

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Navazující magisterské studium

učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Problematika edukace matky nezralého
novorozence na neonatologické JIP**

2006/2007

Klára Svobodová

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Pavle Pavlíkové za pomoc, ochotu a čas, který mi věnovala při konzultacích. Rovněž jí děkuji za porozumění, poskytování podnětných rad a informací. Děkuji Jiřímu Kubínovi za podporu a trpělivost. Také děkuji všem sestrám za vstřícnost a ochotu při realizaci dotazníkového šetření, vrchním sestrám za jejich čas a umožnění provést výzkum na jejich pracovišti.

Mé poděkování patří především matkám nedonošených dětí, díky nimž si vážím nesmírně lidského života, byť přišel na svět předčasně.

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková

Oponent:

Obhajoba diplomové práce dne:

Hodnocení:

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci pouze těch pramenů, které jsem uvedla v literatuře a pramenech.

V Praze, duben 2007

.....

Obsah:

Úvod	9
1. Edukace	11
1.1 Zásady edukačního procesu	11
1.2 Medicína 21. století : bez edukace to nepůjde	12
1.3 Metody edukace	13
1.4 Dokumentace edukačního procesu	14
2. Edukace rodičů na novorozenecké JIP	14
2.1 Rodiče nedonošeného dítěte	16
2.2 Psychická odezva rodičů nedonošeného dítěte	18
2.3 Komunikace a spolupráce s rodiči nedonošeného dítěte	19
2.4 Požadavky na zdravotnický personál	20
3. Obor neonatologie	21
3.1 Etické problémy v neonatologii	22
3.2 Příčiny předčasného porodu	23
3.3 Klasifikace novorozenců	24
3.4 Nezralý novorozenec	25
3.4.1 Charakteristické znaky nezralosti	25
3.4.2 Poruchy poporodní adaptace	26
3.5 Prognóza nedonošenosti	27
3.6 Propuštění nedonošeného dítěte domů	28
3.7 Motorické, psychologické a senzorické problémy nedonošených dětí	29
3.8 Chování nedonošených dětí	30
3.9 Následná péče o nedonošené dítě	31
4. Ošetrovatelská péče o nezralé dítě	34
4.1 Ošetrovatelský proces na novorozenecké JIP	34
4.2 Ošetrovatelská dokumentace na novorozenecké JIP	34
4.3 Hodnocení potřeb nezralého novorozence	34
4.4 Ošetrovatelská péče	36
5. Edukační proces na novorozenecké JIP	38
5.1 Navázání citového vztahu matka-dítě	39
5.2 Navázání partnerského vztahu zdravotník-rodič	41
5.3 Proces edukační péče	41
5.3.1 Edukační brožury pro rodiče	43
5.3.2 Aktivní zapojení rodičů do péče o dítě	43
5.3.3 Klokánkování (kangaroo péče)	46
5.3.4 Rozhovory ošetřujícího personálu s rodiči	46
5.3.5 Mateřský klub	47
5.3.6 Bazální stimulace	47
6. Fyziologie citových vazeb	48
6.1 Láska jako biologická potřeba	49
7. Empirická část	51
7.1 Cíl výzkumu	51
7.2 Hypotézy	52
7.3 Metody výzkumu	53
7.4 Organizace výzkumu	54
7.5 Průběh výzkumu	56
7.6 Charakteristika výzkumného souboru	57

7.6.1 Charakteristika výzkumného souboru sester	57
7.6.2 Charakteristika výzkumného souboru matek	59
8. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	62
8.1 Získané výsledky k hypotéze H1	62
8.2 Získané výsledky k hypotéze H2	69
8.3 Získané výsledky k hypotéze H3	75
8.4 Získané výsledky k hypotéze H4	84
8.5 Získané výsledky k hypotéze H5	91
8.6 Získané výsledky k hypotéze H6	96
8.7 Získané výsledky k hypotéze H7	104
8.8 Získané výsledky k hypotéze H8	112
9. Diskuse	117
10. Závěr a doporučení pro praxi	124
11. Seznam pramenů a literatury	127
12. Seznam příloh	131

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Klára Svobodová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Problematika edukace matky nezralého novorozence na neonatologické JIP
Vedoucí práce:	PhDr. Pavla Pavlíková
Počet stran:	131
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2007

Klíčová slova: edukace, neonatologie, nezralý novorozenec, edukační proces na novorozenecké JIP, aktivní zapojení matky do péče o dítě, sledování procesu edukace

Diplomová práce si klade za cíl popsat význam edukace v ošetrovatelství a edukačního procesu na novorozenecké jednotce intenzivní péče. V moderním ošetrovatelství sehraávají edukace a edukační schopnosti sestry významnou roli a představují součást kvalifikované ošetrovatelské péče o nezralého novorozence. Cílem edukace matky nezralého novorozence je poskytnutí dostatečných informací o zdravotním stavu dítěte a aktivní zapojení matky v péči o dítě. Výzkumná část porovnává výsledky edukace matky a edukačního procesu na čtyřech specializovaných oddělení jednotky intenzivní péče pro novorozence.

Abstract

Author's name: Klára Svobodová

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institut of Theory and Practice of Nursing
Studničkova 5, 121 00 Prague

Program: Health Care Administration

Title: Education of premature newborn mothers

Consultant: Pavla Pavlíková

Number of pages: 131 + attachments

Number of attachments: 8

Year: 2007

Key words: Education, neonatology, premature newborn, the educational process on NICU, active participation into baby's care, monitoring of the educational process

The aim of this paper is to describe the value of education in the nursing and the value of education on NICU. Education and educational skills and competences of nurses play important role and represent a part of qualified care of premature baby. The aim of education of mother of premature baby is to offer her enough competent informations about baby's condition and achieve her active participation in baby's care. In the research part of this paper we compare results of maternal education and results of educational proces among four separate NICUs. (NICU-newborn intensive care unit)

„Přijdou chvíle, kdy bude situace tak zlá, že si budete myslet, že s tím nemůžete nic dělat, ale vždycky je možné něco dělat, i kdybyste měli jen s někým posedět a nechat ho plakat, aby nemusel plakat sám.“ (Harold S. Kushner)

Úvod

Pro většinu budoucích rodičů je naprostou samozřejmostí přivést na svět zdravé a silné dítě. Vůbec jim nepřijde na mysl, že by neočekávané komplikace mohly vést k předčasnému porodu. Příchod nezralého dítěte na svět je událostí, jež představuje v životě rodičů vždy velký převrat a změny, na které nejsou připraveni. Psychický stav rodičů je narušen, prožívají silný strach a zároveň bezmocnost, že nemohou o dítě pečovat a selhávají tak ve své rodičovské roli. Proto včasné vybízení rodičů k aktivnímu zapojení do péče o své nezralé dítě je významnou součástí edukace, která podporuje získání jejich přirozeného rodičovského chování.

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou edukace matky nezralého novorozence na neonatologické jednotce intenzivní péče, protože matka často trpí pocity sebeobviňování ze selhání své biologické funkce. Včasná edukace matky snižuje psychickou zátěž a stres, nedůvěru v ošetřující personál a rozvíjí schopnost matky účelně se starat o své dítě a podporuje navázání kvalitního interakčního vztahu mezi matkou a dítětem.

V moderním ošetřovatelství sehraává edukace a edukační schopnosti sestry významnou roli a představují součást kvalifikované ošetřovatelské péče, která se zaměřuje na podporu a aktivní zapojení klienta v péči o sebe sama. Cílem edukace je poskytnutí dostatečných informací o nemoci a naučení dovedností k jejímu zvládnutí.

Edukace matky nezralého novorozence má zcela zásadní význam nejen pro matku, ale i pro dítě izolované v inkubátoru, kterému umožňuje navázat tolik potřebný emoční kontakt se svými rodiči. Edukační proces zahrnuje především aktivní účast matky na poskytování péče dítěti, informace o stavu dítěte a získání potřebných dovedností v péči o dítě.

Diplomová práce má teoreticko-empirický charakter.

Cílem teoretické části bylo na základě prostudované literatury nastínit problematiku edukace. Zabývám se obecným pojmem edukace a významem edukačního procesu v ošetrovatelství, především však svou pozornost věnuji problematice edukace matky na novorozenecké JIP. Popisuji psychickou odezvu rodičů po předčasném porodu, zdůrazňuji důležitost efektivní komunikace a spolupráce s matkou i otcem a navázání partnerského vztahu mezi rodiči a zdravotníky.

V teoretické části charakterizují obor neonatologie, popisují klasifikaci novorozenců, dotýkám se etických problémů v neonatologii. Dále se zaměřuji na charakteristiku nezralého novorozence, možné poruchy poporodní adaptace a prognózu nedonošenosti.

Věnuji se rovněž ošetrovatelské péči o nezralé dítě, ošetrovatelskému procesu a potřebám nezralého novorozence. Pokusila jsem se charakterizovat průběh edukačního procesu na novorozenecké jednotce intenzivní péče. V edukaci matky zdůrazňuji především rané aktivní zapojení do péče o dítě a klokánkování, jímž matka saturuje dítěti psychosociální potřeby.

Empirická část diplomové práce reprezentuje výzkumné šetření a je zaměřena na získání informací nutných k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz. Výzkum probíhal na čtyřech novorozeneckých jednotkách intenzivní péče zajišťujících specializovanou péči nezralým a patologickým novorozencům. Výzkumnou metodou byl zvolen dotazník vlastní konstrukce určený sestřám pracujícím na jednotce intenzivní péče a matkám nedonošených dětí. Na základě získaných výsledků jsem formulovala doporučení pro ošetrovatelskou praxi.

Problematika edukace matky nezralého novorozence mě velmi zajímá, protože se často setkávám s duševní bolestí rodičů plynoucí z předčasného narození dítěte. Uvědomuji si, jak sestra může významným a nikterak složitým způsobem pomoci rodičům nalézt vztah k jejich nedonošenému dítěti, rozvinout jejich rodičovské schopnosti a tím jim usnadnit jejich nelehkou situaci, ve které se ocitají. Cílem práce bylo zmapovat edukaci matky a edukační proces na jednotlivých neonatologických oddělení intenzivní péče a porovnat výsledky edukačního působení jednotlivých pracovišť.

1. Edukace

Edukace je proces celkové výchovy člověka. Pojem edukace představuje výchovu a vzdělávání, vyučování myšlenek, dovedností, principů. Cílem edukace je přenos myšlenek z jedné osoby na druhou.

V poslední době se stále častěji klade důraz na edukaci a edukační proces v ošetrovatelství jako na podstatnou součást kvalifikované péče, která výrazně napomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetrovatelství a to v oblasti primární, sekundární i terciární prevence. Jednou z cest, jak tohoto výsledku dosáhnout, je v podmínkách primární péče cílená identifikace zdravotních rizik a jejich následná eliminace aktivním zapojením klienta v péči o sebe sama za pomoci podpory zdravotníků.

Edukace a edukační schopnosti zdravotníků sehrávají v dnešním moderním ošetrovatelství velmi významnou roli. Důraz je kladen především na prevenci a zachování zdraví. Cílem edukace je poskytnout pacientům dostatečně obsáhlé a srozumitelné informace o jejich nemoci, naučit je dovednostem důležitým pro její zvládnutí a poskytnout jim účinnou podporu.

Klíčový význam představuje zejména zajištění efektivní spolupráce nemocného jedince se zdravotnickým personálem, jež se podílí na edukaci jedince.

(15)

1.1 Zásady edukačního procesu

Mezi základní požadavky edukačního procesu kladeného na sestru patří:

- dostatek informací, podrobná znalost zdravotního stavu jedince
- detailní znalosti obsahu edukace
- věrohodnost sestry jako edukátora
- jednoduchost a srozumitelnost podávaných informací
- vhodný způsob poskytování informací
- opakování informací

Při edukačním procesu musí sestra dodržet tyto zásady:

- zjistit, co jedinec o dané problematice ví

- nezahlcovat pacienta nadměrným množstvím informací
- opakovaně se přesvědčovat, zda jedinec informacím rozumí
- poskytnout informace v písemné podobě (edukační materiál)

Podávané informace musí být jednoduché a srozumitelné s ohledem na úroveň pacientova chápání, fyzický a psychický stav, vzdělanost, informovanost a schopnost komunikace. Sestra musí informace pacientovi i několikrát opakovat a průběžně ověřovat jejich zapamatování. Před zahájením každé edukace (individuální, skupinové) by si měla sestra ujasnit odpovědi na následující otázky, jež souvisejí s projektovou fází edukačního procesu:

- proč?
- koho?
- co?
- jak?
- za jakých podmínek?
- s jakým efektem?

Na základě zhodnocení a analýzy těchto oblastí může sestra zvolit vhodnou strategii pro jednotlivé kroky realizační fáze edukačního procesu, k nimž se řadí motivace pacienta, expozice, fixace a aplikace informací. Poslední fází edukačního procesu je fáze hodnocení, ve které se posuzuje konečný efekt edukačního působení. Ten zpětně ovlivňuje fázi projektování a realizaci v průběhu trvání edukačního procesu.

Cílem těchto činností sestry je vést pacienta k tomu, aby se stal sám aktivním účastníkem v péči o vlastní zdraví s dlouhodobým efektem. Takto je charakterizována významná edukační role sestry a ostatních zdravotnických pracovníků.(15)

1.2 Medicína 21.století : bez edukace to nepůjde

V minulých letech se medicína zásadním způsobem proměnila a přesunula od tradičního paternalistického modelu k nové formě spolupráce s pacientem založené na partnerské spolupráci. Pouze dostatečně informovaný jedinec se může

kompetentně rozhodnout a plnohodnotně spolupracovat s ošetřujícím personálem. Od paternalistického modelu lékařské a ošetrovatelské péče se proto v posledních padesáti letech spontánně přechází ke konzultačnímu, partnerskému a kooperativnímu systému, který se mnohem více zaměřuje na aktivní přístup informovaného pacienta. (39)

Sestra v edukačním procesu poskytuje nemocnému a jeho rodině pouze informace týkající se ošetrovatelské péče. Kompetence sestry při edukaci je stanovena vyhláškou č. 424/2004 Sb., která upravuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle této vyhlášky sestra bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou určenou lékařem provádí nácvik sebeobsluhy s cílem dosažení a zvyšování soběstačnosti, edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační a edukační materiály.(15, 47)

Léčebná opatření vyplývající z charakteristiky onemocnění znamenají pro jedince vždy zásah a změnu jeho dosavadního života. Edukace by se proto měla stát standardní součástí komplexní léčby a ošetrování pacienta a měla by být samozřejmostí v usnadnění adaptace jedince na řadu probíhajících změn.

1.3 Metody edukace

Volba edukační metody závisí na individuálních možnostech a schopnostech jedince a schopnosti edukátora tyto metody vhodně kombinovat. Metody edukace jsou:

- verbální (ústní předávání informací)
- písemné (informační materiál v písemné podobě)
- audio, video záznamy
- demonstrace činností
- praktický nácvik potřebných dovedností
- jiné

(11, 15)

1.4 Dokumentace edukačního procesu

Na základě vyhlášky č. 385/2006 O zdravotnické dokumentaci má každé zdravotnické zařízení povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, jejíž nedílnou součástí je i ošetrovatelská dokumentace. Všechny zápisy ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny průkazně, pravdivě, čitelně, opatřeny datem, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla.(45)

Do zdravotnické dokumentace pacienta je nutno rovněž zaznamenat údaje o průběhu edukace a edukačního procesu. Součástí dokumentace je záznam o edukaci pacienta, který podává zdravotnickým pracovníkům informace o tom, co pacient o problému zná a co je mu třeba ještě vysvětlit. Tyto záznamy rovněž sehrávají významnou roli v případě soudní pře, kdy pacient vypovídá, že došlo k pochybení a zdravotní újmě v rámci neposkytnutí požadovaných instrukcí.

K dokumentaci edukačního procesu se používají edukační archy a záznamy obsahující v záhlaví název nemocnice a oddělení, kde je nemocný hospitalizován, jeho osobní údaje nezbytné pro identifikaci. Edukační záznamy nesmí obsahovat diskriminační údaje a mají být srozumitelné, stručné, úplné, čitelné a nesoucí datum, čas a podpis edukátora. (10, 45)

Záznam o edukaci by měl obsahovat informace o schopnostech pacienta učit se, překážkách v učení a cílech, kterých chceme v průběhu edukace dosáhnout. Rovněž se provádí záznam do dokumentace o tom, jak pacient reaguje na naše poučení, volbě metody a možnosti edukačního materiálu v tištěné podobě. Hodnotíme získané schopnosti a dovednosti pacienta, jež nabyl do doby jeho propuštění do domácího prostředí. (15)

2. Edukace rodičů na novorozenecké JIP

Edukace rodičů na novorozenecké JIP je zcela specifická a představuje významnou a velmi důležitou součást péče o rodiče nezralých novorozenců, s nimiž se setkáváme na začátku nové životní etapy a je nástrojem zajištění jejich lepší účasti na procesu poskytování péče dítěti.

Rodiče jsou nečekaným porodem a předčasným narozením svého dítěte zpravidla zaskočení a zcela nepřipraveni na svou rodičovskou roli. Matky nezralých

děti mají o sobě pochybnosti a cítí pocity viny, že udělaly nějakou chybu a jsou příčinou předčasného porodu, jak tomu v naprosté většině případů není.

Příčiny stresové situace po předčasném porodu:

- selhání ženy v roli matky – pocity viny, zklamání a rozčarování matky, že nedokázala donosit dítě do předpokládaného termínu porodu
- strach o přežití dítěte, pokud je dítě v kritickém stavu
- pocit bezmocnosti, beznaděje – rodiče nemohou svému dítěti aktivně pomoci, mají pocit pasivních pozorovatelů
- nejistota, obavy o další vývoj zdravotního stavu a budoucnost dítěte

Příklad výpovědi matky nedonošeného dítěte:

„Když jsem objevila, že slabě krvácím, myslala jsem, že to asi nebude nic strašného. Ráno jsem totiž byla na prohlídce a vše bylo v pořádku. Pak jsme si řekli, že přece jen zavoláme do nemocnice. Sestra mi vysvětlila, že to tedy v pořádku není a že mám hned přijet. Ani to se nám ještě nezdálo katastrofální. Ale při prvním vyšetření požádal pan doktor sestru, aby mě oholila, manželovi dali mé šaty a já se roztřásla strachy. Manžel asi taky. Nebyla jsem schopna se přestat třást. Bylo to všechno moc najednou. Sestra začala vyplňovat dotazníky, ptali se na jméno pro dítě a já měla intenzivní pocit, že to všechno se určitě neděje teď a tady mně, že to určitě zase přejde.“
„Večer jsem však porodila, podle svých pocitů asi během půl hodiny. Vnímala jsem personál, hodně různých pokynů, jeden uklidňující vedoucí hlas. Zase ten pocit, že určitě nejde o mě. Pak jeden malý dětský křik a dost. Zeptala jsem se, zda je to chlapeček a jestli žije.“
„Okamžitě jsem cítila vinu, co jsem to způsobila, sobě, manželovi, našim rodičům. Když za mnou druhý den všichni přišli, cítila jsem úlevu, že se mnou ještě mluví.“

(34, s. 18-19)

Edukace a edukační proces by měl být započat pokud možno již před porodem nezralého novorozence. Prvotní informace přicházejí od porodníků a neonatologů, důležité je především zajištění optimální komunikace a shoda podávaných informací. Následné informace jsou směřovány do poporodního období a měly by přicházet časně a co nejdříve po porodu.

Cíle edukační péče:

- rodiče znají problematiku péče o nezralého novorozence

- aktivně se podílejí v péči o své dítě a jsou schopni na základě svých možností a schopností uspokojovat jeho potřeby
- eliminace psychické zátěže u rodičů nezralého novorozence
- zvyšování odolnosti rodičů vůči stresu
- úcta, podpora a posilování rodiny ze strany ošetřujícího personálu (34)

2.1 Rodiče nedonošeného dítěte

Naprostá většina nastávajících rodičů, zvláště pak mladých, si nepřipouští fakt, že by se jim mohlo narodit nezralé dítě. Pokud se dítě narodí předčasně, rodiče na tuto neočekávanou situaci zpravidla nejsou připraveni. Předčasné narození dítěte bývá pro mnohé rodiče obrovským rozčarováním, procházejí velmi obtížným obdobím, změnou emocí, úzkostí a zármutkem a znamená pro rodiče a širší rodinu vysoce stresující a traumatizující zátěžovou situaci. Matka po porodu zažívá hluboký otřes, pocit prázdnoty, jakoby dítě nebylo ani její a tyto pocity jsou nadále prohlubovány tím, že své dítě nemá u sebe a veškerou péči o ně zpočátku vykonává zdravotnický personál. Narození nedonošeného dítěte nebývá obvykle provázeno oslavnými rituály a radostí rodičů. Rodiče prožívají obrovskou psychickou bolest, největší zátěží je neschopnost identifikovat se s rolí „skutečných rodičů“. (34, 37)

Falešné domněnky odborníků, které umocňují výčitky, pomáhají vytvářet pocity viny u rodičů i v rodině, vedou k rodičovskému selhání a zoufalství a dalšímu duševnímu trýznění. Někteří rodiče mnohdy zbytečně prožívají bolest, když si představují, že možná šlo předčasnému porodu zabránit. Tyto zneklidňující představy a pocity by se vždy měly probrat s porodníkem a neonatologem, aby se všechny nejasné okolnosti vysvětlily. Rodiče mají být od počátku odborníkům partnery, jelikož jsou vybaveni určitými instinkty týkajícími se jejich dítěte. (13)

Matky o sobě pochybují, o svém mateřství, je ztížená citová vazba mezi matkou a dítětem spojená s pocity přivedení nedonošeného dítěte na svět. Rodiče nemají žádnou předchozí zkušenost, obávají se budoucnosti a mnohdy velmi bolestně hledají a vytvářejí si vztah ke svému dítěti. Vztah rodičů k dítěti a k problémům vyplývajících z nedonošenosti je významně ovlivněn způsobem navázání primárního kontaktu rodiny s ošetřujícím personálem.(34)

Předčasné narození dítěte představuje zátěž, která je obvykle neočekávaná. Psychologickým problémem je ohrožení rodičovské identity těch, kteří dítě zplodili. Rodičovské postoje a chování jsou zcela jiné, než kdyby se dítě narodilo donošené. Později lze očekávat hyperprotektivní přístup, stejně tak i odmítání nedonošeného dítěte rodiči.(44)

Budoucnost rodiče vnímají jako nevypočitatelnou, ohrožující a identifikace s dítětem je pro ně nesnesitelně těžká. Netuší, jaké nároky na ně budou v budoucnu kladeny, neumí si představit, co je čeká a mají strach z neisté budoucnosti.

Kromě problémů, které s sebou nese riziková situace obecně, vznikají některé zcela specifické problémy související s předčasným porodem:

- matka je předčasným porodem doslova katapultována do role, na kterou ještě není fyziologicky připravena, změny probíhající v těhotenství nejsou přirozeně ukončeny
- matka často trpí pocity viny, že nebyla schopná dítě donosit, má obavy, zda obstojí v roli matky, z reakce partnera i celé rodiny
- nenaplnění rodičovské role, pocity rodičovského selhání
- konfrontace s fantazií, kterou rodiče o dítěti měli s dítětem v inkubátoru je často těžko únosná
- předčasné narození dítěte neprovází obvyklá radost a oslavné rituály
- matka se často na několik měsíců přesouvá do porodnice za svým dítětem, prožívá pocity izolace, bezmoci a úzkosti
- omezené možnosti trávení společného času, riziko pro partnerský vztah
- obtížná situace pro ostatní sourozence
- role tatínek je velmi náročná, pracují, případně pečují o další děti, své nedonošené dítě nevidí tak často, očekává se od nich podpora, přitom často mají strach a obavy a potřebují vyjádřit své vlastní pocity. (31, 34)

Příklad výpovědi otce nedonošeného dítěte:

„Večer jsme se ještě se ženou smáli u televize a o to větší šok pro mne bylo noční probuzení. „Praskla mi voda, musím do porodnice“, řekla mi žena a já najednou nevěděl, co honem dělat se spící Aničkou. Naložil jsem sedačku s Aničkou, ženu a rychle do porodnice. Další šok přišel, když si tam mou ženu hned nechali. Zůstal jsem stát, v náručí Aničku a oblečení manželky a k tomu všemu na krku povinnosti v práci. Horečně jsem přemýšlel, jak vše zvládnout.“

(34, s. 41)

2.2 Psychická odezva rodičů nedonošeného dítěte

Těhotenství a porod představuje v životě ženy vrcholné a neopakovatelné zážitky, které jsou spojené s naplněním její jedinečné biologické role. Zvláště porod prvního dítěte je provázen zcela neopakovatelnými pocity. Zrození svého prvního dítěte považuje většina žen za malý zázrak. Většina žen hodnotí události kolem těhotenství a porodu pozitivně. Na fyziologickém průběhu těhotenství a porodu se spolupodílí dobrý psychický stav těhotné a rodící ženy. V případě předčasného porodu ale ženy mohou hodnotit zážitky spojené s narozením dítěte jako převážně negativní a traumatizující a porod nedonošeného dítěte představuje pro matku velmi náročnou a stresující životní situaci. (5)

Předčasné narození dítěte znamená pro matku i otce hluboký otřes, strach, obavy, nejistotu a psychosociální zátěž. Skutečnost příchodu dítěte na svět předčasně mění celý dosavadní život rodiny a jeho hodnoty. Vyrovnávání se s předčasným narozením dítěte má obdobný charakter jako vyrovnávání se s vlastním těžkým onemocněním. Dítě je součástí identity rodičů, jejich budoucnosti. Příchod nedonošeného dítěte klade nad silnými očekáváními velký otazník. Tato situace patří mezi nejzávažnější spouštěče traumatické krize, prožívání a chování rodičů nedonošeného dítěte prochází několika fázemi, mezi které patří:

- *šok, silná úzkost* („proč se to stalo právě nám“) – první reakce na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, šok se projevuje strnutím a neschopností jakékoli reakce, rodiče nevědí, co by měli dělat
- *rozvoj obranných mechanismů* – popření problému, zdánlivá apatie, netečnost a izolace jsou projevem obrany vlastní psychické rovnováhy, intenzivní pocity viny a hledání viníka, agresivita, často směřována k lékařům, zloba a hněv, zpochybňování výsledků vyšetření
- *smlouvání a vyjednávání* – rodiče postupně akceptují skutečnost narození jejich dítěte, zajímají se o další informace, ale mají tendenci prožívanou krizi zastřít přáním zlepšování stavu v případě nepříznivé prognózy, objevuje se smutek, deprese
- *akceptace, přijetí pravdy a osudu* – rodiče zaujmají realistický postoj, postupně dochází k adaptaci a vyrovnání se s osudem, přijímají dítě takové, jaké je a začnou vyvíjet aktivitu a úsilí v péči o své dítě

Průvodním projevem traumatické krize u rodičů je výrazně snížená schopnost přijmout a zapamatovat si jakékoli informace. Všechny tyto mechanismy jsou pro situaci krize typické a v jejím počátku vysoce funkční.

Rodiče nemusí nutně projít všemi etapami, tento proces je velmi individuální a neprobíhá u všech stejně v tomto naznačeném pořadí. V prvním stadiu se však rodiče musejí vyrovnávat s bolestným poznáním skutečnosti a jejich psychická výbava zpravidla postupně mobilizuje obranné mechanismy k odvrácení reality či alespoň nepřipuštění do vědomí.

Proces vyrovnávání se rodičů s danou situací a utváření jejich vztahu k dítěti je významně ovlivněn způsobem sdělování informací od zdravotnického personálu, což je bezesporu náročný úkol, který může pozitivně či negativně ovlivnit počátek vztahu rodičů ke svému dítěti. Naleznou-li rodiče ve zdravotnících nejen odborníky pečující o jejich dítě, ale i průvodce a oporu pro sebe, rychleji a lépe se s těžkou situací vyrovnají a to má dlouhodobě pozitivní vliv i na samotné dítě. (13, 20, 34)

2.3 Komunikace a spolupráce s rodiči nedonošeného dítěte

Prvním nejbližším okolím pro rodiče je zdravotnický personál, na kterém závisí, jak se s obtížnou situací rodiče postupně vyrovnají a naváží vztah ke svému dítěti. Citlivé jednání ošetřujícího personálu, vhodné podávání informací i poskytnutá emoční podpora jsou velmi důležité. Během tohoto těžkého období si rodiče i po několika letech docela přesně vybavují a pamatují chování zdravotnického personálu.

Efektivní spolupráce a komunikace s rodiči nedonošeného dítěte sehrávají významnou roli ve snížení nežádoucích dopadů a stresující situace, která pramení z předčasného narození dítěte a zdravotnický personál by měl pomoci rodičům tuto zatěžkávací zkoušku zvládnout. Je proto potřeba:

- vytvořit celkově příznivou atmosféru, zaujmout citlivý přístup k rodičům
- spolupracovat s rodiči nedonošeného dítěte, vybudovat partnerský vztah
- podávat pravdivé, úplné, srozumitelné a jednotné informace optimálně od jednoho ošetřujícího lékaře po celou dobu hospitalizace
- s rodiči o dítěti a jeho zdravotním stavu opakovaně hovořit, rozhovor nabízet

- průběžně rodičům vysvětlovat často se měnící stav dítěte, věnovat se vždy aktuálním zdravotním obtížím
- naslouchat rodičům, dát jim prostor vyjádřit své pocity
- informovat je o vhodné stimulaci dítěte s nezralou a velice citlivou CNS
- umožnit jim co nejintenzivnější kontakt s jejich dítětem, maximálně podporovat přítomnost rodičů u dítěte
- informace, především ty negativní, sdělovat jasně, zřetelně a ujistit se, zda rodiče podávaným informacím rozumí
- podporovat a oceňovat rodiče v průběhu náročné péče o jejich dítě
- opakovaně a trpělivě hledat odpovědi na otázky rodičů (13, 31)

2.4 Požadavky na zdravotnický personál

S ohledem na klíčovou důležitost rodičů v péči o jejich dítě a zároveň zátěž, kterou fakt předčasného narození dítěte způsobuje, je pro zdravotnické pracovníky povinností, aby v zájmu dítěte s rodiči úzce a účelně spolupracovali. Zdravotník však v komunikaci mnohdy nebývá nijak školen, v praxi je často odkázán pouze na vlastní intuici, osobní zkušenosti či zkušenosti starších spolupracovníků. To odráží kvalitu komunikace a spolupráce zdravotníka s rodiči dítěte a může být zdrojem přenášení či opakování nevhodných stereotypů chování i reakcí.

Vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotnickým personálem a rodiči je jedním ze základních předpokladů úspěšně vedené komunikace. Nejdůležitější komunikační funkcí vedle předávání informací představuje spolusdílení a utváření vztahu. Všichni zdravotníci by měli své chování, jednání a přímou komunikaci přizpůsobovat s ohledem na individuální rozdíly rodičů dítěte. Pro adekvátní a kvalitně vedenou komunikaci s rodiči se předpokládají u ošetřujícího personálu především tyto obecné zásady a požadavky:

- dostatečná empatie a emoční inteligence
- odborné znalosti a dovednosti, rozvíjení stávajících vědomostí
- racionálně sebekritické myšlení
- základní pedagogické znalosti
- osvojení komunikativních a sociálních dovedností

- podávání shodných a srozumitelných informací
- vzájemná spolupráce zdravotnického personálu
- dostatek času na rodiče
- odolnost vůči stresu

Maximální snahou ošetřujícího personálu by měla být podpora, povzbuzování a posilování rodiny a také zvyšování jejich odolnosti vůči stresu, aby byli schopni vyrovnat se s okolností předčasného narození dítěte. (13, 35, 37)

U nás prozatím není dostatečná informovanost rodičů a veřejnosti o předčasných porodech či nedonošených dětech. Všichni budoucí rodiče by si měli uvědomit, že se jim může narodit nezralé dítě, které bude vyžadovat po různě dlouhou dobu intenzivní péči diferencovanou s ohledem na aktuální zralost dítěte.

3. Obor neonatologie

Neonatologie je obor medicíny, který se zabývá péčí o novorozence v široké škále stavů od zabezpečení nerušené poporodní adaptace zdravých donošených novorozenců přes novorozence s vrozenými vývojovými vadami a chorobnými stavy až po extrémně nezralé novorozence na hranici viability. Neonatální péče má odpovídat moderním poznatkům o těhotenství, prenatálním vývoji plodu, o porodu, fyziologii a patologii novorozence a možnostech prevence dlouhodobého poškození dítěte. Podporuje prolaktační program a těsný kontakt matka-dítě a to jak u fyziologických tak nemocných novorozenců.

Neonatologie jako medicínský obor má krátkou historii, začíná se diferencovat z oborů porodnictví a pediatrie v padesátých letech 20. století. Tuto změnu si vyžádala specifikace problematiky poporodní adaptace novorozence, novorozeneckých odchylek, jejich diagnostiky a léčby. Neonatologie jako samostatný obor byl u nás vybudován v šedesátých letech 20. století. (3,6)

Neonatologie se vyvíjela v průběhu 20. století, od osmdesátých let nástupem moderní intenzivní péče s řízenou ventilací, pokroky v léčbě syndromu respirační tísně (RDS), zejména léčbou exogenním surfaktantem a prevencí RDS prenatálním podáváním kortikosteroidů. Došlo k významnému zdokonalení technik řízené

ventilace, moderní farmakoterapie a zlepšení ošetrovatelské péče. Rozhodující význam sehrává koncentrace předčasných porodů do perinatologických center. V České republice je 13 perinatologických center, které soustřeďují neonatální patologické a nezralostní stavy v rámci regionu. (3, 29)

3.1 Etické problémy v neonatologii

V posledních dvou desítkách let zaznamenal obor neonatologie velký rozvoj díky moderní přístrojové technice, novým poznatkům v lékařské i ošetrovatelské péči a zcela odlišným přístupem k předčasně narozeným novorozencům. U dětí extrémně nezralých nastal přímo kvalitativní skok, kdy se úspěšně řeší jejich problémy plynoucí z nezralosti. Při zachraňování nezralých novorozenců vycházejí lékaři ze svých zkušeností a možností, lékařská péče se odlišuje v jednotlivých perinatologických centrech v České republice, ale i v jednotlivých státech.

Současné etické problémy neonatologie se nacházejí v oblasti etiky klinického výzkumu u novorozenců a v etice poskytování intenzivní novorozenecké péče. Většina etických otázek se týká problematiky, kdy zahájit resuscitaci a léčbu a především kritéria jejího ukončení. Pokrok v perinatální péči dovoluje přežití extrémně nezralých novorozenců na hranici viability, ale pokračující intenzivní péče může vyvolat etické dilema mezi nadějí na přežití nezralého novorozence a současně riziky jeho následného postižení. (25)

Hranice viability neboli schopnosti přežití a šance následného zdravého vývoje předčasně narozeného dítěte je stanovena v Česku od roku 1994 na 24. týden gestace, stejně jako ve většině evropských zemí. Otázka, zda tuto hranici zvýšit či snížit, není uspokojivě vyřešena u nás, ani v zahraničí. V Japonsku je kupříkladu tato hranice 22. týden těhotenství. Závažnou problematikou se stává morbidita extrémně nezralých novorozenců, kdy snižováním hranice viability přibývá jedinců zatížených právě morbiditou.

Mezi další etické otázky lze zařadit, kdo má rozhodovat o ukončení léčby těžce postiženého novorozence, zda má zůstat toto rozhodnutí na lékařích či se na něm mají podílet i rodiče a ošetroující personál. V České republice se rodí kolem 6% nezralých dětí, z toho asi 1% s velmi nízkou porodní vahou. (25, 26)

3.2 Příčiny předčasného porodu

Příčiny nedonošenosti a faktory vyvolávající předčasný porod jsou různé. Nejvýznamnější příčinu předčasných porodů v současnosti představuje infekce, která pronikne do dutiny děložní a vyvolá zánět placenty, plodových obalů a může napadnout i plod.

Ze strany matky to mohou být faktory:

- nízký či naopak vyšší věk
- svobodné matky
- poruchy životosprávy (stresové situace, kouření, abusus alkoholu a drog, podvýživa)
- vrozené vady dělohy
- léčená sterilita
- multiparita, opakované potraty
- předchozí předčasné porody
- chronická onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus, kardiopulmonální onemocnění atd.)
- komplikace těhotenství (preeklampsie, atd.)

Poruchy placenty, plodových obalů a plodové vody

- akutní nebo chronická placentární insuficience (krvácení, malá placenta, včasná placenta, předčasné degenerativní změny, abrupce placenty)
- polyhydramnion, oligohydramnion
- předčasný odtok plodové vody
- chorioamniitida, syndrom infikovaného amnia

Fetální příčiny růstové retardace a předčasného porodu

- konstituční
- genetické abnormality
- kongenitální infekce (syfilis, toxoplasmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes, parvovirus B19)
- vícečetné plody (3, 6)

3.3 Klasifikace novorozenců

Novorozenec je charakterizován svým gestačním stářím, porodní hmotností a jejich vzájemným vztahem. Vývoj plodu trvá 40 gestačních týdnů. Gestačnímu věku novorozence v době jeho narození odpovídá zralost a jeho připravenost k samostatnému životu. Novorozenci se klasifikují podle gestačního věku, porodní hmotnosti a podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku.

Podle gestačního věku

- nedonošení novorozenci – 37. týden těhotenství a dříve
- donošení novorozenci – 38.– 42. týden těhotenství
- přenášení novorozenci – 43. týden těhotenství a později

Podle porodní hmotnosti

- novorozenci obrovští (makrosomie) – 4500 g a vyšší
- novorozenci s normální porodní hmotností – 2500 g – 4500 g
- novorozenci s nízkou porodní hmotností pod 2500 g
- novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností pod 1500 g
- novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností pod 1000 g

Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku (dle trofiky, stavu výživy)

- eutrofičtí novorozenci – hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří
- hypotrofičtí novorozenci – hmotnost je pod 5. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku
- hypertrofičtí novorozenci – hmotnost je nad 95. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku

Třídění novorozenců je rovněž možné v závislosti na porodní hmotnosti a gestačním věku do těchto 4 skupin:

- do 28. týdne těhotenství, od 500-999 g – extrémně nezralí
 - do 32. týdne těhotenství, od 1000-1499 g – velmi nezralí
 - do 34. týdne těhotenství, od 1500-1999 g – středně nezralí
 - do 38. týdne těhotenství, od 2000-2499 g – lehce nezralí
- (3, 6)

3.4 Nezralý novorozenec

Nezralý novorozenec je definován jako novorozenec narozený od hranice životaschopnosti tj. od 24. gestačního týdne do konce 37. týdne těhotenství s porodní hmotností pod 2500 gramů (rozmezí 500-2499 g). Pokud se narodí novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností pod 500 gramů a přežije 24 hodin po narození, počítá se rovněž mezi novorozence, pokud zemře během prvních 24 hodin, započítává se mezi potraty.

Nezralost orgánů a tkání je příčinou různě vyjádřených problémů poporodní adaptace nezralého novorozence, přičemž platí, že čím dříve se dítě narodí, tím více jsou tyto problémy vyjádřeny. (3,6)

3.4.1 Charakteristické znaky nezralosti

Kůže – živě červená, napjatá, průsvitná, lesklá, tvoří se otoky, chybí keratinizovaná část epidermis, která tvoří ochrannou vrstvu, pokožka je proto snadno propustná a zranitelná, chybí mázek, podkožní tuk, lanugo bývá řídké, kožní rýhy na dlaních a ploskách nohou chybí či jsou jen naznačeny

Svalstvo – nedostatečně vyvinuté, hypotonie svalová

Nehty – měkké, nedosahují konce prstů

Ušní boltce – měkké, nedostatečně elastické, ploché, snadno se deformují, netvarované chrupavky

Oční štěrbin – u extrémně nezralého novorozence často nejdou otevřít

Prsní bradavky – malé, sotva viditelné, nepigmentované, lehce naznačeny či chybí

Pupečník – silný, rosolovitý, křehký, úpon blíže k symfýze

Genitál – u chlapců často nesestouplá varlata, šourek malý, plochý, u děvčat vulva zeje, velké stydké pysky nepřekrývají malé

Poloha dítěte – většinou na boku či na zádech, končetiny volně podél těla

Dýchání – často povrchní, nepravidelné s apnoickými pauzami, tachypnoe, dyspnoe

Krevní oběh – instabilní, hypotenze

Srdeční frekvence – zrychlená

Trávení – zpomalené, snížená tvorba trávicích enzymů, snížená peristaltika a motilita střev

(3, 6, 8)

3.4.2 Poruchy poporodní adaptace

Nezralí novorozenci jsou často ohroženi nedostatkem kyslíku, nejčastěji v období před porodem či během porodu. Nepříznivé následky hypoxie se však často objevují až v poporodním období. Mezi cílové orgány, které jsou citlivé na nedostatek kyslíku, patří mozek, srdce, plíce, ledviny, játra, střevo a kostní tkáň. Nezralost funkcí se týká především dýchání, zažívání, vyměšování a poruchou termoregulace.

Nezralost plic a především nedostatečná tvorba surfaktantu může vést u nedonošeného novorozence k rozvoji syndromu dechové tísně novorozence (RDS). Příznaky se objevují obvykle ihned po narození, mohou vést k respiračnímu selhání a rovněž mít chronické následky, přecházet v bronchopulmonální dysplazii, což znamená rozvoj chronického plicního onemocnění a postižení.

Oběhová nestabilita se může u nezralého novorozence projevit hypotenzí a hypoperfuzí orgánů, přispívat může také přetrvávající tepenná dučej. Perzistující tepenná dučej (PDA) u nedonošených často přetrvává, incidence je větší především v závislosti na stupni nezralosti. Hemodynamicky významný PDA nepříznivě působí na plicní funkce, může poškozovat mozek, střevo a ledviny.

Nezralý novorozenec je časně po narození ohrožen akutním poškozením mozku ve smyslu komorového krvácení (IVH), jež může mít dlouhodobé neurologické následky. Existuje opět závislost mezi stupněm nedonošenosti a výskytem IVH. Dalším možným poškozením může být periventrikulární leukomalacie (PVL), kdy dochází k poškození bílé hmoty mozkové nekrózou a tento stav je opět podporován mírou nedonošenosti.

Nezralost gastrointestinálního traktu se projeví zpomalením pasáže, sníženou evakuací žaludku a nižší trávicí kapacitou, hrozí rozvoj nekrotizující enterokolitidy.

Tubulární a glomerulární nezralost ledvin vede k vyšším ztrátám vody a solí, zároveň se projevuje neschopností vyloučit nadměrnou vodní a solnou zátěž.

Nezralý novorozenec má relativně velký tělesný povrch a minimální vrstvu podkožního tuku, poruchy termoregulace jsou podmíněny rovněž nezralostí termoregulačního centra, a proto velmi často dochází k rychlým ztrátám tepla, stejně tak je sklon k hypertermii.

V prvních dnech u nedonošeného dítěte relativně velký povrch těla a vysoká kožní propustnost vedou k významným ztrátám tekutin perspirací.

Rovněž hrozí metabolický rozvrat a další metabolické problémy jako jsou hypoglykémie, hyponatrémie, hypocalcémie a hyperbilirubinémie.

Anémie nedonošených dětí má více příčin, pokles parametrů červeného krevního obrazu je hlubší v porovnání s donošenými dětmi a mezi hlavní příčiny patří krevní ztráty z opakovaných odběrů krve na vyšetření a z nedostatečné krvetvorby.

Vzhledem k nezralosti imunitního systému a obranných mechanismů je nezralý novorozenec ohrožen více infekcí či infekčními komplikacemi.

Toxicita kyslíku při oxygenoterapii, hyperoxie, ale i hypoxie, sepse a další faktory spolu s nezralostí sítnice se mohou nepříznivě projevit u nedonošených dětí rozvojem retinopatie, která může mít za následek různý stupeň zrakového postižení.

(3, 6, 29, 30)

3.5 Prognóza nedonošenosti

V časném postnatálním období není možná přesná předpověď vývojové prognózy nedonošeného dítěte. Příznaky vývojového postižení se vyvíjejí postupně a v okamžiku propuštění z neonatologické JIP nejsou z větší části zřetelné.

Nejzávažnějším důsledkem předčasného porodu je vyšší riziko dlouhodobého poškození mozku a závažného neurologického postižení, například různé formy dětské mozkové obrny, která bývá spojena s mentální retardací. Následkem nedonošenosti a anatomického poškození CNS mohou vznikat křeče, které mívají sklon k chronicitě a mohou vést k rozvoji epilepsie. Časté jsou poruchy pozornosti s hyperaktivitou.

U většiny příznivě se vyvíjejících nedonošených dětí se plicní funkce s postupným orgánovým zráním upravují. Část nedonošených dětí však trpí chronickými problémy, jako jsou recidivující respirační infekce nebo těžké dlouhodobé projevy bronchopulmonální dysplázie s rozvojem chronického plicního onemocnění. Rovněž hrozí riziko vzniku bronchiálního astmatu.

Z dlouhodobé prognózy hrozí restrikce somatického vývoje ve smyslu nižší hmotnosti a výšky. K závažným postižením se řadí smyslová postižení, jako závažné poruchy zraku či sluchu.

K odhadu pravděpodobnosti dlouhodobého postižení může sloužit zmiňovaná porodní hmotnost nebo týden těhotenství při narození. Žádné nezralé dítě není svým předčasným porodem předurčeno k určitému typu postižení, to platí i v případě extrémně nezralých novorozenců. Dlouhodobý psychosociální a pohybový vývoj u nedonošeného dítěte je rovněž značně ovlivněn vlivem a kvalitou rodinného prostředí. Kromě charakteristiky těhotenství, porodu a časného poporodního období má na dlouhodobý vývoj rozhodující vliv sociální a ekonomická úroveň rodiny, vzdělání rodičů, edukace rodičů v otázkách péče specifické pro potřeby jejich dítěte.

Rodičům je dobré zdůraznit, že přesná prognóza dalšího vývoje dítěte není v nejranějším věku jeho života možná, zejména pokud jde o těžké ireversibilní změny v CNS, které by svědčily o poškození dítěte. (29)

3.6 Propuštění nedonošeného dítěte domů

Propuštění předčasně narozeného dítěte do domácí péče je velmi individuální, závisí na zdravotním stavu konkrétního pacienta. Dnes je podporován trend zkracování hospitalizace nedonošených dětí a jejich časně propuštění domů. Z hlediska dalšího vývoje nedonošeného dítěte je vhodné hledat pokud možno co nejčasnější termín propuštění do péče rodiny, nejdříve však po dosažení úplné stabilizace dítěte a překonání akutních problémů. Podle American Academy of Pediatrics se za stabilizované považuje dítě, které:

- dostatečně dlouhou dobu plynule přibývá na váze
 - je kompenzované po stránce dýchání, krevního oběhu a srdeční frekvence, dýchá tedy pravidelně, bez dušnosti, apnoických pauz a bradykardií
 - je kompenzované po stránce termoregulace, tedy schopné dlouhodobě udržovat při běžném oblečení normální tělesnou teplotu
 - je adaptované z hlediska příjmu stravy, dítě by mělo být na plné enterální výživě kojením či z láhve
- (29)

Výsledkem těchto definovaných kritérií, jež dovolují propuštění dítěte domů, je váha dítěte při propuštění kolem 2000 gramů, někdy i okolo 1800 gramů a postkoncepční týden přibližně 36. týden, v některých případech 34. týden. U dětí

extrémně nezralých s porodní hmotností pod 750 gramů lze očekávat propuštění okolo 40. – 42. týdne postkoncepčně.

Časné propuštění nedonošeného dítěte eliminuje nežádoucí vlivy prostředí nemocniční péče a zaručuje dřívější přirozený kontakt dítěte s rodinou. Nevýhodou může být naopak vyšší riziko komplikací po propuštění, zejména pokud péče rodičů není zcela optimální, chybí stabilní rodinné prostředí a rodiče nejsou schopni poskytovat adekvátní péči. U nedonošeného dítěte hrozí riziko podchlazení či přehřátí, aspirace, dechových obtíží ve smyslu rizika výskytu apnoických pauz, desaturací a syndromu náhlého úmrtí (SIDS). Komplikace po propuštění se mohou objevovat i při velmi dobré péči rodiny.

Propuštění do domácí péče by měla předcházet edukace rodičů ošetřujícím personálem, tedy zacvičení v praktických dovednostech nutných ke správnému domácímu ošetřování dítěte. Ideálním způsobem je společný pobyt matky s nezralým dítětem v porodnici po celou dobu jeho hospitalizace, který poskytuje systém rooming-in. (29)

Je nutno podotknout, že někteří rodiče vlivem enormního stresu, který prožívali v průběhu pobytu předčasně narozeného dítěte na jednotce intenzivní péče, kdy se mnohdy obávali o jeho život, nejsou po propuštění z porodnice schopni vrátet se na místo, kde bylo dítě hospitalizováno.

3.7 Motorické, psychologické a senzorické problémy nedonošených dětí

Problémy v poporodní adaptaci nedonošených dětí mohou vést k poškození mozku, hrozí riziko krvácení do mozkových komor nebo vznik nekrotických ložisek v bílé hmotě mozkové. Výsledkem mohou být postižení pohybového vývoje či postižení intelektu. U dětí s nízkou porodní hmotností jsou ve srovnání s donošenými dětmi častější poruchy chování a učení, hyperaktivita, poruchy soustředění, dyslexie nebo dysgrafie, dříve označované jako lehká mozková dysfunkce, nověji jsou tyto poruchy nazývány jako onemocnění spojené s poruchou pozornosti a hyperaktivitou. (attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD) (29)

Ivan Peychl doporučuje: „všem dětem s porodní vahou pod 1500 gramů, stejně jako dalším dětem s patologickým postnatálním průběhem vyšetření dětským

psychologem nejpozději zhruba ve 3 letech. Vyšetření by mělo posoudit kognitivní vývoj, rozvoj řečových schopností a vyloučit projevy ADHD.“ (29, s.125) Sledování vývoje tzv. rizikových dětí od nejútlejšího věku umožní zachytit eventuální odchylky v ranných stádiích vývoje. V případě potřeby je zahájena včasná stimulace a rehabilitace, protože může působit tvárně na vyvíjející se nervový systém dítěte.

„Dítě s ADHD vyžaduje pochopení a trpělivost rodiny i učitelů, dyslektické dítě speciální pedagogické postupy, dětem s poruchami řeči může pomoci včasná návštěva ordinace logopeda. V některých závažnějších případech lze dosáhnout ústupu příznaků ADHD farmakologicky.“ (29, s. 125)

U nedonošených dětí je sledován vývoj motorický, kognitivní a senzorický. Postižení dlouhodobého vývoje se dají rozdělit na lehká, středně závažná a těžká. „K lehkým postižením patří obtíže ADHD, trisomie (neúplné) formy dětské mozkové obrny, mírné opoždění vývoje řeči a lehké poruchy zraku či sluchu. Středně závažné postižení znamená výraznou paraparézu, střední poruchy psychického rozvoje či středně vyjádřenou smyslovou poruchu. A těžkým postižením rozumíme závažný mentální deficit, těžkou poruchu motoriky ve smyslu kvadruparézy s těžkou poruchou smyslovou až po hluchotu či slepotu.“ (29, s.128)

3.8 Chování nedonošených dětí

Studie, které porovnávaly vývoj CNS donošených a nedonošených dětí, ukázaly některé rozdíly. Vývoj CNS nedonošených dětí je opožděn strukturálně i funkčně, nezralost řídicí funkce CNS se může projevit nedokonalým řízením vzájemných přechodů fyziologických stavů spánku a bdění. Zatímco u zralých dětí lze vysledovat organizovaný a předvídatelný charakter těchto přechodů, u nedonošených dětí získávají proměny fyziologických stavů rys nepředvídatelnosti. Rychlé změny v chování nedonošeného dítěte pak mohou zvyšovat stres rodičů, kteří si často jeho chování vysvětlují jako odpor k podnětům, kterým dítě vystavují. Projevy nedonošených dětí se tak mohou v prvních měsících života značně lišit od chování dětí zralých.

Nedonošené dítě mívá obvykle v prvních měsících větší potřebu spánku, periody bdění mohou být kratší. Děti rovněž mohou jinak reagovat na stimulaci a

hraní, nezralé dítě bývá dříve unaveno, jeho reakce mohou být až odmítavé provázené pláčem a křikem. Stejně tak i noční buzení a křik přetrvávající do vyššího věku, než je obvyklé. Dítěti je nutno vytvořit klidné prostředí bez přemíry světla, stabilní polohu a pocit blízkosti matky. Pro dobrý rozvoj nedonošeného dítěte je spíše než podnětné a stimulační prostředí důležité zajištění klidového režimu a pevného řádu dne.

Vědomí odlišnosti vývoje nedonošeného dítěte by nemělo u rodičů přerůst v přesvědčení o trvale zvýšené křehkosti a zranitelnosti dítěte a v hyperprotektivní postojе vůči němu. Změny v chování nedonošeného dítěte se od donošených vrstevníků obvykle postupně vyrovnávají během prvních 2 let života, od rodičů se očekává vysoká míra trpělivosti a citlivého přístupu k dítěti. (29, 34, 35)

„Děti s velmi nízkou porodní hmotností bývají často velice drobné a opoždují se v motorickém vývoji, což budí u rodičů dojem, že je dítě mladší a také se tak k němu chovají. Stává se pak, že podněcují jeho vývoj na nižší úrovni, než je pro dítě vhodné a mentální vývoj se může zbytečně zpomalovat. Psycholog by měl poskytnout rodině informace na základě posouzení stavu dítěte, jak vývoj nejlépe stimulovat a připravovat podmínky pro následující vyšší vývojovou úroveň.“ (34, s. 12)

Hrozí narušení citlivého interakčního chování mezi dítětem a rodiči, přičemž důvod ohrožení může být ze strany dítěte, tak ze strany rodičů. Nedonošené dítě je častěji labilnější, dráždivější a může hůře odpovídat na smyslové i sociální podněty, obtížněji kontrolovat své tělesné pohyby a stavy chování. „Chování takového dítěte je pro rodiče méně srozumitelné a často nepředvídatelné. Rodiče se pak mohou snažit stimulovat vývoj dítěte za každou cenu, čímž ho mohou přetížit, dítě se začne odtahovat a stává se ještě pasivnější.“ (34, s. 12)

3.9 Následná péče o nedonošené dítě

Primární péči o nedonošené novorozence po propuštění domů poskytují praktičtí lékaři pro děti a dorost. Pokud je to nutné, praktický pediatr organizuje týmovou péči o dítě s vývojovým postižením a využívá spolupráci s centry zaměřující se na podporu rodin postižených dětí.

Péče o nedonošené děti nekončí propuštěním domů, tyto děti velmi často vyžadují v následných letech zvýšenou péči svých rodičů a péče o ně klade na rodinu vyšší požadavky a nároky. Může jít o děti, které nepůsobí vždy šťastně při obvyklé snaze o hru a učení nových dovedností, jsou citově labilnější, dráždivější, častěji křičí a je ztížená komunikace. V nejzávažnějších případech jde o děti se skutečnými poruchami motorického a psychického rozvoje či o děti se smyslovými poruchami. Nezralost bývá totiž spojena s řadou více či méně závažných komplikací, které mohou nepříznivě ovlivnit vývoj dítěte. Otázkou, u kterých dětí je ohrožen zdárný neuropsychický vývoj, se zabývá mnoho odborníků, je nutno tyto skupiny vytipovat a poskytovat účinnou pomoc. Rodiče je nutno informovat o důležitosti sledování vývoje dítěte a možnostech následné péče, které jsou k dispozici v případě zjištění odchylek ve vývoji dítěte.

Koncepce oboru neonatologie řeší problematiku následné péče a úspěšné integrace dětí do společnosti zřízením ambulantních center komplexní péče. Neonatologické centrum zajišťuje a koordinuje péči o ohrožené a poškozené děti ve spolupráci s řadou odborníků (dětský neurolog, oftalmolog, chirurg, rehabilitační pracovník, otorinolaryngolog, ortoped apod.). Při neonatologických centrech jsou zřizována ambulantní centra komplexní péče o děti s poruchou vývoje. Kromě péče zdravotní zahrnuje komplexní péče také psychologickou a sociální péči a speciální pedagogické poradenství. (29)

Termínem včasná intervence (raná podpora, raná péče) se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat či zmírnit jeho následky a poskytnout rodině a dítěti možnosti sociální integrace. Raná péče si klade za cíl podporovat a posilovat dítě, rodinu a služby, které mají pomoc zprostředkovávat. Tyto služby mají být poskytnuty co nejdříve a mají zajišťovat dostupnost všem dětem, které je potřebují. Raná podpora dítěte znamená veškerá odborně použitá opatření, která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti. V lékařské terminologii jde o včasnou terapii (fyzioterapii, medikamentózní terapii, terapii zaměstnáváním), v pedagogickém směru se uplatňují termíny jako raná výchova, pedagogická raná podpora, včasná intervence či raná péče. Jejich práce spočívá jednak v poradenství rodičům, jednak v podpoře dítěte.

Mezi zařízení, která poskytují ranou péči pro podporu vývoje dítěte se speciálními potřebami, patří např. Centrum komplexní péče pro děti s poruchami vývoje ve Fakultní nemocnici Motol, Dětské centrum Paprsek, Středisko pomoci dětem a rodinám – STŘEP, Středisko rané péče a Kojenecká ambulance při Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD) v Podolí, kde převahu klientů tvoří rodiče s dětmi, které se narodily předčasně.

Významnou součástí speciální péče jsou pedagogická centra, jež ovlivňují integrační proces handicapovaných dětí v oblasti poradenské, diagnostické a terapeutické. Hlavním smyslem je poskytovat dítěti komplexně pojatou speciálně pedagogickou a psychologickou péči, odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace ve spolupráci s rodinou, školou, s odborníky a dalšími zařízeními.(23, 29)

Pro podporu rodičů předčasně narozených dětí současně vznikají další sdružení např. občanské sdružení Nedoklubko – sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí, jehož vznik byl podmíněn aktivitou rodičů nedonošených dětí. Od roku 2004 byla při ÚPMD v Podolí zřízena mateřská linka fungující 7 dní v týdnu, kde si matky předčasně narozených dětí sdělují své pocity a zkušenosti.(54)

Jsou podporována společná setkání rodin s nedonošeným dítětem, vznik svépomocných sdružení rodičů, kdy rodiče mohou řešit společné problémy, vzájemně se podporují a pomáhají, organizují a vyvíjejí vlastní iniciativu. Jednou z forem setkání nedonošených dětí a jejich rodičů je akce „Den dětí“ pořádaná od roku 2003 Gynekologicko-porodnickou klinikou Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Vznik byl podmíněn iniciativou vrchních sester gynekologické, porodnické a neonatologické části kliniky. Setkání předčasně narozených dětí s porodní hmotností pod 900 gramů a jejich rodin přináší rodičům možnost vyměnit si své bohaté zkušenosti, postřehy a informace týkající se péče o nedonošené dítě, srovnání jednotlivých dětí, ale také vzájemnou podporu a navázání přátelských kontaktů mezi rodiči. Sestrám tato setkání poskytují nesmírnou zpětnou vazbu, radost a smysluplnost jejich práce, která jim dodává pozitivní motivaci v náročné profesi, jakou je charakter pracovních činností vyplývajících z podstaty péče o nedonošené děti. (38)

4. Ošetrovatelská péče o nezralé dítě

4.1 Ošetrovatelský proces na novorozenecké JIP

„Všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu“. (46) Sestra pracující na jednotce intenzivní péče pro novorozence musí vyhodnotit zdravotní stav nemocného dítěte, vyhledávat aktuální a potencionální problémy, stanovovat krátkodobé a dlouhodobé cíle, plánovat péči, poskytovat specifické ošetrovatelské činnosti, hodnotit efektivitu a účinnost těchto intervencí.

Vyhledávání a zajišťování potřeb nezralého dítěte na jednotce intenzivní péče představuje vysoce specializovanou a kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský proces bude účinný a efektivní pouze v případě, že sestra má dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti k tomu, aby mohla zajišťovat specifické intervence s přihlédnutím k individualitě pacienta a těsné spolupráci s jeho rodiči. (8, 10)

4.2 Ošetrovatelská dokumentace na novorozenecké JIP

Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu je ošetrovatelská dokumentace, jejíž požadavky stanovuje *vyhláška č. 385/2006 Sb. MZ o zdravotnické dokumentaci*. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje vstupní ošetrovatelskou anamnézu či záznam, plán ošetrovatelské péče, výstupní ošetrovatelský záznam obsahující hlášení sester, ošetrovatelskou překladovou a propouštěcí zprávu, dále záznamy o různých ošetrovatelských testech a rovněž záznam o edukaci rodičů. Veškeré ošetrovatelské záznamy musí být srozumitelné, stručné, úplné, čitelné a musí obsahovat datum, čas a podpis sestry. (45)

4.3 Hodnocení potřeb nezralého novorozence

Charakteristickým rysem ošetrovatelství je systematické a aktivní vyhledávání, plánovité uspokojování a hodnocení potřeb zdravého i nemocného

člověka. Hierarchickým uspořádáním a rozdělením potřeb se podrobně zabýval humanistický psycholog Abraham Maslow, který je rozdělil na potřeby fyziologické objevující se při poruše homeostázy a zachovávající integritu člověka, dále potřeby jistoty a bezpečí, které vyjadřují touhu po důvěře a stabilitě jedince a vyvarování se nebezpečí. Potřeby lásky a sounáležitosti jako potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti a sociální integrace. Potřeba uznání a sebeúcty vyjadřuje potřebu autonomie a sebekoncepcce. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace se objevuje jako tendence realizovat vlastní potenciál a své schopnosti. (36, 43)

Novorozenec má kromě fyziologických potřeb vyjádřeny potřeby bezpečí a jistoty a potřeby lásky a sounáležitosti. V uspokojování těchto potřeb je však plně odkázán na péči jiné osoby, ať už matky či ošetřujícího personálu v případě narození dítěte předčasně.

K hodnocení potřeb nezralého novorozence lze využít např. model Virginie Hendersonové, která na základě teorie potřeb a jejich uspokojování definovala 14 komponent při poskytování ošetrovatelské péče. Tento model byl pro novorozence modifikován J. Fendrychovou a vyjadřuje 10 principů, jež mohou být využity v péči o nezralé dítě:

1. potřeba dýchání
2. potřeba termoneutrálního prostředí
3. potřeba výživy a tekutin
4. potřeba vyprazdňování
5. potřeba změny polohy
6. potřeba odpočinku a spánku
7. potřeba vhodného oděvu
8. potřeba čistoty a ochrany pokožky
9. potřeba ochrany před nebezpečím
10. potřeba sociálního kontaktu

Pro vytváření ošetrovatelského plánu mohou být inspirací a pomůckou „Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii“, jež obsahují nejčastější diagnózy, se kterými se sestra na jednotce intenzivní péče pro novorozence může setkat. V seznamu ošetrovatelských diagnóz jsou uvedeny příčiny vzniku, charakteristické

projevy, očekávané výsledky a doporučené ošetrovatelské intervence uplatňované v péči o dítě.

Hodnocení potřeb nezralého novorozence a jejich uspokojování předpokládají u sestry široké znalosti neonatologické problematiky, dovednosti a zkušenosti s ošetřováním nedonošených dětí, schopnosti rozpoznávat aktuální a rychle se měnící zdravotní stav předčasně narozeného dítěte, včasné monitorování těchto změn a pružné reagování na ně. (8, 9, 10)

4.4 Ošetrovatelská péče

Nezralý novorozenec se po předčasném porodu ocitá v naprosto odlišujícím se prostředí od prostředí intrauterinního. „Do dělohy matky neproniká téměř žádné světlo, zvuky jsou tiché, dítě je ve stálém kontaktu s plodovou tekutinou, která tlumí vlivy gravitace, dotýká se měkkých stěn dělohy, pociťuje mnoho vestibulární stimulace při pohybech matky, spolu s matkou spoluprožívá její biorytmus.“ (24, s. 25)

Předčasně narozené dítě je násilně vystaveno rapidní změně prostředí, na kterou není fyziologicky připraveno. Namísto dělohy je dítě umístěno v inkubátoru, neschopno ovlivňovat svou polohu jako doposud, vystaveno prudkému osvětlení s řadou hlasitých zvuků a podrobováno nesčetným manipulacím ošetrojícího personálu bez respektování přirozeného biorytmu dítěte. Především však nezralý novorozenec opakovaně zažívá velice nepříjemné a bolestivé zákroky, jež přicházejí zcela neočekávaně a nepředvídatelně. (24)

V současnosti jsou veškeré snahy ošetřování nezralých novorozenců zaměřeny na trvalé zlepšování a zkvalitňování péče, podmínek a přístupu v péči o tyto děti. Snahou je zejména přiblížit podmínky co nejvíce intrauterinnímu prostředí, tlumit osvětlení i nežádoucí zvuky. Dítě leží na antidekubitární kožešině zabalené do měkkých deček, hlava je krytá čepicí k omezení teplotního dyskomfortu, zajišťováním šera a tlumením ostrých zvuků přístrojů je prostředí inkubátoru zbavováno nepřírodných podnětů. Tzv. „pelíškování“ simuluje prostředí v děloze, je podporováno zaujímání fetální polohy nezralého novorozence, která připomíná polohu plodu v matčině děloze a dítěti přináší pocit bezpečí a jistoty.

Ošetřování nezralého novorozence má maximálně zohledňovat biorytmus dítěte, veškeré ošetřovatelské intervence mají být soustředěny do určitých bloků sledujících stav bdělosti novorozence. Ošetřovatelská péče a veškerá manipulace je něžná, cílená, jednotlivé intervence se provádějí plynule. Násilné a razantní buzení spícího dítěte je neprospěšné, dochází k rychlému vyčerpání potřebné energie, a proto má být nezralému novorozenci ponecháno několik hodin období klidu a spánku. Minimal handling jsou takové aktivity, jež zabezpečují plně individualizovanou ošetřovatelskou péči soustředěnou na minimální rušení dítěte v době spánku a sladění lékařských a ošetřovatelských činností se zajišťováním maximálního klidového režimu. Způsob péče je zaměřován především na posilování vlastních aktivit nezralého dítěte a snahou o seberegulaci při nezbytných pečovatelských úkonech a zákrocích. Dítě by mělo být na zákroky připraveno, nevylučuje se přítomnost matky při těchto výkonech, která ho může nefarmakologickými technikami účelně chránit a tišit před dopady nepříjemných intervencí ze stran ošetřujícího personálu. Snahou je usilovat o minimalizaci veškerých invazivních činností, nepříjemných a bolestivých zákroků u nezralého dítěte. Podstupování a absolvování často se opakujících zákroků má být následováno kompenzačními mechanismy v podobě příjemných dotyků ze strany rodičů.

Při ošetřování nezralých novorozenců je zejména kladen požadavek na bariérovou ošetřovatelskou péči, veškerou individualizaci pomůcek pacienta se zdůrazněním dodržování přísných zásad hygienicko-epidemiologického režimu. Největší důraz v prevenci nosokomiálních nákaz představuje důsledná hygiena rukou.

Vodítkem pro poskytování specifické a kvalitní ošetřovatelské péče slouží sestřám ošetřovatelské standardy a postupy, které určují kvalitu poskytované péče. Péče o nezralého novorozence vyžaduje od sestry kontinuální prohlubování znalostí a dovedností, vyhledávání a získávání nových poznatků a inovaci stávajících ošetřovatelských postupů za účelem uspokojování potřeb dítěte a neustálého zvyšování kvality ošetřovatelské péče. (2, 8, 10, 14, 40)

Vývoj neonatologie jde prudce kupředu a pokrok, který tento obor během několika let zaznamenal, jak v oblasti lékařské tak ošetřovatelské péče, je bezesporu úžasný. Role sestry při poskytování specifické ošetřovatelské péče o tyto děti má

své nezastupitelné místo. Její nezastupitelnost a významná úloha tkví především v procesu edukace rodičů, protože je od počátku narození dítěte v těsném kontaktu s rodinou. Cíleným působením na rodiče může sestra výrazně přispět k jejich usnadnění přijmutí a vyrovnání se s předčasným narozením dítěte a ovlivnit možnosti rodičů stát se aktivními pečovateli o nezralé dítě.

5. Edukační proces na novorozenecké JIP

Z hlediska času lze edukační proces vymezit na vstupní, průběžný a před propuštěním. Vstupní edukace se týká seznámení rodičů s prostředím jednotky intenzivní péče co nejdříve po porodu, seznámení s provozním řádem oddělení, poskytnutí edukačního materiálu, umožnění navázat rodičům prvotní kontakt s dítětem, což snižuje pocity úzkosti a napětí. Průběžná edukace je zaměřena na veškerou edukační péči v průběhu hospitalizace dítěte, podávání informací, vysvětlování, aktivní zapojení rodičů do péče o dítě, osvojování dovedností a získávání poznatků souvisejících s nedonošeností. Edukace před propuštěním znamená zacvičení a získání všech dovedností potřebných k zajištění potřeb dítěte, schopnosti sledování dalšího vývoje dítěte, shrnutí a zopakování všech pokynů nutných před propuštěním dítěte do domácího prostředí a možnosti pomoci, kam se rodiče v případě potřeby mohou obrátit.

Jednou z možných metod v procesu edukace je využití videozáznamu. V Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD) v Podolí vytvořili videopořad: „Rozumíte svému miminku?“, který seznamuje rodiče s behaviorálními stavy zralých i nezralých novorozenců, jehož cílem je zlepšit informovanost rodičů o chování novorozenců. Rodiče předčasně narozeného dítěte se dozvídají o účelné manipulaci, která musí být velmi šetrná, aby nedocházelo ke zbytečným úlekovým reakcím a zvýšené dráždivosti dítěte. Vhodnými způsoby péče a přístupu rodiny mohou tyto problémy ustoupit do pozadí či být zcela eliminovány a tím je zajištěn optimální vývoj dítěte od samého počátku jeho života.

Nedonošeným dětem a jejich rodičům není možné přestat se věnovat po propuštění z porodnice. Starosti a pocity nejistoty a úzkosti nekončí, nastupuje každodenní, někdy úmorná péče o drobného citlivého jedince, který může být

značně dráždivý, plačtivý a obtížně zkliditelný. Navíc u nedonošených dětí bývají často různě závažné neurologické odchylky, pro které je nutno indikovat vhodný způsob rehabilitace. (34, 35)

Edukace je značně náročný a dlouhodobý proces vyžadující komplexní přístup ošetřujícího personálu. Základem kvalitního edukačního procesu je navázání optimálního citového vztahu matka-dítě a navázání partnerského vztahu zdravotník-rodíč.

5.1 Navázání citového vztahu matka-dítě

Navázání kvalitního citového vztahu mezi matkou a dítětem je velmi důležité, protože matka na předčasné narození dítěte není plně připravena, zažívá pocity nejistoty, strachu a úzkosti. K tomu se může přidat vyčerpání, depresivní ladění u matky vyplývající z porodu a nedonošenosti dítěte. To vede ke změně rodičovského chování, zhoršuje se vnímání dítěte matkou a následně může být nepříznivě ovlivněn i vývoj dítěte. Edukace nemůže být úspěšná, pokud matka nemá k dítěti dobrý vztah. Interakční chování matky je také závislé na psychosociální podpoře otce a širší rodiny. Pro stav a vývoj dítěte je tedy velice důležitá psychická pohoda matky, a proto jí musí být věnována značná pozornost.

Klíčovou roli představuje seznámení s prostředím intenzivní péče a umožnění navázání kontaktu s dítětem co nejdříve po porodu. Prvotní kontakt rodičů s dítětem může vyvolat řadu negativních reakcí, je proto žádoucí ponechat rodičům čas k navázání kontaktu. Rodiče je nutné povzbuzovat k častým a opakovaným návštěvám, umožnit jim dotyk, hlazení dítěte a povzbuzovat je v identifikaci základního rodičovského chování.

Rodiče si před první návštěvou mnohdy nedokáží utvořit adekvátní představu o tom, jak jejich nedonošené dítě bude vypadat. Reakce rodičů, když spatří své miminko poprvé, jsou různé. Umístění nezralého dítěte v inkubátoru, monitorace vitálních funkcí, ventilační podpora pacienta a zavedení nejrůznějších invazivních vstupů vzbuzuje u rodičů nejrůznější spontánní reakce od pocitů silného smutku a lítosti, ale také někdy až pocity odmítnutí dítěte. Jsou mnohdy překvapeni, když vidí, že jejich miminko je častokrát daleko menší, než si představovali a má na sobě spousty „drátků a hadiček“, jejichž smysl jim není příliš jasný. Jsou vyděšení, a

proto je nezbytné, aby rodiče ošetřující personál seznámil s jejich významem a funkcí. (34, 37)

Příklady výpovědí matek nedonošených dětí:

„To, co jsem cítila, bych mohla popisovat dlouho. Bylo to asi nejtěžší období. Bylo mi zle, styděla jsem se v duchu, že to dítě dost nemiluji, myslím jen na sebe a lituji se. Když jsme šli poprvé s manželem za Honzíkem, bylo to strašně smutné. Ležel v obrovském inkubátoru a byl velmi malinký, napojený na všechny možné přístroje. Vzpomínám si, že jsme hledali podobu, snažili jsme se navzájem utěšovat, že to dobře dopadne. Plakali jsme.“

(34, s. 19-20)

„Kdo neviděl nedonošené dítě, nemá představu, co uvidí. A to naše Janička vypadala dobře, měla krásnou barvu, kulatou hlavičku, jen byla malinká, drobná a připomínala staženého králíčka. K tomu spousta hadiček a inkubátor. Sestřička, která se o Janu starala, mi řekla, že si ji smím pohladit. Hladila jsem ji a honilo se mi hlavou: “Tady leží moje dítě a já k ní nic necítím, jak je to jenom možné?”

(34, s. 38)

Důležité je uvědomit si rozmanité pocity rodičů a od počátku podporovat vybudování vzájemného kontaktu mezi dítětem a rodiči za podpory personálu. V první řadě musíme rodiče ujistit, že nedonošené dítě není abnormální, může být hubené, jakoby šlachovité, může vypadat křehce a slabě, s větší hlavičkou v poměru k tělíčku. Jeho reakce jsou odlišné od donošeného dítěte, v této fázi potřebuje všechnu svou energii pro vlastní růst. Opakované a časté návštěvy dítěte umožňují stávající pocity rodičů postupně eliminovat, lépe se identifikují se svojí „rodičovskou rolí“ a jejich obavy ze selhání v roli rodičů se mohou zcela rozplynout. Časný kontakt stimuluje mateřské instinktivní chování. (8, 28)

Jak ukazuje odborná literatura, velmi opatrně je nutno postupovat při podávání informací o závažnosti zdravotního stavu dítěte. Nepříznivá zpráva působí na chování rodičů, kteří prožívají zvýšené pocity úzkosti a mohou vést až k tzv. „emočnímu stažení“ (emotional withdrawal). Upozorňuje se, že takto změněné chování se může velmi negativně odrazit v interakci rodičů s dítětem a nepříznivě působit na jeho další vývoj, přetrvávat řadu let, i když se původní nepříznivé informace a předpoklady nenaplnily. (34, 35)

5.2 Navázání partnerského vztahu zdravotník-rodič

Efektivní spolupráci zdravotník-rodič nejčastěji brání velká asymetrie vztahu. Profesionál v roli „odborníka, který zná vše nejlépe“ vytváří distanci, která brání spolupráci s rodiči jako s rovnocennými partnery, blokuje aktivitu rodičů a brání vytváření prostoru pro vzájemnou důvěru a sdílení pocitů. Rodiče pak o svých starostech a pocitech raději nemluví. Vytváří se tak paternalistický vztah, kdy rodiče mají zcela pasivní roli, jsou mnohdy s trochou nadsázky povinni disciplinovaně se podřídit zdravotnickému personálu. Přístup zdravotníků může vyústit až v nekompetentnost a neschopnost rodičů o dítě pečovat, vztahy mezi nimi mohou nabýt až konfliktního charakteru. Paternalistický vztah je chápán jako zastaralý, nefunkční a kontraproduktivní. (17, 27, 48)

Partnerský vztah umožňuje navázání kvalitní spolupráce zdravotnického personálu s rodiči. Základem pro partnerskou spolupráci je flexibilní a individuální přístup ze strany odborníků. Partnerský vztah je založen na vzájemném respektování obou zúčastněných stran, respektování rozdílných schopností a dovedností při zachování rodičovských i profesionálních kompetencí. Rodiče by měli být uznáváni jako experti na své dítě, protože zejména matka dokáže pozorovat a rozumět chování dítěte, rozeznávat jeho duševní stavy, číst jeho signály a správně na ně reagovat.

Pokud rodiče nemají možnost ovlivňovat dění kolem jejich dítěte, stanou se jen pasivními pozorovateli, trpí pocitem zbytečnosti a zoufalství (nemohu se o dítě starat, jsem tu k ničemu), ztrátou sebedůvěry (nenaučím se pečovat o své dítě, nedokážu to, jsem závislá na ošetřujícím personálu) a zesílením pocitu selhání sebe sama v péči o dítě. (17, 31)

5.3 Proces edukační péče

Edukace a edukační péče není jednorázovým učením, ale komplexním dlouhodobým a plánovaným procesem, který se odráží v průběhu celého pobytu dítěte v porodnici. Na počátku edukačního procesu bychom měli zjistit, jaké informace rodiče již získali a zda jim porozuměli a jakou mají schopnost učit se.

Při komunikaci s rodiči se neustále musíme ujišťovat, zda mluvíme jasně, srozumitelně a aktivně nabízet další vysvětlení. Většina rodičů potřebuje o

problémech a podávaných informacích hovořit opakovaně, potřebují jistotu, že termíny a informace pochopili správně, chtějí mít možnost se případně k tématům vracet. Důležité je rovněž při volbě termínů a pojmů neuzívat příliš odbornou terminologii, na druhou stranu je nutno rodičům osvětlit charakteristiku onemocnění, léčebné zákroky, ošetrovatelské postupy a podávané léky takovým způsobem, aby v případě potřeby rodiče mohli odpovědně rozhodnout o dalším postupu v léčbě dítěte. (31)

V průběhu edukace, spolupráce a kontaktu s rodiči je nutné vybízet rodiče k možným dotazům, v případě nejasností a pochybností jim umožnit opakovaně se obracet na ošetřující personál. Odborníci by sami měli vyzývat rodiče, aby se ptali a přesvědčit se, zda všem informacím porozuměli. Pro lepší zapamatování podávaných informací je dobré doporučit rodičům, aby si všechny důležité informace zapisovali. Rodiče by se neměli stydět ptát se na své další otázky.

Kvalita edukace je závislá zejména na psychosociálním stavu rodičů, především psychickém stavu matky s ohledem na poporodní stav. Podávání informací je nutno vždy tomu přizpůsobovat a korigovat. Největší tíha je zpravidla na matce, proto je nezbytná dostatečná a bezpodmínečná podpora partnera a celé rodiny. V případě potřeby je možné využívat spolupráci a pomoc psychologa. (34)

Edukační proces znamená spolupráci celého zdravotnického týmu, a proto každý zdravotník musí znát svoje kompetence a vědět, kdy a jaké informace může rodičům sdělovat. Podávané informace by měly být jednotné, úplné a srozumitelné a navazovat na sebe, nejčastější chybou u zdravotníků bývá právě nejednotnost v podávání diferencovaných či neúplných informací. Průběh o edukaci je zaznamenáván do edukačních archů či záznamů. (42)

Ošetřující personál je jedním z podpůrných pilířů při zvládnání adaptace rodičů na jejich těžkou životní situaci, měl by rodiče aktivně podporovat v péči o dítě i v kontaktu s nimi a vyvolávat u nich pozitivní odezvu.

Edukační proces zahrnuje:

- edukační brožury pro rodiče
 - aktivní zapojení rodičů do péče o dítě
- (34)

5.3.1 Edukační brožury pro rodiče

Edukační brožury jsou informační materiály v písemné podobě, jejichž cílem je bližší seznámení rodičů s prostředím jednotky intenzivní péče. Měly by být psány jednoduchým a srozumitelným jazykem, aby pomohly rodičům lépe zvládnout stresovou situaci a umožnily jim snadnější orientaci v problémech pramenících z předčasného narození dítěte. Rodiče by tyto materiály měli obdržet co nejdříve po porodu, nejlépe při první návštěvě dítěte. Materiály v písemné podobě si rodiče mohou odnést domů a kdykoliv se k nim vrátit. Edukační brožury by měly být souhrnné, dostupné na oddělení a zpravidla by měly obsahovat tyto základní údaje:

- provozní řád oddělení
- zásady hygienicko-epidemiologického režimu
- informace o návštěvách rodičů (příbuzných, známých)
- časový plán ošetřování dítěte
- telefonická spojení na oddělení
- jméno primáře, vrchní sestry oddělení, vedoucího lékaře, ošetřujícího lékaře
- informace o mateřském klubu
- informace o případné konzultaci s psychologem
- nejčastější diagnózy na JIP novorozenců, charakteristika onemocnění, léčba
- přístroje a monitory používané na JIP novorozenců
- prognóza předčasně narozených novorozenců, statistické ukazatele péče
- výživa nedonošených dětí mateřským mlékem, způsoby krmení nedonošených dětí, pokyny pro sběr, skladování a transport mateřského mléka
- režim v domácím prostředí (strava, léky, očkování)
- následné odborné lékařské kontroly

(11, 34)

5.3.2 Aktivní zapojení rodičů do péče o dítě

Klíčový a zcela zásadní význam pro navázání adekvátního citového vztahu mezi rodiči a dítětem představuje aktivní zapojení a začlenění rodičů do péče o jejich nedonošené dítě. Zapojí-li se rodiče do péče o dítě co nejdříve, dochází následně ke značnému zmírnění a uvolnění jejich stresové a traumatizující situace. Pokud rodiče při své návštěvě dítěte postávají jen nečinně u inkubátoru, bez možnosti dotyku či pohlazení dítěte, jsou nadále prohlubovány jejich silné pocity bezmoci a zoufalství, že pro své dítě nemohou nic udělat. Role pasivních

pečovatelů představuje nebezpečí nevhodného interakčního chování mezi rodiči a dítětem, velmi pravděpodobně rodiče nebudou cítit dostatečnou důvěru k ošetřujícímu personálu. (2, 34, 37)

První formou aktivního kontaktu a péče je podněcování rodičů ze strany zdravotnického personálu k častým a opakovaným návštěvám prostředí intenzivní péče a jejich nedonošeného dítěte. Ujistění personálu, že navštěvováním miminka, promlouváním k dítěti a vhodnými dotyky rodiče vzbuzují u dítěte příjemné pocity, napomáhá postupně k získávání rodičovských kompetencí a následným formám jejich zapojení do péče. Přestože ze strany ošetřujícího personálu se může zdát, že jde o banální drobnosti, pro rodiče je možnost kontaktu s dítětem nesmírně důležitá. Řada rodičů popisuje možnost dotknout se poprvé svého dítěte za jeden z nejintenzivnějších zážitků. Prvotní kontakt s dítětem by měl následovat již při první návštěvě oddělení a rodičům má být umožněn intenzivní kontakt s dítětem kdykoliv je to možné. (34)

Příklad výpovědi matky nedonošeného dítěte:

„Zažili jsme však také spoustu krásných a dojemných chviliek: první doteky (málem jsem omdlela), první klokánkování, první koupání, česání, přebalování. Všechno mě naučily sestřičky. Byly úžasné.“

(34, s. 21)

Zapojení rodičů do péče o dítě má probíhat již v rámci pobytu dítěte na jednotce intenzivní péče. Přestože jsou rodiče zpočátku plni strachu a obav aktivně pečovat o své dítě, skutečnost naznačuje, že téměř všichni rodiče se rádi stávají aktivními pečovateli a ne pouze pasivními pozorovateli, kdy veškeré ošetřovatelské intervence vykonávají pouze sestry.

Vybízení rodičů k rané aktivní péči o dítě je závislé na vybudování vzájemné důvěry mezi ošetřujícím personálem a rodiči. Rodiče během interakce se zdravotníky potřebují vědět, že chápou jejich nelehkou a náročnou situaci a že stojí na jejich straně. Pokud jsou odborníci vlídní, vstřícní a přátelští, posílí se důvěra rodičů v léčbě a ošetřování jejich dítěte. Opakované vyjádření podpory, posilování a povzbuzování rodičů ze strany sestry napomáhá postupnému získávání větší sebejistoty v péči o nezralé miminko.

Děti narozené předčasně mají nárok na péči svých rodičů, ale především mají nárok na jejich lásku, stejně jako děti donošené. Po počáteční bolesti z předčasného porodu se pozornost rodičů obrací k tomu, zda a jak nejlépe mohou o své dítě pečovat. Jakmile rodiče získají požadovanou sebejistotu a sebedůvěru, jsou schopni na základě svých možností adekvátně zabezpečovat biopsychosociální potřeby dítěte.

Aktivní zapojení rodičů v péči o jejich dítě se řídí dle možností oddělení, ale zejména přístupem a pohledem ošetřujícího personálu. Pokud je přístup zdravotníků paternalistický, rodiče se ocitají ve zcela pasivní pozici pečovatелů neschopných a nekompetentních se jakkoliv podílet na péči o dítě. Partnerský vztah umožňuje navázat kvalitní spolupráci zdravotníků s rodiči a ošetřující personál bude mít od počátku přirozený zájem aktivně rodiče začlenit do pečování o nedonošené dítě.

V případě partnerského vztahu a spolupráce se pod vedením ošetřující sestry rodiče učí a provádějí u dítěte:

- šetrné zacházení s dítětem a manipulaci (otáčení, polohování)
- měření tělesné teploty, přebalování
- jednoduché ošetřovatelské postupy a výkony (ošetřování pokožky, pupeční jizvy, aplikace očních kapek, mastí apod.)
- zajištění výživy dítěte (podávání mateřského mléka do gastrické sondy, krmení stříkačkou či z láhve, přikládání k prsu, kojení)
- hygienickou péči, koupel dítěte
- rehabilitaci

Edukace rodičů a jejich aktivní zapojení do rané péče o nedonošené dítě má zcela nenahraditelný význam pro dítě i pro ně samotné. Rodiče jsou plni strachu, bezmoci a bezradnosti a pokud nejsou vhodně edukováni, tato negativní energie se může přenášet na dítě samotné. Téměř všichni rodiče po odbourání stresu, bezmoci a bezradnosti jsou schopni vyvinout obrovské úsilí v péči o dítě. (34)

Nedílnou a velice významnou součástí rané aktivní péče je klokánkování, rozhovory ošetřujícího personálu s rodiči, „mateřský klub“, kde matka získává informace o mateřském mléce a rovněž využívání bazální stimulace u nedonošeného dítěte. (2, 34, 37)

5.3.3 Klokánkování (kangaroo péče)

Metoda klokánkování je charakterizována jako napodobování vztahu klokani matky, která takto pečuje o svoje nesamostatné mládě. Klokánkování je chování dítěte pouze v plně mezi prsy na matčině kůži, tato metoda je rovněž označována jako péče „kůži na kůži“ (skin to skin). Způsob této péče byl převzat z tradice jihoamerických Indiánů, kde umožňoval přežití mnoha dětí s velmi nízkou porodní vahou. Klokánkování je nesmírně přínosné pro vytváření adekvátního interakčního vztahu mezi matkou a dítětem. Představuje velmi významné citové pouto mezi matkou a nedonošeným dítětem a je spojené se silnými pocity štěstí a radosti.

Tato přirozená a jednoduchá metoda má být podporována ze strany ošetřujícího personálu, protože kromě navázání zcela výjimečného emočního vztahu, kdy dítě cítí teplo a lásku matky, tlukot jejího srdce, umožňuje docílit časný zrakový a sluchový kontakt. Klokánkování pozitivně působí na psychiku rodičů a vývoj nedonošeného dítěte. Ve srovnání s péčí v inkubátoru děti chované „kůži na kůži“ jsou klidnější, spokojenější, dýchají pravidelněji, mají nižší a stabilnější potřebu kyslíku, nižší výskyt apnoických pauz, zažívají delší období hlubokého a kvalitnějšího spánku, je zajištěn teplotní komfort. Jsou-li děti relaxované a stabilní, mohou využívat svoji energii pro růst. Rodičům tato metoda přináší pocit pohody, spokojenost, vyrovnanost, sblížení a posílení citové vazby s dítětem.

U matek předčasně narozených dětí se vlivem klokánkování zvyšuje množství mateřského mléka, úzký fyzický kontakt mezi matkou a dítětem ovlivňuje u matky stimulaci tvorby protilátek vůči bakteriálním kmenům v prostředí dítěte, které prostřednictvím mateřského mléka nedonošené dítě získává.

Metoda klokánkování je přirozeně oblíbená i u otců nedonošených dětí, a proto je jejich zájem podporován. Péče „kůži na kůži“ má významný vliv na rodiče, protože se naučí lépe porozumět svému dítěti a zažívají neopakovatelné prožitky vzájemného tělesného kontaktu a sblížení s jejich dítětem. Jejich role je nezastupitelná. (2, 24, 28, 34)

5.3.4 Rozhovory ošetřujícího personálu s rodiči

Vzájemný častý kontakt ošetřujícího personálu s rodiči posiluje získávání a vytváření oboustranné důvěry a přátelské atmosféry a eliminuje mnohdy zbytečná nedorozumění. Navození důvěrného vztahu dovoluje rodičům nebát se zeptat na své

otázky, odstranit jejich případné pochybnosti či nejasnosti a personál jim tak může poskytnout oporu a účinnou pomoc. Rodiče mohou se zdravotníky mluvit o svých pocitech a starostech a nejsou jen pasivními příjemci informací.

Ošetřující personál koriguje rozhovor takovým směrem, aby rodiče neztráceli příliš energie otázkami, na které není odpověď a naopak se soustředili na otázky objasňující jim aktuální zdravotní stav a problémy dítěte. Rozhovory s rodiči by měly být realizovány při každé jejich návštěvě. V případě neuspokojivého psychického stavu rodičů by jim měla být nabídnuta psychologická pomoc. (34)

5.3.5 Mateřský klub

Přirozenou a optimální výživou novorozence je mateřské mléko, to platí samozřejmě i u předčasně narozeného dítěte. V mateřském klubu matka získává informace o významu mateřského mléka pro miminko, výživě nezralých dětí, podrobně se seznamuje s pokyny pro odsávání, sběr, způsob skladování a transport mateřského mléka, typy odsávacích nádob a dalšími pomůckami. Matce je zdůrazňována její nezastupitelná role tvorby mateřského mléka pro dítě a význam kojení do budoucna.

Každá matka nezralého dítěte by měla být podrobně seznámena s informacemi týkajícími se mateřského mléka, jeho obrovského významu pro nezralé dítě a podpory laktace. Matky edukuje sestra-laktační poradkyně, popřípadě lékař.

5.3.6 Bazální stimulace

„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, vypracoval koncept Bazální stimulace podporující rozvoj schopností u těžce postižených dětí a zabýval se převážně podporou sensorické komunikace.“ (10, s. 114) Tento koncept přenesla do ošetrovatelské praxe profesorka Christel Bienstein, zdravotní sestra, která úzce spolupracuje s prof. Fröhlichem v problematice ošetrovatelské péče o lidi, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena a změněna. (10)

Prvky konceptu integrované do péče mají význam i v neonatologické intenzivní péči. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi vývoje. Díky smyslům můžeme vnímat

sebe sama a okolní svět. Nezralý novorozenec by měl mít také dostatek podnětů pro psychomotorický vývoj. Základním podnětem je zraková, dotyková a sluchová stimulace, která by měla být cíleně realizována u nezralého novorozence. Základním stimulem je dotyk představující jednu ze základních potřeb dítěte. Při neuspokojení této potřeby může dojít k psychické deprivaci. Důležitou úlohu sehrává role rodičů, kteří jsou vedeni a poučeni ošetřujícím personálem o významu promlouvání na dítě, vhodných jemných a šetrných dotycích, hlazení s ohledem na zralost dítěte. Cílená stimulace přispívá u dítěte k uspokojování jeho psychických potřeb. (10, 28)

6. Fyziologie citových vazeb

Stejně jako u všech savců, i u nás v průběhu vývoje vznikl limbický systém mozku, který umožňuje citlivě vnímat potřeby dětí. Savci rodí potomstvo zranitelné a neschopné samostatného přežití bez neustálé rodičovské péče po určitou značně dlouhou dobu. Lidský druh je extrémním případem, protože jeho mláďata jsou nejméně zralá a vyžadují nejdelší zapojení rodičů. Vývojem se u lidí v mozku začlenil instinkt, který člověka nutí reagovat na všechny potřeby dítěte. Tato výbava představuje základ schopnosti člověka vytvářet sociální vazby a navazovat vztahy s ostatními a slouží k zajišťování nutných vztahů pro přežití druhu.

Specifická oblast emočního mozku zodpovídá za úzkostný pláč dítěte, jakmile není s osobou, k níž je citově připoutáno. Stejná oblast mozku pak zodpovídá za instinktivní reakce matky na takový pláč. Takové volání a instinktivní odpovědi tvoří mezi matkou a dítětem „reflexní oblouk“ vztahů. Dítě potřebuje mít u sebe matku, ke které se může těsně připoutat, mít ji na dosah s jistotou, že ho plně akceptuje, chrání a neopustí ho. V případě, že dojde v počátečním kontaktu k selhání, dochází po psychologické stránce k „rozštěpu“ dítěte. Má-li mít novorozenec v prvních dnech svého života optimální podmínky pro svůj vývoj, potřebuje od prvopočátku osobu, především matku, která je k této roli psychologicky připravena a věnuje se mu v každé chvíli s nerozdělenou pozorností a přirozenou empatií. Péče o nezralého novorozence má probíhat v souladu s jeho individuálním a biologickým rytmem.

Emoční mozek je tedy stavěn na vysílání potřeb a instinktivních odpovědí. Tento typ komunikace je podstatný pro přežití organismu, a to nejen co se týče fyziologických potřeb. Pro lidský druh je emoční kontakt skutečně biologickou potřebou, stejně jako potrava a kyslík. (24, 33)

6.1 Láska jako biologická potřeba

Rozvoj moderní intenzivní péče a pokroky v resuscitaci od osmdesátých let 20. století umožnily více možností přežívání nedonošených dětí. Velmi brzy se zjistilo, že nezbytné manipulace ošetřujícího personálu mají nežádoucí vliv na křehkou nervovou soustavu nedonošeného dítěte. Péče o tyto nezralé novorozence byla kromě základního ošetřování realizována bez fyzického kontaktu. I přes dokonalé podmínky a ideální lékařskou péči však tyto děti nerostly tak, jak by měly a bylo to přisuzováno z velké části jejich pobytu v inkubátoru. Jakmile totiž novorozenci, jejichž zdravotní stav to umožnil, opustili inkubátor, začali rychle přibývat na váze. Na jednom americkém novorozeneckém oddělení si všimli, že některé děti, přestože měly stejné podmínky a péči jako všechny ostatní, rostly takřka normálně. Ukázalo se, že o všechny tyto děti pečovala stejná sestra, jež nevydržela být lhostejná k jejich pláči a po několik týdnů, i když to bylo zakázané, je hladila po zádičkách, aby je utišila a ukonejšila. Když se nedostavila žádná negativní reakce, ba naopak vysledovala evidentní pozitivní odezvu, pokračovala v tom dál.

Tento výsledek byl později prokázán celou řadou pokusů na krysích mláďatech, která byla matkám odejmuta hned po narození. Profesor Schonberg se svým týmem na Dukeově univerzitě svými experimenty dokázal, že při absenci fyzického kontaktu se každá buňka doslova odmítá vyvíjet. V buňkách se přestává projevat část genomu odpovídající za produkci enzymů, které jsou nutné k růstu. Krysí mláďata byla hlazena po zádech vlhkým štětcem simulujícím olizování matkou a produkce enzymů a růst se okamžitě obnovil. Emoční kontakt je zkrátka nezbytným faktorem pro růst, dokonce i pro přežití, což potvrdily i další důkazy.(33)

Jak se ukazuje, emoční kontakt a dostatečná „citová výživa“ sehrává zcela zásadní význam pro růst a vývoj nezralého novorozence, který potřebuje adekvátní

stimulaci matky od samého počátku svého života. Přítomnost matky a projevy mateřské lásky znamenají pro nezralé dítě obrovský profit, jsou zdrojem biologické regulace a podmiňují kvalitu vztahu mezi matkou a dítětem.

Z uvedeného vyplývá, že edukace s podporou časného intenzivního kontaktu a rané aktivní péče rodičů o dítě ze strany zdravotnického personálu je naprosto nezbytná, ovlivňuje rozvoj velmi silného citového vztahu mezi rodiči a dítětem, který je definován jejich stupněm empatie a odpovědí na emoční potřeby dítěte.

„Maminky a tátové předčasně narozených dětí by se vždycky měli smět svých děťátek dotýkat, navazovat s nimi kontakt pohledem – a to i tehdy, musejí-li děti zůstat v inkubátoru a později ve speciálních postýlkách. Takovéto vytváření kontaktu je nezbytné pro vznik naplňujícího vzájemného vztahu; a ten pak dokonce i pro rodiče, kteří své děti předčasně ztratí, bývá zdrojem útěchy a šťastných vzpomínek“. (21, s. 38)

7. Empirická část

7.1 Cíl výzkumu

V empirické části diplomové práce jsem se zaměřila na zmapování problematiky edukace matky nezralého novorozence na neonatologické jednotce intenzivní péče. Provedla jsem výzkumné šetření na čtyřech novorozeneckých pracovištích a pokusila jsem se zhodnotit tuto problematiku z pohledu sester pracujících na JIP pro novorozence a z pohledu matek předčasně narozených dětí. Cílem výzkumu je:

- zjistit názory sester na edukaci matky nezralého novorozence
- zjistit postoje sester na aktivní zapojení matky do péče o nezralé dítě v rámci jeho pobytu na JIP
- zmapovat možnosti edukace a rozdíly edukačního působení na jednotlivých neonatologických JIP, zjistit způsob edukace matky sestrami
- zmapovat problémy sester při edukaci, možnosti řešení
- zjistit postoj a vztah matky k nezralému novorozenci
- zmapovat názory matek na edukaci ze strany ošetřujícího personálu, ochotu a vstřícnost sester
- zjistit názor a postoj matky na rané zapojení do péče o nezralé dítě
- zjistit, jak matky vnímají klokánkování
- stanovit doporučení pro praxi

7.2 Hypotézy

Stanovila jsem osm hypotéz, z nichž čtyři se vztahují na sestry pracující na novorozenecké JIP, jež pečují o předčasně narozené novorozence a čtyři na matky nezralých dětí.

H1 *Domnívám se, že si sestry uvědomují význam a důležitost edukace matky na novorozenecké JIP, ale odlišují se jejich názory na proces edukace. Na oddělení JIP chybí edukační materiály v písemné podobě a standardní ošetrovatelský postup zaměřený na edukaci.*

H2 *Domnívám se, že sestry považují spolupráci a komunikaci s matkou za obtížnou a náročnou. Nejméně 50% sester udává, že nemají na edukaci matky na novorozenecké JIP dostatek času a shledávají při edukaci občasně problémy v komunikaci.*

H3 *Předpokládám, že 50% sester shledává ošetřování nezralého novorozence za snazší bez matky, nevnímají matku jako aktivního spolupracovníka v péči o dítě a brání se časnému ošetřování nezralého dítěte matkou na JIP.*

H4 *Předpokládám, že sestry umožňují matce intenzivní kontakt s dítětem a klokánkování vnímají jako navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem. Klokánkování je sestrami podporováno s ohledem na zdravotní stav dítěte.*

H5 *Předpokládám, že předčasné narození dítěte znamená nejméně pro 50% matek velmi stresující zátěžovou situaci, která je provázána celou řadou negativních pocitů. Největší oporou po předčasném porodu je matce manžel (partner).*

H6 *Domnívám se, že aktivní zapojování do péče o dítě výrazně napomáhá matce k identifikaci její mateřské role a přispívá k získání rodičovských kompetencí. Matka očekává dostatek srozumitelných informací o dítěti od lékaře a sestry ve stejné míře a uvítala by edukační materiály v písemné formě.*

H7 *Domnívám se, že 90% matek vnímá klokánkování a kontakt s dítětem jako silné citové pouto a uspokojování emočních potřeb dítěte. Klokánkování pomáhá matce k navázání citového vztahu k nezralému novorozenci.*

H8 *Předpokládám, že ačkoliv má matka počáteční strach a obavy ošetřovat své nedonošené dítě, chce se co nejdříve aktivně zapojit do péče o dítě a podle svých možností zabezpečovat jeho potřeby.*

7.3 Metody výzkumu

Dotazník

Hlavní zvolenou metodou byla metoda dotazníkového šetření, jedná se o kvantitativní výzkum. Použila jsem dva druhy dotazníků vlastní konstrukce určené pro dvě skupiny respondentů. Jednu skupinu respondentů představovaly matky nezralých novorozenců, druhou skupinou byly sestry pracující na novorozeneckých JIP.

V úvodu dotazníku jsem seznámila respondenty s cílem výzkumu a k jakému účelu bude sloužit výsledek šetření. Současně jsem objasnila způsob vyplňování dotazníku, časovou náročnost pro vyplnění a zdůraznila jsem, že veškeré získané údaje budou zpracovány s ohledem na anonymitu respondentů.

Dotazník pro sestry pracující na novorozenecké JIP obsahuje 20 položek a je rozdělen na část zjištění identifikačních znaků (délka praxe na novorozenecké JIP, nejvyšší dosažené vzdělání sester) a část vztahující se ke stanoveným cílům a hypotézám. V dotazníku byly použity především položky uzavřeného charakteru vyžadující jednoznačnou odpověď (položky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19), položka č. 20 byla otevřeného charakteru, kde sestry mohly odpovídat podle svého uvážení. Užity byly i položky polouzavřeného charakteru, sestry volily odpovědi z nabízených alternativ, ale mohly připojit i vlastní odpověď (otázky č. 8, 15). Celé znění dotazníku pro sestry je uvedeno v příloze č. 1.

Dotazník pro matky nezralých novorozenců obsahuje 20 položek a rovněž je rozdělen na část zjištění identifikačních znaků (týden těhotenství porodu, porodní hmotnost) a část vztahující se k vymezeným cílům a hypotézám. Některé z položek jsou uzavřeného charakteru (položky č. 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 19),

v dotazníku je dále použita položka otevřeného charakteru (položka č. 18) a polozavřeného charakteru, kde matky z nabízených možností volily odpovědi a rovněž mohly připojit odpověď vlastní (položky č. 3, 5, 11, 13, 16). U položek s příloženou pětibodovou stupnicí (škálovací stupnice) matky volily tu hodnotu, jež nejvíce vyjadřovala jejich názor (položky č. 4, 20). Celé znění dotazníku pro matky je uvedeno v příloze č. 2.

K jednotlivým hypotézám se vztahují tyto položky:

H1 – položky č. 3, 4, 5, 8

H2 – položky č. 6, 7, 9, 14

H3 – položky č. 12, 13, 15, 16, 17, 19

H4 – položky č. 10, 11, 18, 20

H5 – položky č. 3, 4, 5

H6 – položky č. 6, 7, 8, 9, 10, 14

H7 – položky č. 11, 16, 17, 18, 19, 20

H8 – položky č. 12, 13, 15

Metoda statistického zpracování

Po ukončení sběru dat, jejich zpracování jsem provedla třídění a použila k vyhodnocení metodu statistického zpracování. Ve statistickém hodnocení uvádím tyto znaky: **N** = celkový počet respondentů, **n_i** = absolutní četnost, **f_i [%]** = relativní četnost. Data jsem zpracovávala pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel a Microsoft Word.

Dotazníky jsem členila podle identifikačních znaků a dále jsem vyhodnocovala každou z položek v dotazníku. Data jsou zpracována procentuálně a znázorněna ve formě tabulek a grafů. V dotazníku pro sestry jsem u položek č. 8, 15, kde bylo nabídnuto více odpovědí, vyhodnocovala pouze četnost odpovědí. Rovněž v dotazníku pro matky u položek č. 3, 11, 13 je vyjádřeno zastoupení četnosti odpovědí.

7.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován na čtyřech novorozeneckých jednotkách intenzivní péče. Oddělení se řadí ke špičkovým pracovištím v oboru neonatologie zajišťujících

specializovanou péčí nezralým či patologickým novorozencům. Zvolila jsem tato výzkumná pracoviště:

- Novorozenecké oddělení s JIP Gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice (VFN) v Praze
- Novorozenecké oddělení s JIP při Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD) v Praze Podolí
- Novorozenecké oddělení s JIP ve Fakultní nemocnici (FN) Motol v Praze
- Novorozenecké oddělení s JIP v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Výzkumného šetření se účastnily sestry pracující na oddělení intenzivní péče a matky, kterým se jejich dítě narodilo předčasně a bylo hospitalizováno na oddělení JIP pro novorozence.

Distribuci dotazníků na novorozenecké JIP Gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze jsem zajišťovala sama, protože na tomto pracovišti pracuji. Přímou jsem oslovovala sestry i matky, podala jsem sestřám podrobné instrukce k vyplnění, poučila je o účelu sběru dat a zodpovídala jim doplňující dotazy. Za matkami jsem docházela v případě jejich hospitalizace na pokoje určené matkám nezralých dětí či v době návštěvy dítěte na JIP. Každé matce jsem dotazník předávala s podrobným vysvětlením pro vyplnění, jakému účelu šetření slouží a zodpověděla její případné otázky. Sestry i matky vyplněné dotazníky odevzdávaly do předem určených boxů. Dotazníky jsem průběžně sbírala v období měsíců prosinec 2006 až leden 2007.

Po vyhovění mé žádosti provést šetření na ostatních zvolených výzkumných pracovištích jsem požádala o spolupráci vrchní sestry jednotlivých neonatologických úseků, které byly velmi vstřícné. Seznámila jsem je s prováděným výzkumným šetřením a podala podrobné pokyny pro vyplňování dotazníků týkajících se matek a sester. Zdůraznila jsem, že dotazníky jsou určeny sestřám pracujícím na oddělení intenzivní péče a matkám, jejichž dítě je hospitalizováno na JIP. Vrchní sestry byly tak ochotné a distribuovaly dotazníky sestřám i matkám. V Nemocnici České Budějovice jsem využila vstřícné spolupráce sestry pracující v minulosti na našem oddělení a rovněž jsem spolupracovala se sestrou školitelkou tohoto pracoviště. Vyplněné dotazníky pro zabezpečení anonymity sestry a matky vkládaly do příložených obálek. Sběr dotazníků probíhal

v měsících prosinec 2006 až únor 2007, po vyplnění dotazníků jsem tyto vybrala od vrchních sester neonatologických pracovišť. Zaměřila jsem se, jakým způsobem je realizována a dokumentována edukace na jednotlivých odděleních a zda existují informační materiály v písemné podobě.

7.5 Průběh výzkumu

Přípravná fáze výzkumu probíhala během měsíců květen až říjen 2006. K volbě tématu přispěl fakt, že pracuji na novorozenecké JIP a téma edukace a edukačního působení mě v poslední době velmi oslovilo, především z důvodu dlouhodobě nepříznivé situace rodičů dětí narozených předčasně. Po volbě tématu výzkumu, na základě studia literárních pramenů a praktických zkušeností jsem vypracovala hypotézy, zvolila metodiku výzkumu, naplánovala organizaci, průběh výzkumu a sestavila dotazníky pro sběr dat výzkumného šetření.

Předvýzkum jsem realizovala v listopadu 2006 na novorozenecké JIP Gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze. V předvýzkumu jsem pro otestování dotazníku oslovila pět sester pracujících na novorozenecké JIP a pět matek předčasně narozených dětí, které byly společně se svým dítětem hospitalizovány. Respondentkám jsem vysvětlila postup při vyplňování dotazníku, všechny bez větších problémů dotazníku porozuměly a byly zařazeny do vlastního výzkumu. Dotazník se ukázal jako funkční, provedla jsem následně drobné úpravy u sporných otázek.

Vlastní výzkum probíhal od začátku prosince 2006 do poloviny února 2007. Celkově jsem rozdala **105 dotazníků sestřám**, z toho návratnost byla **94 dotazníků**, tj. 90% a **82 dotazníků určených matkám** s návratností **70 dotazníků**, tj. 85%. Co se týče zastoupení jednotlivých pracovišť, na novorozenecké JIP Gynekologicko-porodnické kliniky VFN Praha jsem rozdala 35 dotazníků sestřám s návratností 34 dotazníků, tj. 97% a 32 dotazníků matkám s celkovou návratností 32 dotazníků, tj. 100%. V ÚPMD v Podolí jsem rozdala celkově 30 dotazníků sestřám, návratnost byla 22 dotazníků, tj. 73%, matkám bylo určeno 20 dotazníků s návratností 17 dotazníků, tj. 85%. V FN Motol bylo distribuováno 20 dotazníků sestřám s plnou návratností, tj. 100% a 15 dotazníků matkám, z nichž matky vyplnily 10, tj. 67%. Na neonatologickém oddělení s JIP v Nemocnici České

Budějovice jsem požádala o vyplnění dotazníku 20 sester, bylo vyplněno 18, tj. 90%, z původních 15 dotazníků určených pro matky byla návratnost 11 dotazníků, tj. 73%.

Návratnost dotazníků hodnotím velmi příznivě a při zpracování dat jsem tedy pracovala celkově se **164 dotazníky**. Během druhé poloviny měsíce února a měsíce března 2007 jsem roztřídila a zpracovala výsledky dotazníkového šetření.

7.6 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představovaly dvě skupiny respondentů, se kterými jsem během výzkumu pracovala – soubor sester a soubor matek.

7.6.1 Charakteristika výzkumného souboru sester

Výzkumný soubor představují sestry, které pracují na novorozenecké jednotce intenzivní péče a tvoří ho celkem **94 respondentek**, z toho **34 sester** z Gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze, **22 sester** z ÚPMD v Praze Podolí, **20 sester** z FN Motol v Praze a **18 sester** z Nemocnice České Budějovice. Sledovanými identifikačními znaky byly délka praxe na novorozenecké JIP a nejvyšší dosažené vzdělání.

Charakteristika souboru sester dle délky praxe na novorozenecké JIP

Ve VFN v Praze je průměrná délka praxe sester na novorozenecké JIP 7 roků, v Nemocnici České Budějovice 11 roků. Ve FN Motol představuje průměrná délka praxe sester na JIP 8 let a rovněž v ÚPMD v Podolí mají sestry praxi v průměru 8 roků, jak uvádí tabulka č. 1.

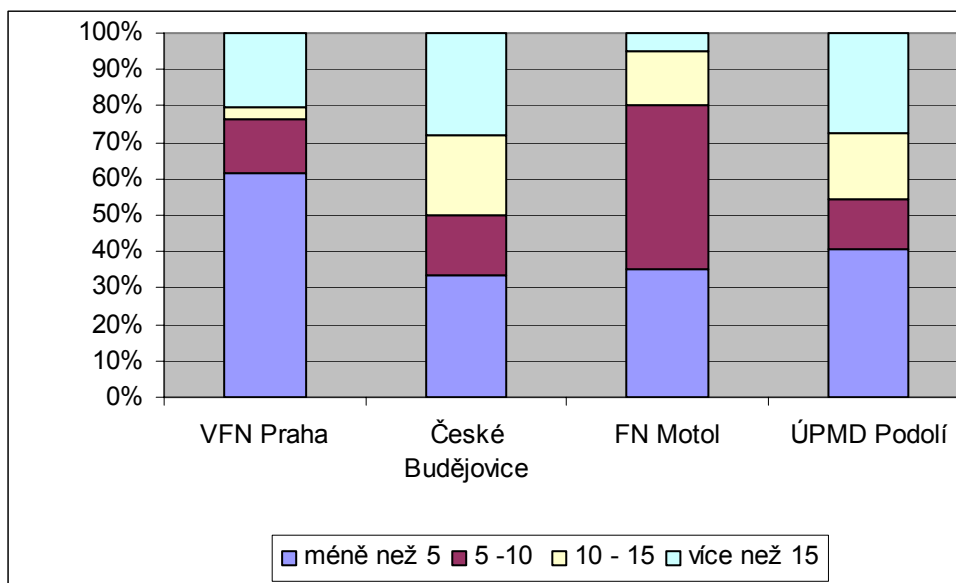
Tabulka č. 1 Délka praxe na novorozenecké JIP

Délka praxe	Respondentky (N = 94)		
	Ø praxe	Min. praxe	Max. praxe
VFN Praha	7,29	1	23
České Budějovice	10,8	2	25
FN Motol	7,79	1	16
ÚPMD Podolí	8,36	2	39

Tabulka č. 2 Délka praxe na novorozenecké JIP

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Délka praxe	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Méně než 5	21	61,8%	6	33,3%	7	35,0%	9	40,9%
5 -10	5	14,7%	3	16,7%	9	45,0%	3	13,6%
10 – 15	1	2,9%	4	22,2%	3	15,0%	4	18,2%
Více než 15	7	20,6%	5	27,8%	1	5,0%	6	27,3%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 1 Délka praxe na novorozenecké JIP



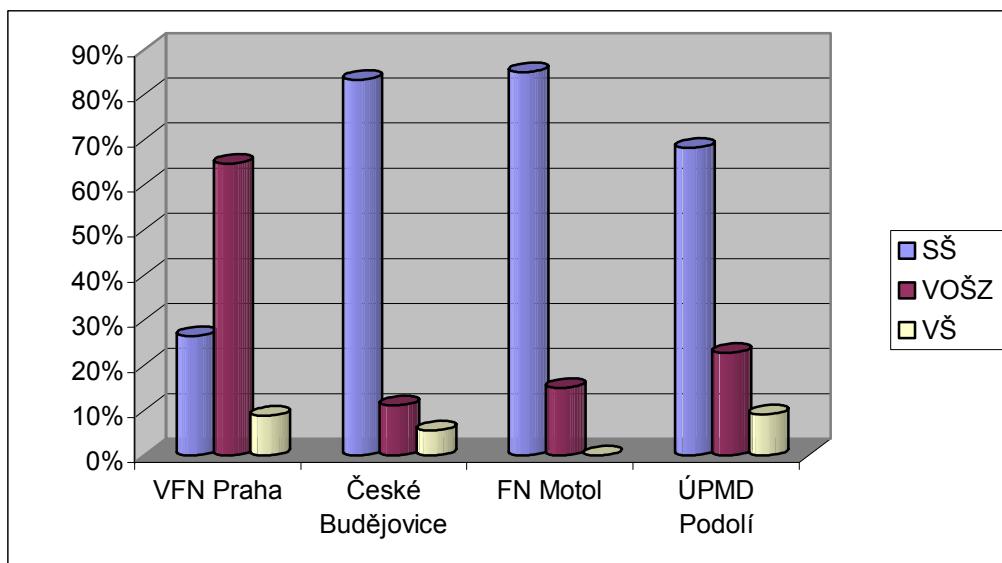
Charakteristika souboru sester dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Ve VFN v Praze nejvíce respondentek absolvovalo vyšší odbornou školu zdravotnickou, 22 sester, tj. 65%, pouze 3 sestry mají vysokou školu, tj. 9%. U sester v Nemocnici České Budějovice je nejvíce zastoupeno vzdělání středoškolské, 15 sester, tj. 83%, 1 sestra má vzdělání vysokoškolské, tj. 6%. Ve FN Motol má 17 respondentek střední zdravotnickou školu, tj. 85%, žádná ze sester na tomto pracovišti nemá vysokoškolské vzdělání. V ÚPMD v Podolí má rovněž většina sester středoškolské vzdělání, 15 sester, tj. 68%, 2 respondentky mají vysokou školu, tj. 9%, viz tabulka č. 3, graf č. 2.

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Vzdělání	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
SŠ	9	26,5%	15	83,3%	17	85,0%	15	68,2%
VOŠZ	22	64,7%	2	11,1%	3	15,0%	5	22,7%
VŠ	3	8,8%	1	5,6%	0	0,0%	2	9,1%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



7.6.2 Charakteristika výzkumného souboru matek

Do výzkumného šetření byly zařazeny matky, kterým se narodilo jejich dítě předčasně a bylo v průběhu šetření hospitalizováno na JIP. Výzkumný soubor tvoří celkem **70 respondentek**, z toho **32 matek** z Gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze, **17 matek** z ÚPMD v Praze Podolí, **10 matek** z FN Motol v Praze a **11 matek** z Nemocnice České Budějovice. Sledovanými identifikačními znaky byly týden těhotenství, ve kterém matka porodila a porodní hmotnost novorozence.

Charakteristika souboru matek dle týdne těhotenství porodu

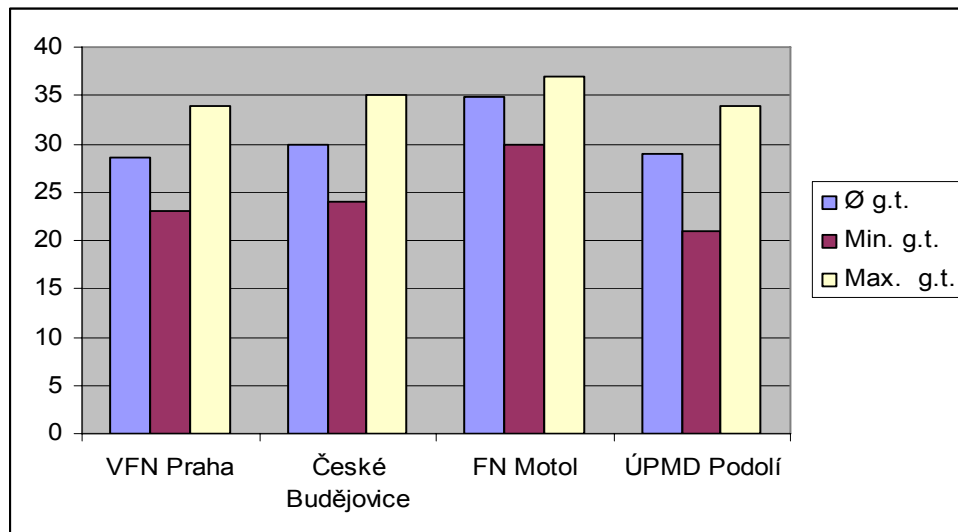
Průměrný týden těhotenství, kdy matky porodily své dítě je ve VFN v Praze 29. gestační týden (g.t.), nejnižší 23. g.t., nejvyšší 34. g.t. V ÚPMD v Podolí je

průměrný týden 29. g.t., nejnižší 26. g.t., nejvyšší 34. g.t. Na novorozenecké JIP v Nemocnici České Budějovice je průměrný týden těhotenství porodu u matky 30. g.t., nejnižší 24. g.t., nejvyšší 35. g.t. Ve FN Motol je průměrný týden těhotenství 35. g.t., nejnižší 30. g.t., nejvyšší 37 g.t., viz tabulka č. 4, graf č. 3.

Tabulka č. 4 Průměrný týden těhotenství

Průměrný týden těhotenství	Ø g.t.	Min. g.t.	Max. g.t.
VFN Praha	28,56	23	34
České Budějovice	30	24	35
FN Motol	34,9	30	37
ÚPMD Podolí	28,94	26	34

Graf č. 3 Průměrný týden těhotenství



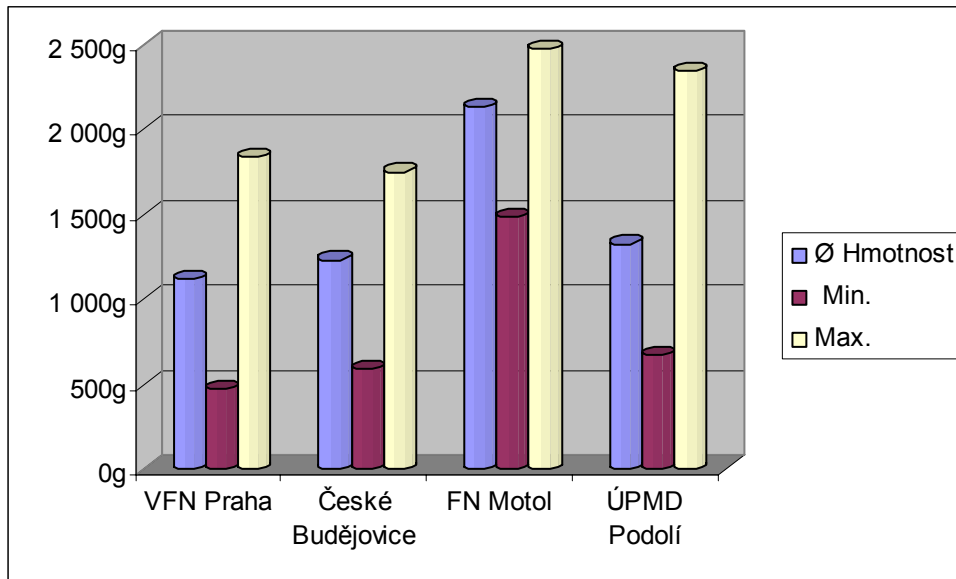
Charakteristika souboru matek dle porodní hmotnosti novorozence

Ve VFN Praha je průměrná porodní hmotnost novorozenců na JIP 1124 gramů, přičemž nejnižší porodní hmotnost je 470 gramů. V Nemocnici České Budějovice je průměrná porodní 1233 gramů, nejnižší porodní hmotnost je 590 gramů. V ÚPMD v Podolí představuje průměrná hmotnost dítěte při narození 1326 gramů, nejnižší porodní hmotnost je 670 gramů. Ve FN Motol je průměrná hmotnost narozených dětí 2136 gramů, nejnižší porodní hmotnost je 1490 gramů, jak uvádí tabulka č.5, graf č. 4.

Tabulka č. 5 Průměrná porodní hmotnost

Porodní hmotnost	Ø Hmotnost	Min.	Max.
VFN Praha	1124,21g	470g	1835g
České Budějovice	1232,72g	590g	1750g
FN Motol	2136g	1490g	2475g
ÚPMD Podolí	1326,47g	670g	2340g

Graf č. 4 Průměrná porodní hmotnost



8. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky jsou interpretovány ve vztahu k jednotlivým hypotézám, při jejich interpretaci vycházím z celkového počtu respondentů. Výsledky nejsou roztrženy podle identifikačních znaků výzkumného souboru, jež jsou uvedeny v charakteristice souboru.

8.1 Získané výsledky k hypotéze H1

Domnívám se, že si sestry uvědomují význam a důležitost edukace matky na novorozenecké JIP, ale odlišují se jejich názory na proces edukace. Na oddělení JIP chybí edukační materiály v písemné podobě a standardní ošetrovatelský postup zaměřený na edukaci.

K hypotéze H1 se vztahují položky dotazníku pro sestry č. 3, 4, 5, 8.

Položka č. 3

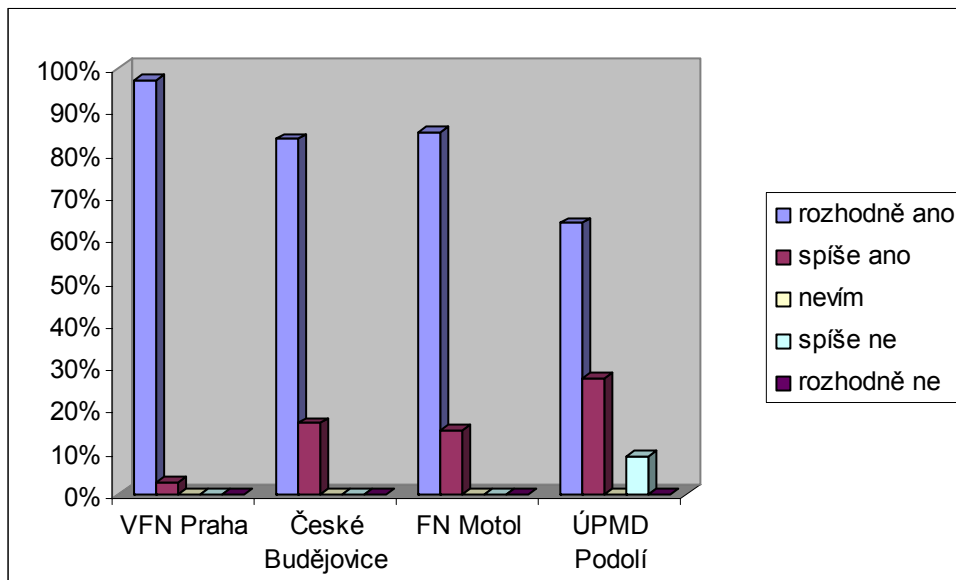
Myslíte si, že je edukace matky (rodičů) na novorozenecké JIP důležitá?

Naprostá většina respondentek ve VFN v Praze je přesvědčená o důležitosti edukace matky na novorozenecké JIP, 33 sester odpovědělo rozhodně ano, tj. 97%, 1 sestra spíše ano, tj. 3%. Podobně sestry v Nemocnici České Budějovice si myslí, že edukace matky je důležitá, 15 sester rozhodně ano, tj. 83%, 3 sestry spíše ano, tj. 17%. Rovněž ve FN Motol, 17 sester rozhodně ano, tj. 85%, 3 sestry spíše ano, tj. 15%. Na novorozenecké JIP v ÚPMD v Podolí je o významu edukace přesvědčeno 20 sester, 14 sester rozhodně ano, tj. 64%, 6 sester spíše ano, tj. 27%, 2 sestry si myslí, že edukace spíše není důležitá, tj. 9%, jak uvádí tabulka č. 6, graf č. 5.

Tabulka č. 6 Důležitost edukace

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Důležitost edukace	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	33	97,1%	15	83,3%	17	85,0%	14	63,6%
Spíše ano	1	2,9%	3	16,7%	3	15,0%	6	27,3%
Nevím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	9,1%
Rozhodně ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 5 Důležitost edukace



Položka č. 4

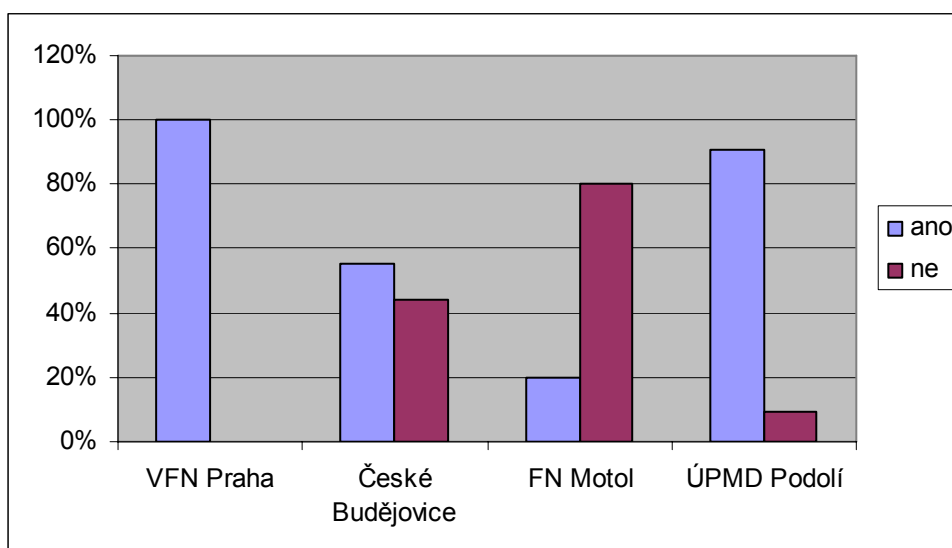
Máte na Vašem oddělení edukační materiály (informační letáky, brožury, apod.) určené rodičům?

Ve VFN v Praze všechny respondentky shodně odpověděly, že mají na oddělení edukační materiály pro rodiče, 34 sester, tj. 100%. V ÚPMD v Podolí 20 sester odpovědělo ano, tj. 91%, 2 sestry ne, tj. 9%. V Nemocnici České Budějovice 10 sester, tj. 56%, odpovídá, že mají na oddělení edukační materiály, avšak 8 sester, tj. 44%, si myslí, že na oddělení tyto materiály nejsou. Sestry z FN Motol odpovídají převážně záporně, 16 sester, tj. 80%, pouze 4 sestry, tj. 20%, jsou přesvědčeny o možnosti edukačních materiálů pro rodiče na oddělení v písemné podobě, viz tabulka č. 7, graf č. 6.

Tabulka č. 7 Edukační materiály

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Edukační materiály	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Ano	34	100,0%	10	55,6%	4	20,0%	20	90,9%
Ne	0	0,0%	8	44,4%	16	80,0%	2	9,1%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 6 Edukační materiály



Položka č. 5

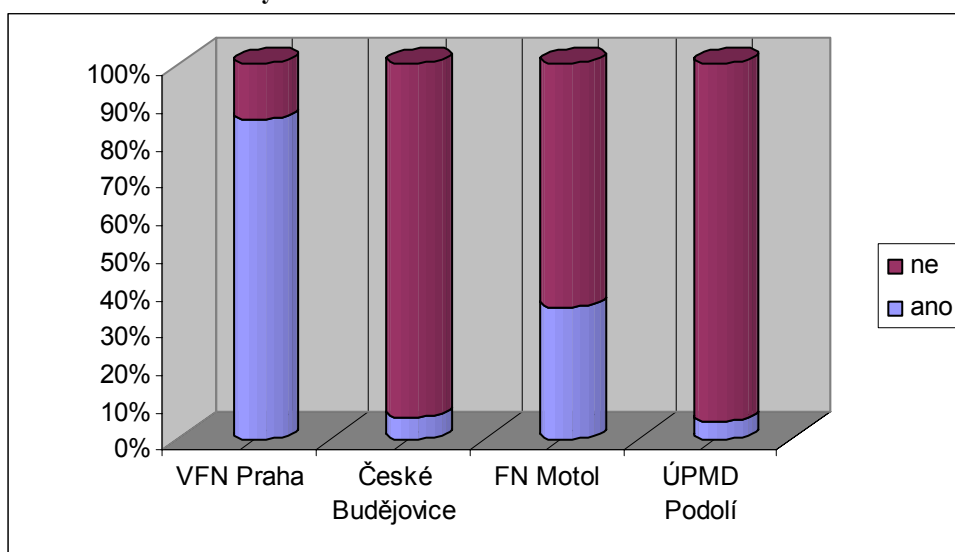
Máte na Vašem oddělení vypracovaný ošetřovatelský standard týkající se edukace rodičů nebo komunikace s rodiči?

Na novorozenecké JIP ve VFN v Praze 29 respondentek, tj. 85%, odpovídá, že mají na oddělení ošetřovatelský standard zaměřený na edukaci rodičů či komunikaci s rodiči, 5 respondentek, tj. 15%, si myslí, že ošetřovatelský standard na oddělení není. Ve FN Motol 7 sester, tj. 35%, udává, že na oddělení standard mají, 13 sester, tj. 65%, odpovídá záporně. V naprosté většině sestry v Nemocnici České Budějovice a v ÚPMD v Podolí odpověděly záporně, v Nemocnici České Budějovice 17 sester, tj. 94%, v ÚPMD v Podolí 21 sester, tj. 95%. Pouze 2 sestry z těchto pracovišť si myslí, že tento standard na oddělení je, v Nemocnici České Budějovice 1 sestra, tj. 6%, v ÚPMD v Podolí 1 sestra, tj. 5%, jak uvádí tabulka č. 8, graf č.7.

Tabulka č. 8 Ošetřovatelský standard – edukace

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	29	85,3%	1	5,6%	7	35,0%	1	4,5%
Ne	5	14,7%	17	94,4%	13	65,0%	21	95,5%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 7 Ošetřovatelský standard – edukace



Položka č. 8

Co je podle Vás součástí edukace matky (rodičů) na JIP?

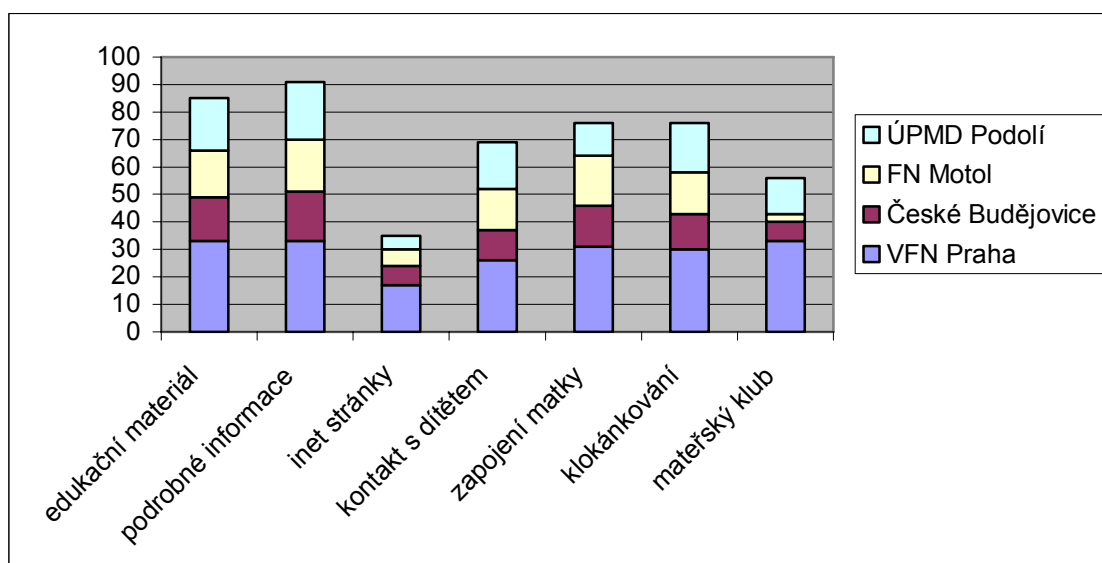
- edukační materiál pro rodiče (informační letáky, brožury apod.)
- podrobné a srozumitelné informace od ošetřujícího personálu
- odkazy na internetové stránky související s neonatologií
- umožnit matce (rodičům) intenzivní kontakt s dítětem
- aktivní zapojení matky (rodičů) v péči o dítě
- klokánkování
- mateřský klub (informace o mateřském mléce)

Nejčastěji uváděné odpovědi představují u sester ve VFN Praha edukační materiál, podrobné informace a mateřský klub, četnost odpovědí 33, dále aktivní zapojení matky do péče o dítě, četnost odpovědí 31, klokánkování, 30 odpovědí. Sestry v ÚPMD v Podolí uvádějí podrobné informace, 21 odpovědí, edukační materiál, 19 odpovědí, klokánkování, 18 odpovědí. Rovněž respondentky ve FN Motol shledávají jako součást edukace nejčastěji podrobné informace, četnost odpovědí 19, začlenění matky do péče, 18 odpovědí, edukační materiály, zastoupení 17 odpovědí. Podrobné informace vyjadřují také sestry v Nemocnici České Budějovice, 18 odpovědí, dále edukační materiály, 16 odpovědí, zapojení matky do ošetřování dítěte, zastoupeno 15 odpovědí, jak je uvedeno v tabulce č. 9, grafu č. 8.

Tabulka č. 9 Součást edukace

Součást edukace	Četnost odpovědí			
	VFN Praha	České Budějovice	FN Motol	ÚPMD Podolí
Edukační materiál	33	16	17	19
Podrobné informace	33	18	19	21
Inet stránky	17	7	6	5
Kontakt s dítětem	26	11	15	17
Zapojení matky	31	15	18	12
Klokánkování	30	13	15	18
Mateřský klub	33	7	3	13

Graf č. 8 Součást edukace



Hypotéza H1 se potvrdila částečně.

Potvrdilo se, že naprostá většina všech respondentek z jednotlivých pracovišť je přesvědčená o důležitosti edukace matky na novorozenecké JIP, ve VFN v Praze 100% sester, v Nemocnici České Budějovice 100% sester, ve FN Motol 100% sester a v ÚPMD v Podolí 91% sester. Pouze 2 sestry v ÚPMD v Podolí nejsou přesvědčeny o důležitosti edukace, tj. 9%.

Nebylo potvrzeno, že by se výrazně odlišovaly názory sester na proces edukace. V zastoupení nejčastěji uváděných odpovědí respondentek na otázku, co je součástí procesu edukace matky na JIP, všechny dotazované sestry shodně odpovídají podrobné informace a edukační materiály. Zapojení matky do ošetřování dítěte jako součást edukačního procesu vyjádřily, kromě respondentek v ÚPMD v Podolí, sestry ze všech oddělení novorozenecké JIP.

Částečně se potvrdilo, že na jednotlivých oddělení není dostatek edukačních materiálů pro rodiče. Ve VFN v Praze 100% sester, v ÚPMD v Podolí 91% sester a v Nemocnici České Budějovice 56% sester potvrzuje tyto materiály. V Nemocnici České Budějovice však 44% sester a ve FN Motol dokonce 80% sester odpovídá záporně. S výjimkou novorozenecké JIP ve VFN v Praze, kde 85% respondentek uvádí, že mají na oddělení ošetřovatelský standard týkající se edukace rodičů, bylo

na ostatních pracovištích potvrzeno, že tento standard nemají, ve FN Motol 65% sester, v Nemocnici České Budějovice 94% sester a v ÚPMD v Podolí 95% respondentek.

8.2 Získané výsledky k hypotéze H2

Domnívám se, že sestry považují spolupráci a komunikaci s matkou za obtížnou a náročnou. Nejméně 50% sester udává, že nemají na edukaci matky na novorozenecké JIP dostatek času a shledávají při edukaci občasné problémy v komunikaci.

K hypotéze H2 se vztahují položky dotazníku pro sestry č. 6, 7, 9, 14.

Položka č. 6

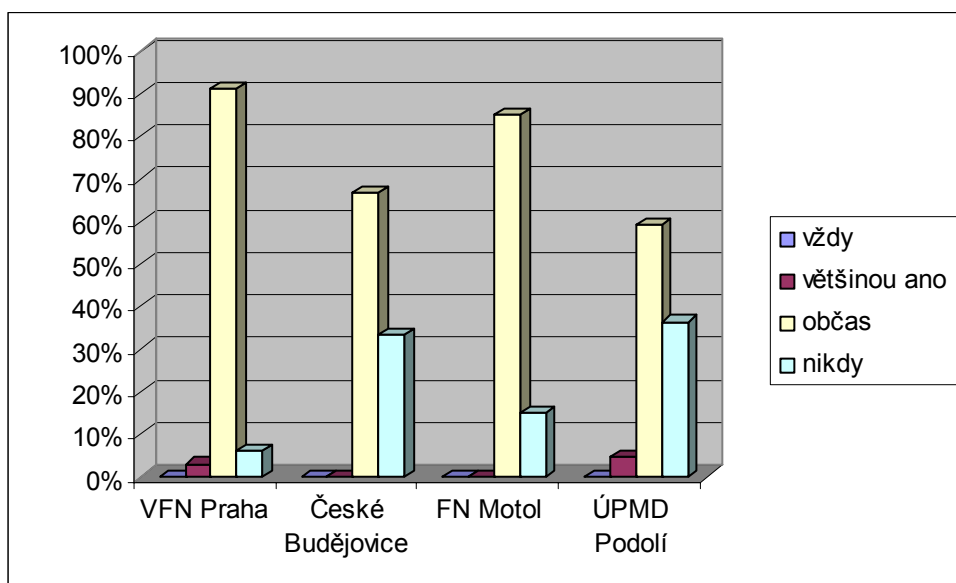
Myslíte si, že máte při edukaci matky (rodičů) na JIP problémy v komunikaci?

Naprostá většina respondentek z VFN v Praze udává, že má při edukaci matky občasné problémy v komunikaci, 31 sester udává občas, tj. 91%, 1 sestra většinou ano, tj. 3%, 2 sestry, tj. 6%, neudávají problémy v komunikaci s matkou nikdy. Shodně uvádějí občasné problémy v komunikaci s matkou i sestry z ostatních pracovišť, v Nemocnici České Budějovice 12 sester, tj. 67%, ve FN Motol 17 sester, tj. 85%, v ÚPMD v Podolí 14 sester, tj. 64%. Problémy s komunikací nikdy neshledává v Nemocnici České Budějovice 6 sester, tj. 33%, ve FN Motol 3 sestry, tj. 15% a v ÚPMD v Podolí 8 sester, tj. 36%, jak uvádí tabulka č. 10, graf č.9.

Tabulka č. 10 Problémy v komunikaci

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Problémy v komunikaci	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Vždy	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Většinou ano	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,5%
Občas	31	91,2%	12	66,7%	17	85,0%	13	59,1%
Nikdy	2	5,9%	6	33,3%	3	15,0%	8	36,4%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 9 Problémy v komunikaci



Položka č. 7

Uvítala by jste možnost rozvíjet své komunikativní schopnosti a sociální dovednosti např. v kurzu komunikace?

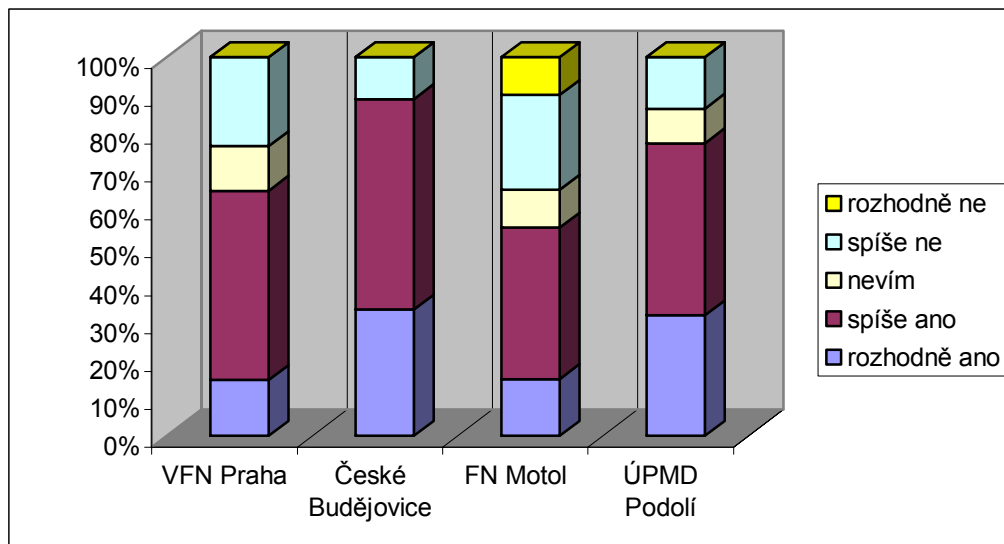
Kurz komunikace by uvítalo ve VFN v Praze 22 sester, rozhodně ano 5, tj. 15%, spíše ano 17 sester, tj. 50%, v Nemocnici České Budějovice 16 sester, rozhodně ano 6 sester, tj. 33%, spíše ano 10, tj. 56%. Tuto možnost by rovněž ve FN Motol uvítalo 11 sester, 3 sestry, tj. 15%, rozhodně ano, 8 sester, tj. 40%, spíše ano a v ÚPMD v Podolí 17 respondentek, rozhodně ano 7 sester, tj. 32%, spíše ano 10, tj. 45%. S rozvíjením svých komunikativních schopností nesouhlasí ve VFN Praha 8 sester, tj. 24%, v Nemocnici České Budějovice 2, tj. 11%, ve FN Motol 7 sester, tj. 35% a v ÚPMD v Podolí 3, tj. 14%, viz tabulka č. 11, graf č. 10.

Tabulka č. 11 Kurz komunikace

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Kurz komunikace	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	5	14,7%	6	33,3%	3	15,0%	7	31,8%
Spíše ano	17	50,0%	10	55,6%	8	40,0%	10	45,5%
Nevím	4	11,8%	0	0,0%	2	10,0%	2	9,1%

Spíše ne	8	23,5%	2	11,1%	5	25,0%	3	13,6%
Rozhodně ne	0	0,0%	0	0,0%	2	10,0%	0	0,0%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 10 Kurz komunikace



Položka č. 9

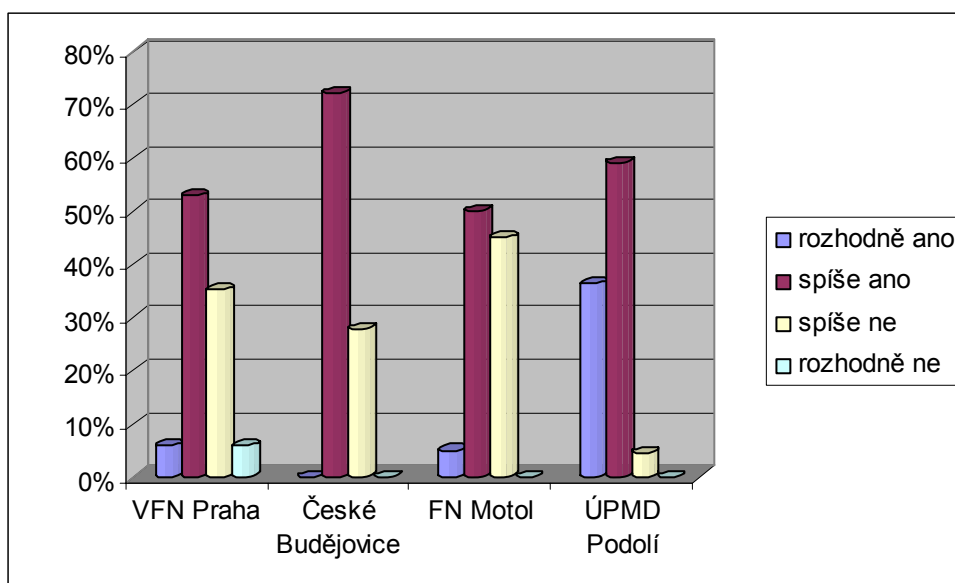
Myslíte si, že máte na edukaci matek (rodičů) na JIP dostatek času?

V ÚPMD v Podolí se 21 respondentek, tj. 95%, domnívá, že mají na edukaci matek dostatek času, v Nemocnici České Budějovice souhlasně odpovídají téměř tři čtvrtiny sester, 13 sester, tj. 72%. Rovněž sestry ve VFN Praha, 20 sester, tj. 59% a sestry ve FN Motol, 11 sester, tj. 55%. Pouze v ÚPMD v Podolí si 1 respondentka, tj. 5%, myslí, že spíše nemá na edukaci čas a v Nemocnici České Budějovice 5 sester, tj. 28%. Téměř polovina sester z VFN Praha a FN Motol uvádí, že nemají na edukaci dostatek času, ve VFN Praha 14 sester, tj. 41%, ve FN Motol 9 sester, tj. 45%, jak je uvedeno v tabulce č. 12, grafu č. 11.

Tabulka č. 12 Čas na edukaci

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Čas na edukaci	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	2	5,9%	0	0,0%	1	5,0%	8	36,4%
Spíše ano	18	52,9%	13	72,2%	10	50,0%	13	59,1%
Spíše ne	12	35,3%	5	27,8%	9	45,0%	1	4,5%
Rozhodně ne	2	5,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 11 Čas na edukaci



Položka č. 14

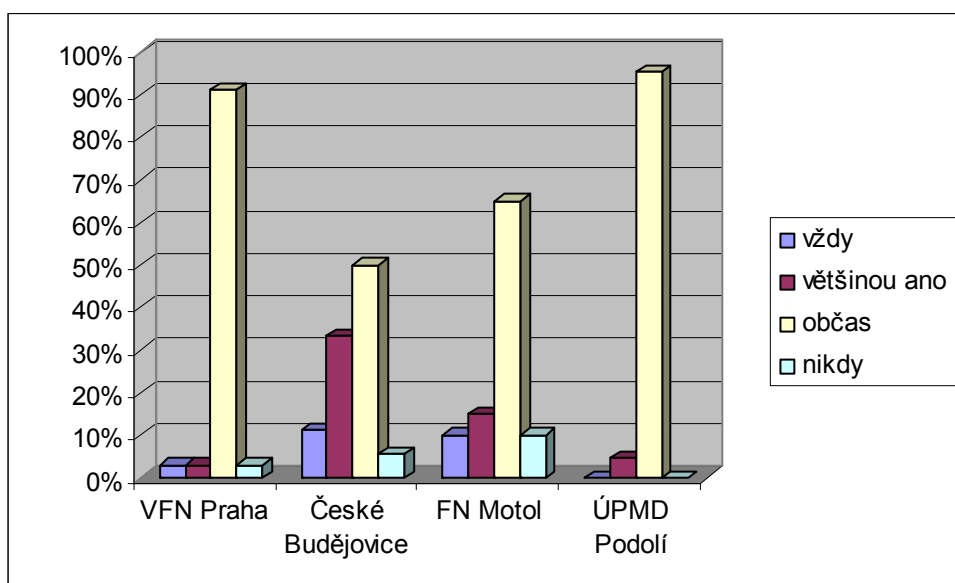
Připadá Vám komunikace s matkou (rodiči) na JIP náročná a obtížná?

Komunikaci s matkou hodnotí v ÚPMD v Podolí 22 sester, tj. 100%, ve VFN Praha 33 sester, tj. 97%, v Nemocnici České Budějovice 17 sester, tj. 94% a ve FN Motol 16 sester, tj. 89%, jako přinejmenším občas náročnou. Pouze 4 sestřím z různých pracovišť nepřipadá komunikace s matkou obtížná nikdy, jak ve VFN Praha uvádí 1 sestra, tj. 3%, v Nemocnici České Budějovice 1 sestra, tj. 6% a ve FN Motol 2 sestry, tj. 11%, jak je uvedeno v tabulce č. 13, grafu č. 12.

Tabulka č. 13 Komunikace s matkou

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Komunikace s matkou	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Vždy	1	2,9%	2	11,1%	2	10%	0	0,0%
Většinou ano	1	2,9%	6	33,3%	3	15%	1	4,5%
Občas	31	91,2%	9	50,0%	13	65%	21	95,5%
Nikdy	1	2,9%	1	5,6%	2	10%	0	0,0%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100%	22	100,0%

Graf č. 12 Komunikace s matkou



Hypotéza H2 se potvrdila částečně.

Potvrdilo se, že sestry hodnotí komunikaci a spolupráci s matkou jako obtížnou a náročnou, přičemž ale tyto problémy shledávají jako občasné, v ÚPMD v Podolí 100% sester, ve VFN Praha 97%, v Nemocnici České Budějovice 94% respondentek a ve FN Motol 89% sester. Pouze 4 sestrám z různých pracovišť nepřipadá komunikace obtížná nikdy.

Naprostá většina sester v ÚPMD v Podolí, 95%, je přesvědčena, že mají na edukaci matky času dostatek, v Nemocnici České Budějovice toto potvrzuje 72% sester. Rovněž více než polovina respondentek z dalších pracovišť souhlasí, že na

edukaci mají dostatečný čas, ve VFN Praha 59% sester a ve FN Motol 55% sester. Hypotéza se nepotvrdila, ale zároveň ve VFN Praha 41% respondentek a ve FN Motol 45% sester uvádí, že na edukaci matky nemají dostatek času.

Potvrdilo se, jak většina respondentek ze všech pracovišť shodně udává, že mají při edukaci matky občasné problémy v komunikaci, ve VFN Praha 94% sester, v Nemocnici České Budějovice 67% respondentek, ve FN Motol 85% a v ÚPMD v Podolí 64% sester. Komunikační problémy s matkou nikdy neshledává ve VFN Praha 6% sester, v Nemocnici České Budějovice 33%, ve FN Motol 15% sester a v ÚPMD v Podolí 36% sester. Zároveň se většina sester kladně vyjadřuje k možnosti rozvíjet své stávající komunikativní schopnosti, např. v kurzu komunikace a přispět tak ke zvýšení efektivity komunikace mezi sestrou a matkou. Kurz komunikace by uvítalo ve VFN v Praze 65% sester, v Nemocnici České Budějovice 89%, ve FN Motol 55% sester a v ÚPMD v Podolí 77% respondentek.

8.3 Získané výsledky k hypotéze H3

Předpokládám, že 50% sester shledává ošetřování nezralého novorozence za snazší bez matky, nevnímají matku jako aktivního spolupracovníka v péči o dítě a brání se časnému ošetřování nezralého dítěte matkou na JIP.

K hypotéze H3 se vztahují položky dotazníku pro sestry č. 12, 13, 15, 16, 17, 19.

Položka č. 12

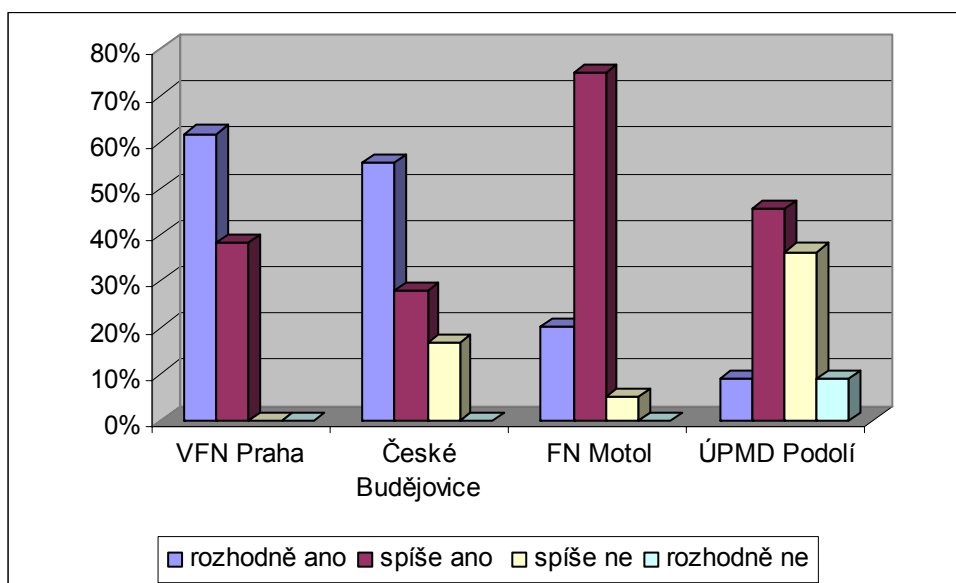
Myslíte si, že zapojení matky (rodičů) do péče o dítě by mělo probíhat již v rámci JIP?

Většina respondentek se shodně vyjadřuje, že zapojení matky do péče o dítě by mělo probíhat již v rámci JIP, ve VFN Praha 34 sester, tj. 100%, ve FN Motol 19 sester, tj. 95%, v Nemocnici České Budějovice 15 sester, tj. 84%. Rovněž více než polovina sester v ÚPMD v Podolí má stejný názor, 12 sester, tj. 54%. Z celkového počtu respondentek pouze v ÚPMD v Podolí 2 sestry, tj. 9%, odpověděly, že matka rozhodně nemá být zapojena do péče o své dítě v rámci JIP, jak uvádí tabulka č. 14, graf č. 13.

Tabulka č. 14 Zapojení matky do péče v rámci JIP

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Zapojení matky v rámci JIP	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Rozhodně ano	21	61,8%	10	55,6%	4	20,0%	2	9,1%
Spíše ano	13	38,2%	5	27,8%	15	75,0%	10	45,5%
Spíše ne	0	0,0%	3	16,7%	1	5,0%	8	36,4%
Rozhodně ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	9,1%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 13 Zapojení matky do péče v rámci JIP



Položka č. 13

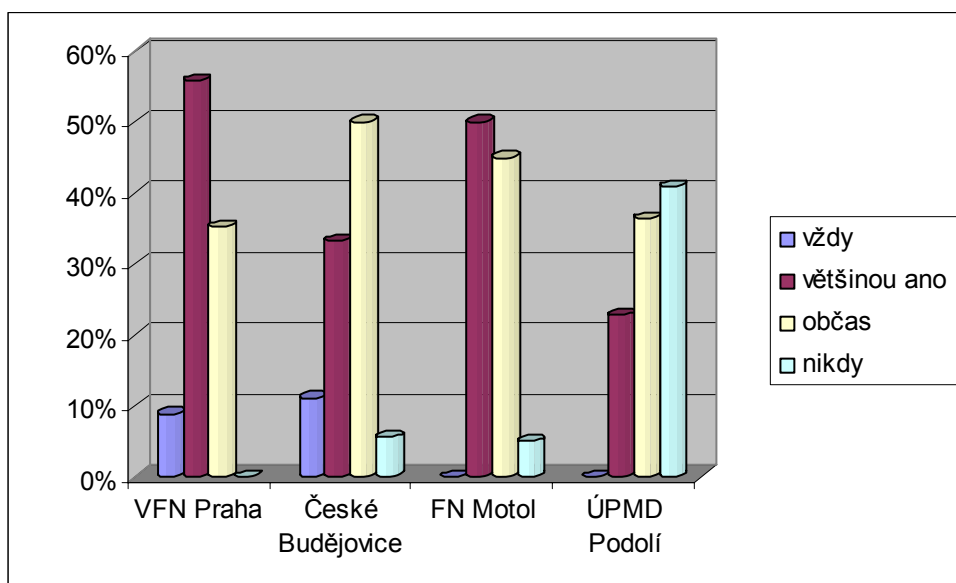
Vnímáte matku jako svého „spolupracovníka“ v péči o dítě na JIP?

Sestry ze všech pracovišť ve většině případů vnímají matku jako spolupracovníka v péči o její dítě na JIP, ať už občas, většinou či vždy, ve VFN Praha 100% sester, ve FN Motol 95% sester, v Nemocnici České Budějovice 17 sester, tj. 94% a v ÚPMD v Podolí 13 sester, tj. 59%. Nikdy však neshledává matku jako svého spolupracovníka v péči o dítě v ÚPMD v Podolí 9 sester, tj. 41% a rovněž takto odpovídá v Nemocnici České Budějovice 1 sestra a ve FN Motol 1 sestra, viz tabulka č. 15, graf č. 14.

Tabulka č. 15 Matka – spolupracovník v péči o dítě na JIP

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Matka - spolupracovník	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Vždy	3	8,8%	2	11,1%	0	0,0%	0	0,0%
Většinou ano	19	55,9%	6	33,3%	10	50,0%	5	22,7%
Občas	12	35,3%	9	50,0%	9	45,0%	8	36,4%
Nikdy	0	0,0%	1	5,6%	1	5,0%	9	40,9%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 14 Matka – spolupracovník v péči o dítě na JIP



Položka č. 15

Co je podle Vás součástí zapojení matky (rodičů) do péče o dítě na JIP?

- manipulace s dítětem
- měření tělesné teploty, přebalování
- samostatné provádění jednoduchých ošetrovatelských výkonů (ošetření pupečního pahýlu, ošetření kůže, aplikace očních kapek apod.)
- krmení dítěte (podávání mateřského mléka do gastrické sondy, stříkačkou, přikládání k prsu, kojení)
- klokánkování
- zácvik matky (rodičů) v rehabilitační péči
- manipulace s mateřským mlékem (pokyny pro odsávání, sběr, způsob skladování a transport mateřského mléka)

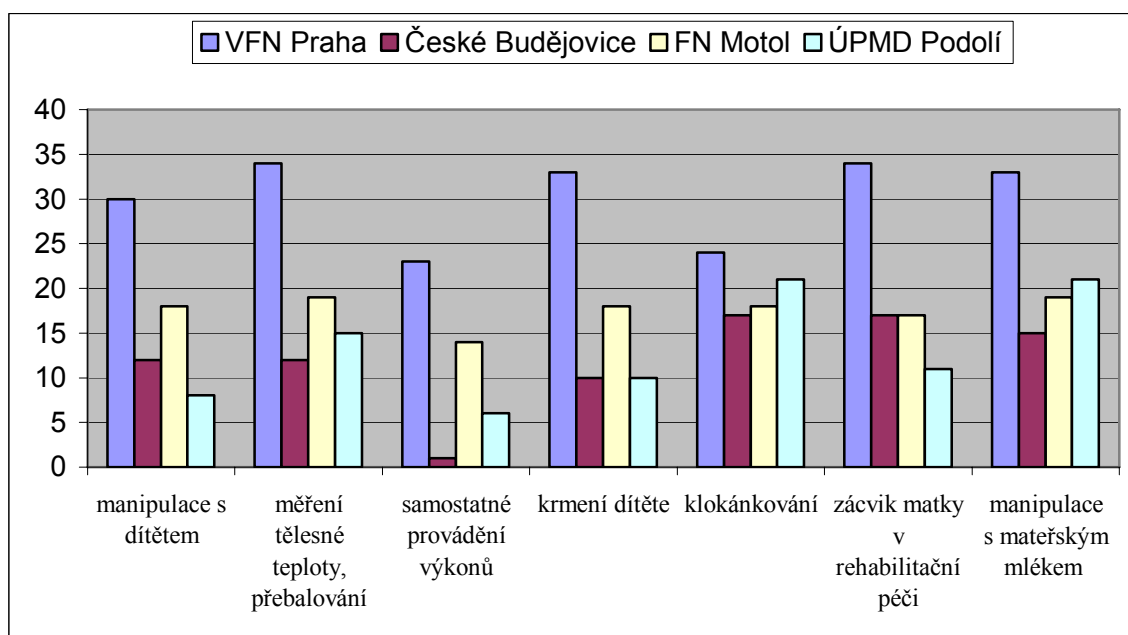
V zastoupení nejčastěji uváděných odpovědí na zapojení matky do péče o dítě sestry ve VFN Praha uvádějí měření tělesné teploty, přebalování a zácvik matky v rehabilitaci, četnost 34 odpovědí, v Nemocnici České Budějovice sestry označují klokánkování a zácvik v rehabilitační péči, četnost odpovědí 17. Respondentky

ve FN Motol zastoupením 19 odpovědí vyjadřují měření tělesné teploty, přebalování a manipulaci s mateřským mlékem a sestry v ÚPMD v Podolí považují nejvíce za součást zapojení matky do péče klokánkování a manipulaci s mateřským mlékem, četnost odpovědí 21, jak uvádí tabulka č. 16, graf č. 15.

Tabulka č. 16 Zapojení matky do péče o dítě na JIP z pohledu sestry

Zapojení matky do péče	Četnost odpovědí			
	VFN Praha	České Budějovice	FN Motol	ÚPMD Podolí
Manipulace s dítětem	30	12	18	8
Měření tělesné teploty, přebalování	34	12	19	15
Samostatné provádění výkonů	23	1	14	6
Krmení dítěte	33	10	18	10
Klokánkování	24	17	18	21
Zácvik matky v rehabilitační péči	34	17	17	11
Manipulace s mateřským mlékem	33	15	19	21

Graf č. 15 Zapojení matky do péče o dítě na JIP z pohledu sestry



Položka č. 16

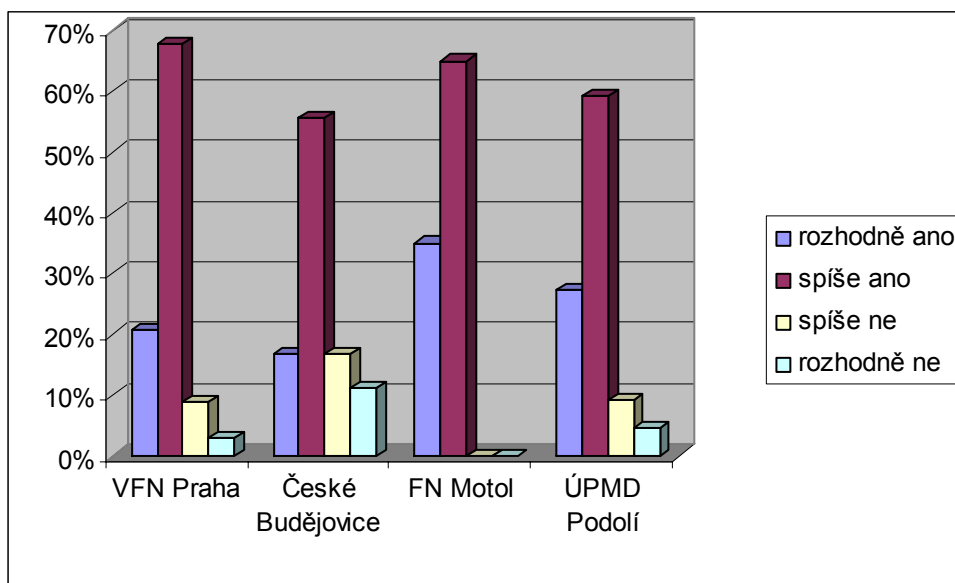
Je pro Vás jednodušší ošetřovat dítě na JIP bez spolupráce s matkou (rodiči)?

Pro většinu sester je snazší ošetřovat dítě bez spolupráce s matkou, jak odpovídá ve FN Motol 20 sester, tj. 100%, ve VFN Praha 30 sester, tj. 89%, v ÚPMD v Podolí 19 respondentek, tj. 86% a v Nemocnici České Budějovice 13, tj. 73%, respondentek. Ošetřovatelská péče sester je profesionální a zručná, ve spolupráci s matkou je ošetřování dítěte časově náročnější a vyžaduje od sestry více trpělivosti. Na druhou stranu některé sestry soudí, že ošetřovat dítě bez spolupráce s matkou spíše či rozhodně není snazší, v Nemocnici České Budějovice 5 sester, ve VFN Praha 4 sestry a v ÚPMD v Podolí 3 sestry, viz tabulka č. 17, graf č. 16.

Tabulka č. 17 Ošetřování dítěte bez matky

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Ošetřování dítěte bez matky	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	7	20,6%	3	16,7%	7	35,0%	6	27,3%
Spíše ano	23	67,6%	10	55,6%	13	65,0%	13	59,1%
Spíše ne	3	8,8%	3	16,7%	0	0,0%	2	9,1%
Rozhodně ne	1	2,9%	2	11,1%	0	0,0%	1	4,5%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 16 Ošetřování dítěte bez matky



Položka č. 17

Jaká jsou z Vašeho pohledu kritéria pro ošetřování dítěte matkou na JIP?

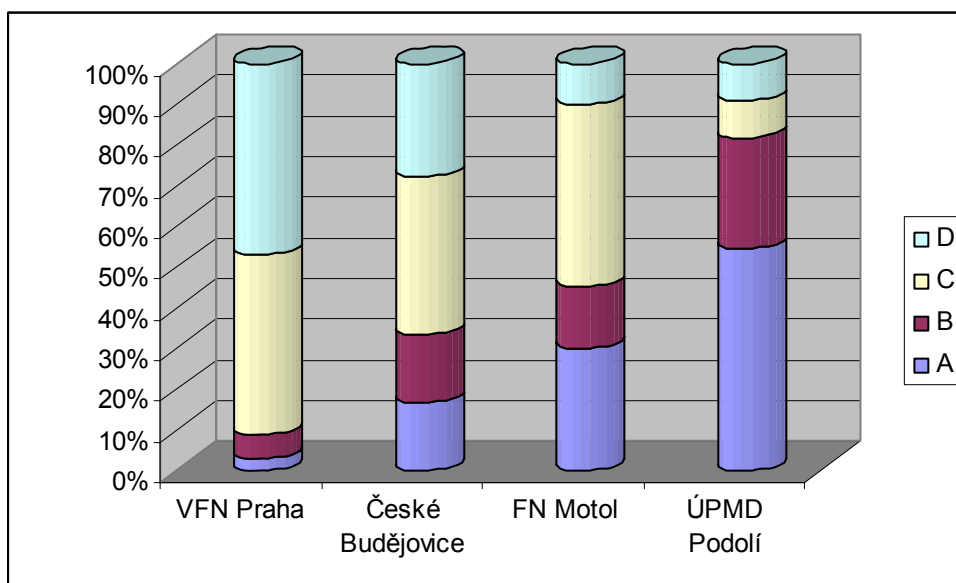
- A.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), nesmí mít žádné cévní vstupy
- B.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), ale může mít zavedené cévní vstupy
- C.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy
- D.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy

Významné rozdíly lze sledovat v odpovědích respondentek týkajících se kritérií pro ošetřování dítěte matkou na JIP. Převážná část sester z VFN Praha udává odpověď C, 15 sester, tj. 44%, a D, 16 sester, tj. 47%, to znamená umožnit matce ošetřovat dítě s potřebou ventilační podpory (CPAP, UPV) i se zavedenými invazivními vstupy. Podobně v Nemocnici České Budějovice odpovídá 12 sester, tj. 67%, ve FN Motol 11 sester, tj. 55% a v ÚPMD v Podolí 4 sestry, tj. 18%. Největší zastoupení odpovědí, že matka by měla ošetřovat dítě na JIP pouze v případě ventilační stability bez podpory dýchání a bez přítomnosti invazivních vstupů, připadá na ÚPMD v Podolí, soudí tak 12 sester, tj. 55%, jak je uvedeno v tabulce č. 18, grafu č. 17.

Tabulka č. 18 Kritéria pro ošetřování dítěte matkou na JIP

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Kritéria pro ošetřování	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
A	1	2,9%	3	16,7%	6	30,0%	12	54,5%
B	2	5,9%	3	16,7%	3	15,0%	6	27,3%
C	15	44,1%	7	38,9%	9	45,0%	2	9,1%
D	16	47,1%	5	27,8%	2	10,0%	2	9,1%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 17 Kritéria pro ošetřování dítěte matkou na JIP



Položka č. 19

Jak vnímáte začlenění matky do ošetřování dítěte na JIP?

- A.** v případě uspokojivého klinického stavu podporuji ošetřování dítěte matkou co nejdříve po porodu z vlastního přesvědčení
- B.** i v případě uspokojivého klinického stavu se spíše bráním zapojení matky do péče o dítě, přesto matku nechávám ošetřovat její dítě, protože na našem oddělení je to běžná praxe
- C.** nerada zapojuji matku do péče o dítě, protože jí nedůvěřuji a zdržuje mě to, raději zabezpečím veškeré intervence u dítěte sama, je to jednodušší
- D.** pokud je dítě na JIP, považuji za žádoucí, aby matka své dítě raději neošetřovala, protože to dítěti neprospívá

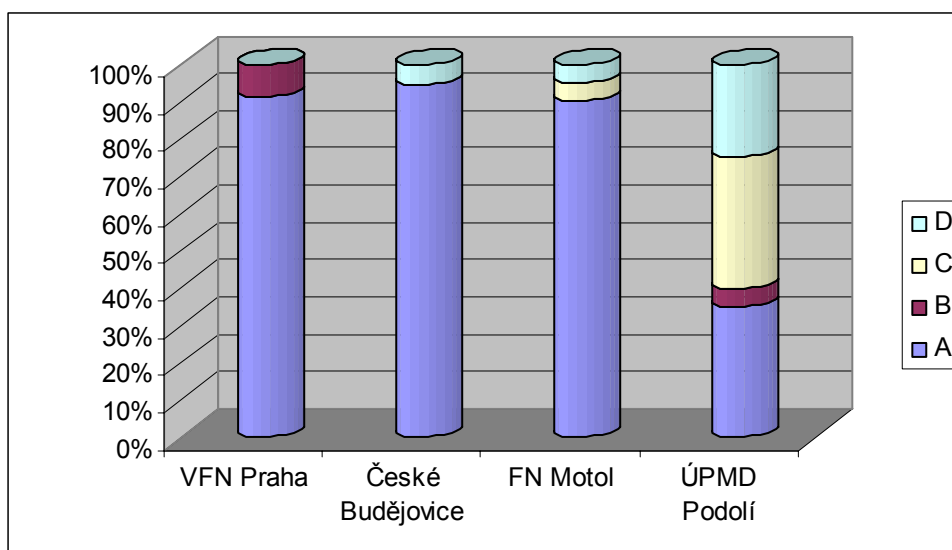
Naprostá většina sester z jednotlivých pracovišť, kromě novorozenecké JIP v ÚPMD v Podolí, shodně odpovídá, že podporují ošetřování dítěte matkou z vlastního přesvědčení co nejdříve po porodu, v Nemocnici České Budějovice 17 sester, tj. 94%, ve VFN Praha 31 sester, tj. 91% a ve FN Motol 18, tj. 90%, sester. Naproti tomu v ÚPMD v Podolí s tímto souhlasí jen 7 sester, tj. 35% a 60% respondentek odpovídá záporně, 7 sester, tj. 35%, nerada zapojuje matku do péče a

5 sester, tj. 25%, považuje dokonce za žádoucí neošetřovat dítě matkou v průběhu jeho hospitalizace na JIP, jak uvádí tabulka č. 19, graf č. 18.

Tabulka č. 19 Začlenění matky do péče o dítě z pohledu sestry

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Začlenění matky do péče o dítě	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
A	31	91,2%	17	94,4%	18	90,0%	7	31,82%
B	3	8,8%	0	0,0%	0	0,0%	3	13,64%
C	0	0,0%	0	0,0%	1	5,0%	7	31,82%
D	0	0,0%	1	5,6%	1	5,0%	5	22,73%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 18 Začlenění matky do péče o dítě z pohledu sestry



Hypotéza H3 se potvrdila částečně.

Potvrdilo se, že pro naprostou většinu sester je snazší a jednodušší ošetřovat dítě bez spolupráce s matkou, jak uvádí ve FN Motol 100% sester, ve VFN Praha 89% sester, v ÚPMD v Podolí 86% sester a v Nemocnici České Budějovice 73% respondentek.

Částečně se nepotvrdilo, že by většina sester nevnímala matku jako aktivního spolupracovníka v péči o dítě, souhlasí s tím ve VFN Praha 100% sester, ve FN Motol 95% sester, v Nemocnici České Budějovice 94% sester a v ÚPMD v Podolí 59% respondentek. Avšak 41% sester v ÚPMD v Podolí přiznává, že neshledává matku jako svého spolupracovníka v péči o dítě.

Většina respondentek shodně vyjadřuje, že zapojení matky do péče o dítě by mělo probíhat již v rámci JIP, ve VFN Praha 100% sester, ve FN Motol 95%, v Nemocnici České Budějovice 84% sester a v ÚPMD v Podolí 54% sester. Výsledky dále ukazují, že naprostá většina sester z jednotlivých pracovišť, kromě novorozenecké JIP v ÚPMD v Podolí, shodně odpovídá, že podporují ošetřování dítěte matkou z vlastního přesvědčení co nejdříve po porodu, v Nemocnici České Budějovice 94% sester, ve VFN Praha 91% a ve FN Motol 90% sester. V ÚPMD v Podolí se 60% respondentek vyjadřuje záporně, 35% sester nerada zapojuje matku do péče a čtvrtina sester považuje dokonce za nežádoucí, aby matka své dítě ošetřovala na JIP. Názory sester se odlišují ve stanovených kritériích pro ošetřování dítěte matkou na JIP. Ve VFN Praha 91% sester, v Nemocnici České Budějovice 67% respondentek, ve FN Motol 55% sester a v ÚPMD v Podolí 18% sester, souhlasí se zapojením matky do péče o dítě s potřebou ventilační podpory (CPAP, UPV) a zavedenými invazivními vstupy. V ÚPMD v Podolí si 55% sester myslí, že matka by měla ošetřovat dítě na JIP pouze v případě ventilační stability bez podpory dýchání a bez přítomnosti invazivních vstupů. Sestry shledávají zapojení matky do péče o dítě na JIP v činnostech, kterými jsou nejčastěji měření tělesné teploty, přebalování, zácvik matky v rehabilitaci, klokánkování a manipulace s mateřským mlékem. Částečně nebylo potvrzeno, že by sestry nepodporovaly časně ošetřování dítěte matkou na JIP.

8.4 Získané výsledky k hypotéze H4

Předpokládám, že sestry umožňují matce intenzivní kontakt s dítětem a klokánkování vnímají jako navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem. Klokánkování je sestrami podporováno s ohledem na zdravotní stav dítěte.

K hypotéze H4 se vztahují položky dotazníku pro sestry č. 10, 11, 18, 20.

Položka č. 10

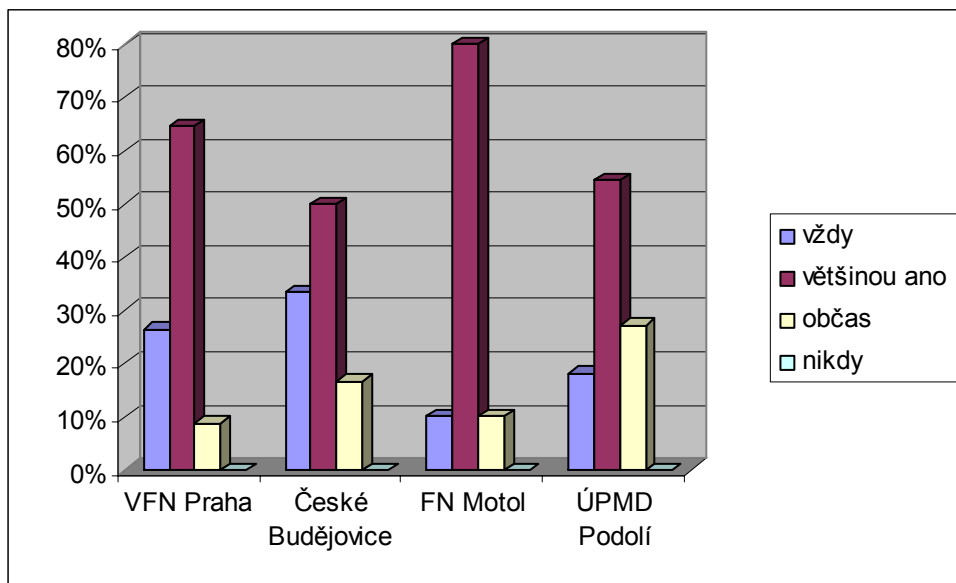
Souhlasíte s názorem, aby matce (rodičům) byl umožněn co nejintenzivnější kontakt s dítětem na JIP?

Nejvíce respondentek shodně vyjádřilo, že by měl být matce většinou umožněn co nejintenzivnější kontakt s dítětem na JIP, ve VFN Praha 22 sester, tj. 65%, ve FN Motol 16, tj. 80% sester, v ÚPMD v Podolí 55%, tj. 12 sester a v Nemocnici České Budějovice 50%, tj. 9 sester. Intenzivní kontakt rodičů s dítětem na JIP vždy podporuje 21 sester z různých pracovišť, nejvíce sester ve VFN Praha, 9 sester, tj. 26%, v Nemocnici České Budějovice 6, tj. 33% sester, v ÚPMD v Podolí 4 sestry, tj. 18% a ve FN Motol pouze 2 respondentky, tj. 10%, jak uvádí tabulka č. 20, graf č. 19.

Tabulka č. 20 Intenzivní kontakt matky s dítětem na JIP

Pracoviště	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Intenzivní kontakt s dítětem	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Vždy	9	26,5%	6	33,3%	2	10,0%	4	18,2%
Většinou ano	22	64,7%	9	50,0%	16	80,0%	12	54,5%
Občas	3	8,8%	3	16,7%	2	10,0%	6	27,3%
Nikdy	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 19 Intenzivní kontakt matky s dítětem na JIP



Položka č. 11

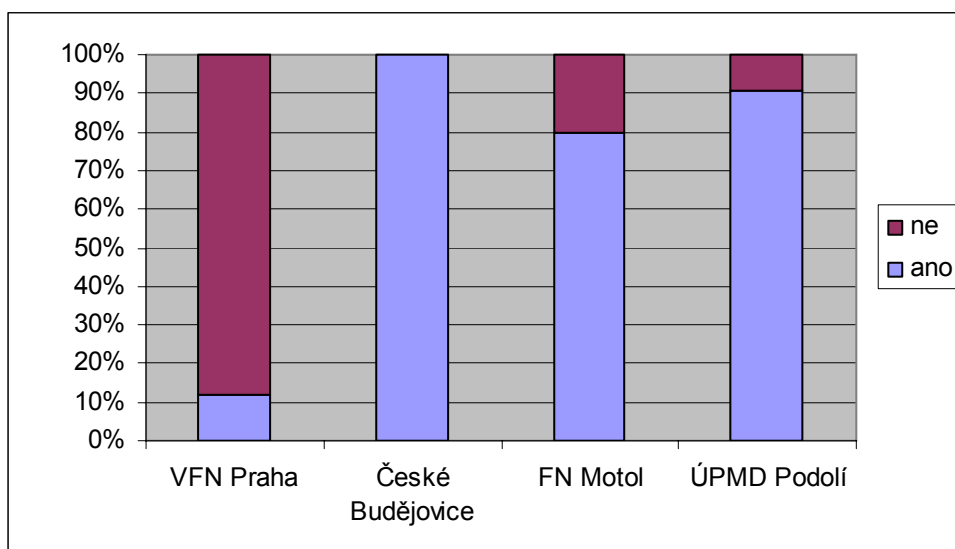
Máte na Vašem oddělení časově omezenou dobu návštěv?

Neomezenou dobu návštěv udává ve VFN Praha 30 sester, tj. 88%. Naprostá většina respondentek z ostatních novorozeneckých oddělení JIP odpovídá, že mají časově omezenou dobu návštěv na svém pracovišti, v Nemocnici České Budějovice 18 sester, tj. 100%, ve FN Motol 16 sester, tj. 80% a v ÚPMD v Podolí 91%, tj. 20 sester, jak je uvedeno v tabulce č. 21, grafu č. 20. Na druhou stranu však 52 sester, tj. 55%, z jednotlivých pracovišť do dotazníku doplnila, že matka má přístup na oddělení neomezeně.

Tabulka č. 21 Doba návštěv

	Respondentky (N = 94)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Doba návštěv	ni	fi % 	ni	fi % 	ni	fi % 	ni	fi %
Ano	4	11,8%	18	100,0%	16	80,0%	20	90,9%
Ne	30	88,2%	0	0,0%	4	20,0%	2	9,1%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 20 Doba návštěv



Položka č. 18

Jaká jsou z Vašeho pohledu kritéria pro klokánkování dítěte matkou na JIP?

- A.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), nesmí mít žádné cévní vstupy
- B.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), ale může mít zavedené cévní vstupy
- C.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy
- D.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy

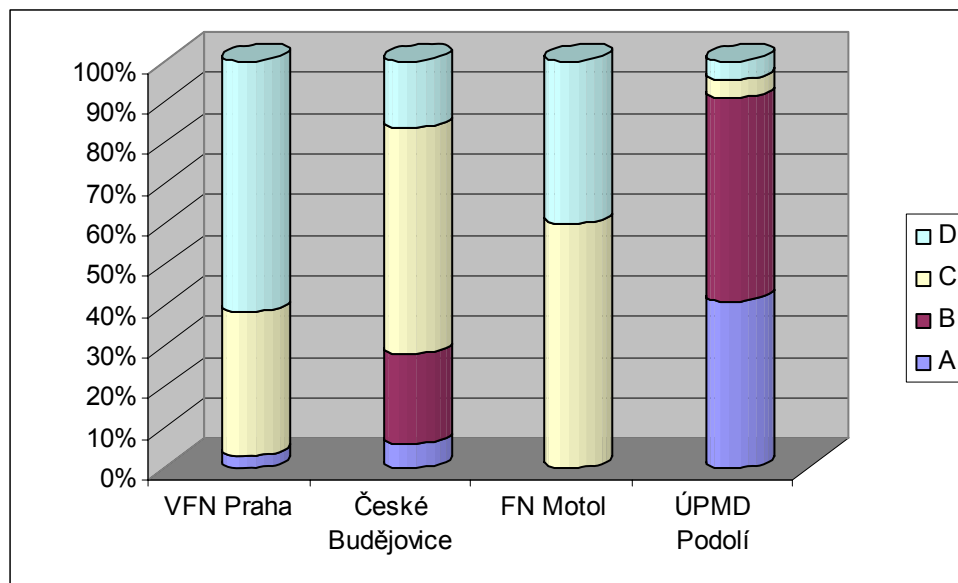
Pohled sester na klokánkování dítěte matkou na JIP je nejvíce permissivní u respondentek z VFN Praha, 21 sester, tj. 62%, podporuje klokánkování dítěte s ventilační podporou (UPV, CPAP) a s přítomností invazivních vstupů, odpověď D. Rovněž všechny respondentky z FN Motol shodně odpověděly, že chování dítěte matkou by umožnily v případě možné ventilační podpory dítěte a zavedených invazivních vstupů, podobně souhlasí v Nemocnici České Budějovice 13 sester, tj. 73%, uvedené odpovědi C, D. Většina respondentek v ÚPMD v Podolí, 20 sester, tj. 91%, zastává názor, že matka své dítě může chovat pouze v případě ventilační

stability dítěte bez nutnosti podpory dýchání, uvedené odpovědi A, B. 11 sester, tj. 50%, připouští klokánkování dítěte s invazivními vstupy, viz tabulka č. 22, graf č. 21.

Tabulka č. 22 Kritéria pro klokánkování dítěte matkou na JIP

	Respondentky (N = 94)							
Pracoviště	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Kritéria pro klokánkování	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
A	1	2,9%	1	5,6%	0	0,0%	9	40,9%
B	0	0,0%	4	22,2%	0	0,0%	11	50,0%
C	12	35,3%	10	55,6%	12	60,0%	1	4,5%
D	21	61,8%	3	16,7%	8	40,0%	1	4,5%
Celkem	34	100,0%	18	100,0%	20	100,0%	22	100,0%

Graf č. 21 Kritéria pro klokánkování dítěte matkou na JIP



Položka č. 20

Jaký má podle Vás význam klokánkování pro matku?

V této otevřené otázce jsem nechala sestřím prostor pro vyjádření vlastního názoru na uvedenou položku v dotazníku. Prostor využily všechny respondentky, přestože je obtížné hodnotit jednotlivé odpovědi, pokusila jsem se ty nejčastější posoudit ve smyslu sumarizace. Naprosto všechny sestry shodně uvádějí, že význam klokánkování pro matku shledávají v navázání kontaktu mezi matkou a dítětem, 94 sester, tj. 100%. Pokusila jsem se o formulaci dalších nejčastějších odpovědí respondentek, kterými jsou podpora laktace, zlepšení psychického stavu matky, uspokojení citových potřeb dítěte, možnost zapojení matky do péče o dítě. Několik výroků sester z různých pracovišť uvádím v autentické podobě:

„Význam určitě velký, matka má pocit, že už může být miminku nápomocná, navázat s ním kontakt a určitě k němu má bližší vztah, než když na něj mohla jenom koukat, podpora laktace.“

„Navázání kontaktu s dítětem, dobrý vliv na psychiku matky, pocit, že je užitečná, že se může nějakým způsobem o dítě starat.“

„Kontakt s dítětem, navázání vztahu, zlepšení po psychické stránce – lépe se vyrovná s nastalou situací, kdy je dítě nedonošené či v těžkém stavu. Stimulace tvorby mléka.“

„Matka má pocit, že může pomoci svému miminku, navazuje blízký kontakt s dítětem, může se se svým miminkem pomazlit.“

„Zbavit matku (otce) obav z péče o nezralého (nemocného) novorozence, navázání citového vztahu rodiče-dítě, dítě-rodič, uspokojení citových potřeb dítěte, matky. Podpora tvorby mléka.“

„Kontakt a vytvoření pouta mezi matkou a dítětem, stimulace a podpora laktace, psychická podpora, že matka „není k ničemu“, uklidnění dítěte, pozitivní reakce na matku.“

„Matky jsou klidnější, kontakt s dítětem, celkově se matka cítí příjemně a myslím, že teprve tehdy, když dítě poprvé cítí na svém těle, mají ten opravdový pocit, že jim miminko patří.“

„Navazuje se citové pouto a kontakt mezi matkou a dítětem. Rodiče si nepřipadají bezmocní, získají pocit, že mohou svému dítěti nějak pomoci. Klokánkování prospívá matce i dítěti.“

„Navázání citového kontaktu matka-dítě, podpora tvorby mléka, pocit uspokojení, že je matka prospěšná a užitečná svému dítěti.“

„Matka je v kontaktu se svým dítětem a nemá tak pocit zbytečnosti. Při chování dochází ke vzájemnému sblížení a poznávání matky a dítěte.“

Hypotéza H4 se potvrdila.

Potvrdilo se, že sestry podporují intenzivní kontakt matky s dítětem. Nejčastěji uváděnou odpovědí sester bylo umožnit matce co nejintenzivnější kontakt s dítětem na JIP většinou, ve VFN Praha 65% sester, ve FN Motol 80% sester, v ÚPMD v Podolí 55% sester a v Nemocnici České Budějovice 50% sester. Ostatní respondentky vyjádřily možnost intenzivního kontaktu matky s dítětem vždy či občas. Žádná z respondentek neuvedla odpověď, že by kontakt matky s dítětem na JIP neumožnila nikdy. Většina respondentek, kromě 88% sester z VFN Praha, uvádí časově omezenou dobu návštěv na svém pracovišti, v Nemocnici České Budějovice 100% sester, ve FN Motol 80% sester a v ÚPMD v Podolí 91% sester. Zároveň však 52 respondentek, tj. 55%, doplňuje, že matka má přístup na oddělení neomezeně.

Potvrdilo se, že sestry vnímají klokánkování jako navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem. V otevřené otázce jsem umožnila sestrám vyjádřit vlastní názor, všechny respondentky shledávají význam klokánkování pro matku jako navázání kontaktu mezi ní a jejím dítětem, 94 sester, tj. 100%. Uváděnou odpovědí sester byla rovněž podpora laktace, zlepšení psychického stavu matky, uspokojení citových potřeb dítěte a zapojení matky do péče o dítě.

Zároveň se potvrzuje, že existují významné rozdíly v názoru sester na kritéria klokánkování dítěte matkou na JIP, ve VFN Praha 62% sester podporuje klokánkování dítěte s ventilační podporou (UPV, CPAP) a s přítomností invazivních vstupů. Ostatní respondentky by nejčastěji umožnily chování dítěte matkou v případě možné ventilační podpory dítěte a invazivních vstupů, ve FN Motol 60% sester a v Nemocnici České Budějovice 56% sester. V ÚPMD v Podolí 91% sester zastává názor, že matka své dítě může chovat pouze v případě ventilační stability dítěte bez nutnosti podpory dýchání, 50% z nich připouští klokánkování dítěte s invazivními vstupy.

8.5 Získané výsledky k hypotéze H5

Předpokládám, že předčasné narození dítěte znamená nejméně pro 50% matek velmi stresující zátěžovou situaci, která je provázána celou řadou negativních pocitů. Největší oporou po předčasném porodu je matka manžel (partner).

K hypotéze H5 se vztahují položky dotazníku pro matky č. 3, 4, 5.

Položka č. 3

Jaké jste měla pocity po narození Vašeho dítěte?

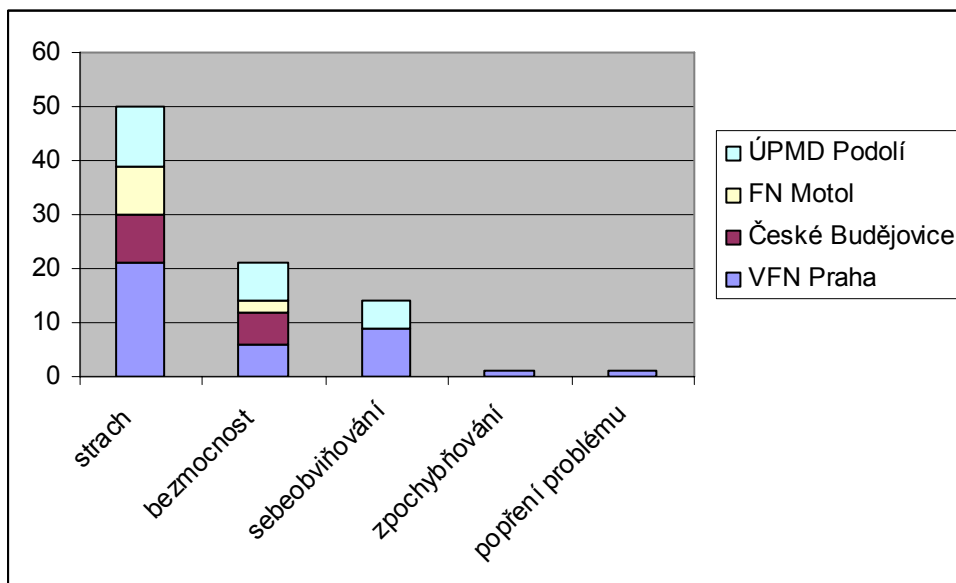
- strach, úzkost, lítost a obavy o miminko
- bezmocnost a zoufalství, že pro miminko nemůžu nic udělat
- sebeobviňování, intenzivní pocit viny, selhání sebe sama
- zpochybňování a nedůvěra k lékařům, nedostatek informací, obviňování zdravotníků
- popření problému, odmítavý postoj k dítěti

Nejčastější pocity, jež matky uvádějí po narození dítěte jsou strach, úzkost, lítost a obavy o miminko, četnost odpovědí 50, dále bezmocnost a zoufalství, že pro miminko nemohou nic udělat, zastoupení 21 odpovědí. Ve VFN Praha 1 respondentka uvádí zpochybňování a nedůvěru k lékařům a rovněž ve VFN Praha 1 matka vyjadřuje popření problému a odmítavý postoj k dítěti. Sebeobviňování matky představuje 14 odpovědí, jak uvádí tabulka č. 23, graf č. 22.

Tabulka č. 23 Pocity po narození dítěte

Pocity po narození dítěte	Četnost odpovědí			
	VFN Praha	České Budějovice	FN Motol	ÚPMD Podolí
Strach, úzkost, lítost	21	9	9	11
Bezmocnost a zoufalství	6	6	2	7
Sebeobviňování	9	0	0	5
Zpochybňování a nedůvěra k lékařům	1	0	0	0
Popření problému	1	0	0	0

Graf č. 22 Pocity po narození dítěte



Položka č. 4

Vyznačte na stupnici 1 – 5, jak stresující pro Vás bylo předčasné narození miminka:

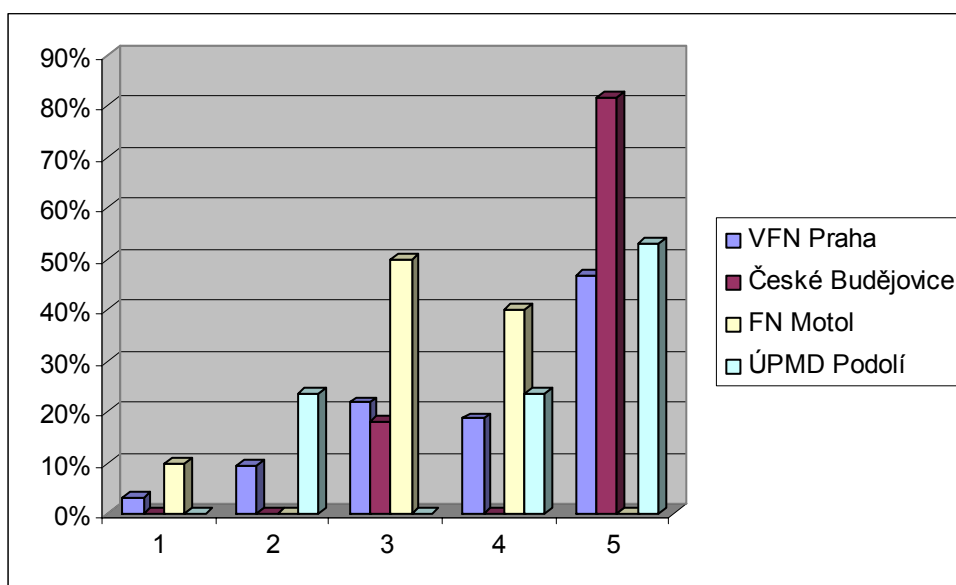
málo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 hodně

Předčasné narození dítěte znamená pro matku velmi stresující situaci, jak uvádí, na stupnici škály stupeň 5, v Nemocnici České Budějovice 9 matek, tj. 82%, v ÚPMD v Podolí 9 matek, tj. 53% a ve VFN Praha 15 matek, tj. 47%. Ve FN Motol vyjadřuje 9 matek, tj. 90%, na stupnici škály míru stresu stupněm 3, 4. Pouze 2 respondentky vyznačily na stupnici nejnižší míru stresu, jak je uvedeno v tabulce č. 24, grafu č. 23.

Tabulka č. 24 Míra stresu po narození dítěte

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
1	1	3,1%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%
2	3	9,4%	0	0,0%	0	0,0%	4	23,5%
3	7	21,9%	2	18,2%	5	50,0%	0	0,0%
4	6	18,8%	0	0,0%	4	40,0%	4	23,5%
5	15	46,9%	9	81,8%	0	0,0%	9	52,9%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 23 Míra stresu po narození dítěte



Položka č. 5

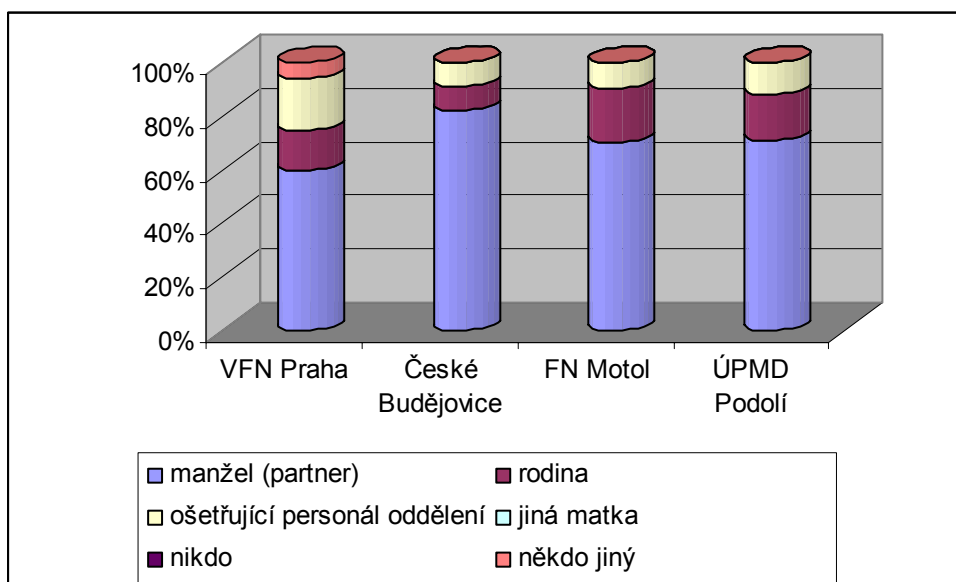
Kdo Vám nejvíce pomohl vyrovnat se s předčasným narozením Vašeho miminka?

Po předčasném porodu je největší oporou matce manžel (partner), jak uvádí v Nemocnici České Budějovice 9 matek, tj. 82%, ve FN Motol 7 matek, tj. 70%, v ÚPMD v Podolí 12 matek, tj. 71% a ve VFN Praha 19 matek, tj. 59%. Pomoc a oporu rovněž matky shledávají v rodině, 11 respondentek, a v ošetřujícím personálu oddělení, 10 matek, viz tabulka č. 25, graf č. 24.

Tabulka č. 25 Pomoc matce po porodu

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Pomoc po porodu	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Manžel (partner)	19	59,4%	9	81,8%	7	70,0%	12	70,6%
Rodina	5	15,6%	1	9,1%	2	20,0%	3	17,6%
Ošetřující personál	6	18,8%	1	9,1%	1	10,0%	2	11,8%
Jiná matka	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nikdo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Někdo jiný	2	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 24 Pomoc matce po porodu



Hypotéza H5 se potvrdila.

Potvrdilo se, že předčasné narození dítěte znamená pro matku velmi stresující situaci, jak vyjadřuje v Nemocnici České Budějovice 82% matek, v ÚPMD v Podolí 53% matek a ve VFN Praha 47% matek, které vyznačily na stupnici škály nejvyšší míru stresu. Ve FN Motol vyjádřilo nejvíce respondentek, 50%, tj. 5 matek, na stupnici škály stupeň 3. Z celkového počtu matek pouze 2 respondentky vyznačily na stupnici nejnižší míru stresu. Matky po narození dítěte uvádějí

nejčastěji pocity strachu, úzkosti a obav o miminko, zároveň pocítují bezmocnost a zoufalství, sebeobviňování, intenzivní pocity viny a selhání sebe sama.

Potvrdilo se, že největší pomoc a oporu po předčasném porodu představuje pro matku její manžel (partner), jak uvádí v Nemocnici České Budějovice 82% matek, ve FN Motol 70% matek, v ÚPMD v Podolí 71% respondentek a ve VFN Praha 59% matek.

8.6 Získané výsledky k hypotéze H6

Domnívám se, že aktivní zapojování do péče o dítě výrazně napomáhá matce k identifikaci její mateřské role a přispívá k získání rodičovských kompetencí. Matka očekává dostatek srozumitelných informací o dítěti od lékaře a sestry ve stejné míře a uvítala by edukační materiály v písemné formě.

K hypotéze H6 se vztahují položky dotazníku pro matky č. 6, 7, 8, 9, 10, 14.

Položka č. 6

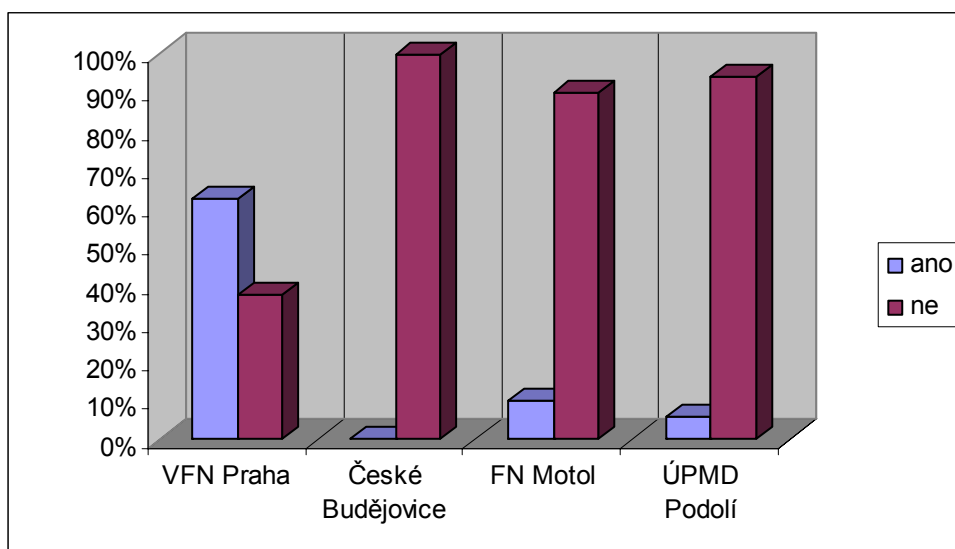
Dostala jste od ošetřujícího personálu nějaké edukační materiály (informační letáky, brožury, apod.) související s předčasným narozením Vašeho dítěte?

Edukační materiály v písemné formě obdrželo ve VFN Praha 20 matek, tj. 63%, ve FN Motol 1 matka, tj. 10% a v ÚPMD v Podolí 1 respondentka, tj. 6%. Naprostá většina matek z ostatních pracovišť popírá získání informačních materiálů v písemné podobě, v Nemocnici České Budějovice 11 matek, tj. 100%, ve FN Motol 9 matek, tj. 90% a v ÚPMD v Podolí 16 matek, tj. 94%, jak je uvedeno v tabulce č. 26, grafu č. 25.

Tabulka č. 26 Edukační materiály

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Edukační materiály	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Ano	20	62,5%	0	0,0%	1	10,0%	1	5,9%
Ne	12	37,5%	11	100,0%	9	90,0%	16	94,1%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 25 Edukační materiály



Položka č. 7

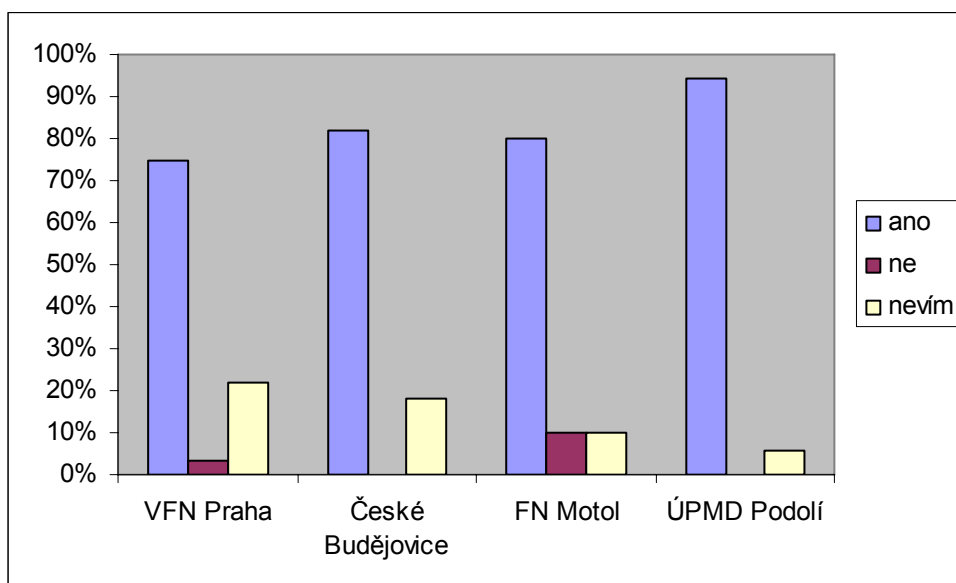
Pokud ne, uvítala by jste edukační materiály (informační letáky, brožury, apod.) související s předčasným narozením miminka?

Edukační materiály v písemné podobě by uvítalo od ošetřujícího personálu v ÚPMD v Podolí 16 matek, tj. 94%, v Nemocnici České Budějovice 9 matek, tj. 82%, ve FN Motol 8 matek, tj. 80% a ve VFN Praha 24 matek, tj. 75%. O edukační materiály neprojevila zájem ve VFN Praha 1 matka, tj. 3% a ve FN Motol 1 respondentka, tj. 10%, viz tabulka č. 27, graf č. 26.

Tabulka č. 27 Možnost edukačních materiálů

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Možnost edukačních materiálů	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Ano	24	75,0%	9	81,8%	8	80,0%	16	94,1%
Ne	1	3,1%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%
Nevím	7	21,9%	2	18,2%	1	10,0%	1	5,9%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 26 Možnost edukačních materiálů



Položka č. 8

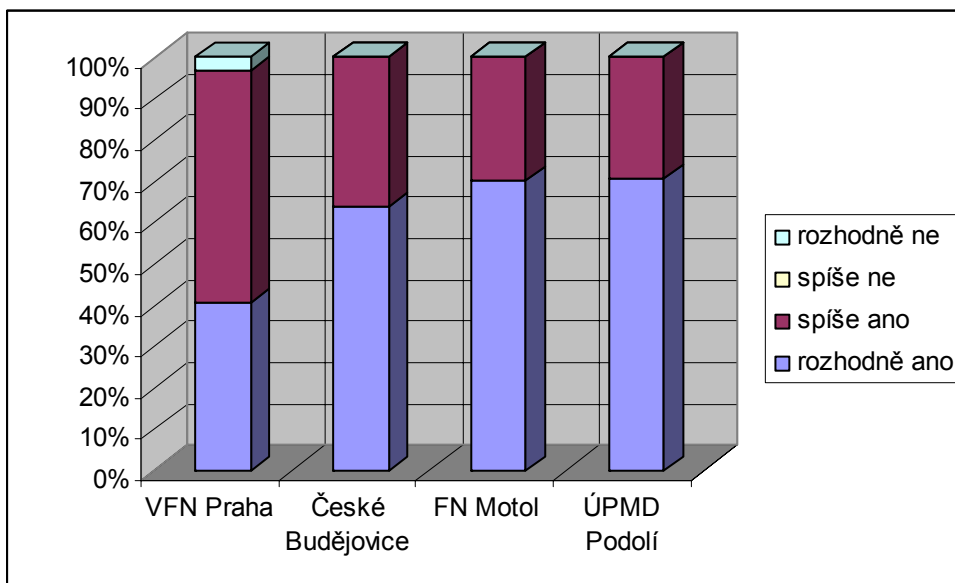
Považovala jste informace, které se týkaly Vašeho dítěte v průběhu jeho pobytu na JIP, za dostatečné?

Většina respondentek shodně vyslovuje, že informace o svém dítěti hospitalizovaném na JIP, považuje za dostatečné. Odpověď rozhodně ano uvádí v ÚPMD v Podolí 12 matek, tj. 71%, ve FN Motol 7 matek, tj. 70%, v Nemocnici České Budějovice 7 matek, tj. 64%. Respondentky ve VFN Praha vyjadřují nejčastěji odpověď spíše ano, 18 matek, tj. 56%. Pouze jediná matka ve VFN Praha uvádí, že informace o svém nedonošeném dítěti rozhodně nepovažovala za dostatečné, viz tabulka č. 28, graf č. 27.

Tabulka č. 28 Dostatek informací

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Dostatek informací	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	13	40,6%	7	63,6%	7	70,0%	12	70,6%
Spíše ano	18	56,3%	4	36,4%	3	30,0%	5	29,4%
Spíše ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rozhodně ne	1	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 27 Dostatek informací



Položka č. 9

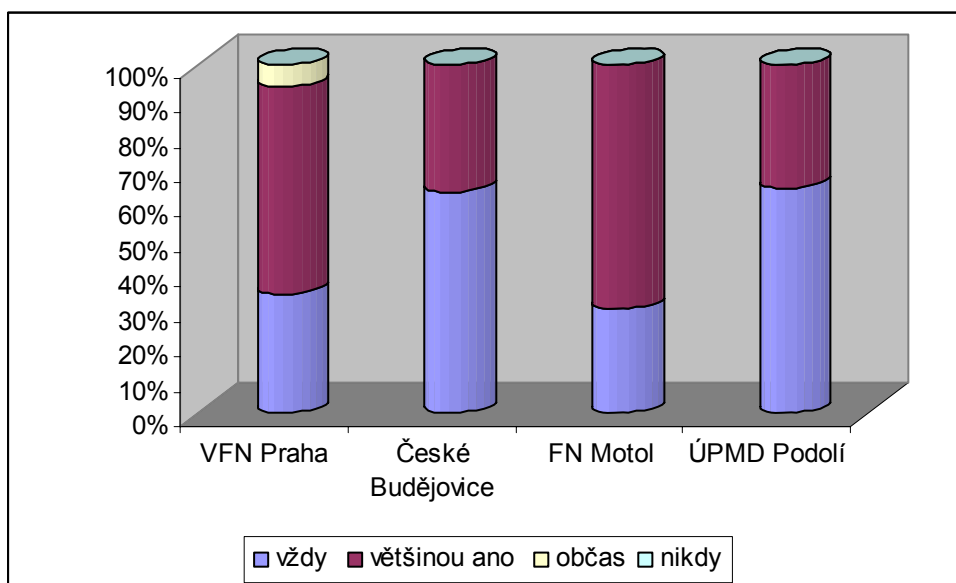
Byly pro Vás informace od ošetřujícího personálu srozumitelné?

Poskytované informace od ošetřujícího personálu hodnotí jako většinou srozumitelné ve VFN Praha 19 matek, tj. 59% a ve FN Motol 7 matek, tj. 70%. V ÚPMD v Podolí pro 11 matek, tj. 65% a v Nemocnici České Budějovice pro 7 matek, tj. 64%, byly podávány informace srozumitelné vždy. Ve VFN Praha 2 matky, tj. 6%, uvedly, že informace o dítěti pro ně byly srozumitelné občas, jak uvádí tabulka č. 29, graf č. 28.

Tabulka č. 29 Srozumitelnost informací

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Srozumitelnost informací	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Vždy	11	34,4%	7	63,6%	3	30,0%	11	64,7%
Většinou ano	19	59,4%	4	36,4%	7	70,0%	6	35,3%
Občas	2	6,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nikdy	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 28 Srozumitelnost informací



Položka č. 10

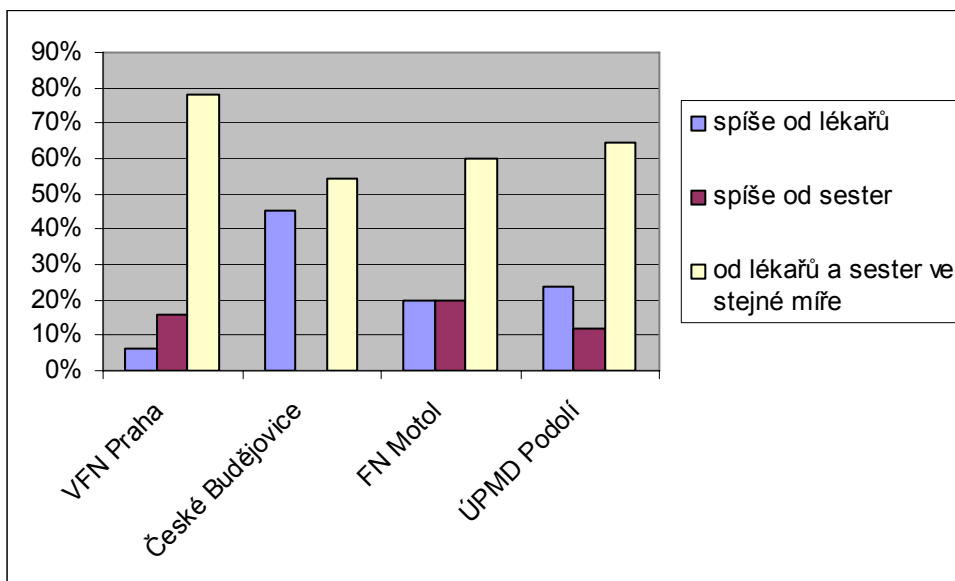
Informace o ošetřování dítěte jste získávala.

Matky získávají informace o dítěti a jeho ošetřování ve stejné míře od lékařů i sester, jak uvádí ve VFN Praha 25 matek, tj. 78%, v ÚPMD v Podolí 11 matek, tj. 65%, ve FN Motol 6, tj. 60%, respondentek a v Nemocnici České Budějovice 6 matek, tj. 55%. Ve VFN Praha 5 matek, tj. 16%, uvádí poskytování informací o dítěti spíše od sester, v Nemocnici České Budějovice 5 respondentek, tj. 45%, spíše od lékařů, jak je uvedeno v tabulce č. 30, grafu č. 29.

Tabulka č. 30 Získávání informací

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Získávání informací	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Spíše od lékařů	2	6,3%	5	45,5%	2	20,0%	4	23,5%
Spíše od sester	5	15,6%	0	0,0%	2	20,0%	2	11,8%
Od lékařů a sester ve stejné míře	25	78,1%	6	54,5%	6	60,0%	11	64,7%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 29 Získávání informací



Položka č. 14

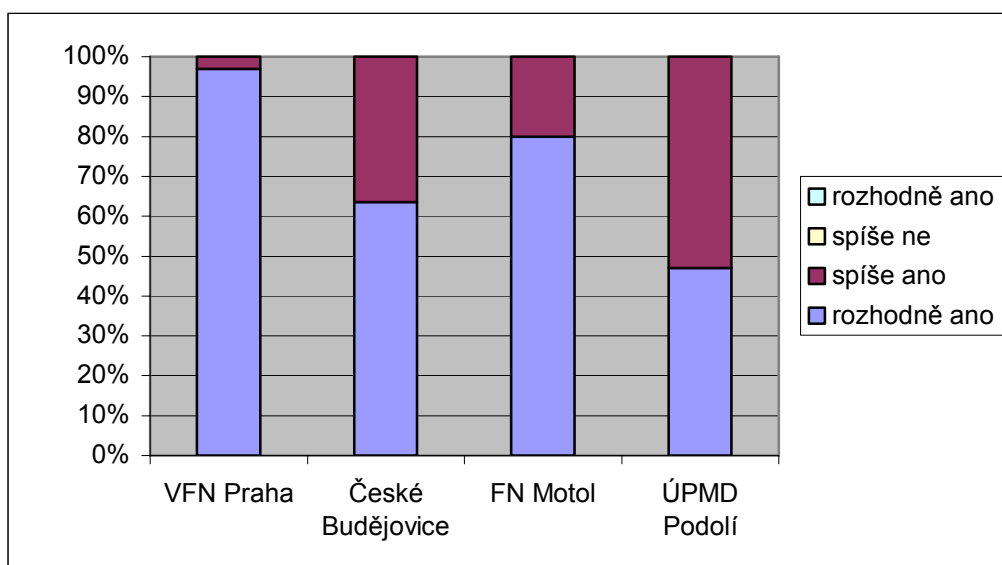
Pomohlo Vám zapojení do péče o miminko k přijetí Vaší role maminky?

Všechny matky shodně vnímají začlenění do péče o jejich nedonošené dítě jako potvrzení svých rodičovských kompetencí a ztotožnění se s rolí matky. Zapojení do péče o dítě rozhodně pomohlo ve VFN Praha 31 matkám, tj. 97%, ve FN Motol 8 matkám, tj. 80%, v Nemocnici České Budějovice 7 matkám, tj. 64% a v ÚPMD v Podolí 8 matkám, tj. 47%. K získání mateřské role spíše pomohlo zapojování do péče o dítě v ÚPMD v Podolí 9 respondentkám, tj. 53%, v Nemocnici České Budějovice 4 matkám, tj. 36%, ve FN Motol 2 matkám, tj. 20% a ve VFN Praha 1 matce, tj. 3%. Žádná z respondentek neuvěděla, že by začlenění v péči o dítě k získání role matky nepřispívalo, jak uvádí tabulka č. 31, graf č. 30.

Tabulka č. 31 Získání role matky

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Získání role matky	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	31	96,9%	7	63,6%	8	80,0%	8	47,1%
Spíše ano	1	3,1%	4	36,4%	2	20,0%	9	52,9%
Spíše ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rozhodně ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 30 Získání role matky



Hypotéza H6 se potvrdila.

Potvrdilo se, že všem matkám napomáhá aktivní začlenění do péče o jejich nedonošené dítě k získání přirozeného rodičovského chování a osvojení role matky. Rozhodně je o tom přesvědčeno ve VFN Praha 97% matek, ve FN Motol 80% matek, v Nemocnici České Budějovice 64% matek a v ÚPMD v Podolí 47% matek. Získání mateřské role začleněním do péče o dítě spíše pomohlo v ÚPMD v Podolí 53% matkám, v Nemocnici České Budějovice 36% respondentkám a ve FN Motol 20% matkám. Žádná matka si nemyslí, že by její aktivní role v péči o dítě nenapomáhala v naplnění role matky.

Potvrdilo se, že matky nejčastěji získávají informace o dítěti a jeho ošetřování ve stejné míře od lékařů i sester, jak uvádí ve VFN Praha 78% matek, v ÚPMD v Podolí 65% matek, ve FN Motol 60% respondentek a v Nemocnici České Budějovice 55% matek. Většina respondentek shledává poskytované informace o svém dítěti jako rozhodně či spíše dostatečné, jak shodně uvádí v ÚPMD v Podolí, ve FN Motol a v Nemocnici České Budějovice 100% matek a ve VFN Praha 97% respondentek. Poskytované informace o dítěti hodnotí v ÚPMD v Podolí 65% matek a v Nemocnici České Budějovice 64% matek vždy srozumitelnými. Ve VFN Praha pro 59% matek a ve FN Motol pro 70% matek je podávání informací většinou srozumitelné.

Potvrdilo se, že by matky uvítaly edukační materiály v písemné podobě, jak potvrzuje v ÚPMD v Podolí 94% matek, v Nemocnici České Budějovice 82% matek, ve FN Motol 80% respondentek a ve VFN Praha 75% matek. O písemné informační materiály související s předčasným narozením dítěte neprojevila zájem pouze 1 matka z VFN Praha a 1 respondentka z FN Motol. Edukační materiály získalo pouze ve VFN Praha 63% matek, ve FN Motol 1 matka a v ÚPMD v Podolí 1 respondentka. Naprostá většina matek z ostatních pracovišť nedostala od ošetřujícího personálu oddělení žádné edukační materiály, v Nemocnici České Budějovice 100% matek, ve FN Motol 90% matek a v ÚPMD v Podolí 94% matek.

8.7 Získané výsledky k hypotéze H7

Domnívám se, že 90% matek vnímá klokánkování a kontakt s dítětem jako silné citové pouto a uspokojování emočních potřeb dítěte. Klokánkování pomáhá matce k navázání citového vztahu k nezralému novorozenci.

K hypotéze H7 se vztahují položky dotazníku pro matky č. 11, 16, 17, 18, 19, 20.

Položka č. 11

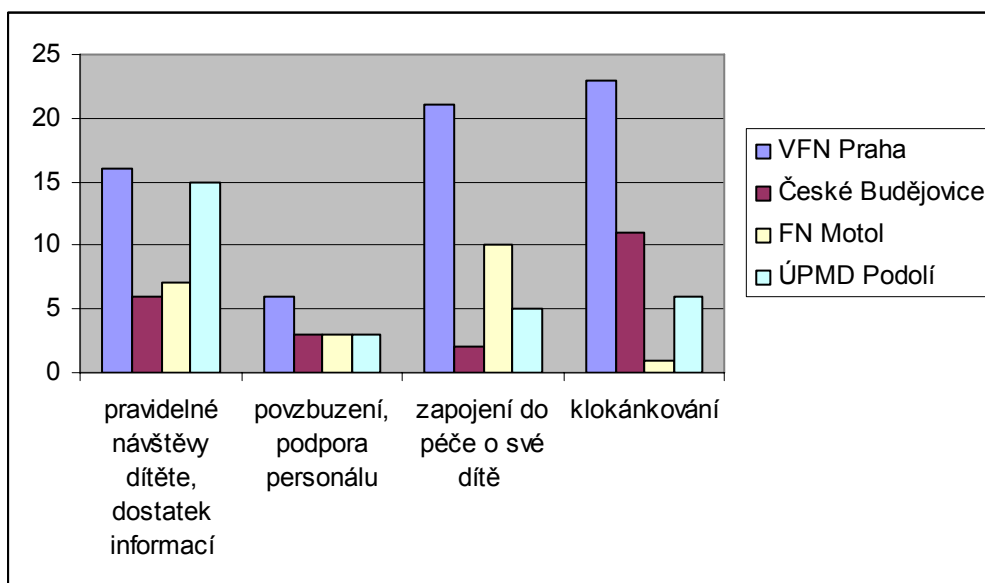
Co Vám nejvíce pomohlo k navázání citového vztahu s Vaším miminkem?

Nejčtenější odpovědi matek z jednotlivých pracovišť představují pravidelné navštěvování dítěte s dostatečným množstvím informací, četnost 44 odpovědí, zapojení do péče o dítě, 38 odpovědí, klokánkování, zastoupeno 41 odpovědí, jak uvádí tabulka č. 32, graf č. 31.

Tabulka č. 32 Navázání vztahu matky s dítětem

Navázání vztahu matky s dítětem	Četnost odpovědí			
	VFN Praha	České Budějovice	FN Motol	ÚPMD Podolí
Pravidelné návštěvy dítěte, dostatek informací	16	6	7	15
Povzbuzení, podpora personálu	6	3	3	3
Zapojení do péče o své dítě	21	2	10	5
Klokánkování	23	11	1	6

Graf č. 31 Navázání vztahu matky s dítětem



Položka č. 16

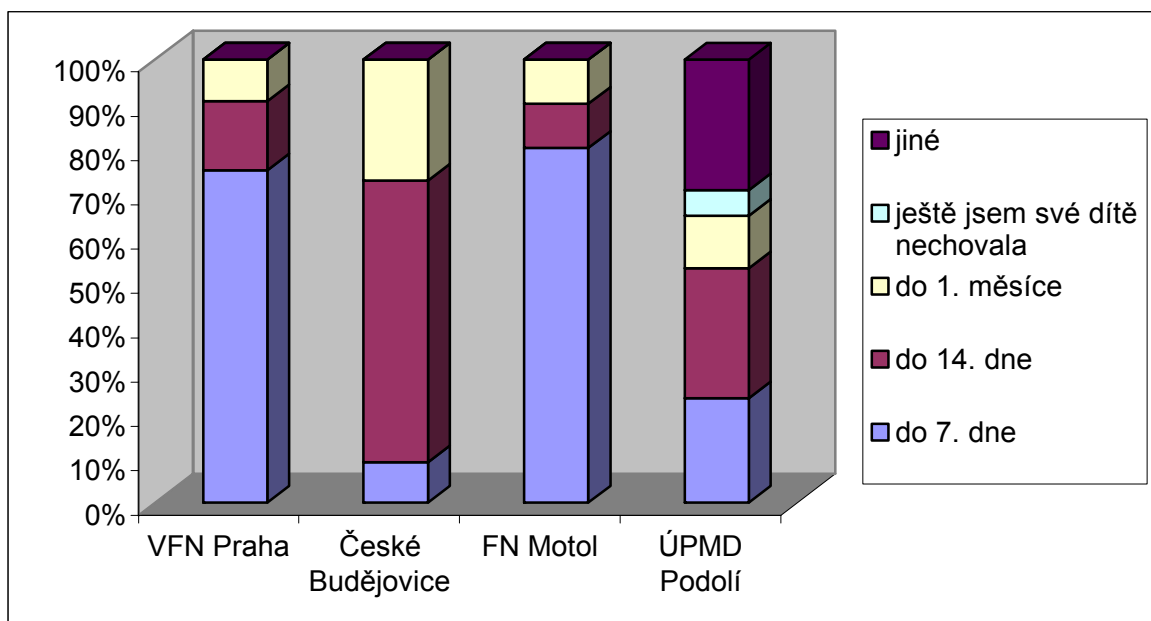
Kdy Vám bylo umožněno své dítě poprvé pochovat?

Do sedmého dne života po narození své dítě pochovalo ve FN Motol 8 matek, tj. 80% a ve VFN Praha 24 matek, tj. 75%. Klokáňkování do 14. dne života dítěte bylo umožněno v Nemocnici České Budějovice 7 matkám, tj. 64% a v ÚPMD v Podolí 5 matkám, tj. 29%. V ÚPMD v Podolí zároveň 1 respondentka uvádí, že své dítě zatím nechovala, viz tabulka č. 33, graf č. 32.

Tabulka č. 33 První klokáňkování

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
První klokáňkování	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Do 7. dne života dítěte	24	75,0%	1	9,1%	8	80,0%	4	23,5%
Do 14. dne života dítěte	5	15,6%	7	63,6%	1	10,0%	5	29,4%
Do 1. měsíce života dítěte	3	9,4%	3	27,3%	1	10,0%	2	11,8%
Ještě jsem své dítě nechovala	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%
Jiné	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	29,4%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 32 První klokánekování



Položka č. 17

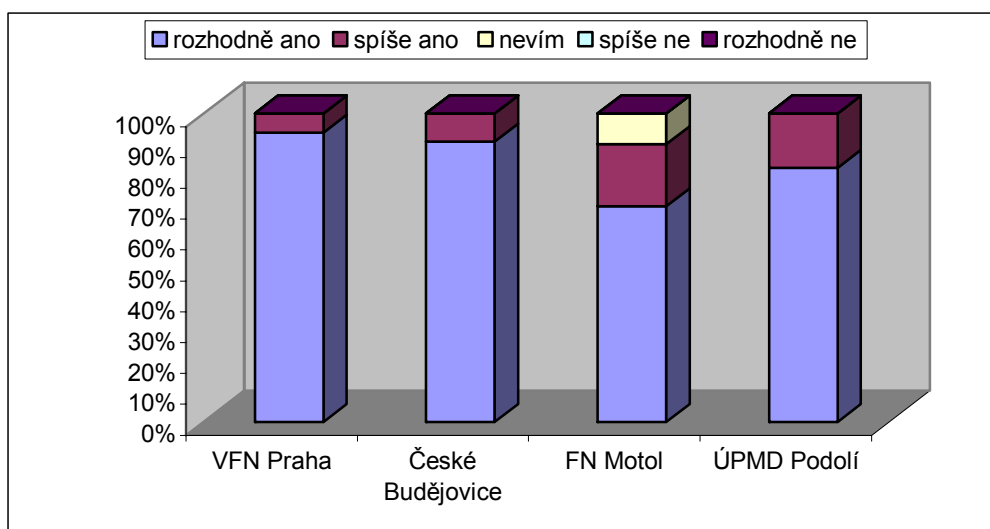
Myslíte si, že chováním svého dítěte (klokánekování) zabezpečujete citové potřeby miminka?

Naprostá většina matek nedonošených dětí rozhodně souhlasí s tím, že klokánekováním uspokojuje emoční potřeby dítěte, ve VFN Praha 30 matek, tj. 94%, v Nemocnici České Budějovice 10 matek, tj. 91%, v ÚPMD v Podolí 14 respondentek, tj. 82% a ve FN Motol 7 matek, tj. 70%. Pouze 1 respondentka, tj. 10%, ve FN Motol si není jistá účinností metody klokánekování k zabezpečení citových potřeb dítěte, jak je uvedeno v tabulce č. 34, grafu č. 33.

Tabulka č. 34 Klokánkování – citové potřeby dítěte

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Klokánkování-citové potřeby dítěte	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %	ni	fi %
Rozhodně ano	30	93,8%	10	90,9%	7	70,0%	14	82,4%
Spíše ano	2	6,3%	1	9,1%	2	20,0%	3	17,6%
Nevím	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%
Spíše ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rozhodně ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 33 Klokánkování – citové potřeby dítěte



Položka č. 18

Jaký význam má chování dítěte (klokánkování) pro Vás?

V otevřené otázce jsem nechala prostor matkám vyjádřit vlastní názor a postoje na uvedenou otázku v dotazníku. Prostor využily všechny matky, pro ilustraci uvádím v autentické podobě několik výroků matek, které mě oslovily:

„Pro mě je velice důležité být v blízkosti svého dítěte, dodává mi to sílu zvládat nastalou situaci a dodává mi to nesmírnou energii. Ráda ho cítím a dotýkám se ho.“

„Cítila jsem klid, uvědomovala jsem si, že mám miminko. Cítila jsem, že ta hodinka denně je jen naše a nenechala jsem si ji vzít.“

„Klokánkování působilo velice dobře na mou psychiku. Měla jsem pocit, že můžu pro své dítě něco udělat.“

„Díky klokánkování jsem si uvědomovala opravdovost a přítomnost miminka po velmi předčasném porodu. Cítila jsem, že ho opravdu mám.“

„Velmi významný, přináší mi hluboký pocit štěstí, že miminko je v tu chvíli jen moje, podpora tvorby mléka.“

„Navázání citu, zlepšení psychického stavu – při chování se mi přijímaly lépe informace (i špatné) o stavu miminka.“

„Při klokánkování jsem si více uvědomovala důležitost své role, zlepšení nálady, odpočinek.“

„Pro mě bylo klokánkování ze všeho nejvýznamnější. Kontakt s miminkem je dle mého názoru to nejlepší, co pro něj můžu v prvních dnech života udělat.“

„Mám pocit, že mu tím pomůžu, aby se měl líp. Myslím si, že miminko pocítuje, že mu dávám lásku, má pocit, že je u mě v bezpečí.“

„Znamená to moc! Když nemůžu být se svým miminkem, necítím ho stále vedle sebe... je to hrozný pocit prázdnoty.“

Položka č. 19

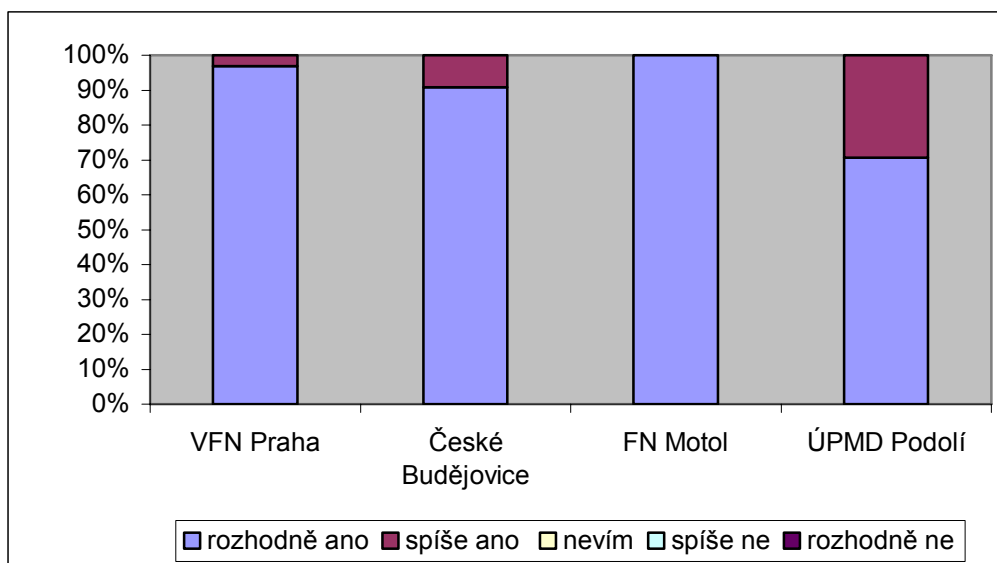
Pomohlo Vám klokánkování k navázání citového kontaktu mezi Vámi a Vaším miminkem?

Matky nedonošených dětí rozhodně souhlasí, že klokánkování znamená navázání citového kontaktu mezi nimi a jejich dítětem, ve FN Motol 10 matek, tj. 100%, ve VFN Praha 31 matek, tj. 97%, v Nemocnici České Budějovice 10 matek, tj. 91% a v ÚPMD v Podolí 12 respondentek, tj. 71%. Spíše souhlasný postoj vyjadřuje v ÚPMD v Podolí 5 matek, tj. 29%, ve VFN Praha 1 respondentka a v Nemocnici České Budějovice 1 matka, jak uvádí tabulka č. 35, graf č. 34.

Tabulka č. 35 Klokánkování – navázání citového kontaktu

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Klokánkování – navázání kontaktu	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Rozhodně ano	31	96,9%	10	90,9%	10	100,0%	12	70,6%
Spíše ano	1	3,1%	1	9,1%	0	0,0%	5	29,4%
Nevím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Spíše ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rozhodně ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 34 Klokánkování – navázání citového kontaktu



Položka č. 20

Vyznačte na stupnici 1 – 5, jaké citové pouto pro Vás znamenalo klokánkování a intenzivní kontakt s Vaším dítětem:

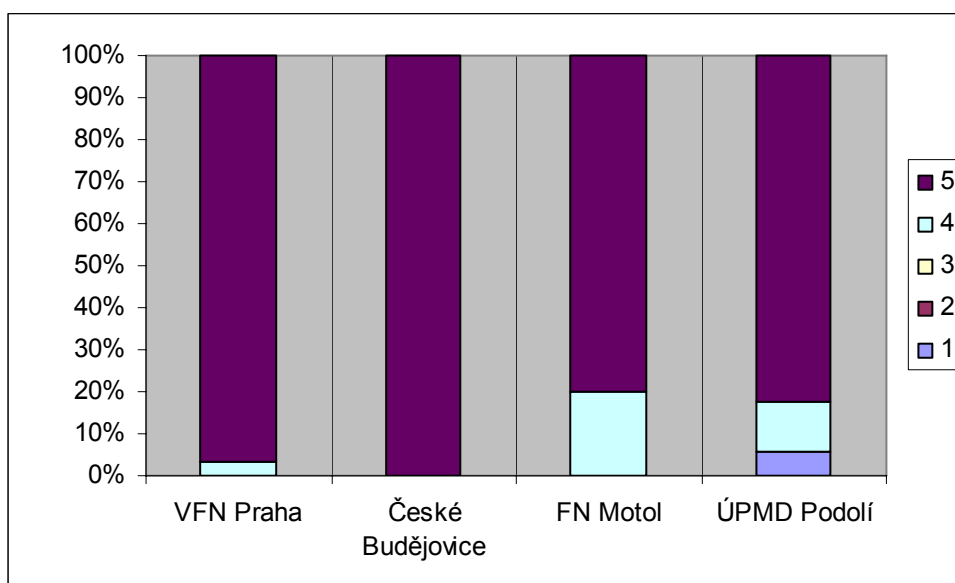
slabé 1 – 2 – 3 – 4 – 5 silné

Klokánkování a intenzivní kontakt s dítětem představuje pro matky velmi silné pouto, na stupnici škály stupeň 5, jak vyjádřilo v Nemocnici České Budějovice 11 matek, tj. 100%, ve VFN Praha 31 matek, tj. 97%, v ÚPMD v Podolí 14 respondentek tj. 82% a ve FN Motol 8 matek, tj. 80%. Pouze v ÚPMD v Podolí 1 respondentka, tj. 6%, vyznačila na stupnici slabé emoční pouto, na stupnici škály stupeň 1, viz tabulka č. 36, graf č. 35.

Tabulka č. 36 Klokánkování – citové pouto

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Klokánkování – citové pouto	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%
2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4	1	3,1%	0	0,0%	2	20,0%	2	11,8%
5	31	96,9%	11	100,0%	8	80,0%	14	82,4%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 35 Klokánkování – citové pouto



Hypotéza H7 se potvrdila.

Potvrdilo se, že klokánkování a intenzivní kontakt s dítětem matky vnímají jako silné emoční pouto, jak vyjádřilo v Nemocnici České Budějovice 100% matek, ve VFN Praha 97% matek, v ÚPMD v Podolí 82% matek a ve FN Motol 80% matek. Bylo potvrzeno, že naprostá většina matek nedonošených dětí rozhodně souhlasí s tím, že klokánkováním uspokojují citové potřeby dítěte, ve VFN Praha 94% matek, v Nemocnici České Budějovice 91% matek, v ÚPMD v Podolí 82% respondentek a ve FN Motol 70% matek. Přičemž matky uvádějí, ve FN Motol 80% matek a ve VFN Praha 75% matek, že své dítě pochovaly do sedmého dne života po narození. Do 14. dne života dítěte nejčastěji klokánkovalo nedonošeného novorozence v Nemocnici České Budějovice 64% matek a v ÚPMD v Podolí 29% respondentek.

Zároveň se potvrzuje, že klokánkování pomáhá matkám k navázání citového kontaktu s jejich nedonošeným dítětem, jak uvádí ve FN Motol 100% matek, ve VFN Praha 97% matek, v Nemocnici České Budějovice 91% respondentek a v ÚPMD v Podolí 71% respondentek. K navázání kontaktu s dítětem matkám dále nejvíce pomohlo pravidelné navštěvování dítěte, dostatek informací o jeho zdravotním stavu a zapojení do ošetřování dítěte.

8.8 Získané výsledky k hypotéze H8

Předpokládám, že ačkoliv má matka počáteční strach a obavy ošetřovat své nedonošené dítě, chce se co nejdříve aktivně zapojit do péče o dítě a podle svých možností zabezpečovat jeho potřeby.

K hypotéze H8 se vztahují položky dotazníku pro matky č. 12, 13, 15.

Položka č. 12

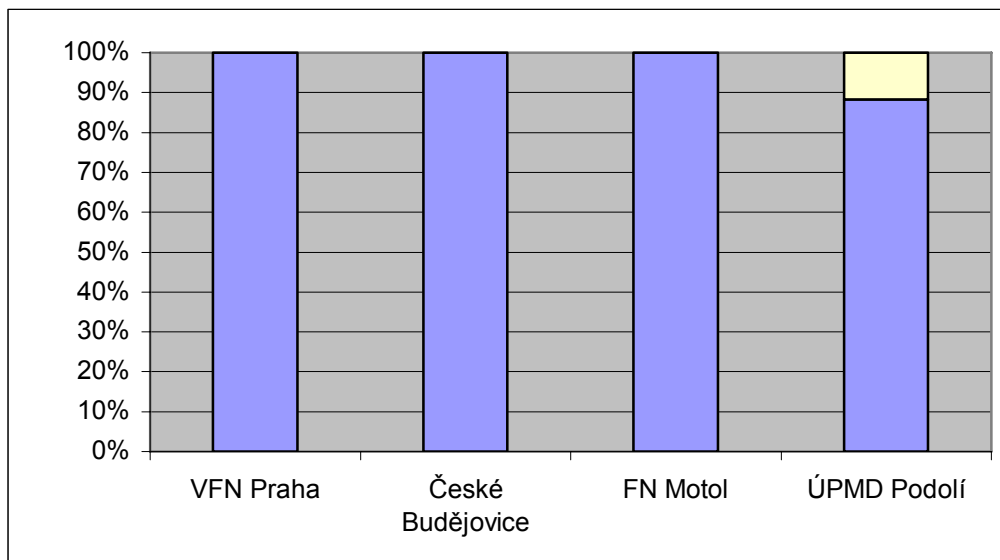
Myslíte si, že Vaše přítomnost u dítěte je žádoucí?

Matky nedonošených dětí považují svou přítomnost u dítěte za žádoucí, a to již v průběhu jeho hospitalizace na JIP, jak souhlasně vyjadřuje ve VFN Praha 32 matek, tj. 100%, v Nemocnici České Budějovice 11 matek, tj. 100%, ve FN Motol 10 respondentek, tj. 100% a v ÚPMD v Podolí 15 respondentek, tj. 88%. V ÚPMD v Podolí 2 matky, tj. 12%, odpovídají neurčitě ohledně své přítomnosti u dítěte na JIP, jak uvádí tabulka č. 37, graf č. 36.

Tabulka č. 37 Přítomnost u dítěte

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Přítomnost u dítěte	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	15	88,2%
Ne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nevím	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	11,8%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 36 Přítomnost u dítěte



Položka č. 13

Co všechno Vám sestra umožnila vykonávat u Vašeho dítěte v průběhu jeho pobytu na JIP?

- manipulaci s miminkem (otáčení, polohování)
- měření tělesné teploty, přebalování
- provádět samostatně jednoduché výkony (ošetření pupíčku, ošetření kůže, aplikace očních kapek apod.)
- krmení dítěte (podávání mateřského mléka do sondy, stříkačkou, přikládání k prsu, kojení)
- koupání
- chování svého dítěte (klokánkování)
- nebylo mi umožněno starat se o miminko

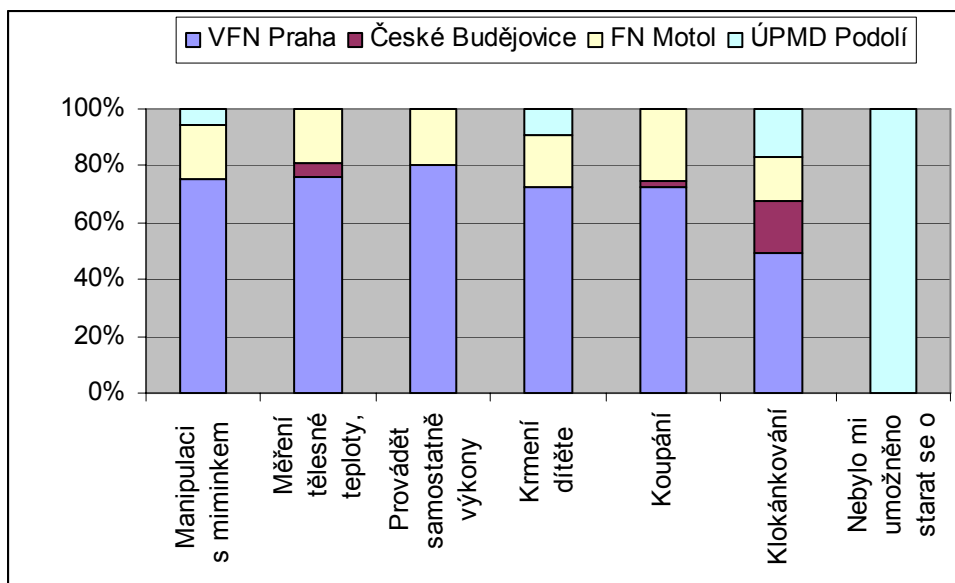
Ze strany sester bylo matkám umožněno nejvíce ošetřovat své dítě a uspokojovat jeho potřeby na JIP ve VFN Praha, celková četnost odpovědí 167, oproti jiným pracovištím. V Nemocnici České Budějovice celková četnost 14 odpovědí, ve FN Motol zastoupeno 46 odpovědí a v ÚPMD v Podolí 22 odpovědí. Matky nejčastěji uvádějí měření tělesné teploty, přebalování a krmení dítěte, ve

VFN Praha 32 odpovědí, dále klokánkování, v Nemocnici České Budějovice celková četnost 11 odpovědí, v ÚPMD v Podolí zastoupeno 10 odpovědí. Ve FN Motol matky vyjadřují klokánkování a koupání, celková četnost 9 odpovědí, jak uvádí tabulka č. 38, graf č. 37.

Tabulka č. 38 Ošetřování dítěte matkou

Ošetřování dítěte matkou	Četnost odpovědí			
	VFN Praha	České Budějovice	FN Motol	ÚPMD Podolí
Manipulaci s miminkem	28	0	7	2
Měření tělesné teploty, přebalování	32	2	8	0
Provádět samostatně výkony	20	0	5	0
Krmení dítěte	32	0	8	4
Koupání	26	1	9	0
Klokánkování	29	11	9	10
Nebylo mi umožněno starat se o miminko	0	0	0	4

Graf č. 37 Ošetřování dítěte matkou



Položka č. 15

Chtěla jste se od začátku podílet na ošetřování Vašeho dítěte?

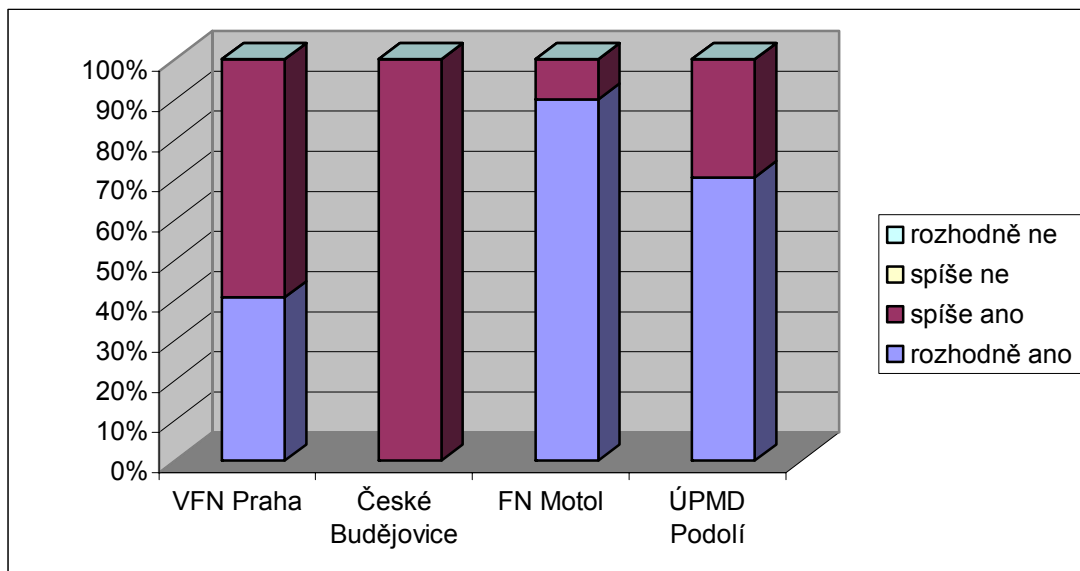
- A.** rozhodně ano, od začátku jsem toužila starat se o své dítě
- B.** spíše ano, i když jsem zpočátku cítila strach, obavy a nejistotu, abych dítěti neublížila
- C.** spíše ne, ale sestry požadovaly, abych se na ošetřování dítěte podílela
- D.** rozhodně ne, k dítěti jsem měla odmítavý postoj

Jak ukazují výsledky, všechny matky se od počátku chtěly zapojit do péče o své nedonošené dítě, a to i přesto, že zpočátku měly strach a obavy, aby dítěti neublížily, v Nemocnici České Budějovice 11 matek, tj.100%, ve VFN Praha 19 matek, tj. 59% a v ÚPMD v Podolí 5 matek, tj. 29%. Od začátku se rozhodně toužilo podílet na ošetřování svého dítěte ve FN Motol 9 matek, tj. 90%, v ÚPMD v Podolí 12 matek, tj. 71% a ve VFN Praha 13 matek, tj. 41%, viz tabulka č. 39, graf č. 38.

Tabulka č. 39 Péče o dítě od začátku

Pracoviště	Respondentky (N = 70)							
	VFN Praha		České Budějovice		FN Motol		ÚPMD Podolí	
Péče o dítě od začátku	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
A	13	40,6%	0	0,0%	9	90,0%	12	70,6%
B	19	59,4%	11	100,0%	1	10,0%	5	29,4%
C	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
D	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	32	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	17	100,0%

Graf č. 38 Péče o dítě od začátku



Hypotéza H8 se potvrdila.

Výsledky potvrzují, že všechny matky se od počátku chtěly zapojit do péče o své nedonošené dítě, jak rozhodně vyjádřilo ve FN Motol 90% matek, v ÚPMD v Podolí 71% matek a ve VFN Praha 41% respondentek. Přestože matky zpočátku měly strach a obavy, aby dítěti neublížily, spíše se chtěly zapojit do ošetřování svého miminka od začátku, v Nemocnici České Budějovice 100% matek, ve VFN Praha 59% matek a v ÚPMD v Podolí 29% respondentek. Naprostá většina matek považuje přítomnost u svého dítěte za žádoucí již na JIP, ve VFN Praha 100% matek, v Nemocnici České Budějovice 100% respondentek, ve FN Motol 100% matek a v ÚPMD v Podolí 88% respondentek.

Potvrdilo se, že matky na základě svých možností zabezpečují potřeby svého nedonošeného dítěte. Ze strany sester bylo matkám umožněno nejvíce ošetřovat a zabezpečovat potřeby svého dítěte na JIP ve VFN Praha, celková četnost odpovědí 167, oproti jiným pracovištím, v Nemocnici České Budějovice zastoupeno 14 odpovědí, ve FN Motol 46 odpovědí a v ÚPMD v Podolí 22 odpovědí. Nejčastěji matky uvádějí od sester souhlasné stanovisko měřit tělesnou teplotu, přebalovat, klokánkovat, krmit a také koupat své nedonošené dítě v průběhu hospitalizace na JIP.

9. Diskuse

Volba tématu pro diplomovou práci byla značně ovlivněna mou několikaletou praxí na novorozenecké jednotce intenzivní péče Gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V průběhu mé téměř desetileté ošetrovatelské praxe jsem byla svědkem výrazného pokroku v péči o nezralé novorozence, rovněž jsem zaznamenala významné změny v ošetrovatelské péči. V poslední době, se snahou o neustálé zvyšování kvality péče o nezralé novorozence, věnujeme na našem oddělení pozornost problematice edukace a možnostem raného aktivního zapojování matky i otce do péče o jejich dítě. Snahou je získání aktivní pečovatelské role rodičů v péči o jejich nedonošené dítě co možná nejdříve po narození, bez ohledu na to, zda se dítě narodilo např. ve 32. týdnu těhotenství či na hranici viability. Tak je dnes naprosto běžné, že v případě uspokojivého klinického stavu dítěte, matka v rámci svých možností zajišťuje řadu pečovatelských úkonů a zabezpečuje potřeby svého dítěte narozeného třeba již ve 24. týdnu těhotenství. Péče rodičů je nezastupitelná nejenom tím, že se nestává profesionální a rutinní, jako tomu může být u ošetřujícího personálu, ale především od počátku poskytuje předčasně narozenému dítěti a jim samotným uspokojování vzájemných emočních potřeb.

Cílem mé diplomové práce bylo pokusit se zmapovat problematiku edukace matky nezralého novorozence na čtyřech novorozeneckých pracovištích, jež se specializují na intenzivní péči o nezralé a patologické novorozence. Snažila jsem se porovnat edukační proces a výsledky edukačního působení jednotlivých pracovišť. Výzkumné šetření probíhalo na oddělení jednotky intenzivní péče pro novorozence ve VFN v Praze, FN Motol, ÚPMD v Podolí a v Nemocnici České Budějovice. Všechna tato oddělení se řadí ke špičkovým pracovištím v oboru neonatologie. Cílem bylo zhodnotit oblast edukace matky a s ní související problematiku z pohledu sester pracujících na JIP pro novorozence a z pohledu matek předčasně narozených dětí.

Zvolenou metodou ke zjištění potřebných údajů a ověření hypotéz byl dotazník. V současné době dotazník, jako výzkumná metoda, patří k nejrozšířenější technice metod zkoumání. Ačkoliv jsem se obávala nízké návratnosti dotazníků, byla jsem výsledkem mile překvapena. Celkově se mi podařilo získat 164

dotazníků. Z původních 105 dotazníků určených sestřám byla návratnost 94 dotazníků, tj. 90% a 70 dotazníků (85%) se mi navrátilo z plánovaných 82 dotazníků určených pro matky.

Distribuci dotazníků ve VFN Praha jsem zajišťovala sama a vzhledem k tomu, že na tomto pracovišti pracuji, se mi podařilo také získat nejvíce dotazníků zpět (návratnost dotazníků u matek byla plných 100% a u sester 97%). Spolupráce se sestrami na našem oddělení byla dobrá a kromě jedné sestry, která byla v době dotazníkového šetření dlouhodobě v pracovní neschopnosti, dotazník vcelku ochotně vyplnily všechny. Dokonce mě překvapil zájem jedné z našich sester, jež vyplňovala dotazník velmi pečlivě a připsala i vlastní nápady na zlepšení péče o rodiče v oblasti edukace. Spolupráce při vyplňování dotazníků s matkami nedonošených dětí byla velice uspokojujivá, matky hospitalizované v porodnici se svým dítětem mé návštěvy vítaly a byly rády, že se mohou někomu svěřit se svými problémy.

Na ostatních pracovištích, po vyhovění mé žádosti provést výzkumné šetření, jsem požádala o spolupráci vrchní sestry jednotlivých neonatologických oddělení. Jejich přístup hodnotím bezesporu velice vstřícně. V ÚPMD v Podolí zpočátku vrchní sestra, přestože jsem jí podrobně vysvětlila účel výzkumu a pro koho je dotazník určen, reagovala slovy: „To nějak zvládneme, dám to vyplnit případně i holkám na mediálu“, avšak po mém opětovném vysvětlení, že dotazník je určen jen sestřám pracujícím na JIP, mě ubezpečila, že dotazník tedy vyplní pouze sestry z JIP. Na druhou stranu vrchní sestra v ÚPMD v Podolí byla velmi laskavá a vstřícná, věnovala mi svůj čas a seznámila mě s oddělením jednotky intenzivní péče, rovněž mi nabídla možnost prohlédnout si porodní sály a neonatologickou ambulanci. Ve FN Motol byla spolupráce také velmi příjemná, vrchní sestra zajistila vyplnění dotazníků u všech sester z oddělení JIP a u matek nedonošených dětí hospitalizovaných na oddělení. Obě vrchní sestry byly ochotné a zajistily vyplnění dotazníků v maximální možné míře od matek nedonošených dětí, což vyžadovalo větší časovou náročnost, tak od sester z oddělení JIP. V Nemocnici České Budějovice jsem využila vstřícný přístup a spolupráci sestry pracující v minulosti na našem pracovišti, rovněž oceňuji spolupráci se školitelkou tohoto oddělení. Nemohu hodnotit objektivně průběh dotazníkového šetření na těchto pracovištích, ale ze stran vrchních sester jsem žádné problémy s vyplněním

dotazníků nezaznamenala. Jsem jim vděčná za všechny získané informace a kladnou spolupráci při výzkumném šetření.

Nyní se budu věnovat rozboru jednotlivých hypotéz. Pozitivním zjištěním je, že naprostá většina sester potvrzuje svým vyjádřením důležitost a význam edukace matky na novorozenecké JIP. Rovněž sestry zastávají podobný názor na proces edukace, který shledávají především v poskytování dostatečných informací, edukačních materiálů v písemné podobě a také v zapojování matky do ošetřování dítěte. Přestože sestry shodně uvádějí, že součástí edukace je poskytování edukačních materiálů v písemné formě, jak výsledky naznačují, téměř polovina sester v Nemocnici České Budějovice a více jak tři čtvrtiny sester ve FN Motol vyjadřují, že v běžné ošetrovatelské praxi je těchto materiálů pro rodiče nedostatek. Sestry sice nepopírají důležitost edukace, na druhou stranu však, s výjimkou VFN Praha, kde 85% sester přiznává ošetrovatelský standard zaměřující se na edukaci, nemají na svém oddělení pracovní postup, podle kterého by se v praxi mohly řídit (uvádí více jak polovina sester ve FN Motol, 95% v ÚPMD v Podolí a 94% sester v Nemocnici České Budějovice). Přičemž v kompetenci sestry je právě vypracování tohoto ošetrovatelského standardu a příprava edukačních materiálů.

Více jak polovina respondentek ze všech pracovišť shodně udává občasné problémy v komunikaci s matkou na JIP a rovněž komunikaci označují jako náročnou. Nejčastěji však tyto problémy označují jako občasné, jak se vyslovuje téměř většina sester. Velmi povzbudivé je, že 89% sester v Nemocnici České Budějovice, 77% v ÚPMD v Podolí, 65% sester ve VFN Praha a více jak polovina respondentek ve FN Motol, by měly zájem rozvíjet své komunikační schopnosti a uvítaly by možnost absolvovat např. kurz komunikace. Je tedy patrné, že ačkoliv si sestry uvědomují občasné potíže v komunikaci s matkou na JIP, vyjadřují se souhlasně k následnému rozvíjení komunikačních dovedností, a tím ke zvyšování a zlepšování efektivity komunikace mezi nimi a matkami. Vzhledem k tomu, že matka musí čelit obrovskému stresu a psychické zátěži, jež souvisejí s nedonošeností jejího dítěte, komunikace s ní se mnohdy jeví jako náročná a obtížná. Od sester to vyžaduje především hodně trpělivosti a empatického chování. Řada sester se mi svěřila, že shledávají obrovské problémy v komunikaci s rodiči v případě nepříznivé nebo infaustní prognózy dítěte. "Nevědí, jak a co jim říkat." Myslím si, že někdy stačí vyjádřit opravdovou účast, nepotlačovat a nevyhýbat se

komunikaci a především podpořit přítomnost rodičů u dítěte podle jejich přání a to i v případě umírání dítěte. Téměř tři čtvrtiny sester v Nemocnici České Budějovice, 59% sester ve VFN Praha, více jak polovina respondentek ve FN Motol a 95% sester v ÚPMD v Podolí jsou přesvědčeny, že mají na edukaci dostatek času, což je velmi příznivé. Možnosti edukačního působení sester jsou značně ovlivňovány jejich pracovním vytížením, množstvím povinností a momentální situací na oddělení, což je logické.

Povzbudivým zjištěním je, že většina sester shodně souhlasí se zapojováním matky do péče o dítě již v rámci JIP a matku vnímají jako aktivního spolupracovníka v péči o dítě. Naprostá většina respondentek, kromě sester v ÚPMD v Podolí, zároveň podporuje ošetřování dítěte matkou z vlastního přesvědčení co nejdříve po porodu. Alarmující je, že téměř polovina sester v ÚPMD v Podolí se s tímto neztotožňuje a rovněž 60% sester se vyjadřuje záporně na ošetřování dítěte matkou, kdy 35% sester nerada matku zapojuje do péče o dítě a třetina z nich považuje dokonce za nežádoucí, aby matka své dítě ošetřovala na JIP. Bohužel však nedokáží zhodnotit, proč tomu tak je. Zároveň sestry ze všech pracovišť potvrzují, že ošetřování dítěte bez matky je pro ně snazší a jednodušší, což se vcelku nabízí (100% sester ve FN Motol, 89% sester ve VFN Praha, 86% v ÚPMD v Podolí a 73% respondentek v Nemocnici České Budějovice).

Dále je potěšující, že sestry ze všech pracovišť podporují co nejintenzivnější kontakt matky s dítětem a uvědomují si význam klokánkování jako navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem. Sestry také uvedly, že klokánkování napomáhá matce ke zlepšení psychického stavu, podporuje tvorbu mateřského mléka a zabezpečuje dítěti uspokojování jeho citových potřeb. Objevují se však významné rozdíly týkající se „povolení“ klokánkování dítěte ze strany sester. Výsledky naznačují, že klokánkování je nejméně umožňováno sestrami v ÚPMD v Podolí, kde 91% z nich soudí, že matka své dítě může chovat pouze v případě ventilační stability nedonošeného novorozence bez nutnosti podpory dechu, 50% připouští chování dítěte s invazivními vstupy. Nejvíce permissivní jsou naopak sestry ve VFN Praha, kde 62% podporuje klokánkování dítěte s ventilační podporou (UPV, CPAP) a se zavedenými invazivními vstupy. Nemohu posuzovat možnosti a kritéria pro klokánkování jednotlivých pracovišť, ale na našem oddělení je běžnou praxí, že v případě dobrého klinického stavu pacienta, je klokánkování

podporováno ošetřujícím personálem co nejdříve po porodu, a to i v případě umělé ventilační podpory pacienta, bez ohledu na hmotnost dítěte. Troufám si říci, že existují i významné rozdíly ohledně časového vymezení chování dítěte matkou na jednotlivých pracovištích a zároveň vyslovuji domněnku, že nejvíce uvolňující je pravděpodobně pracoviště VFN Praha. Pravidlem je zde klokánkovat nejčastěji po dobu 3 hodin.

Bezesporu není překvapivým zjištěním, že předčasné narození dítěte znamená pro matku velmi stresující situaci, jak se potvrdilo u 82% matek v Nemocnici České Budějovice, 53% matek z ÚPMD v Podolí a 47% ve VFN Praha, které vyznačily na stupnici nejvyšší míru stresu. Pouze 2 matky vyznačily na stupnici nejnižší míru stresu. Bylo možno usuzovat, že největší oporu a pomoc po předčasném porodu představuje pro matku její manžel či partner, jak uvedla většina z nich. Psychosociální podpora manžela i celé širší rodiny je pro matku velice důležitá. Oporou matce by měl být také především ošetřující personál pečující o její dítě.

Většina matek by uvítala možnost edukačních materiálů v písemné podobě, jak uvádí tři čtvrtiny matek ve VFN Praha, 80% ve FN Motol, 82% matek v Nemocnici České Budějovice a 94% matek v ÚPMD v Podolí. Je tedy vidět, že matky projevují o tyto materiály, které by je seznámily s problematikou nezralosti, veliký zájem. Avšak výsledky naznačují, že edukační materiály získalo pouze 63% matek z VFN Praha, 1 matka ve FN Motol a 1 matka v ÚPMD v Podolí. Ostatní nezískaly žádné edukační materiály související s předčasným narozením dítěte. Je zarážející, že ačkoliv sestry v ÚPMD v Podolí (91%) potvrzují edukační materiály na oddělení, pouze 1 maminka je dostala od ošetřujícího personálu. Nebo to není běžná praxe poskytovat rodičům psané informační materiály? Podobně všechny matky v Nemocnici České Budějovice neobdržely žádné brožury, přesto více jak polovina sester nepopírá jejich existenci na oddělení. Ukázalo se, jak všechny maminky souhlasně odpověděly, že jejich zapojování do ošetřování dítěte napomáhá k získání rodičovských kompetencí a k osvojení role matky a naprosto všechny usuzují, že považují za žádoucí svou přítomnost u dítěte již na JIP. Potěšující je, že většina maminek považuje poskytované informace o dítěti za dostatečné, zároveň více jak polovina všech matek shledává informace srozumitelnými, přičemž uvádějí, že nejčastěji jsou informovány od lékařů i sester ve stejné míře. Toto hodnotím jako velice povzbudivé, neboť podrobné informování

rodičů o zdravotním stavu dítěte a jeho aktuálním vývoji zajisté napomáhá rodičům odbourávat pocity nejistoty, že nevědí, co se s jejich dítětem „děje“.

Absolutně mě nepřekvapuje, že matky vnímají klokánkování a intenzivní kontakt s dítětem jako silné citové pouto a zabezpečování emočních potřeb miminka. Pozitivním zjištěním je, že tři čtvrtiny matek ve VFN Praha a 80% respondentek ve FN Motol měly možnost své dítě pochovat již do sedmého dne života po narození. Matky shodně potvrzují, že klokánkování pro ně znamená navázání citového kontaktu mezi nimi a jejich miminkem. Jako nejčastější důvody k upevnování kontaktu s jejich nedonošeným dítětem dále uvádějí možnost pravidelných návštěv a zapojení do ošetřování dítěte.

Neudivuje mě zároveň, že všechny maminky nezralých dětí touží zapojit se do péče o svoje miminko co nejdříve, přestože některé matky uvedly, že zpočátku měly obavy, aby drobnému dítěti neublížily. Matkám bylo sestrami umožněno nejvíce pečovat o své dítě ve VFN Praha, oproti jiným pracovištím. Nejčastěji svému dítěti měřily tělesnou teplotu, přebalovaly a krmily ho, klokánkovaly a některé z nich děťátko rovněž koupaly.

Výsledky mého výzkumného šetření jsou pro mě převážně příznivým poznáním. Nejenže si sestry z jednotlivých pracovišť uvědomují důležitost edukace matky na JIP, přiznávají dostatečný čas na edukaci, ale především vnímají matku jako aktivního spolupracovníka v péči o její dítě. Těší mě, že se sestry snaží umožnit matce co nejintenzivnější kontakt s dítětem a uvědomují si obrovský význam klokánkování pro matku. Je patrné, že většina sester považuje spolupráci a komunikaci s matkou za obtížnou a náročnou, ale označuje ji jako občasnou. Navíc sestry souhlasí s rozvíjením svých komunikativních a sociálních dovedností, což je povzbudivé. Zarážející je, že respondentky z ostatních pracovišť, kromě VFN Praha, popírají ošetrovatelský standard zaměřený na edukaci, který by sjednocoval postup sester při vedení edukačního procesu. V šetření sice nezazněla položka související se záznamem o edukaci, vyslovuji však domněnku, že pravděpodobně chybí na odděleních i existence edukačních archů. Mohu jen potvrdit, že na našem pracovišti představuje „Záznam o edukaci rodičů v průběhu hospitalizace dítěte“ součást ošetrovatelské dokumentace. Myslím, že by sestry měly více podporovat tvorbu edukačních materiálů pro rodiče nedonošených dětí, rovněž tyto písemné informační materiály poskytovat všem rodičům.

Příjemnou skutečností je pro mě zjištění, jak naznačují výsledky výzkumného šetření, že celkové zhodnocení edukačního působení jednotlivých oddělení vypovídá nejvíce ve prospěch novorozenecké JIP ve VFN Praha. Pouze na tomto pracovišti 85% sester potvrzuje standardní ošetrovatelský postup o edukaci a komunikaci s rodiči, 88% sester udává časově neomezenou dobu návštěv, i když ostatní sestry shodně připouštějí neomezený přístup na oddělení matkám. Dále 62% sester vyjadřuje nejvíce uvolňující názor na kritéria klokánkování matkou a rovněž 63% matek z VFN Praha potvrzuje získání edukačních materiálů v písemné podobě.

Naopak nepříjemným zjištěním pro mě je, že 41% sester v ÚPMD v Podolí matku neshledává jako svého spolupracovníka v péči o dítě. Především je smutnou skutečností, že 60% sester nepodporuje ošetřování dítěte matkou, dokonce čtvrtina z nich považuje za nežádoucí, aby se matka podílela na péči o své dítě na JIP. Rovněž 91% sester v ÚPMD v Podolí připouští klokánkování dítěte, oproti většině sester z jiných pracovišť, pouze bez nutnosti podpory dýchání, 50% z nich umožňuje klokánkování s přítomností invazivních vstupů.

Potěšující je pro mě naplnění mého předpokladu, že matky touží a chtějí se co nejdříve po narození dítěte stát aktivním pečovatelem o své předčasně narozené miminko a mohou tak plně rozvinout své přirozené rodičovské chování. Matky si uvědomují význam klokánkování, který jim napomáhá k navázání citového vztahu s dítětem. Bezpečně cítí, že chováním svého miminka uspokojí jeho citové potřeby. Zároveň je uspokojivé, že matky hodnotí poskytované informace jako dostatečné, většinou srozumitelné a získávají je od lékařů i sester ve stejné míře.

10. Závěr a doporučení pro praxi

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou edukace matky nezralého novorozence na JIP. Výzkumné šetření probíhalo na čtyřech specializovaných neonatologických jednotkách intenzivní péče (Novorozenecké oddělení s JIP Gynekologicko-porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Novorozenecké oddělení s JIP při Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí, Novorozenecké oddělení s JIP ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, Novorozenecké oddělení s JIP v Nemocnici České Budějovice, a.s.). Cílem práce bylo zmapovat edukaci matky a edukační proces na jednotlivých pracovištích a porovnat výsledky edukačního působení těchto oddělení. Data jsem získávala od sester pracujících na novorozenecké JIP a matek předčasně narozených dětí.

Stanovila a ověřovala jsem 8 hypotéz s těmito výsledky:

H1 *Domnívám se, že si sestry uvědomují význam a důležitost edukace matky na novorozenecké JIP, ale odlišují se jejich názory na proces edukace. Na oddělení JIP chybí edukační materiály v písemné podobě a standardní ošetrovatelský postup zaměřený na edukaci.* **Hypotéza H1 se potvrdila částečně.**

H2 *Domnívám se, že sestry považují spolupráci a komunikaci s matkou za obtížnou a náročnou. Nejméně 50% sester udává, že nemají na edukaci matky na novorozenecké JIP dostatek času a shledávají při edukaci občasné problémy v komunikaci.* **Hypotéza H2 se potvrdila částečně.**

H3 *Předpokládám, že 50% sester shledává ošetřování nezralého novorozence za snazší bez matky, nevnímají matku jako aktivního spolupracovníka v péči o dítě a brání se časnému ošetřování nezralého dítěte matkou na JIP.* **Hypotéza H3 se potvrdila částečně.**

H4 Předpokládám, že sestry umožňují matce intenzivní kontakt s dítětem a klokánkování vnímají jako navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem. Klokánkování je sestrami podporováno s ohledem na zdravotní stav dítěte.

Hypotéza H4 se potvrdila.

H5 Předpokládám, že předčasné narození dítěte znamená nejméně pro 50% matek velmi stresující zátěžovou situaci, která je provázána celou řadou negativních pocitů. Největší oporou po předčasném porodu je matce manžel (partner).

Hypotéza H5 se potvrdila.

H6 Domnívám se, že aktivní zapojování do péče o dítě výrazně napomáhá matce k identifikaci její mateřské role a přispívá k získání rodičovských kompetencí. Matka očekává dostatek srozumitelných informací o dítěti od lékaře a sestry ve stejné míře a uvítala by edukační materiály v písemné formě. **Hypotéza H6 se potvrdila.**

H7 Domnívám se, že 90% matek vnímá klokánkování a kontakt s dítětem jako silné citové pouto a uspokojování emočních potřeb dítěte. Klokánkování pomáhá matce k navázání citového vztahu k nezralému novorozenci. **Hypotéza H7 se potvrdila.**

H8 Předpokládám, že ačkoliv má matka počáteční strach a obavy ošetřovat své nedonošené dítě, chce se co nejdříve aktivně zapojit do péče o dítě a podle svých možností zabezpečovat jeho potřeby. **Hypotéza H8 se potvrdila.**

Pro zvýšení kvality edukace matky nezralého novorozence na neonatologické JIP uvádím na základě provedeného výzkumného šetření, prostudování literatury a praktických zkušeností tato doporučení pro praxi:

- zajistit vzdělávání sester v oblasti edukace
- podporovat tvorbu edukačních materiálů pro rodiče v písemné podobě související s problematikou nezralosti
- podporovat tvorbu standardního ošetrovatelského postupu o edukaci, který by sjednotil vedení edukačního procesu
- o edukaci vést záznam v ošetrovatelské dokumentaci
- rozvíjet komunikativní a sociální dovednosti sester
- zajistit předpoklady pro kvalitní edukaci (navázání partnerského vztahu zdravotník-matka)
- poskytovat podrobné a srozumitelné informace o zdravotním stavu dítěte
- podporovat přítomnost matky u dítěte
- zapojit matku do péče o dítě co nejdříve
- podporovat klokánkování co nejdříve
- posílit permissivní kritéria pro ošetrování dítěte matkou a klokánkování

11. Seznam pramenů a literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X
2. BÍLKOVÁ, L., ŠPERLOVÁ, J. *Péče matek o extrémně nezralé novorozence*. Sestra, 2005, č. 9, s. 34. ISSN 1210-0404
3. BOREK, I. A KOL. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-338-4
4. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1997. ISBN 80-7013-243-4
6. DORT, J. A KOL. *Neonatologie. Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0790-5
7. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnoticí metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-405-4
8. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrování extrémně nezralého novorozence na JIPN*. Sestra, 2002, č. 10, s. 27-28. ISSN 1210-0404
9. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii*. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-322-8
10. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIC, M. A KOL. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5
11. HALUZÍKOVÁ, J. *Edukace – nástroj léčby*. Sestra, 2003, č. 4, s.14-15. ISSN 1210-0404
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-85824-54-X
13. CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-588-1
14. JANDOVÁ, R. A KOL. *Komplexní péče o dítě s nízkou porodní hmotností*. Sestra, 2005, č. 4, s. 52-53. ISSN 1210-0404
15. JIRKOVSKÝ, D. *Edukace klienta v systému řízené podpory a ochrany zdraví*. Cesta k modernímu ošetrovatelství IV – sborník přednášek. Praha: FN Motol, 2002, s. 116-119. ISBN neuvedeno.

16. JOBÁNKOVÁ, M. A KOL. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-390-2
17. KOLEKTIV AUTORŮ: *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9
18. KOLÍNOVÁ, M. *Příspěvek k problematice komunikace zdravotnického personálu s dětmi různého typu postižení a jejich původci*. Cesta k modernímu ošetrovatelství IV – sborník přednášek. Praha: FN Motol, 2002, s. 33-36. ISBN neuvedeno.
19. KUBÁT, K. A KOL. *Základy péče o novorozence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957. ISBN neuvedeno.
20. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5
21. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O dětech a smrti*. Praha: ERMAT, 2003. ISBN 80-903086-1-9
22. KUSHNER, H. S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-452-4
23. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8
24. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X
25. LIŠKA, K. *Etické problémy v neonatologii*. Neonatologické Listy, 1995, č.1, s. 64-68, ISSN neuvedeno.
26. LIŠKA, K. Neonatologie. In HRODEK, O., VAVŘINEC, J. A KOL. *Pediatric*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-178-5
27. MACKOVÁ, I. *Partnerství rodičů a odborníků*. Děti a My, 2002, č. 1, s. 2. ISSN 0323-1879
28. PAZDEROVÁ, H. *Psychické potřeby novorozenců a kojenců*. Sestra, 2003, č. 1, s.36, ISSN 1210-0404
29. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-283-8
30. PLAVKA, R., ZLATOHLÁVKOVÁ, B., ŠVIHOVEC, P., KOPECKÝ, P., SEBRŮ, V. *Poruchy dýchání novorozenců*. Neonatologický edukační program. Praha: T-Print, 1996. ISBN neuvedeno.

31. ŘEZNIČKOVÁ, A. *Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte*. Děti a My, 2002, č. 1, s. 4-5. ISSN 0323-1879
32. SAXLOVÁ, J., NAJMANOVÁ, B., KUDLÁČKOVÁ, J., KLABOUCHOVÁ, Z. *Základy ošetrovatelské péče o novorozence*. Neonatologický edukační program. Praha: T-Print, 1996. ISBN neuvedeno.
33. SERVAN-SCHREIBER, D. *Uzdravení bez léků*. Praha: Portál, 2005, s. 112-116, ISBN 80-7178-901-1
34. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. A KOL. *Narodilo se s problémy a co bude dál?*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0398-X
35. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., PROCHÁZKOVÁ, E. *Neonatální morbidita nedonošených dětí a jejich neurologický a psychický vývoj do věku jednoho roku*. Neonatologické Listy, 1995, č. 1, s. 363-373, ISSN neuvedeno.
36. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5
37. SVOBODOVÁ, K. *Intenzivní péče o nedonošené dítě ve spolupráci s rodiči*. Sestra, 2001, č. 12, s. 34, ISSN 1212-0404
38. ŠKUBOVÁ, J. *Den dětí v režii sester*. Sestra, 2003, č.7-8, s.30, ISSN 1210-0404
39. ŠPANIEL, F. *Edukace v kontextu vývoje medicíny*. Psychoedukace aneb jak vnést světlo do tmy, 2005, č.3, s. 3-5. ISSN 1801-0466
40. ŠPIDLENOVÁ, D. *Neverbální komunikace s novorozencem*. Florence, 2006, č. 6, s. 26-27. ISSN 1801-464X
41. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-021-6
42. TOMANOVÁ, D. *Edukační kompetence zdravotní sestry*. In Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství, Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0536-2
43. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X
44. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
45. Vyhláška č. 385/2006 Sb. ze dne 21. července 2006 o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. a vyhlášky č. 64/2007 Sb.

46. Vyhláška č. 423/2004 Sb. ze dne 30.června 2004, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků
47. Vyhláška č. 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
48. VYMĚTAL, J. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Praha: Horizont, 1987. ISBN 40-093-87
49. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
50. ZOBAN, P., ČERNÝ, M. *Kategorizace rizikových novorozenců*. Neonatologický edukační program. Praha: T-Print, 1996. ISBN nevedeno.
51. ZOBAN, P., ČERNÝ, M. *Základy prenatální péče*. Neonatologický edukační program. Praha: T-Print, 1996. ISBN nevedeno.
52. ŽIVNÝ, J. *Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze na počátku 3. tisíciletí*. Praha: 1.LF UK a VFN, 2001, s. 127, ISSN nevedeno.
53. <http://www.neoweb.cz/>, 20.1. 2007
54. www.nedoklubko.cz, 12.2. 2007

12. Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 Dotazník pro matky

Příloha č. 3 Extrémně nezralý novorozenec

Příloha č. 4 Pelíškování

Příloha č. 5 Zapojení rodičů do péče o dítě na novorozenecké JIP

Příloha č. 6 Klokánkování

Příloha č. 7 Ošetrovatelská dokumentace novorozeneckého oddělení s JIP Gyn.-por. kliniky VFN v Praze

Příloha č. 8 Edukační materiál novorozeneckého oddělení s JIP Gyn.-por. kliniky VFN v Praze

Fotografie uvádím se souhlasem rodičů.

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně,

jsem studentkou 1.LF UK v Praze a zpracovávám diplomovou práci týkající se problematiky edukace matek nezralých novorozenců na JIP. Součástí výzkumu je dotazník, který je anonymní a jeho výsledky budou použity pro odborné účely a jako podklady pro zpracování diplomové práce. Výsledek šetření poslouží ke zlepšení komplexní ošetrovatelské péče o rodiče na neonatologické JIP.

Při vyplňování dotazníku, prosím, označte křížkem zvolenou odpověď, popř. doplňte. Pro vyplnění dotazníku budete potřebovat asi 20–30 min.

Děkuji za spolupráci.

Listopad 2006

Bc. Klára Svobodová
Novorozenecké oddělení s JIP
Gyn.-por. klinika VFN a 1. LF UK

1. Délka praxe na novorozenecké JIProků

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední zdravotnická škola (SZŠ)
 vyšší odborná škola zdravotnická (VOŠZ)
 vysoká škola (VŠ)

3. Myslíte si, že je edukace matky (rodičů) na novorozenecké JIP důležitá?

- rozhodně ano spíše ne nevím
 spíše ano rozhodně ne

4. Máte na Vašem oddělení edukační materiály (informační letáky, brožury, apod.) určené rodičům?

- ano
 ne

5. Máte na Vašem oddělení vypracovaný ošetrovatelský standard týkající se edukace rodičů nebo komunikace s rodiči?

ano

ne

6. Myslíte si, že máte při edukaci matky (rodičů) na JIP problémy v komunikaci?

vždy občas

většinou ano nikdy

7. Uvítala by jste možnost rozvíjet své komunikativní schopnosti a sociální dovednosti např. v kurzu komunikace?

rozhodně ano spíše ne nevím

spíše ano rozhodně ne

8. Co je podle Vás součástí edukace matky (rodičů) na JIP?

edukační materiál pro rodiče (informační letáky, brožury apod.)

podrobné a srozumitelné informace od ošetřujícího personálu

odkazy na internetové stránky související s neonatologií

umožnit matce (rodičům) intenzivní kontakt s dítětem

aktivní zapojení matky (rodičů) v péči o dítě

klokánkování

mateřský klub (informace o mateřském mléce)

9. Myslíte si, že máte na edukaci matek (rodičů) na JIP dostatek času?

rozhodně ano spíše ne

spíše ano rozhodně ne

10. Souhlasíte s názorem, aby matce (rodičům) byl umožněn co nejintenzivnější kontakt s dítětem na JIP?

vždy občas

většinou ano nikdy

11. Máte na Vašem oddělení časově omezenou dobu návštěv?

ano

ne

12. Myslíte si, že zapojení matky (rodičů) do péče o dítě by mělo probíhat již v rámci JIP?

rozhodně ano

spíše ne

spíše ano

rozhodně ne

13. Vnímáte matku jako svého „spolupracovníka“ v péči o dítě na JIP?

vždy

občas

většinou ano

nikdy

14. Případá Vám komunikace s matkou (rodiči) na JIP náročná a obtížná?

vždy

občas

většinou ano

nikdy

15. Co je podle Vás součástí zapojení matky (rodičů) do péče o dítě na JIP?

manipulace s dítětem

měření tělesné teploty, přebalování

samostatné provádění jednoduchých ošetrovatelských výkonů (ošetření pupečního pahýlu, ošetření kůže, aplikace očních kapek apod.)

krmení dítěte (podávání mateřského mléka do gastrické sondy, stříkačkou, přikládání k prsu, kojení)

klokánkování

zácvik matky (rodičů) v rehabilitační péči

manipulace s mateřským mlékem (pokyny pro odsávání, sběr, způsob skladování a transport mateřského mléka)

16. Je pro Vás jednodušší ošetřovat dítě na JIP bez spolupráce s matkou (rodiči)?

rozhodně ano

spíše ne

spíše ano

rozhodně ne

17. Jaká jsou z Vašeho pohledu kritéria pro ošetřování dítěte matkou na JIP?

- A.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), nesmí mít žádné cévní vstupy
- B.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), ale může mít zavedené cévní vstupy
- C.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy
- D.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy

18. Jaká jsou z Vašeho pohledu kritéria pro klokánkování dítěte matkou na JIP?

- A.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), nesmí mít žádné cévní vstupy
- B.** dítě musí být celkově stabilní, nesmí vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP), ale může mít zavedené cévní vstupy
- C.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy
- D.** dítě musí být celkově stabilní, ale může vyžadovat ventilační podporu (UPV, CPAP) a může mít zavedené cévní vstupy

19. Jak vnímáte začlenění matky do ošetřování dítěte na JIP?

- A.** v případě uspokojivého klinického stavu podporuji ošetřování dítěte matkou co nejdříve po porodu z vlastního přesvědčení
- B.** i v případě uspokojivého klinického stavu se spíše bráním zapojení matky do péče o dítě, přesto matku nechávám ošetřovat její dítě, protože na našem oddělení je to běžná praxe
- C.** nerada zapojuji matku do péče o dítě, protože jí nedůvěřuji a zdržuje mě to, raději zabezpečím veškeré intervence u dítěte sama, je to jednodušší
- D.** pokud je dítě na JIP, považuji za žádoucí, aby matka své dítě raději neošetřovala, protože to dítěti neprospívá

20. Jaký má podle Vás význam zapojení matky do péče a klokánkování pro matku?

.....
.....

DOTAZNÍK

Vážená maminko,

jsem studentkou 1.LF UK v Praze a zpracovávám diplomovou práci týkající se zapojení maminek nezralých novorozenců do péče o jejich dítě na JIP. Součástí výzkumu je dotazník, který je anonymní. Výsledek šetření bude sloužit pro zlepšení péče o rodiče na neonatologické JIP a následně o změnu přístupu k jejich začleňování v péči o miminko.

Při vyplňování dotazníku, prosím, označte křížkem zvolenou odpověď, popř. doplňte. Některé otázky Vás vyzývají k hodnocení na stupnici 1 – 5, svou odpověď, prosím, zakroužkujte. Pro vyplnění dotazníku budete potřebovat asi 30–40 min.

Děkuji za spolupráci.

Listopad 2006

Bc. Klára Svobodová
Novorozenecké oddělení s JIP
Gyn.-por. klinika VFN a 1. LF UK

1. V kolikátém týdnu těhotenství se Vám narodilo Vaše dítě?týden těhotenství (t.t.)

2. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?gramů

3. Jaké jste měla pocity po narození Vašeho dítěte?

- strach, úzkost, lítost a obavy o miminko
- bezmocnost a zoufalství, že pro miminko nemůžu nic udělat
- sebeobviňování, intenzivní pocit viny, selhání sebe sama
- zpochybňování a nedůvěra k lékařům, nedostatek informací, obviňování zdravotníků
- popření problému, odmítavý postoj k dítěti

4. Vyznačte na stupnici 1 – 5, jak stresující pro Vás bylo předčasné narození miminka:

málo 1 – 2 – 3 – 4 – 5 hodně

5. Kdo Vám nejvíce pomohl vyrovnat se s předčasným narozením Vašeho miminka?

- manžel (partner)
- rodina (matka, prarodiče, sestra, apod.)
- ošetřující personál oddělení
- jiná matka
- nikdo
- někdo jiný.....

6. Dostala jste od ošetřujícího personálu nějaké edukační materiály (informační letáky, brožury apod.) související s předčasným narozením Vašeho dítěte?

- ano
- ne

7. Pokud ne, uvítala by jste edukační materiály (informační letáky, brožury, apod.) související s předčasným narozením miminka?

- ano
- ne
- nevím

8. Považovala jste informace, které se týkaly Vašeho děťátka v průběhu jeho pobytu na JIP, za dostatečné?

- rozhodně ano spíše ne
- spíše ano rozhodně ne

9. Byly pro Vás informace od ošetřujícího personálu srozumitelné?

- vždy občas
- většinou ano nikdy

10. Informace o ošetřování dítěte jste získávala:

- spíše od lékařů
- spíše od sester
- od lékařů a sester ve stejné míře

11. Co Vám nejvíce pomohlo k navázání citového vztahu s Vaším miminkem?

- pravidelné návštěvy dítěte
- povzbuzení, podpora a dostatek informací od ošetřujícího personálu
- zapojení do péče o své dítě (měření tělesné teploty, přebalování, krmení, apod.)
- chování svého dítěte (klokánkování)

12. Myslíte si, že Vaše přítomnost u dítěte je žádoucí?

- ano nevím
- ne

13. Co všechno Vám sestra umožnila vykonávat u Vašeho dítěte v průběhu jeho pobytu na JIP?

- manipulaci s miminkem (otáčení, polohování)
- měření tělesné teploty, přebalování
- provádět samostatně jednoduché výkony (ošetření pupíčku, ošetření kůže, aplikace očních kapek apod.)
- krmení dítěte (podávání mateřského mléka do sondy, stříkačkou, přikládání k prsu, kojení)
- koupání
- chování svého dítěte (klokánkování)
- nebylo mi umožněno starat se o miminko

14. Pomohlo Vám zapojení do péče o miminko k přijetí Vaší role maminky?

- rozhodně ano spíše ne
- spíše ano rozhodně ne

15. Chtěla jste se od začátku podílet na ošetřování Vašeho dítěte?

- A.** rozhodně ano, od začátku jsem toužila starat se o své dítě
- B.** spíše ano, i když jsem zpočátku cítila strach, obavy a nejistotu, abych dítěti neublížila
- C.** spíše ne, ale sestry požadovaly, abych se na ošetřování dítěte podílela
- D.** rozhodně ne, k dítěti jsem měla odmítavý postoj

16. Kdy Vám bylo umožněno své dítě poprvé pochovat?

- do 7. dne života dítěte
 do 14. dne života dítěte
 do 1. měsíce života dítěte
 ještě jsem své dítě nechovala

17. Myslíte si, že chováním svého dítěte (klokánkování) zabezpečujete citové potřeby miminka?

- rozhodně ano spíše ne nevím
 spíše ano rozhodně ne

18. Jaký význam má chování dítěte (klokánkování) pro Vás?

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

19. Pomohlo Vám začlenění do péče o dítě a klokánkování k navázání citového kontaktu mezi Vámi a Vaším miminkem?

- rozhodně ano spíše ne nevím
 spíše ano rozhodně ne

20. Vyznačte na stupnici 1 – 5, jaké citové pouto pro Vás znamenalo klokánkování a intenzivní kontakt s Vaším dítětem:

slabé 1 – 2 – 3 – 4 – 5 silné

Příloha č. 3 Extrémně nezralý novorozenec

Obr. č. 1 Extrémně nezralý novorozenec, děvče, g.t. 24+2, porodní hmotnost 430 g



Obr. č. 2 Extrémně nezralý novorozenec, chlapec, g.t. 25+0, porodní hmotnost 605 g



Příloha č. 4 Pelíškování

Obr. č. 1 Pelíškování nezralého novorozence



Obr. č. 2 Pelíškování nezralého novorozence



Příloha č. 5 Zapojení rodičů do péče o dítě na novorozenecké JIP

Obr. č. 1 Manipulace s nezralým dítětem ve spolupráci se sestrou



Obr. č. 2 Manipulace s nezralým dítětem matkou



Obr. č. 3 Měření tělesné teploty dítěte matkou



Obr. č. 4 Měření tělesné teploty dítěte ve spolupráci se sestrou



Obr. č. 5 Přebalování nezralého dítěte matkou



Obr. č. 6 Přebalování nezralého dítěte matkou



Obr. č. 7 Kontakt nedonošeného dítěte s matkou



Obr. č. 8 Krmení nedonošeného dítěte matkou



Obr. č. 9 Ošetřování nedonošeného dítěte otcem



Obr. č. 10 Koupání nedonošeného dítěte otcem



Příloha č. 6 Klokánkování

Obr. č. 1 Klokánkování nezralého dítěte matkou



Obr. č. 2 Klokánkování nezralého dítěte otcem



Obr. č. 3 Klokánkování nezralého dítěte otcem

