

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

Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Stres matek nezralých novorozenců

2006/2007

Martina Válová

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Děkuji PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za cenné rady a odborné vedení diplomové práce. Za velkou pomoc při statistickém zpracování děkuji ing. Marii Prášilové, CSc. z Katedry statistiky České zemědělské univerzity v Praze. Zvláštní poděkování patří všem ženám, které byly ochotny se na výzkumu podílet. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině, přátelům a kolegyním za jejich poskytnutou pomoc.

Obhajoba diplomové práce dne:

Jméno oponenta:

Výsledek obhajoby:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Martina Válková

OBSAH

Anotace	7
Annotation	8
Úvod.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 NEZRALÝ NOVOROZENEC.....	10
1.1 Kategorizace nezralých novorozenců.....	11
1.2 Příčiny a známky nezralosti dítěte	12
1.3 Předčasný porod.....	13
1.4 Poruchy poporodní adaptace nedonošených dětí.....	15
1.5 Následná péče o nezralého novorozence po propuštění do domácí péče	17
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEZRALÉHO NOVOROZENCE	19
2.1 Činnosti sestry při kontrole poporodní adaptace nezralého novorozence	19
2.2 Ošetřování dítěte v inkubátoru a na otevřeném vyhřívaném lůžku	24
2.3 Prevence infekcí a šetrná manipulace	26
2.4 Nezralý novorozenec a bolest	27
2.5 Krmení dítěte a podávání léků	29
2.6 Stimulace vnímání.....	33
2.7 Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) a ošetrovatelský proces.....	36
3 PSYCHIKA MATKY V POPORODNÍM OBDOBÍ	39
3.1 Pocity matek po porodu.....	40
3.2 Reakce a potřeby rodičů v náročné životní situaci.....	42
3.3 Mechanismy psychické adaptace matek na zátěžovou situaci.....	44
3.4 Spolupráce s rodiči - zapojování matky do aktivní péče o novorozence	49
II. EMPIRICKÁ ČÁST	54
4.1 Použité metody.....	54
4.2 Organizace a průběh výzkumu.....	55
4.3 Charakteristika sledovaného souboru:.....	56
4.4 Interpretace výsledků nestandardizovaných dotazníků	57
4.5 Analýza výsledků	76
Diskuze.....	80
Závěr	83

Seznam použité literatury.....	88
Seznam použitých zkratk.....	94
Seznam příloh.....	95

Anotace

Jméno autora:	Martina Válová
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 pro střední školy
Název práce:	Stres matek nezralých novorozenců
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Mellanová, CSc.
Počet stran:	95 + přílohy
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	nezralý novorozenec, předčasný porod, psychika ženy po porodu, pocity matek po porodu, mechanismy psychické adaptace matek na zátěžovou situaci, zapojování matky do aktivní péče o novorozence

Tato práce si klade za cíl zjistit stresory působící na matky nezralých novorozenců během hospitalizace na neonatologickém oddělení. Představuje problematiku předčasného porodu nezralého novorozence a zabývá se psychickou oblastí matky a zároveň krizovou intervencí. Výzkumná část mapuje okolnosti početí a předčasného porodu dítěte a zaměřuje se na analýzu situace matek po předčasném porodu.

Annotation

Author's name:	Martina Válová
Institution:	Charles University, Prague 1 st Faculty of Medicine Institut of Nursing Theory and Practice Studničkova 5, 121 00 Prague
Program:	Consequential Master Study of the field Education for Secondary Schools
Title of the Thesis:	Stress in Immature Newborns' Mothers
Thesis Leader:	Alena Mellanová, RN, EdD, PhD
Number of Pages:	95 + Annexes
Number of Annexes:	4
Year of the defence:	2007
Key Words:	immature newborn, premature birth, postpartum woman's psyche, postpartum mothers' feelings, mechanisms of mothers' psychical adaptation to the load situation, integration of the mother into the active care of the newborn

The target of this thesis is to identify stressors affecting mothers of immature newborns during their hospitalization in the neonatal department. It presents the problems of an immature newborn's premature birth and deals with the mother's psychical sphere and, at the same time, with the crisis intervention. The research part maps circumstances of the conception and the baby's premature birth and focuses on the analysis of the situation of mothers after a premature birth.

Úvod

Téma diplomové práce Stres matek nezralých novorozenců bylo vypsáno jako jedno z možných témat diplomových prací. Toto téma jsem si zvolila, neboť je mi blízké. Téměř 6 let jsem nepřetržitě pracovala s dětmi i jejich matkami. Během mé praxe ve zdravotnictví jsem měla možnost pracovat jak s fyziologickými novorozenci, tak s novorozenci předčasně narozenými a v kontaktu jsem byla samozřejmě i s jejich matkami. Měla jsem možnost být u radostí i starostí, které se vážaly k porodu fyziologického novorozence a též jsem byla přítomna obav, nejistot a protichůdných emocí, které prožívaly matky po předčasném porodu rizikového dítěte. „Prožívala“ jsem tak s mnoha ženami předčasně narozených novorozenců složité poporodní období a byla s nimi až do okamžiku propuštění do domácí péče nebo překlady na jiné pracoviště. Tuto zkušenost jsem absolvovala též sama, při svém předčasném porodu.

Na základě svých zkušeností se domnívám, že předčasný porod je pro ženu záležitost šokující. Předčasný porod okamžitě změní představy a očekávání ženy. Vše je náhle jinak, než by mělo být. Dítě přichází na svět dříve, je nepřipravené pro život mimo dělohu. Ocítá se náhle v jiném prostředí a není pro něj vůbec snadné přizpůsobit se. Ženy se v tomto období snaží také přizpůsobit životu, který náhle dostává jiný smysl, má jiný ráz. Objevuje se nepoznaný pocit strachu, obavy o budoucí vývoj i život dítěte. Matky naplno prožívají mnoho protichůdných postojů.

Literatura se problematikou psychického stavu matek nezralých novorozenců zabývá poměrně rozsáhle. Jsou popsány nejen pocity matek po porodu nezralých rizikových novorozenců, ale v literatuře se lze dočíst i o reakcích rodičů na předčasný porod, o spolupráci s rodiči, o podpoře rodičovské role a o zásadách pomoci rodině s nezralým novorozencem. V souvislosti se snižování hranice viability novorozence je logické, že odborná literatura se touto problematikou zabývat musí. Velmi důležité je, aby psychologickou problematiku matek nezralých novorozenců bral na vědomí také zdravotnický personál a svým přístupem ženy netraumatizoval.

Cílem diplomové práce je zjistit stresory, které působí na matky nezralých novorozenců během pobytu na neonatologickém oddělení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEZRALÝ NOVOROZENEC

Za nedonošeného, nezralého novorozence se považuje každé dítě, které se narodilo na hranici životaschopnosti tzn. od 24. – 25. gestačního týdne až do konce 37. týdne gravidity. (Borek, 2004; Dort, 2004)

Peychl udává jako hranici viability v současné době dokončený 23. týden gestace. (Peychl, 2005) Hranice viability se progresivně snižuje v souvislosti s pokroky v neonatální a perinatální péči. (McElrath, 2002) Pojem nedonošenost a nezralost vyjadřuje prakticky totéž a je možné je zaměňovat. (Borek, 2001; Dort, 2004)

Porodní hmotnost nezralých novorozenců bývá menší než 2 500g, ale mohou se narodit novorozenci s hmotností menší než 500g. Čím dříve je dítě narozené, tím více je nezralé a zranitelné. V těchto případech platí, že více než na hmotnosti záleží na gestačním věku novorozence. (Borek, 2001)

Zdeněk Matějček pokládá porod za „...přechod z bytí do té doby skrytého do bytí od té doby zjevného.“ (Matějček, 2005, s.23) Dítě si žije svůj život devět měsíců před narozením, dává sobě vědět, vnímá a prožívá. Po porodu se pro dítě všechny podmínky života totálně mění a dítě se ocitá v jiném prostředí, kterému se musí přizpůsobit a rozvíjet vše, co si přineslo na svět. (Matějček, 2005)

Zdravému fyziologickému novorozenci dá přizpůsobování se životu na světě mnoho práce. Neplave si již v plodové vodě, je nucen regulovat si tělesnou teplotu, musí namáhavě svými ústy přijímat potravu. Střídá se mu světlo a tma, teplo a chlad. Svět, dříve bezpečný a stálý, se nyní stává náročným, proměnlivým a nestálým. (Matějček, 2005)

Nezralý novorozenec, který z nejrůznějších příčin absolvoval onen Matějčkův „přechod“ dříve, je všem činitelům prostředí vystaven plnou měrou, ačkoliv na to není připraven, ani vybaven – v tomto případě se pro něho život mimo matčinu dělohu stává velice náročným a svým způsobem i nebezpečným. V některých případech není schopen regulovat tělesnou teplotu ani sát mateřské mléko, není vybaven reflexními mechanismy jako zdravý fyziologický novorozenec.

Dr. M. Paulová uvádí: „*Pokud je ale předčasně narozený novorozenec zdravý a má vytvořeny náročné specifické podmínky, je schopen přisátí již od 34. týdne. V této době jsou již výbavné všechny základní potravinové a obranné reflexy...*“ (Paulová, 2006, s.20)

Reflexní mechanismy jsou děje probíhající samovolně. Díky nim dítě po porodu dýchá, přijímá potravu a vylučuje (Matějček, 2005). Mezi základní nepodmíněné reflexy patří reflex hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranný, orientační, úchopový a polohový. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Po porodu prochází každé novorozené dítě obdobím, kdy se přizpůsobuje podmínkám mimoděložního prostředí, hovoří se o tzv. *období postnatální adaptace*. Předčasný porod a narození nezralého novorozence vede však k poruchám postnatální adaptace. (Černý, Zoban, 1996)

Zlepšující se trend v přežívání novorozenců nízkého gestačního stáří je výsledkem změn v přístupu mezi porodníky (už samotná důvěra v možnost přežití předčasně narozeného novorozence přispívá k pozitivnímu naplnění této naděje) a technologického pokroku. (McElrath, 2002)

1.1 Kategorizace nezralých novorozenců

Podle gestačního stáří a porodní hmotnosti mluvíme o dětech:

- *lehce nedonošených* – 35. až 37. týden a porodní hmotnost větší než 2 400 g,
- *středně nedonošených* – 31. až 34. týden a porodní hmotnost 1 000 – 2 400 g
- *těžce nedonošených* – 30. týden a dříve a porodní hmotnost pod 1 000 g (Klíma, 2003)

Někteří autoři dělí nedonošené novorozence do 4 skupin:

- *extrémně nezralí* – do 28. týdne a porodní hmotnost 500 – 999 g
- *velmi nezralí* – do 32. týdne a porodní hmotnost 1 000 – 1 499 g
- *středně nezralí* – do 34. týdne a porodní hmotnost 1 500 – 1 999 g
- *lehce nezralí* – do 38. týdne a porodní hmotnost 2 000 – 2 499 g (Borek, 2001)

Frekvence výskytu nedonošených dětí u nás se pohybuje kolem 5,5 % za rok. (Černý, Zoban, 1996) Zdravotnická statistika je uvedena jako příloha č.1.

1.2 Příčiny a známky nezralosti dítěte

Příčiny nezralosti – rizikové faktory

Nedonošenost (prematurita) má mnoho různých příčin. Většina předčasných porodů nastává z příčin neznámých (Černý, Zoban, 1996). Nejčastěji uváděné známé rizikové faktory jsou:

- *Nízká socioekonomická úroveň* těhotné/rodiny.
- *Špatná životospráva* během gravidity, často i před graviditou. Nesprávná skladba stravy, nedostatečný objem stravy, kouření, alkohol, drogy.
- *Fyzický a psychický stres a zátěž*, vysoká pracovní a jiná aktivita těhotných žen. Týká se i žen z dobře situovaných vrstev.
- *Věk těhotné ženy* - < 16, > 35 let. Tyto ženy častěji rodí nedonošené děti.
- *Předchozí předčasný porod*. Zde se jedná o spolehlivý rizikový faktor, který vypovídá, že tato gravidita skončí pravděpodobně před termínem.
- *Akutní a chronická onemocnění matky* – infekce močových cest, gestóza, respirační onemocnění, srdeční onemocnění, diabetes mellitus, hypertenzní choroba a jiné.
- *Porodnické abnormality* – krvácení v graviditě, malformace dělohy, předčasný odtok plodové vody, polyhydramnion a jiné.
- *Postižení plodu v děloze* – infekce plodu, opožděný růst plodu, fetální erythroblastóza (Rh inkompatibilita) a jiné.
- *Mnohočetná těhotenství*. Těhotenství s dvojčaty je vysoce rizikové z hlediska předčasného porodu.
- *Léčená sterilita* – tyto pacientky mají vyšší frekvenci předčasného porodu.
- *Infekce* – příčinou nástupu předčasného porodu mohou být infekce – nejčastěji chlamydie, mykoplasmata, aj.
- *Špatná perinatální péče*. (Borek, 2001; Černý, Zoban, 1996; Čepický, 2003; Green, 2003; Hájek, 1999; Klíma, 2003)

Známky nezralosti dítěte

Děti, které jsou předčasně narozené mohou projevovat různý stupeň nezralosti. Známky nezralosti se dělí na známky anatomické a funkční. (Klíma, 2003)

Anatomické známky nezralosti:

Kůže dítěte je porostlá chmýřím (lanugem), je tenká, rudá s minimálním či chybějícím tukovým polštářem, mázek chybí, rýhování na ploskách nohou a rukou je chudé. Nehty nedosahují konce prstů a chrupavky ušních boltců jsou měkké. Hrudník má měkkou a poddajnou kostru, prsní bradavky u těžce nedonošených mohou chybět nebo jsou jen naznačeny. Úpon pupečníku je blíže ke sponě stydké, střevní peristaltika je viditelná a břišní stěna chabá. Chlapci nemají varlata sestouplá v šourku. U dívek nepřekrývají velké stydké pysky malé. (Klíma, 2003; Borek, 2001)

Funkční známky nezralosti:

Novorozenecké reflexy nejsou dostatečné nebo chybí, poruchy udržování tělesné teploty, křehké cévy a vazivo, výraznější a déletrvající novorozenecká žloutenka, zhoršená tolerance stravy, nezralost plicní tkáně, poruchy dýchání, neudržení vodního a minerálového hospodářství. (Klíma, 2003; Borek, 2001)

1.3 Předčasný porod

Za předčasný porod se považuje ukončení těhotenství mezi ukončeným 23.-37. týdnem gravidity. Protože zhruba 20 % žen nezná přesné datum poslední menstruace, vznikají diagnostické problémy při stanovení gestačního stáří. (Borek, 2001; Dort, 2004; Peychl, 2005) Enkin, Keirse a kol. uvádějí: „*Předčasný porod je nejdůležitějším a rozhodujícím činitelem, jenž ovlivňuje nepříznivý vývoj dítěte ve smyslu pravděpodobnosti přežití i kvality života.*“ (Enkin, Kierse, 1998, s. 271)

Předčasný porod je dnes nejvýznamnější příčinou *perinatální mortality* a *morbidity*. Perinatální mortalita se skládá z mortinatality (mrtvorozenosti) a z časné novorozenecké úmrtnosti. Vyjadřuje se v ‰, tj. počet zemřelých plodů na 1000 narozených dětí. Perinatální morbidita zahrnuje pestrou škálu poruch vývoje a onemocnění, mezi která lze zařadit lehkou mozkovou dysfunkci, epilepsii, dětskou mozkovou obrnu, mentální retardaci a poruchy intelektu, poruchy oční a sluchové a

se životem slučitelné vrozené vývojové vady. Perinatální morbidita se obtížně statisticky vyhodnocuje. (Armstrong, Nageotte, 2006; Borek, 2001; Čepický, 2003; Hájek, 1999) Díky současné neonatologické péči se časná neonatální úmrtnost snížila. Děti narozené ve 28. týdnu těhotenství přežívají až v 78 %. Po 32. týdnu gestace je časná novorozenecká úmrtnost shodná s dětmi narozenými v termínu. (Hájek, 1999)

Na terapii hrozícího předčasného porodu je kladen značný důraz, neboť ta ovlivňuje prognózu novorozence po porodu (např. aplikace kortikosteroidů, které urychlují tvorbu surfaktantu v plicích plodu). (Čepický, 2003) Jiní autoři uvádějí, že není vždy rozumné zabraňovat předčasné děložní činnosti, protože k mnohým předčasným porodům dochází vlivem takových situací jako je např. předčasné prasknutí vaku blan s rizikem amnionitidy. (Enkin, Keirse, 1998)

Perinatologická a intermediální centra

Transfer in utero je označení pro převoz rodičky do perinatologického centra. (Čepický, 2003; McElrath, 2002) V České republice bylo od roku 1982 postupně založeno 12 perinatologických center nejvyšší kategorie. Centra byla zřízena při univerzitních klinikách nebo regionálních gynekologicko-porodnických odděleních. Součástí těchto center je nutně jednotka intenzivní péče pro novorozence. Centra jsou vybavena nejmodernějšími přístroji pro zajištění intenzivní péče jak porodnické, tak o extrémně nezralé novorozence. (Čepický, 2003; Krejčová, 2006) Důvodem pro převoz do centra je hrozící nebo již probíhající předčasný porod od 23. týdne + 1 dne do konce 32. týdne gravidity. Tato centra také koncentrují rodičky s patologickou graviditou. Je prokázáno, že výsledky jsou v tomto případě mnohem lepší, než když je převážen novorozenec po porodu. V České republice je transfer in utero (někteří autoři užívají termín „transport in utero“) zaveden ve velmi širokém rozsahu a je zajištěn pomocí vozů rychlé záchranné služby nebo vrtulníky. (Čepický, 2003; McElrath, 2002; Hájek, 1999) Mezi priority perinatální péče patří mimo jiné také zkvalitnění péče v perinatálních centrech a to zejména zlepšením technického vybavení a zvýšením kvalifikace pracovních týmů. (Borek, 2001)

V průběhu let 1997 – 2002 došlo v perinatologických centrech k výraznému poklesu mortality novorozenců s porodní hmotností < 1 500 g (v kategorii 1 000-1 499 g o 6 %, v kategorii < 1 000 g dokonce o 14 %). (Černý, 2005)

„Dále bylo v České republice založeno 20 intermediálních center při okresních nebo oblastních gynekologicko-porodnických odděleních. Tato centra koncentrují předčasné porody od 32. týdne + 1 dne (začátku 33. týdne gravidity) do konce 36. týdne gestace. Těhotná ve 37. týdnu rodí již v příslušné porodnici...“ (Hájek, 1999, s.614)

Díky této organizaci a okamžité péči neonatologa (pediatr s atestací z neonatologie) se postupně snižovala perinatální úmrtnost, která v roce 1997 dosáhla v České republice hodnoty 5,1 ‰. Tyto hodnoty zařadily naši republiku mezi země s nejnižší perinatální úmrtností na světě. (Hájek, 1999)

Přítomnost otce u předčasného porodu je z psychologického hlediska vhodná. Nezralého novorozence je vhodné ukázat rodičům až po psychologické přípravě a pohovoru. Do budoucna se jeví ideální vytvářet roomingové neonatální jednotky intenzivní péče, kde by se o své novorozené nezralé dítě starala matka ve spolupráci s personálem. (Borek, 2001)

1.4 Poruchy poporodní adaptace nedonošených dětí

Nezralý novorozenec reaguje daleko pomaleji v průběhu postnatální adaptace a jednotlivé adaptační mechanismy se prodlužují. Pro nezralé děti je typická pomalá reakce na zevní stimulaci, vykazování určitého stupně hypotonie a obecně menší aktivita. (Černý, Zoban, 1996)

Termolabilita – neboli nedokonalá regulace tělesné teploty. Nedonošené děti mají minimální vrstvu podkožního tuku a relativně velký tělesný povrch, a proto velmi rychle ztrácí tělesné teplo. U těchto dětí může dojít i k přehřátí, a to vlivem nepřiměřeně vysoké teploty okolního prostředí. Pečlivé sledování stability tělesné teploty všech nedonošených dětí je nutností. (Černý, Zoban, 1996; Dort, 2004) Novorozenec ztrácí mimo *termoneutrální prostředí* teplotu rychlostí až 1°C za minutu, a nezralý nebo nemocný novorozenec není schopen udržet tělesnou teplotu ani v termoneutrálním prostředí. (Paulová, 2006) Hypotermie (teplota v rektu pod

36°C) vede ke zvýšené potřebě kyslíku, takže vzniká hypoxie nebo acidóza, popřípadě dochází k jejímu zhoršení.

Respirační problémy – apnoe, deprese dýchání, syndrom dechové tísně a jiné, jsou problémy, které vznikají v průběhu adaptace na mimoděložní prostředí. Vznikají především v důsledku nezralosti dechového centra, asfíxie a nedostatku surfaktantu. Hrozí zde riziko chronických následků pro dítě, a to zejména rozvoj chronické plicní nemoci.

Kardiovaskulární problémy – oběhová nestabilita se může projevit hypotenzí a hypoperfúzí orgánů. Mohou se objevit poruchy srdečního rytmu různého původu.

Neurologické poruchy a postižení – edém mozku, krvácení do centrálního nervového systému, náchylnost k postižením a poruchám funkcí centrálního nervového systému. Akutní poškození mozku mohou mít i dlouhodobé následky. *Metabolické problémy* – častý výskyt hypoglykémie, hypokalcémie, hyper-bilirubinémie. Rozvoj těchto problémů je nutno monitorovat a adekvátně léčit.

Problémy s výživou a funkcí gastrointestinálního traktu - nezralost gastrointestinálního traktu se projevuje zpomalením pasáže a nižší trávicí kapacitou – zavádění enterální výživy je pomalé pro nebezpečí vývoje velmi závažné nekrotizující enterokolitidy. Je nutné volit velmi opatrně množství a způsob podávání mléka.

Vyšší výskyt infekcí – imunitní systém dítěte je nezralý a odpověď na styk s infekčním agens je nedostatečná. To je příčina vyššího výskytu infekcí u této rizikové kategorie. Může se jednat o infekci perinatální (přenesenou od matky) nebo nozokomiální.

Problémy s nezralostí ledvin – tubulární a glomerulární nezralost ledvin vede k vyšším ztrátám vody a solí, a projeví se i neschopností ledvin vyloučit nadměrnou vodní a solnou zátěž.

Problém nezralosti sítnice – nezralost sítnice spolu s toxicitou kyslíku při oxygenoterapii se může projevit rozvojem retinopatie nedonošených. Přestože retinopatie přímo neohrožuje život dítěte, zvýšené riziko slepoty může ovlivnit kvalitu jeho života. (Černý, Zoban, 1996; Dort, 2004; McElrath, 2002; Niessen, 1996)

1.5 Následná péče o nezralého novorozence po propuštění do domácí péče

Cestou ke zlepšování výsledného zdravotního stavu předčasně narozených novorozenců je mimo jiné zajištění kontinuální, plynule navazující péče perinatologické, neonatologické a následné *ambulantní pediatrické péče*. Po propuštění se tyto děti dostávají do péče praktického lékaře pro děti a dorost. Ten musí dispenzarizovat zdravotně ohrožené dítě, které si s sebou nese řadu specifických rizik, daných nezralostí, eventuálně perinatálním onemocněním.

Nedílnou součástí komplexní ambulantní péče je pravidelné hodnocení somatického, neuromotorického, sensorického a psychosociálního vývoje, většinou v úzké spolupráci se specialisty spádového perinatologického centra, kde se dítě narodilo a bylo ošetřováno. (Černý, 2005)

V perinatologických centrech v Praze a v Brně je těmto dětem poskytována komplexní týmová péče pediatra, dětského neurologa, klinického psychologa a rehabilitační pracovnice. Klienty jsou zejména děti narozené s velmi nízkou porodní hmotností (méně než 1 500 g) a děti se závažnými komplikacemi v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Do popředí zájmu se také v poslední době dostávají děti z vícečetných gravidit, děti drogově závislých matek a děti narozené po umělém oplodnění. (Jahnová, Sobotková, 2003)

Pro děti s těžkými vadami zraku a závažným kombinovaným postižením jsou k dispozici např. střediska rané péče. (Dittrichová, Sobotková, 2005)

Velmi důležitou roli zastávají *svépomocné skupiny (support groups)*, kde si rodiče mohou vyměňovat své zkušenosti, sdílet společné zážitky, radosti i starosti a hlavně si pomáhat. Svépomocné aktivity by měly být přirozenou součástí následné péče o děti s rizikovými faktory vývoje. V roce 2002 vznikla z tohoto důvodu

svépomocná skupina rodičů „Nedoklubko“ – občanské sdružení, které sídlí v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí. (Jahnová, Sobotková, 2003; Peychl, 2005)
Nejen rodina, ale i lékaři mohou využít některé zdroje na internetu k získání informací o péči o nedonošené děti. (Peychl, 2005)

Nejen péče o nezralé dítě, ale i péče o jeho rodiče by měla být kontinuálním procesem, který by měl pokračovat i po propuštění do domácí péče. Na psychosociální podporu jedinců a rodin v těžkých životních situacích, mezi které narození nezralého dítěte určitě patří, by měly být zaměřeny preventivní a intervenční programy. (Dittrichová, Papoušek, 2004)

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U NEZRALÉHO NOVOROZENCE

Ošetřovatelská péče u nezralého novorozence probíhá na oddělení, kam je dítě po porodu umístěno. Pečlivá observace dítěte je hlavním úkolem sestry. Té ve značné míře pomáhají moderní přístroje, které trvale sledují některé životní funkce a ohlašují odchylky od normy.

Děti jsou jiné než dospělí. Jsou jiné emocionálně, fyzicky i psychicky. Dítě je menší, a tudíž má méně rezerv než dospělý. Sestra, která pečuje o dítě, musí být na tuto péči odborně připravena. Musí umět rozpoznat známky orgánových dysfunkcí a selhání a musí vědět, jak tyto stavy okamžitě vyřešit. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

2.1 Činnosti sestry při kontrole poporodní adaptace nezralého novorozence

V předchozí kapitole jsou popsány možné poruchy poporodní adaptace nezralých novorozenců, kteří mají sníženou schopnost přizpůsobovat se podmínkám mimoděložního prostředí. Zde se zaměřuji na konkrétní činnosti sestry, kterými lze zachytit a pozorovat změny zdravotního stavu dítěte, a tak včas zahájit odpovídající léčbu. Pečlivá práce sestry přímo ovlivňuje stav, vývoj a budoucnost dítěte. Sestra se zaměřuje na:

Činnost srdce

Sestra musí znát fyziologické hodnoty (první minuty po narození – až 180 pulsů/min, během první hodiny po porodu klesá na 140–160 pulsů/min, poté se ustálí na hodnotách 140–120 pulsů/min). Jako odpověď na probuzení či přebalování může puls kolísat plus mínus 20 tepů za minutu.

- Frekvence nad 160 pulsů/min může být známkou šoku, dehydratace, přehřátí, infekce nebo poruch srdeční činnosti .
- Frekvence pod 100/min se může vyskytnout u dětí tlumených léky nebo u výrazné hypoxie.

Puls sestra poslechem sleduje v místě srdečního hrotu nebo pomocí přístroje. (Borek, 2001)

Dýchání

Sestra sleduje a hodnotí typ dýchání, počet dechů za minutu, rytmus dechu a apnoické pauzy. Sestra musí rozlišit:

- Eupnoe, vyznačující se symetrickými pohyby hrudníku.
- Dyspnoe, kdy dítě viditelně zatahuje, mimo jiné, mezižebří, nadklíčkové jamky a jugulum.
- Hypopnoe, při kterém jsou dechové pohyby hrudníku nepatrné.

Adaptovaný novorozenec dýchá 40x za minutu. Ke zvýšení počtu dechů dochází při zvýšení potřeby kyslíku – např. při přehřátí, aspiraci aj. V těchto případech může počet dechů stoupnout na 70–100 za min. Prognosticky nejzávažnějším je lapavé dýchání, které sestra hodnotí jako tzv. „rozbourané dýchání“ – nepravidelné s měnlivou hloubkou jednotlivých dechů a neuspořádanými pohyby hrudníku a břicha. (Borek, 2001)

Barvu kůže a sliznic

U nezralého novorozence může sestra pozorovat:

- Akrocyanózu - dítě má ruce a nohy cyanotické nebo jen namodralé. Většinou jde o reakci na chlad, ale může provázet i hypoxii.
- Cyanózu - jedná se o modré či namodralé zbarvení kůže i sliznic. Cyanóza se může vyskytnout v případě neprůchodnosti dýchacích cest, vrozené vývojové vadě srdce nebo z centrálních příčin (např. poškození centrálního nervového systému).
- Mramorovanou kůži – může se vyskytnout u nezralých podchlazených dětí. (Borek, 2001; Kameníková, Kyasová, 2003)
- Bledou kůži – nejčastěji jako projev hypoxie, silného podchlazení či fyziologické anémii nedonošených dětí.
- Žlutou kůži – sestra musí rozpoznat intenzitu a odstín ikteru, který je způsoben zvýšeným obsahem bilirubinu ve tkáních.
- Červená kůže – běžná u nedonošených dětí.

Sestra si musí být vědoma skutečnosti, že kůže nedonošených dětí je velice citlivá ke všem dezinfekčním přípravkům. U těžce nezralých dětí může i jemné

otření kůže před vpichem způsobit rozsáhlé popáleniny. K mechanickým zásahům je kůže stejně citlivá. Rozsáhlé eroze vznikající při odlepování náplasti jsou vstupní branou infekce, a navíc způsobují ztrátu tekutin u novorozence. (Borek, 2001) Podle informací sestry z písecké neonatologie se v současnosti se používá k ochraně kůže nezralých novorozenců např. Granuflex. Těto speciální náplasti se říká „umělá kůže“ – jedná se o speciální hydrokoloidní podložku pod náplasti. (osobní sdělení)

Sliznice jsou rovněž citlivé na poranění. K poškození sliznice, krvácení nebo poškození stěny orgánů může dojít při nešetrném zavádění sondy do trávicího traktu nebo při odsávání dýchacích cest. (Borek, 2001)

Tělesnou teplotu

Nezralý novorozenec má omezené předpoklady pro udržení tělesné teploty. Jeho teplota se pohybuje od 35,2 do 37,2°C. Vzestup teploty nad normál je známkou přehřátí, infekce, poruchy centrálního nervového systému aj. Tělesná teplota je natolik důležitý ukazatel, že je nutné ji sledovat v krátkých časových úsecích (tělesná teplota dětí v inkubátoru by se měla kontrolovat alespoň ve čtyřhodinovém intervalu) nebo kontinuálně pomocí monitoru.

- Rektální teplota – aby odpovídala skutečné tělesné teplotě, je nutné zavést teploměr 2 cm hluboko do rekta nedonošeného novorozence.
- Kožní teplota – je nejnižší na dlaních, ploskách nohou a čele a nejvyšší mezi lopatkami a na kůži nad játry. Kolísání kožní teploty je způsobeno teplotou vzduchu a místem měření.
- Centrální teplota – je teplota měřitelná termistorovým teploměrem v hloubce 6–8 cm od análního otvoru.

Sestra může měřit tělesnou teplotu na periferii (na horních či dolních končetinách) a porovnat ji s teplotou naměřenou v rektu či na horní části břicha dítěte. Porovnáním těchto hodnot zjišťuje, zda je dítě přehřáté, podchlazené nebo v septickém stavu. (Borek, 2001)

Močení

Nejpozději do 48 hodin po porodu močí většina novorozenců. Sledování vylučování moči je nezbytné, protože některé závažné stavy se projeví sníženou tvorbou moči nebo přímo zástavou močení. Běžně dítě močí 15–20x denně.

Normální moč je světlá, vodová, bez zápachu. Pokud je u dítěte léčena žloutenka fototerapií, moč je tmavá až hnědá. Ve druhém až třetím dnu života dochází ve zvýšené míře k vylučování močanů, jejichž nezávadným důsledkem je růžová barva moči. (Borek, 2001)

Otoky

U nezralých novorozenců se vyskytují ohraničené otoky na dorzech rukou a nohou, v podbřišku, na bérkách a kolem genitálií. Ohraničené otoky mohou být též příznakem počínajícího zánětu nebo místní poruchy krevního či lymfatického oběhu. Celkové otoky jsou u novorozenců nejnižších porodních hmotností projevem nezralosti. Úkolem sestry je sledovat, zda nemá otok souvislost s infúzí nebo podáním intravenózního léku, zda souvisí otoky se sníženým množstvím moče, je-li přítomna změna barvy kůže, zda je edematózní část teplá nebo studená a zda se otoky zvětšují či zmenšují. (Borek, 2001)

Odchod smolky

Smolka je první stolice novorozence. Je hustá a homogenní. Konzistenci má lepkavou, barvu černozelelou až černou. Na začátku první smolky je hustá hlenová zátka, silná asi 2 – 3 mm. Další stolice už je řidší, černozelelá a druhý až třetí den je novorozenecká stolice řidší, světlejší, kysele páchnoucí. Hovoříme o tzv. přechodné stolici, protože je přechodem ke kojenecké stolici. První smolka odchází 24 – 48 hodin po porodu. Sestra neprodleně hlásí lékaři opožděný nebo vůbec žádný odchod smolky, všechny patologické příměsi ve stolici a světlou nebo acholickou stolici. (Borek, 2001)

Sání a polykání

U nezralých novorozenců je sání a polykání vyvinuto nedostatečně, je oslabeno nebo tyto reflexy nejsou vyvinuty vůbec (záleží na gestačním stáří novorozence). Reflex může vymizet také při poškození centrálního nervového systému, infekci, hypoxii aj. Sestra musí při krmení dítěte rozpoznat i nenápadné poruchy. (Borek, 2001)

Hlasové projevy novorozence

Podle pláče lze posuzovat stav dítěte. Silný pláč je projevem, který po narození pomáhá vydatnému dýchání novorozence. Nenormální hlasový projev či chybění pláče dítěte je příznakem nebo důsledkem závažných stavů. Sestra si proto musí všimnout odchylek od normálního pláče. (Borek, 2001)

Stav vědomí

Pokud je novorozenec v bdělém stavu, má otevřené oči, bdělý výraz a pohybuje končetinami. Při usínání někdy sledujeme drobné záškuby končetin, dále rychlé pohyby očních bulbů pod zavřenými víčky a nepravidelné dýchání, někdy s přítomností krátkých apnoických pauz. Při hlubokém spánku dítě dýchá pravidelně, bulby jsou klidné.

Má-li dítě utlumené vědomí, pak je třeba silnějšího podnětu, aby se probudilo. Poté opět rychle upadá do předchozího stavu.

Pokud je dítě v bezvědomí, nereaguje na žádný podnět. Někdy může mít bolestivý výraz. Bezvědomí provází těžké stavy – např. šok, krvácení, infekce mozku.

Dráždivé dítě bývá plačtivé, neklidné, snadno u něj lze vyvolat úlekovou reakci a vykonává mnoho prudkých pohybů. Jsou u něj přítomny odchylky normálního svalového tonu (atonie, hypotonie, hypertonie, rigidita, křeče). (Borek, 2001)

Spontánní a provokovanou hybnost končetin

Sestra musí sledovat a hodnotit množství pohybů, rozlišovat třes od záškubů a křečí. Dále posuzuje svalové napětí, symetrii a asymetrii pohybů, spontánní pohyby dítěte a bolestivé reakce při pohybech. (Borek, 2001)

Krvácivé projevy

Krvácivé projevy u nezralého dítěte mohou být vrozené nebo získané – hemofilie, morbus haemorrhagicus neonati. (Borek, 2001; Dort, 2004)

Kožní projevy, vyrážky, exantémy

U novorozenců se nejčastěji vyskytuje intertrigo – opruzení, které se projeví zarudnutím kůže v kožních záhybech a na hýždích. Příčinou intertriga je chemické nebo mechanické dráždění kůže či bakteriální nebo mykotická infekce.

Také se můžeme setkat s folikulitidou (zánět potních žlázek), lékovými vyrážkami, pyodermií a jinými získanými a vrozenými onemocněními kůže.

Sestra musí být schopna popsat změny na kůži a znát aplikace léků na kůži a jejich specifika. (Borek, 2001)

Zvracení

Sestra informuje lékaře o vzhledu, zápachu zvratků, příměsích a množství zvratků. Všimá si typu - zvracení chabé nebo zvracení obloukem a také, kdy zvracení začalo, jak je časté a zda závisí na jídle. (Borek, 2001)

2.2 Ošetřování dítěte v inkubátoru a na otevřeném vyhřívaném lůžku

Inkubátor

Děti s nízkou porodní hmotností, které mají sklon k podchlazování, musí být umístěny do inkubátoru. Inkubátor zajišťuje *termoneutrální klima* cirkulací zahřátého a zvlhčeného vzduchu v uzavřeném prostředí. Také nemocné děti je třeba ukládat do inkubátoru, aby bylo možno nahé je sledovat. Dítě může pobývat v jednom inkubátoru nejdéle 1 týden z hlediska prevence infekcí.

Cílem ošetřování dítěte v inkubátoru je omezit tepelné ztráty dítěte a redukovat tím metabolickou produkci tepla na minimum. Inkubátor ohřívá vzduch, ve kterém dítě leží. Výsledkem je stálá teplota prostředí, udržována termostatem, nastaveným na určitou hodnotu. Hodnoty nastavuje sestra vzhledem k hmotnosti a stáří novorozence.

Inkubátor kromě tepla zajišťuje navíc *koncentraci kyslíku a vlhkost*, která by měla být 60 – 80 % u nedonošených dětí (40 – 60 % u donošených dětí). Kyslík přiváděný do inkubátoru musí být zvlhčený a ohřátý a jeho koncentrace je měřena. Koncentrace kyslíku se pohybuje od 21 % do 60 %. Alternativou je používání kyslíkových brýlí. Dítě musí být napojeno na pulsní oxymetr nebo se PO₂ měří arteriálně či transkutánně.

Průtok kyslíku, chod přístrojů, hlučnost motoru a v neposlední řadě hlučnost zdravotnického personálu způsobuje vysokou hladinu hluku v inkubátoru. *Hluk* by neměl překročit 65 decibelů. Dítě reaguje na hluk nejen přerušením spánku, pohybem a křikem, ale i poklesem oxygenace krve a zvýšením srdeční činnosti, dechové frekvence a intrakraniálního tlaku.

Při umístění inkubátoru je třeba dbát na ochranu inkubátoru před přímým slunečním zářením a situovat je dál od chladného okna či horkého topení.

Dítě sestra ukládá do inkubátoru v plenkových kalhotkách nebo většinou nahé, na antidekubitální podložku. Pokud dítě nevyžaduje intenzivní sledování a péči, má být oblečené a na hlavičce mít čepičku. To zvyšuje jeho pohodlí a také se z novorozence vytváří osobnost, což nesmírně kladně působí na rodiče. (Borek, 2001)

Polohování dítěte v inkubátoru kontroluje a zajišťuje sestra. Na některých odděleních se k polohování využívají tzv. „umělé dělohy“. Jedná se o látkový válec naplněný speciální drtí, který se obtočí okolo dítěte. Podle zkušeností neonatoložky MUDr. Jany Matějkové se tak dítě zklidní, protože poloha v „umělé děloze“ mu dává pocit bezpečí a je předpokladem pro dobrý neurologický vývoj. (osobní sdělení)

Nevýhodou inkubátoru je ztížený přístup k dítěti při praktických výkonech. V některých případech je vhodnější provést výkon u dítěte na otevřeném vyhřívaném lůžku.

Pokud je již dítě schopno udržet si tělesnou teplotu a nepotřebuje trvalou observaci a vysokou koncentraci kyslíku, můžeme jej přeložit do postýlky. Oblečenému novorozenci můžeme podání kyslíku v postýlce zajistit kyslíkovými brýlemi nebo stanem. (Borek, 2001)

Otevřené vyhřívané lůžko

Tato lůžka jsou vhodná pro provedení různých zákroků a pro první ošetření novorozence. Nehodí se k dlouhotrvajícímu pobytu, protože je zde dítě vystaveno možnosti infekce a ztrátám tepla i tekutin. (Borek, 2001) K této problematice neonatoložka MUDr. Jana Matějková uvádí, že pokud je dítě přesto umístěno ve vyhřívaném lůžku, musí mít zajištěnu vlhkost vzduchu a přívod kyslíku. Proto se na vyhřívané lůžko klade kyslíkový stan, ve kterém je možné vlhčit kyslík. Platí zde zásada: čím nižší týden porodu, tím je nutná vyšší vlhkost kyslíku. (osobní sdělení)

2.3 Prevence infekcí a šetrná manipulace

Prevence infekcí

Nedonošený novorozenec má nezralý imunitní systém a velmi malou obranyschopnost, proto je u něj ochrana opřed infekcí nezbytná. Nozokomiální infekce významně zvyšuje nejen mortalitu, ale i morbiditu nezralých dětí. Intenzivní a resuscitační péče se rozvíjí, a důsledkem toho stoupá u novorozenců počet invazivních vstupů, které jsou nutné nejen pro léčbu, ale i pro monitorování funkcí. Přibývá i agresivních způsobů léčby. To vše vede k nárůstu infekčních komplikací.

Na odděleních pro nedonošené děti existují přísná opatření, zahrnující řadu postupů, které se nazývají *bariérový způsob ošetřování*. Důležitým a přitom nejjednodušším způsobem snížení rizika infekce je důkladná hygiena rukou ošetřujícího personálu před a po manipulaci s novorozencem. Pokud je dítě umístěno v inkubátoru, pak musí sestra udržovat vstupní okna v naprosté čistotě a vše, co je znečištěno biologickým materiálem, ihned odstranit. Významnou součástí ošetřování je také omezení manipulace s dětmi na nejnižší možnou míru a minimalizace agresivních postupů. Na každém oddělení, kde jsou ošetřovány nezralí novorozenci, je nutné vytvořit a následně striktně dodržovat zásady protiepidemického režimu. (Borek, 2001)

Šetrná manipulace

Dítě je v inkubátoru vyrušeno i sebemenším pohybem, proto ošetřující personál do inkubátorů nesmí strkat nebo se o ně opírat. Oblečení, čepička a obklopení plyšovými hračkami dodává novorozenci pocit bezpečí. Vhodná je poloha na břicho (dítě je stabilnější) nebo do klubíčka.

Při přebalování sestra musí dávat pozor, aby nezvedala dětský zadeček nad úroveň hlavičky. Při této manipulaci dochází ke zvýšení nitrolebního tlaku, které může vést u extrémně nezralých dětí k intrakraniálnímu krvácení. U dětí s gastroesofageálním refluxem může tato poloha usnadnit návrat žaludečního obsahu do jícnu. (Borek, 2001)

Ideálním stavem by bylo veškerou manipulaci a ošetřovatelskou péči u nedonošeného dítěte soustředit do okamžiků klidného bdělého stavu, kdy je novorozenec schopen aktivního zájmu o okolí. Pro nedonošené dítě by bylo přínosem, pokud by se ošetřující personál vyhýbal manipulaci s novorozencem ve

fázi hlubokého spánku. Opakované vyrušování ze spánku spotřebovává energii, která by mohla být využita pro růst. Nepříznivé vlivy prostředí mohou snižovat schopnost dítěte reagovat na kontakt s rodiči a narušovat vytváření vazby rodičů k novorozenci. (Špidlenová, 2006)

2.4 Nezralý novorozenec a bolest

Dětská bolest je fenomén zasluhující značnou pozornost. Ta mu ale po dlouhou dobu nebyla věnována - před rokem 1960 lze obtížně nalézt práci souhrnně se zabývající léčbou dětské bolesti. Navíc byla bohužel dětská bolest ještě nedávno spojena s řadou nepravd a mýtů. Mezi tradované mýty patřilo přesvědčení, že nezralost nervového systému neumožňuje dítěti vnímat bolest – to bylo podkladem pro hypotézu, že novorozenci nejsou vybaveni pro vnímání bolesti. Mezi další nepravdy patřilo tvrzení, že prožíváním bolesti je dítě otužováno nebo že si bolest nepamatuje. Poslední výzkumy v této sféře však ukázaly, že u novorozenců jsou neurochemické systémy, odpovídající za přenos bolesti, funkční. (Fendrychová, Klimovič, 2005; Mareš a kol., 1997)

Z těchto poznatků vyplývá, že *novorozenec reaguje na bolest* a je schopen zažít bolest při porodu a i před ním (dokonce již na konci druhého trimestru věku je plod schopen pociťovat bolest). Je na sestře, aby sledováním zjistila, jak dítě reaguje na bolestivé zákroky a hledala nejlepší cestu k obnovení rovnováhy a klidu. (Borek, 2001; Fendrychová, Klimovič, 2005)

Dobrému stavu centrální nervové soustavy a příznivému psychosociálnímu vývoji hrozí tím větší nebezpečí, čím déle u dítěte trvá bolest. Proto je jedním ze základních požadavků vyloučit nebo alespoň omezit bolest na co nejnižší možnou míru. Dlouhodobé sledování této problematiky však ukázalo, že bolest u dětí bývá častěji bagatelizována a podceňována. Proto je nesmírně důležitá zvýšená pozornost k bolestivým prožitkům u dětí. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

Při poskytování ošetrovatelské péče je naprosto nezbytné pozorování reakcí novorozenců. Sestra by měla umět rozpoznat příznaky a projevy dyskomfortu. Pokud dítě prožívá bolest, dochází u něj ke změnám fyziologických funkcí (zvýšení krevního tlaku a frekvence dýchání), křiku a změně polohy. Pokud bolestivý zákrok trvá delší dobu novorozenec se překrví v obličejí, má křečovitě sevřená víčka, ztuhlé

a třesoucí se končetiny a obloukovitě prohnutá záda. Pokud tento stav trvá déle, dojde k vyčerpání a apnoe. (Borek, 2001; Špidlenová, 2006) Během bolestivého výkonu je třeba dítě udržovat v teple a pohodlné poloze. Novorozenec reaguje na lidský hlas, který může mírnit jeho stres. (Borek, 2001; Fendrychová, 2004)

Při řešení dyskomfortu a bolesti u novorozence se s úspěchem používají tzv. *pozitivní dotyky* – různé druhy dotykové interakce, počínaje hlazením a konče tzv. klokánkováním. Pozitivní dotyky jsou nesmírně důležité jako protipól mnohých bolestivých zážitků, které s sebou intenzivní péče přináší. Pozitivní dotyky jsou novorozenci poskytovány jak personálem tak rodiči. Personál musí dát rodičům prostor pro dotazy a vyjádření pocitů a obav – mnoho rodičů má obavy se dotýkat nezralého novorozence. Doba a způsob hlazení novorozence je individuální, záleží na reakci novorozence. (Špidlenová, 2006)

Dítě, které trpí dlouhodobou bolestí, nepláče. Přestává se hýbat, aby ušetřilo energii a vyhýbalo se utrpení, které mu pohyb přináší. Je stočené do opistotonu, má ztuhlý krk a záda, hlavičku má zakloněnou dozadu, horní končetiny napjaté se zaťatými pěstmi a jednu dolní končetinu jakoby nakročenou dopředu. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

Systémy hodnotící bolest

Aby sestra uměla lépe pozorovat a hodnotit projevy bolesti, je nutné zavést do praxe hodnotící systémy odpovídající věku dítěte. Pro novorozence je možné využít:

NFCS – Neonatal Facial Coding Systém – sestra sleduje chování dítěte určitý časový interval a hodnotí jeho projevy číslicí 1 nebo 0 podle toho, zda určitý typ chování pozorovala či nikoliv. Hodnotí se mimika obličeje – nakrabacené čelo, sevření očních víček, zvýraznění nasolabiálních rýh, rozevřená ústa, napjatý a vysunutý jazyk a chvějící se brada. (Borek, 2001)

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale – sestra pozoruje a hodnotí pláč, výraz obličeje, dýchání, polohu končetin a stav bdělosti před výkonem, během výkonu a po. (Borek, 2001)

DSVNI – Distress Scale for Ventilated Newborn Infants – úkolem sestry je vyhodnocovat u intubovaných novorozenců v průběhu 24 hodin pravidelně po jedné hodině barvu kůže, výraz obličeje, pohyby končetin, počet pulsů a saturaci krve kyslíkem. (Borek, 2001)

PIPP – Premature Infant Pain Profile – před zákrokem a po zákroku sleduje sestra s ohledem na gestační stáří dítěte jeho chování, saturaci, mimiku a srdeční akci. (Borek, 2001)

COMFORT Scale – tento systém, původně vytvořen pro hodnocení komfortu ventilovaných dětí ve věku 0–18 let, hodnotí také pooperační bolest. Sledováno je osm oblastí chování a fyziologických funkcí, které se hodnotí body 1-5. Mezi sledované oblasti patří čilost dítěte, schopnost uklidnění/agitace, pohyblivost, změny ve středním tlaku krve, změny v srdeční frekvenci, respirační odezva na ventilátor nebo pláč/křik u spontánně dýchajícího dítěte, svalový tonus a napětí ve tváři. Celkové skóre se pohybuje od 8 do 40 bodů. Čím vyšší skóre, tím větší bolest či diskomfort dítě prožívá. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

EDIN – Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né – škála využívaná pro hodnocení dlouhodobé bolesti u novorozenců nebo kojenců. Jejimi ukazateli jsou mimika, hybnost těla, kvalita spánku, utišitelnost dítěte a sociální kontakt. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 0-15 bodů. Čím větší počet, tím větší bolest dítěte. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

Beatrice Sofaer píše v příručce o bolesti pro zdravotní sestry: „*Pokud dokážeme přesně ohodnotit pacientovy bolesti, můžeme jej účinněji léčit.* (McCaffery 1983)“ (Sofaer, 1997, s.55)

2.5 Krmení dítěte a podávání léků

Trávicí funkce u nezralých dětí jsou omezeny, ale i u extrémně nezralých dětí zrají poměrně rychle. Nejlepší je výživa mateřským mlékem vlastní matky, protože

mateřské mléko je dobře snášeno. Při nedostatečném množství mateřského mléka se podává speciální výživa pro nedonošené děti (Niessen, 1996), glukóza per os (Borek, 2001) nebo mateřské mléko dárkyň.

Parenterální výživa

Nezralý novorozenec vyžaduje zpočátku parenterální výživu. A čím nezralejší dítě, tím déle trvající parenterální výživa. Proto některé nezralé děti dostávají v prvních dnech výživu výhradně parenterální – infúzemi do žíly. Příčinou bývá špatná tolerance perorální stravy. Základem infúzní výživy je 10% glukóza, aminokyseliny (Nutramin P a N) a tuky (Intralipid, Lipofundin). Do infuzí sestra dle ordinace lékaře může přidat ionty (roztoky NaCl, KCl, Magnesium sulphuricum aj.), vitamíny rozpustné ve vodě a stopové prvky. Malé dávky stravy podávané perorálně v prvních dnech mají stimulační význam pro zažívací trakt. (Borek, 2001)

Krmení dítěte sondou

Sondou krmí sestra dítě, které ještě samo nesaje a nepolyká. Do žaludku se kromě stravy zavádí i léky. Používá se měkká cévka s několika postranními otvory, kterou sestra zavede ústy v případě, že bude podávat každou dávku stravy samostatně. Pokud je třeba ponechat sondu v žaludku několik hodin nebo dnů, zavádí se raději nosem. Sonda v nose však ztěžuje novorozenci dýchání, proto není příliš vhodná u dětí, které nejsou na ventilátoru, ale potřebují vysokou koncentraci kyslíku.

Mléko nebo glukóza se podává samospádem, pomalu stříkačkou nebo kontinuálně pomocí dávkovače.

Sestra musí dávat pozor u velmi nezralých dětí, aby nedošlo k perforaci žaludku. Po sondování musí být dítě ponecháno několik minut ve zvýšené poloze. (Borek, 2001)

Kojení dítěte

Časné zahájení kojení by mělo být praktikováno v průběhu první hodiny po narození, vždy pokud to stav dítěte nebo matky dovoluje. (Paulová, 2006) Mateřské mléko je nejlepší výživou pro novorozence, neboť je nejen dobře snášeno a chrání před infekcí střev, ale zapojuje matku do časné péče o dítě. (Niessen, 1996)

Postnatální adaptační děje novorozence zahrnují mimo jiné i adaptaci metabolickou. Její důležitou součástí je začátek perorální výživy, tzn. přísátí

novorozence k prsu matky. Přísátím k prsu začíná i poporodní adaptace imunologická, protože dítě dostává s prvními kapkami kolostra řadu imunitních faktorů. (Dort, 2004; Paulová, 2006) Ženy, které porodily nezralého novorozence, mají odlišné složení mateřského mléka. Mateřské mléko má v tomto případě vyšší obsah proteinů, sodíku a vápníku a vyšší kalorickou hodnotu. (Sobotková, Štembera, 2003)

Mezi matkou a dítětem vzniká při kojení jedinečný vztah, jehož výsledkem je dostatečná produkce mléka podle potřeb dítěte. (Paulová, 2006)

Gestační věk novorozence v době porodu ovlivňuje jeho potravní chování. U předčasně narozeného dítěte je komplikovaná vzájemná koordinace potravních reflexů a adaptujícího se dýchání. Možná anatomická disproporce úst novorozence a bradavky matky a zejména nevyzrálá vzájemná součinnost jednotlivých reflexů je limitem všech způsobů enterální výživy, zejména kojení. (Paulová, 2006)

Kojení nezralého dítěte může být zahájeno poté, co dosáhne určitého stupně vyzrálosti fyziologických mechanismů (termoregulace, koordinace reflexů dýchání a polykání a stabilita cirkulace a ventilace). Kojení dětí starších než 34–36 gestačních týdnů nebývá problémem. (Dort, 2004)

Veškerý zdravotnický personál by měl mít dostatek znalostí, možností a dovedností podporovat ženy ve snaze kojit své dítě. V České republice z 90 % žen, které se před otěhotněním rozhodly kojit své dítě, odchází z porodnice buď s dokrmovaným nebo s uměle živeným dítětem téměř 10 %. (Paulová, 2006)

Podle Innocenti deklarace (Ochrana, podpora a prosazování kojení), vydané v roce 1990, a některých dalších rezolucích WHO je kojení deklarováno jako „právo dítěte“. (Paulová, 2006) V roce 2000 vznikla v České republice Laktační liga, která pomáhá, učí a radí ve všem co se kojení týče a jejím heslem je, že *kojení je právem dítěte, ale také právem matky*. (Hučín, 2005)

Přestože kojení představuje nejpřirozenější a nejvyváženější způsob výživy kojence, tak ženu, která nemůže, nesmí nebo nechce kojit, není třeba stresovat a vzbuzovat v ní obavy či pocity viny, že poškozuje své dítě. (Čepický, 2003) Projev lásky k dítěti není jen kojení. (Hučín, 2005)

Krmení dítěte z láhve

Předčasně narozené dítě musí mít vyvinut sací i polykací reflex, aby mohlo dostávat potravu z láhve. Pití z lahvičky znamená pro dítě jinou techniku sání než

kojení, proto hrozí riziko, že novorozenec bude po zkušenosti s lahvičkou odmítat matčin prs. MUDr. Jana Matějková doporučuje v rámci krmení novorozence upřednostňovat přikládání k prsu. K tomuto způsobu podávání potravy se přistupuje, jak bylo řečeno, při přítomnosti sacího a polykacího reflexu, ale zároveň musí dítě tolerovat potravu podávanou sondou a musí mít uspokojivý váhový přírůstek. (osobní sdělení)

Odstříkávání mateřského mléka

Pokud je dítě slabé na to, aby samo sálo, nebo je jeho zdravotní stav takový, že nemůže být kojeno, musí matka mateřské mléko odstříkávat. Tento postup vede také ke stimulaci tvorby mléka. Sestra poučí matku o možnostech odstříkávání mléka (rukou, odsávačkou) a o aseptickém postupu. Mléko lze podat dítěti sondou okamžitě, nebo je sestra může uskladnit v chladničce (zde lze mléko skladovat 24 hodin). Mléko nelze podat jinému dítěti, proto musí být nádoba označena jménem. (Borek, 2001)

Pasterizace mléka

Chce-li sestra použít odstříkané mateřské mléko pro jiné dítě, musí jej nejprve pasterizovat. Pasterizace je způsob úpravy mateřského mléka – v přístroji, který je zhotoven k tomuto účelu, se mléko zahřívá na 62,5°C po dobu 30 minut. (Borek, 2001) MUDr. Jana Matějková k problematice pasterizace mateřského mléka dodává, že mléko po pasterizaci musí projít mikrobiologickou kontrolou, aby bylo jisté, že je prosto choroboplodných zárodků. Imunoglobuliny zůstávají v mléce i po proběhlé pasterizaci. (osobní sdělení)

Fortifikace mateřského mléka

Pro optimální růst nedonošených dětí s nízkou porodní hmotností je mateřské mléko energeticky a nutričně nedostatečné. Fortifikaci sestra provede tak, že do čerstvě odstříkaného mateřského mléka přimíchá předepsané množství instantního prášku (fortifikátu) (Borek, 2001), obsahujícího bílkoviny, kalorie, kalcium a fosfát. (Niessen, 1996)

Podávání léků

Sestra musí znát druhy léků a jejich podání, musí mít notnou dávku soustředění vzhledem k velmi malým léčebným dávkám.

Per os se podávají prášky, tablety, kapky, sirupy, roztoky a čaje aj. Tuhé léky se musí vždy rozdrtit a rozpustit v glukóze nebo čaji. Sondou se léky podávají novorozencům, kteří nepolykají. Sestra dbá na časové intervaly.

Per rektum se podávají masti, čípky a nálevy, vždy zahřáté na tělesnou teplotu.

Na kůži sestra aplikuje zásypy, masti, obklady aj. Při těchto výkonech je nutné dbát na to, aby se dítě nepodchladilo.

Inhalačně lze podávat solné roztoky a mukolytika. Používá se ultrazvukový inhalátor s maskou, nebo se umísťuje malý inhalátor přímo do okruhu dýchacího přístroje.

Parenterálně lze podávat léky mnoha cestami: intrakutánně, subkutánně, intramuskulárně, intravenózně, intraarteriálně, intratracheálně, intraoseálně, při punkcích lze podat lék i do punktovaných dutin. (Borek, 2001)

2.6 Stimulace vnímání

Děti, které se nacházejí v kritickém stavu, jsou většinou omezeny ve svých pohybových aktivitách. V důsledku napojení na ventilátor, monitory, kontinuální aplikaci infúzních roztoků aj. dochází k jejich pohybovému deficitu a nemožnost samostatného pohybu má za následek pohybovou deprivaci. Nemohou proto vnímat své tělo a poznávat okolí, nejsou schopny učít se dotekům a pohybu. *Absence stimulů* podmiňuje nedostatečnou strukturu mozku a tím omezenou schopnost jeho výkonu a následně, bohužel, retardaci vývoje dětského organismu. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb.“ (Fendrychová, Klimovič, 2005, s.114) Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku i stavu nemocného dítěte či dospělého a její elementy integrované do péče mají význam jak v péči neonatologické, tak v péči o děti s vrozeným intelektovým či

somatickým postižením, nebo u dětí v období závažné nemoci nebo po úrazech mozku.

Koncept Bazální stimulace vypracoval speciální pedagog, profesor Dr. Andreas Fröhlich. Do ošetrovatelské péče přenesla tento koncept profesorka Christel Bienstein, zdravotní sestra, úzce spolupracující s profesorem Fröhlichem od poloviny 80. let 20. století. Koncept bazální stimulace má registrovanou ochrannou známku a jeho autoři vytvořili strukturu vzdělávání lektorů, kteří zajišťují školení ošetrovujících a integraci konceptu do praxe.

Novorozenec vnímá pomocí smyslových orgánů, které se vyvíjejí již v embryonální fázi vývoje a pro jeho život mají nenahraditelný význam. Pokud ale dojde k poškození či ztrátě kteréhokoliv ze smyslů (např. během porodu nebo později), je nutná cílená podpora vnímání zachovanými smysly a cílená stimulace omezené činnosti smyslů poškozených. V lidském mozku mohou díky kontinuální stimulaci smyslových orgánů dle konceptu Bazální stimulace vznikat nová dendritická spojení. Poškozené struktury tak mohou znovu nabýt svých funkcí nebo jiné oblasti mozku mohou funkce převzít.

Ošetrovující personál, který poskytuje novorozencům bazálně stimulující ošetrovatelskou péči, pracuje ve třech základních rovinách stimulace – somatické, vestibulární a vibrační. Nástavbovými prvky konceptu je stimulace optická, chuťová, čichová, auditivní a taktilně- haptická. *Integrace rodičů* do péče má nezastupitelnou roli v stimulující ošetrovatelské péči. Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského plánu a kontinuální evaluace reakcí dítěte na poskytované ošetrovatelské intervence. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

- *Stimulace somatická* – může být integrována do ošetrovatelské péče celodenně, kdy při každé manipulaci s dítětem musí mít doteky informační hodnotu a poskytovat jasné informace o tělesných hranicích dítěte. Je nutné eliminovat bodové a letmé doteky.

Celková koupel provedena na lůžku je nejvhodnější možností jak dostatečně informovat o tělesných hranicích, zvláště je-li použito froté žíněk na obou rukou. Musí být dodržovány zásady střední osy těla, udržování stálého kontaktu, kontinuita doteků a symetrie. Cílem takto provedené koupele je stimulace vnímání tělesného obrazu. Existuje mnoho druhů koupelí, které jsou vybírány dle stavu dítěte. Koupel

se mohou naučit rodiče, kteří ji poté provádějí – v tomto případě je stimulace paměťových stop intenzivnější, protože dítě může navíc vnímat vůni svých rodičů. Významná je i doprovodná stimulace sluchová – dítě zná hlas rodiče, má jej uloženo v paměťových stopách.

Následně je pak provedena fixace vnímání tělesného obrazu, a to pomocí polohovacích technik. K *polohování* lze použít fixační perličkové polštáře, srolované deky, ručníky a hračky. Tlak polohovacích pomůcek umožňuje dítěti uvědomovat si své tělesné hranice a navíc mu poskytuje pocit bezpečí a jistoty. Tělo dítěte může svým tělem modulovat také rodič, který navíc na dítě příznivě působí svým tělesným teplem.

Masáž stimulující dýchání je další technikou somatické stimulace. Jejím cílem je spontánní ventilace, zklidnění dítěte, které tak přechází na klidné, pravidelné a hluboké dýchání a snížené vyplavování stresových hormonů. Masáž vyžaduje trénink a musí být provedena správně.

- *Stimulace vestibulární* – základní technikou je mírná manipulace hlavou dítěte (pokud to stav dítěte dovoluje), kterou ošetřující pevně fixuje svými rukama. Bývá do péče integrována spolu se somatickou stimulací. Tato technika má mimo jiné vliv na snížení spasticity flexorů a extenzorů.

- *Stimulace vibrační* – vibrace na skeletu a v okolí kloubů umožňuje stimulovat vnímání velmi intenzivně. Lze pracovat rukama nebo pomocí různých vibrátorů. Tato technika může být součástí koupele. Pokud je možné přiložit tělo dítěte na tělo rodiče, je tak poskytnuta nejintenzivnější stimulace, na které se podílejí i jiné prvky např. vůně rodiče.

- *Nástavbové prvky konceptu* – dle stavu dítěte je možné do péče zahrnout stimulaci orální, čichovou, hmatovou, sluchovou a optickou. Pokud by došlo k přílišnému zahlcení dítěte podněty, pak není dítě schopno tyto podněty zpracovat. Proto je zásadou dodržování dávkování a cílená stimulace.

Dítě skrze ústa poznává svět, protože ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější oblast vnímání. Pokud dítě přijímá potravu, má zajištěno stálý přísun podnětů ústům. Z toho vyplývá, že děti, které jsou vyživovány sondou nebo parenterální cestou,

nemají dostatek podnětů a měla by u nich probíhat záměrná orální stimulace. Orální stimulace v žádném případě nenahrazuje péči o dutinu ústní, vhodně ji však doplňuje. Při orální stimulaci se do úst nikdy nevniká násilím a zpočátku se používají maximálně tři chutě. Molitanové štětičky nebo tampóny se smočí v chuťovém médiu, kterým může být např. čaj nebo minerální voda. Pokud jsou stimulující chuťová média kombinována s chladem, dochází také ke stimulaci motility jazyka. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

2.7 Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) a ošetrovatelský proces

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

Tento název Dittrichová překládá jako: „*program, který usiluje o individuální péči o novorozence a vychází z hodnocení jeho chování a vývoje.*“ (Dittrichová, Papoušek, 2004, s.153) Program patří do oblasti ošetřování nezralého novorozence. Při něm se vychází z dobré znalosti chování dítěte a jeho reakcí na různé podněty z okolí. Autoři nazývají tuto péči také „*péči o mozek*“ – „*brain care*“. Tato péče má ochránit vyvíjející se centrální nervový systém předčasně narozeného dítěte. Péče je založena na soustavném a velmi pečlivém sledování reakcí dítěte při péči o ně a hledání takového způsobu ošetřování, které by nepůsobilo na dítě rušivě - rušivým vlivem prostředí může být např. rutinní manipulace s dítětem, nemožnost sání, nevhodně načasovaná sociální interakce apod. (Dittrichová, Papoušek, 2004; Dittrichová, Sobotková, 2005)

Program vyžaduje tým speciálně vyškolených odborníků z několika oblastí. Ti reagují na vývojové změny dítěte i na jeho behaviorální stavy a poznatky předávají ošetřujícímu personálu. Pro ošetřování dítěte je týmem odborníků a ošetřujícím zdravotnickým personálem vypracováván individuální plán pro ošetřování dítěte. (Dittrichová, Sobotková, 2005)

Pozitivní vliv individualizované péče na vývoj nezralých dětí uvádí řada studií – např. zkrácení doby, po kterou musely být děti napojeny na respirátor, dále měly děti lepší výsledky při hodnocení chování ve dvou týdnech věku, jakož i lepší výsledky ve věku devíti měsíců při hodnocení mentálního i motorického vývoje oproti dětem ošetřovaným běžným způsobem. Někteří evropští autoři upozorňují, že

individualizovaný způsob péče je jednou ze slibných cest, která povede ke snižování morbiditidy nezralých dětí. (Dittrichová, Papoušek, 2004)

Komplexní individualizovaný přístup je zatím v našich podmínkách příliš náročným typem péče o rizikového novorozence. Některé jeho prvky by chtěli zavést v příštích letech např. v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze Podolí. (Dittrichová, Sobotková, 2005)

Ošetrovatelský proces v neonatologii

Individuální ošetrovatelská péče na neonatologii je uskutečňována cestou ošetrovatelského procesu. Aby došlo k co nejlepší realizaci ošetrovatelského procesu a přístup k dítěti byl maximálně individuální, musí sestra spolupracovat nejen s matkou novorozence, ale i s celou rodinou. I na neonatologických odděleních musí sestra hodnotit stav nezralého dítěte, které pokud je extrémně nezralé, bývá ve stavu kritickém. Sestra musí zjišťovat jeho skutečné i potencionální problémy, stanovovat krátkodobé i dlouhodobé cíle, vytyčovat plány péče, poskytovat specifickou ošetrovatelskou intervenci a hodnotit její účinnost a efektivitu. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

V ošetrovatelském procesu se odrážejí aktivní činnosti sestry, k nimž se iniciativně rozhoduje na základě poznání klienta, a to zejména takového, který své potřeby signalizuje nedostatečně – a tím nezralý novorozenec bezesporu je. Sestra musí dítě chápat holisticky, jako celistvou bytost, na kterou působí řada faktorů z okolí. (Jarošová, 2000)

První fáze ošetrovatelského procesu

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra sběrem údajů o zdravotním stavu hodnotí pacienta a vytváří *ošetrovatelskou anamnézu*. Údaje k hodnocení jsou získávány pozorováním, fyzikálním vyšetřením, ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s rodinou a ostatními zdravotnickými pracovníky. Většina oddělení má své vlastní hodnotící záznamy. (Fendrychová, Klimovič, 2005; Jarošová, 2000; Staňková, 1998)

Druhá fáze ošetrovatelského procesu

Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu sestra vyvozuje závěr o potenciálním nebo skutečném narušení zdravotního stavu dítěte – stanovuje *ošetrovatelskou*

diagnózu. Aktuální zdravotní problém je takový, který u dítěte již existuje. Naopak potencionální zdravotní problém je takový, který ještě nevznikl, ale rizikové faktory, které jsou u dítěte přítomny, by mohly k jeho vzniku vést. Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy u předčasně narozených novorozenců patří bolest v souvislosti s operačním výkonem, nedostatečné dýchání v souvislosti s nezralostí, riziko aspirace v souvislosti s absencí polykacího reflexu apod. (Fendrychová, Klimovič, 2005; Jarošová, 2000; Staňková, 1998)

Třetí fáze ošetrovatelského procesu

Do třetí fáze ošetrovatelského procesu patří *plánování ošetrovatelské péče.* Sestra určuje priority péče. U dítěte v kritickém stavu jde především o zajištění vitálních funkcí, tišení bolesti a termoneutralní prostředí. Sestra zakládá písemný plán na odstranění nebo zmírnění zjištěných problémů a k orientaci v potřebách dítěte. (Fendrychová, Klimovič, 2005) Na plánování se podílí nejen sestra, ale i rodina či členové jiných zdravotnických profesí. (Jarošová, 2000)

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu

Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu – *realizaci* – sestra většinou provádí již před plánováním, aby nedošlo k riziku z prodlení. Je třeba koordinovat činnosti sestry s činnostmi ostatních členů zdravotnického týmu a ošetrovatelskou péči delegovat na další sestry. (Fendrychová, Klimovič, 2005; Jarošová, 2000; Staňková, 1998)

Pátá fáze ošetrovatelského procesu

Vyhodnocení je závěrečnou fází ošetrovatelského procesu a je posuzováním odezvy dítěte na ošetrovatelské zásahy. V této fázi sestra zároveň porovnává tyto odezvy se stanovenými normami. Zjišťuje, zda bylo dosaženo plánovaných cílů a v jakém rozsahu. Hodnocení má tři stupně – cíl se splnil, cíl se splnil částečně, cíl se nesplnil. Pokud cílů dosaženo nebylo vůbec, musí sestra své činnosti přehodnotit, a naplánovat a provést jinak. (Fendrychová, Klimovič, 2005; Jarošová, 2000; Staňková, 1998)

3 PSYCHIKA MATKY V POPORODNÍM OBDOBÍ

Těhotenství a porod jsou interpretovány jako vrcholný a neopakovatelný zážitek v životě ženy. Přivedení dítěte na svět tak ženu sytí pocitem, že naplnila své biologické poslání a předala tím genetickou výbavu další generaci. Porození vlastního dítěte bývá většinou žen považováno za zázrak, proto jsou události kolem porodu hodnoceny vesměs pozitivně. Existují ale také ženy, které již nenajdou odvahu a odhodlání k dalšímu těhotenství, neboť předchozí porod a události s ním spjaté hodnotí negativně. (Čechová, Mellanová, 1999)

V těhotenství se u ženy může měnit temperament směrem k introverzi a v oblasti emocí je výraznější labilita. V těhotenství také ženy velmi často pociťují úzkost. Důvody úzkosti těhotných žen jsou: obavy o sebe a dítě, obava z nezvládnutí rodičovské role a úzkost psychiatrická (bývá diagnostikována u žen s dispozicí k psychiatrickému onemocnění). Dále v těhotenství přicházejí změny sebevědomí, související se změnou vzhledu a funkce těla, a změny v žebříčku hodnot – v čele je zdraví dítěte i matky a rodinné prostředí. (Čechová, Mellanová, 1999)

V těhotenství a po porodu v šestinedělí je psychika ženy vystavena velké zátěži. V organismu ženy v šestinedělí probíhají hormonální změny a navíc dochází k adaptaci na novou roli matky. (Sobotková, Štembera, 2003) Sociální a psychologická podpora během těhotenství i po porodu by měla být integrální součástí veškeré péče, která je ženě poskytována. Matka ale potřebuje ve dnech bezprostředně po porodu vedle pomoci emocionální i pomoc praktickou. Forma této pomoci se mění v čase a liší se od kultury ke kultuře. (Enkin, Keirse, 1998)

Po porodu se může vyskytnout tzv. *poporodní subdeprese*, nazývaná též poporodní blues. Tato nejméně závažná skupina poporodních psychických poruch se vyskytuje u 50 – 70 % (Čepický, 2003, udává 60 – 80 %) rodiček zhruba 3. – 6. den po porodu. Jedná se o přechodné emoční poruchy krátkého trvání, které nejsou hodnoceny jako závažné, při vytváření vztahu mezi matkou a dítětem. (Sobotková, Štembera, 2003) Poporodní blues je často doprovázeno bolestmi zad a hlavy, palpitacemi a dysfagií. Klinický obraz ustupuje bez terapie. (Čepický, 2003) Poporodní blues je něčím přirozeným, neboť znamená psychosomatickou odpověď na prudké hormonální změny, které následují po porodu dítěte. V tomto náročném

období je proto velmi důležitá pozitivní emoční podpora ze strany otce, která přispívá ke stabilizaci matky. (Vymětal, 2003)

Další skupinou poruch, vyskytujících se v postnatálním období, jsou *nepsychotické deprese*, nazývané též poporodní či postnatální. Vyskytují se v 1. – 3. měsíci po porodu a trpí jimi 10 – 15 % žen. Bylo by potřebné včas tyto ženy rozpoznat a poskytnout jim náležitou intervenci, neboť jak dokazují práce zahraničních psychologů a psychiatrů, postnatální deprese nepříznivě ovlivňuje utváření vztahu matky k dítěti a může tak dojít k narušení kognitivního a emočního vývoje nejmenších dětí. (Sobotková, Štembera, 2003) Poslední výzkumy ukazují, že u 20 % žen se vyvine chronická deprese trvající déle než dva roky. (Smith a kol., 2004)

Poslední a nejzávažnější skupinou psychických poruch jsou *psychotická onemocnění*, která se vyskytují u 0,1 – 0,2 % žen, začínají v prvních 14 dnech po porodu a často vyžadují hospitalizaci. (Sobotková, Štembera, 2003)

3.1 Pocity matek po porodu

Pocity matek po porodu donošeného novorozence

Jak už bylo řečeno, po porodu je psychika ženy vystavena velké zátěži – a to nejen z důvodu probíhajících hormonálních změn, ale také z důvodu přijímání nové role, role matky, spojené s pocitem zodpovědnosti. To znamená, že i žena, která porodila zdravé, donošené dítě, může zažívat emoční rozladění – výše popsané poporodní subdeprese. Tyto přechodné emoční poruchy, které bez terapie odeznívají, matka může snadněji překonat zejména díky pocitu, že má zdravé donošené dítě.

Pocity matek po porodu nezralého novorozence

Jak je tomu u matek, které procházejí stejnými hormonálními změnami po porodu, adaptují se na roli matky a navíc jsou postaveny před skutečnost, že jejich novorozené dítě je postižené nebo nezralé a tudíž rizikové?

Proces psychologických změn, které se odehrávají u matky v těhotenství, není ukončen a přípravy na péči o dítě a na novou roli rodiče jsou přerušeny. K předčasnému porodu dochází často náhle a neočekávaně. Chybí radost a oslavné rituály, které se běžně odehrávají po narození zdravého dítěte. Navíc jsou rodiče od

svého dítěte oddělení a potýkají se s obrovskými obavami o jeho přežití a zdravotní stav. V takto těžkých podmínkách se poté u rodičů často mísí odmítavé postoje se vznikem pozitivní citové vazby k dítěti. (Sobotková, 1999; WHO, 2003)

Rodiče oba, ale zejména matky, nezralých nebo nemocných dětí žijí zpočátku často v obavách, obávají se budoucnosti, nevědí, co je čeká. Prostředí, ve kterém je jejich dítě hospitalizováno, je většinou přeplněné různými přístroji a je nové a neznámé. Matky, které se v tomto prostředí pohybují, se často trápí natolik, že nemohou jíst ani dostatečně spát, často trpí velkou únavou až zmateností. Někdy, zejména matky, mají pochybnosti o sobě, neboť „ony přivedly dítě na svět“. Mohou mít pocity viny, že někde udělaly nějakou chybu a jsou příčinou problémů dítěte. Pro rodiče je rovněž obtížné chovat se a cítit se jako skuteční rodiče. Mohou prožívat pocit prázdnoty, neboť nemají své dítě u sebe. Mohou cítit, že rodičovské povinnosti za ně vykonává zdravotnický personál, stejně jako řadu ošetřovatelských úkonů. (Sobotková, 1996)

V knize Jak se žije dětem s postižením popisuje autorka Helena Chvátalová pocity matek, které zažily narození postiženého nebo nezralého dítěte. Maminka nedonošeného chlapečka uvádí: „S tímhle se asi člověk nikdy nesmíří, každá máma si přece přeje zdravé dítě. Ale zvyknete si na to, nic jiného vám nezbyvá. ...Často jsem si dávala otázku „proč zrovna já“... Říkala jsem si, že to bude určitě v pořádku. Každá máma asi čeká, doufá, že její dítě přijde na svět zdravé.“ Jiná maminka, které se předčasně narodila holčička s Downovým syndromem, své pocity po porodu popisuje takto: „... Nechtěla jsem si to připustit... Nikde nikdo nebyl, někdo, kdo by mě vzal za ruku. Nemohla jsem ani spát... Byl to šok, byla jsem jako ve snu, nemohla jsem ani brečet. Nevěděla jsem, co mám dělat, byla jsem tam úplně sama... Bylo to opravdu hrozné. Za celou dobu jsme od lékařů neslyšeli nic pozitivního. Dnes si říkám, že kdyby to nebylo první dítě, kdybychom už měli nějaké zkušenosti, snad bychom nebyli ze všeho tak vyděšení. Ale my jsme s manželem vůbec nebyli schopni přemýšlet. Čekali jsme nějakou pomoc, podanou ruku zvenku, ale ta nepřišla...strašně jsem se snažila, abych svým chováním nerušila, neobtěžovala ostatní, brečet jsem chodila na záchod. Teď si odstupem času říkám, jaká jsem byla husa, vždyť jsem měla nárok na slzy a žal...Byli jsme úplně zničení, opravdu jsme nebyli schopni přemýšlet...narození Kačenky byl strašlivý šok. Nikde jsme se nemohli dopátrat nějakých pozitivnějších informací...Ostatní maminky už odcházely, a já jsem byla pořád v porodnici. Pak už mi říkali, že se musíme

rozhodnout...nakonec jsme se rozhodli Kačenku nechat v kojeneckém ústavu... Nejstrašnější pro mě byla chvíle, když jsem odcházela z porodnice, a nenesla jsem si dítě...“ Další maminka, která má doma zdravého Davida a Petrušku s Downovým syndromem vzpomíná na pocity po porodu takto: „...Když jsem se pak na pooperačním pokoji probrala, začala jsem si užívat takový ten nádherný pocit – a mám to za sebou, máme kluka a holku, jak jsme si přáli, prostě ten nejkrásnější pocit, jaký matka může zažít. Ale to trvalo jen chvíli...přišly dvě lékařky...přišly povědět o děťátku. A v tu chvíli jsem podvědomě tušila, že prostě nechci nic slyšet. Ale musela jsem poslouchat – vlastně mi téměř okamžitě vzaly tu chvíličku absolutního štěstí. A řekly – máme podezření, že vaše holčička má Downův syndrom...samy mi to dokázaly říct před třemi jinými pacientkami, a pak mě s tím nechaly samotnou...A to je také to, s čím jsem se do dneška nevyrovnala a co se mi vrací...Přítomnost docela dobře dokážu žít, ale ten začátek byl opravdu tak traumatický...Psychicky jsem ale byla strašně ochromená...Vím jen, že jsem plakala a nemohla se dlouho uklidnit...přijala jsem ji okamžitě, bylo to moje dítě...vůbec se mi v hlavě neobjevila myšlenka, že bych ji snad neměla přijmout – prostě jsem tam stála a hladila jsem jí tu mrňavoučkou ručičku - a víc si nepamatuji...a já jsem s tím hořem neměla kam jít...“ Podobné pocity popisuje i maminka velmi nezralé Petry, narozené ve 32. týdnu s porodní hmotností 1 300 g: „...Když jsem ji tenkrát zahlédla poprvé ještě tak neuvěřitelně maličkou, nevěřila jsem, že takové dítě vůbec může žít. Byl to hrozný pocit a vzpomínám si, že jsem pochybovala i sama o sobě, jestli péči o ni zvládnou...už když jsem ji viděla poprvé, bylo rozhodnuto, věděla jsem že udělán všechno pro to, aby jí bylo dobře...“ (Chvátalová, 2001)

3.2 Reakce a potřeby rodičů v náročné životní situaci

Narození dítěte znamená pro naprostou většinu rodičů silnou, emocionálně pozitivní událost. Přesto několik prvních měsíců, a to i po narození zdravého donošeného dítěte, bývá pro řadu matek stresujících (více o stresu viz příloha č. 2), neboť mívají pocity zranitelnosti a lítostivosti. (Sobotková, 1996)

Je nesmírně důležité dát rodičům najevo, že za daných okolností je zcela normální cítit najednou mnoho protichůdných postojů. Přístup zdravotnického personálu k rodičům, zejména k matce, velkou měrou ovlivňuje to, jak se bude vztah

rodičů k dítěti dále vyvíjet. Rodiče by měli být přesvědčeni, že odborník je nebude kritizovat za jejich emocionální reakce, ale vždy je trpělivě vyslechne. (Sobotková, 1999; Sobotková, 1996)

Rodiče se brání poznání, že novorozené dítě je postižené, nebo že jeho vývoj nebude s největší pravděpodobností normální. Matka s otcem ztrácejí ideál o svém potomku a prožívají velkou duševní bolest a smutek. Rizikovou skupinou jsou hlavně předčasně narozené děti, zejména děti s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností. V tomto případě je nutné si uvědomit že speciální péči potřebují nejen děti, ale i jejich rodiče – psychologická péče by měla být všude dostupnou službou pro všechny předčasně narozené děti a jejich rodiče. Tato péče tedy začíná být chápána jako součást týmové spolupráce odborníků různých profesí. (Sobotková, 1999; Jahnová, Sobotková, 2003)

U rodičů dochází po předčasném narození nezralého novorozence obvykle ke krizi. *Krize*, zátěžová nenormální situace, kdy se objevují *různé obranné mechanismy*, trvá zpravidla několik hodin – za nejkritičtější se považuje 8–11 hodin. Maximální trvání se udává 3–4 dny. Krize by měla být ošetřena psychoterapeuticky v průběhu tzv. krizové intervence. K takovému ošetření by mělo dojít co nejdříve, aby proces vyrovnávání se špatnou správou proběhl co nejrychleji a bez známek patologie. (Sobotková, 1999)

Krize je chápána jako *šoková záležitost*, kdy reakce šoku mohou přijít nejen okamžitě, ale i opožděně, např. po příchodu domů z porodnice. V podstatě se jedná o přiměřené reakce na nenormální situaci. Někdy však bývá obtížné rozhodnout, jestli je ještě možné považovat reakce za přiměřené. (Sobotková, 1999)

Odpovědi na šok jsou individuální. Záleží nejen na osobnostních rysech rodičů, ale i na situačním prostředí. Charakteristické jsou *emoční změny* (emoční výbuch nebo naopak záraz), *zúžení zorného pole*, kdy je vnímání zlomkovité a myšlení tříštivé. Rodiče nejsou schopni přiměřeně vnímat podávané informace a často si je sami dotvářejí. Proto je nutné, aby zdravotníci přistupovali velice trpělivě, vybízeli k otázkám a podporovali písemné zaznamenání otázek i podaných informací. (Sobotková, 1999)

Dalšími reakcemi na šok mohou být *projevy regrese*, např. až na úroveň dětské závislosti, *panické reakce*, tzn. pobíhání až snaha utéct, nebo *útočné reakce až agrese* a to vůči vlastní osobě nebo okolí. (Sobotková, 1999)

Při sdělování nepříznivých a závažných zpráv je, z výše uvedených důvodů, důležitá přítomnost alespoň dvou odborníků, z nichž jeden podává informace a druhý sedí vedle rodičů/matky a snaží se „podržet“ psychicky. Jedinec by neměl být v krizové situaci sám. (Sobotková, 1999)

Jaké jsou *potřeby rodičů* v náročné životní situaci, jakou je bezesporu předčasné narození potomka? Rodič v této situaci potřebuje kontakt s blízkou osobou, potřebuje srozumitelné, dostupné informace o situaci dítěte a o uspokojování jeho specifických potřeb. Rodič také potřebuje ujistit, že jeho rodičovské chování a projevy jsou přirozené a akceptované. Potřebuje kolem sebe vlídný personál, který ho jako rodiče bere vážně. Potřebuje zažít pocit sounáležitosti – nejsem jediný na světě, koho něco podobného potkalo a nekončí tím moje normalita ve společnosti. Rodič si také potřebuje zachovat vlastní důstojnost a soukromí, potřebuje mít s personálem partnerský vztah a nepochybně potřebuje i podporu terapeutickou. (Dušková, 2000)

3. 3 Mechanismy psychické adaptace matek na zátěžovou situaci

Obrana, kterou člověk používá v zátěžové situaci, je ovlivněna jeho minulými zkušenostmi, temperamentem, úrovní inteligence, sociokulturními zkušenostmi a mnoha dalšími faktory. Pokud zkušenosti přinášely alespoň minimální pozitivní efekt, člověk je má zafixovány a zároveň má tendenci je opakovat. Stávají se základem jeho obranné strategie. Cílem obranných reakcí je obnovení či spíše uchování psychické rovnováhy a pohody. V některých případech, kdy na jedince působí příliš velká zátěž nebo má jedinec omezenější kompetence, mohou být obranné mechanismy méně funkční a rovnováha, která má být vytvářena, je nedokonalá – nestabilní, dočasná či zcela neadekvátní. (Vágnerová, 1999)

Preference určité varianty vychází ze zkušeností i osobních dispozic (především temperamentových) každého jedince, z jeho zdravotního stavu, fyzické kondice, z citového zázemí. Závisí také na věku, výchově a sebevýchově. (Vágnerová, 1999; Čechová, Mellanová, 1999)

- *Útok* – je aktivní obrana. Znamená snahu člověka bojovat s zátěžovou, ohrožující a nepřijatelnou situací. *Agrese* může být obrácena na předpokládaný zdroj ohrožení nebo na náhradní objekt. Může být obrácena i proti sobě samému, jak ve formě

verbálního sebeobviňování, tak v extrémním případě *suicidálními tendencemi*. (Vágnerová, 1999) Další možnou formou útoku je *trestání sebe sama*. Jedná se o nepřiměřený způsob, kdy člověk chápe zátěžovou situaci jako trest a odpírá si příjemné činnosti nebo si uloží vykonání nějaké mimořádné práce. Přijatelným způsobem jak uvolňovat agresi je sport, četba či sledování filmů aj. (Čechová, Mellanová, 1999) *Vztek, agrese* – člověk se mnohdy chová agresivněji než za normální situace, protože má tendenci se proti stresujícím vlivům bránit. (Vágnerová, 1999) Vztek nebo agrese mohou mít ráz impulzivní autodestrukce nebo mohou proběhnout formou násilí zaměřeného proti okolí. Výpad proti okolí má povahu brachiální (rány vedené proti druhému člověku) nebo verbální (nadávky, urážky, křik). Pokud se postižený dovede ovládnout, bývá útok odkloněn od lidí k předmětům. (Jedlička a kol., 2004)

- *Únikové obranné reakce* – jsou odlišným způsobem, jímž se jedinec snaží zbavit se ohrožující situace.

Popření: Člověk se brání tím, že přijímá pouze takové informace, které pro něho nejsou ohrožující. Mění své postoje i chování, tak aby odpovídaly pouze jeho představě a ne skutečnosti.

Potlačení a vytěsnění: Člověk má tendenci zbavit se pohnutek, pocitů a myšlenek, které jsou subjektivně nepříjemné. Tato reakce se tedy týká oblasti vlastního vědomí. Vytěsněné a potlačené obsahy vědomí se ale projevují nadále, v nějaké pozměněné podobě, v které již nevyvolávají tak intenzivní pocit ohrožení.

Fantazie může mít funkci obrany díky uspokojujícím zážitkům, které však nejsou reálné. Podobný význam mívá i bájná lhavost – pseudologia phantastika, kdy si člověk vymýšlí příběhy, které dostatečně kompenzují jeho problémy.

Racionalizace: Pokusem o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením je racionalizace. V této situaci si jedinec subjektivně poskytuje přijatelné zdůvodnění, jinak těžko přijatelné situace.

Regrese znamená únik na vývojově nižší úroveň chování. Někdy regrese přináší aktuální úlevu a dočasně pomáhá vyrovnat se se situací, ale také většinou vyjadřuje větší potřebu závislosti na podpoře okolí.

Identifikace je pokusem o ztotožnění se s někým, koho lze obdivovat. Jedinec se tak pokouší posílit vlastní hodnotu a připisuje si žádoucí vlastnosti osoby či skupiny. Obdivovaná skupina nebo osobnost může ale vést jedince k asociální činnosti.

Substituce, kompenzace znamená náhradu konkrétního nedosažitelného uspokojení jiným, které se jeví dostupné. Náhradní cíl ovšem může být sociálně nežádoucím.

Rezignace nastává tehdy, pokud (zejména v dlouhodobé zátěžové situaci) se jedinec uspokojení předem vzdává, protože je považuje za nedosažitelné. Obranný efekt spočívá v tom, že pokud člověk nic neočekává, je pasivní a odmítá jakékoli řešení situace, nemůže být ani zklamán.

Projekce - tato technika pomáhá člověku zdůvodňovat vlastní neúspěch vinou druhých, popřípadě své vlastní chyby připisovat ostatním.

Únik do nemoci je nejčastější v dětském věku, může ovšem přetrvávat do dospělosti, a v extrémních formách může mít projev hysterie a hypochondrie.

Fixace nastává pokud způsob chování k jiné osobě ustrne, i když se osoba již změnila a chování by mělo být jiné. Fixace se vztahuje i na způsob uspokojování potřeb.

Negativismus neboli vzdorovitost můžeme často pozorovat u dětí například jako obranu proti omezování jejich samostatnosti. U dospělého je negativismus méně nápadný a může se projevovat jako odporování v diskusi za každou cenu, neustálé námitky aj.

Vyhýbání se povinností

Alkohol, drogy, farmaka

Izolace, samotářství

Jednotlivé reakce a techniky se různě kombinují a propojují. Některé z nich mohou být společensky hodnotné, neutrální, jiné škodlivé, asociální až patologické. (Čechová, Mellanová, 1999; Vágnerová, 1999)

M. Jobánková uvádí agresi, únik (faktický, symbolický, fantazijní, pomocí drogy, do nemoci, únik ze života), ustrnutí, vytěsnění, potlačení, popření, racionalizaci, projekci, reaktivní výtvar (nežádoucí a pro člověka nepřijatelné pohnutky, mohou být před sebou samým ukrývány tím, že jsou nahrazeny pohnutkami jinými, často opačnými), přesunutí (potřeba, kterou nelze uspokojit určitým způsobem, je přesunuta na jiný objekt, na náhradní cíl) a intelektualizaci (pokus o získání citového odstupu od stresové situace, pomocí abstraktních, intelektuálních termínů) jako *neadaptivní chování*, kterým se člověk brání proti tlaku dané situace – chování, které je pro okolí nesrozumitelné, nepochopitelné a nepřiměřené. (Jobánková, 2004)

V literatuře jsou popisovány další psychické reakce na stres:

- *Změna emočního prožívání* – je obvyklou reakcí na zátěž, zejména pokud trvá delší dobu. Emoční reakce mohou mít různou kvalitu, která závisí na typu osobnosti a na vnější situaci:

Úzkost – anxiety, je podle Maláta: „soubor nepříjemných pocitů, které jsou provázeny vegetativní odpovědí organismu“. (Malát, 2004, s.31) R. Honzák definuje úzkost jako nejen nemilý psychický pocit, ale jako komplexní psychosomatický prožitek či zkušenost, která doprovází člověka zejména v situaci ohrožení a její vývoj má počátek tam, kde o úzkosti ještě nikdo neuvažuje. (Honzák, 2005) Normální, zdravou úzkost prožije čas od času každý člověk, který pokud ovládá své pocity, tak tato úzkost mu pomůže vyrovnat se s nebezpečnými nebo obtížnými situacemi – zdravá úzkost, tedy bdělost, opatrnost je založena na racionálním základě. Při neadekvátní reakci na podnět hovoříme o abnormální, nezdravé úzkosti. Tato úzkost je nepřiměřená co do intenzity, trvá po skončení vyvolávajícího podnětu a vyskytuje se v situacích, které by měl člověk zvládat bez potíží. U jedince, který prožívá úzkost se vyskytují příznaky subjektivní a objektivní. (Malát, 2004)

Subjektivní příznaky úzkosti: nejistota, pocit strachu, vyděšenost, rozrušenost, sklíčenost, lítostivost, uvědomování si fyzických příznaků – bušení srdce, sucho v ústech, nauzea, průjem, chvění končetin, pocity na omdlení a slabost, dýchací obtíže aj. (Malát, 2004)

Objektivní známky úzkosti:

- psychické a intelektuální – zhoršený oční kontakt s okolím, letmé pohledy kolem sebe, neschopnost řešit problémy a učit se, tendence obviňovat druhé, nesoustředěnost, zapomínání, zhoršená pozornost
- fyzické – tlak na hrudi, pocit dušení, zrychlené dýchání, lapání po dechu, bušení srdce, tachykardie, hypotenze či hypertenze, slabost, mdloba, pocení, zčervenání, svědění, střídání pocitu tepla a chladu, nauzea, diskomfort v oblasti břišní krajiny, nechutenství, bolesti břicha, zvracení, neklidné pohyby, chvění a třes, bezděčné pohyby, strnulost atd. (Malát, 2004)

Deprese – bývá popisována jako nadměrně smutná nálada, stažení se do sebe. Postižený je pasivní, apatický, cítí se vyčerpaně, sklesle, ztrácí zájem o dosavadní oblíbené činnosti. Někdy má postižený sníženou gestikulaci, chudou mimiku a je zvýšeně lítostivý, jindy je roztržitý a v chování je nápadně nervózní zrychlení. Lidé trpící depresí mají často pesimistické ladění, nízké sebehodnocení,

trpí poruchami spánku. Nemají příliš velký zájem o společenský život, o jídlo ani o milostné vztahy. (Jedlička a kol., 2004) Nejčastěji se cítí po ránu, během dne se nálada může mírně zlepšit. Svůj současný stav i budoucnost vidí „černě“ a jsou ovládnáni pocitem naprosté beznaděje. Velmi nebezpečné jsou suicidální myšlenky a tendence. (Honzák, 1997; Marková a kol., 2005) Depresivní příznaky mohou být jednou z prvních známek závažné duševní choroby – psychózy. (Jedlička a kol., 2004)

Apatie – rezignace a uzavření se do sebe jsou výrazem pocitu bezmocnosti nalézt jakékoliv přijatelné řešení. (Vágnerová, 1999)

Strach – člověk se vždy bojí o něco, co je pro něj důležité. Čím je pro něj hodnota významnější, tím větší strach jedinec prožívá. Člověk může mít značné množství hodnot a mohou pro něj být velmi důležité, ale přesto se o ně nemusí tolik bát, pokud se může spolehnout na to, že nejsou nijak ohrožené. Strach je pociťován v situacích, které jedince reálně ohrožují. Výzkum publikovaný v roce 2004 profesorem psychologie na texaské univerzitě Markem Packardem přišel s poznáním, že prožitkem strachu v emočně vypjatých situacích, negativně ovlivňuje fungování lidské paměti. Také výzkum amerických psychologů Marka Ashcrafta a Elizabeth Kirk potvrzuje sníženou schopnost osvojování si nových postupů při prožitku strachu. Strach pro člověka znamená ztrátu opory. Známé struktury, které mu doteď oporu poskytovaly se rozpadají. To může mít někdy až dramatický průběh. (Hučín, 2005)

Mezi emocionální reakce na stres patří pocit, že je člověk „pod tlakem“, pocit nervozity a neschopnosti se uvolnit, pocit duševního vyčerpání, neustálé obavy a strach, konfliktnost, zvýšená plačtivost, roztěkanost, neschopnost koncentrace, podezíravost, neschopnost rozhodování, strach z hrozícího kolapsu, omdlení, smrti, neschopnost cítit potěšení. (Wilkinson, 2001)

- *Oslabení kognitivních funkcí* - v zátěžové situaci se zhoršuje úroveň logického uvažování. (Vágnerová, 1999)
- Uvědomění zátěže aktivizuje *psychické obranné mechanismy*, které mohou být specifické. Psychické mechanismy spouštějí fyziologické reakce a ovlivňují tak nejen jejich vznik, ale i průběh. (Vágnerová, 1999)

3.4 Spolupráce s rodiči - zapojování matky do aktivní péče o novorozence

Prvním a nejvýznamnějším životním prostředím dítěte je jeho rodina. Rodina je ovlivňována každým svým členem a změna jednoho člena musí nutně vyvolat změnu ostatních. V důsledku je tedy změněna rodina jako celek. Narození nezralého dítěte je nepochybně velice významným faktorem, který na přechodnou či déletrvající dobu utváří a formuje rodinné vztahy. A nejen vztahy rodinné, ale i vztahy v širším sociálním okolí. (Fendrychová, Klimovič, 2005) Psychický stav ženy, případně i celé rodiny je ohrožen, dojde-li k narození rizikového dítěte. (Dittrichová, Sobotková, 2005; Sobotková, Štembera, 2003)

V rodinách s rizikovým dítětem se lze setkat se dvěma základními typy rodinné dynamiky:

- matka zaujímá k dítěti velmi úzký vztah, a otec se dostává na okraj dění a rodinu opouští (i narození zdravého dítěte, může být pro otce problém, neboť se dostává stranou zájmu – to bývá zdrojem konfliktu).

- oba rodiče společně pečují o dítě, které se stává smyslem jejich života. (Vymětal, 2003)

Rodiče, kteří na předčasný příchod dítěte nebyli ještě připraveni, prožívají silný strach o dítě a současně pocity bezmocnosti, nejistoty a deprese, protože se nemohou o své dítě začít účinně starat a často jsou od něho zcela odloučeni. Při delší separaci mohou mít matky pocit nereálnosti dítěte, které jako by ve skutečnosti ani neexistovalo, nebo nevnímají dítě jako vlastní. A tyto pocity mizí teprve v okamžiku, kdy si mohou své dítě podržet v náručí. Dlouhou separací a hospitalizací mohou být narušeny přirozené dovednosti intuitivního rodičovství. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Omezení časně postnatální interakce matka – dítě má nežádoucí následky. Pokud v bezprostředním postnatálním období dojde k přerušení této interakce, některé ženy mohou mít potíže s kojením, případně s dalším chováním k dítěti. Nicméně matky, které z jakýchkoliv důvodů neměly časný kontakt s novorozencem, pravděpodobně překonají všechny důsledky tohoto dočasného odloučení jinými mechanismy. (Enkin, Keirse, 1998)

I když většina rodičů rizikových novorozenců může trpět vysokým stupněm úzkosti, která se zvyšuje kontaktem s dítětem, neznamená to, že by se měla oddělit matka od dítěte. Naopak, co nejužší vztah mezi rodiči a dítětem s podporou

ošetřujících zdravotníků umožní vznik vztahu rodič – dítě. (Cloherty, Eichenwald, Stark, 2004; Enkin, Keirse, 1998)

Lze tvrdit, že zdravotník je pro rodiče autoritou – působí na něj verbálně, ale i neverbálně. Může tedy na rodiče působit pozitivně nebo naopak negativně, a tak rodiče psychicky poškodit. (Eliášová, 2004) Pro zdravotnické pracovníky je povinností, aby v zájmu dítěte s rodinou úzce a intenzivně spolupracovali. (Fendrychová, Klimovič, 2005) Vývoj vztahu rodičů k novorozenci je ovlivněn mimo jiné přístupem zdravotnického personálu. Proto by měli být zdravotníci doškolení v problematice mezilidské komunikace a podpory v těžkých životních situacích. (Dittrichová, Sobotková, 2005, 2001) Mezi nejdůležitější zásady pomoci rodině s nezralým novorozencem patří:

- *Napomáhat, aby rodiče pozitivně přijali skutečnost* – rodiče musí mít možnost poznat realitu. Zdravotnický pracovník by proto měl trpělivě vysvětlit příčiny a komplikace plynoucí z nezralosti dítěte, a to přiměřeně vnímavosti a vzdělání rodičů. Měla by platit zásada, že rodiče mají vědět o svém dítěti více informací, než jejich laické okolí.

- *Získat spolupráci širší rodiny* – postoje širší rodiny mohou velice výrazně přispět k uklidnění rodičů i celé atmosféry. Na druhou stranu však mohou provokovat - např. hledání viny a viníka.

- *Účelný postup* – neplýtvat časem, energií, odhodláním a dobrou vůlí. Tyto vzácné hodnoty je třeba soustřeďovat tam, kde je největší reálná naděje dítěti pomoci.

- Nemůžeme každému dítěti zajistit plné zdraví, ale můžeme mu *pomáhat k šťastnému dětství* – dítě potřebuje zdravé, zdatné, spokojené a radostné rodiče. Přesto, že plnění tohoto požadavku je někdy sotva možné a nesmírně obtížné, budou-li si tohoto rodiče i zdravotníci vědomi, snáze ho splní. Jen tak mohou dítěti prospět. (Fendrychová, Klimovič, 2005)

Zdravotníci však nemusí být vždy připraveni na vytváření vztahů s rodiči, neboť mohou mít strach z vlastních pocitů při setkání s rodiči. Základem partnerského modelu spolupráce rodičů a odborníků je flexibilní a individuální přístup ze stran odborníků. Veškeré stereotypy v přístupu odborníků, by měla odstranit skutečnost, že žádní rodiče nejsou zcela stejní. (Macková, 2001)

Práce na neonatologických jednotkách stále více směřuje od záchranu života nezralých novorozenců ke snaze zabezpečit dobré podmínky pro jejich další vývoj. Kladen je při tom důraz na zlepšení péče ve dvou následujících oblastech. (Dittrichová, Papoušek, 2004; Dittrichová, Sobotková, 2005)

Jednou z těchto oblastí je spolupráce s rodiči zaměřená na *podporu rodičovské role a zapojení rodičů do péče o novorozence*, a to co nejdříve (již na neonatologické jednotce resuscitační a intenzivní péče). Je důležité motivovat rodiče oba, nejen matku, k co nejčastějším návštěvám novorozence, podporovat je v pěstování co nejbližšího kontaktu se svým dítětem, a také je blíže seznámit s chováním a schopnostmi dítěte. (Dittrichová, Papoušek, 2004; Sobotková, Štembera, 2003; Dittrichová, Sobotková, 2005)

Do této oblasti patří i *pozitivní dotyky*, o kterých jsem se zmínila již v kapitole o bolesti. Pozitivní dotyky jsou poskytovány dítěti jak rodiči, tak personálem. Je důležité, aby ošetřující personál vysvětlil rodičům význam a důležitost dotyků, a také aby rodiče zbavil obav dotýkat se předčasně narozeného dítěte. Rodiče se snadněji zbaví obav z dotýkání, pokud jsou zdravotníky upozorněni na individuální projevy dítěte, jako je protahování a zívání. Tyto projevy rodičům přiblíží pohled na jejich dítě jako na samostatného jedince a povzbudí je. Obě strany si na tento způsob komunikace musí zvyknout, proto je doba a způsob hlazení individuální. Zásadou jsou velmi pomalé a jemné pohyby, zpočátku jen konečky prstů. Nezbytná je přítomnost sestry, která by měla rodiče vést a povzbuzovat, a hlavně kontrolovat reakce novorozence. Pozitivní dotyky snižují dyskomfort a stres dítěte a také podporují rodičovskou roli a nenásilně zapojují rodiče do péče o jejich předčasně narozené dítě. (Špidlenová, 2006)

Druhá oblast je orientována na ošetřování nezralého dítěte, při kterém by se mělo vycházet z dobrých znalostí jeho chování a reakcí na nejrůznější podněty z okolí. Do této oblasti patří program „*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*“, který je již popsán v kapitole 2.7. Autoři programu doporučují seznámit s individuálním postupem péče o nezralého novorozence i rodiče, naučit je pozorovat své dítě, porozumět jeho chování a co nejdříve je zapojit do ošetřovacího programu. Takový postup přináší rodičům intenzivnější pocit vzájemné blízkosti se svým potomkem, je tím usnadněno vytvoření kladné citové

vazby mezi rodiči a dítětem. (Dittrichová, Papoušek, 2004; Dittrichová, Sobotková, 2005)

Rodiče by měli být povzbuzováni, aby se aktivně účastnili péče o své dítě, protože to zvyšuje jejich důvěru v manipulaci s novorozencem. Toto povzbuzování pomáhá hlavně matkám, které prožívají strach, úzkost a mnohdy i pocity viny, že právě jim se narodilo dítě předčasně. Matky by měly mít možnost si sami své dítě nakrmit, přebalit, vykoupat, pochovat, pohladit, a to i když je napojeno na respirátor nebo jiné přístroje. (Borek, 2001)

Matka je pro dítě základním zdrojem jistoty, neboť rozsáhlé výzkumy J. Bowlbyho a Mary D.S. Ainswortové ukázaly, že dítě je bytost výrazně sociální již od raných fází vývoje. Významná je těsná vazba matky s dítětem, která vzniká rychle po narození. Zpočátku je vazba podněcována matkou – laskání, těsný kontakt, hlasové signály, silný emoční vztah a snaha být si co nejvíce nablízku a v těsném kontaktu. Proto je nesmírně důležité podporovat časný a častý kontakt nezralého novorozence a jeho matky. Moderní technologie prokázaly, že novorozenec je dobře připraven na interakci se sociálním prostředím – např. lidská řeč, ačkoli na ni novorozenec zřetelně nereaguje, je nutná k vyspívání a zrání schopnosti řeč vnímat. Výzkumy též potvrdily tyto zkušenosti: novorozenec již v prvních dnech života fixuje déle lidský obličej než jiné předměty v okolí, a chování a mazlení se s dítětem vyvolává pozitivní emocionální ladění na obou stranách. (Dunovský a kol., 1999)

Na většině odděleních (Písek, České Budějovice, Praha - VFN) je zavedena do praxe *Kangaroo metoda* chování dětí, někdy nazývaná též „klokánkování“. (Borek, 2001; Sobotková, Štembera, 2003) Tento způsob byl původně převzat z tradice jihoamerických indiánů, kde umožňoval přežití mnoha dětí s velmi nízkou porodní váhou. Metoda spočívá v umístění novorozence na prsou matky a jeho překrytí oděvem, který má matka na sobě – tělo matky tvoří přirozený inkubátor. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Matka může navíc použít ještě dečku k přikrytí novorozence, a takto s dítětem „kůže na kůži“ sedět nejméně jednu hodinu. Novorozenec při tomto „sezení“ může být napojen na monitoru nebo respirátoru. Je prokázáno, že tato metoda podporuje vztah mezi matkou a dítětem, a je naprosto neškodná. Díky této metodě je matka i dítě klidnější, dítě má menší spotřebu kyslíku, rychleji přibývá na váze a může být také dříve propuštěno domů. (Borek, 2001; Sobotková, Štembera, 2003; Langmeier, Krejčířová, 1998) „Klokánkování“

nenahrazuje v moderní společnosti vyspělou lékařskou péčí, ale rodiče („klokánkovat“ může i otec dítěte) při chování dítěte zažívají skutečný pocit rodičovské kompetence, protože v tomto případě právě oni dělají něco důležitého pro své dítě. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Sobotková a Štembera k psychologické problematice v poporodním období uvádějí: „*V našem státě není často dostatečně zajištěna na odděleních JIRP ani krizová intervence, natož podpůrná kontinuální péče tzv. provázejícího odborníka, který je matce a rodině stále k dispozici a je zároveň „kontaktní“ osobou mezi rodiči a zdravotními sestrami, neonatologem a psychologem či psychiatrem v případě potřeby.*“ (Sobotková, Štembera, 2003, s. 387)

V současné době je na většině neonatologických pracovištích uskutečňován tzv. *otevřený přístup*. Ten spočívá ve skutečnosti, že novorozenecká oddělení včetně jednotek intenzivní péče již nejsou neprodyšně uzavřena. Rodiče se mohou svého dítěte dotýkat a chovat jej, a ne jen pozorovat přes okno, jak tomu bylo dříve. Rovněž návštěvní doba je benevolentní, tak, jak to umožňuje provoz oddělení. Děti mohou mít na lůžkách či v inkubátorech hračky a rodiče mohou donést svému dítěti oblečení. To má svůj význam zejména u dlouhodobě hospitalizovaných dětí, pro které měli doma rodiče připravenou výbavu. Setkávají-li se rodiče na oddělení s dobrou péčí a se zájmem o jejich dítě, pomůže jim to snáze vyrovnat se s nelehkým obdobím. (Borek, 2001)

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Hlavním cílem práce bylo sledování stavu a pocitů u matek nezralých novorozenců. Pro výzkumnou část jsme formulovali 3 hypotézy:

H 1 – Matky nezralých novorozenců prožívají střední až velmi silný stres.

H 2 – Pro většinu matek je zdravotní stav dítěte zátěžovou situací.

H 3 – Nadpoloviční část respondentek má problémy s kojením.

4.1 Použité metody

K získání informací pro splnění cílů výzkumu a k ověření hypotéz jsme použili tyto metody:

- nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č.3)
- strukturovaný rozhovor s respondentkami (viz příloha č.4)

Dotazník vlastní konstrukce byl zaměřen na zjišťování zátěžových (stresových) situací respondentek po předčasném porodu nezralého novorozence. Dotazník byl sestaven na základě informací získaných z rozhovorů s matkami nezralých novorozenců, z odborné literatury zabývající se problematikou předčasného porodu a pocitů matek po předčasném porodu a na základě vlastních zkušeností z práce s matkami nezralých novorozenců.

Dotazník obsahuje 28 otázek, byl sestaven z otázek otevřených, polootevřených a uzavřených.

Otázky č. 1 - 3 byly zaměřeny na zjišťování věku, rodinného stavu a vzdělání.

Otázky č. 4 -7 zjišťovaly okolnosti těhotenství a porodu.

Otázky č. 8, 9 se zabývaly problematikou související s početím.

Otázky č. 10 - 16 zjišťovaly vliv oddělení na respondentku, výhrady k chování zdravotnického personálu a způsob jakým respondentka doprovází své dítě během hospitalizace na oddělení.

Otázky č. 17, 18 se zabývaly zdravotním stavem dítěte.

Otázka č. 19 zjišťovala jak na matku působí přístroje, kterými je dítě obklopeno.

Otázky č. 20, 21 se týkaly fyzického kontaktu respondentky s dítětem.

Otázka č. 22 byla zaměřena na problémy týkající se kojení.

Otázky č. 23 - 25 zjišťovaly zda jsou matky stresovány sociální izolací, zda mají pocity viny a jak reagoval otec dítěte na situaci spjatou s předčasným porodem.

Otázky č. 26, 27 zjišťovaly podporu partnera a podporu širší rodiny.

Otázka č. 28 zjišťovala míru stresu matky.

Strukturovaný rozhovor byl zaměřen na zjišťování pocitů matek po porodu, na zjišťování pocitů viny, na faktory, které působí na matky rušivě. Výpovědi jsou přesnější než záznam v dotazníku.

Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce byl anonymní, rozhovory jsem zaznamenávala ve společnosti respondentek.

K vyhodnocení dat jsme použili program Microsoft Excel – kontingenční tabulky a grafy (sloupcové, výsečové grafy a bodové-XY závislosti), tabulky pro určování kritických hodnot, metodu χ^2 test a Pearsonův koeficient kontingence. Data jsou zpracována procentuálně a jsou znázorněna ve formě tabulek a grafů.

4.2 Organizace a průběh výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumu byly v srpnu provedeny na píseckém neonatologickém oddělení rozhovory s deseti matkami nezralých novorozenců, na jejichž základě byl sestaven dotazník. V říjnu byla na tomtéž oddělení provedena pilotní studie u deseti respondentek, s cílem ověřit si vhodnost a srozumitelnost jednotlivých položek, zjistit časovou náročnost při vyplňování dotazníků a ochotu žen s námi spolupracovat. V předvýzkumu bylo zjištěno, že ženy jsou ochotny s námi spolupracovat, nemají žádné problémy týkající se nepochopení či nesrozumitelnosti položených otázek a časová náročnost vyplňování dotazníků je do 20ti minut. Během předvýzkumu bylo dále zjištěno, že u jedné polootevřené otázky mohou mít ženy nejasnosti, což vedlo k částečné korekci této otázky.

Vlastní výzkum probíhal od 1. listopadu 2006 do 31. ledna 2007 na pěti neonatologických odděleních a to ve FTN v Krči, ve FN Motol, VFN v Praze, v Písku a v Karlových Varech. Další žádost o možnost provést dotazníkové šetření jsem zaslala do nemocnice v Třebíči, odkud přišla pozitivní odpověď v době, kdy dotazníkové šetření již končilo – proto jsem této možnosti již nevyužila.

Respondentky byly vybírány náhodně, byly osloveny a požádány o spolupráci během jejich hospitalizace po porodu na neonatologickém oddělení. Anonymita rodiček byla zajištěna tím, že ženy vracely dotazníky zalepené do obálek.

Na píseckém neonatologickém oddělení a na oddělení neonatologie VFN jsem předávala dotazníky osobně, a se ženami, které byly ochotné se výzkumu účastnit, jsem provedla rozhovor.

Na píseckém neonatologickém oddělení bylo z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků získáno 46 dotazníků. Na tomto pracovišti dotazník nevrátilo 8 matek a 6 dotazníků muselo být vyřazeno - důvodem pro vyřazení byl 40.-42. týden porodu dítěte. Z důvodu provedení rozhovoru jsem zde oslovila 18 matek - žádná matka rozhovor neodmítla.

Na neonatologii VFN v Praze bylo z celkového počtu 25 rozdaných dotazníků získáno 20 vyplněných dotazníků. Na tomto oddělení jsem oslovila 12 matek, které byly ochotné provést rozhovor. Nevrátilo se 5 dotazníků.

Na motolském neonatologickém oddělení předávala dotazníky matkám staniční sestra. Zde bylo z celkového počtu 10 rozdaných dotazníků získáno zpět 10 dotazníků.

Na neonatologickém oddělení v Karlových Varech předávala dotazníky matkám staniční sestra. Zde byly z celkového počtu 20 rozdaných dotazníků získány zpět 4 dotazníky, 16 matek dotazník nevrátilo.

Na neonatologickém oddělení ve FTN v Krči rozdávala dotazníky matkám též staniční sestra. Z celkového počtu 10 rozdaných dotazníků byly získány zpět 2 dotazníky, 8 matek dotazníky nevrátilo.

Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků bylo získáno 88 dotazníků (včetně 6 dotazníků, které musely být vyřazeny). Celková návratnost dotazníků byla 73 %.

4.3 Charakteristika sledovaného souboru:

Šetření probíhalo na pěti neonatologických odděleních, třech pražských a dvou mimopražských. Celkový výzkumný vzorek tvořilo 82 respondentek, z nichž u 30 respondentek byl navíc proveden rozhovor. Výzkum byl prováděn u matek

nezralých novorozenců a probíhal v době po porodu, během jejich hospitalizace na neonatologickém oddělení.

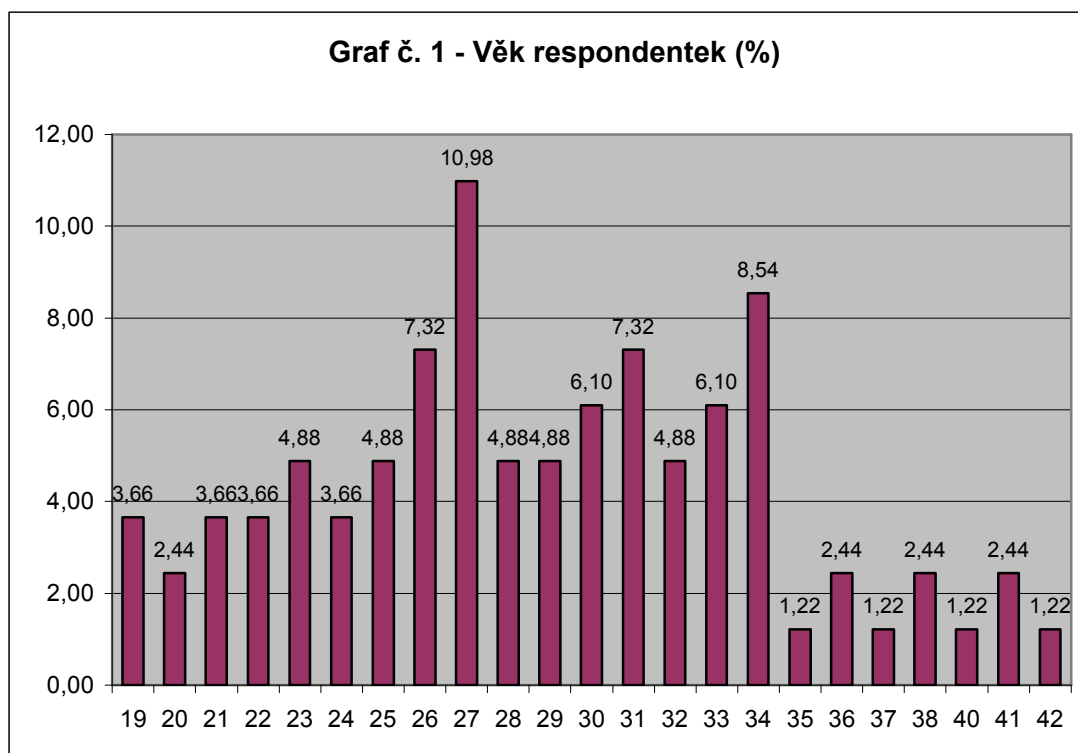
Průměrný věk respondentek byl 28,88 let, věkový rozptyl 19 - 42 let.

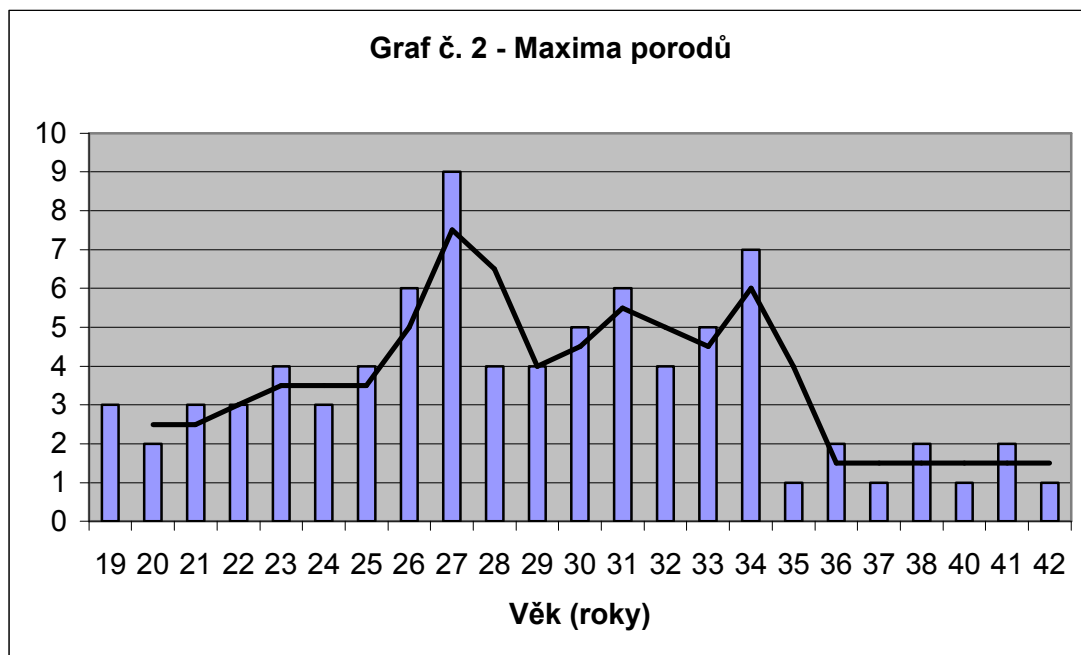
Nejvíce respondentek 40,2 % mělo vzdělání střední s maturitou, 25,6 % respondentek mělo vzdělání vysokoškolské, 14,6 % respondentek bylo vyučeno, 11 % respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a základní vzdělání mělo 8,5 % respondentek.

Ve sledovaném souboru bylo 61% respondentek vdaných, 26,8 % respondentek svobodných, 8,5 % respondentek rozvedených, 2,4% respondentek znovu vdaných a 1,2 % respondentek byly vdovy.

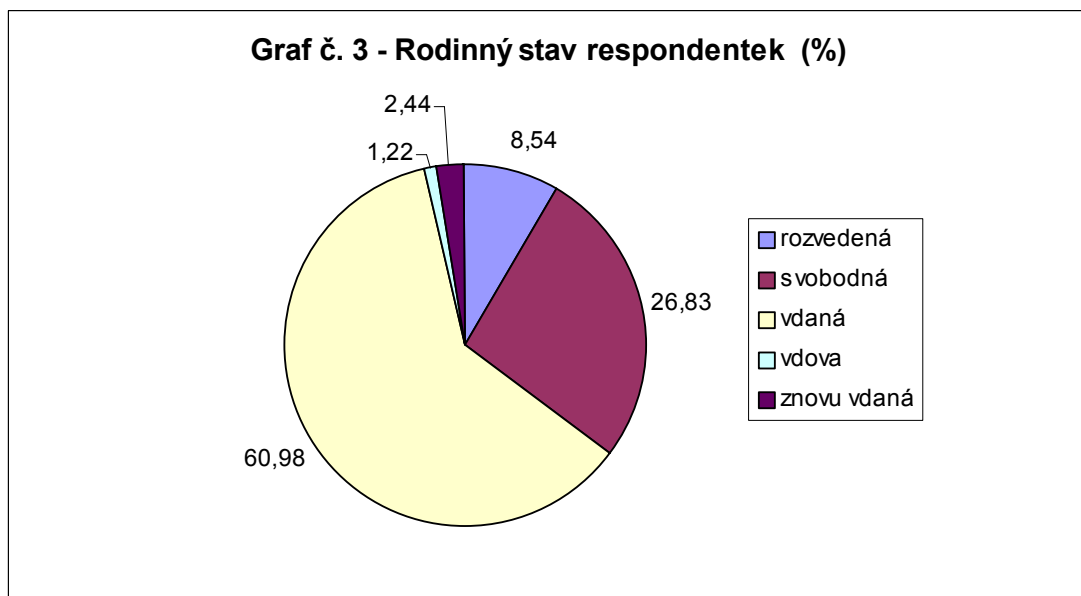
4.4 Interpretace výsledků nestandardizovaných dotazníků

Z grafu č. 1, kde je zachycen věk respondentek, je patrné, že počet rodiček klesá po 34. roce. Největší skupinu tvoří ženy ve věku 27 let (11 %). Maxima porodů byla u respondentek ve 26. roce, ve 30. roce a ve 34. roce, jak naznačuje spojnice – klouzavý průměr v sloupcovém grafu č. 2.

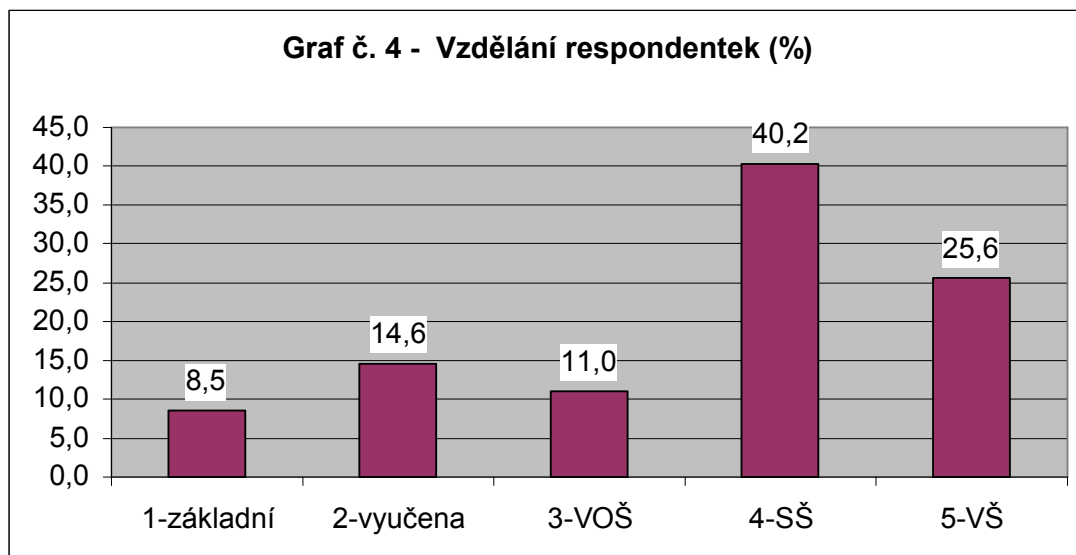




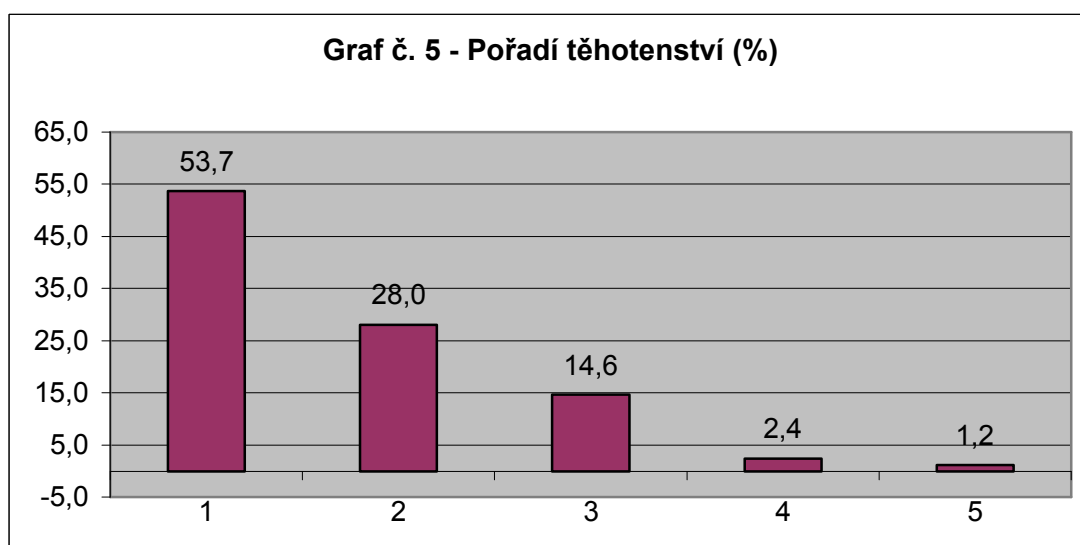
Více než polovina respondentek je vdaná - 50 (61 %) a v souboru je poměrně vysoký počet svobodných respondentek – 22 (26,8 %).



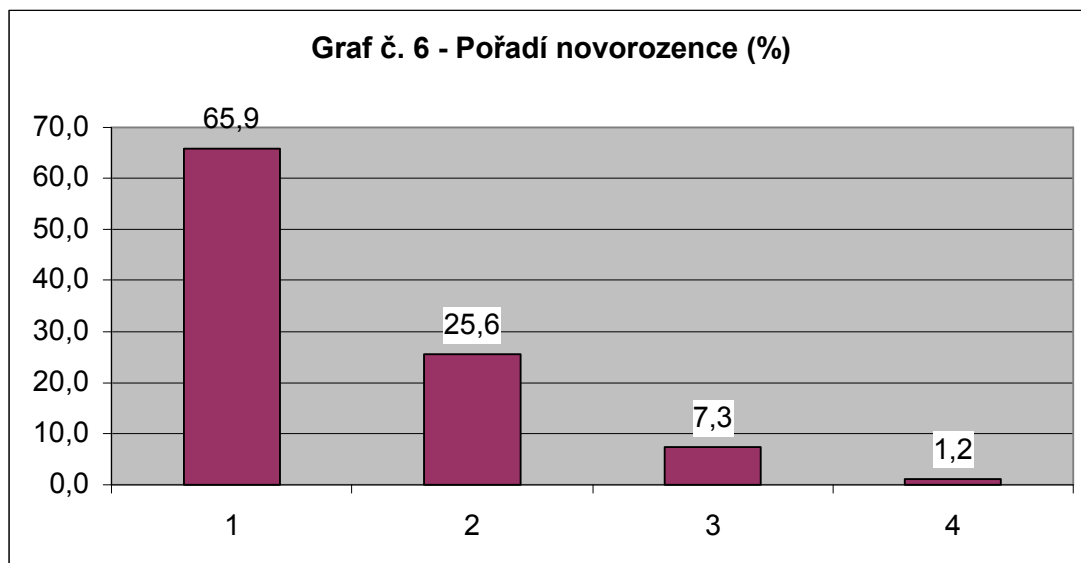
Nejméně respondentek má základní vzdělání – 7 matek (8,5 %), středoškolsky vzdělaných respondentek je nejvíce - 33 matek (40,2 %), 2/3 respondentek - 63 matek (76,8 %) má maturitu, vyšší odborné vzdělání nebo vysokou školu.



Zajímalo nás, z kolikáté gravidity se nezralý novorozenec narodil. Z šetření vyplynulo, že nejčastěji se ženě nezralé dítě narodilo z prvního těhotenství – 44 respondentkám (53,7 %), ze druhého těhotenství se narodilo dítě 23 respondentkám (28 %). Počet porodů klesá vždy přibližně na $\frac{1}{2}$ (graf č. 5).

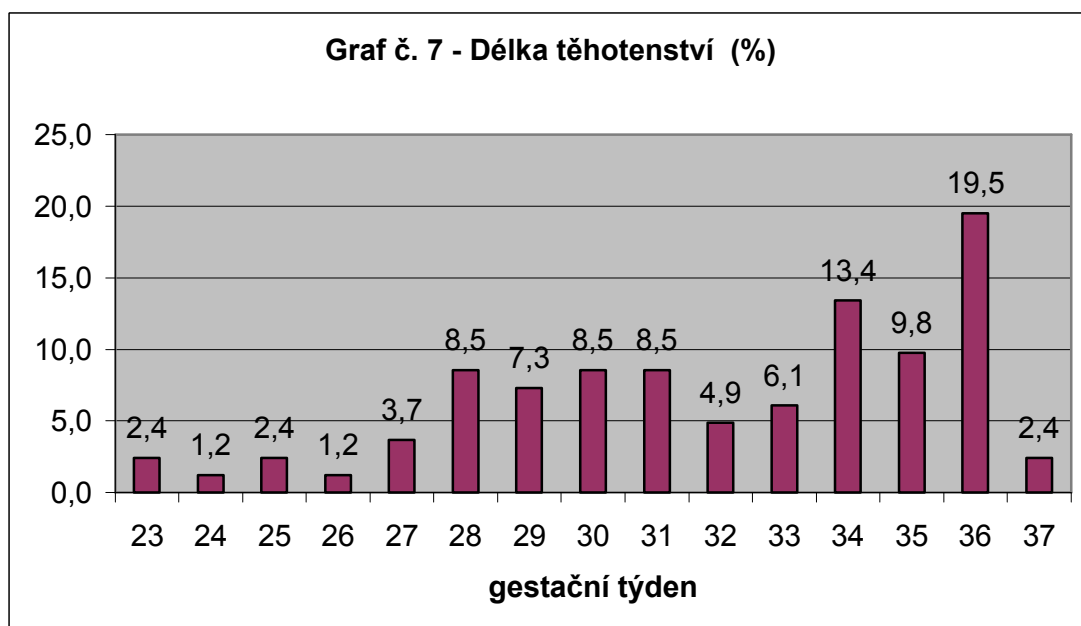


Také jsme zjišťovali, v jakém pořadí se nezralý novorozenec narodil. Více než polovina nezralých novorozenců – 54 (65,9 %) se narodilo respondentkám jako prvorozené dítě.

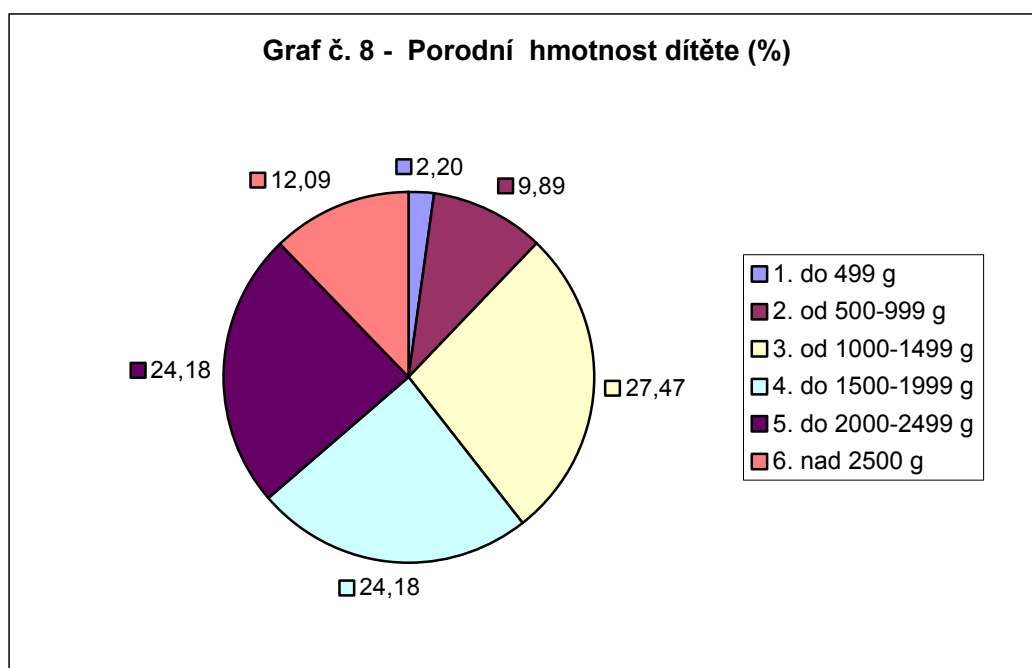


Z dotazníkového šetření vyplynulo, že u 16 % respondentek předchází těhotenství skončilo samovolným potratem či umělým přerušením těhotenství.

Zajímavé zjištění přinesly údaje o délce těhotenství. V těchto případech všechny respondentky porodily předčasně, takže každé těhotenství je kratší než 38 týdnů. Porody novorozenců probíhaly nejčastěji ve 36. týdnu. V tomto týdnu porodilo 16 respondentek (19,5 %). Ve 34. týdnu je též vyšší počet porodů – u 11 respondentek (13,4 %). Ve 23. gestačním týdnu, tj. na současné hranici viability, porodily 2 ženy (2,4 %)

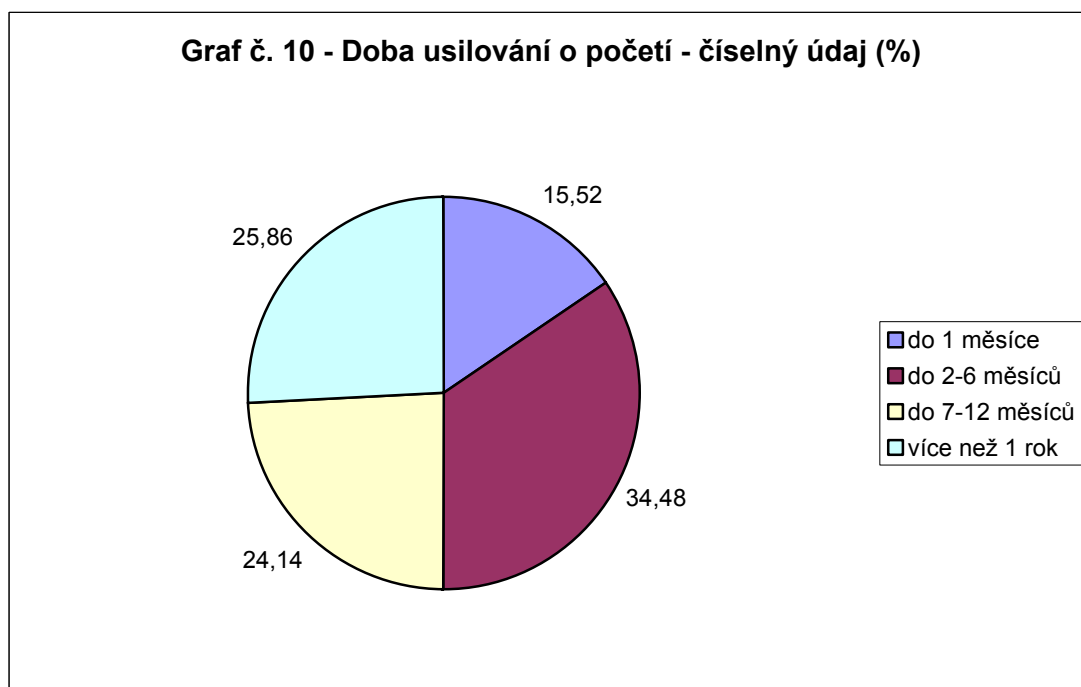
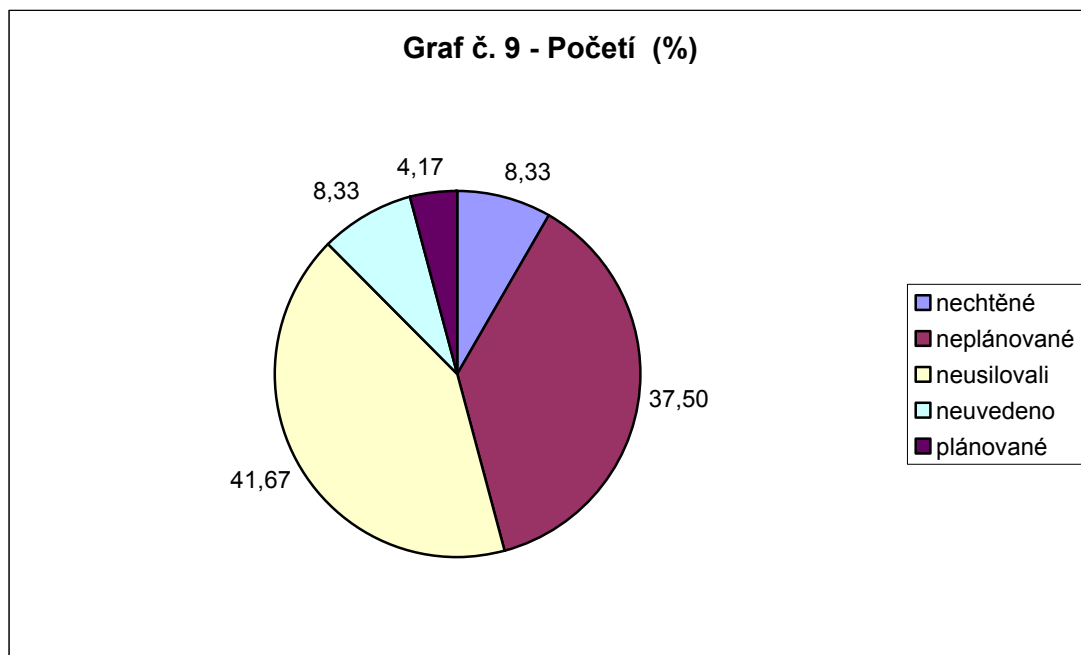


Celkový počet dětí respondentek je 91 – v souboru jsou 9x dvojčata. Nejmenší skupinu tvoří novorozenci s porodní hmotností do 499g - jsou 2 (2 %), naopak největší skupina je tvořena novorozenci s porodní hmotností 1000g - 1499g – celkem 25 novorozenců (28 %). Téměř polovina narozených dětí (48 %) je tvořena novorozenci s porodní hmotností 1500g – 1999g a 2000g – 2499g.

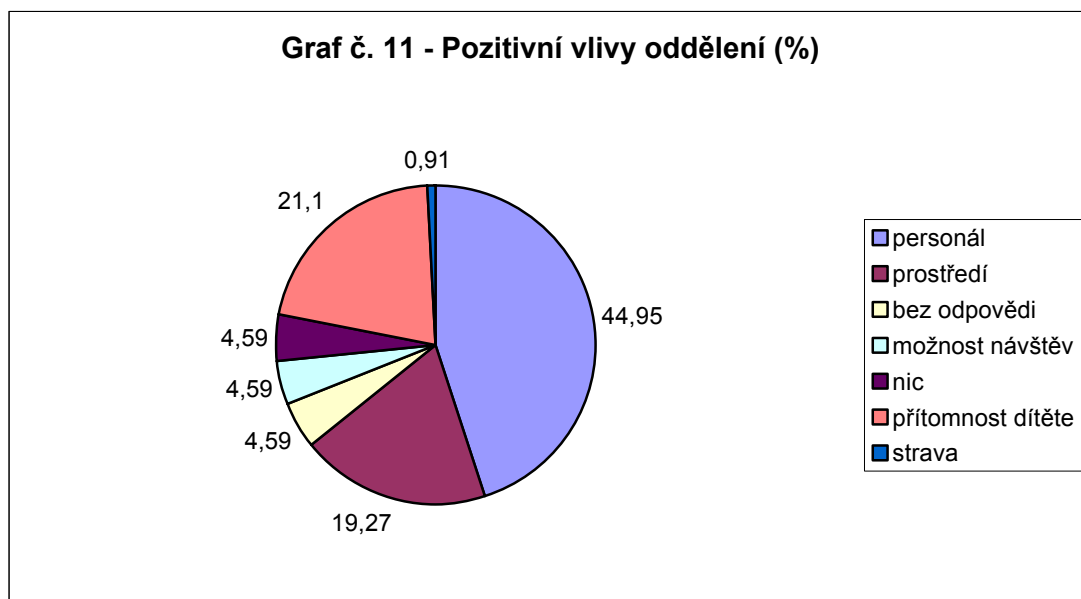


Zjišťovali jsme jakým způsobem ženy otěhotněly, neboť v dnešní době přibývá párů, u nichž je početí přirozenou cestou nemožné. Ve většině případů bylo dítě počato fyziologicky – u 68 respondentek (83 %). U ostatních 14 respondentek (17 %) došlo k početí díky asistované reprodukci.

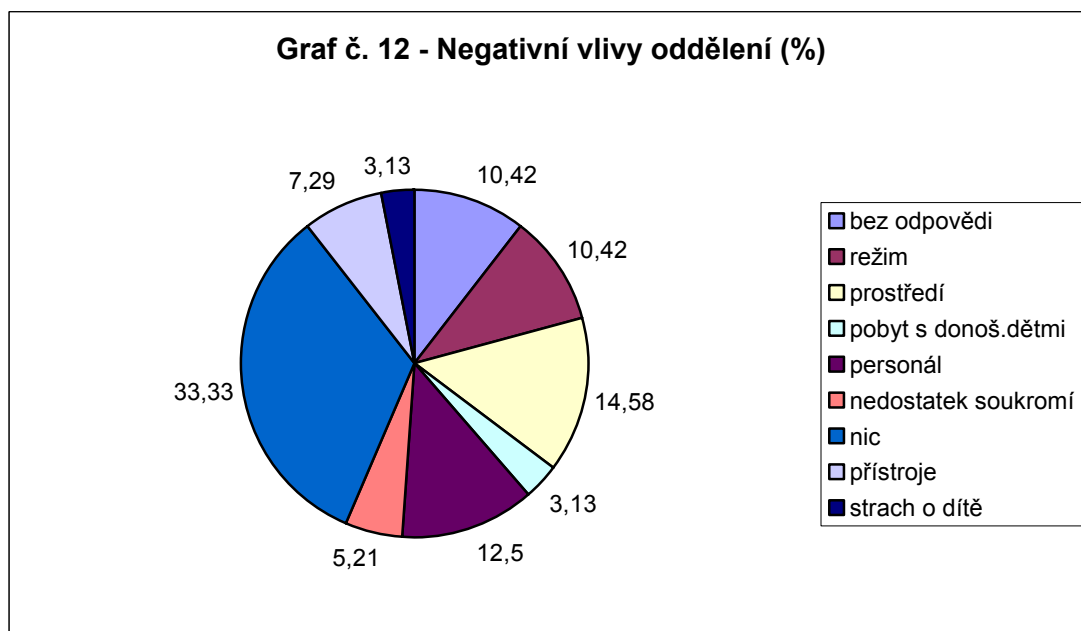
Jako odpověď na otázku vztahující se k době usilování o těhotenství uvedlo 58 respondentek (71 %) číselný údaj, 24 respondentek (29 %) uvedlo slovní odpověď. Do 1 měsíce otěhotnělo 9 respondentek (16 %), 15 respondentek (26 %) usilovalo o těhotenství více než 1 rok. Jako neplánované označilo těhotenství 9 respondentek (38 %) a 2 respondentky (8 %) uvedly toto těhotenství jako nechtěné. Slovní odpovědi jsou uvedeny v grafu č. 9 a číselné údaje jsou uvedeny v grafu č. 10.



Protože se neonatologické oddělení stává pro matku nezralého dítěte na kratší či delší dobu „druhým domovem“, považovali jsme za nezbytné zjistit, co na ženy působí na oddělení pozitivně a co naopak negativně. Na otázku vztahující se k pozitivním vlivům oddělení mohly respondentky uvést více odpovědí. Nejpříjemněji působil na respondentky personál (49 odpovědí, tj. 40 %) a přítomnost dítěte (23 odpovědí, tj. 21 %).

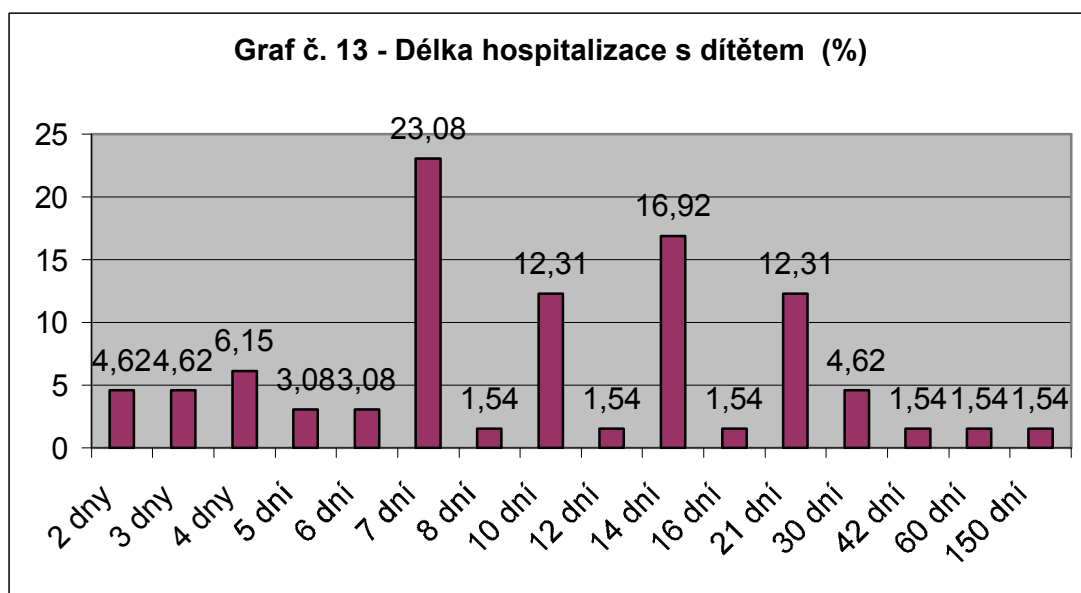


Příjemné bylo zjištění, že respondentky, které měly uvést negativní faktory oddělení, u 32 odpovědí (34 %) bylo napsaly „nic“ – takže ženy žádné nepříjemné faktory související s pobytem na oddělení nevnímaly. Dále 14 odpovědí (15 %) znamenalo prostředí, 12 odpovědí (13 %) přístup personálu (pouze jednotlivců).

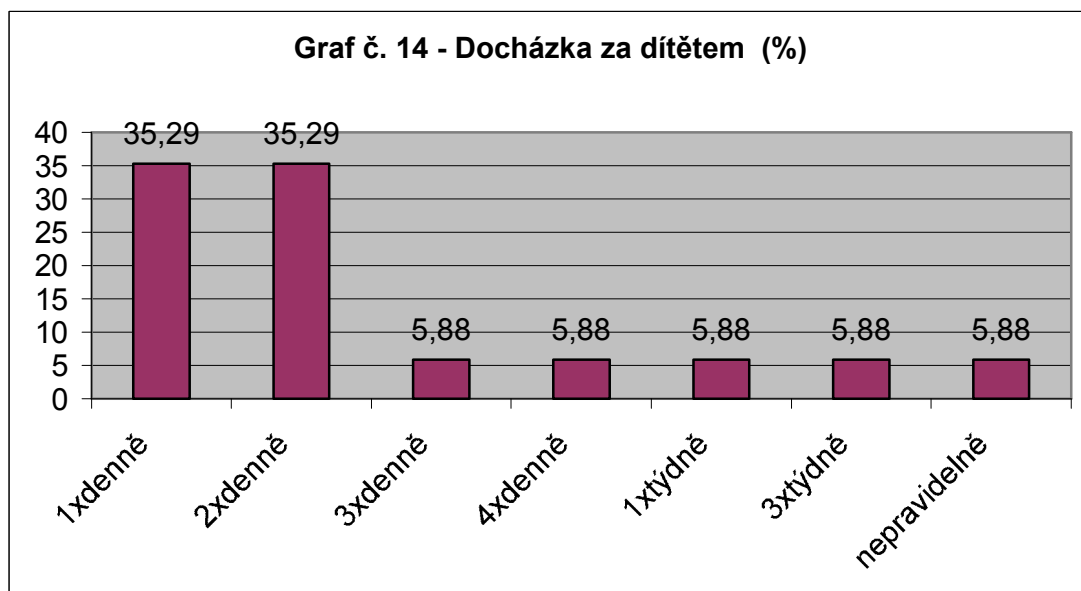


Pomocí dotazníku jsme také zjišťovali, kolik respondentek je s dítětem hospitalizováno na oddělení a kolik jich za dítětem dochází. Hospitalizováno na oddělení bylo 65 respondentek (79%) – podrobněji v grafu č. 13. Zbývajících 17

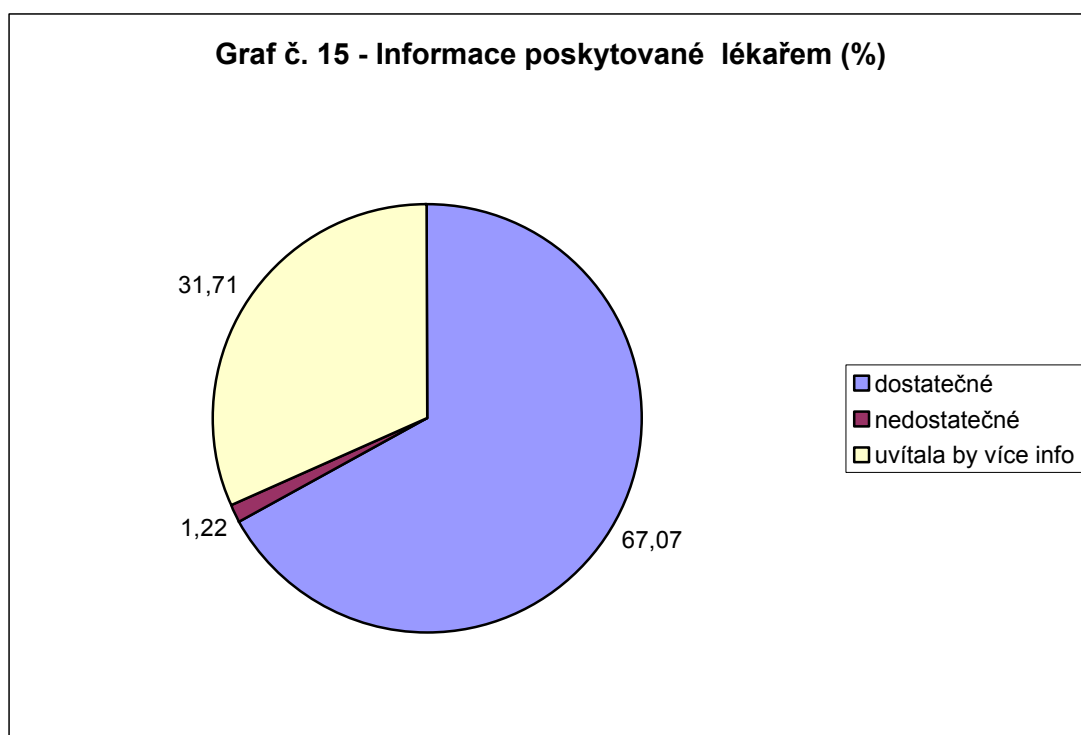
respondentek (21 %) za svým dítětem docházelo – docházení na oddělení je popsáno v sloupcovém grafu č. 14.



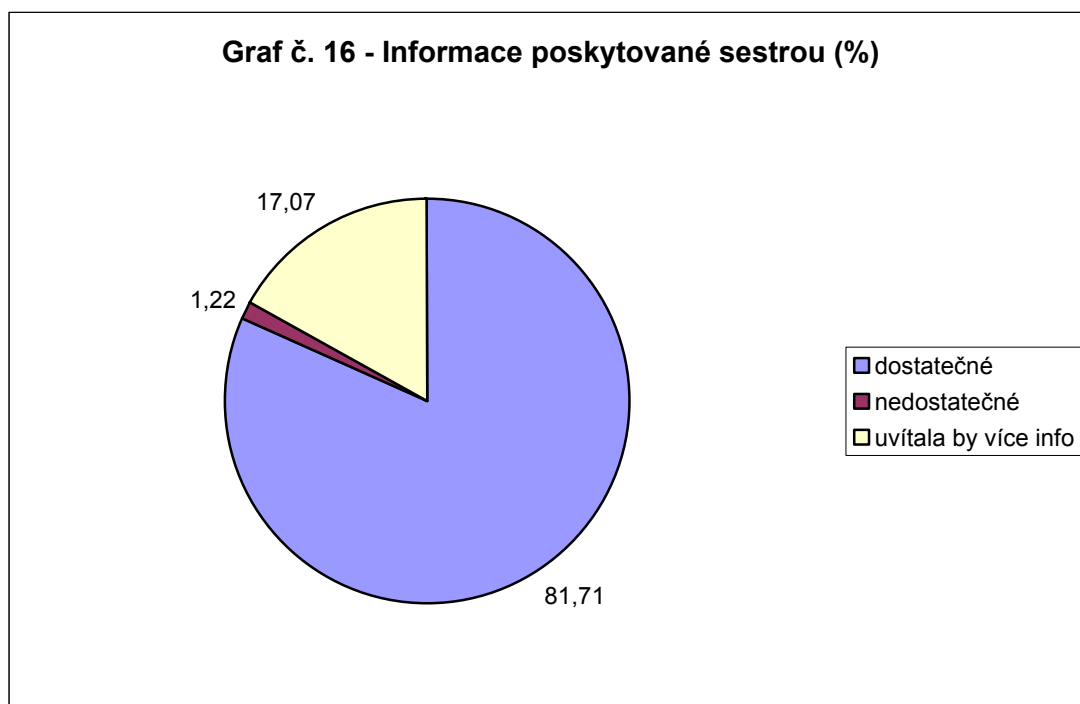
Délka hospitalizace respondentek na neonatologickém oddělení se pohybovala od 2 dnů do 150 dnů. Za svým dítětem docházelo 12 respondentek (70,58 %) 1x a 2x denně.



Zajímavé bylo hodnocení informací poskytovaných zdravotnickým personálem. Informace poskytované lékařem hodnotí jako dostatečné 55 respondentek (67 %), pouhá 1 respondentka (1 %) hodnotí informace poskytované lékařem jako nedostatečné.



Informace poskytované sestrou považuje jako dostatečné 67 respondentek (82 %), stejně jako v předchozím hodnocení pouze 1 respondentka (1 %) považuje informace za nedostatečné. V porovnání s hodnocením informací poskytovaných lékaři je patrné, že respondentky považují informace poskytované sestrou za dostatečné ve větší míře – 82 %, než je tomu u informací poskytovaných lékařem – 67 %. Tento jev je způsoben nejspíše intenzivnějším a kontinuálním kontaktem sestry a respondentky.



Respondentek jsme se ptali na výhrady k chování lékařů na neonatologickém oddělení. Výhrady k jejich chování má 14 respondentek (17 %). Připomínky respondentek jsou popsány v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Popis výhrad k chování lékařů

Výhrady	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nedostatek času	6	42,86
Komunikace	2	14,29
Nedostatek empatie	2	14,29
Arogance	1	7,14
Nepřítomnost lékaře na oddělení	1	7,14
Informace přicházejí opožděně	1	7,14
Neustálé poučování	1	7,14
Celkem	14	100,00

Výhrady k chování zdravotních sester na neonatologickém oddělení má 18 respondentek (22 %). Výhrady jsou popsány v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Popis výhrad k chování zdravotních sester

Výhrady	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neochota	8	44,44
Netrpělivost	4	22,22
Podávání rozdílných informací	2	11,11
Komunikace	2	11,11
Přísné dodržování režimu oddělení	1	5,56
Bez popisu	1	5,56
Celkem	18	100,00

Co se týká chování nižšího zdravotnického personálu, tak 6 respondentek (7 %) výhrady mělo. Jako v předchozích případech jsou připomínky k chování popsány v následující tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 – Popis výhrad k chování nižšího zdravotnického personálu

Výhrady	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hlučnost	5	83,33
Netaktnost	1	16,67
Celkem	6	100,00

Zabývali jsme se současným zdravotním stavem novorozence. Respondentky zvolily jednu nebo více odpovědí či měly možnost doplnit jinou než nabídnutou odpověď k popsání aktuálního zdravotního stavu dítěte. Jako nejčastější odpovědi byly respondentkami označeny tyto možnosti: dítě je v inkubátoru (21,8 % odpovědí) a dítě je ve stabilizovaném stavu (19,5 % odpovědí). Další odpovědi jsou popsány v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 - Současný stav dítěte

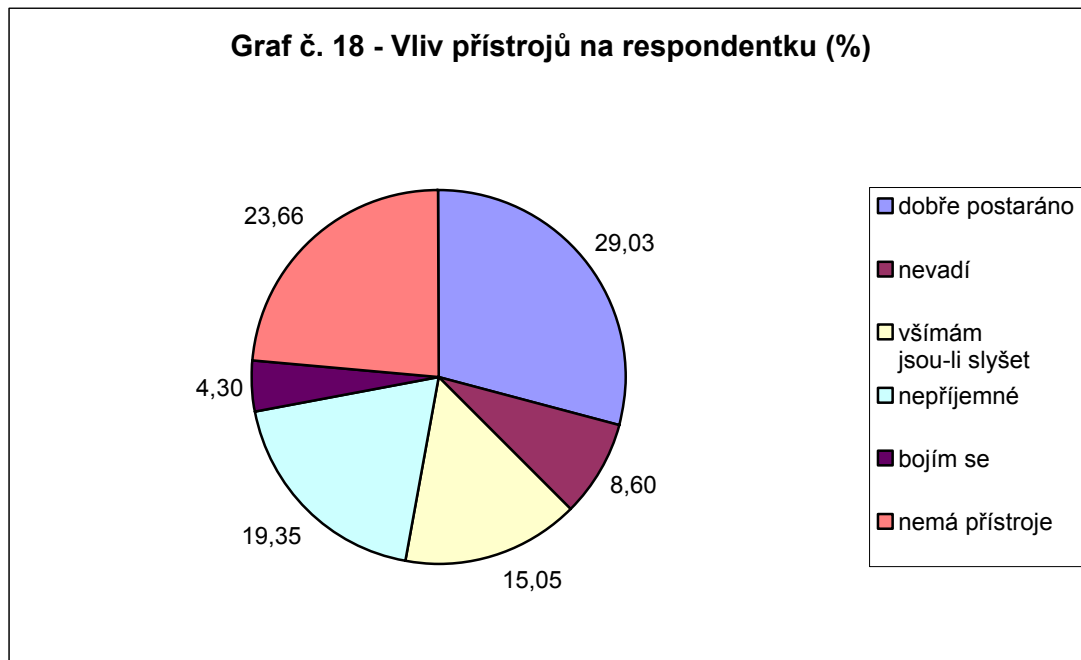
Stav dítěte – popis	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dítě je v inkubátoru	38	21,84
Dítě má žloutenku	24	13,79
Dítě je umělé plicní ventilaci	10	5,75
Dítě má zavedenou žaludeční sondu	28	16,09
Dítě je po operačním výkonu	6	3,45
Dítě má zdravotní komplikace	6	3,45
Dítě je ve stabilizovaném stavu	34	19,54
Dítě bude propuštěno	28	16,09
Celkem	174	100,00

Také jsme zjišťovali jak respondentky trápí zdravotní stav jejich dítěte. Respondentky měli možnost zvolit na škále číslo 1–5. Číslo 5 znamenající, že matka se neustále zabývá myšlenkami ohledně zdravotního stavu dítěte, zvolilo na škále 29 respondentek (35 %). Pouhé 2 respondentky (2 %) zvolilo číslo 1. Z tohoto hodnocení vyplývá, že obavy týkající se zdravotního stavu dítěte jsou zátěží celkem pro 84 % matek (na škále číslo 3 – 5).



Přístroje jsou nezbytnou součástí neonatologických pracovišť. Zajímavá jsou zjištění, která odhalila, jak přístroje působí na matky předčasně narozených novorozenců. Nejvíce respondentek - 27 (29 %) má pocit, že díky přístrojům je o

jejich dítě dobře postaráno. Nejméně respondentek - 4 (4 %) se přístrojů bojí. V souboru je 22 dětí (24 %), které přístroje kolem sebe nemají, to znamená, že jejich zdravotní stav je uspokojivý.



Fyzický kontakt mezi matkou a dítětem znamená pro novorozence již od nejbližšího období vytváření pozitivní emocionální vazby k matce a pocitu jistoty. Fyzický kontakt, který probíhá cestou hlazení, dotyků a chování, je ale nesmírně důležitý i pro matku neboť ji ujišťuje ve skutečnosti, že je opravdu matkou a její dítě je opravdové a patří jí. Proto by měl být fyzický kontakt matkami využíván, a hlavně by k němu měli zdravotníci vytvářet možnost. Kontakt by zdravotníci měli nejen nabídnout, ale i podporovat. K fyzickému kontaktu se svým dítětem měla možnost naprostá většina žen - 81 respondentek (99 %). 1 respondentka (1 %) tuto možnost popřela.

Zájem o fyzický kontakt se svým dítětem mělo 80 respondentek (98 %). Nejčastějším důvodem zájmu o fyzický kontakt respondentky s dítětem byly pozitivní emoce, které kontakt přinášel. Dalším nejčastějším důvodem byla potřeba fyzického kontaktu respondentky s dítětem - viz tabulka č. 5. Zájem o kontakt neměly 2 respondenky (2 %). V tabulce č. 6 je popsáno z jakých důvodů neměly respondenky zájem o fyzický kontakt se svým dítětem.

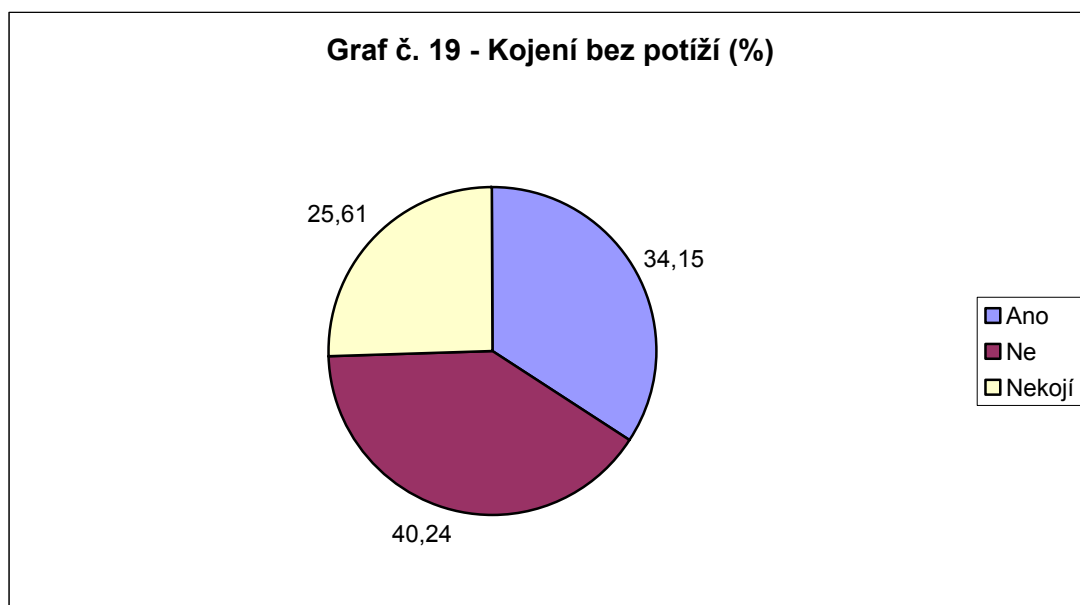
Tabulka č. 5 – Důvody zájmu o fyzický kontakt s dítětem

Důvody zájmu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kontakt přináší matce pozitivní emoce	25	31,25
Potřeba kontaktu	16	20,00
Mateřský cit	9	11,25
Skutečnost, že jde o vlastní dítě respondentky	7	8,75
Pozitivní vliv na dítě	4	5,00
Jiné	3	3,75
Bez popisu	16	20,00
Celkem	80	100,00

Tabulka č. 6 – Důvody nezájmu o fyzický kontakt s dítětem

Důvody nezájmu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Příliš nízká hmotnost dítěte	1	50,00
Dotyky spojené s ošetřovatelskou péčí jsou dostačující	1	50,00
Celkem	2	100,00

Je všeobecně známé, že kojení patří mezi to nejlepší, co může matka svému dítěti dát. Předčasně narození novorozenci jsou ale v tomto ohledu specifickou skupinou. Ve většině případů nemohou být přiloženi k matčině prsu okamžitě na porodním sále. Tento krok má totiž spoustu závažných kontraindikací. Někteří novorozenci po porodu spontánně nedýchají, většina jich má problém s udržení tělesné teploty apod. Proto je předčasně narozené dítě okamžitě po porodu předáno do péče neonatologa a přikládání k prsu je odloženo. Odloženo je i kojení v poporodním období neboť u nedonošeného dítěte musíme počkat, až bude mít výbavné reflexy nezbytné pro příjem potravy od matky. Proto lze předpokládat, že mnoho žen bude mít potíže s kojením nebo kojit nebudou vůbec. V souboru má problémy s kojením 33 respondentek (40 %), 28 respondentek (34 %) kojí bez problémů a 21 respondentek (26 %) nekojí své dítě vůbec. Nejčastějším problémem respondentek je skutečnost, kdy dítě odmítá pít a nedostatek mateřského mléka – tabulka č. 7.



Tabulka č. 7 – Popis problémů spojených s kojením

Problémy – popis	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dítě nepije	18	43,90
Nedostatek mateřského mléka	15	36,59
Bolesti	3	7,32
Nedostatek soukromí	3	7,32
Nedostatek informací	1	2,44
Nedostatek podpory personálu	1	2,44
Celkem	41	100,00

Hospitalizace s dítětem na oddělení s sebou přináší i nepříjemné pocity plynoucí ze sociální izolace. Matky mohou být i dlouhodobě odloučeny od rodiny a přátel. Stres z důvodu sociální izolace související s hospitalizací na neonatologickém oddělení pociťuje 48 respondentek (59 %). Ostatním 34 respondentkám (41 %) sociální izolace nevadí nebo na oddělení za dítětem docházejí a tudíž nejsou odloučeny od domácího prostředí a rodiny.

Dále byly zjišťovány iracionální pocity viny, které mohou matky předčasně narozených dětí prožívat. Podle odpovědí v dotazníku pocity viny prožívá 39 respondentek (48 %) a žádné pocity viny necítí 43 žen (52 %). Popis pocitů viny je

uveden v tabulce č. 8. Jako nejčastější odpověď uváděly respondentky častou fyzickou a psychickou námahu během těhotenství (27,7 % odpovědí).

Tabulka č. 8 – Popis pocitů viny

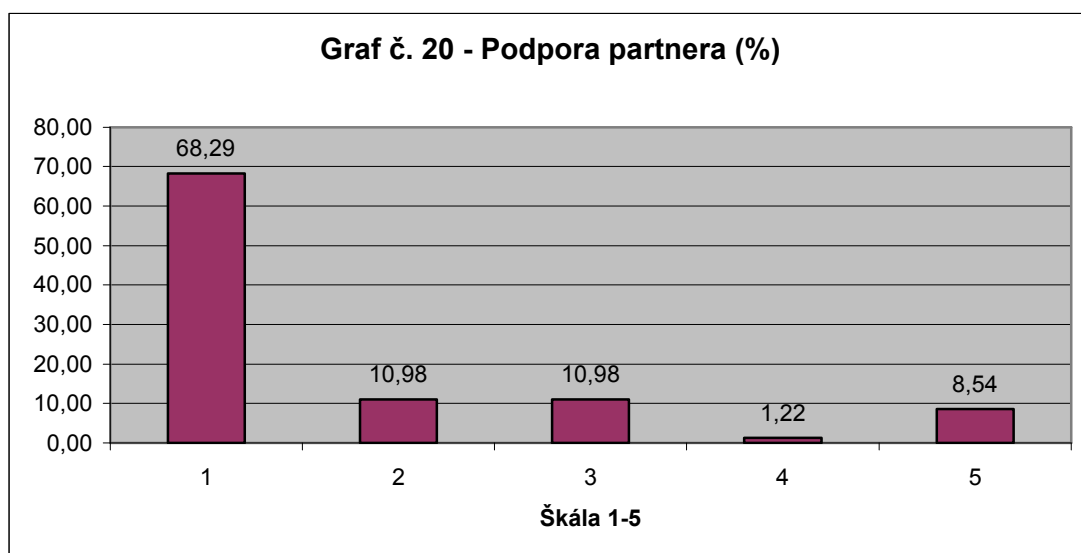
Pocity viny – popis	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyzicky a psychicky se šetřit	13	27,66
Stres během těhotenství	7	14,89
Životospráva	6	12,77
Výčitky, otázky: “Proč já?”	5	10,64
Zdravotní stav	4	8,51
Pocit méněcennosti	2	4,26
Pocit viny rozptýlen konzultací s lékaři	1	2,13
Bez popisu	9	19,15
Celkem	47	100,00

Otec dítěte a zejména jeho reakce na předčasný porod, může silně ovlivnit matčinu psychiku. Jako nejčastější reakci otce na narození nezralého novorozence uvedly respondentky podporu a zájem (52 % odpovědí). Další častou reakcí otců byl pocit strachu, stres a šok (22 % odpovědí).

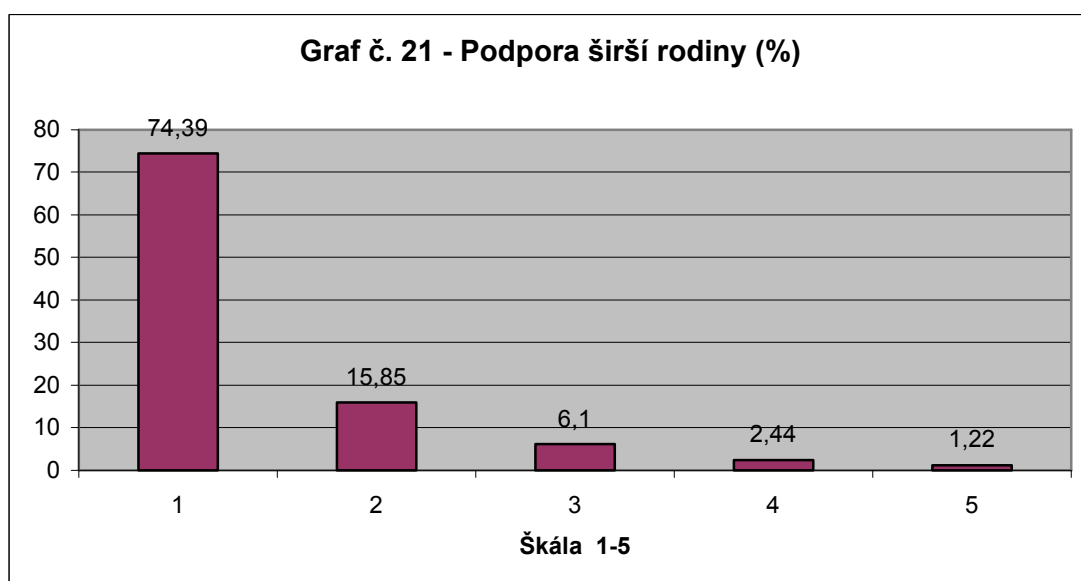
Tabulka č. 9 – Popis reakce otce dítěte

Reakce – popis	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Podpora, zájem	47	52,22
Strach, stres, šok	20	22,22
Pocit štěstí	4	4,44
Pocit klidu	3	3,33
Nejeví zájem	2	2,22
Neví o dítěti	2	2,22
Nemá otce	1	1,11
Bez odpovědi	3	3,33
Jiné	8	8,89
Celkem	90	99,98 = 100

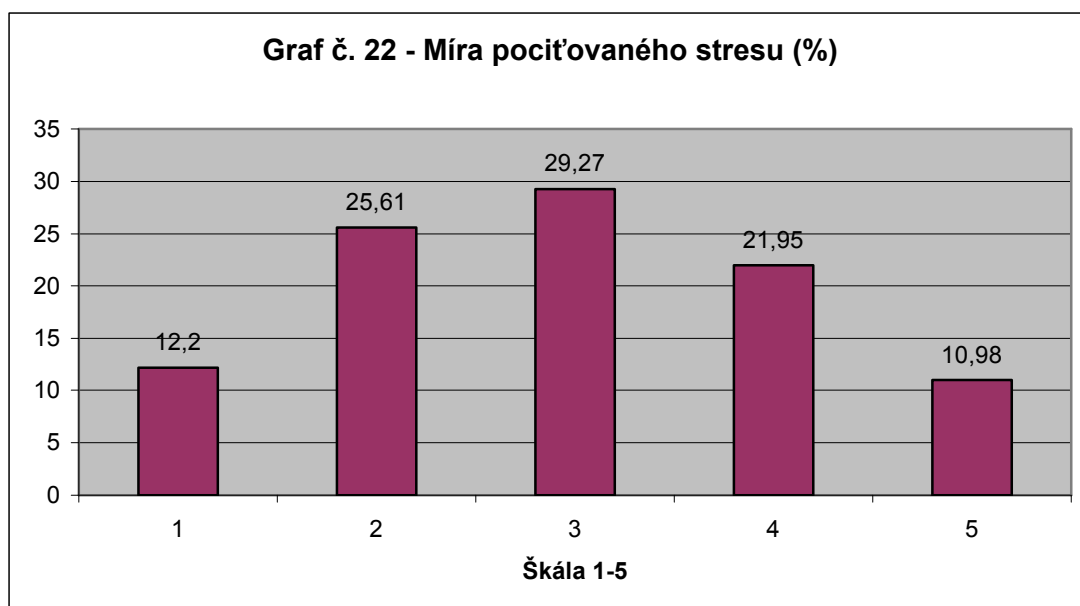
Podpora partnera ženy je nesmírně důležitá. Jako velmi silnou vnímá podporu partnera 56 respondentek (68 %) a 7 respondentek (8,5 %) necítí vůbec žádnou podporu partnera. Srovnáme-li podporu partnera (graf č. 20) s podporou širší rodiny (graf č. 21), vidíme, že respondenty vnímají podporu rodiny jako velmi silnou v 74 % a podporu partnera jako velmi silnou v 68 %.



Zajímalo nás jakou podporu širší rodiny respondenty cítí. Velmi silnou podporu ze strany širší rodiny vnímá 61 respondentek (74 %). Pouze 1 respondentka (1 %) nepocituje vůbec žádnou podporu ze strany širší rodiny.



V dotazníku měly respondentky označit na stupnici 1–5 aktuální míru pocíťovaného stresu. Nejvíce respondentek - 24 (29 %) pocíťovalo středně silný stres (na škále číslo 3). V souboru se vyskytlo 10 respondentek (12 %), které nepocíťovaly vůbec žádný stres (na škále číslo 1) a také 9 respondentek (11 %), které pocíťovaly velmi silný stres (na škále číslo 5). Střední až velmi silný stres pocíťovalo celkem 62 % žen.



Strukturovaný rozhovor (viz příloha č. 4) přinesl zajímavé informace, které dotazník přinést nemohl. Cílem rozhovoru bylo zjistit odpovědi na tyto otázky:

- 1) Jaké byly Vaše pocity po porodu?
- 2) Prožívala jste pocity viny v souvislosti s předčasným porodem?
- 3) Za co se viníte?
- 4) Jaké rušivé faktory na Vás působí na tomto oddělení?
- 5) Cítíte potřebu psychologa?

S respondentkami jsem hovořila o pocitech po porodu. Negativní emoce pocíťované po porodu byly popsány v 59 % odpovědí. Nejčastěji ženy popisovaly po porodu strach, dále pocity jako strašné, hrozné a obavy. Euforie, štěstí a jiné pozitivní emoce tvořily 18 % odpovědí.

Pocity viny během rozhovoru přiznalo 67 % matek.

Nejčastější odpovědi na otázku „Za co se viníte?“ byly: nedostatek odpočinku (24 %) a fyzická a psychická námaha (18 %) odpovědí.

Velmi různorodou skupinou tvořily odpovědi, které se zabývaly rušivými faktory na oddělení. Respondentky na oddělení byly nejčastěji zatíženy obavami o zdravotní stav dítěte (15% odpovědí) a režimem oddělení (10 % odpovědí).

Potřebu psychologa přiznalo 80 % respondentek.

4.5 Analýza výsledků

Nespokojili jsme se s pouhým konstatováním výsledků, ale sledovali jsme zda existuje závislost stresu na některých faktorech, jako je například rodinný stav respondentek, jejich vzdělání nebo věk. Pro další hodnocení jsme pracovali se dvěma skupinami matek dle aktuální míry pocíťovaného stresu. První skupina rodiček nepocíťovala stres žádný nebo jen mírný (na škále číslo 1, 2), druhá skupina rodiček pocíťovala stres střední, silný nebo velmi silný (na škále číslo 3, 4, 5).

Zaměřili jsme se na to, zda míra pocíťovaného stresu závisí na rodinném stavu žen. V tomto případě je hodnota χ^2 0,180. Kritická hranice, určená tabulkami, je 9,911. Vypočtené χ^2 je menší než kritická hodnota. S pravděpodobností 95 % nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou stresu a rodinným stavem respondentky.

Dále jsme měřili sílu závislosti pocíťovaného stresu na rodinném stavu, vztahující se pouze na sledovaný soubor 82 matek. Výpočet Pearsonova koeficientu kontingence ($C = 0,045$, kdy $C = \text{interval } 1-0$) ukazuje, že i v tomto souboru je velmi slabá závislost až nezávislost mezi mírou pocíťovaného stresu a rodinným stavem.

Z těchto výsledků vyplývá, že respondentky, nejsou znevýhodněny svým rodinným stavem z hlediska prožívání stresu.

Tabulka č. 10 - Rodinný stav-stres

Rodinný stav	Míra stresu				Celkem	
	Škála č. 1,2		Škála č. 3,4,5		n _i	f _i [%]
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]		
Vdaná	18	36,00	32	64,00	50	60,98
Svobodná	9	40,91	13	59,09	22	26,83
Rozvedená	2	28,57	5	71,43	7	8,54
znovu vdaná	2	100,00	0	0,00	2	2,44
Vdova	0	0,00	1	100,00	1	1,22
Celkem	31	37,80	51	62,20	82	100,00

Statisticky významný vztah mezi mírou pocíťovaného stresu a vzděláním, který jsme hodnotili, se nepotvrdil. Hodnota χ^2 je v tomto případě 0,278. Kritická hodnota stanovená tabulkami je 3,841. Míra pocíťovaného stresu nezávisí na vzdělání respondentek.

Tabulka č. 11 - Vzdělání-stres

Vzdělání	Míra stresu				Celkem	
	škála č. 1,2		škála č. 3,4,5			
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
SŠ	12	36,36	21	63,64	33	40,24
VŠ	9	42,86	12	57,14	21	25,61
VOŠ	0	0,00	9	100,00	9	10,98
SOU	8	66,67	4	33,33	12	14,63
ZŠ	2	28,57	5	71,43	7	8,54
Celkem	31	37,80	51	62,20	82	100,00

Zajímalo nás zda existuje závislost mezi mírou pociťovaného stresu a věkem respondentky. Vypočtené χ^2 má hodnotu 1,634. Je tedy menší než kritická hodnota 9,911. Došli jsme k závěru, že ani v tomto případě se nepotvrdila statisticky významná závislost prožívání stresu na věku ženy.

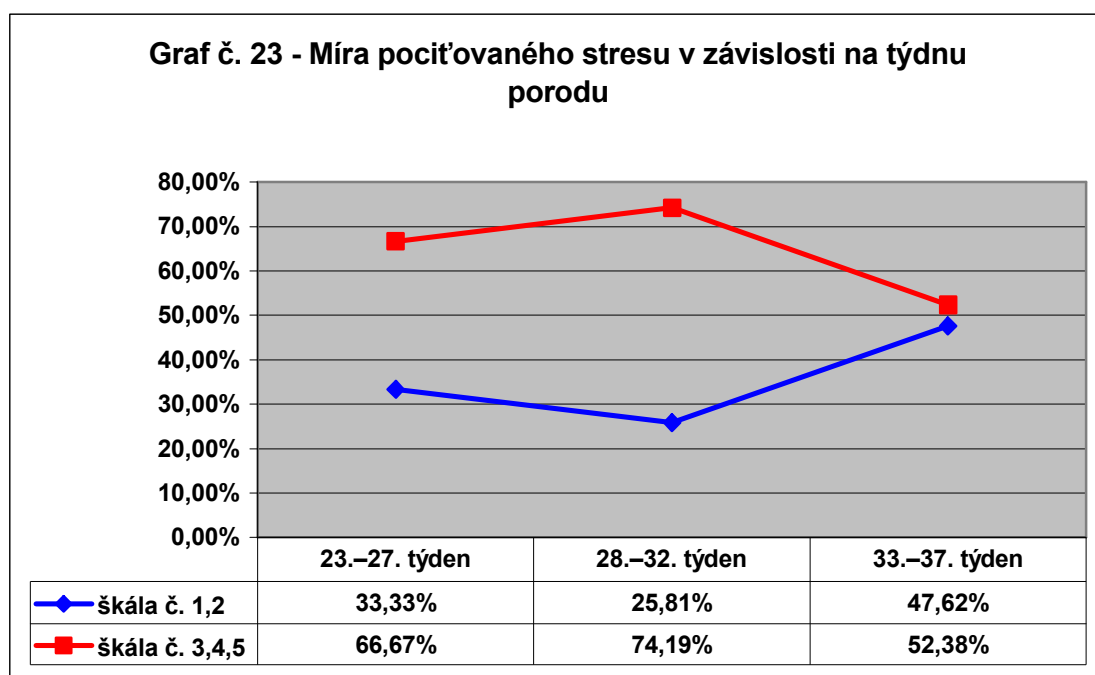
Tabulka č. 12 - Věk-stres

Věk	Míra stresu				Celkem	
	škála č. 1,2		škála č. 3,4,5			
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
19–24 let	7	38,89	11	61,11	18	21,95
25–29 let	8	29,63	19	70,37	27	32,93
30–34 let	13	48,15	14	51,85	27	32,93
35–42 let	3	30,00	7	70,00	10	12,20
Celkem	31	37,80	51	62,20	82	100,00

Dále jsme zjišťovali zda míra pociťovaného stresu závisí na týdnu porodu. χ^2 test ukazuje hodnotu 3,702. Tato hodnota je menší než kritická hodnota určená tabulkami. V tomto případě tabulky určují kritickou hodnotu 9,488. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou pociťovaného stresu a týdnem porodu. V tomto případě jsme ještě měřili sílu vztahu mezi mírou pociťovaného stresu a týdnem porodu, vztahující se pouze na soubor sledovaných 82 respondentek. Pearsonův koeficient kontingence ukazuje hodnotu 0,378 ($C = \text{interval } 0-1$). Závislost je v tomto případě středně silná, což je patrné na grafu č. 23.

Tabulka č.13 - Týden porodu-stres

Týden porodu	Míra stresu				Celkem	
	škála č. 1,2		škála č. 3,4,5			
	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]	n _i	f _i [%]
23.–27.	3	33,33	6	66,67	9	10,98
28.–32.	8	25,81	23	74,19	31	37,80
33.–37.	20	47,62	22	52,38	42	51,22
Celkem	31	37,80	51	62,20	82	100,00



Také jsme zjišťovali zda existuje závislost mezi pocity viny a způsobem početí. Ani v tomto případě se statisticky významná závislost nepotvrdila. Výpočet χ^2 ukázal na velmi slabou závislost mezi způsobem početí a pocity viny. Hodnota χ^2 je v tomto případě 1,883 a je menší než tabulková hodnota 3,841. Vztah mezi způsobem početí a pocity viny je statisticky nevýznamný.

Tabulka č. 14 - Pocity viny- způsob početí

Pocity viny	Způsob početí				Celkem	
	Asistovaná reprodukce		Fyziologické početí			
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
Ano	8	53,33	31	46,27	39	47,56
Ne	7	46,67	36	53,73	43	52,44
Celkem	15	18,29	67	81,71	82	100,00

Diskuze

Prožívání období po porodu v dobrém psychickém stavu a bez stresu, všechny rodičky bohužel nepotká. Většina žen, která porodila dítě, prochází náhle fyziologickým obdobím hormonálních a tělesných změn, které však s sebou nese značné nároky na psychickou i fyzickou stránku ženy. Až 80 % žen prožívá po porodu, emoční rozladění, způsobené hormonálními výkyvy. Žena, která porodila zdravé donošené dítě, může toto období snáze překonat, právě díky faktu, že je matkou zdravého donošeného dítěte, jehož vývoj bude pravděpodobně probíhat fyziologicky.

Žena, která porodila své dítě předčasně, prochází stejně náročným obdobím i dlouho po porodu. Navíc je však zatížena skutečností, že její dítě je novorozencem rizikovým, a jeho vývoj nebude pravděpodobně probíhat fyziologicky. Matka nezralého novorozence potřebuje speciální péči, stejně jako její nezralé dítě.

Zdravotníci na všech neonatologických pracovištích by měli být s psychologickou problematikou matek seznámeni. Domnívám se, že ne na všech odděleních se zdravotníci touto problematikou zabývají. Během rozhovorů s matkami nezralých novorozenců jsem zjistila, že existují zdravotníci-jednotlivci, jejichž chování bylo neprofesionální a vedlo k psychické zátěži matek.

Soubor respondentek, se kterým jsem pracovala nebyl reprezentativní z hlediska věku, vzdělání ani rodinného stavu. Ráda bych však zdůraznila, že se jedná o specifickou skupinu respondentek a nebylo jednoduché zajistit soubor o velikosti 82 matek nezralých novorozenců.

Strukturovaný rozhovor přinesl poznatky, které dotazník přinést nemohl a navíc jsem během získávání informací od respondentek byla velmi mile překvapena jejich vstřícností a otevřeností. Plánované získávání informací se často změnilo na příjemný rozhovor. Mnohá fakta týkající se pocitů, která mi respondentky sdělovaly, jsem očekávala, neboť literatura, se kterou jsem pracovala, tyto skutečnosti zmiňovala. Nejčastěji respondentky hovořily o smíšených pocitech po porodu, kdy se střídaly chvíle štěstí s okamžiky plnými strachu a bezmoci, o obavách z budoucího vývoje dítěte, o prožívání pocitů méněcennosti, pocitů viny i strach z úmrtí dítěte.

Také pocity viny byly respondentkami zaznamenány do dotazníků nebo o nich hovořily. Nejčastěji se jednalo o iracionální pocity viny, kdy se ženy obviňovaly z nedostatku odpočinku, psychické a fyzické zátěže a stresu. Některé ženy nevěděly jak popsat z čeho se viní, jednoduše tvrdily, že ony dítě porodily, ony jsou matkou, proto nesou zodpovědnost za předčasný porod a případné zdravotní komplikace svého dítěte. Tři ženy v souvislosti s pocity viny uvedly také pocit méněcennosti, který prožívaly. Necítily se být plnohodnotnou ženou, která by donosila dítě a „řádně“ jej porodila v termínu. Také mě překvapila jedna žena, u které byl pocit viny navozen členem rodiny, konkrétně tchyní. Další žena, která prožívala pocity viny, se svěřila lékaři, jenž její pocity rozptýlil. Domnívám se, že takto profesionální krok, kdy lékař působí psychoterapeuticky, by ulevil mnoha matkám nezralých novorozenců. Jako jediný pocit viny, který bych neoznačila slovem iracionální, bylo kouření tabákových výrobků do 4. měsíce těhotenství, které respondentka uvedla.

Právě díky rozhovorům s respondentkami se mi naskytly takové informace, se kterými jsem se v prostudované literatuře nesešla. Tři ženy uvedly záměrné oddalování a počáteční odmítání fyzického kontaktu s dítětem. Tyto kroky jim měly zajistit „snažší“ prožívání případného úmrtí novorozence. Ženy měly pocit, že pokud nedojde k fyzickému kontaktu s dítětem, zachovají si jakýsi odstup od dítěte, vytvoří si mechanismus psychické obrany, a jeho ztrátu nebudou prožívat tak bolestně, jako když si k dítěti vytvoří pevné pouto cestou dotyků a hlazení. Jak respondentky záhy dodaly, fyzickému kontaktu se nedalo zabránit - potřeba a pozitivní emoce k dítěti byly silnější, než obavy. Je patrné, že vztah matky k dítěti prochází změnou. Rozhovor tedy upřesnil informace o fyzickém kontaktu matky s dítětem, což se v dotazníku neprojevovalo.

Některé matky měly potřebu být více informovány, a to zejména praktickými radami ohledně kojení. Jak samy během rozhovoru zdůrazňovaly odborných informací ohledně složení mateřského mléka a sacího reflexu novorozence slyšely a četly dost, ale praktické rady chyběly. Informace o zdravotním stavu samotných matek, sociální poradenství a informace o matrice by byly respondentkami velmi vítány. Otázky vztahující se k problematice deficitu informací nebyly zařazeny do strukturovaného rozhovoru, ale některé matky spontánně tuto problematiku zmiňovaly.

Rozhovor i dotazníky také ukázaly velmi různorodé stresové faktory, které na respondentky působily během hospitalizace. Ženy uváděly nejčastěji zátěžové faktory jako: režim na oddělení, obavy o zdravotní stav dítěte a nedostatek soukromí. Chování zdravotnického personálu, rozdílné informace od sester, nedostatek praktických informací – tyto všechny faktory, které byly respondentkami popsány též jako zátěžové, ale v menší míře, jsou v odborné literatuře uváděny v zásadách, hovořících o tom, jak by se měl zdravotnický personál a chod oddělení přizpůsobit matce/rodičům nezralého novorozence.

Další psychickou zátěž způsobovalo matkám časté stěhování, pobyt na pokoji s matkami a jejich donošenými dětmi. Nejen, že pláč novorozenců znemožňoval kvalitní spánek respondentek, ale respondentky byly přítomny ošetřování donošených dětí a také opakovaně prožívaly propouštění dětí a matek domů, což je psychicky traumatizovalo. Také pobyt na pokoji s onkologickými pacientkami, obavy o zdravotní stav dítěte a problémy s kojením znamenaly pro matky značnou zátěž.

Příjemné bylo zjištění, že téměř 1/3 dětí respondentek byla před propuštěním do domácí péče a současně byla 1/3 dětí ve stabilizovaném stavu. V souboru převažovaly děti, které neměly závažné zdravotní komplikace nebo to jejich matky do dotazníku nevedly. 24 % dětí nemělo okolo sebe přístroje, což je známkou stabilizovaného zdravotního stavu.

Překvapilo mě, že analýza výsledků nepotvrdila žádnou statisticky významnou závislost, která by byla zobecnitelná pro ostatní matky předčasně narozených novorozenců. Jsem si vědoma toho, že soubor respondentek by musel být mnohem rozsáhlejší, abychom měli možnost dosáhnout dalších výsledků. Některé analýzy, které jsme chtěli provést nebyly možné právě z důvodu malého souboru matek. Nicméně výsledky analýz, které říkají, že neexistuje statisticky významná závislost mezi mírou pocíťovaného stresu a věku, stavu, vzdělání a týdnem porodu, ukazují na jiné příčiny stresu, než jsou uvedené závislosti. Ženy tedy nejsou v prožívání stresu znevýhodněny svým věkem, rodinným stavem, vzděláním ani týdnem porodu. Respondentky nejsou v prožívání pocitů viny znevýhodněny způsobem početí.

Uvažovala jsem nad chybami, kterých jsem se dopustila během sestavování dotazníku a sběru dat. Otázka vztahující se k míře pociťovaného stresu měla být rozložena do dvou částí a položena konkrétněji – měla se vztahovat na období těsně po porodu a na období aktuální. Respondentkám, které byly s dítětem hospitalizovány delší dobu totiž nebylo jasné, jak odpovědět na otázku vztahující se k prožívání stresu. Pokud by uvedly jako odpověď míru stresu pociťovanou v období těsně po porodu, pak by uvedly stres velmi silný. Pokud by uvedly jako odpověď míru stresu pociťovanou současně, kdy jsou již před propuštěním do domácí péče, uvedly by stres žádný, mírný nebo středně silný. Tento poznatek bych ráda uvedla jako doporučení pro případ, že by se touto problematikou zabývaly další studentky.

Další doporučení se týká metod k získávání informací. Ačkoliv je rozhovor metoda velmi časově náročná, může přinést cenné informace, které dotazníkem získat nelze. Navíc respondentky, které s rozhovorem souhlasí, mají většinou potřebu popovídat si a to pro ně může být příjemným odreagováním. Proto se domnívám, že rozhovor je metodou, která je v této problematice přínosná nejen pro studenty, ale i pro matky nezralých novorozenců.

Také doporučuji zabývat se dalšími analýzami dat, zjišťovat ostatní faktory, na kterých by mohla záviset míra pociťovaného stresu respondentek. Zajímavé výsledky by nepochybně přinesl rozsáhlejší soubor.

Závěr

Výzkumným šetřením jsme ověřovali cíl této diplomové práce:

- Zjistit stresory působící na matky nezralých novorozenců.

Výzkumným šetřením jsme také ověřovali tyto hypotézy:

- H 1 – Matky nezralých novorozenců prožívají střední až velmi silný stres.
- H 2 – Pro většinu matek je zdravotní stav předčasně narozeného dítěte zátěžovou situací.
- H 3 – Nadpoloviční část respondentek nezralých novorozenců má problémy s kojením.

Ke splnění cílů výzkumu a k ověření hypotéz jsme použili tyto metody:

- nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce
- strukturovaný rozhovor s matkami nezralých novorozenců

K vyhodnocení dat jsme použili počítačový program Microsoft Excel a funkci kontingenční tabulky, včetně grafů sloupcových, výsečových a X-Y bodových závislostí. Pro zjišťování statistických závislostí jsme použili χ^2 test a pro měření síly závislosti byl využit Pearsonův koeficient kontingence.

Průměrný věk respondentek byl 28,88 let, věkový rozptyl 19 - 42 let.

Nejvíce respondentek (40,2 %) mělo vzdělání střední s maturitou, 25,6 % respondentek mělo vzdělání vysokoškolské. Ostatní respondentky byly vyučeny, měly vyšší odborné nebo základní vzdělání.

Ve sledovaném souboru bylo 61% respondentek vdaných a 26,8% respondentek svobodných. Ostatní respondentky byly rozvedené, znovu vdané a vdovy.

Aktuální míra pocíťovaného stresu u respondentek byla ve 29 % hodnocena na škále 1-5 číslem 3, ve 26 % číslem 2 a ve 22 % číslem 4. Z toho vyplývá, že 62 % respondentek pocíťovalo střední až velmi silný stres (na škále číslo 3,4,5). Průměrná míra stresu byla 2,98.

Sociální izolace, související s hospitalizací na neonatologickém oddělení, působila stres u 59 % respondentek.

Bylo zjištěno, že respondentky řadily mezi pozitivní vlivy oddělení nejčastěji personál neonatologických oddělení (40 % odpovědí), přítomnost dítěte (21 %

odpovědí) a příjemné prostředí (19 % odpovědí). Jako negativní vlivy respondentky vnímaly nejčastěji personál neonatologických oddělení (13 % odpovědí), prostředí (15 % odpovědí) a režim oddělení (10 % odpovědí).

Jako doprovod dítěte bylo hospitalizováno 79 % respondentek na neonatologickém oddělení. Délka hospitalizace se pohybovala od 2 do 150 dnů. Pokud respondentky za dítětem na oddělení docházely, pak docházely nejčastěji 1x denně a 2x denně.

Informace poskytované lékařem hodnotilo 67 % respondentek jako dostatečné. Informace poskytované sestrou hodnotilo jako dostatečné 82 % respondentek.

Výhrady k chování lékařů mělo 17 % respondentek, nejčastěji si respondentky stěžovaly na nedostatek času. Výhrady k chování sester mělo 22 % respondentek, kdy zdravotním sestrám byla nejčastěji vytýkána neochota a netrpělivost. K nižšímu zdravotnickému personálu mělo výhrady 7 % respondentek. Nižšímu zdravotnickému personálu byla respondentkami vytýkána nejčastěji hlučnost.

Problémy s kojením uvedlo 40 % respondentek. Svě dítě vůbec nekojilo 26 % respondentek. Jako nejčastější problém s kojením uváděly respondentky skutečnost, že dítě nepije a také nedostatek mateřského mléka.

Možnost k fyzickému kontaktu se svým dítětem mělo 99 % respondentek. Zájem o fyzický kontakt projevilo 98 % respondentek. Nejčastějším důvodem k fyzickému kontaktu s dítětem byly pozitivní emoce, které díky dotykům respondentky pociťovaly. Důvody pro odmítnutí fyzického kontaktu s dítětem byly: příliš nízká hmotnost novorozence a přesvědčení matky, že dotyky při ošetřování novorozence jsou dostačující.

Pocity viny trápily 48 % respondentek. Nejčastěji se matky vinily za fyzickou a psychickou námahu během těhotenství, za stres a životosprávu.

Podporu partnera respondentky hodnotily v 68 % jako velmi silnou. Podporu širší rodiny hodnotily respondentky jako velmi silnou v 74 %.

Během rozhovoru potvrdilo 80 % matek potřebu psychologa. Psycholog docházel občas na některá neonatologická oddělení.

Některé matky při rozhovoru zdůrazňovaly potřebu být více informovány, a to zejména praktickými radami ohledně kojení. Odborných informací ohledně

složení mateřského mléka a sacího reflexu novorozence, slyšely a četly dost, ale praktické rady, od laktačních poradkyň, které na neonetologické oddělení docházely, chyběly. Velmi vítány by respondentkami byly informace o zdravotním stavu samotných matek, sociální poradenství a informace o matrice.

- H 1 se potvrdila – matky nezralých novorozenců prožívají střední až velmi silný stres.

62 % respondentek pocívalo míru stresu střední až velmi silnou.

- H 2 se potvrdila – pro většinu matek je zdravotní stav nezralého novorozence zátěžovou situací.

Vnímání zdravotního stavu dítěte znamenalo pro 84 % respondentek zátěžovou situaci.

- H 3 se nepotvrdila – problémy s kojením popsalo 40 % respondentek.

Přesto, že potíže související s kojením, jsou u matek nezralých novorozenců velmi časté, hodnota nad 50 % nebyla zjištěna. Jak vyplývá z předchozích závěrů, většina dětí byla ve stabilizovaném stavu nebo před propuštěním do domácí péče, proto lze předpokládat, že v těchto případech již matky kojily.

Opatření pro praxi

V praxi by matkám nezralých novorozenců velmi prospěla *péče psychologa*, který by na neonatologické oddělení docházel pravidelně. Dále by bylo vhodné zajistit matkám *informace sociálního rázu*, týkající se především postupů na matrice, sociálních dávek a možností otce dítěte, který by během hospitalizace respondentky, zajišťoval celodenní péči o ostatní děti v rodině.

Respondentkám dále chyběly informace ohledně kojení, další výživy dítěte a informace týkající se zdravotního stavu respondentek. Proto by na odděleních měly probíhat *přednášky dětských sester nebo pediatrů*, zabývající se kojením a výživou dítěte a péčí o dítě (v pražských nemocnicích probíhají přednášky laktačních poradkyň, přesto byly dle respondentek nedostačující). Další přednášky by měly poskytnout *gynekologické sestry nebo lékaři* – měly by informovat ženy ohledně vývoje zdravotního stavu rodičky (respondentky nevěděly jak probíhá šestinedělí, zda jsou bolesti prsů spojené s kojením fyziologické apod.).

Protože se jako důvod stresu nepotvrdil věk, rodinný stav, týden porodu ani vzdělání, nejsou ženy znevýhodněny těmito faktory. Proto je třeba přistupovat ke všem matkám nezralých novorozenců stejně citlivě a naprosto profesionálně.

Seznam použité literatury

1. ARMSTRONG, J.; NAGEOTTE, M.: Může progesteron zabránit předčasnému porodu? *Gynekologie po promoci*, 2006, roč. 6, č. 1, s. 18-24. ISSN 1213-2578
2. BAŤOVÁ, J.: Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 3, Tematický sešit gynekologie, porodnictví, s. 54-55. ISSN 1210-0404
3. BOREK, I.: *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-338-4
4. BŘICHÁČEK, V.: Poporodní deprese. *Čs. Pediatrie*, 1998, roč. 53, s. 702 – 703. ISSN 0069-2328
5. BURIAN, J.: Poporodní psychické poruchy. In A. Roztočil et al. (Eds): *Intenzivní péče na porodním sále*. IDVPZ, Brno, 1996, s. 131 – 138. (ISBN neuvedeno)
6. CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R.: *Manual of Neonatal Care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. ISBN 0-7817-3599-8
7. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-243-4
8. ČEPICKÝ, P.; KURZOVÁ, H.: *Gynekologie a porodnictví*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1
9. ČERNÝ, M.: Následná péče o novorozence s nízkou porodní hmotností a respiračními problémy. *Pediatrie po promoci*, 2005, roč. 12, č. 3, s. 24-26. ISSN 1214-6773
10. ČERNÝ, M.; ZOBAN, P.: *Kategorizace rizikových skupin novorozenců*. Neonatologický edukační program modul I., Praha 1996 (vydavatel neuveden)

11. ČERNÝ, M.; ZOBAN, P.: *Postnatální adaptace novorozence*. Neonatologický edukační program modul I., Praha 1996 (vydavatel neuveden)
12. DANZER, G.: *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7
13. DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol.: *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0399-8
14. DITTRICHOVÁ, J.; SOBOTKOVÁ D. a kol.: Péče o psychický vývoj dětí raného věku. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 2, s. 35-37. ISSN 1212-9607
15. DORT, J.: *Neonatologie.*, Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0790-5
16. DUNOVSKÝ, J. a kol.: *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9
17. DUŠKOVÁ, M.: Podporu potřebují rodiče i odborníci. *Děti a my*. Příloha Porozumění. 2000, roč.30, č. 4, s. 4-5. ISSN 0323-1879
18. ELIÁŠOVÁ, B.: Jak hovořit s pacienty a s rodinami při dlouhodobé a nepříznivé prognóze? *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 5, s. 32. ISSN 1210-0404
19. ELSTNEROVÁ, L.: Rizikový novorozenec propuštěný do domácí péče pohledem neonatologa. *Pediatrie pro praxi*, 2003, roč. 7, č. 5, s. 95 – 97. ISSN 1213-0494
20. ENKIN, M.; KEIRSE, M. J. N.; RENFREW, M. a kol.: *Efektivní péče v perinatologii*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-417-7
21. FENDRYCHOVÁ, J.: Psychosociální aspekty ošetrovatelské péče v průběhu fyzikálního vyšetřování dítěte. *Pediatrie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 2, s. 87-88. ISSN 1213-0494

22. FENDRYCHOVÁ, J.; KLIMOVICĚ, M. a kol.: *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5
23. FREJ, D.: *Stres*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-578-7
24. GREEN, N. S. a kol.: Vnímání potencionálního rizika předčasného porodu u těhotných žen. *Gynekologie po promoci*, 2003, roč.3, č. 3, s. 40-47. ISSN 1213-2578
25. HÁJEK, Z.: Předčasný porod, příčiny a léčebný postup. *Časopis lékařů českých*, 1999, roč.138, č. 20, s. 611-614. ISSN 0008-7335
26. HNÍZDIL, J.; ŠAVLÍK, J.: Když stůně duše, bolí tělo. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 6. Příloha Komunitní péče, s. 22. ISSN 1210-0404
27. HONZÁK, R.: *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2
28. HUČÍN, J.: Kojíte rády? *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 6, s. 28-29. ISSN 1212-9607
29. HUČÍN, J.: Strach: nejčastější emoce. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 9, s. 11-15. ISSN 1212-9607
30. CHVÁTALOVÁ, H.: *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-588-1
31. JAROŠOVÁ, D.: *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2
32. JAHNOVÁ, H.; SOBOTKOVÁ, D.: Péče o rizikového novorozence propuštěného do domácí péče pohledem klinického psychologa. *Pediatric pro praxi*, 2003, roč. 7, č. 4, s. 226-228. ISSN 1213-0494

33. JEDLIČKA, R.; KLÍMA, P.; KOŤA, J. a kol.: *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0
34. JIRÁSKOVÁ, V.: Klokánkování – zahřát nedonošené dítě na svém těle. *Aperio*, 2006, roč. 5, č. 1, s. 32-34. ISSN 9771214738010
35. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-390-2
36. KÁBRT, J.; KÁBRT, J.jr.: *Lexicon medicum*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-10-8
37. KAMENÍKOVÁ, M.; KYASOVÁ, M.: *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0285-1
38. KLÍMA, J. a kol.: *Pediatric*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-38-6
39. KREJČOVÁ, V.: Dříve narození. *Maminka*, 2006, roč. 6, č. 2, s. 32-33. ISSN 1213-5100
40. LANGMEIER, J.; KJREČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195- X
41. LORENCOVÁ, R.: Rodiče, rovnoprávní členové týmu. In: *Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci*. Praha: Porozumění, 2001, s.16-18. ISBN nevedeno
42. MACKOVÁ, I.: Partnerství rodičů a odborníků. In: *Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci*. Praha: Porozumění, 2001, s.4-6. ISBN nevedeno
43. MACKŮ, F.: *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-290-7

44. MALÁT, Z.: Diagnóza: úzkost. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 10. Příloha Tématický sešit Psychiatrie, č. 141, s. 31-32. ISSN 1210-0404
45. MAREŠ, J. a kol.: *Dítě a bolest*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-267-0
46. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6
47. MATĚJČEK, Z.: *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0870-1
48. MCEL RATH, T.E.: Současné možnosti snížení mortality u novorozenců na hranici životaschopnosti. *Gynekologie po promoci*, 2002, roč. 2, č. 6, s. 26-33. ISSN1213-2578
49. MELGOSA, J.: *Zvládni svůj stres*. Praha: Advent Orion, 1997. ISBN 80-7172-624-9
50. NIESSEN, K. H. a kol.: *Pediatric*. Praha: Scientia Medica, 1996. ISBN 80-85526-29-8
51. PAULOVÁ, M.: Kdy a kde začíná přirozená výživa? *Zdravotnické noviny*, 2006, roč.10, č. 55. Příloha Lékařské listy, č. 10, s. 20-22. ISSN 0044-1996
52. PEYCHL, I.: *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-283-8
53. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.: *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-334-0
54. *Rodička a novorozenec*. Zdravotnická statistika. Praha: ÚZIS ČR, 2005. ISBN 80-7280-519-3

55. ROKYTA, R. a kol.: *Fyziologie*. Praha: ISV nakladatelství, 2000.
ISBN 80-85866-45-5
56. ŘEZNÍČKOVÁ, A.: Podpora rodiny hospitalizovaného dítěte. In: *Podpora odborníků a rodičů v náročné životní situaci*. Praha: Porozumění, 2001, s. 9-12.
57. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D.: *Dětská klinická psychologie*.
Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-512-2
58. SCHREIBER, V.: *Hormony a lidská mysl*. Praha: Triton, 2004.
ISBN 80-7178-836-8
59. SCHREIBER, V.: *Lidský stres*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-1240-5
60. SMITH, M. V.; BRUNETTO, W. L.: Perinatální deprese – čím dříve ji poznáme, tím lépe. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 6, s. 31-39. ISSN 1213-2578
61. SOBOTKOVÁ, D.: Pomoc rodičům po narození nedonošeného dítěte z pohledu psychologa: první informace. *Neonatologický zpravodaj*, 2, 1996, s. 302 – 305.
ISSN neuvedeno
62. SOBOTKOVÁ, D.: *Speciální péče pro vaše novorozené děťátko*.
Praha: Triton, 1996. ISSN neuvedeno
63. SOBOTKOVÁ, D.; JANÍKOVÁ, M.; LUCKÁ, Y.; KUČERA, J.: Pomoc rodičům při narození rizikového dítěte nebo při perinatálním úmrtí.
Neonatologické listy, 5, 1999, s. 173 – 176. ISSN 1211-1600
64. SOBOTKOVÁ, D.; ŠTEMBERA, Z.: Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980 – 2000: III. Poporodní období.
Česká gynekologie, 2003, roč. 68, č. 6, s. 385-389. ISSN 1210-7832
65. SOFAER, B.: *Bolest*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-309-X

66. STAŇKOVÁ, M.: *Koncepce českého ošetrovatelství 1*. Brno: IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-263-9
67. ŠPIDLENOVÁ, D.: Neverbální komunikace s novorozencem. Florence, 2006, roč. 2, č. 6, s. 26-27. ISSN 1801-464-X
68. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6
69. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
70. VYORALOVÁ, S.: Aplikace surfaktantu. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 3, Tematický sešit Gynekologie, porodnictví, s. 56-57. ISSN 1210-0404
71. WILKINSON, G.: *Stres*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0092-1
72. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurse and midwives*. Geneva: WHO, c 2003. ISBN 92-4-154622-0

Seznam použitých zkratk

JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Zdravotnická statistika

Příloha č. 2 - Stres

Příloha č. 3 – Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 4 – Strukturovaný rozhovor

Příloha č. 1 - Zdravotnická statistika

Narození nezralých dětí podle gestačního stáří za rok 2004.

Živě narození

Gestační stáří v dokončených týdnech	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Počet živě narozených dětí	7	15	47	60	72	105	119	149	193	288	370	544	858	1356	2652	5069

Mrtvě narození

Gestační stáří v dokončených týdnech	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
Počet mrtvě narozených dětí	1	1	1	-	-	6	7	8	14	9	14	10	11	21	21	17

(Zdravotnická statistika, 2005)

Příloha č. 2 Stres

STRES

Termín stres pochází z anglického *stress* a znamená zátěž, tíseň nebo stav napětí, do kterého se dostává organismus v situacích, kdy je ohrožen působením silných nepříznivých činitelů v oblasti fyzické i psychické. (Kábrt, 1995) Praško definuje stres jako: „...reakci organismu na nadměrnou zátěž.“ (Praško, Prašková, 1996, s. 12) Pro Melgosa znamená stres: „Být vystaven vnějším silám nebo tlakům, ale také pozitivní nebo negativní závislost na vlivu vnějších sil.“ (Melgosa, 1997, s. 24) Vágnerová uvádí, že stres je: „...podle klasika Selyeho „sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou. Z psycho- logického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení.“ (Vágnerová, 1999, s. 116)

Pojem stres poprvé použil kanadský endokrinolog H. Selye, pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže. Termín stres má dnes širší použití, označuje se jím např. stav jedince nebo zátěžová situace. (Vágnerová, 1999)

Stres nemusí být nutně nepříjemný stav – existuje i stres přijatelný, který se nazývá *eustres* (např. překonávání překážek, s příjemným očekáváním). Negativní stres se nazývá *distres*. (Praško, Prašková, 1996)

Příčiny stresu

Vše, co člověka zatěžuje a působí na něj, se nazývá *stresor*. (Praško, Prašková, 1996). Stresorem mohou být výjimečné zážitky, které se vymykají běžné lidské zkušenosti (válka, teroristický útok, přírodní katastrofy, hromadné havárie), ale i relativně běžné zátěže, které musí zažít každý člověk (smrt blízkého člověka, těžší nemoc, ztráta či změna zaměstnání). (Vágnerová, 1999)

Duševní kondici člověka mohou poškodit svým působením silné stresory, ale i slabé stresory, které nejsou až tak významné, mohou být pro jedince nebezpečné. Každá drobná nepříjemnost ve svém důsledku přispívá ke stupňování lidského stresu. (Melgosa, 1997)

Příčiny stresu, stresory, lze rozdělit na vnější a vnitřní. (Melgosa, 1997)

Vnější stresory

1. Traumatické zážitky

Traumatickým zážitkem mohou být extrémní situace jako například přírodní katastrofy, války, pokus o vraždu, teroristické útoky a jiné. Tyto případy vyvolávají silný stres jak v průběhu události, tak po ní. (Melgosa, 1997)

2. Stresující události

V životě se člověk setkává a prožívá mnoho stresujících událostí, které nemusí být vyloženě traumatické, ale některé jsou natolik silné, že naruší osobní stabilitu jedince. Stresující událostí může být negativní událost, ale i pozitivní událost (postup v zaměstnání na vyšší, odpovědnější místo, svatba...). (Melgosa, 1997)

3. Každodenní frustrace

Pokud se člověk nechává ovlivnit každodenními drobnými frustracemi, a nepříjemným pocitům vyplývajícím z nich podléhá, potom se bude muset vyrovnávat se stresem, který působí na organismus jako stres, který byl vyvolán silným stresorem. (Melgosa, 1997)

4. Vliv okolností života a sociální podmínky

Na úroveň stresu, který je prožíván, má vliv vše co člověka obklopuje. Význam má v tomto případě hladina hluku, okolní teplota a upravené prostředí, které tvoří životní prostor jedince. Nadměrná intenzita hluku může být příčinou únavy, podrážděnosti, bolestí hlavy, nespavostí a svalového napětí. (Melgosa, 1997)

5. Psychosociální stresory

Psychosociálním stresorem může být některé chování lidí. Zda toto chování bude považováno za stresor, záleží na individualitě jedince, na jeho očekávání a hodnocení. (Praško, Prašková, 1999)

Životní události a s nimi spojená úroveň stresu (Wilkinson, 2001)

Tabulka přejata od Holmesa a Rahea

Životní události	Úroveň stresu
Smrt manžela nebo manželky Zranění Rozvod, odluka manželů Nemoc Uvěznění Sňatek Smrt blízkého příbuzného	Velmi vysoká
Odchod do důchodu Závažné onemocnění člena rodiny Těhotenství Sexuální problémy Narození dítěte Finanční problémy Změna zaměstnání Úmrtí blízkého přítele	Vysoká
Hádky v rodině Syn nebo dcera opouští domov Začátek nebo konec školy Vysoká půjčka Hádky v rodině	Střední
Změna školy Malá půjčka Změna spánkového režimu Vánoce Dovolená	Nízká

Vnitřní stresory

- *Protichůdná volba*

Stres vzniká pokaždé, když musí být rozhodnuto mezi dvěma nebo více možnostmi. (Melgosa, 1997)

- *Okolnosti života jedince*

Nejčastější příčinou stresu v této oblasti je spěch, neschopnost předvídat budoucnost a pocit, že věci se vymkly z rukou. Spěch – i když pod vlivem stresu může být dosaženo výborných výsledků, tak člověk, který cítí naléhavost úkolu, může selhat. Neschopnost předvídat budoucnost - nejistota z budoucnosti vede nevyhnutelně k úzkosti – např. pacient s AIDS žije celá léta ve strachu, kdy propukne onemocnění či přijde smrt. Pocit, že se věci vymkly z rukou - při nekontrolovaných událostech, v situacích, kdy je přítomen pocit, že se věci vymykají z rukou, trpí lidé nadměrným stresem. (Melgosa, 1997)

- *Člověk sám jako zdroj stresu*

Sám jedinec může změnit svůj vnitřní postoj vůči stresové situaci. Taková změna bývá nejlepším řešením. Příčinou nadměrného stresu v této oblasti je pocit viny, který může být jak opodstatněný tak neopodstatněný. Příkladem pocitů viny, jež nemají své opodstatnění, jsou rodiče, kteří cítí vinu za to, že se jim narodilo nemocné dítě. (Melgosa, 1997)

Charakteristické znaky stresových reakcí

Tyto znaky shrnula R.L. Atkinsonová se spolupracovníky (1995):

Neovlivnitelnost situace – pokud člověk považuje situaci za neovlivnitelnou, s větší pravděpodobností ji vnímá jako stresovou. Přesvědčení, že situaci lze nějakým způsobem ovlivnit, snižuje prožitek stresu. (Wilkinson, 2001)

Nepředvídatelnost vzniku stresové situace – pocit intenzity stresu se zvyšuje při nemožnosti připravit se na zvládnutí situací a také při nemožnosti situace předvídat. (Wilkinson, 2001)

Subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky – nároky některých situací jsou tak náročné, že mohou dosahovat až na hranici možností člověka. Například narození těžce postiženého dítěte a péče o něj. (Wilkinson, 2001)

Životní změna, událost, která vyžaduje náročné přizpůsobení – vzniklá změna může omezovat dosavadní zvyklosti a znemožňuje nebo znehodnocuje dosud funkční strategie chování. Touto změnou může být nejen smrt partnera, ale i rozvod, sňatek či narození dítěte. (Vágnerová, 1999) Pokud hodnotíme vliv sociálních změn a životních událostí jako příčin stresu, musíme brát v úvahu fakt, že mají tendence být stresující, zejména pokud jsou a) neočekávané, b) nevyhnutelné, c) prudké, d) neznámé, e) významné. (Wilkinson, 2001)

Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty – například žena si vytvoří nový citový vztah, ale nemůže situaci řešit rozvodem, neboť její manžel je těžce nemocný a v mnoha směrech na ní závislý. (Vágnerová, 1999)

Fáze stresu

Stres je kaskádou dějů, probíhajících v organismu, dějů, které jsou řízené autonomním vegetativním nervovým systémem, a velmi obtížně ovlivnitelných volným úsilím. (Honzák, 2005)

- *Poplachová fáze stresu*

Poplachová fáze stresu je spojena s aktivací sympatiku, s celkovou aktivací organismu s cílem připravit ji na boj nebo útěk – fight or flight. Tato reakce je fylogeneticky velmi stará a pomáhá přežít. Stresové reakce jsou ovšem nastaveny převážně do biologických podmínek. Dnešní člověk povýšil psychosociální rovinu na místo stejně významné jako rovina biologického přežití, a stresová reakce je spuštěna i v případě, kdy nejde přímo o život. Při poplachové reakci jsou v plné pohotovosti svaly, stoupá glykémie, vyplavují se tukové rezervy, dochází ke zvýšenému zásobování mozku krví. Naopak odkrvené zůstávají akrální části končetin, obličej a oblast gastrointestinálního traktu. Dále se zvyšuje tepová frekvence a tlak krve, zvyšuje se srážlivost krve a dochází k mydriáze. (Honzák, 2005)

- *Fáze rezistence*

Tato fáze někdy bývá označována jako všeobecný adaptační syndrom. Fáze rezistence je zaměřena na přežití za krajně nepříznivých podmínek, nikoli na aktivitu organismu. Adrenergní aktivace ustupuje do pozadí a účinek přebírá parasympatický systém. Dochází k aktivaci osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny a hlavními řídícími hormony se stávají steroidy. V psychické rovině je tato fáze doprovázena útlumem až depresí. (Honzák, 2005)

- *Fáze vyčerpání*

Zde se chaoticky střídá v řízení organismu sympatikus a parasympatikus, což se odráží v řízených systémech. (Honzák, 2005)

Fáze reakce na stres

Americký psychiatr R.H. Rahe dělí proces reakce na stres na tyto po sobě následující fáze:

Fáze uvědomění zátěže – jedinec prožívá a interpretuje danou situaci jako stresovou. Způsob, jakým člověk reaguje a vnímá potenciálně stresovou situaci, závisí především na jeho zkušenosti, schopnostech, aktuálním stavu a podpoře sociálního okolí.

Fáze aktivace psychických obranných reakcí – může jít např. o tendenci k izolaci ze situace, o popírání reality apod.

Fáze aktivace fyziologických reakcí – fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými či somatickými podněty

Fáze zvládnutí, copingu – jedinec hledá strategii, která by mohla vést ke zmírnění účinku stresu

Fáze prvních chorobných příznaků – jedinec si uvědomuje, že jde o závažnější a trvalejší obtíže

Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy – nejčastěji se jedná o psychosomatická onemocnění. (Vágnerová, 1999)

Psychické reakce na stres

Pokud člověk prožije nadměrnou zátěž nebo ohrožení, pak je tento prožitek spojen s různými psychickými reakcemi, které většinou přetrvávají i v dalších fázích, a posléze stimulují fyziologické reakce. (Vágnerová, 1999)

Při náhlém stresovém vyplavení katecholaminů se zrychluje vedení vzruchů, jedinec může pociťovat neklid až vzrušení, a zvyšuje se jeho bdělost a reaktivita. Dochází k poruše cyklu spánek – bdění, k úzkostnosti a ke změnám nálad. Při mírném stresu se zlepšuje paměť a učení. Mentální změny vyvolané stresem, sympato – adrenální systém, jsou pro některé lidi příjemné, až návykové. Proto jsou oblíbené „adrenalinové sporty“ a užívání drog s účinky katecholaminů (efedrin, amfetaminy, částečně i extáze). (Schreiber, 2004)

Schreiber uvádí tyto mentální změny při nadbytku kortizolu, hormonu, který je produkován kůrou nadledvin při stresové reakci: emoční labilita, zvýšená dráždivost, úzkostnost, deprese, porucha koncentrace a paměti. (Schreiber, 2004)

Hlavním mentálním projevem stresu je ztráta pohody, úzkost a strach. Dlouhodobým následkem stresu může být přetrvávající úzkost s akutními panickými

atakami (ataky silné úzkosti). Hovoří se i o posttraumatické stresové poruše, která je pozorována u obětí násilí, válečných veteránů, obětí válek, těch, kteří přežili katastrofu. *Posttraumatická stresová porucha* se projevuje nočními můrami, znovuprožíváním stresujícího zážitku (flash – back), otupěním sociálních i rodinných vztahů. (Honzák, 2005; Schreiber, 2004) Je odhadováno, že posttraumatickou stresovou poruchou trpí zhruba 35 % jedinců, kteří prožili přímý kontakt s teroristickým útokem na New York 11. září 2001. (Schreiber, 2004)

Fyziologické reakce na stres

U zvířat se setkáváme se stresem v situacích kdy jim jde o život. Protože u člověka má rovina psychologická a sociální velmi podobný význam, jako rovina biologického přežití (Praško, Prašková, 1996), tělesné signály, které vyvolávají stres, se mnoho neliší od signálů, které můžeme zaznamenat u některých savců. Významný rozdíl mezi člověkem a zvířetem spočívá v tom, že člověk je zranitelnější neexistujícími stresovými faktory. Například ztratí-li se kočka z dosahu psa, vytratí se u ní i stresová reakce. Ale člověk má přirozený sklon dělat si starosti, a to nejen z přítomného okamžiku, ale i z minulosti či z daleké budoucnosti. (Melgosa, 1997)

Všechny varovné signály, vysílané do mozku zpracovává *hypotalamus* (Melgosa, 1997), který představuje méně než 1% mozkové hmoty, a který se podílí na životně důležitých funkcích a také na emočním chování. (Rokyta, 2000) Hypotalamus přenáší varovné signály do celého organismu prostřednictvím nervového systému a krevního oběhu. Signály z hypotalamu se šíří sympatickým nervovým systémem, který řídí činnost vnitřních orgánů a cév. Hypofýzou vyvářený adrenokortikotropní hormon stimuluje dřeň nadledvin, která poté ve zvýšené sekreci produkuje katecholaminy adrenalin a noradrenalin. (Melgosa, 1997; Schreiber, 2004). Přitom katecholaminy jsou produkovány ve zcela dostačujícím množství v sympatických gangliích a v mozku, takže dřeň nadledvin není pro život zcela nezbytná. (Rokyta, 2000)

Adrenalin a noradrenalin se řadí mezi stresové hormony a jejich hladina se při poplachové reakci výrazně zvyšuje. (Rokyta, 2000) Všechny nervové i metabolické účinky katecholaminů se výrazně projevují při reakci na zátěž. Tu v roce 1914 popsal americký fyziolog Cannon jako reakci poplachovou nebo také reakci „boje či útěku“. Poplachová reakce se projevuje tachykardií, hyperglykemií, mydriázou a „husí kůží“, která je způsobena stahy pilomotorických svalů. Při

poplachové reakci je nejrychleji aktivován systém sympato-adrenální. (Schreiber, 2004)

Adrenalin působí na myokard pozitivně inotropně, bathmotropně, dromotropně a chronotropně, působí vazodilatačně na koronární arterie. Díky působení adrenalinu se dilatují cévy kosterních svalů a mozku, zvyšuje se srdeční výdej a stoupá systolický tlak. V kožní a útrobní oblasti naopak adrenalin vyvolává vazokonstrikci. Dalším účinkem adrenalinu je bronchodilatace, aktivace glykogenolýzy a snižování sekrece a motility v gastrointestinálním traktu. Adrenalin je hlavním hormonem stresové poplachové reakce. (Rokyta, 2000)

Noradrenalin má převážně vazokonstrikční účinky a to na cévy ve svalech, na koronární arterie působí vazodilatačně. Zvyšuje krevní tlak systolický i diastolický a aktivuje katabolismus lipidů. (Rokyta, 2000)

Postupně se zjistilo, že již při průběhu těchto reakcí je aktivován i systém adenohipofýza – kůra nadledvin, tedy dochází ke zvýšené sekreci steroidních hormonů – glukokortikoidů z kůry nadledvin. (Schreiber, 2004)

Kůra nadledvin je endokrinní žlázou, která produkuje steroidní hormony odvozené od cholesterolu. Tyto hormony jsou děleny do tří skupin: glukokortikoidy (kortizol), mineralokortikoidy (aldosteron) a mužské pohlavní hormony. Kortizol účinkuje v oblasti metabolismu sacharidů, a v tukové tkáni vyvolává zvýšený rozpad tuku, lipolýzu a uvolňování mastných kyselin a glycerolu. Při nadbytku kortizolu dochází k hyperglykémii, katabolickému účinku na pojivo a na kosti, a k tlumení imunitních reakcí. (Schreiber, 2004)

Coping

Člověk má většinou zvýšenou tendenci zbavit se subjektivně nepříjemných projevů fyziologické a psychické aktivace obranných mechanismů, zvládnout je nebo alespoň je zmírnit. R.S. Lazarus a S. Folkman rozlišují dva základní mechanismy copingu – zvládání: zvládání zaměřené na řešení problému a zvládání zaměřené na zlepšení emoční bilance, tzn. na zmírnění negativních prožitků (tento způsob reagování neřeší základní problém, ale může dočasně pomoci). (Vágnerová, 1999)

R. Honzák dělí způsoby copingu analogicky. Mezi dobré způsoby zvládání řadí otužování, tělesnou aktivitu, nácvik relaxačních technik, imaginativních postupů, upevňování a zkvalitňování sociálních vztahů, pasivní i aktivní provozování uměleckých žánrů, rozumnou altruistickou pomoc druhým, modlitbu,

naději a doufání. Také užívat si malé radosti. Do sporných způsobů copingu řadí pokusy zapomenout, vytěsnit či popřít problém. Mezi jednoznačně nevýhodné způsoby zvládání patří dle Honzáka alkohol, kombinace alkoholu a léků, nadměrná konzumace sladkostí, náboženské sekty nabízející útěchu a spásu, vyhubavé chování (avoidance behavior - snaha vyhnout se všemu co v jedinci vyvolává úzkost). (Honzák, 2005)

Psychosomatické poruchy

Neřešené obtíže a vnitřní psychické problémy se mohou spolupodílet na vzniku psychosomatických poruch. Pokud dojde ke kombinaci vrozeného oslabení organismu, vnějších škodlivin a chronického stresu, pak mohou být důsledkem např. exémy, průduškové astma, tyreotoxikóza nebo vředová choroba zažívacího traktu. Psychosomatické obtíže lze vhodným terapeutickým přístupem vyléčit nebo příznivě ovlivnit. (Jedlička a kol., 2004) U člověka nikdy ne onemocní primárně pouze tělo, duch nebo duše, ale vždy onemocní komplexně celá bio-psycho-sociální jednotka, i když v popředí s jednotlivými aspekty. (Danzer, 2001)

Psychosomatika je interdisciplinárním vědním oborem, který zkoumá duševní a společenské jevy, které mají podstatný význam při vzniku určitých tělesných chorob. (Jedlička a kol., 2004) Je způsobem medicínského myšlení, který hledá a nachází lidskou i profesionální schopnost zabývat se spíše nemocným člověkem než samotnou nemocí, kterou na něm lze nalézt a léčit. Psychosomatika se zabývá vztahy mezi tělesnými a duševními ději, které chápe jako neustále se ovlivňující propojené systémy. (Hnízdil, Šavlík, 2004) R. Jedlička uvádí: „...*nemoc není samostatný fenomén, ale způsob interakce jedince s vnějším prostředím.*“ (Jedlička, 2004, s.222)

Příloha č. 3 Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce

Vážené maminky,

dovoluji si vás oslovit a požádat o laskavé vyplnění dotazníku. Tento dotazník je zcela anonymní. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely diplomové práce s názvem: Stres matek nezralých dětí.

Výsledky šetření budou použity k analýze situace matek a v důsledcích i ke zlepšení péče o děti i rodiče na jednotkách intenzivní péče.

Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost odpovědi.

Předem děkuji za kompletní vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Martina Válová
magisterské studium ošetrovatelství
1. lékařské fakulty UK v Praze

1) Váš současný věk.....

2) Stav:

svobodná

vdaná

rozvedená

znovu vdaná

vdova

3) Vzdělání:

základní

vyučena

středoškolské

vyšší odborné

vysokoškolské

4) Kolikáté bylo toto těhotenství.....(doplňte)

5) Vaše dítě je:

prvorozené

druhorozené

více.....(doplňte)

6) Týden, ve kterém jste porodila.....(doplňte)

7) Porodní hmotnost dítěte(doplňte)

8) Vaše dítě bylo počato:

fyziologicky

asistovanou reprodukcí („umělé oplodnění“)

9) Jak dlouho jste usilovali o toto těhotenství?

.....(doplňte)

10) V prostorách oddělení trávíte nyní většinu času.

Co na Vás působí příjemně (doplňte).....

Co na Vás působí nepříjemně(doplňte).....

11) Jste se svým dítětem hospitalizována na oddělení?
ano. Napište, prosím, jak dlouho.....
ne, docházím. Napište, prosím, jak často docházíte (kolikrát denně, týdně).....

12) Informace, které jsou Vám poskytovány lékařem považujete za:
dostatečné uvítala bych více informací nedostatečné

13) Informace, které jsou Vám poskytovány sestrou považujete za:
dostatečné uvítala bych více informací nedostatečné

14) Máte výhrady k chování lékařů? V případě, že odpovíte „ano“, napište prosím jaké.

ne
ano

15) Máte výhrady k chování zdravotních sester? V případě, že odpovíte „ano“, napište prosím jaké.

ne
ano

16) Máte výhrady k chování nižšího (ostatního) zdravotnického personálu? V případě, že odpovíte „ano“, napište prosím jaké.

ne
ano

17) Jaký je současný stav Vašeho dítěte? (můžete označit více možností)

dítě je v inkubátoru	dítě má žloutenku
dítě je na umělé plicní ventilaci	dítě je živeno sondou
dítě je po operačním výkonu	dítě má zdravotní komplikace
stav dítěte je stabilizován	dítě bude v blízké době propuštěno domů
jiné	

doplňte.....

18) Pokuste se zhodnotit číslem (zvolené číslo označte) 1 – 5 jak moc Vás trápí zdravotní stav Vašeho dítěte. (1 = zdravotní stav dítěte mě vůbec netrápí, 5 = nepřetržitě se trápím myšlenkami ohledně zdravotního stavu svého dítěte)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

26) Pokuste se vyjádřit na stupnici 1 – 5 jak cítíte podporu Vašeho partnera. (1 = cítím velmi silnou podporu partnera, 5 = necítím vůbec žádnou podporu partnera)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

27) Pokuste se vyjádřit na stupnici 1 – 5 jak cítíte podporu širší rodiny. (1 = cítím velmi silnou podporu, 5 = necítím vůbec žádnou podporu)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

28) Pokuste se zhodnotit míru stresu, kterou v současné době pociťujete číslem 1 – 5. (1 = cítím se naprosto v pohodě, 5 = pociťuji silný stres)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

Příloha č. 4 Strukturovaný rozhovor

1) Jaké byly Vaše pocity po porodu?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Strach	13	14,61
Štěstí,euforie	12	13,48
Strašné, hrozné	8	8,99
Obavy	8	8,99
Neví co bude dál	8	8,99
Potřeba více informací	7	7,87
Touha mít dítě u sebe	5	5,62
Smíšené pocity	5	5,62
Strach ze smrti dítěte	4	4,49
Obava z fyzického kontaktu s dítětem	3	3,37
Plačtivost	3	3,37
Úzkost	3	3,37
Stres	3	3,37
Nejistota	2	2,25
Radost	2	2,25
Úleva	1	1,12
Touha vidět dítě	1	1,12
K dítěti nic necítí	1	1,12
Celkem	89	100,00

2) Pociťovala jste po předčasném porodu pocity viny?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	20	66,67
Ne	10	33,33
Celkem	30	100,00

3) Za co se viníte?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Málo odpočinku	8	24,24
Fyzická a psychická ná- maha	6	18,18
Nelze popsat, ale vinu cítí	5	15,15
Špatný zdravotní stav	3	9,09
Má pocit méněcennosti	3	9,09
Prožívání stresu během gravidity	3	9,09
Špatná životospráva	1	3,03
Špatné životní prostředí	1	3,03
Pocit viny navozen členem rodiny	1	3,03
Kouření do 4. měsíce gravidity	1	3,03
Pocity viny rozptýleny konzultací s lékařem	1	3,03
Celkem	33	99,99 = 100

4) Jaké rušivé faktory na Vás působí na tomto oddělení?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Obavy o zdravotní stav dítěte	9	15,00
Režim na oddělení	6	10,00
Potřeba být doma	6	10,00
Nedostatek soukromí	5	8,33
Chování sestry	4	6,67
Nic	4	6,67
Rozdílné informace od sester	3	5,00
Nedostatek praktických informací ohledně kojení	3	5,00
Problémy s kojením	3	5,00
Nedostatek informací ohledně péče o dítě	3	5,00
Stěhování	2	3,33
Pobyt na pokoji s matkami a jejich donošenými dětmi	2	3,33
Prostředí	2	3,33
Pohled na dítě s velmi nízkou hmotností	1	1,67
Pobyt na pokoji s onkologickými pacientkami	1	1,67
Mnoho matek u inkubátorů	1	1,67
Zima na pokoji	1	1,67
Nedostatek informací obecně	1	1,67
Bolesti po porodu	1	1,67
Obavy o chod domácnosti	1	1,67
Přístroje	1	1,67
Celkem	60	100,00

5) Cítíte potřebu psychologa?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	24	80,00
Ne	1	3,33
Nevím	5	16,67
Celkem	30	100,00

V následující tabulce jsou zaznamenány informace, které spontánně přinesl rozhovor s matkami. Jedná se o potřebu informací z následujících oblastí:

Informace – potřeby	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Praktické rady ohledně kojení a další výživy dítěte	4	25,00
Praktické rady týkající se péče o dítě	3	18,75
Sociální poradenství	2	12,5
Informace o matrice	2	12,5
Informace o vývoji dítěte	1	6,25
Informace o zdravotním stavu respondentky	4	25,00
Celkem	16	100,00

