

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Spokojenost matek s péčí o nedonošené novorozence na oddělení intermediární  
péče

Sabina Javůrková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sabina Javůrková**  
Osobní číslo: **Z10324**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Spokojenost matek s péčí o nedonošené novorozence na oddělení intermediární péče**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

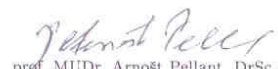
1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. BOREK, I. a kol. Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-338-4.
2. DOKOUPILOVÁ, M. a kol. Narodilo se předčasně. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.
3. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. Intenzivní péče o novorozence. Brno: NCO NZO, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.
4. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. Péče o kriticky nemocné dítě. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
5. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 2. část, Péče o novorozence. Brno: NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-489-4.
6. HRADILKOVÁ, T., JUNGWIRTHOVÁ, I. Když není všechno tak, jak si přáli. 2. vyd. Praha: Společnost pro ranou péči, 2010. ISBN 978-80-254-4614-0.

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Veronika Sabová  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012  
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Móravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 20. února 2013

**Prohlašuji:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 29. 4. 2013

.....

Sabina Javůrková

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat především paní MUDr. Veronice Sabové za vedení bakalářské práce, dále všem sestřičkám na oddělení intermediární péče v Pardubické krajské nemocnici, a.s., zejména paní Michaele Sodomkové, DiS. za vstřícný přístup a cenné rady.

Také bych ráda poděkovala všem maminkám předčasně narozených dětí za vyplnění dotazníku a své rodině za podporu při vypracování této práce.

V Pardubicích dne 29. 4. 2013

.....

Sabina Javůrková

## **ANOTACE**

Tématem bakalářské práce je Spokojenost matek s péčí o nedonošené novorozence na oddělení intermediární péče. Závěrečná práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. Teoretická část je zaměřena na problémy spojené s nedonošeností, ošetrovatelskou péčí o nedonošené novorozence a přístup zdravotníků k rodičům předčasně narozených dětí. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit spokojenost matek na oddělení intermediární péče v oblasti informovanosti, psychické podpory a péče o nedonošené novorozence.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Nedonošení novorozenci, oddělení intermediární péče, ošetrovatelská péče, rodiče

## **TITLE**

Mothers' satisfaction with the care of premature infants at the department of intermediate care

## **ANNOTATION**

The theme of my Bacheor thesis is Mothers' satisfaction with the care of premature infants at the department of intermediate care. The final work consists of two parts, theoretical and research. The theoretical part is focused on the problems associated with prematurity, nursing care for premature babies and health care access for parents of preterm infants. The main objective of the research was to determine the satisfaction of mothers on intermediate care department in the field of information, psychological support and care for premature infants.

## **KEYWORDS**

Premature newborns, department of intermediate care, nursing care, parents

# OBSAH

ÚVOD.....	12
CÍLE .....	13
I TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Nedonošený novorozenec .....	14
1.1 Klasifikace novorozence .....	14
1.2 Anatomické zvláštnosti nezralého novorozence.....	15
1.3 Nejčastější problémy spojené s nedonošeností.....	16
1.3.1 Syndrom respirační tísně.....	16
1.3.2 Výživa a hydratace .....	17
1.3.3 Hyperbilirubinémie.....	17
1.3.4 Termolabilita.....	18
1.3.5 Apnoické pauzy.....	19
1.3.6 Anémie.....	19
1.3.7 Hypoglykémie .....	20
1.3.8 Brochopulmonální dysplázie.....	20
2 Ošetrovatelská péče.....	21
2.1 Bariérová ošetrovatelská péče .....	21
2.2 Zajištění komfortu a vhodného prostředí novorozence.....	22
2.3 Ošetrovatelská péče v inkubátoru.....	23
2.4 Výživa nedonošených .....	25
2.4.1 Enterální výživa.....	25
2.4.2 Mateřské mléko .....	25
2.4.3 Parenterální výživa .....	26
2.4.4 Způsoby krmení.....	27
2.4.5 Vývoj váhy .....	27
2.5 Péče o dítě s hyperbilirubinemií .....	28

2.6 Oxygenoterapie .....	28
2.7 Distenzní terapie .....	29
2.8 Umělá plicní ventilace.....	30
2.9 Hygienická péče.....	30
2.9.1 První koupel .....	30
2.9.2 Běžná koupel.....	31
3 Rodiče a předčasně narozené dítě .....	32
3.1 Komunikace s rodiči .....	32
3.1.1 Sdělení diagnózy .....	32
3.2 Pomoc rodičům .....	33
3.2.1 Prostředí jednotky intenzivní péče .....	33
3.2.2 Utváření vztahu mezi matkou a dítětem .....	34
3.2.3 Spolupráce s rodiči, zapojení do péče o dítě .....	34
3.3 Pomáhající organizace .....	35
3.3.1 Nedoklubko .....	35
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	36
4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	36
5 METODIKA VÝZKUMU .....	37
6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	38
7 DISKUZE .....	64
8 ZÁVĚR .....	68
9 POUŽITÁ LITERATURA .....	69
10 PŘÍLOHY .....	71



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Grafické znázornění věkového rozložení žen .....	38
Obr. 2 Grafické znázornění parity žen .....	39
Obr. 3 Grafické znázornění informovanosti žen o chodu a harmonogramu oddělení .....	40
Obr. 4 Grafické znázornění informovanosti žen .....	41
Obr. 5 Grafické znázornění názorů žen na zásobení oddělení letáčky .....	42
Obr. 6 Graf informovanosti o pomáhajících organizacích .....	43
Obr. 7 Grafické znázornění poskytování psychické podpory .....	47
Obr. 8 Grafické znázornění hodnocení přístupu sester .....	48
Obr. 9 Grafické znázornění hodnocení přístupu lékařů .....	49
Obr. 10 Grafické znázornění délky pobytu matek na oddělení IMP .....	50
Obr. 11 Grafické znázornění spokojenosti matek s pobytem na oddělení IMP .....	51
Obr. 12 Grafické znázornění poučení matek o používání odsávačky .....	52
Obr. 13 Graf hodnotící nabízení zapůjčování pomůcek .....	53
Obr. 14 Grafické znázornění využívání možnosti zakoupení pomůcek .....	54
Obr. 15 Grafické znázornění poučení žen o odšťikávání mateřského mléka .....	55
Obr. 16 Graf hodnotící dodržování pravidelného intervalu v odšťikávání mateřského mléka .....	56
Obr. 17 Graf hodnotící informovanost v oblasti hygienické péče o novorozence .....	58
Obr. 18 Graf hodnotící spokojenost se systémem zapojení matek do péče .....	59
Obr. 19 Graf popisující spokojenost žen s informovaností o výsledcích vyšetření dítěte .....	60
Obr. 20 Grafické znázornění spokojenosti žen s poskytováním informací v péči o novorozence .....	61
Obr. 21 Grafické znázornění spokojenosti matek s péčí o nedonošeného novorozence .....	62
Obr. 22 Graf hodnotící zkušenosti a informace matek .....	63
Obr. 23 Fotografie pelíšku 1 .....	72
Obr. 24 Fotografie pelíšku 2 .....	72
Obr. 25 Fotografie – ruka jako polohovací pomůcka .....	73

## **SEZNAM TABULEK**

Tab. 1 Pocity udávané prvorodičkami.....	45
Tab. 2 Pocity udávané vícero-dičkami .....	45
Tab. 3 Výživa novorozenců při odchodu z nemocnice .....	57

## **SEZNAM ZKRATEK**

BPD – bronchopulmonální dysplázie

CPAP – continuous positive airway pressure

IMP – intermediární péče

IRDS – idiopatický syndrom dechové tísně

OSN – Organizace spojených národů

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

*„Jak strašný by byl svět, kdyby se nerodily ustavičně děti, jež s sebou přinášejí možnost dokonalosti a nevinnosti.“ John Ruskin*

## ÚVOD

V průběhu těhotenství se rodiče postupně připravují na příchod miminka. Toto období se nese v duchu výběru jmen, plánů, jak zařídit dětský pokoj, návštěv předporodních kurzů a představ, jak bude probíhat samotný porod. Těhotenství patří mezi nejkrásnější období života ženy a přivedení dítěte na svět se řadí mezi nejkrásnější životní okamžiky. Někdy se ale stane, že tok plánů a představ přeruší většinou nečekaný a náhlý předčasný porod. Na takovou situaci nebývají rodiče připraveni a místo radostných pocitů se dostavuje strach, beznaděj a pocit viny. Ani novorozenec, který měl ještě pokračovat ve svém intrauterinním vývoji, není na předčasné narození připraven.

Předčasné narození miminka s sebou přináší řadu překážek, které musí překonat jak samo miminko, tak jeho rodiče. Novorozenec vyžaduje ihned po porodu speciální péči, rodiče podporu, sounáležitost a empatický přístup.

Ve své bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na nejčastější těžkosti, které provázejí nedonošené novorozence a jejich rodiče. Pokusím se přiblížit speciální ošetrovatelskou péči, kterou nedonošení potřebují. Ráda bych poukázala také na vhodný přístup zdravotnického personálu k rodičům nedonošených dětí, od sdělení nepříznivé diagnózy až po nezbytné zapojování rodičů do péče o novorozence. Právě vhodně zvolená komunikace, dostatečná informovanost a umožnění rodičům aktivně se podílet na péči o jejich dítě, by mělo vést k větší spokojenosti a navýšení klidu během pobytu na jednotkách intenzivní péče, který je sám o sobě velmi stresový.

## **CÍLE**

1. Zjistit, jaká je informovanost žen v péči o nedonošeného novorozence na oddělení intermediární péče.
2. Zjistit, zda byla ženám poskytnuta psychická podpora ze strany zdravotnického personálu.
3. Zjistit, zda jsou ženy spokojené s péčí o nedonošené novorozence na oddělení intermediární péče.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Nedonošený novorozenec

Roztočil a kol. (2008) uvádí, že nedonošení novorozenci jsou zatíženi vysokou morbiditou a mortalitou, která závisí na gestačním stáří. Podle Dokoupilové a kol. (2009) jsou výsledky péče o nedonošené novorozence stále lepší. Současná medicína umožňuje zachraňovat stále více a více nezralých dětí, aniž by se mezi nimi zvyšoval počet dětí s postižením. V současné době je intenzivní péče o nezralé novorozence ve většině vyspělých zemí světa zahajována ve 24. týdnu těhotenství, kdy je novorozenec vitální i viabilní. Vitalita vyjadřuje projevy životních funkcí, mezi které se řadí přítomnost pohybu, srdečních ozev, dýchacích pohybů.

*„Viabilita je životaschopnost plodu ve smyslu schopnosti přežít v extrauterinním prostředí po předčasném porodu.“* (Peychl, 2005, s. 15) Hranice viability plodu byla v České republice stanovena roku 1994 na 24. týden těhotenství. Lékaři by se na hranici viability měli dotazovat rodičů, zda si přejí péči zahájit. Je důležité rodiče seznámit s rizikem vzniku problémů v některých oblastech vývoje dítěte. (Dokoupilová a kol., 2009)

Novorozence narozeného od hranice životaschopnosti do konce 37. gestačního týdne označujeme jako nezralého. Porodní hmotnost nezralých novorozenců bývá pod 2500 gramů. Příčiny nedonošenosti jsou různé, avšak zůstávají velmi často nezjištěny. Stupeň zralosti značí jak dobře je dítě při narození vyvinuté a do jaké míry budou jeho jednotlivé orgány schopny fungovat mimo dělohu. Pro poporodní adaptaci a následnou péči je více než porodní hmotnost novorozence důležitý týden těhotenství, který značí zralost jednotlivých orgánů. (Borek a kol., 2001, Fendrychová a kol., 2007, Dokoupilová a kol., 2009)

V roce 2011 se předčasně, tedy do začátku 38. týdne těhotenství, narodilo 8 % živě narozených dětí. Jedno procento (1 120 dětí) se narodilo do začátku 33. týdne těhotenství. (Kremerová, 2011)

### 1.1 Klasifikace novorozence

Novorozence bezprostředně po porodu zařazujeme do skupin. Tyto skupiny mají vysokou výpovědní hodnotu z hlediska posouzení prenatálního vývoje i prognózy možné morbidity nebo mortality. Novorozence klasifikujeme dle délky těhotenství, dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku a v praxi jsou zavedeny ještě další klasifikační

pojmy – novorozenec extrémně, velmi nebo nízké porodní hmotnosti nebo novorozenci extrémně, velmi, středně a lehce nezralí. (Fendrychová a kol., 2007)

Dle délky těhotenství dělíme novorozence na narozené předčasně (nedonošené) – jejich gestační věk je pod 38 týdnů, narozené v termínu (donošené) – s gestačním věkem mezi 38.–42. týdnem, narozené po termínu (přenášené) – gestační věk je nad 42. týdnem. (Čech a kol., 2006)

Dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku rozeznáváme novorozence eutrofické, kdy stav výživy odpovídá gestačnímu věku a pohybuje se mezi 10.–90. percentilem pro daný gestační věk. Další skupinu tvoří hypotrofičtí novorozenci, jejich porodní hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu věku, je pod 10. percentilem. Poslední skupinou v této klasifikaci jsou novorozenci hypertrofičtí, jejich porodní hmotnost je vyšší než odpovídá gestačnímu věku, tedy nad 90. percentilem.

Dále dělíme novorozence dle zralosti na extrémně nezralé, velmi nezralé, středně nezralé a lehce nezralé. Extrémně nezralí novorozenci jsou narozeni do 28. týdne gestace a jejich hmotnost se pohybuje mezi 500–999 gramy. Velmi nezralý novorozenec je narozen do 32. týdne s hmotností 1000–1499 gramů, středně nezralý do 34. týdne gestace s hmotností 1500–1999 gramů. Poslední z této klasifikace je novorozenec lehce nezralý, narozený do 38. týdne gestace a jeho hmotnost se pohybuje v rozmezí 2000–2499 gramů. (Fendrychová a kol., 2007)

## **1.2 Anatomické zvláštnosti nezralého novorozence**

Mezi charakteristické znaky nezralosti patří u těžce nedonošených živě červená, průsvitná kůže. Mázek chybí a lanugo bývá řídké. U méně nezralých novorozenců je kůže tmavě růžová, prosvítají jen velké žilky a objevuje se už větší množství mázku. Je také pokryta lanugem, především na ramenou, zádech a krku. Kůže nedonošených je často prosáklá a tvoří se otoky zvláště na končetinách. Dalším znakem je veliká citlivost na jakékoliv dezinfekční roztoky. I jemné otření kůže před aplikací injekce může u těžce nedonošených novorozenců způsobit rozsáhlé popáleniny. Také sliznice jsou velice citlivé na poranění. Je důležité šetrné sondování trávicího traktu a odsávání dýchacích cest. V opačném případě může dojít k porušení sliznice, krvácení a poškození stěny orgánů. (Borek a kol., 2001)

Prsní bradavky nejsou u nezralých dětí dostatečně vyvinuty. U těžce nedonošených bývají pouze naznačeny nebo chybí úplně a je důležité věnovat jim zvýšenou pozornost například při

punkci hrudníku. Pupečník u nedonošených novorozenců je rosolovitý a silný. Jeho úpon nalezneme blíže k symfýze. Chrupavky ušních boltců bývají měkké a nehty nedosahují konce prstů. U nezralých chlapců jsou varlata často nesestouplá. U nezralých děvčátek velké stydké pysky nepřekrývají malé. Rýhování na ploskách nohou a na dlaních u těžce nedonošených prakticky chybí nebo mohou být vytvořeny pouze hlavní rýhy. U lehce nezralých nalezneme rýhování více, ale rýhy jsou mělčí než u donošených novorozenců. (Borek a kol., 2001, Klíma a kol., 2003, Fendrychová a kol., 2007)

### **1.3 Nejčastější problémy spojené s nedonošeností**

#### **1.3.1 Syndrom respirační tísně**

Nejdůležitější období pro vývoj plicní tkáně je období intrauterinní. Pro zajištění plné funkce plicní tkáně je důležité, aby intrauterinní vývoj trval alespoň 38 týdnů. Vývoj respiračního systému probíhá mezi 3. a 4. týdnem gestace jako výchlípka předního střeva. V době, kdy vývoj dospěje přibližně do 32. týdne, je vytvořeno 5 malých váčků, které tvoří základ pro plicní laloky. Bronchy, bronchioly, respirační bronchioly a alveolární kanálky se postupně vyvíjí mezi 7. a 16. týdnem. Pro 16. týden gestace je charakteristické ukončení větvení bronchiálního stromu. Postupně dochází ke zvyšování počtu plicních sklípků. Alveolární diferenciaci je charakteristická pro 24.–30. týden. Alveolární stádium má počátek v 36. týdnu a probíhá i po porodu novorozence v délce minimálně 18 měsíců. Pro optimální funkci plic je rozhodující také správná a dostatečná produkce plicního surfaktantu. Funkce plic je u nedonošených dětí nedokonalá právě z důvodu nedostatku surfaktantu, a proto dochází k nedostatečné výměně plynů. (Borek a kol., 2001, Lebl a kol., 2012)

Surfaktant je povrchově aktivní látka a její produkce začíná ve druhé polovině těhotenství. Surfaktant brání kolapsu sklípků na konci výdechu. Pro nezralou plicní tkáň a nedostatek surfaktantu dochází k respirační tísně, která může vést k nízkému okysličování tkání a poškození mozku. (Dort a kol., 2004, Fendrychová a kol., 2007)

Alveoly po každém výdechu kolabují, a proto je novorozenec nucen při každém nádechu vyvinout úsilí srovnatelné s prvním vdechem po narození. Onemocnění z nedostatku surfaktantu se nazývá IRDS neboli idiopatický syndrom dechové tísně. Příznaky jsou patrné během prvních hodin po porodu. Patří k nim dechová tíseň, zejména dyspnoe (ztížené dýchání), vpadávání hrudní kosti, mezižeberních prostorů, nadklíčkových jamek. Zároveň dochází ke gruntingu (naříkavému výdechu). K dyspnoi se přidává tachypnoe (zrychlené



dýchání) a postupně se objevuje cyanotické zbarvení kůže. Při neléčeném stavu se dýchání stává nepravidelným, nastupují apnoické pauzy a dochází k závažnému zhoršení celkového stavu dítěte. Neléčený stav by vyústil ve smrt. (Borek a kol., 2001)

Matce s hrozícím předčasným porodem podáváme kortikosteroidy, díky kterým lze urychlit tvorbu surfaktantu. Po porodu je možné podat surfaktant intrabronchiálně a podpořit tak adaptaci plic. (Lebl a kol., 2012)

### **1.3.2 Výživa a hydratace**

Borek a kol. (2001) uvádí, že u nedonošených dětí, které se narodily před 34. týdnem gestace, se setkáváme s nezralými sacími a polykacími reflexy. Novorozenci narození předčasně mají relativně vysoké kalorické požadavky s malou žaludeční kapacitou a zároveň s nedostatečnou žaludeční sekrecí. Výjimkou není ani nezralý jícnový svěrač, který vede k reflexu a riziku aspirace. Dalšími aspekty nedonošenosti jsou snížená sekrece střevních enzymů, snížená produkce žluče a pankreatické šťávy, nevyvážená střevní peristaltika a nedostatečně vyvinuté enzymatické jaterní systémy. Schopnost střeva posunovat svůj obsah dozrává mezi 30.–33. gestačním týdnem. U dětí narozených před 33. týdnem dochází v některých případech k odchodu smolky, tmavé dehtovité stolice, až po 48 hodinách po porodu. Smolka odchází více dnů než u donošených dětí, někdy až dva týdny. Nezralá je také funkce ledvin. Je zde větší citlivost vůči nepříznivým vlivům, zejména k hypoxii. Minimální množství moči je 1ml/kg/24 hodin. Dle Nečasové a kol. (1996) by se měl každý novorozenec vymočit do 48 hodin po porodu bez ohledu na porodní hmotnost.

### **1.3.3 Hyperbilirubinémie**

U novorozenců se setkáváme s termínem „fyziologická žloutenka“ neboli „fyziologická hyperbilirubinémie“. V průběhu intrauterinního stadia plodu dochází k přenosu kyslíku mezi krví matky a plodu v placentě. Kyslíku není mnoho, a proto je nutné zvýšení transportní kapacity krve plodu. Dochází ke vzestupu erytrocytů a zároveň zvýšení hladiny hemoglobinu v krvi plodu. Po narození se plice rozvinou, dojde k výraznému zvýšení přísunu kyslíku do krve a není již potřeba takové výrazné množství hemoglobinu. Nastává rozpad erytrocytů, uvolňuje se hemoglobin a vzniká nekonjugovaný bilirubin. Ten během prvních dnů života stoupá a vzniká fyziologická žloutenka novorozenců. Žloutenka se zpravidla objevuje 2.–3. den života, u nejmenších dětí může být nástup i časnější. (Borek a kol., 2001, Dokoupilová

a kol., 2009) Hrodek a kol. (2002) uvádí, že žloutenka postihuje 80 % nedonošených novorozenců.

Bilirubin, žluté krevní barvivo je rozkladným produktem červeného barviva erytrocytů. V rámci metabolismu bilirubinu dochází nejprve ke vzniku bilirubinu nekonjugovaného, který je nerozpustný ve vodě. (Borek a kol., 2001)

Nekonjugovaný bilirubin má toxický účinek na některé tkáně, především na nervové buňky v mozkovém kmeni. Za normálních podmínek se nekonjugovaný bilirubin dostává spolu s albuminem do jaterní buňky, kde je následně přeměněn na konjugovaný a ten je vyloučen žlučí do duodena. Ve střevě se mění pod vlivem střevních bakterií na barviva, která způsobí hnědavé zabarvení stolice a následně jsou vyloučena stolicí z organismu. (Fendrychová a kol., 2007, Borek a kol., 2001)

Podle Dokoupilové a kol. (2009) se určitý stupeň žloutenky u nezralých dětí objevuje pravidelně. Borek a kol. (2001) uvádí, že schopnost transportu a očištění jater od bilirubinu jsou výrazně snižené. Játra netvoří tolik albuminu a zároveň je snížena výkonnost enzymu, který způsobuje přeměnu nekonjugovaného bilirubinu na konjugovaný. U nedonošených dětí mohou být hladiny bilirubinu výrazně vyšší a tím pádem i nebezpečnější než u donošených dětí. Žloutenka u nedonošených trvá obvykle delší dobu a ve většině případů vyžaduje léčbu. Podle Psychla (2005) není u nedonošených dětí jasná hranice bezpečné hladiny bilirubinu v krvi, ale je nižší než u donošených, a proto by léčba u nezralých novorozenců měla začínat dříve.

Borek a kol. (2001) uvádí, že je důležité sledovat hladinu bilirubinu. Bilirubin je metabolit, odpad, a za určitých podmínek může být pro organismus nebezpečný. Bilirubin má vazbu na některé struktury mozkového kmene. Poškození mozkových buněk se může projevit ihned nebo v průběhu dnů až měsíců. Takovéto změny bývají trvalé. Děti jsou apatické, špatně prospívají. Mohou se objevit křeče, dítě se stáčí do opistotonu. Jde o tzv. jádrový ikterus.

### **1.3.4 Termolabilita**

S nedonošeností je spojena také termolabilita. Samozřejmě, že čím je dítě menší, tím snadněji a rychleji se podchladí. Příčina ztráty tepla (vyzařování) je dána velkým povrchem těla vzhledem k hmotnosti. Nezralí novorozenci mají zároveň tenkou vrstvu podkožního tuku. Nedonošený novorozenec je schopen produkovat teplo téměř výhradně oxydací buněk hnědé tukové tkáně. Tento proces je energeticky velmi náročný a je také náročný na spotřebu kyslíku. Stav, který vede ke zvýšeným nárokům na spotřebu kyslíku, zhoršuje tepelnou

i metabolickou situaci novorozence. Během hypotermie až 30 % srdečního výdeje směřuje k hnědé tukové tkáni, což způsobí sníženou dodávku kyslíku ostatním tkáním a orgánům. (Borek a kol., 2001)

Podchlazení u předčasně narozených novorozenců způsobuje zhoršení stavu a dochází ke zvýšené mortalitě. Mezi reakce na podchlazení patří schoulení novorozence do klubíčka, silný pláč, změna barvy kůže (mramorovaná), změna chování (letargie). (Fendrychová a kol., 2007) Borek a kol. (2001) uvádí, že normální rozmezí teplot pro nezralé děti je 36,2–37,2 °C.

### 1.3.5 Apnoické pauzy

*„Apnoe je definována jako přestávka dýchacích pohybů a proudu vzduchu trvající 20 sekund a déle.”* (Dort a kol., 2004, s. 43) Pokud dojde ke dvěma a více apnoickým pauzám za šestihodinový interval nebo převýší-li jejich počet tři apnoe za 24 hodin, označujeme tento jev jako opakující se apnoické epizody. Apnoické pauzy zapříčiněné nezralostí dítěte řadíme mezi primární. Sekundární bývají vyvolané základním patologickým stavem nebo chorobou například syndromem dechové tísně, pneumonií, sepsí, srdečním selháním, anémií, intrakraniálním krvácením, hypoglykemií atd. Novorozenci jsou na oddělení monitorováni pomocí kardiopulsačního monitoru a pulzního oxymetru, díky tomu mohou být apnoické pauzy diagnostikovány rychle a neohrožují na životě. (Fendrychová a kol., 2007, Dokoupilová a kol., 2009)

### 1.3.6 Anémie

Červené krvinky jsou velmi důležité, dodávají kyslík mozku, játrům, srdci, ledvinám, ostatním orgánům i tělesným tkáním. Nedostatečná oxygenace vede k tkáňové hypoxii a acidóze. V případě, že má novorozenec optimální výživu, netrpí malabsorpcí a jeho zásoby železa jsou dostatečné, není potřeba je suplementovat. U nezralých dětí, z vícečetných gravidit, při časně anemizaci nebo po prodělané infekci musíme nedostatečné zásoby železa očekávat. Mezi projevy anémie se řadí tachykardie, tachypnoe, apnoe, bledost, apatie, chabé pití, neprospívání či poruchy perfuze. (Fendrychová a kol., 2007)

Anémie nedonošených bývá často léčena transfuzemi erytrocytů, někdy je nutná i série transfuzí. Transfuze je provázána riziky, proto je důležité, abychom přihlíželi k postnatálnímu věku, stupni anemizace a celkovému stavu dítěte. Za maximální dávku transfuze je považováno 10–15 ml/kg. Prevencí anémie z nedostatku železa u nedonošených je podávání

prvkového železa od 3 až 4 týdnů života do 1 roku dítěte v dávce 2 až 3 mg/kg/den per os. (Peychl, 2005, Fendrychová a kol., 2007, Hrodek a kol., 2002)

### 1.3.7 Hypoglykémie

Pokud je hladina glykémie nižší jak 2,5 mmol/l hovoříme obecně o hypoglykémii u novorozence. Mezi příčiny hypoglykémie patří mimo jiné nedostatečné glycidové rezervy při předčasném porodu. Příznaky hypoglykémie jako je třes, poruchy dýchání, apnoické pauzy, cyanóza, líné pití, křeče se rozvíjejí během prvních hodin a dní po narození. U nedonošených dětí může hypoglykémie proběhnout bez příznaků. (Lebl a kol. 2012, Rubín a kol., 1982)

### 1.3.8 Brochopulmonální dysplázie

Bronchopulmonální dysplázie je kardiopulmonální onemocnění, které začíná v neonatálním období. Pokud je dítě závislé na kyslíku déle jak 28 dní, hovoříme o diagnóze bronchopulmonální dysplázie (dále BPD). Střední forma BPD je diagnostikována v případě, že dítě vyžaduje oxygenoterapii s koncentrací kyslíku, která nepřesáhne 30 %. Pokud je potřeba koncentrace kyslíku více jak 30 %, mluvíme o těžké formě BPD. Se střední a těžkou formou BPD se setkáváme u 20–30 % novorozenců, kteří mají porodní hmotnost nižší jak 1000 gramů. Onemocnění vzniká jako následek umělé plicní ventilace a vlivu kyslíku na dozrávající plicní tkáň, ale bez této terapie by nemohlo možné, aby tyto děti přežily. Mezi projevy onemocnění BPD patří zrychlené dýchání, špatná koordinace dýchání a polykání, promodrávání při pláči nebo větší námaze a gastroesofageální reflux. Dlouhodobými komplikacemi BPD jsou chronické abnormality plicních funkcí provázené porušenou výměnou plynů, pulmonální a systémová hypertenze a hypertrofie srdce. (Borek a kol., 2001, Dokoupilová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2007)

Plavka (2006) uvádí, že v současné době se s BPD setkáváme u dětí s porodní hmotností nižší jak 1000g a ve většině případů není přítomna anamnéza těžkého syndromu respirační tísně.

*„Predominantním patologickým rysem „nové BPD“ je alveolární hypoplasie, zpomalení vaskulárního vývoje plic, zmnožená hladká svalovina, jak v plicních cévách, tak v malých dýchacích cestách, a v neposlední řadě proměnlivá kondenzace kolagenu a elastinu v plicní tkáni.“ (Plavka, 2006, str. 3)*

## 2 Ošetrovatelská péče

V České republice je novorozencům poskytována třístupňová péče. Do prvního stupně se řadí městské porodnice s novorozeneckým oddělením. Tento stupeň představuje péči o fyziologické novorozence. Druhým stupněm péče jsou centra intermediární péče, v České republice jich nalezneme celkem dvacet. Na těchto pracovištích jsou hospitalizováni novorozenci narození po 32. týdnu těhotenství, pokud je stav novorozence po porodu dobrý, je možná hospitalizace i v týdnu nižším. Na těchto pracovištích o novorozence pečují speciálně vyškolený personál. Péče zahrnuje možnost ventilační podpory a infuzní výživy. Do posledního stupně řadíme perinatologická centra, kterých u nás máme celkem dvanáct. Zde je poskytována maximálně možná intenzivní péče novorozencům se všemi stupni nezralosti. (Dokoupilová a kol., 2009)

*„Intenzivní péče o novorozence je soubor léčebných a diagnostických opatření a zákroků, které zajišťují nebo obnovují normální tělesnou teplotu, přiměřené dýchání, správný krevní oběh a rovnovážný stav vnitřního prostředí.“* (Nečasová a kol., 1996, s. 160)

Na pracoviště s vyšším stupněm péče jsou zároveň převáženi i děti donošené s obtížnou poporodní adaptací nebo větším problémem. (Dokoupilová a kol., 2009)

### 2.1 Bariérová ošetrovatelská péče

Do protiepidemických opatření patří dokonalá hygiena provozu oddělení, hygiena pacienta a hygiena ošetřujícího personálu. Zdravotník je zdrojem nozokomiální nákazy zejména prostřednictvím svých rukou, proto je nezbytné, aby používal všechny dostupné bariérové ošetrovatelské techniky a dodržoval zásady hygienicko-epidemiologického režimu.

K vyšetření a léčení smí zdravotnický pracovník přistupovat až po umytí rukou. Nečistoty odstraníme pevným či tekutým mýdlem a vodou, k utírání využíváme jednorázový materiál v krytých zásobnících. Mechanické mytí rukou zbaví pokožku nečistot a přechodné mikroflóry. Provádí se mýdlem a tekoucí vodou po dobu 30 sekund, ruce se suší jednorázovým ručníkem. Mechanické mytí je nezbytné před neinvazivním vyšetřením a léčením pacientů a před chirurgickou dezinfekcí rukou. Hygienická dezinfekce rukou slouží k redukci množství přechodné mikroflóry. Cílem je přerušení cesty přenosu mikroorganismů použitím dezinfekčních prostředků na suché a čisté ruce v dávce, která zajistí vlhkost po dobu 60 sekund. Hygienickou dezinfekci rukou provádíme po práci s biologickým materiálem, použitým prádlem apod. K chirurgickému mytí rukou přistupujeme před chirurgickou

dezinfekcí, ruce musí být bez doplňků a používáme běžné toaletní mýdlo. Ruce myjeme 60 sekund i s předloktím, jednorázově usušíme. K redukci množství přechodné i trvalé mikroflóry na pokožce rukou a předloktí volíme chirurgickou dezinfekci rukou. Provádí se dezinfekčním prostředkem k chirurgické dezinfekci rukou. Dezinfekční prostředek aplikujeme na suché ruce v takovém množství, aby byly ruce po dobu vtírání neustále vlhké. Doba vtírání je 3–5 minut.

Rodiče, kteří chodí své děti navštěvovat na oddělení, jsou také povinni pečlivě si umýt ruce ve filtru. Bariérová ošetrovatelská péče je systém organizačních a provozních opatření, které provádí celý zdravotnický tým. Mezi základní opatření řadíme individualizování všech pomůcek pro osobní hygienu, upřednostňování pomůcek na jedno použití, dodržování aseptických zásad a postupů při provádění diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských činností, udržování pacienta v naprosté čistotě a eliminování zdrojů infekce.

Vaničku nebo kyblík dezinfikujeme po každé koupeli, stejně tak plochu přebalovacího stolu před uložením dítěte a po jeho ošetření. Dezinfikovat musíme také teploměr a krejčovský metr. Inkubátory omýváme a povrchově dezinfikujeme každý den, měníme je zpravidla dvakrát týdně a po každém dítěti. (Fendrychová a kol., 2009)

## **2.2 Zajištění komfortu a vhodného prostředí novorozence**

Donošený novorozenec je na změny, které ho po porodu čekají, připravený a umí se s nimi vypořádat. Dítě narozené předčasně není připraveno na extrauterinní život. Na dítě působí řada dosud neznámých faktorů, mezi které patří chlad, hluk, bolestivé stimuly a světlo. Čím nezralejší novorozenec je, o to hůře se s těmito faktory vyrovnává. (Fendrychová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2007)

V péči o nedonošené děti je velice důležité upravit prostředí a sledovat reakce dítěte. Pokud je dítě spokojené, můžeme pozorovat známky komfortu a stability, mezi které patří stabilní srdeční frekvence, rytmus dýchání, dobrá oxygenace organismu a správná barva kůže. Oproti tomu mezi projevy diskomfortu a stresu se řadí apnoické pauzy, tachypnoe, lapavé dýchání, změna barvy kůže. (Fendrychová a kol., 2007, Fendrychová, 2004)

Náhlý hluk vyrušuje novorozence ze spánku a vyvolává stres i nestabilitu vitálních funkcí. Hluk vytváří přístroje, rádio, řeč a kroky personálu a může dítěti dokonce poškodit sluch, a proto by ošetrojící personál neměl zapomínat na tlumení řeči, smíchu, křiku, hraní rádia. Na

inkubátory nic nepokládáme, potichu zavíráme okénka. Dáváme si pozor, abychom nebouchali dveřmi a nábytkem. (Fendrychová a kol., 2009, Borek a kol., 2001)

Stejně jako hluk i ostré světlo ovlivňuje změny ve stavech spánku a bdění. Nedonošené dítě není schopné zamezit vnímání stimulů z okolního prostředí, a to mu neumožní klidný spánek. Pokud je novorozenec neustále vystaven světlu, leží se zavřenýma očima v polospánku, to znamená, že ani nespí, a není ani v bdělém stavu. Nedonošené dítě chráníme také před zdrojem světla. Alarmy využíváme světelné, zvukové vypínáme. Nesvítíme přímo na novorozence a používáme lampy se stínidly. Inkubátory umísťujeme dále od okna a překrýváme. (Fendrychová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2007)

Také manipulace na jednotce intenzivní péče bývá pro dítě většinou stresující, nepříjemná, a proto zůstává často probuzené a v očekávání. Není schopno se uklidnit a neumí stabilizovat své chování. Dotyk je pro dítě stimulující a stabilizující v případě, že je přiměřený. Držení v náruči vyvolává u dítěte pocit uspokojení, ale na druhé straně i něžný dotek může vyvolat stres, pokud není v souladu s prostředím a očekáváním. V péči o dítě je velice důležité odlišit stav, kdy je připraveno na dotyky a naopak, kdy je unavené a potřebuje odpočinek. (Fendrychová a kol., 2007)

### **2.3 Ošetrovatelská péče v inkubátoru**

Do inkubátoru ukládáme děti nemocné, jevící příznaky nemoci a také v případě, že je dítě nedonošené, nezralé. Inkubátor je zjednodušeně plastový kryt, do kterého je přiváděn ventilátorem vzduch, který je ohříván tepelným zdrojem a zároveň zvlhčován sterilní vodou. Ošetřující personál může pozorovat novorozence v inkubátoru ze všech stran. Inkubátor by měl být umístěn dál od chladného okna nebo naopak horkého topení a zároveň by neměl být vystaven přímému slunečnímu záření. Termoneutrální prostředí v inkubátoru je zajištěné cirkulací zahřátého a zvlhčeného vzduchu. V inkubátoru je konstantní a rovnoměrné tepelné prostředí. (Fendrychová a kol., 2007, Borek a kol., 2001)

Teplotu řídí termostat, který nastaví ošetřující personál na požadovanou hodnotu nebo je teplota korigována prostřednictvím termistorové sondy, která je připevněna na kůži dítěte. Vlhkost v inkubátoru by měla být u nedonošených dětí 60–80 %. Kyslík přiváděný do inkubátoru je ohřátý a zvlhčený, koncentraci je nutné sledovat. Její hodnoty jsou od 21 % do 60 %, záleží na velikosti průtoku. Saturaci měříme pomocí pulzního oxymetru nebo arteriálně či transkutánně. Pulzní oxymetr je používán k měření nasycení krve kyslíkem u dětí, které mohou mít nestabilní hladinu kyslíku. Hodnota saturace by měla být 92–98 %, ale u hodně

nezralých dětí se doporučují hodnoty 85–90 % i nižší, protože je zde možnost nepříznivého vlivu kyslíku na vývoj oční sítnice a plic. (Fendrychová a kol., 2007, Borek a kol., 2001, Dokoupilová a kol., 2009)

Důležitá je také kontrola hluku uvnitř inkubátoru, neměl by přesahovat 65 decibelů. Dále zachováváme denní režim, v noci na oddělení tlumíme světlo. Dítě pokládáme na antidekubitární podložku, pokud vyžaduje intenzivní péči je většinou nahé, pouze v plenkových kalhotkách. V případě, že nepotřebujeme, aby byla hlavička přístupná, je dobré dát dítěti čepičku. Jestliže není nutná intenzivní péče, novorozenec by měl být oblečený. (Nečasová a kol. 1996, Borek a kol., 2001)

V péči o novorozence v inkubátoru můžeme také využít možnosti obklopení dítěte plyšovými pomůckami, které mu zajistí pohodlí. K vytvoření prostředí, ve kterém se nezralý novorozenec bude cítit dobře, nám pomáhají speciální lůžka – „pelíšky“ (viz příloha A – obr. 23, 24), které jsou vyrobeny z hebkého materiálu a na dotyk jsou pro dítě velmi příjemné. Mají tvar dělohy a jejich funkcí je chránit nezralého novorozence. Dítě má v pelišku možnost volného pohybu a ani jeho tělesná teplota není umístěním do tohoto lůžka nijak ovlivňována. Pomůcky jako pásky, ruce (viz příloha A – obr. 25), jsou také součástí pelíšků, novorozenec se jimi může přikrýt, vypodložit či ohraničit. V polohování můžeme využít i různě tvarované kuličkové podložky či fleecové dečky. (Nečasová a kol. 1996, Sodomková, 2013)

Mezi povinnosti sestry patří pravidelná kontrola tělesné teploty. Měříme ji v rektu pomocí rtuťového teploměru, fyziologické rozmezí je 36,6–37,1 °C. Další možností je umístění čidla na horní část břicha novorozence, u nedonošených dětí se takto změřená teplota pohybuje mezi 35,5–37,2 °C. Teplota axilární se měří přitlačení teploměru paží k hrudníku, fyziologické hodnoty jsou 36,3–37 °C. Tělesnou teplotu u novorozenců v inkubátoru je nutné kontrolovat ve čtyřhodinovém intervalu. (Borek a kol., 2001)

Během péče o novorozence v inkubátoru dodržujeme hygienické zásady, abychom snížili riziko vzniku infekce. Nezapomínáme na důkladnou dezinfekci rukou před každým vstupem do inkubátoru. Dezinfekční roztok aplikujeme na suchou kůži až po loket. Další nutností je, aby vstupní okénka inkubátoru byla čistá a měla by být otevírána loktem. Voda v odpařovači musí být měněna každý den. (Fendrychová a kol., 2007, Borek a kol., 2001)

Vážení dětí v kritickém stavu probíhá pouze po dohodě s lékařem a za jeho přítomnosti. Dítě neodpojujeme od ventilátorů nebo monitorů a vážení provedeme pomocí pojízdné váhy, kterou můžeme umístit přímo vedle inkubátoru. Existují také inkubátory, které mají váhu



přímo zabudovanou. Pokud ze zdravotních důvodů nemůžeme dítě vyjmout z inkubátoru a koupat ve vaničce, využijeme vysterilizovanou nádobku z umělé hmoty a provádíme koupel přímo v inkubátoru. Do nádoby napustíme teplou vodu, přidáme olejový přípravek a společně se suchou plenou vložíme do inkubátoru. Novorozence omyjeme pomocí tamponů, následně osušíme, vyčistíme uši a nos a nakonec uložíme do pohodlné polohy. Vše provádíme pouze okénky inkubátoru, předcházíme tak podchlazení novorozence a snížení koncentrace kyslíku uvnitř inkubátoru. (Borek a kol., 2001)

Ztížený přístup k dítěti je jednou z nevýhod inkubátoru. Ošetrovatelská péče je prováděna především okénky inkubátoru. Při otevření předního panelu se snižuje koncentrace kyslíku, vlhkosti i teplota. Někdy je lepší zvážit přemístění dítěte na vyhřevné lůžko a tam provést potřebné výkony. Vyhřevná lůžka jsou vhodná k prvnímu ošetření novorozence a provedení nezbytných zákroků, ale nevolíme je k dlouhotrvajícímu pobytu dítěte. Na vyhřevném lůžku dochází ke zvýšeným ztrátám tepla a dítě je vystaveno většímu riziku vzniku infekce. Pokud si novorozenec udrží tělesnou teplotu a nevyžaduje nepřetržité sledování ani vysokou koncentraci kyslíku, oblečeme ho a snížíme teplotu v inkubátoru. Poté je možné přemístit dítě do postýlky. (Borek a kol., 2001, Fendrychová a kol., 2007)

## **2.4 Výživa nedonošených**

*„Optimální výživa je definována tak, že musí zajistit takový růst a vývoj dítěte, aby odpovídal třetímu trimestru intrauterinního života.“* (Borek a kol., 2001, s. 167)

### **2.4.1 Enterální výživa**

*„Ze začátku budu dostávat úplně mrňavé dávky, někdy třeba jen jeden mililitr každé tři hodiny.“* (Dokoupilová a kol., 2009, s. 70)

Enterální výživa u nedonošených dětí způsobuje komplikace jako zvracení, poruchy vodního a elektrolytového hospodářství, distenzi žaludku a trávicího traktu, poruchy acidobazické rovnováhy a nekrotizující enterokolitidu. Každé nestabilní dítě bez ohledu na váhovou kategorii by se mělo začít krmit až po stabilizaci, ale zároveň co nejdříve je to možné. (Borek a kol., 2001)

### **2.4.2 Mateřské mléko**

Mezi vlastnosti mateřského mléka patří sterilita, optimální teplota, možnost využití v každém okamžiku a ekonomická nenáročnost. Světová zdravotnická organizace WHO

a Dětský fond OSN – UNICEF považují mateřské mléko za nejvhodnější potravu pro všechny děti. Mateřské mléko po předčasném porodu obsahuje větší množství živin, především bílkovin, než mléko, které se začne tvořit po porodu v termínu. Mateřské mléko také chrání novorozence proti infekcím, protože obsahuje látky s bakteriostatickým, baktericidním a protizánětlivým účinkem. (Fendrychová a kol., 2007, Dokoupilová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2009)

Pokud se dítě narodí v termínu, podporujeme laktaci pravidelným přiložením novorozence k prsu matky. Nezralí novorozenci toho nejsou schopni pro svou fyzickou výbavu a zralost nebo mohou mít jiné poporodní potíže. Stimulace prsních bradavek rukou nebo odsávačkou uměle nahrazuje přikládání dítěte. Dobrý vliv na utváření mléka má také pohled na miminko a klokánkování (položení miminka na hrudník matky, kontakt „kůží na kůži“). Čím více je dítě nezralé, tím déle musí matka mléko odstříkávat. Mateřské mléko se odstříkává každé tři hodiny, ve dne i v noci, a to do doby, než je novorozenec schopen sát z matčina prsu sám. Tříhodinový interval podporuje tvorbu mléka. (Dokoupilová a kol., 2009)

Ve výživě nedonošených dětí jsou využívány speciálně upravené umělé přípravky a to v případě nedostatku mateřského mléka. Tyto přípravky jsou určeny přímo nedonošeným dětem a obsahují i vyšší obsah kalorií. V případě, že kalorická hodnota mateřského mléka není dostatečná, existují doplňky fortifikující mateřské mléko, to znamená zvyšující jeho kalorickou hodnotu. Fortifikace navyšuje energii, základní živiny a poskytuje také dostatečnou suplementaci vitamínu D, K, železa, kalcia, fosforu a některých stopových prvků. (Borek a kol., 2001, Peychl, 2005)

### **2.4.3 Parenterální výživa**

Parenterální výživu indikujeme, když dítě nemůže přijímat potravu přirozenou cestou nebo jestliže jiný způsob výživy nedokáže dostatečně zajistit potřeby organismu. Mezi takové stavy řadíme například nekrotizující enterokolitidu, závažná postižení zažívacího traktu, předčasně narozené děti s intolerancí stravy nebo přetrvávající průjmy či těžké záněty zažívacího ústrojí. Roztoky podávané dítěti obsahují všechny důležité živiny včetně tuků, minerálů a vitamínů. U malých dětí je nezbytné, aby dávkování bylo přesné. Využíváme infuzní pumpy umožňující nastavení rychlosti s přesností až 0,1 ml/hodinu. (Borek a kol., 2001, Dokoupilová a kol., 2009)

Parenterální způsob výživy je nefyziologický. Živiny, které se tímto způsobem dostávají do organismu, obcházejí zažívací trakt. Parenterální výživu podáváme buď cestou periferní žíly

nebo cestou velkých cév. Jakmile je to z klinického hlediska možné, převedeme dítě na výživu perorální. (Borek a kol., 2001)

#### **2.4.4 Způsoby krmení**

Krmení nazogastrickou či orogastrickou sondou volíme u dětí, u kterých může být zavedena enterální výživa, jejich zažívací trakt je intaktní, ale perorální příjem není dostačující. Toto je typické pro děti narozené před 32. týdnem gestace, děti s depresí centrální nervové soustavy nebo u novorozenců s poruchou sacího a polykacího reflexu. K výživě používáme měkkou cévku a zavádíme ji nosem či ústy. Nejprve si odměříme vzdálenost od nosu k uchu a k mečovitému výběžku sternální kosti dítěte. Naměřenou vzdálenost si na sondě označíme a zvlhčenou a otevřenou zavedeme. Před aplikováním stravy se musíme ujistit, že jsme sondu zavedli do žaludku a ne do plic, proto musíme provést aspiraci, pokud se objeví žaludeční obsah, sonda je zavedena správně. Stravu podáváme pomalu stříkačkou či samospádem. Stabilní dítě bez dechových obtíží může být krmeno stříkačkou. Krmení stříkačkou představuje přechodný krok mezi sondováním a kojením. Pozitivní na tomto způsobu krmení je fakt, že trávicí pochod má počátek již ústech, a ne až v žaludku. (Borek a kol., 2001, Dokoupilová a kol., 2009)

Novorozenec narozený do 28. týdne od početí bývá schopen rty pevně uchopit bradavku. Podmínkou je ale celkově dobrý zdravotní stav a je nutné přikládat k plně odstříkanému prsu. Novorozenci můžeme nakapat pár kapek mléka na jazyk, aby zjistilo jakou chuť a vůni má mléko. Dítě od 29.–30. týdne je většinou schopno sání z prsu, ale stále přetrvává problém s koordinací mezi sáním, polykáním a dýcháním. Plné kojení ještě nevolíme, ale využijeme také nonnutritivní sání z odstříkaného prsu. Toto přikládání podporuje laktaci. K neodstříkanému prsu můžeme začít přikládat novorozence, kteří dosáhnou přibližně 33. týdne a koordinace mezi sáním, polykáním a dýcháním u nich dozrává. Přesto se musíme řídit zejména individuální schopností každého dítěte. (Dokoupilová a kol., 2009)

#### **2.4.5 Vývoj váhy**

U donošených i u nedonošených dětí se projevuje poporodní váhový úbytek. U nedonošených dětí může úbytek činit až 20 % porodní váhy, u donošených bývá úbytek maximálně do 15 %. U výrazněji nedonošených se pokles váhy zastavuje mezi 7. až 14. dnem po porodu a počáteční přírůstky na váze jsou malé. Výraznější pokles váhy u nedonošených novorozenců v prvních dnech způsobuje relativně větší ztráta tekutin. Toto platí hlavně pro

nedonošence, kteří nevyžadují po porodu infuzní léčbu, průběh váhového úbytku při parenterální výživě je modifikován. Adaptační problémy novorozence způsobují pomalejší obrat váhy k jejímu růstu. Po stabilizaci přechodu na plný perorální příjem dosahují nedonošení v průměru shodné rychlosti přibývání na váze jako novorozenci donošení. (Peychl, 2005)

## **2.5 Péče o dítě s hyperbilirubinémií**

Léčbou žloutenky se snažíme chránit zejména mozek před vznikem bilirubinové encefalopatie. Léčba žloutenky spočívá především v dostatečné hydrataci a včasném krmení, díky kterému je urychlen odsun bilirubinoidů z trávicí trubice a jejich zpětné vstřebávání je tímto sníženo. Středně závažný ikterus léčíme využitím fototerapie. (Klíma a kol., 2003)

Fendrychová a kol. (2009) uvádí, že fototerapií je bilirubin v kůži přeměněn na netoxické produkty, které jsou z organismu vyloučeny bez ohledu na funkci jater. Fototerapie je indikována po přímém stanovení bilirubinu v séru. Zdroj světla představuje fototerapeutická lampa, která musí být v bezpečné vzdálenosti nad dítětem nebo pod ním. Existuje také takzvaný Bili-bed či Bili-blanket, kdy jsou optická vlákna zabudovaná v podušce, do které je dítě zabalené nebo na ní leží. Při fototerapii má být dítě co nejvíce odhalené. Před zářením je nezbytná ochrana očí, zajištění dostatečného množství tekutin a pravidelná monitorace novorozence. Ochrana očí spočívá v jejich krytí neprůsvitným materiálem, nejvhodnější jsou však firemně vyráběné fotobryle. Je důležité zajistit dostatečný perorální příjem tekutin, protože během fototerapie dochází ke zvýšeným ztrátám tekutin. Někdy zvažujeme i parenterální přívod. Ošetřující personál musí během fototerapie na novorozence dobře vidět. Hrozí zde zamaskování prošednutí dítěte při apnoické pauze vlivem modrého nebo zeleného světla.

## **2.6 Oxygenoterapie**

Léčba kyslíkem je účinná, ale má své zásady. Tyto zásady zabraňují projevům toxicity kyslíku, který může kyslíkovými radikály poškodit tkáň a vyvolat zánětlivou reakci. U nezralých novorozenců je kyslík nebezpečný pro jejich nízkou antioxidační ochranu tkání. Nežádoucí vliv kyslíku se projevuje zejména na plicní tkáni a oční sítnici. (Dort a kol., 2004)

Léčba kyslíkem má své přesné indikace, dávkování a způsoby podávání. Oxygenoterapii zahajujeme při cyanóze, prošedávání, křečích, apnoických pauzách. Léčbu kyslíkem

využíváme také u výrazně nezralých dětí při hypoxemii a při respirační či respiračně metabolické acidóze. (Nečasová a kol., 1996)

Podávaný kyslík musí být zvlhčený a předeřtý. Pokud by na obličej novorozence proudil chladný kyslík, mohlo by dojít k větší spotřebě kyslíku aktivací kožních receptorů. V zásadě existují dva způsoby podávání kyslíku:

- Inhalací (nedochází k přetlaku na dýchací cesty)
- Insufací (využití přetlaku při aplikaci kyslíku)

Inhalačně se kyslík podává novorozencům se zachovanou spontánní dechovou aktivitou. Kyslík může být přiváděn do inkubátoru s maximální koncentrací do 40 %, vyšší stabilní koncentrace není možné v běžně používaných inkubátorech bezpečně docílit. Dále můžeme inhalačně podávat kyslík prostřednictvím masky přiložené k orofaciální oblasti. Toto podání se využívá pro akutní a krátkodobé podávání. Kyslíkový stan patří také mezi způsoby inhalačního podání a zde je možná i vyšší koncentrace kyslíku za předpokladu správného zvolení průtoku plynů, který zabraňuje kumulaci vydechovaného oxidu uhličitého. Dlouhodobé podávání kyslíku u jinak stabilizovaných novorozenců zajišťují nosní kanyly. (Nečasová a kol., 1996, Borek a kol., 2001, Zaban, Biolk 2011)

Během insuflace se směs kyslíku se vzduchem dostává do plic pod tlakem pomocí masky a vaku bez intubace nebo endotracheální rourky. Insuflace vakem a maskou bez intubace novorozence je využívána především během resuscitace na porodním sále u novorozenců s nedostatečnou spontánní dechovou aktivitou. (Nečasová a kol., 1996, Borek a kol., 2001, Zaban, Biolk 2011)

Nezbytná je monitorace oxygenoterapie prostřednictvím pulzního oxymetru. Cílem léčby kyslíkem je dosažení normálního parciálního napětí kyslíku v arteriální krvi. Analýzu provádíme nejčastěji ze vzorku kapilární krve, protože katetrizace a kanylace artérií představuje riziko vzniku komplikace. (Fendrychová a kol., 2007)

## **2.7 Distenční terapie**

Distenční terapie je indikována pouze u dětí, které spontánně dýchají a zároveň pro ně dýchání představuje velkou námahu a úsilí. V neonatologii je používán pro tuto terapii výraz CPAP (continuous positive airway pressure). CPAP využívá přetlaku, který je vyšší než tlak atmosferický. Přetlak je udržován při nádechu i výdechu. Nosní CPAP, který vytváří nepřetržitý pozitivní tlak v dýchacích cestách, je zaveden kanylou nosem. Směs plynů, která

je přiváděna do kanyly, musí být zvlhčována a ohřívána. Doba, po kterou bude nutná distenzní terapie, se nedá předem určit, rozhodují přidružené komplikace a vývoj nezralých plic. (Dokoupilová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2007, Nečasová a kol., 1996)

## **2.8 Umělá plicní ventilace**

Indikací k umělé plicní ventilaci je respirační selhávání novorozence, které může vycházet z plicních patologií nebo mimoplicních příčin. Hlavním cílem umělé plicní ventilace je zajištění oxygenace a odventilování oxidu uhličitého. Umělé plicní ventilaci předchází zaintubování novorozence, které zajistí vstup do dýchacích cest pomocí kanyly zavedené do průdušnice nosem nebo ústy. Pokud je dítě na ventilátoru, péči věnujeme zejména kanyle. Ošetrovatelská péče spočívá v odsávání kanyly a také přelepování, které slouží jako prevence vzniku otlaků. Zvýšenou pozornost věnujeme zalomení nebo extubaci. Dalším úkolem sestry je sledování hadic, které musí být orosené, ale zároveň se v nich nesmí objevit větší množství vody. Kontrolujeme parametry ventilátoru, koncentraci kyslíku a hodnotu pozitivního přetlaku. (Fendrychová a kol., 2007, Nečasová a kol., 1996)

## **2.9 Hygienická péče**

*„Hygiena je soubor pravidel a postupů vedoucí k podpoře a ochraně zdraví.“* (Sedlářová a kol., 2008, s. 63) Hygiena je jednou ze základních biologických potřeb a v novorozeneckém věku je uspokojována dospělou osobou.

### **2.9.1 První koupel**

Fendrychová a kol. (2009) uvádí, že se první koupel novorozence provádí až po stabilizaci stavu dítěte, kdy je jeho teplota normální po dobu 2–4 hodin. Abychom předešli kontaminaci pupečního pahýlu, volíme první koupel sprchováním. Dítěti nejprve omyjeme obličej teplou vodou bez mýdla. Poté již s pomocí mýdla umyjeme vlásy, krk, ramena, trup, horní a dolní končetiny a nakonec genitál. Pravidlem je, že se nikdy rukou či žínkou nevracíme na místo již namydlené. Po opláchnutí a jemném osušení, vyměníme morkou osušku za suchou a vyčistíme ušní boltce, nos vytřeme pouze v případě potřeby a hřebínkem vyčešeme vlásy. Prohlédneme kožní záhyby a odstraníme zbytky krve či mázku pomocí oleje. U děvčátek nezapomínáme při ošetřování genitálu oddálit labia minora a odstranit mázek i odtud.

## 2.9.2 Běžná koupel

Podle Dokoupilové a kol. (2009) není třeba koupat dítě každý den. Sedlářová a kol. (2008) uvádí, že časté koupání s použitím velkého množství mycích prostředků narušuje přirozený ochranný film. Denně je vhodné omývat pouze místa zapáčky, zadeček, genitálie.

U nedonošených novorozenců dáváme přednost v prvním týdnu života koupeli v čisté vodě bez použití mýdla. Je důležité vyhnout se tření kůže a k osušení pokožky používat pouze jemné materiály z bavlny. Pokud je kůže poškozená, měli bychom ji raději omýt sterilní vodou. (Fendrychová a kol., 2007)

Teplota v místnosti by měla být 24–27 °C a vhodná teplota vody pro nedonošené děti je 37 °C. Novorozence při koupeli držíme tak, že se opírá o naše předloktí a naše prsty pevně drží vzdálenější paži dítěte. Po koupeli je vhodné dát dítěti čepičku. Pupeční pahýl musí zůstat suchý a čistý, proto ho necháváme volně bez krytí na povrchu pleny. Změkčující i zvlhčující prostředky hydratují pokožku a zabraňují tak nadměrnému vysoušení, praskání a olupování kůže. U nezralých novorozenců používáme zvlhčující a změkčující prostředky jako prevenci v prvních 24–48 hodinách, kdy používáme přípravky na bázi vazelíny nebo volíme minerální oleje. Přípravky nanášíme na celý povrch těla, vynecháváme obličej a vlasovou část. Dávky můžeme za 12 hodin zopakovat. Pokračujeme až několik týdnů do té doby, dokud pokožka nedozraje. Prádlo pro novorozence volíme suché, čisté, dostatečně volné a měníme každý den nebo po znečištění. Hygienickou péči zajistíme častým přebalováním s omýváním a sušením míst zapáčky. Pleny měníme dle potřeby a dbáme, aby nepřekrývaly pupeční pahýl. (Dokoupilová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2007, Fendrychová a kol., 2009)

## **3 Rodiče a předčasně narozené dítě**

Narození zdravého donošeného dítěte provází obvykle radost a oslavné rituály. Po předčasném porodu matka často trpí pocity viny, že nedokázala dítě donosit. Objevují se obavy ze zvládnutí rodičovské role a z reakce partnera, příbuzných i známých. (Hradilková, Jungwirthová 2010)

Podle Sobotkové a kol. (2003) to, jak se rodiče s nelehkou situací vyrovnají, velice často závisí na zdravotnickém personálu. Důležité je citlivé jednání, vhodné podávání informací i poskytnutí emoční podpory. Rodiče si jednání zdravotnického personálu pamatují s přesností i po dlouhé době od této složité životní situace.

### **3.1 Komunikace s rodiči**

Než začneme rozhovor s rodiči, měli bychom vždy představit sebe i všechny ostatní spolupracovníky. Během každého rozhovoru s rodiči musíme mít na paměti, že prožívají krizový stav, který se vyznačuje tranzovým (zúženým) stavem vědomí. Tranzový stav zapříčiňuje, že si člověk z rozhovoru pamatuje zkreslené, jen velmi kusé informace, a ty klíčové zapomíná. Z tohoto důvodu je důležité průběžné ujišťování, zda rodiče poskytnutým informacím rozumí. Pokud je zapotřebí informaci zopakovat, měli bychom tak učinit laskavě a dát rodičům najevo, že se mohou kdykoli na cokoli zeptat. (Fendrychová a kol., 2005)

Podle Plevové, Slowik (2010) je důležité, aby zdravotníci nezapomínali na to, že se rodiče ocitají v nemocničním prostředí mnohdy poprvé a termíny běžně používané zdravotníky jim nemusí být známé. Sobotková a kol. (2003) uvádí, že by se rodiče neměli stydět ptát na své otázky. Doporučuje i napsání otázek předem, aby během rozhovoru s odborníkem na nic nezapomněli. Plevová, Slowik (2010) považují za přínosné podávání informací i v písemné podobě, které v žádném případě nemají nahradit komunikaci, ale pouze dopomáhat k jejímu zkvalitnění. Písemné materiály, nejčastěji brožury, mohou také usnadnit rodičům přípravu otázek pro zdravotníky.

#### **3.1.1 Sdělení diagnózy**

Základní informaci rodičům podává lékař nesoucí odpovědnost za léčbu. Pokud existuje jistota diagnózy, měli bychom informaci rodičům sdělit co nejdříve. Odkládání sdělení mívá za následek bolestivější i útočnější reakci. Sdělení nepříznivé diagnózy je velice složitý úkol pro lékaře a zdravotnický personál, pro rodiče znamená začátek příběhu, který budou mít



na paměti ještě mnoho let. V silách každého lékaře a zdravotnického pracovníka je pozitivní ovlivnění počátku příběhu. Měli bychom zajistit pohodlí a vhodné prostředí pro rozhovor, chválit matku i dítě, zajistit přítomnost otce nebo blízké osoby a v neposlední řadě poskytnout dostatek informací. Mezi první obranné mechanismy po sdělení nepříznivé diagnózy patří popření problému. Rodiče mohou být neteční, někdy zpochybňují výsledky vyšetření a objevuje se agrese, nejčastěji směrem k lékaři. Obvyklé bývá také hledání viníka a intenzivní pocit viny. (Fendrychová a kol., 2005, Hradilková, Jungwirthová 2010)

## **3.2 Pomoc rodičům**

Předčasným narozením dítěte se změní život celé rodiny. Mezi základní specifické problémy patří nedokončená příprava na rodičovství. Proces fyziologických změn, které probíhají v těhotenství, není přirozeně ukončen. Maminka se ocitá v nemocnici, kde zůstává až několik měsíců a dostávají se pocity izolace, bezmoci a úzkosti. V této nelehké situaci můžeme rodičům pomoci tím, že je seznámíme s prostředím jednotky intenzivní péče. Důležité je povzbuzování k optimálnímu kontaktu s dítětem a zapojení do péče. Za nejvhodnější se považuje podávání informací o stavu dítěte od jednoho ošetřujícího lékaře. Rodiče bychom měli poučit o vhodné stimulaci dítěte a průběžně informovat o často měnícím se stavu dítěte. (Hradilková, Jungwirthová 2010)

### **3.2.1 Prostředí jednotky intenzivní péče**

Prostředí jednotky intenzivní péče bývá pro rodiče stresující, cizí, s atmosférou prohlubující strach. Rodiče vidí své dítě napojené na přístroje a mají obavy se ho dotknout, jsou zároveň v očekávání, s jakou reakcí od zdravotnického personálu se setkají. V zahraničí v rámci předporodní přípravy matky, u které existuje pravděpodobnost, že bude její dítě po porodu převezeno na jednotku intenzivní péče, se nabízí možnost návštěvy tohoto oddělení. Cílem je letmé seznámení s prostředím, do kterého bude přijato jejich dítě a snížení depresivního působení tohoto oddělení. Po předčasném porodu a během prvních návštěv prožívají i informovaní a připravení rodiče šok a zármutek. Pokud matka nemůže své dítě z různých důvodů vidět, existuje v zahraničí na některých odděleních možnost pořízení fotografie. Zdravotníci fotografii předávají rodičům a ti mohou tak spatřit své dítě a ukázat jej sourozencům nebo příbuzným. Rodiče, jejichž dítě se ocitlo po předčasném porodu na oddělení jednotky intenzivní péče, prochází třemi fázemi vývoje. V prvním období potřebují informace, ujišťování, pocit bezpečí. Ve druhé fázi se objevuje „vystřízlivění“ a rodiče se začínají zajímat o péči, která je poskytována jejich dítěti. Nakonec dochází ke spojenectví.

Rodiče spolupracují se sestrami, aby dosáhli plánovaných cílů. Třetí fáze pokračuje až do propuštění dítěte z nemocnice. Úkolem sestry je rozpoznat, v jaké fázi se rodič právě nachází. Nejhorší varianta nastává, pokud dojde k separaci dítěte od matky. Matce není umožněno poznat své dítě a zároveň může být i negativně ovlivněna její schopnost stát se dobrou matkou. (Fendrychová a kol., 2007)

Po porodu je utvářen pevný vztah mezi matkou a dítětem a časný kontakt s novorozencem navozuje instinktivní mateřské chování. Pokud rodiče nemohou být s dítětem v nemocnici, dávat mu lásku, utěšovat ho a ochraňovat, mívají pocit, že ve své rodičovské roli selhali. Separace by se měla co nejvíce redukovat a novorozenecké jednotky intenzivní péče by měly přijmout opatření, která separaci zabraňují. Mezi taková opatření řadíme zřizování pokojů pro matky v rámci jednotek intenzivní péče, povolení návštěv dítěte v jakoukoli denní i noční dobu, zajištění dostupnosti telefonní linky ke každodenním dotazům. (Plevová, Slowik 2010, Fendrychová a kol., 2007)

### **3.2.2 Utváření vztahu mezi matkou a dítětem**

K vytvoření citové vazby mezi matkou a dítětem může zabraňovat strach z úmrtí dítěte. V některých případech se rodiče cítí vinni, že nemilují své dítě dostatečně. Zlepšení nastává v okamžiku, kdy dítě vyhraje boj nad počáteční krizí. Paradoxně vztah matek k dětem, které se narodily mezi 24. a 32. gestačním týdnem bývá těsnější, než vztah matek k dětem, které přišly na svět po 32. týdnu těhotenství. Přesto, že tyto děti mívají menší zdravotní komplikace, vztah k nim se vyvíjí problematičtěji. Oporou a průvodcem v utváření citové vazby mezi rodiči a nedonošeným dítětem by měla být sestra. Podporovat rodiče znamená umožnit jim účast v péči o jejich dítě, nést za péči odpovědnost a získávat informace o stavu dítěte. (Pavlíková, Novotná 2009, Fendrychová a kol., 2007)

### **3.2.3 Spolupráce s rodiči, zapojení do péče o dítě**

Pokud se rodiče zapojí do péče o dítě, zvyšuje se jejich důvěra v manipulaci s novorozencem. Na oddělení je jim umožněno si dítě zabalit, nakrmit, vykoupat, pochovat. S rodiči je dobré mluvit o projevech dítěte. Jak se chová při manipulaci, koupání, balení, co mu sluší a co má rádo. Maminky bývají klidnější a spokojenější, když je vyslechneme a odpovíme na jejich dotazy. Zároveň je třeba matky podporovat v jejich snaze naučit se zacházet s novorozencem. (Borek a kol., 2001)

Pro sestru bývá práce také velmi obtížná. Někdy si mohou říkat, že by se jim lépe pracovalo bez rodičů. Ovšem v péči o novorozence jde o velmi důležitou věc. Zdravotník by se neměl cítit rodičům nadřazen a nemá právo je soudit. Spolupráce znamená rozdělení si úkolů, pravomocí a odpovědnosti. Krokem úspěšné spolupráce je správná, efektivní komunikace. Zdravotník neradí a nepoučuje, ale používá slova, kterým rodiče rozumí, informuje, povzbuzuje k otázkám a přesvědčuje se, zda rodiče pochopili. Pokud se rodiče pro něco rozhodnout, je zapotřebí jejich rozhodnutí respektovat. (Fendrychová a kol., 2007)

Sestry na jednotce intenzivní péče, maminky či dobrovolnice vyrábějí pletené barevné čepičky, ponožky i další oblečky. V inkubátoru je teplota pro novorozence dostatečná a oblečení představuje spíše psychologickou pomoc. Pro spoustu žen jsou ruční práce relaxací a po předčasném porodu může mít výroba oblečků podpůrný psychoterapeutický efekt. (Pavlíková, Novotná 2009)

### **3.3 Pomáhající organizace**

#### **3.3.1 Nedoklubko**

Nedoklubko je občanské sdružení, které pomáhá rodičům předčasně narozených dětí. Sdružení bylo založeno v roce 2002 při Ústavu péče o matku a dítě v Praze – Podolí. K aktivitám Nedoklubka patří projekty s konkrétním cílem nebo záměrem. Projekt Miminka do dlaně má své počátky v roce 2009, kdy byl odstartován první výstavou fotografií s příběhy předčasně narozených dětí. Projekt Mámy pro mámy začal také na konci roku 2009. Projekt spočívá ve vyjádření podpory a sounáležitosti maminkám prostřednictvím vlastnoručně vyrobených dárečků. Dárky vznikají v mateřských centrech, domovech důchodců i ve školách. Vyrábí je maminky, děti, klientky v domovech důchodců. K dárkům je připsán vyrábějícím ještě povzbuzující vzkaz a Nedoklubko dárky vyzvedne, připojí k nim tištěnou knížečku s příběhy již větších nedonošených dětí a zdravotníci dárky předají maminkám v nemocnicích. Jako součást projektu Mámy pro mámy vzniklo i laické poradenství. Na dotazy odpovídají poradkyně mamušky, které mají také zkušenosti s předčasným porodem. Projekt Purpurové srdce oceňuje osobnosti, které pečují o nedonošené děti nebo jejich rodiče či osobnosti, které se podílejí na osvětě problematiky. Nedoklubko vydalo také brožurky, které jsou zdarma k dispozici na jejich webových stránkách. V pracovních dnech je rodičům k dispozici krizová linka. (Novotná, Csirková 2010, Pavlíková, Novotná 2009)

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

**Otázka č. 1:** Jsou ženy na oddělení intermediární péče spokojené s rozsahem informovanosti v péči o nedonošeného novorozence?

**Otázka č. 2:** Je většina žen na oddělení intermediární péče poučena o problematice odstříkávání mateřského mléka?

**Otázka č. 3:** Jak ženy na oddělení intermediární péče hodnotí péči o nedonošeného novorozence?

**Otázka č. 4:** Liší se na oddělení intermediární péče prožívané pocity žen prvodiček od žen vícerodiček?

**Otázka č. 5:** Je ženám na oddělení intermediární péče poskytována psychická podpora ze strany zdravotnického personálu?

## 5 METODIKA VÝZKUMU

Výzkum probíhal v období od listopadu 2012 do února 2013, osloveno bylo celkem 35 žen po předčasném porodu, o jejichž dítě pečoval tým zdravotníků na oddělení intermediární péče (dále IMP) v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Návratnost dotazníků byla 85,71 %. Dotazník byl rozdán respondentkám osobně těsně před odchodem z nemocnice, jelikož dotazníkové šetření mělo za cíl shrnout spokojenost matek s péčí o nedonošené novorozence během celé délky pobytu na oddělení IMP. Sestavení dotazníku předcházela praxe, kterou jsem absolvovala právě na tomto oddělení, a která mi velmi pomohla ve výběru otázek do dotazníkového šetření.

Ženy odpovídaly na 21 otázek, otevřených, uzavřených a polouzavřených. Uzavřené otázky jsou v dotazníku zastoupeny nejčastěji, vyplnění těchto otázek je jednoduché a jejich zpracování snadné. Ženám byl dán také prostor pro vyjádření vlastních názorů v otázkách otevřených a polouzavřených. Pro vypracování práce bylo použito všech 30 navrácených dotazníků. Z výsledných dat jsem pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel vytvořila ke každé otázce grafické znázornění. Dotazník je uveden v Příloze B.

Přehled použitých četnostních veličin:

**n** - rozsah souboru

**n<sub>i</sub>** - četnost jednotlivých hodnot znaku ve statistickém souboru

**f<sub>i</sub>** - veličina pro vyjádření relativní četnosti

**Σ** - suma = celkový součet

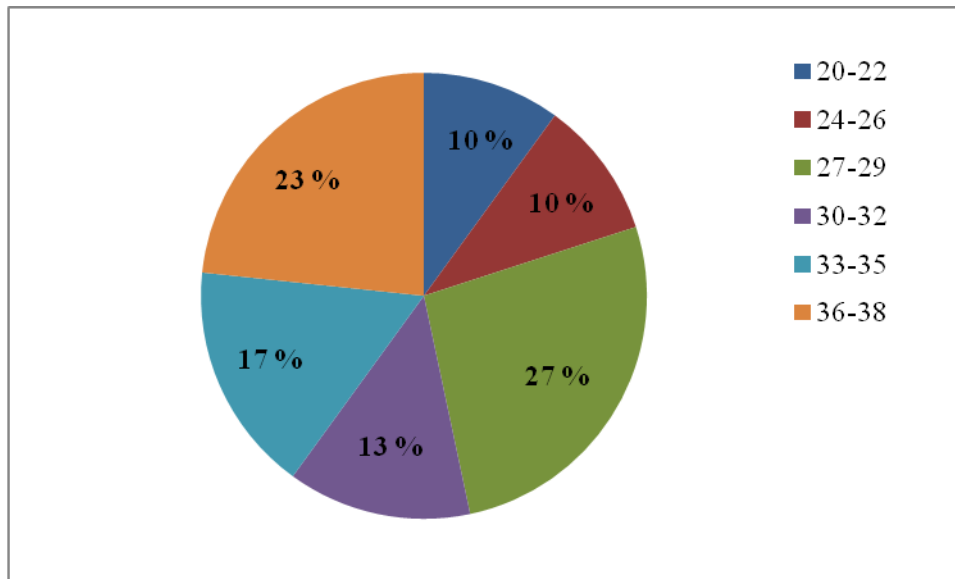
Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech:

Četnost jednotlivých hodnot znaku ve statistickém souboru dělená rozsahem souboru.

$$f_i [\%] = n_i / n * 100$$

## 6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?



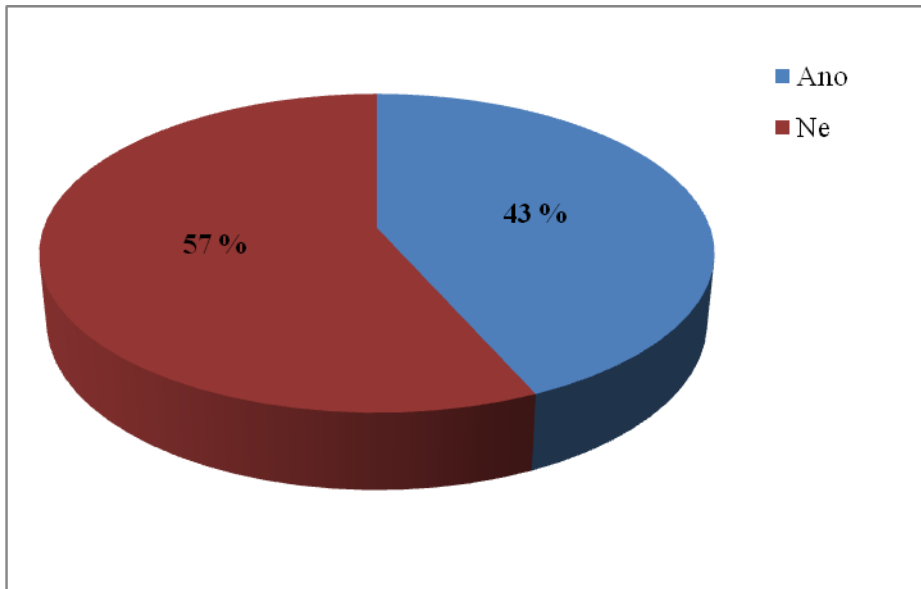
Obr. 1 Grafické znázornění věkového rozložení žen

V otázce č. 1 jsem zjišťovala věkové rozložení dotazovaných žen. Tato otázka byla otevřená a následně byl věk rozdělen do jednotlivých intervalů, jak je z grafu patrné. Nejčastěji byla zastoupená věková skupina od 27–29 let a od 36–38 let, která představuje zároveň nejstarší věkovou skupinu a zařadilo se do ní 7 žen (**23 %**). Vě věkovém rozmezí 27–29 let bylo 8 žen (**27 %**). Nejmladší věkovou skupinu 20–22 let tvoří 3 ženy (**10 %**), žádné dotazované nebylo pod 20 let a nad 38 let. (Obr. 1)

**Otázka č. 2: Rodila jste poprvé?**

a) Ano

b) Ne

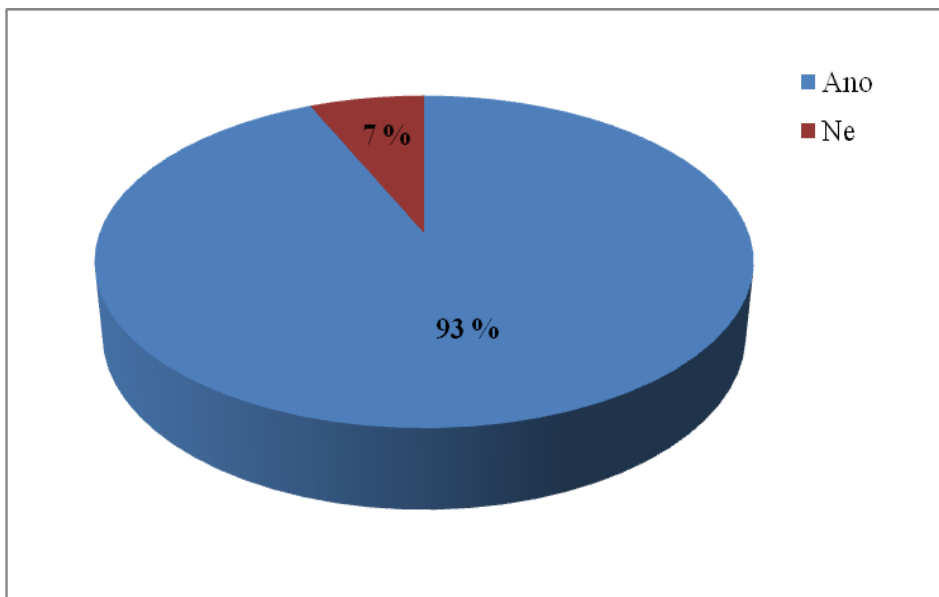


Obr. 2 Grafické znázornění parity žen

Pro 13 (**43 %**) žen představoval porod zcela novou zkušenost. Sedmáct žen (**57 %**) uvedlo, že nynější porod nebyl jejich prvním. V dotazníkovém šetření tedy bylo zastoupeno větší procento žen vícerodíček. (Obr. 2)

**Otázka č. 3: Máte pocit, že jste byla dostatečně seznámena s harmonogramem a chodem oddělení?**

- a) Ano
- b) Ne



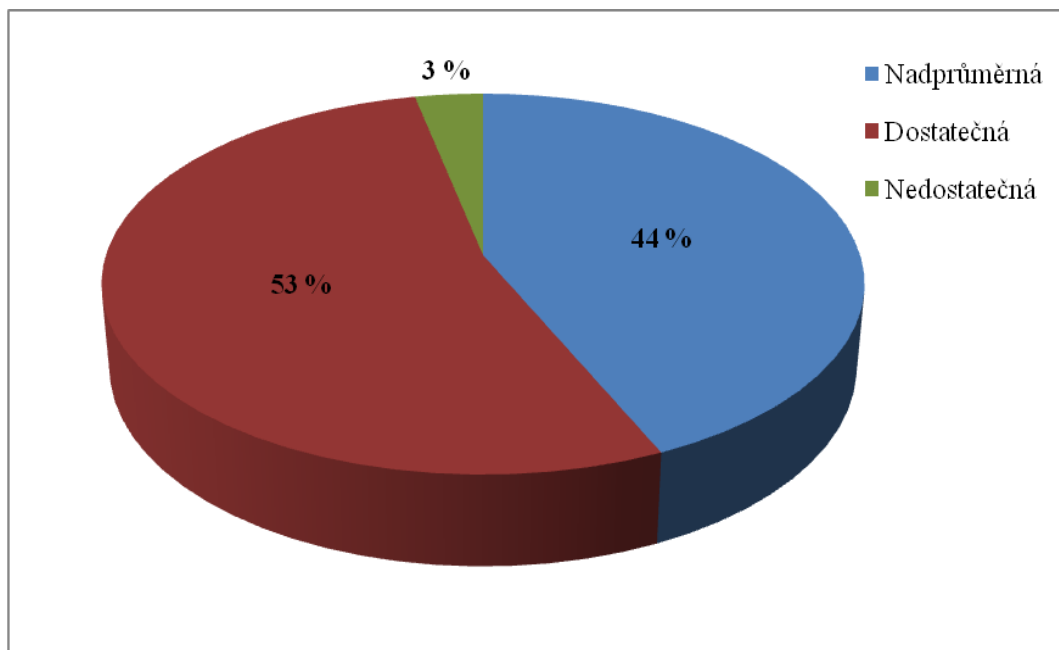
Obr. 3 Grafické znázornění informovanosti žen o chodu a harmonogramu oddělení

Zajímalo mě, zda jsou ženy na oddělení IMP dostatečně informované o chodu a harmonogramu oddělení, jelikož se domnívám, že informovanost v této oblasti je nezbytně nutná k dosažení spokojenosti jak matek, tak ošetřujícího personálu. Naprostá většina dotázaných žen – 28 (**93 %**) zvolila v této otázce možnost ano, byla tedy na oddělení IMP spokojená s rozsahem poučení v této problematice. Pouze podle 2 (**7 %**) žen bylo seznámení s harmonogramem a chodem oddělení nedostatečné. (Obr. 3)



**Otázka č. 4: Jak byste zhodnotila informovanost v péči o Vaše nedonošené miminko na oddělení intermediární péče? (přebalování, koupání, krmení atd.)**

- a) Nadprůměrná
- b) Dostatečná
- c) Nedostatečná

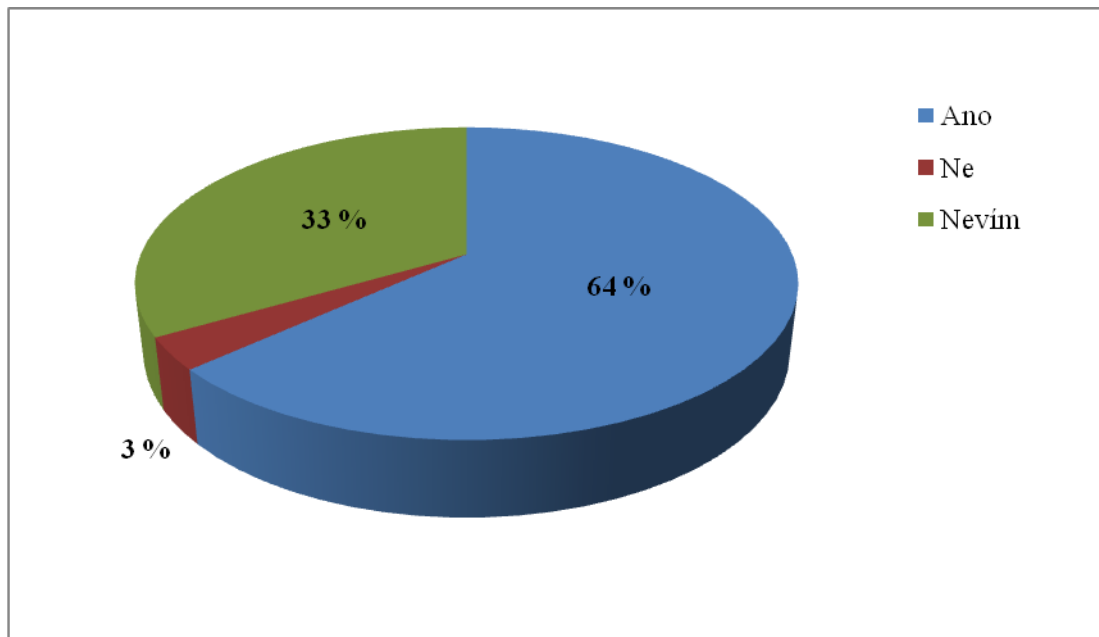


Obr. 4 Grafické znázornění informovanosti žen

Prostřednictvím této otázky jsem se chtěla dozvědět, jak ženy na oddělení hodnotí informovanost v péči o nedonošeného novorozence. Nejčastěji byla volena odpověď dostatečná, kterou označilo 16 (**53 %**) žen. Třináct (**44 %**) žen považovalo informovanost během pobytu na oddělení IMP za nadprůměrnou. Jedna žena (**3 %**) shledala informovanost v péči o dítě nedostatečnou. (Obr. 4)

**Otázka č. 5: Myslíte si, že je oddělení intermediární péče dostatečně zásobené informačními letáčky? (sdružení pro nedonošené děti, pomůcky atd.)**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



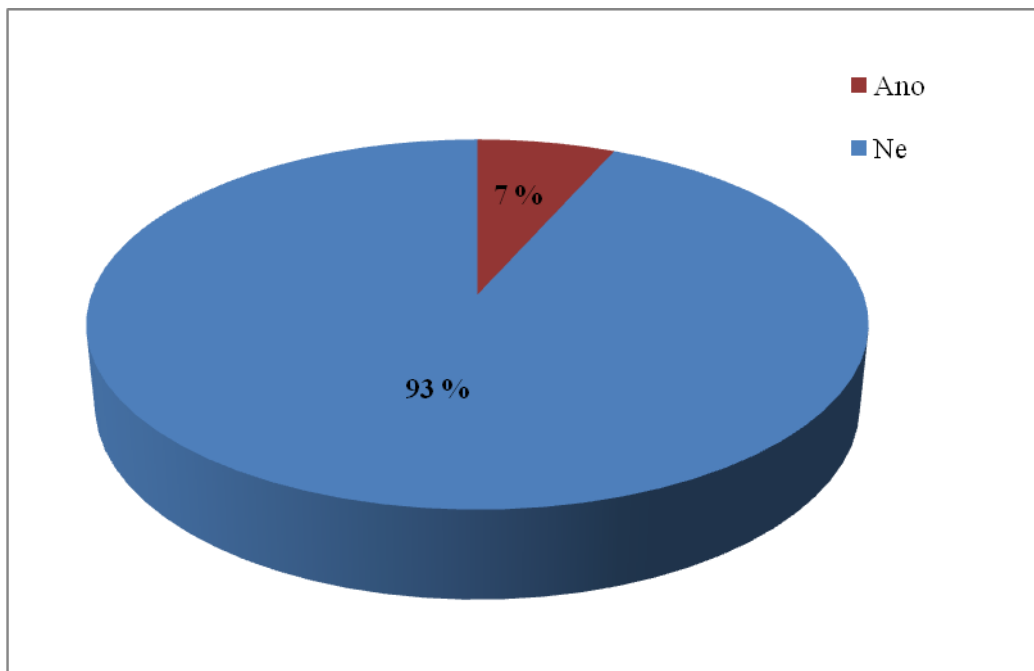
Obr. 5 Grafické znázornění názorů žen na zásobení oddělení letáčky

Informace mohou ženy získávat samozřejmě nejen slovně od ošetřujícího personálu, ale i z tištěné podoby, a proto jsem do dotazníku zařadila také tuto otázku, která měla za cíl zjistit, jak ženy hodnotí zásobení letáčky na oddělení. Devatenáct žen (**64 %**) nabylo dojmu, že oddělení IMP je dostatečně zásobeno informačními letáčky. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla odpověď 'nevím', se kterou se ztotožnilo 10 (**33 %**) žen. Jedna žena (**3 %**) měla pocit, že zásobení není dostatečné. (Obr. 5)

**Otázka č. 6:** a) Dostala jste od zdravotnického personálu kontakt na nějakou z organizací, které pomáhají předčasně narozeným dětem a jejich rodinám?

a) Ano

b) Ne



Obr. 6 Graf informovanosti o pomáhajících organizacích

Z výsledků je patrné, že naprostá většina dotázaných žen – 28 (**93 %**), nedostala od zdravotnického personálu kontakt na organizaci pomáhající předčasně narozeným dětem a jejich rodinám. Kontakt získaly pouze 2 ženy, což představuje (**7 %**). (Obr. 6)

**b) Pokud ano, uveďte konkrétně na jakou organizaci a zda jste ji kontaktovala nebo se chystáte kontaktovat.**

Dvě ženy, které označily odpověď ano, uvedly shodně, že kontakt dostaly na organizaci Nedoklubko. Jedna žena dále napsala, že se chystá Nedoklubko kontaktovat a druhá z žen odpověděla, že se organizaci kontaktovat nechystá.

K této otázce mi také dvě respondentky dopsaly, že nedostaly kontakt na organizaci, která pomáhá předčasně narozeným dětem a jejich rodinám, ale byly informovány o možnosti navštívit nemocničního psychologa. A jiné dvě ženy uvedly, že by rády kontakt na organizaci dostaly.

### **Otázka č. 7: Jaké jste prožívala pocity na oddělení intermediární péče? Napište.**

Tab. 1 Pocity udávané prvorodičkami

<b>Odpověď'</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
Smutek	3	11 %
Strach	6	21 %
Pozitivní pocity	3	11 %
Lítost	3	11 %
Úzkost	2	7 %
Bezmoc	2	7 %
Radost	4	14 %
Sounáležitost	3	11 %
Stesk	2	7 %
<b>Σ</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>

Tab. 2 Pocity udávané víceroďičkami

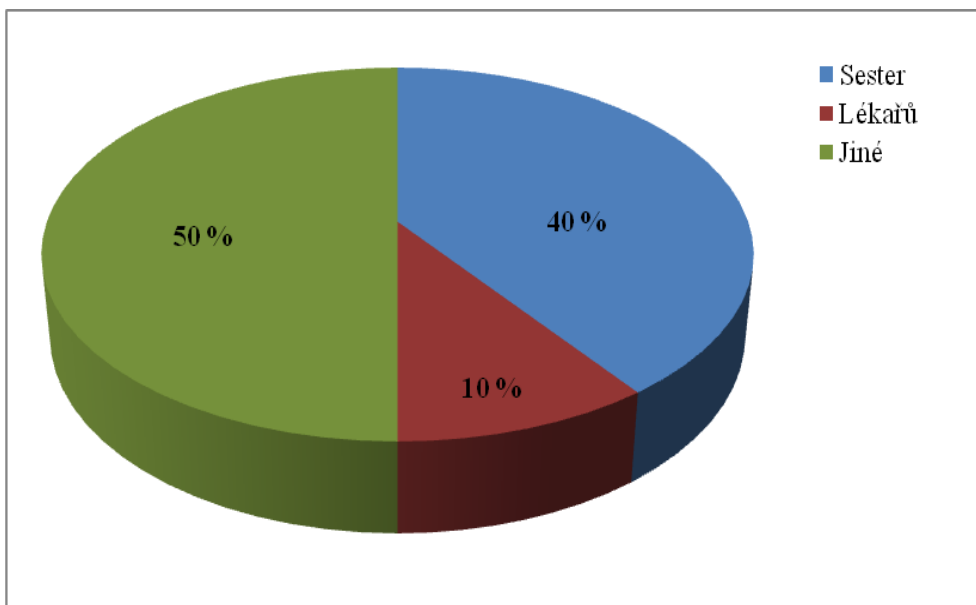
<b>Odpověď'</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
Smutek	5	17 %
Strach	5	17 %
Pozitivní pocity	4	14 %
Lítost	2	7 %
Úzkost	2	7 %
Bezmoc	2	7 %
Radost	3	10 %
Nejistota	2	7 %
Zklamání ze selhání	4	14 %
<b>Σ</b>	<b>29</b>	<b>100 %</b>

Zajímalo mě, jaké pocity prožívaly ženy na oddělení IMP a zda se budou lišit pocity žen, které rodily poprvé a pocity respondentek, které už mají zkušenosti s předchozím porodem/porodou. Ženám byl dán prostor pro vypsání vlastních pocitů. Strach byl uveden v obou skupinách. Ženy prvorodičky tento pocit napsaly 6krát (**21 %**), víceroďičky 5krát (**17 %**). Další pocit, který se objevil v obou skupinách, byl smutek, prvorodičkami byl uveden 3krát (**11 %**), víceroďičkami 5krát (**17 %**). Dalšími pocity, které se opakovaly v obou skupinách, byly pozitivní pocity, radost, lítost, bezmoc a úzkost. Tři ženy (**11 %**), které rodily poprvé navíc napsaly, že měly pocit sounáležitosti s ostatními maminkami, který jim dodával sílu v této nelehké situaci. Dvě prvorodičky (**7 %**) uvedly, že na oddělení prožívaly stesk ve chvíli, kdy nemohly být se svým dítětem. Pocit zklamání z vlastního selhání byl vyjádřen pouze v jedné skupině a to u žen víceroďiček. Tento pocit uvedly 4 ženy (**14 %**). Dalším

pocitem vyjádřeným pouze touto skupinou byla nejistota. Z výsledků je patrné, že pocity, které prožívají ženy po porodu předčasně narozeného dítěte jsou velmi smíšené a že se příliš neliší pocity žen, které mají zkušenosti s porodem a žen, pro které představoval porod novou zkušenost. Několik respondentek vyjádřilo prožívané pocity slovy „jako na houpačce“. Jeden den radost i z malých pokroků dítěte, ovšem druhý den se může vše změnit v pocity bezmocnosti, strachu, smutku, protože jakákoliv negativní informace tyto pocity často zpět navodí. Myslím si, že zdravotnický personál by měl mít snahu zjistit, jaké pocity ženy na oddělení intermediární péče prožívají, protože jim to může pomoci pochopit chování žen a zároveň zvolit vhodný přístup k nim, který je, dle mého názoru, jedním z hlavních faktorů spokojenosti. (Tab. 1, 2)

**Otázka č. 8: Psychická podpora Vám byla poskytována nejvíce ze strany**

- a) Sester
- b) Lékařů
- c) Jiné

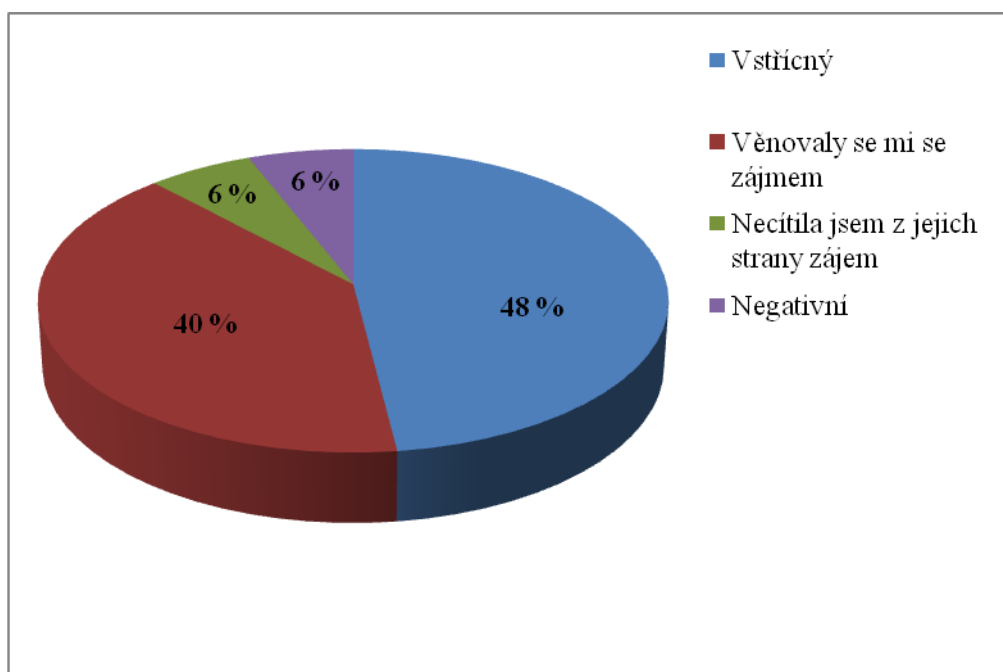


Obr. 7 Grafické znázornění poskytování psychické podpory

Z této otázky je patrné, kdo byl pro ženy po narození nedonošeného dítěte největší oporou. Dvanáct (**40 %**) žen odpovědělo, že psychická podpora jim byla poskytována především ze strany sester. Tři ženy (**10 %**) uvedly, že v této nelehké situaci je psychicky nejvíce podpořili lékaři a 15 (**50 %**) žen zvolilo variantu jiné. Z uvedených výsledků vyplývá, že polovinu žen psychicky podporoval někdo jiný než zdravotnický personál. (Obr. 7)

**Otázka č. 9: Jak byste zhodnotila přístup sester na oddělení intermediární péče? Můžete označit více možností.**

- a) Vstřícný
- b) Věnovaly se mi se zájmem
- c) Necítila jsem z jejich strany zájem
- d) Negativní



Obr. 8 Grafické znázornění hodnocení přístupu sester

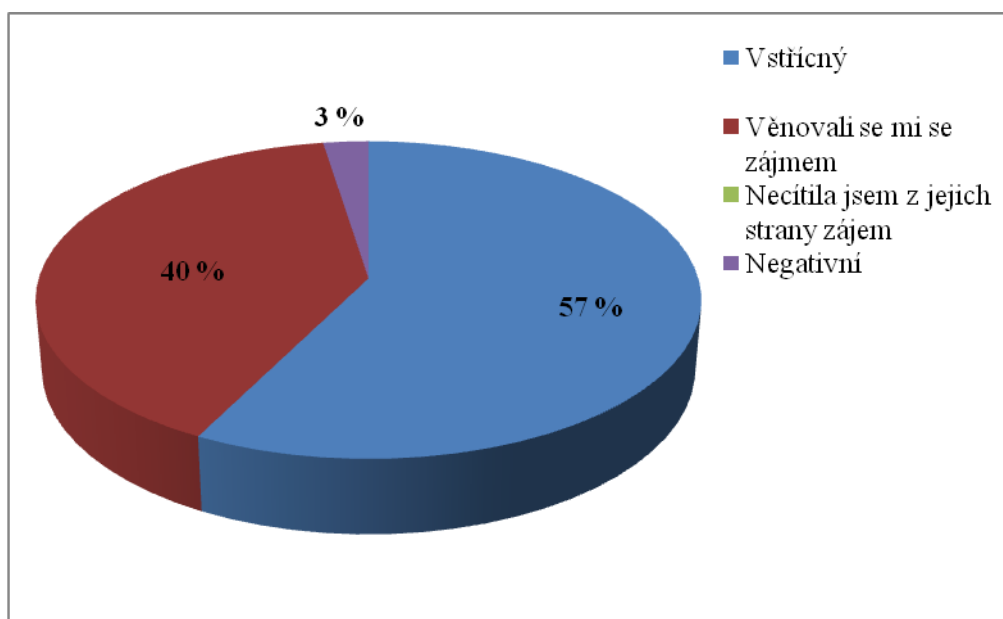
V této otázce ženy hodnotily přístup sester k nim. Respondentky mohly vybrat více odpovědí. Možností bylo označeno celkem 50 (100 %). Vstřícný přístup sester byl ženami zvolen celkem 24krát (48 %). Odpověď „věnovaly se mi se zájmem“ byla označena 20krát, což představuje 40 %. Negativní varianta byla označena 6krát, 3krát (6 %) byla vybrána odpověď „necítila jsem z jejich strany zájem“ a 3krát (6 %) ženy shledaly přístup sester negativní. (Obr. 8)



**Otázka č. 10: Jak byste zhodnotila přístup lékařů na oddělení intermediární péče?**

Můžete označit více možností.

- a) Vstřícný
- b) Věnovali se mi se zájmem
- c) Necítila jsem z jejich strany zájem
- d) Negativní

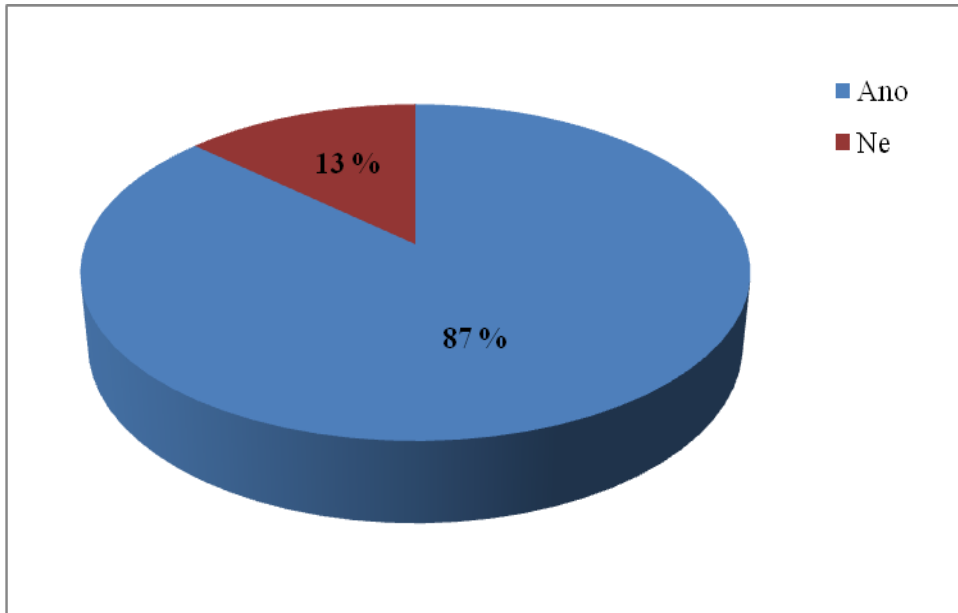


Obr. 9 Grafické znázornění hodnocení přístupu lékařů

Tato otázka je obdobná jako předchozí, ale tentokrát se zaměřuje na přístup lékařů. Opět byl možný výběr z více odpovědí a v tomto případě jich bylo zvoleno dohromady 40 (100 %). Odpověď, která vyjadřovala vstřícný přístup lékařů, byla označena 23krát (57 %). Celkem 16krát (40 %) ženy označily možnost, že se jim lékaři věnovali se zájmem. Negativní přístup byl zvolen v této otázce pouze 1krát (3 %). (Obr. 9)

**Otázka č. 11: a) Pobývala jste s dítětem po celou dobu jeho hospitalizace v nemocnici?**

- a) Ano
- b) Ne



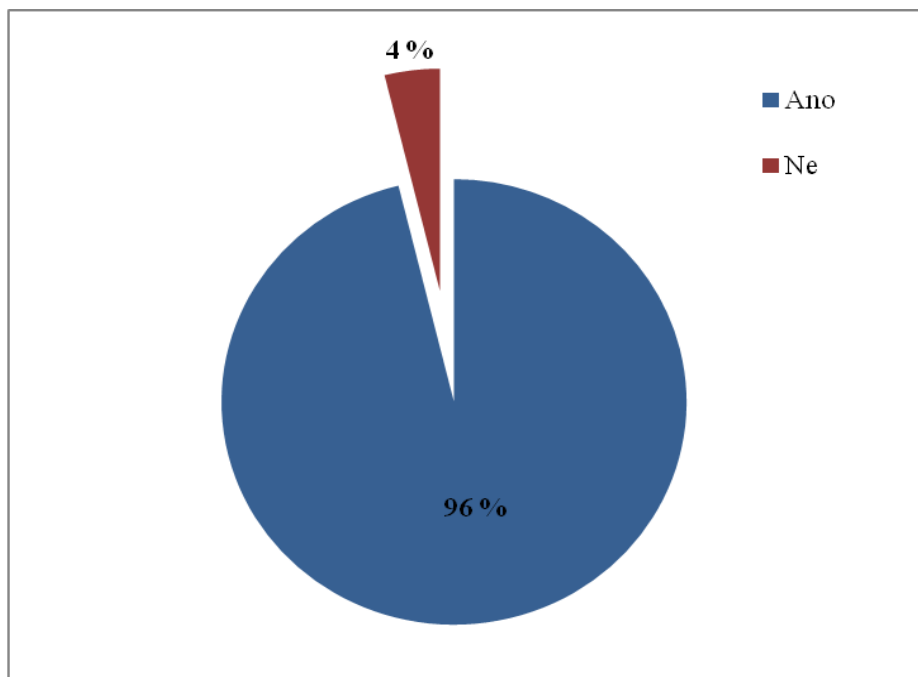
Obr. 10 Grafické znázornění délky pobytu matek na oddělení IMP

Z grafu je patrné, že převážná většina žen 26 (**87 %**) pobývala s dítětem po celou dobu jeho hospitalizace v nemocnici. Pouze 4 ženy (**13 %**) byly s dítětem v nemocnici kratší dobu než bylo hospitalizováno. (Obr. 10)

**b) Pokud ano, zhodnotila byste to pro sebe jako přínosné?**

a) Ano

b) Ne



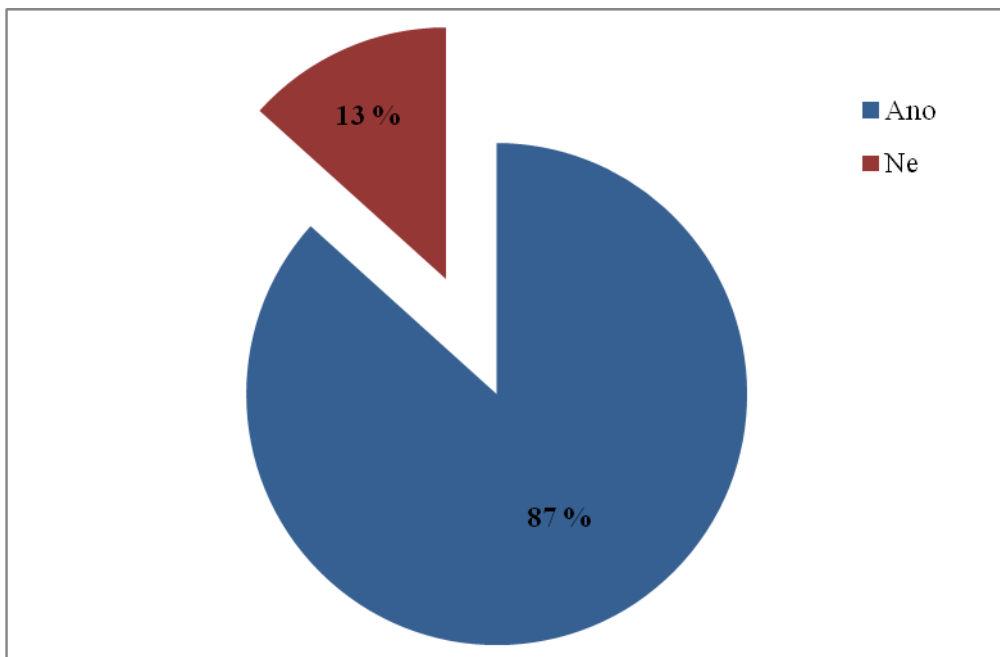
Obr. 11 Grafické znázornění spokojenosti matek s pobytem na oddělení IMP

Z výzkumného šetření vzešlo, že 25 (**96 %**) respondentek shledala přítomnost u dítěte po celou dobu jeho pobytu jako pro sebe přínosnou. Pouze 1 žena (**4 %**) zvolila variantu ne, ke které ještě dodala, že to neviděla jako přínosné pro sebe, ale pro dítě. (Obr. 11)

**Otázka č. 12:** Byla jste poučena jak správně odstříkávat mateřské mléko? (pracovat s odsávačkou)

a) Ano

b) Ne



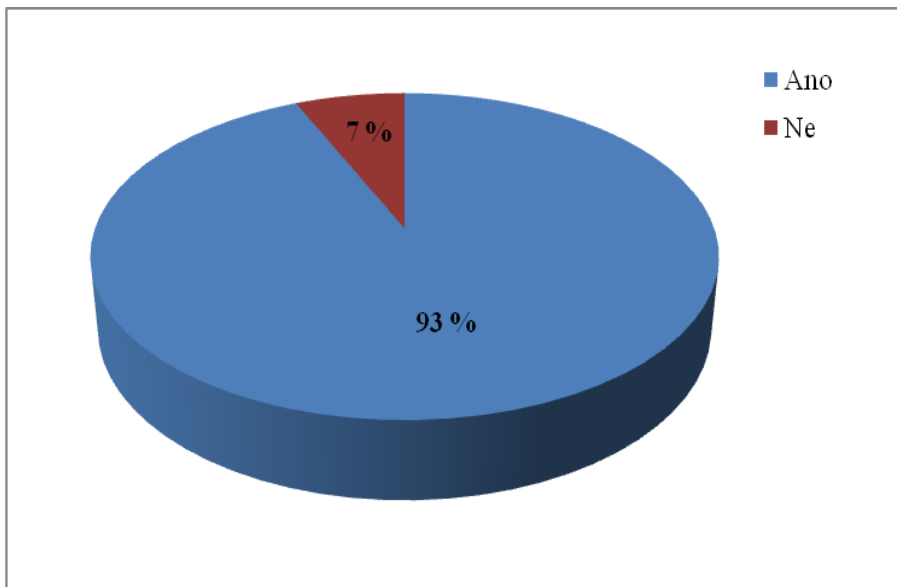
Obr. 12 Grafické znázornění poučení matek o používání odsávačky

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 26 žen (**87 %**) byla na oddělení IMP poučena o tom, jak správně použít odsávačku. Čtyři ženy (**13 %**) označily v této otázce možnost ne, nebyly tedy poučeny o správné práci s odsávačkou. (Obr. 12)

**Otázka č. 13:** a) Byla Vám nabídnuta možnost vyzkoušení pomůcek k odstříkávání mateřského mléka?

a) Ano

b) Ne

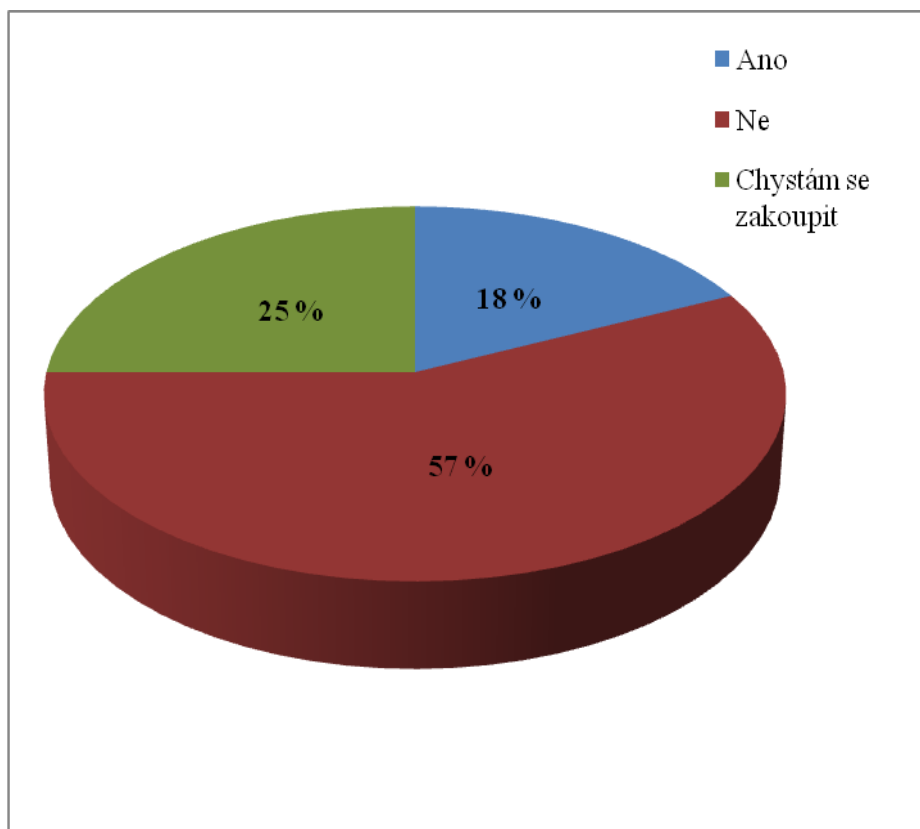


Obr. 13 Graf hodnotící nabízení zapůjčování pomůcek

V této otázce zvolilo 28 (**93 %**) žen možnost ano, byla jim tedy nabídnuta možnost vyzkoušení pomůcek k odstříkávání mateřského mléka, 2 ženy (**7 %**) odpověděly ne. (Obr. 13)

**b) Pokud ano, zakoupila jste si nějakou z pomůcek?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Chystám se zakoupit



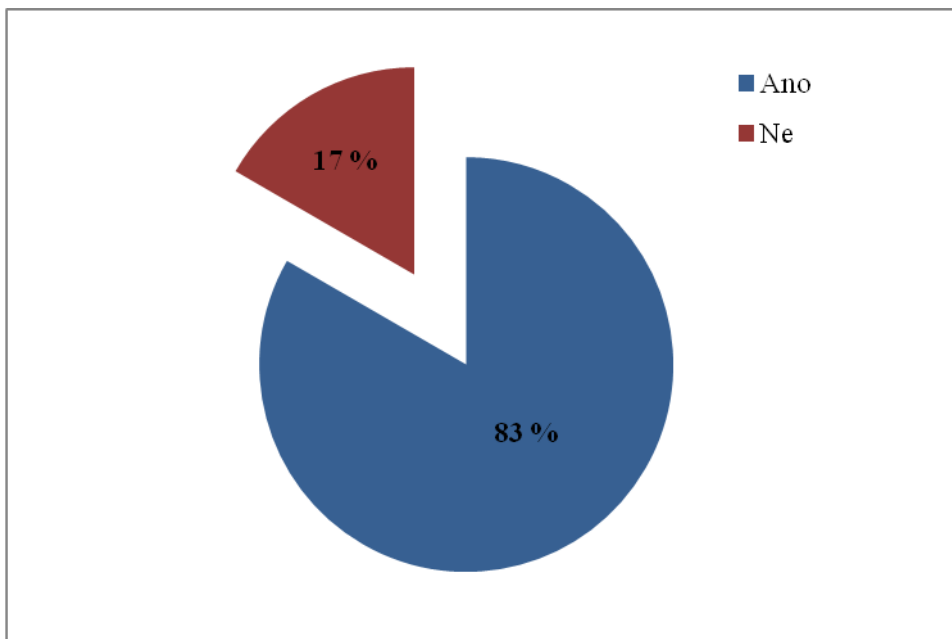
Obr. 14 Grafické znázornění využívání možnosti zakoupení pomůcek

Na oddělení IMP existuje také možnost zakoupení pomůcek k odstříkávání mateřského mléka. Tato otázka měla za cíl zjistit, zda ženy využívají této možnosti a zda jsou ochotné si pomůcky zakoupit i pro potřeby odstříkávání mateřského mléka doma. Z celkového počtu 28 žen odpověď ne zvolilo 16 (**57 %**) žen. Pomůcky si zakoupilo pouze 5 žen (**18 %**) a 7 žen (**25 %**) odpovědělo, že plánují zakoupení pomůcek. (Obr. 14)

**Otázka č. 14: a) Byla jste seznámena s nutností pravidelného odstříkávání po 3 hodinách s maximální pauzou 5 hodin?**

a) Ano

b) Ne



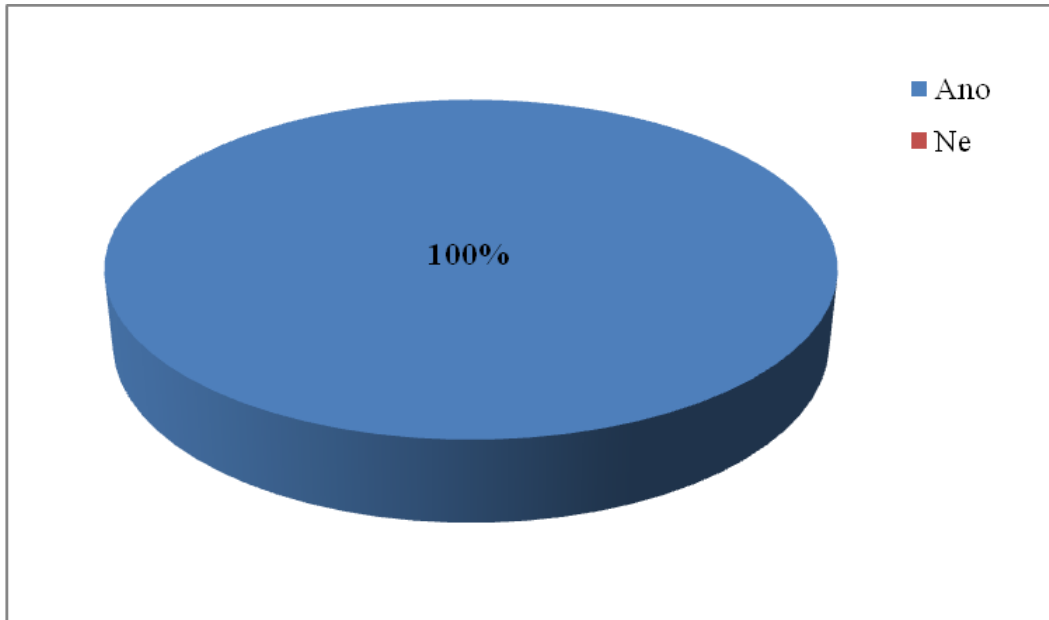
Obr. 15 Grafické znázornění poučení žen o odstříkávání mateřského mléka

Ze šetření vzešlo, že 25 (**83 %**) žen bylo poučeno o nutnosti pravidelného odstříkávání mateřského mléka po 3 hodinách s maximální pauzou 5 hodin. Pět žen, což představuje **17%**, uvedlo, že o těchto zásadách poučeny nebyly. (Obr. 15)

**b) Pokud ano, dodržovala jste to?**

a) Ano

b) Ne



Obr. 16 Graf hodnotící dodržování pravidelného intervalu v odstříkávání mateřského mléka

Pozitivní je fakt, že všech 25 (**100%**) žen, které byly informovány o nutnosti pravidelného odstříkávání mateřského mléka po 3 hodinách s maximální pauzou 5 hodin, označilo, že tuto zásadu dodržovalo. (Obr. 16)



**Otázka č. 15: Při propouštění z nemocnice své miminko (můžete označit více možností)**

- a) Plně kojím
- b) Kojím
- c) Krmím odstříkaným mateřským mlékem
- d) Krmím mlékem umělým (formule)

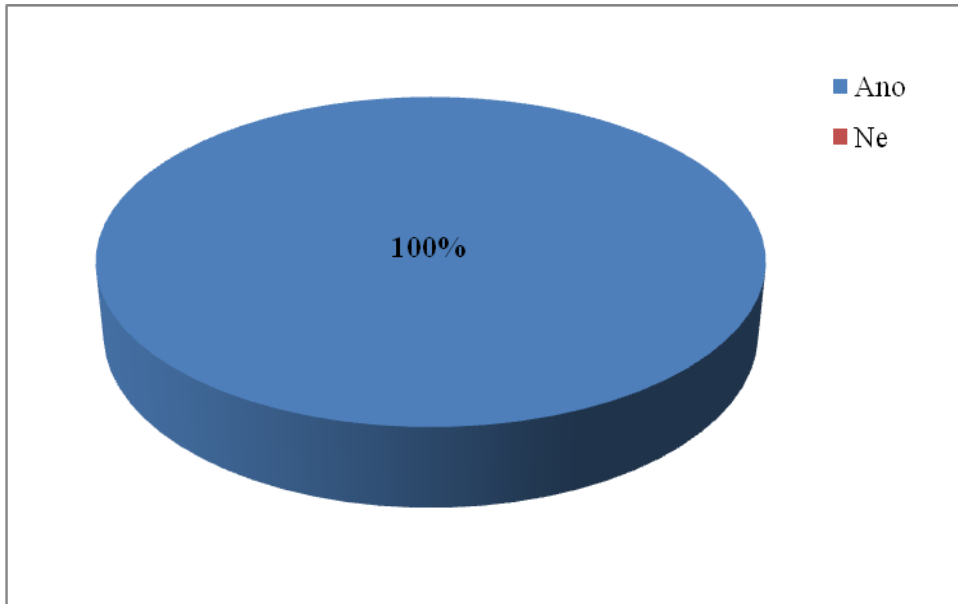
Tab. 3 Výživa novorozenců při odchodu z nemocnice

Odpověď	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
Plné kojení	16	53 %
Kojení+umělé mléko	1	3 %
Kojení+odstříkané m. mléko	3	10 %
Kojení+umělé mléko+odstříkané m.mléko	5	17 %
Odstříkané mateřské mléko	2	7 %
Umělé mléko	1	3 %
Odstříkané m.mléko+umělé mléko	2	7 %
<b>Σ</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Kojení je považováno za nejvhodnější způsob výživy novorozence, a proto jsem do dotazníku zařadila tuto otázku. Chtěla jsem zjistit, kolik žen své dítě při odchodu z nemocnice kojí, protože se domnívám, že úspěšné kojení vede ke spokojenosti jak matek, tak dětí. Z výše uvedeného grafu je patrné, že 25 žen své dítě při odchodu z nemocnice kojilo. Z toho 16 (**53 %**) dětí bylo plně kojeno, 1 z dětí (**3 %**) bylo kojeno a zároveň dostávalo umělé mléko, 3 novorozence (**10 %**) matky kojily a k tomu krmily odstříkaným mateřským mlékem a 5 (**17 %**) dětí matky kojily a krmily odstříkaným mateřským mlékem i mlékem umělým. Pouze odstříkaným mateřským mlékem byli krmeni 2 novorozenci (**7 %**), pouze umělým mlékem 1 novorozenec (**3 %**) a kombinací obou mlék byli vyživováni 2 novorozenci (**7 %**). (Tab. 3)

**Otázka č. 16: a) Zdál se Vám výklad o hygienické péči Vašeho miminka dostatečný?**

- a) Ano
- b) Ne

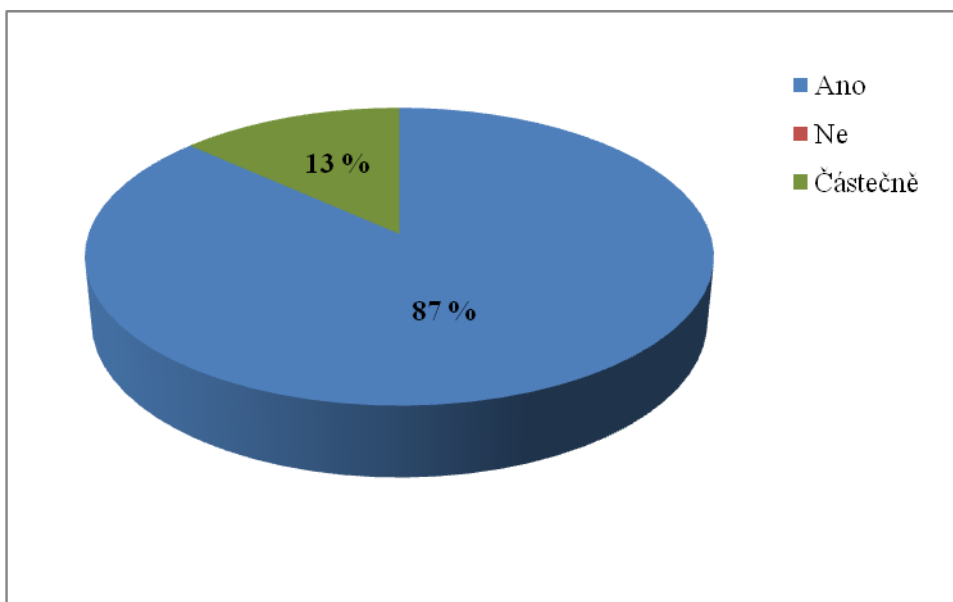


Obr. 17 Graf hodnotící informovanost v oblasti hygienické péče o novorozence

Prostřednictvím této otázky jsem chtěla zjistit, jak ženy hodnotí předání informací v oblasti hygienické péče o nedonošeného novorozence. Z výsledku dotazníkového šetření je patrné, že všech 30 (**100%**) dotázaných žen bylo spokojeno s rozsahem informovanosti o hygienické péči. Dostatečná informovanost v této oblasti je dle mého názoru také naprosto nepostradatelná, a proto jsem velice spokojená s výsledkem této otázky. (Obr. 17)

**Otázka č. 17: Vyhovovalo Vám zapojení do péče o miminko?**

- a) Ano
- b) Ne – uveďte proč:
- c) Částečně – uveďte proč:

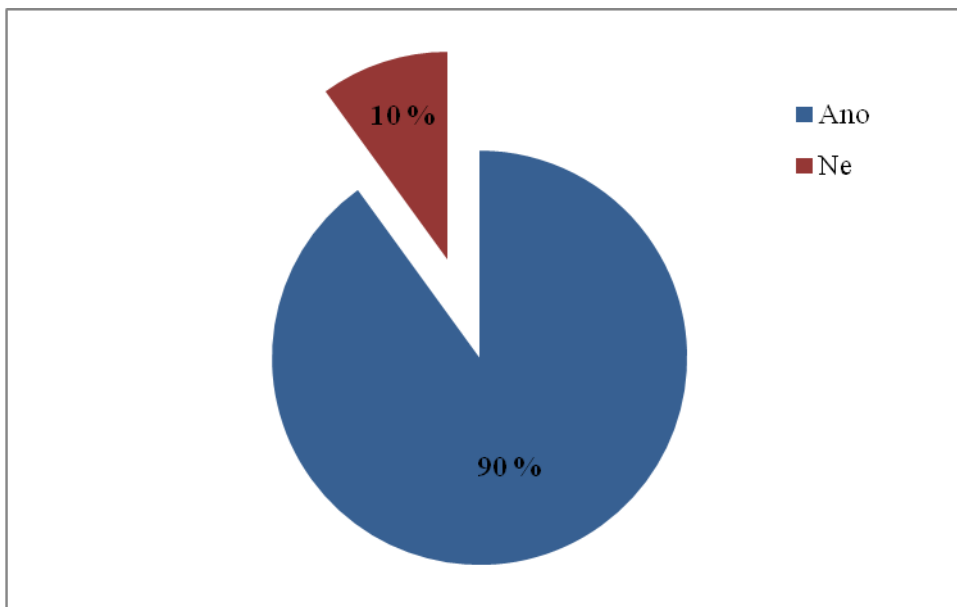


Obr. 18 Graf hodnotící spokojenost se systémem zapojení matek do péče

Tato otázka je v dotazníku zařazena za účelem zjištění, zda jsou ženy spokojeny se zapojením do péče o jejich dítě. Na výběr měly z odpovědí „ano, ne, částečně”. U záporné odpovědi a odpovědi částečně měly respondentky uvést důvod, proč tak zvolily. Odpověď ano označilo 26 (**87 %**) žen, zapojení do péče o novorozence jim tedy vyhovovalo. Čtyři ženy (**13%**) zvolily možnost částečně a jako důvod uvedly, že by se rády do péče zapojily více. Žádná z dotázaných žen neuvedla, že by jí zapojení do péče nevyhovovalo. (Obr. 18)

**Otázka č. 18: Máte pocit, že jste byla dostatečně seznámena s výsledky jednotlivých vyšetření Vašeho miminka?**

- a) Ano
- b) Ne – uveďte proč:

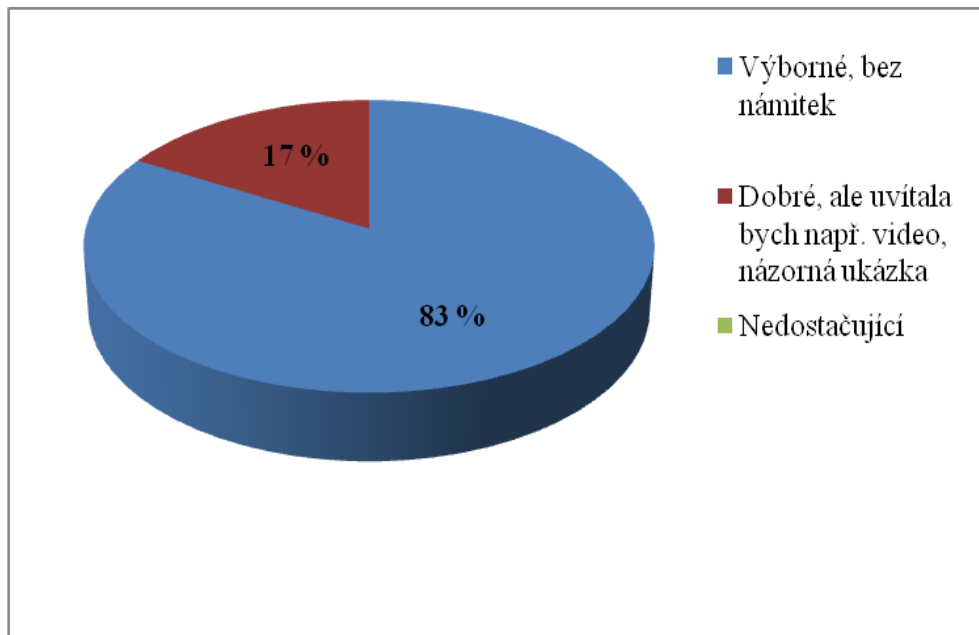


Obr. 19 Graf popisující spokojenost žen s informovaností o výsledcích vyšetření dítěte

V otázce č. 18 měly ženy možnost volit mezi odpověďmi „ano/ne” a v případě zvolení záporné odpovědi uvést, proč tak rozhodly. Kladnou odpověď označilo 27 (**90 %**) žen, neměly tedy pocit, že by seznámení s výsledky jednotlivých vyšetření nebylo dostatečné. Tři respondentky (**10 %**) zvolily odpověď ne. Důvod uváděly všechny stejný a sice, že se musely často na informace samy dotazovat. (Obr. 19)

**Otázka č. 19: Jak jste byla spokojená s poskytováním informací na oddělení v péči o Vaše miminko?**

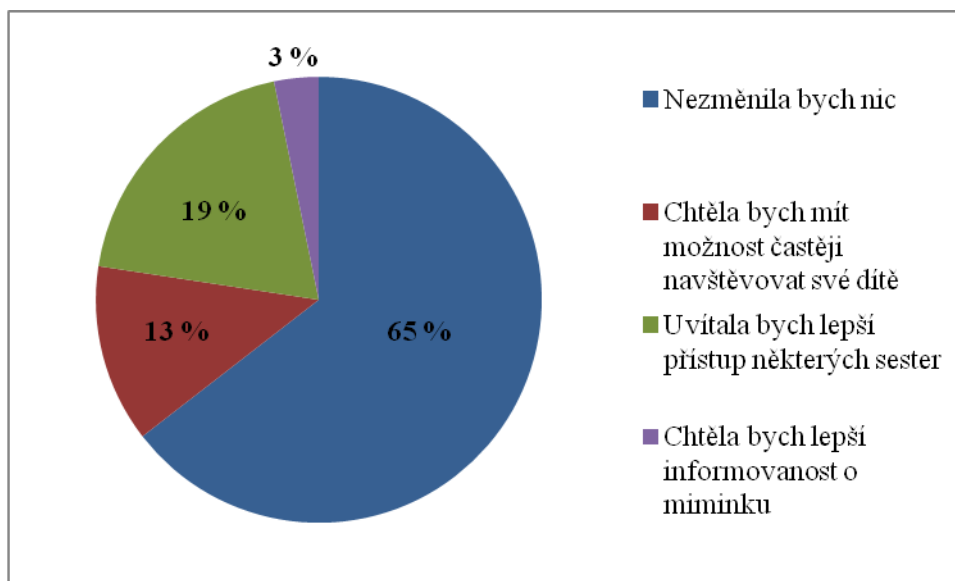
- a) Výborné, bez námitek
- b) Dobré, ale uvítala bych ještě více informací např. video, názorná ukázka
- c) Nedostačující



Obr. 20 Grafické znázornění spokojenosti žen s poskytováním informací v péči o novorozence

Otázka č. 19 hodnotila spokojenost žen s poskytováním informací. Odpověď „výborné bez námitek“ zvolilo 25 (83 %), 5 (17 %) respondentek odpovědělo, že by uvítaly např. video či názornou ukázkou a možnost nedostačující nebyla ženami zvolena ani jednou. (Obr. 20)

**Otázka č. 20: Co byste ze svého pohledu změnila na oddělení v péči o Vaše nedonošené miminko?**



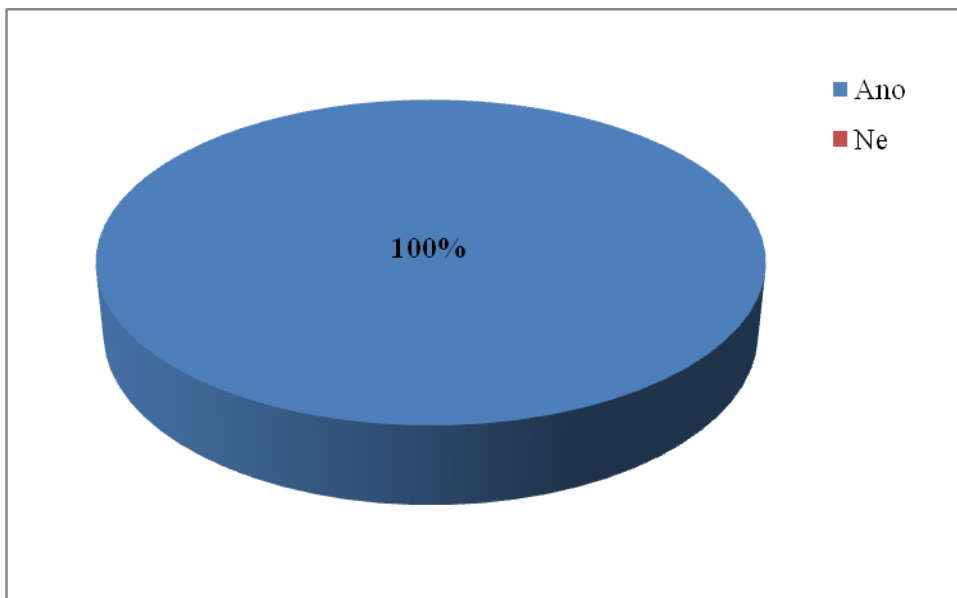
Obr. 21 Grafické znázornění spokojenosti matek s péčí o nedonošeného novorozence

U této otázky měly ženy možnost volné odpovědi k tomu, aby vyjádřily, zda existuje něco, co by chtěly změnit na oddělení v péči o nedonošeného novorozence. Celkem ženy uvedly 31 názorů. Dvacet (**65 %**) z nich bylo pozitivních, ženy uvedly, že byly spokojené a na péči by nic nezměnily. Čtyřikrát (**13 %**) ženy vyjádřily, že by chtěly mít možnost navštěvovat své dítě častěji, 6krát (**19 %**) vzpomněly na lepší přístup některých sester a 1 názor (**3 %**) se týkal lepší informovanost o dítěti. (Obr. 21)

**Otázka č. 21: Máte pocit, že znalosti a zkušenosti, které jste nabyly na oddělení intermediární péče, Vám dodaly pocit jistoty v péči o Vaše dítě?**

a) Ano

b) Ne



Obr. 22 Graf hodnotící zkušenosti a informace matek

Výsledek poslední otázky je naprosto jasný, všechny dotázané ženy 30 (**100 %**) se shodly na tom, že čas strávený s dítětem na oddělení IMP jim pomohl získat pocit jistoty v péči o jejich nedonošené dítě. Jsem velmi ráda za pozitivní výsledek této otázky, jelikož se domnívám, že získání pocitu jistoty a bezpečí matek v péči o jejich dítě je při propouštění z novorozeneckého oddělení jedním z hlavních cílů a zvláště pak u matek, jejichž děti jsou nedonošené a strach o ně bývá ještě o něco větší. (Obr. 22)

## 7 DISKUZE

V této části bakalářské práce se věnuji porovnání výsledků z výzkumného šetření s výzkumnými otázkami, které jsem si předem stanovila.

### **Výzkumná otázka č. 1 - Jsou ženy na oddělení IMP spokojené s rozsahem informovanosti v péči o nedonošeného novorozence?**

K zjištění této výzkumné otázky jsem zařadila do dotazníkového šetření otázky č. 4, č. 16, č. 18, č. 19 a č. 21. V otázce, kde měly ženy shrnout informovanost v péči o nedonošeného novorozence, nejčastěji odpovídaly, že informace, které jim zdravotníci podávaly byly dostatečné, celkem tak ohodnotilo infomovanost 16 (53 %) žen. Třináct (44 %) respondentek shledalo infomovanost za nadprůměrnou a jedna žena za nedostatečnou.

Další otázka se týkala také informovanosti, ale již konkrétněji hygienické péče. Výsledek byl velice pozitivní, jelikož všechny ženy považovaly tento výklad za dostatečný a neshledaly nic, o co by jej bylo potřeba obohatit.

Otázku č. 18, která zjišťovala, jak ženy hodnotí informování o výsledcích jednotlivých vyšetření nedonošených novorozenců, jsem do dotazníkového šetření zařadila proto, jelikož jsem při čtení literatury a jiných výzkumů získala z názorů matek pocit, že seznámení s výsledky vyšetření nedonošených dětí bývá často nedostatečné a zároveň předmětem nespokojenosti. Domnívám se ale, že z mého dotazníkového šetření vyšel velmi pozitivní výsledek, protože 27 (90 %) žen v této otázce odpovídalo kladně.

Otázka č. 19 hodnotila spokojenost žen s poskytováním informací, které většina z nich označila jako výborné.

Otázka č. 21 vypovídá o tom, zda informace a zkušenosti, které ženy na oddělení za dobu hospitalizace dítěte nabydou, jim v době odchodu z nemocnice pomohou k jistotě v péči o novorozence. Odpověď na tuto otázku mě také velmi potěšila, jelikož všechny dotázané ženy odpověděly, že pocit jistoty v péči o jejich dítěte během pobytu na oddělení získaly. Z dotazníkového šetření tedy vzešlo, že ženy jsou na oddělení IMP spokojeny s rozsahem informovanosti v péči o nedonošeného novorozence.

### **Výzkumná otázka č. 2 - Je většina žen na oddělení IMP poučena o problematice odsťikávání mateřského mléka?**

V této výzkumné otázce jsem vycházela z výsledků otázek č. 12., 13., 14. Domnívám se, že o problematice v této oblasti by měla být poučena každá žena po porodu předčasně



narozeného dítěte. Během své praxe na oddělení IMP jsem nabyla dojmu, že jedna z prvních věcí, kterou mohou matky pro svá nedonošená miminka udělat je odstříkávání mateřského mléka. Z dotazníkové šetření vyplývá, že většina žen byla poučena o správné práci s odsávačkou i o nutnosti dodržování pravidelného intervalu v odstříkávání mateřského mléka. Zajímala jsem se i o to, zda je ženám nabízena možnost zapůjčení pomůcek a zda jsou ženy ochotné si pomůcky zakoupit i pro potřeby odstříkávání mateřského mléka po propuštění z nemocnice. Většině ženám byla možnost zapůjčení pomůcek nabídnuta, ale pouze 5 (18 %) žen si pomůcky zakoupilo a 7 (25 %) žen odpovědělo, že se pomůcky chystají zakoupit. Z výsledků výzkumu je patrné, že většina žen byla seznámena s problematikou odstříkávání mateřského mléka, přesto se v každé otázce našlo několik žen, které odpověděly záporně.

### **Výzkumná otázka č.3 - *Jak ženy na oddělení IMP hodnotí péči o nedonošeného novorozence?***

Další výzkumná otázka je spojena s otázkami č. 11, č. 17 a č. 20. V literatuře je důležitost zapojení rodičů do péče o nedonošeného novorozence velmi zdůrazňována a mě zajímalo, jak matkám toto zapojení na oddělení IMP vyhovuje. Většina žen byla s tímto systémem péče spokojena, 4 ženy uvedly, že by byly rády zapojovány více. Žádná z matek nenapsala, že by spokojena nebyla.

V otázce č. 11 jsem chtěla zjistit, zda ženy pobývaly s dítětem na oddělení IMP po celou dobu jeho hospitalizace. Výsledek byl 26 (87 %) žen a z toho 25 (96 %) z nich to shledalo jako pro sebe přínosné.

Otázka č. 20 dala ženám prostor pro vyjádření vlastních názorů a připomínek k péči o nedonošeného novorozence. Více než polovina žen by na péči nic neměnila. Dalšími z názorů, které se objevily, byla možnost častěji navštěvovat novorozence, lepší přístup sester a lepší informovanost o dítěti.

Odpověď na výzkumnou otázku tedy zní, že většina žen je na oddělení IMP spokojená s péčí o nedonošeného novorozence. Přesto ale podle některých existuje možnost zlepšení v určitých oblastech péče. Myslím si, že je zde zobrazena rozdílnost potřeb a zároveň individuální vnímavost i citlivost žen a na to by dle mého názoru neměl zdravotnický personál zapomínat.

#### **Výzkumná otázka č.4 - Liší se na oddělení IMP prožívané pocity žen prvodiček od žen vícerodiček?**

Tato výzkumná otázka má odpověď v otázce č. 7. Prožívané pocity udávaly obě skupiny žen téměř stejné. Ženy prvoroďičky navíc uvedly pocit sounáležitosti s ostatními maminkami a stesk v případě, že nemohly být se svým dítětem. Ženy víceroďičky vypsaly pocit nejistoty a pocit zklamání z vlastního selhání. Ostatní pocity jako strach, smutek, bezmoc, radost, pozitivní pocity, lítost a úzkost se opakovaly v obou skupinách. Z výzkumného šetření vyplývá, že prožívané pocity nezávisí na tom, zda žena má či nemá předchozí zkušenosti s porodem.

#### **Výzkumná otázka č.5 - Je ženám na oddělení IMP poskytována psychická podpora ze strany zdravotnického personálu?**

Tato výzkumná otázka má odpověď v otázkách č. 6, č. 8, č. 9, č. 10. V otázce, kdo ženy nejvíce psychicky podporoval, nejčastěji volily odpověď, která nezahrnovala zdravotnický personál. Celkem tak odpovědělo 15 (50 %) žen. Dvanáct (40 %) žen označilo, že je nejvíce psychicky podpořily sestry a 3 ženy (10 %) zvolily lékaře. Dále jsem zjišťovala, jak ženy hodnotí přístup sester a lékařů. Většina žen shledala přístup zdravotníků jako vstřícný a často byla také volena možnost, že k nim sestry i lékaři přitupovali se zájmem.

V otázce č. 6 jsem se dotazovala respondentek, zda dostaly od zdravotnického personálu kontakt na nějakou z organizací, která pomáhá předčasně narozeným dětem a jejich rodinám, jelikož to také vnímám jako určitou formu psychické podpory. Na organizaci dostaly od zdravotníků kontakt pouze 2 (7 %) ženy. Při zpracování dotazníkového šetření jsem se setkala i dvakrát s odpovědí, že byl ženám dán kontakt na nemocničního psychologa.

Byla jsem překvapena výsledkem této otázky, protože jsem očekávala, že ženy budou více psychicky podporovány zdravotnickým personálem a že budou mít více informací o pomáhajících organizacích.

Možnost pomoci od nemocničního psychologa je ženám k dispozici v Pardubické krajské nemocnici, a.s. až od ledna roku 2013, proto jsem tuto otázku do dotazníkového šetření nemohla zařadit. Domnívám se, že přítomnost nemocničního psychologa může být v otázce psychické podpory velkým přínosem a měla jsem tu příležitost se o tomto tvrzení sama přesvědčit. Zajímalo mě, jaká terapie je ženám poskytována a jaké pomoci se jim u paní psycholožky dostává. Osobně jsem nikdy předtím psychologa nenavštívila, a proto jsem měla možná jako mnoho dalších lidí představu, že se zde vypovídáte ze svých problémů, psycholog vás vyslechne a tím sezení končí. Během své návštěvy u paní psycholožky jsem se dozvěděla,

že skupina, do které ženy mohou přijít každou středu je otevřená. Mají zde možnost vyslovit, co je trápí, jak se cítí, z čeho mají radost, co se jim na oddělení líbí a naopak nelíbí, zkrátka vše, s čím se chtějí s ostatními maminkami podělit. Součástí sezení může být v případě zájmu maminek i relaxační cvičení. Ženy mají také možnost využít individuální návštěvu, pokud by nechtěly sdělovat své pocity před ostatními maminkami. Cílem těchto společně strávených hodin je určitá forma uvolnění, které je dle mého názoru v této nelehké životní situaci nenahraditelné. Paní psycholožka, která je k dispozici v nemocnici ženám po porodu mě vyvedla z mé milné představy pouhého „vypovídání se“ jelikož hodina, kterou jsem u ní strávila pro mě byla příjemným rozhovorem a to částečně i v osobní rovině.

S výzkumem na oddělení intermediární péče v Pardubické krajské nemocnici, a.s., souhlasila staniční sestra Michaela Sodomková, DiS a MUDr. Veronika Sabová.

## 8 ZÁVĚR

V teoretické části své bakalářské práce se zabývám zejména ošetrovatelskou péčí o nedonošené novorozence, nejčastějšími problémy spojené s nedonošeností a jedna kapitola je věnována vhodnému přístupu k rodičům předčasně narozených dětí. Ve výzkumné části jsem se zaměřila na spokojenost matek s péčí o nedonošené novorozence na oddělení intermediární péče, konkrétně v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Cílem mé práce bylo zjistit, jak jsou matky na oddělení intermediární péče spokojené. Zaměřila jsem se především na informovanost v péči, spokojenost s péčí a na psychickou podporu žen.

Na základě svého výzkumu si dovoluji tvrdit, že ženy jsou na oddělení IMP v Pardubické krajské nemocnici, a.s. dostatečně informované. Myslím si, že péče o nedonošené novorozence je dnes díky pokrokům medicíny na velmi vysoké úrovni. Výsledek spokojenosti matek s péčí byl dle mého názoru také pozitivní.

Během své praxe jsem nabyla dojmu, že období po porodu bývá pro ženy velmi emotivní, a to i v případě, že přivedou na svět donošené zdravé dítě. Po předčasném porodu ženy prožívají velmi smíšené pocity, což se potvrdilo i z mého dotazníkového šetření. V oblasti psychické podpory žen jsem měla očekávání, že zdravotnický personál jako psychická podpora bude ženami volen častěji a že budou ženy více informovány o pomáhajících organizacích. Domnívám se, že upozornění na existenci těchto organizací a jejich následné kontaktování, by některým ženám mohlo pomoci v této nelehké situaci. Jak jsem již zmínila v diskuzi, myslím si, že i přítomnost nemocničního psychologa je pro matky po předčasném porodu vhodná, a proto bych ráda předložila návrh na další dotazníkové šetření, které by mělo za úkol právě zmapovat, zda ženy využívají možnost návštěv nemocničního psychologa a pokud ano, jak tuto psychickou pomoc hodnotí.

Jsem toho názoru, že dotazníková šetření jejichž výsledkem je spokojenost pacientů, by se měla provádět opakovaně, jelikož nám dávají možnost se nad názory zamyslet a v případě kritického hodnocení provést změny, které kvalitu péče ještě zvýší.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

1. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN: 80-7013-338-4.
2. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1313-9.
3. DOKOUPILOVÁ, M. a kol. *Narodilo se předčasně*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-552-3.
4. DORT, J. a kol. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2004. ISBN: 80-246-0790-5.
5. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN: 80-7013-405-4.
6. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO, 2007. ISBN: 978-80-7013-447-4.
7. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN: 80-7013-427-5.
8. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 2. část, Péče o novorozence*. Brno: NCO NZO, 2009. ISBN: 978-80-7013-489-4.
9. HRADILKOVÁ, T., JUNGWIRTHOVÁ, I. *Když není všechno tak, jak si přáli*. 2. vyd. Praha: Společnost pro ranou péči, 2010. ISBN: 978-80-254-4614-0.
10. HRODEK, O. a kol. *Pediatrie*. Praha: Galén, 2002. ISBN: 80-7262-178-5.
11. KLÍMA, J. a kol. *Pediatrie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN: 80-86432-38-6.
12. LEBL, J. a kol. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén, 2012. ISBN: 978-80-7262-772-1.
13. NEČASOVÁ, A. a kol. *Vybrané kapitoly dětského lékařství a ošetrovatelské péče o děti a dorost 2. díl*. Brno: IDVPZ, 1996. ISBN: 80-7013-223-X.
14. NOVOTNÁ, L., CSIRKOVÁ, K. Kdo jsou lidé z Nedoklubka a co Vám mohou nabídnout? *Neonatologické listy*. 2010, 16(2), 21–24. ISSN 1211-1600.
15. PAVLÍKOVÁ, E., NOVOTNÁ, J. O malých nedočkavecích, předčasných rodičích a Nedoklubku. *Psychologie dnes*. 2009, 15(12), 12–15. ISSN 1212-9607.
16. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-283-8.

17. PLAVKA, R. Paradigma „nové“ Bronchopulmonální dysplázie. *Neonatologické listy*. 2006, 12(1), 3–5. ISSN 1211-1600.
18. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2968-8.
19. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. RUBÍN, A. a kol. *Péče o ohroženého novorozence*. 2 vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982.
21. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-1613-8.
22. SOBOTKOVÁ, D. a kol. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0398-X.
23. SODOMKOVÁ, M. Komfort předčasně narozeného novorozence aneb „v pelíšku jako u maminky v bříšku...“. *Diagnóza*. 2013, 9(2), 25–27. ISSN 1801-1349.

## **II. Internetové zdroje**

1. KREMEROVÁ, R. Rychlé informace. *Zpráva o novorozenci 2011* [on-line]. ÚZIS ČR 2010–2013 [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: [www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-novorozenci-2011](http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-novorozenci-2011).
2. ZOBAN, P., BIOLEK, J. Doporučení a postupy. *Léčba kyslíkem* [on-line]. Česká Neonatologická Společnost, c 2011–2012 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: [www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/def-lecba-kyslikem.pdf](http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/def-lecba-kyslikem.pdf).

## **10 PŘÍLOHY**

Příloha A – *Typy pelíšků a polohovacích pomůcek pro nedonošené novorozence na oddělení IMP v Pardubické krajské nemocnici, a.s.* (str. 72–73)

Příloha B – *Dotazník* (str. 74–79)

Příloha C – *CD se zdrojovými daty*

Příloha A *Typy pelíšků<sup>1</sup> a polohovacích pomůcek<sup>2</sup> pro nedonošené novorozence na oddělení IMP v Pardubické krajské nemocnici, a.s.*



Obr. 23 Fotografie pelíšku 1



Obr. 24 Fotografie pelíšku 2

---

<sup>1</sup> Pelíšky dostupné v různých velikostech a barevných škálách na [www.neobed.cz](http://www.neobed.cz)

<sup>2</sup> Polohovací pomůcky (ruce) dostupné na [www.zakeez.com](http://www.zakeez.com)





Obr. 25 Fotografie – ruka jako polohovací pomůcka

## Příloha B

### **Dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Sabina Javůrková, jsem studentkou oboru Porodní asistentka na Univerzitě Pardubice. Předkládám Vám dotazník, který je součástí mé bakalářské práce – Spokojenost matek s péčí o nedonošené novorozence na oddělení intermediární péče. Dotazník je zcela anonymní. Mým cílem je zjistit, jak jste byla spokojená s péčí o Vaše nedonošené miminko na oddělení intermediární péče. Prosím Vás o pravdivé a úplné vyplnění všech otázek. Pokud by ze získaných výsledků vzešlo, že by bylo možné v péči o nedonošená miminka ještě něco zlepšit, jistě by to pomohlo dalším maminkám, které se ocitnou ve stejné situaci, jako jste nyní vy.

Děkuji Sabina Javůrková

#### **1. Kolik je Vám let?**

.....

#### **2. Rodila jste poprvé?**

- a) Ano
- b) Ne

#### **3. Máte pocit, že jste byla dostatečně seznámena s harmonogramem a chodem oddělení?**

- a) Ano
- b) Ne

**4. Jak byste zhodnotila informovanost v péči o Vaše nedonošené miminko na oddělení intermediární péče? (přebalování, koupání, krmení atd.)**

- a) Nadprůměrná (nadstandardní)
- b) Dostatečná
- c) Nedostatečná

**5. Myslíte si, že je oddělení intermediární péče dostatečně zásobené informačními letáčky? (sdružení pro nedonošené děti, pomůcky atd.)**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**6. a) Dostala jste od zdravotnického personálu kontakt na nějakou z organizací, která pomáhá předčasně narozeným dětem a jejich rodinám?**

- a) Ano
- b) Ne

**b) Pokud ano, uveďte konkrétně na jakou organizaci a zda jste ji kontaktovala nebo se chystáte kontaktovat.**

.....

**7. Jaké jste prožívala pocity na oddělení intermediární péče? Napište.**

.....

.....

..... •

**8. Psychická podpora Vám byla poskytována nejvíce ze strany**

- a) Sester na oddělení intermediární péče
- b) Lékařů na oddělení intermediární péče
- c) Jiné

**9. Jak byste zhodnotila přístup sester na oddělení intermediární péče?  
Můžete označit více možností.**

- a) Vstřícný
- b) Věnovaly se mi se zájmem
- c) Necítila jsem z jejich strany zájem
- d) Negativní

**10. Jak byste zhodnotila přístup lékařů na oddělení intermediární péče?  
Můžete označit více možností.**

- a) Vstřícný
- b) Věnovali se mi se zájmem
- c) Necítila jsem z jejich strany zájem
- d) Negativní

**11. a) Pobývala jste s dítětem po celou dobu jeho hospitalizace v nemocnici?**

- a) Ano
- b) Ne

**b) Pokud ano, zhodnotila byste to pro sebe jako přínosné?**

- a) Ano
- b) Ne

**12. Byla jste poučena jak správně odstříkávat mateřské mléko? (pracovat s odsávačkou)**

- a) Ano
- b) Ne

**13. a) Byla Vám nabídnuta možnost vyzkoušení pomůcek k odstříkávání mateřského mléka?**

- a) Ano
- b) Ne

**b) Pokud ano, zakoupila jste si nějakou z pomůcek?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Chystám se zakoupit

**14. a) Byla jste seznámena s nutností pravidelného odstříkávání po 3 hodinách s maximální pauzou 5 hodin?**

- a) Ano
- b) Ne

**b) Pokud ano, dodržovala jste to?**

- a) Ano
- b) Ne

**15. Při propouštění z nemocnice své miminko (můžete označit více možností)**

- a) Plně kojím
- b) Kojím
- c) Krmím odstříkaným mateřským mlékem
- d) Krmím mlékem umělým ( formule)

**16. a) Zdál se Vám výklad o hygienické péči Vašeho miminka dostatečný?**

- a) Ano
- b) Ne

**b) Pokud jste zvolila možnost b: O co byste jej obohatila? Co Vám chybělo? Napište.**

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

**17. Vyhovovalo Vám zapojení do péče o miminko?**

- a) Ano
- b) Ne – uveďte proč:
- c) Částečně – uveďte proč:

.....  
.....

**18. Máte pocit, že jste byla dostatečně seznámena s výsledky jednotlivých vyšetření Vašeho miminka?**

- a) Ano
- b) Ne – uveďte proč:

.....  
.....

**19. Jak jste byla spokojená s poskytováním informací na oddělení v péči o Vaše miminko?**

- a) Výborné, bez námitek
- b) Dobré, ale uvítala bych ještě více informací např. video, názorná ukázka
- c) Nedostačující

**20. Co byste ze svého pohledu změnila na oddělení v péči o Vaše nedonošené miminko? Napište.**

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

**21. Máte pocit, že znalosti a zkušenosti, které jste nabyly na oddělení intermediární péče, Vám dodaly pocit jistoty v péči o Vaše dítě?**

- a) Ano
- b) Ne