u inkubátoru vedle. Po celou dobu museli mít roušky. *„Pak když už jsem byla na pokoji matek, tak už to šlo. Jsem tam mohla být od 8 h do 11 h, od 14:30 do 17 a od 19 do 20 h. Takhle to bylo nařízené a my jsme to respektovali. Teď už vím, že nikdo nemá právo nás vyhazovat od našeho dítěte a určovat nám čas, kdy ho můžeme vidět. Už to vím, ale v tu chvíli jsem to nevěděla a respektovala jsem ty jejich pravidla a nechtěli jsme dělat i zle,*“ dodala P7. Na pokoji matek

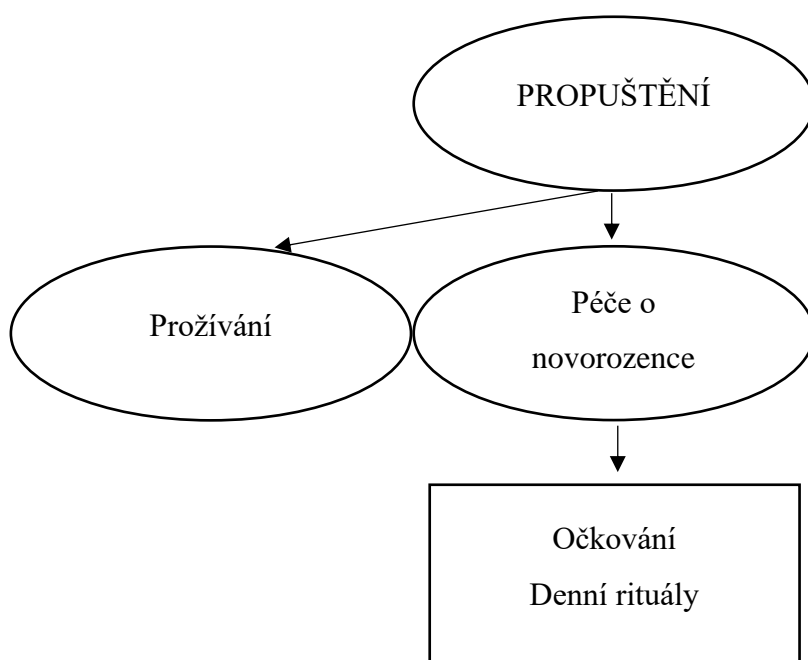
strávila P7 přes tři měsíce a vystřídal se jí tam 32 žen. Pokoj matek měl celkem pět lůžek, ale pouze jeden záchod a koupelnu, což bylo též psychicky náročné. Dvakrát týdně je na společném pokoji navštěvovala psychologka, což P7 zhodnotila: „*To bylo takové trapné. 99 % ženských řekne ne, já vás navštívit nechci, aby si ostatní neřekli, ta potřebuje ke cvokaři. Je to super, když je potom navštíví u toho inkubátoru, když jsou sami.*“ Sama služeb psychologické poradny využila. Novorozenec byl zaintubovaný po dobu dvou měsíců, poté dostal CPAP kanylu, nakonec i nostrily. Přibližně po měsíci proběhlo první klokánkování: „*Opravdu něco neskutečného. To bylo nádherný, tak nádherný.*“ Spousta sester ze strachu z extubace odmítla požadavek rodičů na klokánkování. Časem si P7 vytipovala směny, se kterými se jí lépe spolupracovalo. Udávala, že byla v každodenním stresu, zda syn přežije. Několikrát denně mu padala saturace a dusil se. Podstupovali různá genetická vyšetření a testy. Dlouho se nevědělo, co dítěti je. Byl těžce hypotonický, ruce měl spastické, neměl sací ani polykací reflex, ale nemoc též žádnou neměl. Největším problémem byla neurologická stránka. Většina vyšetření a testů skončila dle slov lékařů „dobře“, a nedostali od někoho zpětnou vazbu, že by něco mělo být v nepořádku. Přibližně po třech měsících se konečně dozvěděli diagnózu – myotubulární myopatie, která se řadí pod nukleární centrum medicíny. P8: „*Bylo to hodně černý.*“ V tu chvíli se P7 rozhodla opustit pokoj matek a dojíždět každý den na JIRP z domova. P7 uvedla: „*Všichni nám říkali, je to mladá nemoc, má ji 20 dětí na světě. Nikdo neví, jak se vyvine. Takže vám vlastně nic říct nemůžeme. Jestli tady malý bude, nebude. Ani nechtěli načíst tu otázku smrti. Nás spíš zajímalo, co bude dál, co pro to udělají, aby bylo líp anebo aby bylo hůř. A nikdo nám neodpověděl.*“ Dostali se pod paliativní péči, která rodičům hodně pomohla přijmout slovo smrt a jak zlepšit i jejich život. Nakonec se rozhodli podepsat DNR, kdy se neresuscituje. P7 uvedla: „*Když jsme ho podepsali, a nevěděli jsme, jestli malý přežije, tak nám povolili návštěvu prarodičů. Po sdělení diagnózy najednou spoustu věcí šlo.*“ P7 i P8 měli individuální režim návštěv, za což byli velmi vděční. P7 i P8 velice tížila otázka DNR a její hranice. P8 uvedl: „*Vždycky jsme hledali, kde je ta hranice. To neznamená, že přijde první problém a dají ruce pryč. Chápeme, že kdyby byl bez kyslíku 10 minut, tak to už bude pro mozek velký zásah, ale ne při prvním náznaku dávat ruce pryč.*“ Při každé návštěvě zmiňovali, že chtějí, aby případně prodechovali ambuvakem. Oba rodiče se shodli, že to bylo velmi náročné. Matka P7 prodělala panickou ataku, naštěstí vyhledala odbornou pomoc a dostala léky. Ty byly neslučitelné s kojením, což P7 vnímala jako prohru. Na přání rodičů byl umožněn i křest. Po pár měsících došlo k přeložení na dětskou kliniku. První pocity byly rozporuplné. P8 uvedl: „*Když jsme tam přišli, tak malej byl v tý velký posteli a zabalený, aby se nemohl převalovat. V tu chvíli, kdybych mohl, tak bych si ho vzal domů. To jsem si říkal, jak to dáme. V tu chvíli to bylo fakt strašný.*“

Další návštěvy už byly lepší. Zjistili jsme, že nakonec to bylo podobné jako na neonatologii. Pak už to bylo v pohodě.“ Zde nechávali rozhodnutí na rodičích. Ti se nakonec rozhodli pro tracheostomii a PEG. Na dvojitou operaci odjeli do Prahy, kde spolu byli P7 se synem poprvé sami na pokoji. P7 uvedla: *„Úplně poprvé sami jsme byli až když mu bylo 5 měsíců, v Motole, před operací. První společná noc před tráskou. Konečně jsem ho mohla nuchňat, jak jsem chtěla. Vyndat si ho z postýlky, jak jsem chtěla, a nikomu se nedovolovat.*“ Operace se povedly, poté se řešil případný pobyt v Hořovicích či propuštění domů.

Sestry na šestinedělí a novorozeneckém oddělení zhodnotila P1 jako: *„Nic moc.*“ První kontakt s nepříjemnou sestrou v ní zanechal nemilé pocity. Nepřišla ani laktační poradkyně a ani jí nenabídli psychologickou pomoc, přestože byla velice plačtivá. Její manžel, P2, často do styku s personálem nepřišel, a když už, tak se mu zdálo vše v pořádku. Pár P3 a P4 velice chválili personál ostravské nemocnice. Přestože se v Plzni snažili zasvětit rodiče do péče, bylo se vším více problémů. Jako největší problém viděli rodiče rozporuplnost informací poskytovaných personálem. Negativní emoce v nich vyvolával nedostatek informací o první pomoci, jelikož syn často při jídle desaturoval. Kladně hodnotí P3 nabídku psychologické poradny, kterou využila. Muž P6 vnímá Fakultní nemocnici v Plzni jako bezpečné místo plné odborníků, kterým naprosto věří. P5 uvedla, že v jednu chvíli se cítila jako krkavčí matka, která nechá své dítě vyhladovět. Kvůli problému s komunikací s jednou sestrou měla P5 pocit nedostatečnosti. Přesto nakonec zhodnotila, že nejdůležitější je, že jsou obě v pořádku. P7 a P8 se shodli, že personál využíval nevědomost a neznalost rodičů. P7 hodnotila: *„Každá sestřička byla svá. Jedna teda dokonce měla zákaz i k malému chodit. Vůbec jsme si nesedli a za mě, i z hlediska ostatních zdravotních sester, nepečovala o malého dostatečným způsobem, tak jak by měla pečovat správná sestřička. Všichni o ní věděli, že se tam jde vykecat, odpočinout a dát si chlebiček a kafe, ale ne pečovat o dítě. Tahle sestra by tam vůbec neměla být. Potom jsem si i postěžovala doktorům. Některé jsme tam milovali. I malý to poznal, jaká je péče a bylo to na něm vidět. Ze začátku neměl rád rehabilitační, ale nakonec jsme si společně spoustu věcí vyříkali a v tu chvíli i malej otočil a bylo to s ní fajn.*“ P8 od personálu dostal informace, pokud se na ně zeptal, ale péči o novorozence se naučil od své ženy. Také P7 řekla: *„Měla jsem vyhlídnutou směnu, co si kde můžu dovolit, jak se k nám chovají. Byla tam i směna taková, kdy jsme museli přijít přesně v šest a odejít přesně v sedm. Občas to chování bylo hrozný. Směna od směny a člověk od člověka.*“ Nakonec zhodnotila, že na specializovaném pracovišti je nejdůležitější přístup ze strany personálu: *„Empatie, láska, příjemný, milý sestřičky. Upřímnost i ze strany doktorů.*“

Zdravotní stav dítěte a péče o něj se prolíná s prožíváním. Nelze jedno od druhého oddělit. Dva páry měly lehce nedonošeného novorozence, o které se staraly matky, a po pár dnech byly matky s dětmi propuštěny do domácí péče. P1 byla v porodnici velice plačtivá. I malé incidenty nesla špatně. Nejhůře nesla, když jí sestra oznámila, že má syn zvětšenou ledvinnou pánvičku, a odešla. Teprve když dorazil manžel, musel zažádat o objasnění. Pro jejího manžela, P2, bylo důležité, že malý prospívá. Také byl rád, že se P1 rozkojila. P5 a P6 se shodli, že nejdůležitější je, že jsou obě v pořádku. P5 negativně hodnotí způsob podání informace, že má dcera dvojitou ledvinu. Řekli jí to jen tak mimochodem na odchodu z porodnice. Rodiče P1, P2, P5 a P6 se snaží na období spojené s porodem vzpomínat pozitivně. Partneři P3 a P4 mají na Ostravskou nemocnici pouze pozitivní vzpomínky. Především vyzdvihli komunikaci ze strany personálu. Mají pocit, že v Ostravě prospíval syn lépe. V Plzni se jim zdálo vše zdouhavé a zmatené. Nejdelsí pobyt v nemocnici zažila matka P7. Ta byla v každodenním stresu ze zdravotního stavu syna. V hlavě jí běželo, co když syn umře. Tříměsíční pobyt na pokoji matek zhodnotila jako ohromnou zkoušku osobnosti. Jako zlom hodnotí P7 i P8 čas, kdy zjistili diagnózu a stali se součástí paliativní péče a podepsali DNR. Poté co dvojitá operace v Motole proběhla úspěšně, rozhodli se rodiče zrušit DNR a vzít si syna do domácí péče. Nakonec P7 dodala: „*Nejobtížnější byl ten přístup některých lidí.*“ Všechny páry se shodly, že si vzájemně byly největší oporou a nedokážou si představit, kdyby tam jeden pro druhého nebyl. P3 a P4 měli velkou oporu u otce manžela, který bydlel blízko Ostravy. Žena P7 se slzami v očích vzpomínala na podporu své matky. P7 uvedla: „*Máma je máma.*“ Muž P8 měl velikou oporu ve své nadřízené v práci, která má v rodině postiženého chlapce.

5.1.5 Schéma 4 – Kategorie Propuštění do domácí péče



Obrázek 4

Zdroj: vlastní

V kategorii schéma 4 se jedná o propuštění do domácí péče, prožívání a péči o novorozence. Data vycházejí z odpovědí všech zúčastněných, ze kterých byla provedena analýza a následně vytvořena tato kategorie: propuštění. Kategorie péče o novorozence je dále rozdělena na očkování a denní rituály.

Všech osm rodičů se shodlo, že propuštění do domácí péče bylo krásným okamžikem. P2 si vzal otcovskou dovolenou a 14 dní byl doma. Vařil, uklízel, a přesto se cítil nadbytečný. P1 byla šťastná, že jí manžel pomáhá. První den doma prý ještě dost plakala, vystrašil ji monitor dechu, který byl rozbitý a pořád houkal. Až když manžel P2 dorazil s novým, P1 se uklidnila. Do Centra vývojové péče nemuseli chodit syn P1 a P2 a ani dcera P5 a P6. Jediné, co zhodnotili tito čtyři respondenti jako jiné, byla schémata očkování a velikost dětí, které si přivezli domů. Respondent P5 byl rád, že při transportu z porodnice domů ho doprovázela jeho starší sestra, která byla z dané situace velmi dojatá. P6 uvedl: „*Měl jsem furt starost, že mi něco doma chybí. Když jsem si holky bral domů, tak jsem to tak bral, že jsou holky konečně v pořádku, tak to jsem byl nejšťastnější.*“ Syna páru P3 a P4 propustili přibližně v pomyslném období termínu porodu. Největší problém byl krmení, kdy jim syn šedivěl a fialověl, a proto měla P3 strach z každého krmení. Nejtěžší to bylo prvních 14 dní, než společně našli cestu. Do Centra vývojové péče v Plzni jezdí na pravidelné kontroly. Zároveň navštěvují rehabilitaci a fyzioterapii. Oba jsou rádi, že syn vše dohnal a je zdravý. Nejtěžší cestu k propuštění domů absolvoval pár P7 a P8. Nejprve museli projít psychologickými testy, sociální kontrolou, resuscitačním kurzem, a

hlavně se museli spoustu věcí naučit. Oba respondenti se shodli, že to byl neuvěřitelný masakr, který byl zároveň krásný. První den přivezli domů dvě auta plná krabic, ve kterých byly potřebné propriety. V den, kdy si odváželi syna z porodnice domů, získal syn k domácí plicní ventilaci i koncentrátor na kyslík. P7 uvedla: „Museli jsme se všechno naučit. Jednou týdně měníme doma sami celou trášu. Jezdili jsme na jipku, tak 3-4x jsem tam byli. Ale pro nás je to strašně náročný, protože malej měl silný reflux. Do teď má.“ Týden pro propuštění měli P7 a P8 možnost vyzkoušet znalosti, které získali v nemocnici. P8 uvedl: „Ani ne týden po propuštění jsme hned poprvé prodechovali. To už malej nevnímal. To už jsme skoro volali rychlou. To byl masakr. Byl úplně bílej, prošel všema barvama, tak těsně před masáží. Naštěstí jsme prodechli a on se chytil. Potom jsme si pobřečeli, ale pak už tak nějak to bylo v pohodě. Tím, že člověk viděl, že to zvládnul, že jsme nezmatkovali, a to biflování k něčemu bylo.“ P7 a P8 přiznali, že od té doby už se tolik nebojí. Pravidelně navštěvují odborné ambulance, rehabilitace, fyzioterapii, pečují o PEG i o tracheostomii. Navštěvuje je odborná asistentka, která pomáhá rodině s péčí.

6 DISKUZE

Diplomová práce se zabývala problematikou nedonošeného novorozence. Autorka práce řadí problematiku předčasně narozených novorozenců mezi aktuální témata zasahující do sféry zdravotnické, sociální, psychologické, etické či legislativní. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, které se zabývají předčasným porodem, jeho příčinou a následky, novorozencem a nahlíží na porod jako náročnou životní situaci. Praktická část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který probíhal pomocí rozhovorů s vybranými rodiči nedonošených dětí. Hlavním cílem praktické části práce je zmapování psychického stavu rodičů nedonošených novorozenců. Cílem je zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů, identifikovat jejich potřeby a jejich spokojenost s péčí, přístupem a podporou od ošetřujícího personálu.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů po předčasném narození dítěte při hospitalizaci. Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou subjektivní pocity matek/otců nedonošených novorozenců v nemocniční péči? Na prožívání i pocity rodičů měl velký vliv zdravotní stav dítěte a matky. Porod a první kontakt s novorozencem byl pro všechny emocionálně silný zážitek. U všech zúčastněných se objevil pocit štěstí. Tento pocit popisují především při časném kontaktu matky a dítěte, ke kterému došlo u obou lehce nezralých novorozenců, a u P3 rodící vaginálně v Ostravě. Dále se při hospitalizaci objevil pocit strachu a nejistoty. Po císařském řezu měl P6 strach především o P5. Ta byla po císařském řezu převezena na pooperační oddělení. Z důvodu těžké preeklampsie moc nevnímala zdravotní personál, cítila se zmateně. Její největší starostí byl zdravotní stav dcery. Dle Ratislavové je pro rodičku po psychické stránce výhodnější použití epidurální anestezie, kdy není přerušeno kontinuální vědomí mezi těhotenstvím a narozením dítěte (Ratislavová 2008, str. 71). U obou žen rodičích CS byla na jejich přání použita epidurální anestezie. Vzhledem k bezproblémové poporodní adaptaci dcery P5 a P6, došlo na sále ke kontaktu s rodiči. P5 po porodu plakala štěstím a nevěřila, že je to její dítě. Zkušenost páru P7 a P8 byla naprosto odlišná. P8 byla na sále sama, manžel nestihnul dorazit, což jí velice mrzelo. Ten hodinu čekal na chodbě plný nervozity. Pocity strachu a nejistoty byl u partnerů P7 a P8 po císařském řezu, kdy jim nebyly předány žádné informace o zdravotním stavu dítěte. Ve chvíli, kdy respondenti dostali potřebné informace, došlo ke zlepšení jejich psychického stavu. P8 uvedl, že v den porodu viděl syna pět minut. Při pohledu na něj P8 cítil štěstí a zároveň i šok. P1 i P7 se cítila psychicky špatně. Obě byly velmi plačtivé v porodnici. U P1 probíhal poporodní blues, který sám odezněl v domácím prostředí. P7 potřebovala psychologickou pomoc po porodu, kterou především využila po

zjištění diagnózy syna. Při porodu P1 byl kontakt s novorozencem odložen vzhledem k asfyxii dítěte a manuální lýze. Po probuzení se P1 cítila zmateně a vystrašeně. Jakmile došlo k bondingu veškeré chmury zmizely. Manželé se cítili šťastně. P3 byla smutná, že P4 nestihnul porod. Dále oba, P3 i P4, litovali převozu z Ostravy do Plzně, kde se cítili více v bezpečí a měli větší důvěru ve zdravotnický personál. Zdravotní personál v Plzni na oddělení JIP snižoval svou důvěryhodnost především rozdílnými informacemi při krmení syna páru P3 a P4. Zdravotní personál na oddělení JIRP v Plzni snižoval svou důvěryhodnost tím, že některé sestry byly neochotné vyhovět přání páru P7 a P8. Přestože intubace dítěte není překážkou pro klokánkování, je to jedna z věcí, která byla P7 a P8 dlouho odepírána. Páry, P3 a P4, P7 a P8, vnímali nedostatek soukromí ve Fakultní nemocnici v Plzni, kdy jsou všechny děti v jedné místnosti, inkubátor vedle inkubátoru.

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat spokojenost rodičů s péčí, přístupem a podporou od ošetřujícího personálu. Výzkumná otázka č.2: Jaké mají rodiče pocity z péče, přístupu a podpory ze strany personálu? Všichni rodiče očekávali od zdravotnického personálu informace o zdravotním stavu jejich dětí. Okamžitě po porodu nedostali informace pouze P7 a P8, což je frustrovalo. Nejhůře to nesla matka P7, za kterou nikdo nepřišel. Ženy P3 i P7 kladně hodnotily poskytovanou psychologickou pomoc. Všechny matky cítily potřebu získat informace o postupech při péči o nedonošeného novorozence. Jiný režim měli novorozenci na JIRPu, JIPu a na společném pokoji (rooming in). Všechny matky se shodly, že podpora laktace ze strany personálu byla nedostatečná. S péčí v Ostravě byli oba rodiče, tedy P3 i P4, spokojeni. Po překladi do Fakultní nemocnice v Plzni byly poskytované informace zdravotnickým personálem rozporuplné, především se jednalo o informace v péči o novorozence při krmení. P6 uvedl, že důvěřoval zdravotnickému personálu, který pracuje v jedné z největších porodnic v republice. Manželé P7 a P8 našli největší oporu u personálu zajišťujícího paliativní péči. Na personál je kladen veliký tlak. Očekává se od něho profesionalita spojená s lidskostí.

Dílčí cíl č. 3: Identifikovat potřeby rodičů. Výzkumná otázka č. 3: Jaké potřeby mají rodiče nedonošeného novorozence? Respondenti měli nenasycené například některé základní potřeby, jako je spánek, odpočinek či laktace. „Žena několik hodin po porodu i přes všechno vyčerpání často nemůže usnout (Ratislavová 2008, str.82).“ Příkladem je zkušenost P1: „*Oni chtěli, abych si odpočinula a za celou noc jsem nezamhouřila oči, jestli na hodinku. Takže jsem to tam celé prořvala*“. Všechny ženy se shodly, že podpora laktace ze strany personálu byla nedostatečná. P1 uvedla, že sestry nebyly nic moc. Laktační poradkyně za ní nepřišla. První sestra, se kterou přišla do styku, byla velice nepříjemná. P3 uvedla, že v Ostravě za ní po porodu laktační poradkyně byla. Přesto vlivem řádně nevyvinutého sacího reflexu u syna, kterého

nebylo možné přiložit k prsu, a stresu z možných zdravotních následků u syna, přišla matka P3 časem o mléka. Po převozu do Plzně již za ní laktační poradkyně nepřišla. Matka P5 byla s těžkou preeklampsií po porodu převezena na pooperační oddělení, kde ji laktační poradkyně navštívila. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu si z této schůzky nic nepamatovala. Zkušenost P7 s laktační poradkyní je nulová. Zmínila, že občas ji nějaká sestřička poučila o vhodnosti stravování a nutnosti odstříkávat mateřské mléko, a zároveň dostala leták s postupem. P7 uvedla: *„Já do té doby jsem si na svoje vlastní prsa nechtěla ani sáhnout, mi to nebylo příjemné, a teď najednou odstříkávej. Byl to masakr. Ani jsem nevěděla jak.“* Nakonec o mléko přišla, což vnímala jako osobní prohru. Také respondenty velice tížila otázka potřeb jistoty a bezpečí s touhou po důvěře a stabilitě. Tyto potřeby se u respondentů lépe naplňovali při společné hospitalizaci. Potřeba pocitu jistoty a bezpečí byla naplněna propuštěním do domácí péče. P4 uvedl: *„Když jsem si holky bral domů, tak jsem to tak bral, že jsou holky konečně v pořádku, tak to jsem byl nejšťastnější.“* Pro všechny respondenty byly nejdůležitější informace. Především o zdravotním stavu novorozence, plánovaných vyšetřeních či výkonech, ale také ohledně péče poskytované novorozenci. Páry P7, P8 a P3, P4 se shodly, že jim chybělo soukromí.

Dílčí cíl č.4: Zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů nedonošeného novorozence po propuštění. Výzkumná otázka č. 4: Jaké jsou subjektivní pocity matek/otců nedonošených novorozenců v domácí péči? Propuštění do domácí péče byl pro všechny krásný okamžik. U většiny rodičů bylo propuštění signálem pro zdraví. U některých respondentů se projevil pocit strachu, zda mají vše připravené a zda zvládnou péči o dítě. Pozitivnější pocity měly ženy, které po propuštění kojily, jednalo se o matky lehce nezralých novorozenců P1 a P5, což je polovina z dotazovaných žen. Všechny předčasně narozené děti dostaly výživu lahvičkou v průběhu hospitalizace. Všechny matky zkoušely odstříkávat, časem přikládat a rozkojit se. To se nakonec podařilo pouze 50 % z nich. Růžičková ve své práci uvádí, že většina respondentek v nemocni i po propuštění vyživovala dítě pomocí lahvičky (Růžičková 2022, str. 47). Rodiče P3 a P4 pociťovali největší strach při krmení lahvičkou, kdy docházelo k zástavám dechu. Rodiče P7 a P8 měli největší strach z toho, zda zvládnou péči o nemocné dítě na tracheostomii s PEGem, přestože péči v porodnici matka zvládala bez problémů. Ovšem po první velkém problému, kdy bylo zapotřebí syna prodechnout, který společně zvládli úspěšně vyřešit, se jejich strach snížil a více věřili svým schopnostem. Jediní rodiče P7 a P8 prošli resuscitačním kurzem, a proto se cítili jistěji v péči o dítě v porovnání se zbytkem rodičů, kteří neprošli první pomocí.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit rozdíly mezi matkou a otcem v prožívání životně náročné situace.

Výzkumná otázka č. 5: Jaký je rozdíl v prožívání životně náročné situace mezi matkou a otcem? Vypořádání se s náročnou situací závisí na osobnosti, odolnosti vůči zátěžovým situacím, vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, zdravotním stavu i sociálních skutečnostech. Náročná situace porodu je zdrojem, jak se osobnost formuje (Ratislavová 2008, str. 58). Průběh těhotenství více emočně prožívaly ženy, stejně tak porod a následnou péči. Již při rozhovorech byl patrný rozdíl nejen v množství dat, které rodiče poskytli, ale i v obsahu sdělených informací. Dle Grafové matky nedonošených novorozenců vykazovaly vyšší hodnoty míry zátěže než muži. Jednalo se především o obtíže spojené s poruchou spánku, pocitem napětí, vyčerpanosti a obtíže koncentrace. Zároveň ve své práci uvedla vliv vzdělání na míru zátěže. Dle jejich výsledků nejvyšší míru zátěže vykazují rodiče se základním vzděláním (Grafová 2020, str. 78–79). V mé diplomové práci byly dvě respondentky z celkového počtu čtyř žen, které dokončily základní vzdělání.

Dílčí cíl č. 6: Formulace námětů a doporučení, které se týkají zkvalitnění péče o rodiče nedonošených novorozenců pro porodní asistentky. Na základě informací zjištěných při rozhovorech s respondenty dochází k návrhu několika doporučení pro uvedení do praxe, které mohou zlepšit péči poskytovanou rodičům nedonošených novorozenců.

- Po porodu informovat oba rodiče o zdravotním stavu novorozence

Po porodu je novorozenec přijat na neonatologické oddělení, kde se primárně zajišťují jeho základní životní funkce. Otcové po porodu často přichází na oddělení, kde získají důležité informace. Ovšem matky nejsou vždy po porodu schopny dojít na JIRP, a proto by mělo být standardem, že ošetřující lékař novorozence navštíví jeho matku a podá jí informace o poporodní adaptaci a aktuálním zdravotním stavu dítěte. Tento přístup pomáhá zvýšit pocit důvěry ve zdravotnický personál, zároveň sníží pocit bezmoci, nejistoty, deprese a strachu u rodičů, kteří při získání informací mají pocit větší kontroly nad událostí.

- Při každé návštěvě informovat o zdravotním stavu dítěte a zapojit rodiče do péče

Při každé návštěvě rodičů na specializovaném pracovišti by měly být podány informace o zdravotním stavu, proběhlých vyšetřeních, jejich výsledcích a plánovaných intervencích. Dále by při každé návštěvě měl být podpořen aktivní přístup v péči o dítě. Zdravotní personál by měl zajistit edukaci rodičů v péči a umožnit jim tyto znalosti využít v praxi.

- Návštěva laktační poradkyně

Laktační poradkyně by měla vždy po porodu navštívit matku a edukovat o kojení, o starostlivosti o prsy a potřebě odstříkávat. Pokud to zdravotní stav matky a novorozence dovolí, mělo by být umožněno časné přiložení, což podpoří kojení. Kojení je nejjednodušší a nejfyziologičtější způsob podání výživy. Svou návštěvu a přesnou instruktáž by měla laktační poradkyně opakovat, tím zajistí, že se matky budou cítit více v bezpečí, vzbudí u nich větší důvěru a zároveň se ženy ujistí, že získané poznatky správně aplikují do praxe. Nedílnou součástí by v poporodním období měla být možnost využít služeb laktační poradkyně v případě potřeby.

- Psychologická pomoc

Psychika ženy je vystaveny veliké zátěži. Předčasný porod zvyšuje zátěž, které je žena vystavena. Případný špatný zdravotní stav novorozence prohlubuje těžký psychický stav matky. Může se objevit šok, popření, smutek, vztek, pocity viny, následně vyrovnání a reorganizace. Včasná odborná pomoc může předejít rozvoji maladaptivních vzorců jednání (Ratislavová 2008, str. 75)

- Dbát na profesionalitu a lidskost zdravotnického personálu

Žena by měla mít oporu v kontaktu a důvěře v porodní asistentku a lékaře. Oba ve své práci využívají psychologické prostředky jako otevřená komunikace, akceptace klientky, empatie, podpora, autenticita projevu, opravdovost, profesionalita v práci, respekt, úcta, individuální přístup, ocenění, rovnocenné partnerství s klientkou a spolupráce, nedirektivní přístup, který ponechává odpovědnost za rozhodování těhotné, učení a diferencovaně direktivní jednání a úprava prostředí. *„Porodní asistentka by svým chováním a jednáním měla usilovat o redukci nežádoucí psychické zátěže, pomáhat stabilizovat narušenou psychickou nebo somatickou činnost (Ratislavová 2008, str. 47).“* Je potřeba, aby poskytovatel zdravotní péče, dbal na profesionalitu a lidskost zdravotnického personálu.

6.1 Limity práce

Během výzkumu vyšel najevo hlavní limit ve formě přítomnosti tazatele v terénu, kdy do výzkumu výzkumník zasahuje svou osobností, názory, předpoklady a projevem. Také lze limitem nazvat fakt, že tazatelka působila na JIRPu ve Fakultní nemocnici v Plzni a více viděla do dané problematiky. Druhým limitem práce je neustálý rozvoj v oblasti neonatologie. Třetím limitem je nízký počet respondentů, který byl omezen na oblast Plzeňského kraje. Čtvrtým

limitem je kauzalita řetězce a s tím spojené zkreslení, kdy se do výzkumu zahrnula pouze část systému, tedy proměnná X, kdy každá příčina má svou příčinu, která má opět svou příčinu.

6.2 Sebereflexe

Diplomová práce je zaměřená na nedonošeného novorozence. Problematika novorozenců a kojenců mi byla blízká. Po absolvování studia jsem jako porodní asistentka pracovala na neonatologické JIRP. Hlavním cílem práce bylo zmapovat psychický stav rodičů nedonošených novorozenců. Rozhodla jsem se výzkum realizovat formou osobních rozhovorů s rodiči nedonošených novorozenců. Výzkum byl pro mě, matku dvou malých dětí, velice náročný, jak časově, tak psychicky. Nyní při dokončování diplomové práce mohu říci, že jsem si prohloubila a rozšířila své znalosti. Za pomoc a trpělivost při zpracování diplomové práce vděčím paní doktorce Janouškové.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou nedonošeného novorozence. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části bylo stručně popsán předčasný porod, informace týkající se novorozence a pohled na porod jako náročnou životní situaci. Praktická část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, který probíhal pomocí rozhovorů s vybranými rodiči nedonošených dětí. Hlavním cílem praktické části práce je zmapování psychického stavu rodičů nedonošených novorozenců. Cílem je zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů, identifikovat jejich potřeby a jejich spokojenost s péčí, přístupem a podporou od ošetřujícího personálu. V diplomové práci bylo stanoveno šest cílů, ke kterým se vázalo pět výzkumných otázek.

Zaměřením prvního cíle bylo zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů po předčasném narození dítěte při hospitalizaci. Podle výpovědí respondentů byl porod a první kontakt s novorozencem emocionálně silný zážitek. V průběhu hospitalizace pocítovali štěstí, ale i smutek, strach a nejistotu.

Druhým cílem bylo zmapovat spokojenost rodičů s péčí, přístupem a podporou od ošetřujícího personálu. Na zdravotnický personál jsou kladené veliké nároky. Očekává se od nich profesionalita a lidskost. Schopnost podpořit a udržet správnou komunikaci s rodiči, zapojovat je aktivně do péče a vnímat je jako partnery. Celkem došlo k hodnocení personálu ve třech porodnicích. Perinatologické centrum v Ostravě bylo kladně hodnoceno od partnerů P3 a P4. Mulačova nemocnice v Plzni byla nakonec manželi P1 a P2 hodnocena též kladně. P3, P4, P5, P6, P7 i P8 hodnotili personál ve Fakultní nemocnici v Plzni. P3 a P4 viděli největší problém v rozporuplných informacích předávaných od zdravotnického personálu. P5 a P6 nakonec vše hodnotili kladně. Manželský pár P7 a P8 prošel dvěma odděleními, na kterých strávila matka s dítětem pár měsíců. Ta zhodnotila, že nejobtížnější byl přístup některých zdravotníků. Také uvedla, že se péče, přístup a podpora lišila člověk od člověka. Na odděleních se setkala s profesionálními empatickými sestrami, ale bohužel i se sestrami, které disponovaly opačnými vlastnostmi.

Třetím cílem diplomové práce byla identifikace potřeb rodičů. Potřeby byly popsány v teoretické části práce pomocí pyramidu potřeb. Podle výpovědí respondentů měli deficit spánku, odpočinku, laktace, jistoty a bezpečí. Toužili po informacích, které by vzbudily důvěru v personál a umocnili pocit kontroly. Pokud viděli, že je o děti dobře postarány, doprovázely to pocity jistoty a bezpečí a důvěry. Ovšem pokud se péče rodičům nelíbila, prohlubovala se nejistota, strach a nedůvěra.

Čtvrtým cílem bylo zjistit a popsat prožívání a pocity rodičů nedonošeného novorozence po propuštění. Podle získaných poznatků z rozhovorů se všichni respondenti shodli, že propuštění pro ně byla velká událost, na kterou se upřímně těšili a doprovázela je radost a pocit štěstí. Zároveň se někteří obávali, zda mají vše připravené a zda zvládnou péči o dítě.

Pátým cílem bylo zjistit rozdíly mezi matkou a otcem v prožívání životně náročné situace. Více emočně vše prožívaly ženy, které i při rozhovorech poskytly více informací s kvalitnějším obsahem.

Zaměřením šestého cíle byly formulace námětů a doporučení, které se týkají zkvalitnění péče o rodiče nedonošených novorozenců pro porodní asistentky. Z provedených rozhovorů vyplynula důležitost informovanosti o zdravotním stavu novorozence po porodu a při každé návštěvě, která je pro rodiče velice důležitá. Dále se zhodnotilo, že je vhodné, aby laktační poradkyně a psychologická pomoc byla nabídnuta šestinedělce. Nedílnou součástí zdravotnického zařízení by měl být profesionální a lidský zdravotnický personál.

REFERENČNÍ SEZNAM

BISTÁK, Peter. *Screening preeklampsie – pravda nebo fikce?* Actual Gynecology [online]. 2017, 9, 5-9 [cit. 2023-03-24]. ISSN 18039588. Dostupné z: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4febc553-4a8e-4062-a39f-ae34c0f914e8%40redis>

ČGPS. *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. Doporučený postup. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Revize 2021. Str. 1–3. [online]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2022/02/p-2021-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi.pdf>

ČGPS. *Vícečetné těhotenství*. Doporučený postup. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Revize 2022. Str. 1–3. [online]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/102/doc/2022-05-vicecetne-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>

DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva, JEHLIČKA, Petr. *Neonatologie*. 2018. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 118 s. ISBN 978-80-246-3936-9

DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina, MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1

FULOVÁ, V., PILKA, R. *Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu*. Czech Gynaecology / Ceska Gynekologie [online]. 2023, 88(1), 27-32 [cit. 2023-03-05]. ISSN 12107832. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6b1b81b7-7cb5-41a4-b796-ee79420e511a%40redis>

HRUBAN, Lukáš. *Neonatologické listy*. 2015, roč. 21, č. 2 (XXXI. Neonatologické dny. Zlín, 7. - 9. října 2015), s. 28. ISSN: 1211-1600

GRAFOVÁ, Karolína. *Zátěž rodičů nedonošených novorozenců* [online]. Ostrava, 2020 [cit. 2023-05-11]. Diplomová práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ewppyz/>.

GREGOR, Miroslav. *Predikce předčasného porodu – cervikometrie a biomarkery*. Actual Gynecology [online]. 2020, 12, 20-24 [cit. 2023-03-21]. ISSN 18039588. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=bdf931d0-8e9e-432e-a177-e09ce55b3daa%40redis>

GREIFFENEGGOVÁ L., HRUBÁ D., KAŇOVÁ P. *Preeklampsie není jen komplikací Y těhotenství*. General Practitioner / Praktický Lekar [online]. 2017, 97(3), 117-122 [cit. 2023-03-21]. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=47ab2667-822e-4d43-b225-fae82f00ae45%40redis>

CHAWANPAIBOON, Saifon, et al. *Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis*. 2019 The Lancet Global Health [online]. 7.1: e37-e46 [cit. 2023-30-03]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18304510>

KACEROVSKÝ, Marian, KOKRDOVÁ, Zuzana, KOUCKÝ, Michal, et al. *Spontánní předčasný porod*. Doporučený postup. Česká gynekologie. 2017, 82(2), 160-165. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-2-13/spontanni-predcasny-porod-doporuceny-postup-61068>

KACHLOVÁ, Miroslava, KUČOVÁ, Jana, PETRÁŠOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada Publishing, 2022.184 stran. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3176-1

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. 2016. Praha: Grada Publishing, 327 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5014-9.

KOUCKÝ, Michal, SMÍŠEK, Jan. *Spontánní předčasný porod*. 2014. Praha: Maxdorf, 155 s. ISBN 978-80-7345-416-6.

MROWETZ, Michaela, PEREMSKÁ, Marcela. *Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma–chiméra, či realita budoucnosti?* 2013. *Pediatric pro praxi* [online].

14.3: 201-204 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <http://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

MZCR. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* 2019. [online]. [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

NOVÁKOVÁ, Jana, JANOUŠKOVÁ Kristina. *Psychika rodičů předčasně narozených dětí.* 2020. *Pediatric pro praxi* [online]. 21(3), 210-212 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2020.044

NOVOROZENEC NÍZKÉ PORODNÍ HMOTNOSTI V AMBULANCI PLDD. *Czechoslovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2012, 67(5), 329-331 [cit. 2023-03-26]. ISSN 00692328. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b72d164b-dbdc-4d75-9b42-748bc0136c63%40redis>

NEDOKLUBKO. *Když přichází na svět miminka do dlaně.* Praha: Nedoklubko, 2022. 450 stran. ISBN 978-80-908525-0-1.

OSIČKOVÁ, V., HEŘMAN, H., PILKA, R. *Trojčetná gravidita - etiologie a časná diagnostika.* *Czech Gynaecology / Ceska Gynekologie* [online]. 2022, 87(5), 338-344 [cit. 2023-22-03]. ISSN 12107832. Dostupné z: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e653dfbb-21d3-4b8d-9471-50bf3aa2b61d%40redis>

PROCHÁZKA, Martin, et al. *Porodní asistence* 2020. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky].* Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

RŮŽIČKOVÁ, Eliška. *Výživa nedonošených novorozenců* [online]. Zlín, 2022 [cit. 2023-05-12]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Žárská. Dostupné z: <https://theses.cz/id/g7cy8d/>.

STRAUSS, Anselm L., CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1999. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN.s.102-114. ISBN 80- 858-3460-x.

ŠKRAŇKOVÁ, Svatava Antonie. *Prenatální péče z hlediska ženského lékaře a revizního lékaře s kazuistikami*. Revision [online]. 2014, 17(1), 3-7 [cit. 2023-04-01]. ISSN 12143170. Dostupné také z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=a3db2ce9-cc8d-4773-96d4-30ddb296f9b5%40redis>

TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. 2015 Praha: Grada, 208 s. ISBN 978- 80-247-5127-6.

TVRZOVÁ, Ivana, RATIBORSKÝ, Jan. *Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče*. 2018. *Pediatric pro praxi*. [online]. 19(1), 57-59 [cit. 2023-26-02]. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archive.php>

[WHO. Newborn Mortality. 2022. World Health Organization](#) . [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>

ZMEŠKALOVÁ, Stanislava. *Ve FN Brno pečují o nedonošené novorozence také matky*. 2018. *Medical Tribune* [online]. 14(2) [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>

ZOBAN, P. *Nedonošený novorozenec*. *Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2012, 67(3), 203–208 [cit. 2023-03-25]. ISSN 00692328. Dostupné z: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=2faf5bf3-7faf-469e-b831-677cf0ff0933%40redis>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Žádost o vyjádření etické komise FZV UP

Příloha č. 2: Vyjádření etické komise FZV UP

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Rozhovor



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o vyjádření Etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce

Název diplomové práce: Nedonošený novorozenec

Student/autor: Jméno a příjmení: Bc. Veronika Mach

E-mail studenta: veronika.mach01@upol.cz

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Výzkumná část diplomové práce:

Vyplňte každou kategorii, vždy max. 800 znaků.

Cíle: Cílem studie je zmapovat psychický stav rodičů nedonošených novorozenců, tedy subjektivní prožívání jak žen, matek, tak mužů, otců. Dále se budu zajímat o informovanost rodičů o problematice nedonošených novorozenců, o podpoře od ošetřujícího personálu a od rodiny.

Metodika: Jedná se o kvalitativní výzkum formou rozhovoru. Data budou získávána ústní formou, což mi pomůže získat co nejvíce důležitých dat od respondenta, ale zároveň budu moci reagovat přiměřeně dle požadavků rozhovoru.

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru: Do výzkumu budou moci být zařazeni pouze rodiče nedonošených dětí do dvou let věku dítěte, kdy jsou informace z hospitalizace ještě v živé paměti. Dále budou vybráni pouze rodiče žijící v Plzeňském kraji, vzhledem k časovému dojezdu autorky k osobnímu setkání. Dále budou z výzkumu vyloučeny rodičky mladší 18 let. Respondenti splňující podmínky práce budou nejprve kontaktováni autorkou pomocí sociálních platforem s následným využitím metody sněhové koule. Samozřejmostí je jejich udělený souhlas před počátkem rozhovoru. Předpokládaný počet respondentů je 7–10.

Popis sběru, zpracování, uchovávání a prezentace, způsob zajištění anonymity dat: Dané rozhovory budou nahrány na diktafon a poté budou přepsány. Po dokončení mé práce dojde k jejich smazání.

Možná rizika či zátěž pro účastníky výzkumného šetření, uvedení délky zátěže (testování): Jedná se o citlivé téma pro respondenta, a tudíž má nárok kdykoli ukončit rozhovor. Předpokládaná časová dotace je jedna hodina, ale dle situace se může změnit. Místo i čas rozhovoru si účastníci zvolí sami dle svých možností vzhledem k časové náročnosti při péči o dítě.

Etické aspekty studie (respektování osobní svobody, rasové, etnické tolerance, zařazení do studie osob neschopných udělit souhlas apod.): Prohlašuji, že diplomovou práci vypracuji samostatně a uvedu veškeré bibliografické a elektronické zdroje. V průběhu výzkumu bude kladen důraz na dodržování etických aspektů výzkumného šetření. Respondentky budou seznámeny s obsahem a cílem práce, od čehož se bude odvíjet daný rozhovor. Výzkum je založen na dobrovolnosti, tedy před počátkem rozhovoru respondentky udělí dobrovolný písemný souhlas k rozhovoru. V případě nesouhlasu může kdykoli dojít k ukončení rozhovoru a nahraná data budou smazána. Veškerá data budou anonymní a využita k vypracování diplomové práce. Všechny případné otázky budou zodpovězeny.

Vyjádření vedoucího práce k etickým aspektům diplomové práce, vyjádření souhlasu s uvedeným popisem výzkumné části diplomové práce:

Souhlasím s uvedeným popisem výzkumné části DP.



Povinné přílohy žádosti:

1. **Informovaný souhlas** poskytovaný subjektům výzkumu včetně písemné informace poskytované subjektům výzkumu. Informovaný souhlas musí být vytvořen dle vzoru dostupného na www.fzv.upol.cz.

nebo

2. **Text informace pro účastníky anonymního dotazníkového šetření**

V.....dne.....Podpis žadatele.....

Příloha č. 2: Vyjádření etické komise FZV UP

UPOL - 64814/FZV-2023

Vážená paní
Bc. Veronika Mach

2023-03-01

Vyjádření Etické komise FZV UP


Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Nedonošený novorozenec**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Nedonošený novorozenec

Období realizace: 1/2023–5/2023

Řešitelé projektu: Bc. Veronika Mach

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zmapovat psychický stav rodičů nedonošených novorozenců. Také mě zajímá informovanost rodičů o problematice nedonošených novorozenců, jejich spokojenost s péčí ve zdravotnickém zařízení a s podporou od ošetřujícího personálu a od rodiny. Výzkumné šetření bude probíhat ústní formou. Rozhovor bude veden ve Vámi zvoleném prostředí a čase a bude trvat přibližně 60 minut. Daný rozhovor bude nahráván pomocí nahrávacího zařízení, poté přepsán do písemné formy v programu Word a zpracován pouze pro účely mé diplomové práce. Po přepisu dojde k smazání rozhovoru z nahrávacího zařízení. Po obhájení diplomové práce budou i elektronické přepisy smazány. Veškerá získaná data budou anonymní. Při zpracování dat práce bude respektován zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů o Vaši osobě. Účast na výzkumu je dobrovolná. Jelikož se jedná o citlivé téma, lze kdykoli rozhovor přerušit či ukončit. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: závěr z výzkumného šetření může sloužit jako podklad k dalšímu výzkumu, může být využit v praxi či v odborném časopisu. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Pokud budete mít jakékoliv dotazy, tak se na mě (autorku výzkumu) můžete kdykoliv obrátit (Bc. Veronika Mach, e-mail: veronika.mach01@upol.cz).

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____

ROZHOVOR

1. Demografické údaje
2. Těhotenství
 - a. Popište a zhodnoťte období těhotenství.
3. Porod a šestinedělí
 - a. Popište a zhodnoťte přístup v péči o Vás při/po porodu.
 - b. Jak jste se cítil(a) po předčasném narození Vašeho dítěte?
 - c. Vyskytly se u Vás po předčasném porodu nějaké obavy?
 - d. Jak probíhal první kontakt s nedonošeným novorozencem? Popište Vaše pocity.
 - e. Kdo byl pro Vás největší oporou ve vypořádávání se s Vaší obtížnou situací v prvních dnech po předčasném narození dítěte?
4. Neonatologie
 - a. Popište a zhodnoťte přístup v péči o Vás na neonatologii.
 - b. Popište a zhodnoťte přístup v péči o novorozence na neonatologii.
 - c. Popište, jak probíhala komunikace ze strany personálu.
 - i. Specifika péče.
 - ii. Porozumění informacím.
 - iii. Zodpovězení případných dotazů.
 - iv. Edukační materiály.
 - v. Pocit dostatečnosti informací o běžné péči o novorozence – přebalování, krmení...
 - vi. Průběh běžné péče o novorozence – přebalování, krmení či koupání.
 - d. Jaký je Váš pocit ohledně psychické podpory ze strany personálu?
 - i. Empatický citlivý přístup.
 - ii. Nabídnutí psychologické pomoci psychologem.
 - iii. První setkání s novorozencem.
 - iv. Přístup rodičů k miminku byl neomezený (příbuzní)
 - v. Klokánkování, kontakt skin to skin
 - vi. Společná hospitalizace
 - e. Co pro Vás bylo důležité v péči o Vaše dítě na specializovaném pracovišti?

- f. Co bylo pro Vás nejobtížnější při péči o dítě?
 - g. Bylo něco, co Vám nevyhovovalo během kontaktu/hospitalizace s novorozencem na specializovaném pracovišti?
5. Propuštění
- a. Popište a zhodnoťte, jak probíhala péče o Vás a Vaše dítě po propuštění domů.
 - b. Vyskytly se u Vás po propuštění nějaké obavy?
 - c. Jak probíhala následná péče o dítě?

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom, syndrom získaného selhání imunity
CS	Caesarean section, císařský řez
CNS	Centrální nervová soustava
CPAP	Continuus Positive Airway Pressure, ventilační režim
CRP	C-reaktivní protein
ČR	Česká republika
DNR	Do not resuscitate, neresuscitovat
EKG	Elektrokardiografie
fFn	Fetální fibronektin
IVF	In vitro fertilizace, mimo tělní oplodnění
IUGR	Intrauterinní růstová restrikce
IVH	Intraventricular Hemorrhage, intraventrikulární krvácení
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NEC	Necrotizing enterokolitis, nekrotizující enterokolitida
NNS	Neonatal sepsis, neonatální sepse
P	Participant
PAMG-1	Placental alpha mikroglobulinu-1, placentární alfa mikroglobulin - 1
PAPPA	Specifický těhotenský protein A
PCIP	Centrum vysoce specializované intenzivní zdravotní péče v perinatologii
PDA	Přetrvávající otevřená dučej
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PIGFBP-1	Insulin-like growth factor binding proteinu 1
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PTL	Spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan
PPROM	Předčasný porod po předčasném odtoku plodové vody
RDS	Respiratory Distress Syndrom, syndrom dechové tísně
ROP	Retinopathy of prematurity, retinopatie nedonošených
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1.....	34
Obrázek 2.....	37
Obrázek 3.....	43
Obrázek 4.....	50