

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Jana Nováková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Jana Nováková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PSYCHIKA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

PLZEŇ 2019

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana NOVÁKOVÁ**
Osobní číslo: **Z16B0070P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Psychika rodičů předčasně narozených dětí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

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

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
 - Stanovit cíl kvalifikační práce.
 - Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
 - Popsat metodiku praktické části.
 - Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
 - Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
 - Dodržet citační normu.
 - Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.
-

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- DORT, Jiří. Ošetrovatelské postupy v neonatologii. 1. vyd. Plzeň, Západočeská univerzita v Plzni, 2011. 237 s. ISBN 978-807-0439-449.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a BOBEK, Ivo. Intenzivní péče o novorozence. 2. vyd. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-807-0135-471.
- ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel a kolektiv. Porodnictví. 3. vyd. Praha, Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- DOKOUPILOVÁ, Milena et al. Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti. 1. vyd. Praha, Portál, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
- SPIELMAN, Varda a TAUBMAN-BEN-ARI, Orit. Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A comparison between Parents of Pre- and Full- Term babies. Health& Social Work [online]. 2009. vol 34, no. 3, s. 201-12. ISSN 03607283.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Kristina Janoušková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

31. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

29. března 2019



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. února 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nováková Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychika rodičů předčasně narozených dětí

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran – číslované: 47

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova: předčasně narozené dítě, předčasný porod, novorozenec, neonatologie, perinatologie, rodiče předčasně narozených dětí, psychika

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychiky matek předčasně narozených dětí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje úvod do problematiky, etické problémy poskytování péče, psychiku rodičů a péči o nedonošené novorozence. V teoretické části jsou uvedeny poznatky z odborné literatury a dostupných odborných internetových článků. Praktická část se zabývá analýzou psychického stavu matek předčasně narozených dětí, obsahuje vyhodnocení výzkumného šetření, které probíhalo formou dvou polostrukturovaných rozhovorů s matkami předčasně narozených dětí. Závěr práce obsahuje poznatky získané výzkumným šetřením a doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Nováková Jana

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Psyche of parents of premature babies

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková

Number of pages – numbered: 47

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 44

Keywords: premature baby, premature labour, newborn, neonatology, perinatology, parents of premature babies, psyche

Summary:

Major project deals with the psyche of mothers of preemies. The thesis is divided into practical and theoretical part. The theoretical part contains an introduction to the issue, ethical issues of providing care, parental psyche and care for premature newborns. In the theoretical part there are given the knowledge from professional literature and available internet articles. The practical part deals with the analysis of the mental state of mothers of preemies, including an evaluation of the research that they were conducted in the form of two semi-structured interviews with mothers of preemies. The conclusion of the thesis contains the findings obtained by the research and recommendations for practice.

Předmluva

Předčasné narození dítěte je náročná životní situace, která postihuje celou rodinu. Ženy prožívají širokou škálu emocí, se kterými se musí vyrovnávat. Péče o předčasně narozené děti je psychicky i fyzicky velmi vyčerpávající. Přestože se úroveň zdravotnické péče neustále zlepšuje, počet předčasně narozených dětí se zvyšuje.

Cílem práce je analyzovat psychický stav matek předčasně narozených dětí. Zaměřuji se na pocity matek, vývoj vztahu mezi matkou a dítětem, míru podpory od rodiny a zdravotnického personálu, informovanost matek o dané problematice a míru zapojení matek do péče o dítě po dobu hospitalizace.

Použila jsem kvalitativní výzkumné šetření formou dvou polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s matkami předčasně narozených dětí.

Poděkování

Děkuji PhDr. Kristině Janouškové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky při zpracovávání. Také děkuji respondentkám za jejich ochotu a čas. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	14
1.1 Klasifikace novorozenců.....	14
1.1.1 Dle porodní váhy	14
1.1.2 Dle gestačního věku.....	14
1.1.3 Dle vztahu porodní váhy a gestačního věku	14
1.1.4 Dle zralosti.....	15
1.1.5 Fyziologický novorozenec.....	15
1.1.6 Nedonošený novorozenec.....	15
1.2 Systém třístupňové péče, péče na oddělení fyziologických novorozenců, JIP, JIRP 16	
1.3 Předčasný porod.....	16
1.3.1 Příčiny předčasného porodu	16
1.3.2 Nejčastější potíže nedonošených novorozenců	17
1.3.3 Statistické ukazatele	19
1.3.4 Porovnání ČR s ostatními zeměmi	20
2 ETICKÉ PROBLÉMY PÉČE O NEDONOŠENÉ NOVOROZENCE.....	21
2.1 Hranice viability	21
2.2 Šedá zóna	22
2.3 Práva novorozence	22
2.4 Etické otázky v neonatologii.....	22
3 PSYCHIKA RODIČŮ	24
3.1 Narození nedonošeného dítěte jako náročná životní situace	24
3.2 Úzkost, strach, stres, šok, trauma, posttraumatická stresová porucha	25
3.3 Vztah matka- dítě.....	26
3.4 Propuštění domů	27
3.5 Komunikace s rodiči	27
3.5.1 Obecné zásady komunikace.....	27
3.5.2 Komunikace v neonatologii.....	28
4 PÉČE O NEDONOŠENÉ NOVOROZENCE.....	30
4.1 Výživa nedonošených novorozenců	30
4.2 Zapojení rodičů do péče o dítě.....	31
4.2.1 Kontakt kůže na kůži, bonding, klokánkování, bazální stimulace	32
4.2.2 Rehabilitace	33
4.2.3 Propuštění novorozence do domácí péče	33

4.2.4	Centra vývojové péče	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
5	FORMULACE PROBLÉMU	35
6	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
6.1	Hlavní cíl:	35
6.2	Dílčí cíle:.....	35
6.3	Výzkumné otázky:	36
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	37
8	METODIKA PRÁCE	37
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	38
10	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	39
10.1	Respondentka A	39
10.1.1	Pocity matek předčasně narozených dětí.....	39
10.1.2	Pocity matek při prvním kontaktu s předčasně narozeným dítětem	40
10.1.3	Postoj a vztah matek k předčasně narozenému dítěti, vývoj jejich vztahu....	41
10.1.4	Jak se ženy vyrovnávaly s faktem, že se jim narodilo dítě předčasně.....	41
10.1.5	Podpora žen partnerem a rodinou.....	41
10.1.6	Podpora žen zdravotnickým personálem, psychologická pomoc	42
10.1.7	Pocity matek na neonatologických jednotkách intenzivní péče	43
10.1.8	Důvěra matek v odborný personál.....	43
10.1.9	Informovanost rodičů	44
10.1.10	Podpora vytváření citové vazby mezi matkou a dítětem	45
10.1.11	Zapojení rodičů do péče o dítě.....	45
10.2	Respondentka B.....	47
10.2.1	Pocity matek předčasně narozených dětí.....	47
10.2.2	Pocity matek při prvním kontaktu s předčasně narozeným dítětem	48
10.2.3	Postoj a vztah matek k předčasně narozenému dítěti, vývoj jejich vztahu....	48
10.2.4	Jak se ženy vyrovnávaly s faktem, že se jim narodilo dítě předčasně.....	49
10.2.5	Podpora žen partnerem a rodinou.....	49
10.2.6	Podpora žen zdravotnickým personálem, psychologická pomoc	50
10.2.7	Pocity matek na neonatologických jednotkách intenzivní péče	50
10.2.8	Důvěra matek v odborný personál.....	51
10.2.9	Informovanost rodičů	51
10.2.10	Podpora vytváření citové vazby mezi matkou a dítětem	51
10.2.11	Zapojení rodičů do péče o dítě.....	52
	DISKUZE.....	54
	Doporučení pro praxi.....	58

ZÁVĚR.....	59
SEZNAM LITERATURY.....	61
SEZNAM PŘÍLOH	65
PŘÍLOHA Č.1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS	66
PŘÍLOHA Č.2 - REŠERŠE.....	67

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CESP	Confederation of European Specialists in Pediatrics
IMP	Oddělení intermediární péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče

ÚVOD

Těhotenství by mělo být jedno z nejkrásnějších období v životě ženy. Občas se ale stane, že je těhotenství ukončeno dříve. Žena se dostává do nečekané a velmi náročné životní situace, jakou předčasné narození dítěte bezpochyby je. Vzhledem k současnému stylu života a kvalitě zdravotnické péče se předčasné rodí stále více dětí. Přesná příčina není známa, nejčastěji je na vině infekce, velký podíl se přisuzuje také zvyšujícímu se věku rodiček a stále více využívané asistované reprodukci. Díky neustále se zlepšujícímu zdravotnictví dnes přežívají i děti, které by dříve nemohly být zachráněny. To s sebou ale nese určitá omezení a rizika. Předčasně narozené děti často zůstávají dlouho hospitalizované v nemocnici, dochází k přerušení vazeb mezi matkou a dítětem a narušení jejich vznikajícího vztahu. Pro matky je období předčasného porodu velice citlivé, musí se s nastalou náročnou situací vyrovnávat. Prožívají nejrůznější pocity - strach, úzkost, bezmoc, pocity viny a sebeobviňování. V takto náročné situaci potřebují být ženy podporovány, vědět, že se mají na koho obrátit. Situace je však náročná nejen pro ženy, ale i jejich okolí, které neví, jak s nimi jednat a jak pomoci. V tuto chvíli je velmi důležitá přítomnost a pomoc zdravotnického personálu. Ženy se obracejí na personál neonatologického oddělení, očekávají, že jsou zde profesionálové ve svém oboru, kteří jim dokáží pomoci, podpořit je a zachránit jejich dítě.

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila, protože je stále velmi aktuální. V roce 2016 se předčasně narodilo 7,5 % novorozenců a i přes zlepšující se zdravotnickou péči se nedaří počet předčasných porodů snížit. (ÚZIS, 2016)

V úvodu do problematiky zmiňuji klasifikaci novorozenců, systém třístupňové péče a péče na oddělení JIP a JIRP. Krátce se věnuji předčasnému porodu, jeho příčinám, zdravotním potížím nedonošených novorozenců, zmiňuji sledované statistické ukazatele a porovnání ČR s ostatními zeměmi. Ve druhé kapitole se věnuji etickým problémům poskytované péče, zejména hranici viability, šedé zóně a zmiňuji některá práva novorozence. Ve třetí kapitole se zaměřuje na psychiku rodičů, zejména na pocity, vytváření vztahu mezi matkami a jejich dítětem, zmiňuji také komunikaci zdravotnického personálu s rodiči. Poslední kapitola je zaměřena na péči o předčasně narozené novorozence a zapojení matek do péče o jejich děti.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat psychický stav matek předčasně narozených dětí. Zaměřuji se na pocity těchto žen, vývoj vztahu mezi matkou a jejím dítětem po dobu hospitalizace, míru poskytnuté podpory od rodiny a zdravotnického personálu, zda byly ženy dostatečně informované o problematice předčasně narozených dětí a zda a v jaké míře se mohly podílet na péči o jejich dítě po dobu hospitalizace. Informace jsem získala formou polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla se dvěma ženami, a které předkládám v praktické části.

Poznatky a informace jsem čerpala z dostupné odborné literatury a odborných internetových článků. Většina zdrojů byla nalezena díky rešerši, kterou jsem si nechala vypracovat ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje. Pro rozšíření povědomí o problematice jsem se také zúčastnila konference Kritické stavy v porodnictví 2018 v Praze, kde byla problematika předčasných porodů zmiňována. Výzkumy jsem hledala pomocí Google Scholar, Cochrane Library a Theses.cz.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Fyziologická gravidita trvá 40 týdnů. Porod v termínu je vymezen mezi 38. - 42. týdnem těhotenství. Pokud žena porodí před dokončeným 37. týdnem těhotenství, jedná se o předčasný porod. O prodlouženém těhotenství lze mluvit tehdy, trvá-li těhotenství déle než 42 týdnů. (Slezáková a kol., 2011, s. 137-158)

1.1 Klasifikace novorozenců

Novorozence můžeme rozdělit do několika skupin s ohledem na porodní váhu, gestační věk (neboli délku těhotenství, od početí), vztah porodní váhy ke gestačnímu stáří, dle zralosti a od toho se odvíjejícího rozdělení na fyziologického novorozence a na nedonošeného novorozence.

1.1.1 Dle porodní váhy

Dle porodní váhy můžeme novorozence dělit do následujících pěti skupin (Dort, 2011, s. 14):

- novorozenci obrovští (makrosomie) - 4500 g a vyšší porodní váha,
- novorozenci s normální porodní váhou 2500 g - 4499 g,
- novorozenci s nízkou porodní váhou pod 2500 g,
- novorozenci s velmi nízkou porodní váhou pod 1500 g,
- novorozenci s extrémně nízkou porodní váhou pod 1000 g.

1.1.2 Dle gestačního věku

Podle délky gestace můžeme rozdělit novorozence do následujících skupin (Dort a kol., 2018, s. 15):

- novorozenci nedonošení - narození před 36+6 týdnem těhotenství,
- novorozenci donošení - narození od 37+0 do 41+6 týdne těhotenství,
- novorozenci přenášení - narození po 42+0 týdnu těhotenství.

1.1.3 Dle vztahu porodní váhy a gestačního věku

Dle vztahu délky gestace a porodní hmotnosti se novorozenci dělí do těchto skupin (Hájek, 2014, s. 215):

- eutrofický novorozenec - porodní hmotnost je mezi 5. - 95. percentilem odpovídajícího gestačního věku,
- hypertrofický novorozenec - porodní hmotnost je nad 95. percentilem odpovídajícího gestačního věku,
- hypotrofický novorozenec - porodní hmotnost je pod 5. percentilem odpovídajícího gestačního věku.

1.1.4 Dle zralosti

Fendrychová (2012, s. 26) dělí novorozence dle zralosti do následujících kategorií:

- lehce nezralý novorozenec - narozen před 38. týdnem gestace s porodní hmotností 2 000 g - 2 499 g,
- středně nezralý novorozenec - narozen před 34. týdnem gestace s porodní hmotností 1 500g - 1 999g,
- velmi nezralý novorozenec - narozen před 32. týdnem gestace s porodní hmotností 1 000g - 1 499g,
- extrémně nezralý novorozenec - narozen před ukončeným 28. týdnem gestace s porodní hmotností do 999 g.

1.1.5 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec váží průměrně 3 500 g, měří 50 cm, má vyvinutý tukový polštář, kůže je růžová a krytá mázkem, na nose jsou milia, na zádech mohou být zbytky lanuga, mívají jemné vlásky, plosky nohou jsou rýhované po celé ploše, nehty přesahují špičky prstů, jsou dobře vyvinuté areoly, ušní boltce mají vyvinutou chrupavku, u chlapců jsou sestouplá varlata, u dívek labia majora kryjí labia minora. (Hájek, 2014, s. 215)

1.1.6 Nedonošený novorozenec

Nedonošený novorozenec se vyznačuje nízkou porodní hmotností dle stupně nezralosti, má jasně červenou, tenkou, transparentní kůži s prosvítajícími kapilárami, která je pokrytá lanugem, rýhování plosek nohou je částečné nebo chybí, chrupavky ušních boltců jsou měkké, mívají protažený tvar lebky (dolichocefalii), prsní areoly jsou malé, genitál není zralý- u chlapců nejsou sestouplá varlata, u dívek labia majora nepřekrývají labia minora, svalový tonus je snížený. (Hájek, 2014, s. 215; Zoban, 2012, s. 203-208)

1.2 Systém třístupňové péče, péče na oddělení fyziologických novorozenců, JIP, JIRP

V České republice se péče o novorozence rozděluje do tří stupňů: (Janáčková, 2017, s. 46)

První stupeň tvoří běžné porodnice, které poskytují péči dětem, které nepotřebují žádnou intenzivní péči, případně se rodí s lehkým onemocněním.

Druhý stupeň tvoří centra intermediární péče, která poskytují péči novorozencům narozeným od 32. týdne těhotenství nebo s porodní váhou nad 1 500 g.

Třetím stupněm jsou perinatologická centra, která pečují o všechna patologická těhotenství, o děti narozené po 24. týdnu těhotenství, o děti s jakoukoliv porodní váhou. V České republice máme 12 perinatologických center, jsou rozmístěna po celém území republiky. (Janáčková, 2017, s. 102-104)

Na oddělení JIP, JIRP jsou hospitalizovány děti, které vyžadují intenzivní péči. Jsou zde nejmodernější přístroje k monitoraci stavu dítěte a provádí se různá vyšetření. Dítě je uloženo v inkubátoru, sledují se jeho fyziologické funkce, je zde snaha o stabilizaci jeho vážného stavu. Děti jsou hospitalizované týdny i měsíce, vše záleží na jejich zdravotním stavu. (Janáčková, 2017, s. 174)

Po zlepšení stavu se dítě může přeložit na oddělení intermediární péče. Zde jsou děti se stabilizovanými životními funkcemi, které jsou dále monitorované, péče se zaměřuje zejména na výživu a vývoj. Na tomto oddělení může být hospitalizována i matka, která se bude zacvičovat v péči o dítě. (Janáčková, 2017, s. 102)

1.3 Předčasný porod

Za předčasný porod se považuje porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství. Předčasné porody se podílejí na časně neonatální úmrtnosti až v 70 %. (Hájek, 2014, s. 246). Četnost předčasných porodů v roce 2017 byla 7,8 %. (Konference Kritické stavy v porodnictví, Praha, 2018)

1.3.1 Příčiny předčasného porodu

Nejčastější příčinou předčasného porodu jsou infekce. Mezi další příčiny se řadí krvácení v těhotenství, vícečetné těhotenství, polyhydramnion, vývojové vady dělohy, inkompetence děložního hrdla, předčasný odtok plodové vody, intrauterinní růstová

retardace plodu, insuficience placenty, vrozené vývojové vady plodu, nedostatečná prenatální péče, užívání návykových látek, opakované předčasné porody, nízký nebo vyšší věk matky, svobodné matky, léčená sterilita, multiparita, opakované potraty, chronická onemocnění jako je hypertenze, diabetes, kardiální onemocnění, komplikace těhotenství, placentární insuficience (Hájek, 2014, s. 246-247; Dort, 2011, s. 99).

1.3.2 Nejčastější potíže nedonošených novorozenců

Díky rozvoji neonatální péče se snížila mortalita i morbidita předčasně narozených dětí. (Hájek, 2014, s. 234) Přesto je několik potíží, které se u předčasně narozených dětí vyskytují ve vyšší míře.

Nevyzrálost plic

- Pro nevyzrálost plic hrozí syndrom dechové tísně (RDS). Nevyzrálá plíce netvoří dostatek surfaktantu, který pomáhá udržet rozepjaté plicní sklípky, zhoršuje se výměna plynů. Léčbou je podání surfaktantu, umělá plicní ventilace nebo podpora dýchání udržováním pozitivního tlaku v dýchacích cestách. (Drahokoupilová, 2009, s. 97)

Oběhová nestabilita

- U novorozenců se může objevovat porucha srdečního rytmu. Bradykardie souvisí s hypoxií, postižením mozku, podávanými léky nebo poruchami vnitřního prostředí. Léčbou bývá odstranění příčiny či kardiostimulátor. Tachykardie může být způsobena vrozenou vadou, změnami vnitřního prostředí nebo podávanými léky. Léčbou může být stimulace srdce elektrodou. Dále zde kvůli nezralosti stěny spojky může zůstat otevřená Botallova dučej, která se u donošených novorozenců fyziologicky uzavírá po porodu. (Fendrychová, 2012 s. 244-246)

Nezralost gastrointestinálního traktu

- Kvůli nezralosti gastrointestinálního traktu bývá u nedonošených novorozenců opožděná střevní pasáž. Pokud smolka neodchází po více než 48 hodinách, musí se vyšetřit průchodnost anu, střevní peristaltika, případně ověření zobrazovacími metodami. V případě přítomnosti krve ve stolici se musí pátrat po jejím zdroji. Průjmovité stolice se objevují u nekrotizující enterokolitidy či vlivem virů a bakterií ve střevech. (Fendrychová, 2012 s. 288-289)

Poruchy termoregulace

- Nedonošený novorozenec nemá dostatečné množství podkožního tuku, který slouží jako tepelná izolace. Hrozí mu hypotermie, proto je důležité zajistit novorozenci teplý komfort ve vyhřívaném lůžku nebo v inkubátoru. (Fendrychová, 2013, s. 13)

Metabolické problémy

- Glukóza a kalcium se nejvíce přenáší placentou ve třetím trimestru. Předčasně narozený novorozenec je proto ohrožen zejména hypoglykemií a hypokalcemií. (Fendrychová, 2013, s. 13)

Infekce

- Nezralý novorozenec nemá dostatečně vyvinutý imunitní systém, proto je více náchylný k infekcím, které ho mohou i ohrožovat na životě. (Fendrychová, 2013, s. 13)

Centrální nervový systém

- U nedonošených novorozenců se ve vyšší míře vyskytuje intrakraniální krvácení. Ke krvácení může dojít vlivem poranění při porodu nebo netraumaticky, v souvislosti s nezralostí mozku a nedokonalou regulací průtoku krve mozkiem. Kvůli výkyvům tlaku a objemu krve hrozí ruptura jemných cév v mozku. Léčbou je terapie šokového stavu, snaha zabránit změnám v mozku a centrální nervové soustavě a podpůrná terapie zajišťující základní životní funkce. (Fendrychová, 2012 s. 259-264)

Novorozenecká žloutenka

- Nezralá játra nedonošeného novorozence nedokáží odbourávat zvýšený bilirubin z rozpadajících se erytrocytů, bilirubin se hromadí v kůži a způsobuje žluté zbarvení. Patologicky zvýšené hodnoty se řeší fototerapií, případně výměnnou transfuzí. (Fendrychová, 2012 s. 310-312)

1.3.3 Statistické ukazatele

Za *živě narozené dítě* se považuje plod, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života (za známky života považujeme srdeční činnost, pulsaci pupečníku nebo pohyb svalů) bez ohledu na týden těhotenství a přerušení pupečníku.

Za *mrtvě narozené dítě* se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost nad 500 gramů, nelze-li porodní hmotnost určit, je narozený po dokončeném 22. týdnu těhotenství, a nelze-li stanovit délku těhotenství, nejméně 25 cm dlouhý.

O *potratu* mluvíme tehdy, jestliže plod nejeví žádnou známku života a váží méně než 500 g, a pokud ho nelze zvážit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů. (Hájek, 2014, s. 240)

Mezi statistickými ukazateli zaměřenými na předčasný porod a nedonošené novorozence sledujeme zejména *živorozenost*, což je počet živě narozených dětí na 1 000 obyvatel, dále *perinatální úmrtnost*, což je počet mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých do 7 dnů života připadající na 1 000 všech narozených dětí v daném roce. *Mrtvorozenost* je počet mrtvě narozených dětí na 1 000 všech narozených dětí (tj. živě i mrtvě narozených).

Úmrtnost se dělí do několika skupin v závislosti na věku dítěte. Hodnoty, které zde uvádím, se vztahují ke statistice z roku 2016. (ÚZIS, 2016)

- úmrtnost do 1 dne (24 hodin) po porodu - 0,5 ‰,
- poporodní úmrtnost - do 3 dnů po porodu - 0,76‰,
- novorozenecká úmrtnost - do 28 dnů po porodu - 1,7‰,
- časná novorozenecká úmrtnost - do 7 dnů po porodu - 1,18‰,
- pozdní novorozenecká úmrtnost - od 8 dnů do 28 dnů po porodu - 0,52‰.

Mezi nejčastější příčiny úmrtí novorozenců patřily respirační poruchy specifické pro perinatální období, poruchy spojené s předčasným porodem a nízkou porodní hmotností, krvácivé stavy plodu a novorozence, vrozené vývojové vady, deformace a chromozomální aberace.

Dalším ukazatelem je počet *živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností pod 2 500 g*. Sleduje se od 70. let, kdy byl mírně nad 6 %, poté do počátku 90. let mírně klesal k hodnotě pod 5,5 %. Důvodem poklesu počtu živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností byl rozvoj zdravotnictví a lepší diagnostika, která pomohla prodloužit délku těhotenství. Od poloviny 90. let se počet opět zvyšoval, v roce 2013 dosáhl až 8 %, do roku 2015 poklesl na 7,6 %. V roce 2016 byla hodnota 7,5 %. Mezi příčiny stoupaní se řadí například vliv reprodukční medicíny, vícečetná těhotenství nebo vyšší věk rodiček. (ÚZIS, 2016)

UNICEF udává, že se v roce 2013 narodilo až 16 % dětí s porodní hmotností pod 2 500 g. Přesné sledování počtu však není možné, protože se téměř polovina novorozenců po porodu neváží. Nejvyšší výskyt dětí s nízkou porodní hmotností je v Jižní Asii, kde se uvádí až jedna čtvrtina všech dětí (do statistiky však nebyly zahrnuty údaje Číny, Indie a Indonésie). (UNICEF, 2014)

1.3.4 Porovnání ČR s ostatními zeměmi

Mezi evropské státy s nejmenší novorozeneckou úmrtností patří kromě České republiky také Slovinsko a severské státy, zejména Finsko, Norsko, Estonsko a Švédsko.

Naopak nejvyšších hodnot novorozenecké úmrtnosti dosahují Albánie, Rumunsko, Bulharsko a Srbsko. (ÚZIS, 2016)

Další rozdíl můžeme pozorovat ve stanovení týdnu viability plodu. Česká republika má hranici viability plodu stanovenou na 24. dokončený týden těhotenství, stejně tak je to i v Německu. Například Japonsko má hranici životaschopnosti nastavenou od 22. týdne, Holandsko od 25. týdne (Kuře, 2015, s. 63-85) a Švýcarsko až od 26. týdne. (Janáčková, 2017, s. 59). Podrobněji jsem se tomuto tématu věnovala v následující kapitole- Hranice viability.

2 ETICKÉ PROBLÉMY PÉČE O NEDONOŠENÉ NOVOROZENCE

Zda bude dítě zachráněno či nikoliv, záleží z velké části na tom, kde se narodí. V chudých zemích zemře až polovina dětí narozených před 32. týdnem těhotenství, u dětí narozených před 28. týdnem těhotenství je to více než 90 %. Výše úmrtnosti je dána nedostatkem financí, který vede k nedostatečné péči. Děti zde umírají mimo jiné i pro nedostupnost tepla, umělé výživy i léků proti infekcím. Ve vyspělých zemích je situace mnohem lepší, zachraňují se děti již od 22. týdne. (Kuře, 2015, s. 66; Zlatohlávková, 2011, s. 49)

2.1 Hranice viability

Viabilita plodu je chápána jako schopnost přežít, růst a vyvíjet se normálně. (Göthová, 2013, s. 573-583)

Hranice viability je určována zejména podle socioekonomické úrovně společnosti dané země, dle dostupnosti a kvality zdravotnické péče a také podle etických a náboženských hodnot. Proto můžeme pozorovat rozdílnost mezi hranicí viability v Japonsku, kde se intenzivní péče poskytuje dětem narozeným již ve 22. týdnu těhotenství. Rozdílnost je dána tím, že je zde kladen velký důraz na svatost života, který pro ně začíná právě ve 22. týdnu. V Holandsku a Dánsku se zahajuje resuscitace ve 25. týdnu. V Saudské Arábii je hranice viability odvozena od koránu a je stanovena na týden 25+2. V Izraeli se dítěti po porodu přiznávají všechna práva, tudíž je agresivní forma léčby zahajována vždy, když novorozenec vykazuje známky života. V Austrálii a na Novém Zélandu se mezi 23. - 25. týdnem posuzují případy individuálně a přihlíží se na názor rodičů. V Itálii, Německu, Velké Británii a severním Irsku je situace stejná jako v České republice. (Zlatohlávková, 2011, s. 49)

V České republice je hranice viability stanovena na dokončený 24. týden těhotenství, přesněji na 24+0, z důvodu vývoje plicní tkáně. V této době již dochází v plicích plodu ke změnám, kdy se začínají vytvářet pneumocyty, které umožňují produkci surfaktantu a tím i výměnu plynů v plicích. (Janota, Straňák, 2015, s. 90)

V roce 1994 byla hranice viability v České republice stanovena z původních 27. týdnů těhotenství na týden těhotenství 24+0. (Göthová, 2013, s. 573-583)

2.2 Šedá zóna

Stanovení hranice viability však neznamená, že by se striktně péče poskytovala pouze dětem narozeným po 24. týdnu. Vždy je nutné životaschopnost plodu posuzovat individuálně s ohledem na přání rodičů, stav novorozence po porodu a na rizikové faktory, které by mohly ovlivnit budoucí život a kvalitu života dítěte.

Ačkoliv máme v dnešní době velmi dobrou úroveň zdravotnické péče poskytované nedonošeným dětem, není moc pravděpodobné, že by se podařilo zachránit dítě narozené před 22. týdnem. Roli zde hraje také nezralost ostatních orgánů. Proto se u plodů narozených ve 22. týdnu a dříve nedoporučuje resuscitace.

Období mezi 22. - 25. týdnem těhotenství se označuje pojmem šedá zóna. V období šedé zóny není možné stanovit prognózu mortality či morbidit.

Pokud vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte nebo týdnu těhotenství je rozhodnuto o nezačínání intenzivní péče, je poskytnuta péče paliativní neboli komfortní. Hlavním cílem komfortní péče je péče o umírající dítě, zejména zajištění tepla, tekutin, kontakt s rodiči a tlumení bolesti a stresu. (Göthová, 2013, s. 573-583)

2.3 Práva novorozence

Již v Listině základních práv a svobod, v hlavě druhé, oddílu prvním, článku 6 je napsáno: „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.“

Práva dětí jsou dána také Úmluvou o právech dítěte, která je v České republice platná od roku 1991. Přijetím úmluvy se stát zavazuje k respektování a zabezpečení práv stanovených Úmluvou každému dítěti, bez jakékoliv diskriminace. Zde se mimo jiné uvádí, že každé dítě má právo na život, na jméno a na státní příslušnost. Má právo znát své rodiče, má právo na jejich péči a možnost stýkat se s oběma rodiči. Má právo na soukromí. Děti musí být chráněny proti tělesnému a duševnímu násilí, urážení a zneužívání. Mají právo na zdraví a životní úroveň nezbytnou pro jejich rozvoj po tělesné, duševní, sociální a mravní stránce. Duševně či tělesně postižené děti mají právo na plnohodnotný život a na respektování jejich důstojnosti. (OSN, 1989)

2.4 Etické otázky v neonatologii

CESP (Confederation of European Specialists in Pediatrics) se věnuje etickým pravidlům poskytování péče v neonatologii a pediatrii. Zabývá se například otázkami

ohledně poskytování péče novorozenci bez ohledu na konkrétní situaci, jakou je například přítomnost vrozených vývojových vad nebo například zda mají rodiče právo rozhodovat o míře poskytnuté péče novorozenci ihned po porodu. Pokud se dítě podaří zresuscitovat, má být dále poskytována péče i přes prognózu těžkého zdravotního handicapu dítěte? A kdo je odpovědný za ekonomickou náročnost péče o těžce handicapované dítě?

Podle CESP má každý právo žít svůj život, má právo na optimální léčbu a péči, každý má právo být členem společnosti a být společností chráněn. Rozhodování musí být dle nejlepšího zájmu pacienta, což ale může být velmi obtížné až nemožné u novorozence. V rozhodnutí se nesmí promítat osobní názor na hodnotu života. Při neposkytnutí intenzivní péče musí být poskytnuta důstojná a etická péče o pacienta. Musí být respektován názor rodičů, pokud se rozhodnutí rodičů neshoduje s názory zdravotníků, je vhodný názor dalšího odborníka. (Macko, 2010, s. 268-274)

3 PSYCHIKA RODIČŮ

Těhotenství je obvykle obdobím radosti, očekávání. Budoucí matky navštěvují různé těhotenské a předporodní kurzy, kde dochází k zesilování kontaktu mezi matkou a plodem. Žena se připravuje na porod a na vše hezké, co jí po narození jejího dítěte bude čekat. Součástí těchto kurzů obvykle nebývá příprava na případné komplikace. (Drahokoupilová, 2009, s. 42-43)

3.1 Narození nedonošeného dítěte jako náročná životní situace

Protože je předčasný porod často neočekávanou událostí, rodiče musí řešit i další problémy, jako je například nutnost náhle zanechat zaměstnání, dlouhý pobyt v nemocnici, případně i dojíždění za dítětem. Rodina často musí zajistit péči i o další děti v domácnosti. (Matoušková, 2008, s. 2-8)

Předčasný porod vždy pro ženu představuje zvýšenou zátěž, na kterou se nelze připravit. Není neobvyklé, že se u ženy neprojeví emoce, které bychom u takto náročné situace očekávali. Dochází zde k hledání viníka celé situace, sebeobviňování, dostávají se pocity selhání, bezmoci a samozřejmě strach o dítě. Z psychologické stránky je zde prostor k vyzdvižení problematiky časného kontaktu mezi matkou a dítětem. Důvodem přerušení kontaktu bývá nutnost uložení předčasně narozeného dítěte do inkubátoru, hospitalizace dítěte na jednotce intenzivní péče. V souvislosti s dlouhým odloučením ženy od dítěte přichází pocity nereálnosti dítěte, dochází k narušení intuitivního rodičovského chování. (Ratislavová, 2008, s. 74) Ženy si v mysli promítají různé scénáře, snaží se pochopit, co se stalo, ptají se samy sebe, zda všechno udělaly správně, zda se tomu dalo zabránit, kde udělaly chybu. Mají strach z reakcí okolí. (Janáčková, 2017, s. 66)

Rodiče dítěte často nejsou schopni situaci rozumět, nedokáží pochopit prognózu dítěte. Nejsou schopni vyslechnout a pochopit sdělované informace, z 50 % si je ani nepamatují. Převládá pocit, že se jich celá situace netýká, že se týká někoho jiného. (Chvílová-Weberová, 2013, s. 37-40)

U ženy se objevují obranné mechanismy, reakce na sdělení nepříjemné zprávy. Nejprve se vyskytuje stádium šoku, iracionální myšlení. Mají pocit, že se jich situace netýká, že není reálná. Cítí zmatek, mohou reagovat nepřiměřeně. Po fázi šoku přichází popření. V těchto stádiích nejsou rodiče schopni vnímat a chápat podávané informace. Následuje fáze kompenzace, kdy dochází například ke smlouvání. Ženy slibují, prosí,

obracejí se k Bohu, snaží se „obchodovat“. Fázi kompenzace střídá smutek, úzkost, zlost a pocit viny. Ženy hledají viníka, zlost směřují k okolí i k sobě, zároveň se objevuje sebelítost. Později nastává stádium rovnováhy, ženy hledají smysluplná řešení, chtějí se na řešení situace aktivně podílet. Posledním stádiem je reorganizace, kdy je situace rodiči přijímána. (Skutilová, 2016, s. 69-70)

Reakce na předčasně narozené dítě bývají odlišné u matek i otců. Matky se projevují častěji pláčem, chtějí se o nastalé situaci bavit, chtějí, aby je někdo utěšoval. Muži pláčou méně často, o problémech se bavit spíše nechtějí, útěchu hledají v zaměření pozornosti nejčastěji k práci. Dochází ke vzdalování partnerů, žena se cítí být nepochopena, muž se cítí být přetěžován chováním ženy. (Takács a kol., 2015, s. 131)

3.2 Úzkost, strach, stres, šok, trauma, posttraumatická stresová porucha

Strach je negativní reakce na konkrétní skutečnost, která člověku připadá nebezpečná. (Čechová, 2004, s. 48)

Úzkost je reakce člověka na něco nekonkrétního, není přesně jasné, jaká situace v člověku úzkost vyvolává, přesto se člověk cítí být ohrožený. (Čechová, 2004, s. 48)

Úzkost a strach od sebe nelze úplně rozlišit, často se prolínají. Úzkostlivější typ člověka častěji reaguje strachem. Mezi psychické projevy patří lítostivost, nejistota, útlum, rychlá řeč, roztržitost, zvýšené pocení, poruchy spánku nebo změny frekvence základních životních funkcí, jako například tachykardie, tachypnoe nebo sucho v ústech. Lidé také často jednají nepřiměřeně, za své chování se později stydí. Zdravotníci musí být obezřetní ke svým výrokům, které před pacientem vysloví. Nevhodné vyjádření může být také podnětem k úzkosti, obavám a depresi. (Zacharová, 2017, s. 56-60)

Trauma představuje znovuprožívání náročné situace, opakované vtíravé myšlenky a vzpomínky. Pro vyřešení psychického traumatu způsobeného předčasným porodem je potřeba dostatek času. Nejvíce se vyskytuje u žen s negativní porodnickou zkušeností, zejména po těžkém porodu, porodu těžce nedonošeného dítěte, dětí se zdravotními vadami a u žen, které porodily mrtvé dítě, nebo dítě zemřelo po porodu. (Chvílová-Weberová, 2013, s. 37-40)

Dle psychologičky Martiny Jotzo lze známky traumatu pozorovat u 77 % matek a 23 % otců v prvních měsících po porodu. Po dvou letech známky traumatu jeví stále 17 % matek. Mezi příznaky traumatu patří neustálé vzpomínky, sny, neschopnost cítit

pozitivní emoce, vyhýbání se tématu a všemu s tím spojeným, žena se stává více psychicky a tělesně podrážděnou. (Nedoklubko, 2014, s. 113- 119)

Symptomy posttraumatické stresové poruchy se často objevují za 3-6 měsíců od plánovaného termínu porodu. Pokud v sobě nemá žena psychické trauma vyřešené, může se vyskytnout i posttraumatická deprese. Nadále dochází k ovlivnění vztahu mezi rodiči a jejich dítětem. (Bayer, 2011, s. 223) Někteří rodiče jsou pro vznik poruchy více rizikováni. Patří sem rodiny s problémy ve vztazích, nedostatečným zázemím, malou oporou okolí, nedostatkem financí, předchozími traumatickými zkušenostmi- potraty, úmrtí dítěte, asistovaná reprodukce. Hůře náročnou situaci snášejí mladí nebo starší rodiče a jedinci s předchozími psychickými problémy. (Chvílová-Weberová, 2013, s. 37-40)

3.3 Vztah matka- dítě

Vztah mezi matkou a dítětem bývá narušený ihned na počátku. Nedonošený novorozenec je po porodu umístěn na jednotku intenzivní péče, kde musí být v inkubátoru. Matka získává informace o svém dítěti pouze od personálu a za novorozencem se na jednotku intenzivní péče podívá až dle jejího zdravotního stavu po porodu. Ženy pociťují strach, selhání, pocity bezmoci a deprese. Pokud odloučení dítěte od matky trvá delší dobu, dochází k narušení intuitivního rodičovství, ženy pociťují nereálnost dítěte, necítí mateřské city k dítěti. (Ratislavová, 2008, s. 74)

První setkání rodičů s dítětem je také velmi náročné. Dítě nevypadá tak, jak si jej rodiče představovali, je křehké, za sklem inkubátoru, napojené na velké množství přístrojů, na rodiče nereaguje. Rodiče se cítí zbyteční, nemohou ochraňovat své dítě před bolestí. (Chvílová-Weberová, 2013, s. 37-40)

Je důležité rodiče v kontaktu s dítětem podporovat, umožnit jim chování, doteky, aby na své dítě mluvili, podporovat matku v kojení. Důležité je také zapojit rodiče do péče o dítě při hospitalizaci. Pro sblížení matky a dítěte se využívá metoda klokánkování, která nejen že působí pozitivně na zdravotní stav dítěte, napomáhá také utvářet vazbu mezi matkou a dítětem. (Ratislavová, 2008, s. 74; Takács, 2012, s. 19)

Pokud je narušený vztah mezi matkou a dítětem, dochází k poruše senzitivity matky vůči dítěti. Nevytvoří-li si dítě k matce jistou citovou vazbu, je více ohroženo vznikem vývojových poruch a pozdějších psychopatologií. (Takács a kol., 2015, s. 128)

3.4 Propuštění domů

Každý pacient se těší, až bude propuštěn z nemocnice a bude moci jít domů. Propuštění matek předčasně narozených dětí je méně radostné, matky odchází domů samy, bez svého dítěte. To musí ještě nějakou dobu zůstat hospitalizované na jednotce intenzivní péče. Žena stále není s nastalou situací vyrovnaná, obviňuje se, v šoku je i její nejbližší okolí. Znovu se objevují pocity bezmoci, odloučení, strachu. Je důležité, aby žena věděla, že je o její dítě v nemocnici postaráno a že může na oddělení kdykoliv zavolat. Je vhodné, aby se zapojil i zbytek rodiny, pomohl ženě se zabezpečením domácnosti, případně i s hlídáním dalších dětí. Žena většinou pravidelně dochází za svým dítětem, nosí mu odšťávané mléko, a tak se jí pomoc ostatních hodí. Velice důležitá je psychická podpora i od partnera, žena se potřebuje svěřovat, mluvit o situaci. (Janáčková, 2017, s. 131-138)

Pokud je dítě přeloženo na oddělení intermediární péče, může zde být hospitalizovaná i matka, která se postupně zaučuje v péči o dítě, později se o dítě stará na rooming in pokoji. Cílem je zvládnutí péče v domácím prostředí, dochází ke zklidnění a lepšímu sebehodnocení ženy. Aby mohlo být dítě propuštěno domů, musí mít stabilní dýchání a krevní oběh, regulovat svou tělesnou teplotu, přibývat na hmotnosti a přijímat potravu kojením či dokrmem. (Janáčková, 2017, s. 102; Janáčková, 2016, s. 26-27; Takács a kol., 2015, s. 124)

3.5 Komunikace s rodiči

Komunikace znamená vzájemné navození kontaktu, výměnu myšlenek, pocitů a postojů. Ve zdravotnictví slouží komunikace k získání důvěry a rozvíjení kontaktu s pacientem. Podílí se také na utváření vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Správně užitou komunikací můžeme u pacientů zmírnit pocity strachu a úzkosti. (Plevová a kol., 2010, s. 13; Takács a kol., 2015, s. 17)

3.5.1 Obecné zásady komunikace

Při komunikaci je důležité druhému člověku naslouchat, což znamená aktivní vnímání nejen obsahu slov, ale také způsobu sdělení, mimiky a pohybů. Základními prvky úspěšné komunikace je individuální přístup, úcta k pacientovi, pozitivní vztah a empatie. Je nutné pacienta respektovat, ukázat mu, že teď jsme tu pro něj. Důležitá je také empatie, která vyjadřuje schopnost vcítit se do druhého člověka. Měli bychom vyjádřit porozumění nad obavami, které pacient vysloví. Pokud pacient žádá radu, měli bychom se ho snažit navést, aby sám navrhl řešení. Není vhodné, aby zdravotník radil, jak by se v obtížné

situaci zachoval. Je důležité volit citlivá slova, která pomohou navodit pocit důvěry. Významná je také neverbální komunikace, například udržování očního kontaktu nebo příkyvování při naslouchání pacientovi. Úkolem sestry je nejen ovládat vlastní neverbální projevy, ale také porozumět neverbálním projevům pacientů. Důležité je také prostředí, ve kterém rozhovor s pacientem vedeme. Není vhodné mít mezi sebou bariéru nebo sedět v příliš otevřeném či rušivém prostoru. (Beran a kol., 2010, s. 52-62; Zacharová a kol., 2011, 205-223)

3.5.2 Komunikace v neonatologii

Důležité je si uvědomit, že zdravotník se pohybuje ve svém prostředí, ale pro ženu je nemocniční prostředí neznámé. Vlivem hormonů se stává více zranitelnou, citlivou na postoje zdravotníků a prostředí, proto potřebuje silnou emoční podporu. Zdravotníci musí jednat se ženou ohleduplně, mít pro ni pochopení, respektovat ji i přes občas nekonstruktivní chování, v její náročné situaci má právo na pláč, zlobu apod. Zdravotníci by také měli projevit zájem o ženu, naslouchat jí, sledovat její vyjadřování a pocity. Je vhodné brát rodiče jako rovnocenné partnery, ti mají poté možnost být aktivními účastníky, nezaujímat pouze pasivní roli. (Takács a kol., s. 17-19)

AMA (American Medical Association) vypracovala doporučení pro komunikaci s příbuznými. Doporučují si připravit fakta včetně prognózy dítěte a prokonzultovat případ s ostatními odborníky. Je vhodné diskutovat stav s rodiči dítěte v klidném prostředí, nejlépe mimo prostory intenzivní péče. Následuje vzájemné představení personálu a rodičů. Doporučují zopakovat dosavadní průběh a informace o pacientovi a vyvarovat se odborným výrazům, kterým rodiče dítěte nebudou rozumět. O možném ukončení léčby nezačínat mluvit, dokud není jisté, že rodiče vše pochopili. Je důležité dbát na to, aby rodiče zopakovali, zda situaci rozumí a sdělili, jaké mají představy o budoucím životě a péči o dítě. V případě potřeby je na místě smluvit si další schůzku. (Macko, 2010, s. 268-274)

V náročné situaci, kterou rodiče prožívají, se může objevit vztek. Úkolem zdravotníka je vztek zmírnit, rozhodně napětí nezesilovat. Doporučuje se vyslechnout rozhněvaného pacienta, dát prostor pro vyjádření pocitů, snažit se porozumět pacientovi i důvodům, které ho k tomuto chování vedou. Důležité je nevztahovat hněv na svou osobu. V závěru rozhovoru shrnout příčiny hněvu a navrhnout další postup.

Při sdělování špatných zpráv, jakými může být stav nebo prognóza dítěte, je vhodné se držet několika zásad. Doporučuje se začít méně závažnými diagnózami a nejhorší možné varianty sdělit na konec. Je důležité mít dostatek času, zprávy sdělovat jasně a stručně, nezatěžovat rodiče podrobnostmi. Nabídnout možnost dalšího setkání. (Takács, 2015, s. 28- 30)

4 PÉČE O NEDONOŠENÉ NOVOROZENCE

Předčasně narození novorozenci vyžadují speciální péči. Důležité je zajištění termomanagementu, sledování poporodní adaptace a dalšího vývoje, případná podpora dýchání a krevního oběhu, zajištění výživy, sledování hmotnosti a provádění šetrného ošetřování a polohování. (Dort a kol., 2011, s. 102)

4.1 Výživa nedonošených novorozenců

U dětí, které jsou extrémně nezralé a mají nezralý trávicí systém, není možné zajistit výživu enterální. V tomto případě se využívá výživy parenterální, která zajistí dítěti pokrytí metabolických a nutričních potřeb. (Frühauf a kol., 2014, s. 33)

Kojení podporuje utváření intimního vztahu mezi matkou a dítětem. Mateřské mléko obsahuje protilátky, které posilují imunitu dítěte. Zvláště nedonošené děti mají imunitu velmi oslabenou. Pokud je matka v úzkém kontaktu se svým dítětem, například při klokánkování, osidluje se mikrobiálními kmeny svého dítěte a předává mu protilátky mateřským mlékem. Tomuto mechanismu se říká enteromamární cesta přenosu protilátek. (Frühauf a kol., 2014, s. 26)

Mateřské mléko má pro donošené dítě zcela ideální složení. U dětí narozených předčasně tomu tak bohužel není, proto se musí mléko fortifikovat a dodávat tak dostatek bílkovin a ostatních živin. Matky předčasně narozených dětí jsou motivované k tomu, aby co nejdříve začaly odsávat mateřské mléko. Tento úkol plní velice zodpovědně, protože je to jedna z mála věcí, které nyní pro své dítě mohou udělat. Pokud zatím nemá matka dostatek mateřského mléka, krmí se děti mlékem umělým nebo mateřským mlékem od dárkyň. Má-li žena dostatek mateřského mléka, může ho darovat do banky mateřského mléka. V bance je mléko zpracováváno, uchováváno a je poskytnuto dětem, jejichž matky z nějakého důvodu nemohou své děti kojit. (Janáčková, 2017, s. 113; Fendrychová a kol., 2012, s. 162)

Pro podporu laktace se matkám doporučuje dostatečný pitný režim, časté přikládání dítěte k prsu, odsávání mléka, prsy nahřívání teplou vodou nebo aplikovat teplé obklady, důležitá je psychická pohoda ženy. (Janáčková, 2017, s. 125)

Protože se u dětí sací reflex vyvíjí okolo 32. týdne těhotenství, většina dětí narozených dříve musí být krmena pomocí nasogastrické sondy. (Janáčková, 2017, s. 113)

Kojení je také jednou z forem bazální stimulace. Dítě zažívá pocity klidu, pohody a uvolnění. Dochází k taktilní stimulaci formou hlazení, srdeční akce a dechu matky, stimulaci hlasem, je zajištěn tepelný komfort, změna polohy dítěte stimuluje vestibulární aparát, mimo jiné také dítě vnímá vůni matky a chuť mateřského mléka. (Frühaufer a kol., 2014, s. 73)

Pokud z nějakého důvodu nelze dítě kojit, je několik metod, které umožňují alternativní krmení novorozence. Patří sem například krmení dítěte cévkou u prsu, jehož největší výhodou je stimulace prsu matky a kontakt kůže na kůži matky a novorozence. Další možností je krmení sondou po prstu, při čemž dochází k orofaciální stimulaci dítěte a nácvičku sání. Další metodou může být krmení z kádinky nebo krmení stříkačkou do úst dítěte. (Frühaufer a kol., 2014, s. 79-81)

4.2 Zapojení rodičů do péče o dítě

Byly popsány potřeby rodičů, kteří mají dítě hospitalizované na jednotce intenzivní péče. Patří sem informování rodičů a jejich zapojení do péče o dítě, možnost pozorovat a ochraňovat své dítě, být s dítětem v kontaktu, zajištění respektujícího přístupu personálu, individuálně poskytovaná péče a dobrý vztah s personálem, emoční podpora, posilování rodičovských kompetencí, zajištění vstřícného prostředí a vzdělávání rodičů v péči o dítě pod odborným dohledem. (Takács a kol., 2015, s. 123)

Nezralí novorozenci se ošetřují v inkubátorech či vyhřívaných lůžkách z důvodu jejich termolability. Tělesná teplota se měří několikrát denně, nejlépe v axile, měření teploty v konečníku se nedoporučuje kvůli riziku zavlečení infekce. Sleduje se množství pomocných plen, v určitých případech se pleny váží, aby se zjistilo přesné množství moči. Vymočit by se novorozenec měl do 24 hodin po porodu. V indikovaných případech se novorozenci zavádí permanentní močový katétr. První stolice- smolka by měla být do 48 hodin po porodu, u nezralých novorozenců do 5. dne. Pokud není možné kojení, zavede se novorozenci nasogastrická sonda. Pokud je potřeba, zajistí se výživa parenterální. Při známkách respirační insuficience se zahájí oxygenoterapie. (Klíma a kol., 2016, s. 108) Monitorují se životní funkce novorozence, sleduje se tělesná hmotnost a její výkyvy. Při polohování se využívají měkké podložky, které pomáhají zabránit vzniku otlaků. Velice důležitou součástí péče je dodržování bariérového systému ošetřování. Sestra by se měla starat pouze o novorozence, které má určené. Je nutné dodržovat přísnou hygienu rukou- desinfikovat ruce před každým vstupem na oddělení a před i po manipulaci

s dítětem. Každý novorozenec má určené své vlastní pomůcky. (Dort a kol., 2011, s. 102-107; Fendrychová a kol., 2012, s. 38-45)

Dítě se ošetřuje v konceptu soft- care péče, která zahrnuje šetrné ošetřování a zacházení s novorozencem a jeho polohování. Cílem je co nejvíce omezit vliv rušivých faktorů na dítě. Výkony by se měly sdružovat a provádět v období bdění, aby bylo dítě co nejméně rušeno. Součástí péče je také tišení bolesti. (Dort a kol., 2011, s. 109)

4.2.1 Kontakt kůže na kůži, bonding, klokánkování, bazální stimulace

Zapojení rodičů do péče o novorozence je velice důležité. Zpočátku se rodiče učí dotýkat se svého dítěte. Pozitivní doteky jsou důležité, ukazují novorozenci, že hlazení, chování, masáže apod. nemusí vždy znamenat bolest či nepříjemný podnět, který je součástí intenzivní péče. Pozitivně působí i na rodiče, kteří tak mají možnost překonat stresující zážitky. Důležité je vyslechnout rodiče a jejich obavy, podpořit je v dotýkání se svého dítěte, které pro ně hlavně zpočátku může být stresující. Zásadou jsou pomalé a jemné pohyby, nejdříve se dotýkají pouze konečky prstů. (Dort a kol., 2011, s. 112-113) Využívá se také konceptu iniciálního doteku a doteku na rozloučenou. Dítěti by mělo být dotykem ukázáno, že přijde nebo končí vyrušení. Jedná se o dotek na stanoveném místě, které využívá veškerý personál. Jiné místo je určené pro dotek od rodičů, aby dítě vědělo, že od nich žádný nepříjemný podnět očekávat nemusí. (Janáčková, 2017, s. 106)

Pokud je dítě stabilní, může se z dotyků přejít ke klokánkování, což je kontakt kůže na kůži na hrudníku otce nebo matky. Postupně se rodiče zapojují do krmení, koupání, přebalování a ostatní péče. Naučí se základy rehabilitačního cvičení, které pravděpodobně budou využívat i doma. (Dort a kol., 2011, s. 112-113)

Kontakt kůže na kůži výrazně zlepšuje psychický stav matek, pomáhá překonat stres a šok z nečekaného porodu, upevňuje se vztah mezi rodiči a dítětem, projevuje se zde instinktivní chování, dochází k podpoře laktace, rodiče mají pocit aktivní role v péči o jejich dítě a naučí se lépe manipulovat s miminkem, zvyšuje se jejich sebevědomí. (Nedoklubko, 2014, s. 91)

Klokánkování je metoda, při které si jeden z rodičů přiloží svlečené miminko na holý hrudník. Dochází ke kontaktu kůže na kůži, u dítěte se postupně stabilizují životní funkce jako je srdeční akce a dýchání, zlepšuje se saturace. Děti méně pláčou, lépe se jim vyvíjí mozek a rychleji přibývají na váze. Jsou méně ohroženy infekcí, protože se jejich

kůže osidluje bakteriemi z kůže rodičů, dochází ke sluchové stimulaci pomocí hlasu matky, čichové stimulaci pomocí vůně rodičů. Délka klokánkování není omezena, podmínkou je, že musí být příjemné rodičům i dítěti. Novorozenec slyší tlukot srdce matky, cítí se v klidu a v bezpečí. Pro klid a pocit bezpečí se také využívají nahrávky, kdy mohou rodiče svému dítěti namluvit pohádku nebo nazpívat ukolébavku. Nahrávky se poté novorozencům pouští do inkubátorů. (Janáčková, 2017, s. 109; Kantor, 2011, s. 76)

4.2.2 Rehabilitace

Rehabilitace napomáhá správnému psychomotorickému vývoji. Často se s ní začíná již v nemocnici například polohováním, klokánkováním nebo cvičením s fyzioterapeutem. Zařadit sem můžeme také orofaciální stimulaci, která spočívá v podpoře rozvoje či znovuzískání sacího a polykacího reflexu. Dochází k sensorické a motorické stimulaci dutiny ústní a orofaciálních svalů a připravuje dítě na sání z prsu či láhve. (Friedlová, 2012, s. 44) V České republice se nejvíce využívají dva cvičební systémy: metoda reflexní lokomoce podle Vojty a Bobath koncept, který spočívá v aktivním senzomotorickém učení.

Reflexní rehabilitace podle Vojty spočívá v tlakovém dráždění míst na končetinách a trupu. Drážděním dojde k reflexnímu otáčení nebo plazení a k základním pohybovým dovednostem, jako je lezení, sed, chůze apod. Vytvářejí se paměťové stopy a nervové spoje, které se pravidelným opakováním posilují. Vojtova metoda nevyžaduje spolupráci dítěte, proto se může využívat od časného novorozeneckého období.

Bobath koncept, neboli aktivní senzomotorické učení se využívá u větších dětí, které odmítají Vojtovu metodu a u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Využívá se motivace dítěte k provedení určitého pohybu, hlavní motivací je hra a touha poznávat okolí. Pomocí bodů na těle a různých pomůcek se terapeut snaží docílit, aby dítě převzalo aktivní kontrolu nad svým pohybem. Cílem je, aby dítě pohyb provedlo správně. (Drahokoupilová, 2009, s. 170-172)

4.2.3 Propuštění novorozence do domácí péče

Aby mohl být novorozenec propuštěn z nemocnice domů, musí být splněno několik podmínek. Jeho stáří by mělo odpovídat alespoň 36. týdnů těhotenství, za všech okolností (ve spánku, při krmení) musí mít stabilní krevní oběh a dýchání, musí být schopný termoregulace, nepotřebuje vyhřívané lůžko, pravidelně přibývá na váze a je schopný

přijímat potravu plně orální cestou, nejsou přítomny žádné zdravotní komplikace, které by vyžadovaly hospitalizaci. (Janáčková, 2017, s. 176)

4.2.4 Centra vývojové péče

Vývoj předčasně narozených dětí nelze porovnávat s dětmi donošenými. U nedonošených dětí se řídíme dvěma daty. Rozlišujeme kalendářní věk, který se počítá od data skutečného narození a věk korigovaný- ten se počítá od původního termínu porodu. Korigovaný věk vypočítáme tak, že od skutečného věku dítěte odečteme počet týdnů, o které se narodilo dříve, tedy před původním plánovaným termínem. Korigovaný věk je důležité sledovat hlavně do 2 - 3 let dítěte. Dle něj se posuzuje vývoj dítěte i jeho dovednosti. (Drahokoupilová, 2009, s. 129)

Děti, které se narodily s porodní váhou pod 1 500g by měly být sledovány v ambulanci pro rizikové novorozence při perinatologickém centru. Provádí se zde klinické zhodnocení stavu, somatometrie, neurologické vyšetření, vyšetření očí a sluchu a vyšetření vývojovým psychologem. (Bayer, 2011, s. 223) Cílem je včas odhalit případné problémy a zahájit intervence. Výhodou je také zpětná vazba pro neonatology. (Drahokoupilová, 2009, s. 163)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Narození nedonošeného dítěte je náročná životní situace, která se týká nejen ženy, ale celé rodiny. Rodiče předčasně narozených dětí prožívají širokou škálu emocí, se kterými se musí vyrovnávat. Náročná situace se odráží na psychickém stavu rodičů předčasně narozených dětí.

Péče o předčasně narozené děti je velmi psychicky vyčerpávající a časově náročná, protože rodiče musí řešit spoustu problémů, jakými jsou například každodenní doprava do nemocnice, hlídání dalších dětí, ekonomická náročnost situace apod. Vzhledem k závažnosti stavu jejich dítěte nikdy neví, jaké informace se od lékařů dozví a jaká bude prognóza dítěte.

Rodiče nemají dostatek informací a psychické podpory, což bývá příčinou toho, že si dohledávají informace na neodborných, internetových stránkách a skupinách a stav svých dětí porovnávají se zkušenostmi a radami od jiných matek předčasně narozených dětí. Nepřipouštějí přitom fakt, že každé dítě je individuální a tak jeho stav a vývoj bude jiný, než jaký očekávají.

Otázka, kterou se v praktické části bakalářské práce zabývám, zní: „Jaký je psychický stav matek předčasně narozených dětí?“

6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Hlavní cíl:

Analyzovat psychický stav matek předčasně narozených dětí.

6.2 Dílčí cíle:

1. Zjistit a porovnat pocity matek předčasně narozených dětí.
2. Zjistit pocity při prvním kontaktu s předčasně narozeným dítětem.
3. Zjistit postoj a vztah matky k předčasně narozenému dítěti, popsat vývoj vztahu k dítěti.

4. Zmapovat, jak se matky vyrovnávaly s faktem, že se jim dítě narodilo předčasně.
5. Zmapovat, jak matky vnímaly míru podpory od svého partnera a zbytku rodiny.
6. Zjistit míru psychické podpory matky ze strany odborného personálu, zda byla nabídnuta odborná psychologická pomoc.
7. Zjistit, jak se rodiče dětí cítili na jednotkách intenzivní péče, kam za dětmi docházeli.
8. Zjistit míru důvěry rodičů v odborný personál.
9. Zjistit informovanost rodičů v problematice předčasně narozených dětí, zda bylo rodičům podáváno dostatečné množství srozumitelných informací.
10. Zjistit, zda bylo podporováno vytvoření citové a emoční vazby matky k dítěti.
11. Zmapovat spoluúčast rodičů na péči o předčasně narozené děti po dobu hospitalizace.

6.3 Výzkumné otázky:

1. Jaké pocity prožívaly matky předčasně narozených dětí?
2. Jaké pocity prožívaly při prvním kontaktu se svým předčasně narozeným dítětem?
3. Jak matka vnímala své předčasně narozené dítě? Měnil se její vztah k němu v závislosti na čase?
4. Co matkám pomáhalo vyrovnat se s náročnou situací?
5. Byly matky spokojené s mírou podpory od partnera a rodiny?
6. Podporoval odborný personál matku, pomáhal jí vyrovnat se s náročnou situací? Byla matce nabídnuta odborná psychologická pomoc?
7. Jak se cítili rodiče při návštěvách dítěte na jednotce intenzivní péče? Co zde rodičům chybělo?
8. Důvěřovali rodiče odbornému personálu? Mohli se na něj kdykoliv obrátit?
9. Bylo rodičům podáváno dostatečné množství srozumitelných informací?
10. Bylo podporováno vytváření emoční vazby mezi matkou a dítětem?
11. Jak moc se rodiče podíleli na péči o jejich dítě po dobu hospitalizace? Jak často za dítětem docházeli?
12. Jaký rodiče očekávají vývoj svého dítěte? Připouští si možné zdravotní komplikace?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro daný výzkum jsem si záměrně vybrala dvě ženy, které porodily předčasně. Obě ženy jsou už se svými dětmi propuštěné z nemocnice a starají se o ně doma. Děti obou žen jsou mladší než jeden rok, a tak si matky ještě velmi dobře pamatují průběh hospitalizace a emoce, které ještě relativně nedávno pociťovaly.

První žena je druhorodička, která porodila v roce 2018 ve 25. týdnu těhotenství po předchozí hospitalizaci akutním císařským řezem. Druhá respondentka je prvorodička, která porodila také v roce 2018 ve 32. týdnu těhotenství také císařským řezem.

Seznámila jsem respondentky s anonymitou výzkumu, dobrovolně mi podepsaly informovaný souhlas, který je uveden v příloze. Pro zachování anonymity v bakalářské práci uvádím pouze pseudonymy, s čímž mé respondentky souhlasily.

8 METODIKA PRÁCE

Pro vypracování své bakalářské práce jsem vybrala kvalitativní výzkum. Pomocí kvalitativního výzkumu lze vyhledat a vyhodnotit informace, které vedou k vysvětlení výzkumných otázek. Poskytuje nám podrobné informace o zkoumaném objektu. Umožňuje nám pochopit chování lidí v jejich přirozeném prostředí a různých situacích. (Hendl, 2005, str. 52-53)

Cílem mého zkoumání je rozhovor se dvěma ženami a hloubkové poznání souvislostí, které se v průběhu mého zkoumání objevily.

Ke zmapování psychického stavu žen a k získávání informací jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje souhrn témat, která chce tazatel probrat. Zároveň zaručuje, že dostane odpovědi na všechna témata, která chce zodpovědět a pomáhá mu udržet zaměření rozhovoru. Výhodou také je, že tazatel může přizpůsobovat otázky situaci. (Hendl, 2005, str. 174)

V rozhovoru se zaměřím na zmapování psychiky rodičů předčasně narozených dětí, jejich informovanost o problematice- kde, od koho a v jaké míře získávali informace, jaká byla podpora od ošetřujícího personálu a rodiny, vývoj vztahu mezi dítětem a rodiči v závislosti na čase a spoluúčast rodičů na péči o jejich dítě na jednotce JIP, JIRP.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Setkání s respondentkami bylo na neutrálním místě v kavárnách v odpoledních hodinách, s každou respondentkou zvlášť. Setkání bylo přibližně 1,5 hodiny dlouhé. Polostrukturovaný rozhovor, během kterého jsem pokládala především otevřené otázky, byl se svolením respondentek nahráván na diktafon a poté přepisován do elektronické podoby. Záznamy jsou dlouhé cca 60 minut. Doplnění upřesňujících a chybějících informací probíhalo přes emailovou komunikaci.

Výzkum probíhal od prosince 2017 do února 2018. Rozhovory probíhaly v Karlových Varech a v Chodově.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

10.1 Respondentka A

Respondentka A je 30letá žena. Nyní je na mateřské dovolené, předtím pracovala jako pomocná síla v cukrárně. Má dvě děti, pětiletého syna, který se narodil vaginálně v termínu porodu a desetiměsíční dceru, která se narodila akutním císařským řezem ve 25. týdnu těhotenství. Děti vychovává sama, s otci dětí není v kontaktu. Těhotenství nebylo plánované. Těhotenství bylo fyziologické, ačkoliv zde byl pozdní záchyt gravidity. *„Já jsem to těhotenství měla hrozně krátké. Na to, že jsem těhotná, jsem přišla až v 18. týdnu. Do té doby jsem normálně menstruovala, cítila jsem se dobře a neměla jsem žádné problémy.“* Fyziologické těhotenství probíhalo přibližně měsíc, poté přišly první komplikace. Žena měla pocit odtékající plodové vody. Informovala o tom svou obvodní gynekoložku, lékařka ji však uklidňovala, že je vše v pořádku a žádná voda neodtéká. Skutečnost, že plodová voda opravdu odtéká, zjistili až na pohotovosti, kam jela pro krvácení, které bylo slabé. Poté byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství, v tuto dobu těhotenství odpovídalo 22. týdnu. Nejprve bylo ženě doporučeno těhotenství ukončit. Protože respondentka nesouhlasila, sloužící lékař jí nabídl možnost převézt do perinatologického centra do Prahy. Na oddělení rizikového těhotenství žena ležela déle než dva týdny. Těhotenství bylo nutné ukončit ve 25. týdnu akutním císařským řezem. Dcera se narodila v perinatologickém centru v Praze, po třech měsících byla přeložena do nemocnice v Karlových Varech, která je intermediárním centrem.

10.1.1 Pocity matek předčasně narozených dětí

Respondentka nejvíce udávala pocity strachu a viny. Vzhledem k tomu, že těhotenství nedosahovalo hranice viability, už na oddělení rizikového těhotenství, kde byla od 22. týdne hospitalizovaná, podepisovala informované souhlasy. Musela se rozhodovat, zda bude chtít, aby byla jejímu dítěti po porodu poskytnuta intenzivní péče či nikoliv. *„Oni se mě ptali, jestli po porodu chci, aby malou zachraňovali, jestli mají pro to miminko udělat všechno nebo ne. Tak samozřejmě jsem s tím souhlasila, jako snad každá matka, která tady ležela.“* Největší strach měla o stav svého dítěte po porodu. Uvědomovala si, že je porod velmi předčasný a že její dítě není dostatečně zralé a vyvinuté. *„To je hrozný pocit, to se ani nedá vyjádřit. To vůbec nevíš, co s tím dítětem bude, jestli bude živý nebo ne. To už si radši ani nechceš nic představovat.“* Dcera po porodu vážila 580 gramů a měřila 28 centimetrů. Váhový úbytek byl až na 490 gramů.

Největší obavy měla žena z budoucnosti, měla strach o zdraví své dcery. Nevěděla, zda nebude mít její dcera nějaké následky či poškození. Nejvíce jí vadila nejistota a nevědomost, nikdo jí nedokázal říct, jaká bude prognóza. *„Řekli mi, že rozhodujících je prvních 24 hodin, pak první tři dny, pak řekli týden, 14 dní. A já jsem stejně pořád nevěděla, co se bude dít.“* Pociťovala zklamání, vinu. *„Brala jsem to jako zklamání sama sebe, že jsem to nezvládla. Přemýšlela jsem, co jsem mohla udělat jinak a vyčítala jsem si, že jsem moc pracovala a neodpočívala. To se podíváš do zrcadla a řekneš si: Panebože, co jsem to provedla.“* Pocity viny trvaly několik měsíců, žena si stále vyčítala stav své dcery. Nejvíce se žena obracela na svou kamarádku, ve které měla největší oporu. Kamarádka ji navštěvovala v nemocnici a pomáhala jí vyrovnat se s nastalou situací. Dále jí pomáhal kolektiv v práci, neustále se snažili ženu podporovat. Na rodiče se v této chvíli příliš neobracela. Udávala, že v nich oporu měla, ale spíše materiální a organizační, například s hlídáním staršího syna a podobně. Ohledně psychické stránky se rodičům nesvěřovala. *„S rodinou se o tom v tu chvíli nedalo mluvit, protože to mě ještě víc házelo ke dnu. Holky v práci mě uklidňovaly, že to bude dobrý, že všechno dobře dopadne. Ale máma už byla realističtější, připravovala mě na to nejhorší. Ale já jsem tu realitu nechtěla vidět ani slyšet. Jediný, co chceš slyšet, je, že to dítě bude v pořádku, že bude zdravé.“*

10.1.2 Pocity matek při prvním kontaktu s předčasně narozeným dítětem

Protože respondentka rodila akutním císařským řezem a byla v celkové anestezii, svou dceru na operačním sále neviděla. Informace jí podali stručně na gynekologickém oddělení, kde byla po operaci hospitalizována. Její dcera byla umístěna na neonatologickém anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde byla napojena na umělou plicní ventilaci. Několikrát musela být resuscitovaná. Své dítě žena neviděla několik hodin, podrobné informace také neměla, neměla ani žádnou fotografii. Vidět svou dceru se jí podařilo až následující den ráno, kdy žena bez vědomí zdravotních sester po operaci sama vstala a opustila oddělení, aby mohla za svou dcerou dojít. *„Malá se narodila ve čtvrt na devět večer, já jsem se probrala ve čtvrt na dvě v noci a to mi řekli, že mě k ní nepustí v žádném případě, že malá ještě není stabilní, že jí ještě na ARU dávají dohromady. A ráno v sedm už jsem to nevydržela, vytrhla jsem si všechny hadičky a došla jsem si na ARO po svých. Tam mě potom taky našly sestřičky z oddělení.“* Když svou dceru poprvé uviděla, byla v šoku. Nejvíce byla zaskočená velikostí a váhou dítěte. *„Oni mě sice na riziku na to připravovali, že je maličká. Ale dokud to člověk nevidí, tak si to neumí představit. Když jsem viděla ty ručičky, nožičky, hlavičku... Nevěřila jsem, že to*

přežije.“ Při první návštěvě byla u dcery sama, neměla u sebe nikoho, kdo by ji mohl v těžké situaci podpořit. Udávala ale, že by s sebou ani nikoho mít nechtěla.

10.1.3 Postoj a vztah matek k předčasně narozenému dítěti, vývoj jejich vztahu

Svou mateřskou rolí si byla respondentka jistá téměř hned. Mateřský cit žena cítila hned po porodu, když svou dceru ještě ani neviděla. Stále ale u ženy přetrvávaly výčitky a pocity viny. *„Já jsem se na malou těšila, i když jsem věděla, jak na tom je. Já jsem se cítila jako máma. O to víc jsem si to potom vyčítala, že na tom to miminko je tak, jak je. Říkala jsem si, co jsem to tomu miminku udělala, jak jsem jí mohla takhle ublížit.“* Těšila se na každou návštěvu své dcery na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, žádné odcizení nepocítovala. *„Mě to k ní pořád táhlo. Když mě po deseti dnech pouštěli domů, bez malý, tak jsem byla úplně vyřízená. Protože do teď jsem od rána do noci byla u inkubátoru. A najednou jsem měla jít domů a nechat ji tam.“* Po propuštění často, někdy i několikrát denně, volala na oddělení a ptala se na stav své dcery. Telefonáty ji vždy na chvíli uklidnily.

10.1.4 Jak se ženy vyrovnávaly s faktem, že se jim narodilo dítě předčasně

Nejvíce respondentce pomáhala možnost pracovat. Přestože po císařském řezu měla být doma a odpočívat, chodila aspoň na chvíli do práce. *„Už jen to, že jsem byla mezi lidmi a přišla jsem na jiné myšlenky, mi hrozně pomáhalo. Pak jsem ale zase byla chvílku sama a už jsem zase musela přemýšlet.“* Dále ženě velmi pomáhalo klokánkování, na které se každou návštěvu velmi těšila. *„Hodně mě uklidňovalo klokánkování, to chování, když to dítě cítíš. To zapomeneš i na hadičky, které jsou všude okolo. To jsem byla jenom ráda, že to miminko mám.“* Jako velmi náročnou situaci žena popisovala propuštění z nemocnice a příjezd domů sama, bez své dcery. *„Když jsem přijela domů, tak jsem jen seděla mezi taškami a jenom jsem koukala. Malej tam kolem mě běhal a já ho ani nevnímala. Vůbec jsem si neuvědomovala čas. Věděla jsem, že tam syn je, ale co třeba dělal nebo jestli na mě mluvil, to jsem nevěděla.“* Jako okamžik, kdy se respondentka vyrovnala se situací, popisuje chvíli, kdy si mohla dceru po čtyřech měsících odvézt z nemocnice domů.

10.1.5 Podpora žen partnerem a rodinou

Vzhledem k rodinné situaci respondentky, která žila se svými dětmi sama a s otci dětí nebyla v kontaktu, nebyla podpora od partnera žádná. O tom, že děti bude vychovávat sama, ale věděla celou dobu, proto ani s pomocí od otců dětí nepočítala. Sama vychovávala staršího syna a na situaci, že bude sama na děti dvě, byla připravená. Žena se mohla obrátit

na svou rodinu a na kamarády. Rodina jí nejvíce pomáhala s péčí o staršího syna, zejména v době, kdy byla žena hospitalizovaná. Vzhledem k tomu, že na oddělení rizikového těhotenství v Praze ležela přes dva týdny, pomoc od rodičů byla nepostradatelná. „*Rodiče za mnou se synem jezdili na návštěvy, telefonovali jsme si spolu. Ale hrozně mě uklidňovalo, že jsem věděla, že je o něj postaráno.*“ Pomoc rodičů také žena využila po propuštění z nemocnice, kdy několikrát týdně musela dojíždět přes sto kilometrů do Prahy za svou dcerou. Přátelé se snažili ženu přivést na jiné myšlenky, pomáhali jí odreagovat se a snažili se respondentku podporovat a utěšovat. Mluvila také o svém pětiletém synovi. „*Hodně mi pomohl malej, viděla jsem, že mám doma dítě, které mě taky hodně potřebuje. Já jsem ho chvíli hodně zanedbávala, pořád jsem měla v hlavě malou a nemohla jsem se mu dostatečně věnovat.*“

10.1.6 Podpora žen zdravotnickým personálem, psychologická pomoc

S personálem na ARO byla respondentka velice spokojená. Komunikaci popisovala jako profesionální, odbornou, ale také lidskou. Velmi oceňovala možnost mluvit o své situaci se zdravotníky, chápala je jako odborníky v dané problematice, kteří chápou pocity matek a dokážou je podpořit a pomoci jim. „*Hodně jsme o tom se sestřičkami a doktory mluvili, pomáhalo mi to. Ale pořád je tam vidět ten rozdíl mezi zdravotníky a rodiči. Pořád k nim nemáš až takový vztah, neznáš je, neotevřeš se jim tolik, jako přátelům a rodině.*“ Respondentka se cítila být personálem podporována po celou dobu hospitalizace její dcery, uvádí, že ji sestry podporovaly v odstříkávání mateřského mléka, později v kojení, umožňovaly jí podílet se na péči o dceru a celkově se na oddělení cítila příjemně. Již na oddělení rizikového těhotenství byla ženě nabídnuta psychologická pomoc, kterou tehdy využila. Nebyla však spokojena s přístupem psycholožky, proto později její péči zásadně odmítala. „*Psycholožku jsme měli. Ale za nic nestála. Pořád říkala, že na to nemáme myslet a máme si najít nějaký aktivity, třeba jít ven. Ale když si ani nepřečetla kartu a nezjistila, že jsem tehdy ještě na tom rizikovém oddělení měla přísný klidový režim a rozhodně jsem nemohla nikam chodit... Po porodu už jsem jí nemohla ani vidět. To bylo poznat, že opakovala jen naučený fráze, žádný osobní přístup. Já už jsem jí pak ani nechtěla vidět, řekla jsem, že nechci, aby za mnou chodila, že si o tom raději popovídám se sestřičkami, než s ní.*“ V průběhu hospitalizace a další péče na ARO již žena žádnou odbornou psychologickou pomoc dále nevyhledala.

10.1.7 Pocity matek na neonatologických jednotkách intenzivní péče

Před návštěvou žena pociťovala velkou nervozitu, ale zároveň se na svou dceru těšila. Popisovala obavy a strach, zda se nezhoršil stav dcery a jaké nové informace se dozví. Velký strach a bezmoc žena pociťovala při rozeznění monitorů a ostatních přístrojů. Udává, že ve chvíli, kdy se rozezněly přístroje, měla vždy velký strach o stav své dcery a později i o stav ostatních dětí na oddělení. *„Všude okolo tebe jsou ty přístroje, které každou chvíli cinkají a ty nevíš, co se děje. Jen víš, že když to cinká, tak je něco špatně. Pak jsem měla vždycky chvíli pocit, že na to ty sestřičky kašlou, že něco zanedbají. Ale pak to zase přestalo cinkat, tak mě to hned uklidnilo. Ted' tam každou chvíli cinkal jiný inkubátor. To už pak nemáš strach jen o to své dítě, ale i o ty ostatní miminka, co tam kolem tebe leží. A pořád se ti honí v hlavě, co bude dneska, zítra, pořád máš strach.“*

Na otázku, co by na neonatologickém anesteziologicko-resuscitačním oddělení žena chtěla změnit, aby se zde cítila příjemněji, odpověděla, že by ocenila, kdyby tam matka mohla být hospitalizovaná po celou dobu a nemusela několik hodin denně dojíždět. V jejím případě to bylo přes sto kilometrů daleko, autobusem cesta trvá přes dvě hodiny. Vzhledem k tomu, že měla doma pětiletého syna a zároveň chodila do práce, pro ni bylo dojíždění časově velmi náročné. I přes to však za dcerou dojížděla pokaždé, když měla v práci volno. Těžce nesla žena také odchody z ARO. *„Pak bylo hrozný, když jsem zase odjížděla. To mi bylo takový těžko, že tam to miminko nechávám samotný, že není se mnou.“*

10.1.8 Důvěra matek v odborný personál

Respondentka personálu plně důvěřovala, udávala, že se na zdravotníky mohla kdykoliv a s čímkoliv obrátit. Nikdy nezažila nepříjemné vystupování nebo neochotu ze strany personálu. *„Já jsem jim několikrát denně volala, vždycky mi řekli, co právě malá dělá, kolik jedla, pila, ptali se mě, jestli nepotřebuju ještě něco vědět. A když jsme končili hovor, vždycky řekli: Kdykoliv vám bude smutno, zavolejte, my vám všechno řekneme... Prostě celkově byl přístup hrozně fajn.“* Nejvíce žena důvěřovala primáři neonatologického oddělení, protože ho potkávala už na oddělení rizikového těhotenství. Oceňovala, že jí říkal kladné i záporné, ale především pravdivé informace o stavu a prognóze její dcery. Důvěřovala také zdravotním sestrám na oddělení. *„Viděla jsem, že mají na ty děti čas a jsou na ně hodné. Třeba když jim dělaly něco nepříjemného. Říkávaly jim, že se omlouvají, že je teta zlá, ale že to pro ně musí udělat. Potom je vždycky pohladily.“* Žena pociťovala vůči personálu vděčnost a cítila se lépe, když věděla, že je

o její dceru postaráno a je jí poskytnuta ta nejlepší možná péče. Při vyprávění si žena vzpomněla na následující situaci: *„Jednou jsem šla večer za malou, přišla jsem na oddělení a kolem malý bylo najednou plno doktorů a sestřiček. Malé se udělal zánět v ručičce z kanyly. A teď mi doktorka ta říkala, ať si klidně sednu k tomu inkubátoru, ale že se můžu otočit, abych se na to nedívala, protože jí budou všechno měnit. A všechno, co malé dělali, mi říkala. A slyšela jsem, že malá, i přes to, co jí všechno dělali, vůbec neplakala. Bylo to hrozně uklidňující, vědět, co se děje, ale zároveň vědět, že to malou nebolí.“*

10.1.9 Informovanost rodičů

S informovaností byla respondentka naprosto spokojená. Udávala, že nebylo výjimkou, když se zhoršil stav její dcery, že ji lékaři ihned informovali, nezávisle na denní době. Informace sdělovali tak, aby jim byla žena schopna porozumět a zapamatovat si je. Pokud se respondentka potřebovala na něco zeptat znovu, vždy se jí dostalo trpělivé odpovědi. *„Všechno mi zopakovali třeba padesátkrát a vůbec jim to nevadilo. Oni nám i ti doktoři říkali: My tady jsme i pro vás. Nejsme jen pro miminka, ale i pro vás. Oni nám říkali, že tak, jak se cítí matka, tak se cítí i to miminko. Dokud vy nebudete v klidu a my nebudeme vědět, že nám věříte, tak ani to vaše miminko v klidu nebude. A je pravda, že když jsem byla nervózní, tak i malá víc plakala a když jsem byla v klidu, byla i ona.“* Respondentka také byla na oddělení seznámena s organizacemi, které se zabývají problematikou předčasných porodů a pomocí rodičům. Již na oddělení dostala různé materiály, které si mohla vzít domů a v klidu si je prostudovat. Zároveň ocenila ochotu sestřiček z oddělení, které jí radily, kde sehnat nejmenší oblečení a předaly důležité kontakty, které by mohla respondentka využít. Uvedla také, že je dosud v kontaktu se ženami, se kterými ležela na oddělení rizikového těhotenství. *„My jsme v kontaktu s maminkami, se kterými jsme ležely na riziku, protože se nám všem narodila miminka ve stejných týdnech. Takže my se teď spolu scházíme, schází se s námi i dvě sestřičky z ARO, kde malá ležela. A když potřebuju s něčím poradit, i teď volám do nemocnice a oni mi vždy poradí. A i s těmi maminkami si píšeme, radíme si a vzájemně se podporujeme.“* Jako velmi motivující a příjemné žena uvedla obrazy, které visely na stěnách oddělení. Byly na nich vyfocené velmi nedonošené děti a vedle byla fotografie, jak vypadají v roce. Velmi motivující prý byly také občasné návštěvy matek, které dříve na oddělení měly hospitalizované své děti a nyní se s nimi přišly ukázat. *„Říkaly nám, ať se nebojíme, že ony*

si tím prošly taky a teď už mají doma děti, které lezou, chodí a zlobí. A to pro nás bylo hrozně fajn, to vidět.“

10.1.10 Podpora vytváření citové vazby mezi matkou a dítětem

Jako největší podporu vytváření citové vazby mezi matkou a dítětem žena popisovala možnost kontaktu s její dcerou, klokánkování a později i možnost podílet se na péči. Pro respondentku byl velmi motivující každý pokrok, který mohla se svou dcerou udělat. Vážila si každé chvílky, kdy se jí mohla dotknout nebo ji i chovat. *„Ze začátku jsem si mohla otevřít inkubátor a položit na malou ruku. Občas jsem jí automaticky začala hladit, i přes to, že nám říkali, ať to moc neděláme. Pak cítíš, jak se to miminko začne klepat, že se toho bojí. Tak jsem se pak snažila hlídat, abych malý neublížovala víc, než na tom je.“* Vzpomínka na první pochování své dcery jí stále ještě vyvolává šťastný úsměv na tváři. *„Mně když ji dali poprvé do ruky, já jsem z toho štěstím ani nespala. Já jsem ji pořád cítila na sobě. Je pravda, že jsem z ní hodně cítila desinfekci, ale mně to nevadilo, konečně jsem ji měla u sebe a to bylo něco tak krásného.“* Velmi ráda vzpomíná na možnost klokánkování, na které se těšila každou návštěvu. *„Já jsem malou dostala klokánkovat až pátý den. Je to hrozný, protože ty toužíš mít to miminko u sebe a nemůžeš. A když už je u tebe, vůbec nic neřešíš, jen si užíváš, že ji tam máš. Ani jsem nevnímala všechny ty hadičky okolo.“*

10.1.11 Zapojení rodičů do péče o dítě

Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení mohla respondentka svou dceru klokánkovat, později se naučila ji krmit pomocí sondy a přebalovat. Do koupání a další péče byla zapojena až po překladu dcery na intermediární oddělení. *„Ze začátku jsem se bála, protože malá byla hrozně maličká. Bála jsem se ji otáčet a manipulovat s ní, měla jsem strach, že jí třeba zlomím nožičku. Ale když už potom měla nějakých 1800 gramů, tak jsem ji i sama koupala, to už jsem věděla, jak ji mám chytit.“*

Pro svou dceru odstříkávala mateřské mléko, což pro ni byla důležitá a motivující činnost. Na oddělení za nimi docházela i laktační poradkyně. *„Brala jsem to tak, že když už jí nemůžu nijak pomoci, udělám pro ni aspoň tohle. Aspoň nějak jsem jí mohla pomoci.“* Kojení bylo brzy neúspěšné, dcera začala mateřské mléko odmítat, proto se začala krmit umělým mlékem. Žádná alternativní možnost krmení ženě nabídnuta nebyla, po neúspěchu při kojení následovalo krmení pomocí lahve. Přesto ale žena své mateřské

mléko dále odsávala i nějakou dobu po propuštění její dcery z nemocnice a nosila ho na oddělení pro ostatní děti.

Žena byla v nemocnici hospitalizovaná pouze deset dní po porodu, poté do nemocnice několikrát týdně musela dojíždět přes sto kilometrů. Po třech měsících byla její dcera přeložena z Prahy do nemocnice v Karlových Varech, kde byla hospitalizovaná ještě další měsíc. *„To už jsem věděla, že je malá v pořádku, že to zvládnou už i tady v nemocnici. To už bylo super, že jsem nemusela dojíždět, protože kombinovat práci, rodinu a tohle, to nebylo jednoduché.“* Spokojená také byla s neomezenou možností návštěv na všech odděleních. *„Jim bylo úplně jedno, kdy přijdu, kdy odejdu, jak dlouho tam budu sedět.“* Několikrát také mohla vzít na návštěvu do nemocnice i staršího syna. Za možnost návštěvy se synem byla ráda, protože chtěla, aby se postupně vytvořil vztah mezi sourozenci. Žena hospitalizovaná společně s jejím dítětem vůbec nebyla.

Po propuštění z nemocnice pocívala radost, štěstí, ale i strach. *„Jednou mi večer z nemocnice zavolali, že si druhý den můžu pro malou přijít a odnést si ji domů. To byl nejšťastnější den v životě. V nemocnici byla celkem čtyři měsíce. Ale taky jsem doma měla hrozný strach. Teď koukáš na tu postýlku, jestli malá dýchá. I když jsem doma měla ten monitor dechu, bála jsem se, aby se třeba zrovna nerozbil nebo abych něco nezanedbala.“* Po propuštění byla doma s dětmi sama, občas jí pomáhali rodiče, hlavně s hlídáním staršího syna, zejména při návštěvách u lékaře.

Respondentka se svěřila, že se jí občas situace znovu vybavuje, nejčastěji v noci. *„V noci se musím přiznat, že jsou takový situace, kdy to na mě přijde. Teď mám všechno znova před očima, koukám na tu postýlku, jestli tam ta malá opravdu je a spinká. A teď přemýšlím, jestli je malá v pořádku, že dneska je to takhle ale zítra to může být jinak. Ten strach tam pořád je a asi pořád bude.“*

Dcera respondentky je sledována na kardiologii, nefrologii, neurologii, docházejí do rizikových poraden v Karlových Varech i v Praze a na rehabilitace. S možností opožděného vývoje či nějaké vady je žena smířená. *„Snažím se uvědomovat si a připravovat sama sebe na to, že malá může být nějak vývojově opožděná. Počítám s tím, že bude pomalejší, že možná nebude geniální, ale mně to nevádí. Snažím se malou s nikým neporovnávat, i když mi kamarádky pořád říkají, že jim už děti v roce dávno chodí a tak. Já to беру tak, že má malá čas a říkám, že si aspoň užiju miminko o trošku dýl.“* Ačkoliv dosavadní provedené testy a kontroly neprokázaly žádné poškození či následky, stále

respondentka žije v nejistotě a možné problémy si uvědomuje. „Zatím to vypadá, že je malá asi v pořádku, ale nikdo nám jistě neřekne, jestli tam nějaké poškození ještě nebude.“

10.2 Respondentka B

Respondentka B je 26letá žena. Nyní je také na mateřské dovolené, předtím pracovala jako zástupce vedoucí v supermarketu. Má jednoho syna, který se narodil císařským řezem ve 32. týdnu těhotenství. Žije spolu s přítelem, který je otcem dítěte. Celé těhotenství probíhalo fyziologicky. Poslední měsíc před porodem se pouze kontrolovala poloha plodu, protože byl v poloze koncem pánevním. Ve 32. týdnu těhotenství ženě odtekla plodová voda. Respondentka porodila v nemocnici v Karlových Varech. Císařský řez byl proveden do dvou hodin od příjmu. „*Jak byl malý otočený zadečkem dolů, tak měl hlavičku skřípnutou mezi žebry a už se nemohl hýbat.*“ Když se žena dozvěděla, že bude muset porodit, pociťovala strach. Nejvíce se bála o své dítě, o jeho zdravotní stav po porodu. Uvědomovala si, že je stále brzy. Uklidňovali ji však lékaři, kteří stanovili váhový odhad dítěte, který byl přes dvě kila. „*Nejvíce mě trápilo, jak na tom bude malý. Jestli bude mít všechno dovyvinuté, jestli bude v pořádku. Přeci jen to bylo o něco dříve.*“

10.2.1 Pocity matek předčasně narozených dětí

Císařský řez byl proveden ve spinální anestezii, a tak svého syna žena viděla již na operačním sále. Stav dítěte byl stabilizovaný, žádné zdravotní problémy dítě nemělo, porodní váha byla 2480 gramů. Poté bylo dítě hospitalizováno na neonatologické jednotce intenzivní péče. Respondentka ho znovu viděla až druhý den ráno, kdy mohla poprvé vstát po operaci a dojít na JIP. Ženu velmi mrzelo, že své dítě nemohla mít chvíli ve své blízkosti již na operačním sále, aby si ho mohla dostatečně prohlédnout a dotýkat se ho. „*Malého jsem viděla hned na sále, byla jsem při vědomí. Ale viděla jsem ho jen na chvíli, to mi ho ukázali a hned šel do inkubátoru. A pak jsem ho viděla až druhý den. Oni mi ho ani na sále nedali pomazlit nebo něco, jen jsem ho mohla rychle pohlédit a šel. To bylo hrozný. Ale nejvíce to na mě dolehlo potom na pokoji. To bylo hodně těžký.*“ Žena byla informována o stavu dítěte již na operačním sále, poté až druhý den při návštěvě JIP. Přítel jí syna vyfotil na telefon a natočil krátké video z inkubátoru, což žena velmi oceňovala. „*Já jsem rodila okolo druhý hodiny odpoledne a malého jsem viděla až druhý den ráno, když mi doktor po vizitě dovolil vstát. Přítel ho viděl, když ho vezli v inkubátoru po chodbě, tak mi ho natočil a vyfotil. To bylo hrozně fajn, neumím si představit být aspoň bez těch fotek, ležet tam sama na pokoji a nemít a nevědět nic.*“ První den po operaci žena neměla povolené ani návštěvy. Jako nejhorší zážitek popisuje první noc po porodu.

„Nejhorší bylo, že první noc jsme ležely na pokoji i s ostatními maminkami, které ten den porodily. Jenže ty tam u sebe měly aspoň ty jejich děti, na rozdíl ode mě, já tam nikoho neměla. A to bylo strašný, hlavně v noci. Když tam ty jejich děti plakaly. To jsem brečela taky, skoro celou noc. Bylo mi hrozně líto, že já u sebe svého syna mít nemůžu.“ Se svou situací se zpočátku žena nikomu svěřovat nechtěla, ani své rodině. Řekla jim pouze důležité informace týkající se stavu jejího dítěte. Až později si povídala se svou kamarádkou. *„Já jsem to nechtěla s nikým moc probírat, mamce a přítelovi jsem jen řekla, co o malém vím a jak je na tom, ale bavít jsem se s nikým nechtěla. Až později, asi třetí nebo čtvrtý den jsem o tom pořádně mluvila s kamarádkou. Dřív jsem o tom mluvit nechtěla. Asi ze strachu, protože se mohlo stát cokoliv, nechtěla jsem to zakřiknout.“* Po celou dobu žena pociťovala strach, zda nebude mít její dítě nějaké zdravotní následky, ačkoliv stav dítěte byl v pořádku.

10.2.2 Pocity matek při prvním kontaktu s předčasně narozeným dítětem

Pocity při prvním setkání se svým dítětem na sále si respondentka moc nepamatuje. Pamatuje si, že všechny informace o dítěti říkali zdravotníci nahlas, aby je slyšela i žena. Zdravotní stav dítěte byl v pořádku, což ženu uklidnilo. To byly jediné informace, které matka o svém dítěti věděla. Další a podrobnější informace se dozvěděla až druhý den na jednotce intenzivní péče, kam za svým dítětem přišla. Mateřský cit si prý uvědomila až na JIP, když si mohla svého syna pochovat. Do té doby si nedokázala uvědomit realnost situace, necítila se jako matka, která má v inkubátoru umístěné své dítě. *„Když jsem ho poprvé viděla, tak jsem jen stála u toho inkubátoru a hladila ho po hlavičce. Tak to ještě nebylo úplně takové. Přišel mi krásný, to jo, ale ten pocit, že je to opravdu moje dítě, to přišlo, až když jsem si ho mohla pochovat, obejmout ho. Do té doby to bylo takový žádný, že jsem matka, mi ani nepřišlo.“* Syna si mohla pochovat již při první návštěvě na JIP, pocity, které při chování zažívala, si respondentka vybavuje stále velice dobře. *„To bylo něco neuvěřitelně krásného. Až tam teprve jsem si uvědomila, že to je moje dítě a já jsem opravdu jeho máma.“* Od této chvíle se žena těšila na každou návštěvu svého syna, docházela za ním na oddělení několikrát denně.

10.2.3 Postoj a vztah matek k předčasně narozenému dítěti, vývoj jejich vztahu

Mateřskou rolí si byla respondentka jistá téměř hned. Nejdůležitější pro ni byl moment prvního chování, když své dítě cítila na sobě. *„Byl nádherný. Až tam jsem si uvědomila, že to je opravdu moje dítě a já jsem matka. První myšlenky byly, že to je moje dítě a nedám ho nikomu.“* Velký důraz žena kladla na možnost kojit, od začátku měla

velký strach, zda se jí včas rozběhne laktace. Bylo pro ni velmi důležité, aby mohla začít kojit nebo alespoň odstříkávat mléko co nejdříve. Zpočátku bylo její dítě krmeno mateřským mlékem od jiných žen, poté respondentka začala mléko odstříkávat a za několik dní již svého syna kojila. Posteskla si, že nemohla mít své dítě u sebe, že za ním mohla pouze docházet. *„Tam bylo hrozně těžký to, že jsem za ním mohla jen docházet. To bylo každý tři hodiny, vždycky na kojení a koupání, byla jsem tam tak půl hodiny až hodinu a zase jsem musela jít pryč.“* Ženu z oddělení prý nikdo nevyháněl, oddělení mělo však nastavené časy, kdy matky hromadně za dětmi chodily, při vyšetřeních dětí matky přítomny nebyly. Velmi důležitá byla pro ženu možnost podílet se na péči o své dítě. Radovala se z pokroků, které její syn dělal, a byla ráda, když se zvyšovaly i její kompetence v péči. *„Bylo to stále lepší. Hlavně ze začátku tam to dítě jen leží, ale potom když se na tebe podívá, usměje se, můžeš si ho poprvé přebalit, vykoupat, to pak pro mě bylo víc a víc.“*

10.2.4 Jak se ženy vyrovnávaly s faktem, že se jim narodilo dítě předčasně

Respondentka nejvíce ocenila možnost navštěvovat své dítě na JIP. *„Hlavně večer, když jsem tam tak seděla a koukala na něj, a viděla jsem, že v klidu spinká. To jsem věděla, že už můžu jít pryč.“* Dále ženě pomáhaly návštěvy, které za ní docházely každý den a pomáhaly jí přijít na jiné myšlenky. Vzpomíná také na svou spolubydlící z nemocnice, která měla své dítě také na jednotce intenzivní péče. Vyprávěla, že na oddělení vždy chodily spolu a také ocenila, že měla vedle sebe paní, se kterou měly společné téma. *„To jsme si vždycky hlídaly čas a už jsme se těšily, až zase budeme moci jít za našimi dětmi na oddělení.“* Stále ale vzpomínala, jak moc ji mrzelo, že nemohla mít své dítě u sebe jako ostatní matky na oddělení šestinedělí. Přesto ale žena událost nevnímala jako traumatizující. S ničím se dle její výpovědi srovnávat nemusela, situaci chápala a přizpůsobila se jí. Jediné přání, které žena měla, bylo mít zdravé dítě, které by mohla mít u sebe, mohla by o něj sama pečovat a se kterým bude moci jít co nejdříve domů. *„Na jednu stranu jsem věděla, že je o něj postaráno, ale na druhou stranu jsem ho hrozně chtěla mít u sebe. Mrzelo mě, že jsem ho nemohla mít u sebe, ale že bych se s tím musela nějak vyrovnávat, to ne. Já jsem si pořád říkala, že pro něj dělám, co můžu.“*

10.2.5 Podpora žen partnerem a rodinou

Respondentka považuje míru podpory od rodiny i od partnera za dostačující. Příbuzní ji každý den po dobu hospitalizace chodili navštěvovat a zajímali se, co je nového a jaký je stav dítěte. Žena se jim však se svými pocity a obavami příliš nesvěřovala,

přestože věděla, že jsou jí plně k dispozici a může se na ně kdykoliv obrátit. S rodinou měla velmi dobré vztahy. Udávala, že i po propuštění z nemocnice jí rodina nabídla pomoc a byla k dispozici. Kdykoliv se mohla obrátit na své i přítelovy rodiče, všichni bydlí poblíž ženy. Pomoc prý zatím nemusela využít. Jako největší oporu udávala svou kamarádku, se kterou o své situaci mluvila nejvíce a která jí nejvíce pomohla. Ačkoliv měla respondentčina kamarádka po dobu hospitalizace nemocné své děti, a proto nemohla za ženou docházet na návštěvy, ženy si prý často telefonovaly. *„Obrátit jsem se mohla na rodinu i na partnera, ale nejvíc jsem všechno řešila s kamarádkou. Já jsem věděla, že se na ně můžu obrátit, ale neměla jsem tu potřebu s nimi něco řešit.“*

10.2.6 Podpora žen zdravotnickým personálem, psychologická pomoc

S podporou od zdravotnického personálu byla žena naprosto spokojená. *„Na té JIP byli všichni hodní, cokoliv jsem potřebovala, vždycky stačilo jen říct a oni přiběhli. Cokoliv jsem potřebovala poradit nebo pomoc, vždycky pomohli.“* Na neonatologické jednotce intenzivní péče byla podpora personálu značně vyšší, než na oddělení šestinedělí. Na šestinedělí se o psychický stav ženy nikdo nezajímal, pouze první dny kontrolovali celkový stav a jizvu po císařském řezu, poté už ženě pozornost věnována nebyla. Udávala, že vše řešila pouze s personálem neonatologické JIP. *„Mně se docela brzy zahojila jizva, takže o mě už se tam potom moc nestarali, vždycky jen přišla vizita, že je to v pořádku a to bylo všechno.“* Odborná psychologická pomoc ženě po celou dobu hospitalizace nabídnuta nebyla, ani žena neviděla, že by psycholožka za někým na oddělení docházela. Respondentka však uvedla, že by případně ani pomoc od psycholožky nevyužila.

10.2.7 Pocity matek na neonatologických jednotkách intenzivní péče

Respondentka se na svého syna každou návštěvu velmi těšila. Jinak prý ale strach ani nervozitu nepociťovala. *„Já jsem necítila vůbec nic. Ani nervozitu, strach, ani radost, prostě nic. Všechno přišlo, až když jsem malého viděla.“* Jediné, čeho se od začátku obávala, byl neúspěch v kojení. *„Já jsem se hodně bála o kojení, abych se rozkojila, aby to šlo, abych měla dostatek mléka pro malého.“* Na otázku, co by žena na oddělení chtěla změnit, aby se zde cítila lépe, respondentka odpověděla, že by na oddělení JIP ocenila více soukromí. *„My jsme tam naštěstí ze začátku byli skoro sami, tak to bylo fajn. Později už tam bylo úplně plno. Ta představa, že na mě někdo kouká a já to neumím, to nebylo vůbec příjemné.“*

10.2.8 Důvěra matek v odborný personál

Respondentka zdravotnickému personálu i přes obavy naprosto důvěřovala. *„V hlavě jsem samozřejmě měla pořád ten strach, že je tam malý s cizími lidmi, že není u mě. Ale důvěřovala jsem jim, věděla jsem, že je o něj postaráno.“* S komunikací byla také naprosto spokojená, na začátku hospitalizace jí bylo vše vysvětleno a ukázáno. Žena oceňovala ochotu personálu a možnost se na vše znovu zeptat. Vždy jí bylo vše ochotně několikrát zopakováno. Žádnou negativní zkušenost respondentka na oddělení nezažila. Vždy se k ní personál choval mile a profesionálně. Vzpomněla si na situaci, kdy poprvé koupala svého syna: *„Pamatuji si na koupání, kdy mě učili, jak si mám malého přehodit přes ruku. To jsem to potřebovala ukázat několikrát, já jsem byla hrozně nervózní, úplně jsem se klepala. A sestřička mě do ničeho netlačila, podporovala mě, že to zvládnou, že na tom nic není, pomohla mi s tím.“*

10.2.9 Informovanost rodičů

Respondentka se na jednotku intenzivní péče chodila každý den informovat sama, nečekala, až za ní někdo přijde na oddělení šestinedělí. Udávala ale, že pokud nemohly matky z nějakého důvodu přijít, lékaři je přišli informovat na oddělení. *„Já jsem teda věděla, kdy je na JIP vizita, takže jsem hned po ní přišla a už mezi dveřmi jsem se ptala, co je nového. A vždycky mi to řekli tak, abych tomu rozuměla.“* Všechny informace byly ženě podávány srozumitelně, tak aby je pochopila. Pokud si něco nezapamatovala nebo cokoliv potřebovala zopakovat, vždy se mohla znovu zeptat a bylo jí ochotně odpovězeno. Informace ženě předávali sloužící lékaři, v případě jejich nepřítomnosti zdravotní sestry na oddělení.

S organizacemi, které se zabývají problematikou předčasně narozených dětí, ženu nikdo neseznámil. Sama si žádné informace nedohledávala. Ani nevyhledává internetová fóra a diskuze, kde se matky předčasně narozených dětí sdružují. S žádnými matkami, kterým se také narodily jejich děti předčasně, se nestýká, ve svém okolí nikoho s předčasně narozeným dítětem nemá.

10.2.10 Podpora vytváření citové vazby mezi matkou a dítětem

Pro ženu bylo velmi důležité chování syna, kojení, možnost podílet se na péči a celkový kontakt s dítětem. *„Já jsem se od začátku hodně bála o kojení, jestli budu mít dostatek mléka, jestli nám to spolu půjde. A nakonec to šlo, to jsem měla radost.“* V kojení ženu nikdo neomezoval, měla dostatek času. Dále respondentka oceňovala možnost

návštěv na oddělení, které nebyly časově omezené, ačkoliv byl zavedený časový harmonogram, kdy matky chodily své děti kojit. Svého syna po dobu hospitalizace na oddělení JIP nikdy neklokánkovala, možnost klokánkovat jí ani nebyla nabídnuta. Pojem klokánkování však žena znala. *„Vždycky jsem malého nakojila, vykoupala a pak chvílku pomazlila. Ale kůži na kůži jsem ho vůbec neměla. O klokánkování jsem věděla, že se to dělá, ale vůbec mě nenapadlo, že bychom to mohli dělat i my.“*

10.2.11 Zapojení rodičů do péče o dítě

Respondentka byla spokojena s mírou zapojení do péče. *„Mohla jsem ho mazlit, krmit, koupat i přebalovat.“* Více si v tuto chvíli připadala jako matka, která se o své dítě dokáže postarat. Pro svého syna nejdříve odstříkávala mateřské mléko, což pro ni bylo velice důležité. *„Měla jsem z toho hroznou radost, že na to mléko mám. A že můžu malému aspoň něco dát.“* Kojení bylo úspěšné již na oddělení, žena svého syna kojí dosud. *„Chvilku mi trvalo, než jsem se rozkojila. Ale potom už to šlo, vždycky to teda trvalo déle, ale šlo to.“* Na oddělení JIP bylo její dítě dokrmováno pomocí stříkačky, na tom se ale žena podílet nechtěla, vždy krmení přenechala sestřám. Možnost nakrmit své dítě jí ale nabídnuta byla. *„Oni se mě ptali, jestli si syna nechci nakrmit stříkačkou, ale to jsem nechtěla, za prvé jsem se bála a za druhé se mi nelíbila představa, že malému strkám stříkačku skoro do krku.“*

Respondentka byla hospitalizovaná celou dobu, po dvou týdnech byla i se svým dítětem z nemocnice propuštěna. Koncept rooming in ošetřování u ženy nebyl uplatněn. Po celou dobu bylo její dítě umístěno na JIP, u sebe na pokoji ho vůbec neměla. S návštěvními hodinami byla také spokojená a nepřišla si jimi omezovaná. *„Většinou jsem tam byla půl hodiny až hodinu, když tam byl se mnou přítel, tak jsme tam byli trošku déle. My jsme měly stanovený čas, kdy máme chodit na to kojení, to vždycky chodí všechny maminky najednou. Ale jak jsme tam zůstaly dlouho, to už nikdo neřešil.“* Za synem docházela každé tři hodiny, i v noci. Její dítě nemělo po celou dobu hospitalizace žádné zdravotní problémy, pouze chvíli přetrvávala lehká novorozenecká žloutenka, která nemusela být řešena fototerapií.

Při propuštění z nemocnice žena pocítovala radost, štěstí, ale i strach. *„Když jsme si ho domů přinesli, tak naštěstí spinkal, tak jsem ho položila do toho připraveného pokojíčku a nepřemýšlela jsem o tom. A potom to dolehlo. Měla jsem hrozný strach. Dosud byl na té JIP celou dobu sledovaný, věděla jsem, že ho pořád někdo hlídá. Tady se jen*

pohnul nebo zakňoural a já už jsem běžela.“ Po propuštění zůstal se ženou doma dva týdny i její přítel, aby jí pomohl s péčí o syna a s chodem domácnosti. Nejvíce žena oceňovala pouhou přítomnost, pocit, že není doma s dítětem sama. *„To bylo lepší, věděla jsem, že je tam se mnou. Neumím si představit, být na to sama.“*

Respondentka neuvádí, že by se jí situace připomínala. Udává, že už je se situací srovnaná. Jako nepříjemné vzpomínky udává první den a noc, kdy své dítě ani neviděla a pořádně o něm nic nevěděla. Obavy o zdraví svého syna má stále, ale uklidňují ji výsledky všech vyšetření, které jsou všechny v naprostém pořádku. *„Já jsem měla vždycky hrozný strach, když jsme jezdili po různých vyšetřeních. Nejhorší vždycky byla ta cesta, to byly nervy. Ale všechno vždy dopadlo dobře. Jinak si myslím, že už je to za námi.“*

Žena dochází se synem do rizikové poradny, na kardiologii a na rehabilitace. *„Pořád jsme pozadu s váhou a výškou, to jsme na spodní hranici. Ale co se týká vývoje, to zatím všechno dohnal. Žádné vývojové opoždění nebo zdravotní vady si žena nepřipouští, spoléhá se na všechna vyšetření, která byla v pořádku.“*

DISKUZE

V mé bakalářské práci se věnuji psychice rodičů předčasně narozených dětí. Zaměřuji se především na pocity ženy, vývoj vztahu mezi matkou a dítětem, míru podpory ženy od rodiny a zdravotnického personálu, zjišťuji informovanost matek o problematice předčasně narozených dětí a míru zapojení matek do péče o jejich děti v době hospitalizace. Diskuze obsahuje výsledky mého výzkumného šetření, porovnání výsledků s odbornou literaturou a výstup mé práce.

Mým hlavním cílem bylo analyzovat psychický stav matek předčasně narozených dětí. Vyhledala jsem si dvě ženy, které v roce 2018 porodily předčasně, a provedla s nimi výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Obě ženy po porodu pociťovaly strach o své děti. Respondentka A pociťovala strach mnohem větší, pravděpodobně proto, že se její dítě narodilo v mnohem menším gestačním týdnu a vážilo skoro čtyřikrát méně, než dítě respondentky B. Respondentka B byla od začátku lékaři uklidňována, protože váhový odhad jejího dítěte byl nadprůměrný. Jako nejhorší pocit udávaly respondentky strach z budoucnosti. Obávaly se, co se bude dít s jejich dítětem, zda bude zdravé nebo zda bude mít nějaké poškození. Respondentka A popisovala zklamání a sebeobviňování, respondentka B pocity zklamání a sebeobviňování nezažívala. Velkou roli zde určitě hrál velký rozdíl v gestačním stáří dětí, váhovém rozdílu, stavu po porodu a následné možnosti pečovat o jejich děti. Ke stejnému výsledku v bakalářské práci došla také Martina Brožovičová, která ve své práci udává, že na oddělení JIRP jsou matky více vystresované a více si dávají situaci za vinu, než matky, které mají dítě na IMP. (Brožovičová, 2017, s. 59) Obě ženy se v náročné situaci, jakou předčasné narození dítěte bezpochyby je, nejvíce obracely na své kamarádky, přestože měly obě respondentky podporu v rodině a dobré rodinné vztahy.

Obě respondentky své děti porodily císařským řezem, respondentka A v celkové anestezii a respondentka B ve spinální anestezii. Od druhu anestezie se také odvíjela doba, kdy ženy poprvé uviděly své děti. Respondentka A svou dceru uviděla až následující den ráno, respondentka B svého syna uviděla již na porodním sále. Poté ho ale znovu uviděla až o 17 hodin později. Obě ženy situaci, kdy své děti nemohly mít u sebe a neměly o nich žádné informace, popisují jako velmi traumatizující a stresující. Zahraniční výzkum ukazuje, že větší psychickou zátěž pro ženu představuje akutní císařský řez, než vaginální

porod nebo plánovaný císařský řez. Důvodem větší zátěže je zřejmě méně času na psychickou přípravu při akutním císařském řezu. (Misund et al., 2013)

Respondentka A byla hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství již ve 22. týdnu gravidity. Vzhledem k tomu, že těhotenství nedosahovalo hranice viability, musela se žena rozhodovat, zda chce, aby byla jejímu dítěti poskytována intenzivní péče, s čímž respondentka souhlasila. Respondentka B do nemocnice přišla pro odtok plodové vody a do dvou hodin byl proveden císařský řez. Před porodem tedy žena hospitalizovaná nebyla. Když respondentka A poprvé uviděla svou dceru v inkubátoru, byla v šoku. Nejvíce ji zaskočila velikost její dcery. Očekávala, že bude malinká, ale jak moc, si neuměla představit. Respondentka B pocítovala pouze radost. Obě ženy u první návštěvy svých dětí byly samy, neměly u sebe nikoho, kdo by jim byl oporou. Obě respondentky ale udaly, že by tam ani nikoho mít nechtěly. Ve své diplomové práci Michaela Klusáková uvádí, že se se situací hůře vyrovnávaly matky, které na předčasný porod nebyly připravené. Matky, které byly již dříve hospitalizované, a bylo u nich riziko předčasného porodu, se se situací vyrovnávaly rychleji. (Klusáková, 2010, s. 76)

Respondentka A si připadala jako matka ihned po porodu, přestože své dítě ještě ani neviděla. Respondentka B popisuje jako klíčový moment chvíli, kdy si mohla svého syna pochovat. Teprve poté si připadala jako matka. V tomto se výsledky mého výzkumu rozcházejí s výsledky bakalářské práce Terezy Andělové, která ve své práci popisuje ženy, které se necítily být matkami a připadaly si, že chodí na oddělení za cizími dětmi. (Andělová, 2009, s. 38) Lišila se také doba, kdy si matky mohly pochovat své dítě. Respondentka A své dítě dostala kлокánkovat až pátý den hospitalizace, do té doby se ho mohla pouze dotýkat v inkubátoru. Respondentka B si svého syna pochovala ihned druhý den hospitalizace. Více se posílil mateřský cit. Obě ženy při prvním kontaktu s dítětem popisují radost a pocity úlevy. Obě respondentky se těšily na každou návštěvu, kdy mohly navštívit své děti.

Vyrovnat se s náročnou situací respondentce A nejvíce pomáhala práce, přátelé a rodina. Respondentka B udala, že se s ničím vyrovnávat nemusela, největší podporou jí byla rodina a přátelé. Obě ženy oceňovaly možnost neomezených návštěv. Rozdílnost jsem pozorovala mezi Pražskou a Karlovarskou nemocnicí. V nemocnici v Praze byly návštěvy neomezené, respondentka mohla být na oddělení celý den a nikdo ji nevyháněl. V nemocnici v Karlových Varech byl nastavený řád, podle kterého ženy chodily

na oddělení každé tři hodiny, své děti nakojily, přebalily a opět odešly. Přestože ženu nikdo z oddělení nevyháněl, nebylo zvykem, aby tam matky celý den seděly. Možnost klokánkovat měla pouze respondentka A, která tuto činnost velmi oceňovala a užívala si ji. Respondentka B své dítě nikdy neklokánkovala, možnost klokánkovat jí ani nebyla nabídnuta. To mě velmi překvapilo, protože je dostupných několik zahraničních, ale také českých výzkumů, které prospěšnost klokánkování dokazují. Například Fridrichová a kol. tvrdí, že klokánkování napomáhá snazšímu usínání, rychlejšímu nárůstu hmotnosti, stabilizaci saturace a srdeční a dechové frekvence, lepší termoregulaci a napomáhá laktaci. Dodává, že monitoring dítěte ani invazivní vstupy by neměly být překážkou v klokánkování. (Fridrichová a kol. 2008, s. 27) Stejný výsledek uvádí i studie, která u dětí, které byly klokánkovány, popisuje snížení rizika mortality, nozokomiálních infekcí, hypotermie a zvýšení hmotnosti. (Conde-Agudelo et. all, 2016)

Podpora respondentek od rodiny byla u obou žen dostatečná. Obě ženy popisovaly, že se mohly na rodinu kdykoliv obrátit a že jim byla nabízena pomoc. Oběma ženám velmi pomáhali přátelé, kteří se snažili pomáhat i po psychické stránce. Respondentka A nebyla v kontaktu s otci dětí, proto na své dvě děti byla sama. Respondentka B měla partnera, který jí byl oporou a pomáhal jí s péčí o domácnost a později i o jejich dítě. V bakalářské práci Michaely Klusákové ženy odpověděly, že jim nejvíce pomáhala podpora od partnera a možnost vidat své dítě a dotýkat se ho, což je ve shodě s výsledky mého výzkumu. (Klusáková, 2010, s. 77)

Obě ženy považovaly zdravotnický personál za profesionální a lidský. Nikdy neměly na oddělení s ničím problémem, vše jim bylo vždy ukázáno, vysvětleno, případně i několikrát zopakováno. Informace jim byly podávány srozumitelně a měly dostatek času na jejich pochopení a případně možnost se znovu zeptat. Ve zdravotnickém personálu měly obě ženu velkou podporu, oceňovaly, že se mohly zdravotním sestřím na oddělení svěřovat a byly jim poskytovány cenné rady. Podobné výsledky ve své bakalářské práci uvádí i Veronika Fikrová, kdy 70 % respondentů bylo spokojeno s přístupem zdravotnického personálu a 80 % respondentů kladně hodnotilo komunikaci s personálem. (Fikrová, 2012, s. 59- 61) Odborná psychologická pomoc byla nabídnuta pouze respondentce A, která ji využila. Poté však nebyla s psychologičkou spokojena, a tak spolupráci ukončila. S podpůrnými organizacemi, které se zabývají problematikou předčasně narozených dětí, byla seznámena pouze respondentka A.

Před návštěvou na neonatologických odděleních obě ženy pociťovaly nervozitu, ale zároveň se na své děti těšily. Respondentka A by ocenila možnost být hospitalizovaná po celou dobu s jejím dítětem, hospitalizována byla pouze deset dní po porodu, poté byla propuštěna a musela za svou dcerou dojíždět. Respondentka B byla hospitalizovaná po celou dobu, udávala, že by ocenila na JIP více soukromí. Ani jedna respondentka neměla své dítě za celou dobu hospitalizace na rooming in pokoji. Obě ženy si své děti odnesly z ARO a JIP rovnou domů. Také ale obě ženy pociťovaly velký strach, když si domů poprvé donesly své děti. Přestože měly obě ženy monitor dechu, bály se, aby nebyl rozbitý, případně aby fungoval včas. Obě respondentky udávaly, že tento strach měly delší dobu. Šusterová uvádí výhody rooming in pečování, mezi které řadí zejména možnost matky porozumět chování svého dítěte, naučit se o něj pečovat správně a beze strachu. Matky by měly z oddělení odcházet edukované v péči o novorozence. (Šusterová, 2010) Napadá mě tedy otázka, zda by respondentky měly po příchodu domů o své děti stále takový strach, pokud by měly možnost o ně samostatně pečovat již v rámci hospitalizace?

Obě ženy se mohly podílet na péči o své dítě, ale pouze na oddělení JIP a ARO. Respondentka A své dítě na ARO pouze klokánkovala a krmila pomocí sondy, po překladu dítěte na intermediární oddělení už ho mohla i přebalovat a koupat. Respondentka B všechny tyto činnosti dělala již druhý den. Obě ženy udávaly zvyšování mateřské kompetence při zapojení do péče. V bakalářské práci Veroniky Fikrové autorka uvádí, že 75 % matek bylo umožněno podílet se na péči o své děti, 7,5 % matek to bylo dovoleno výjimečně, 17,5 % matek se na péči o své děti podílet nemohly. (Fikrová, 2012, s. 55) Obě respondentky byly edukované v důležitosti odstříkávání mateřského mléka, které poté donášely na oddělení. Obě ženy ostříkávání mléka chápaly jako pomoc pro jejich děti. Kojení bylo úspěšné pouze u respondentky B, respondentka A kojila pouze chvíli.

Příznaky možného syndromu posttraumatické stresové poruchy jsem pozorovala pouze u respondentky A, která se přiznala, že stále mívá úzkosti spojené se vzpomínkami na hospitalizaci. Respondentka B vyvrátila, že by na situaci musela znovu myslet, prý je se vším srovnaná. Obě respondentky stále popisují obavy o zdravotní stav dětí. Výsledky zahraničního výzkumu udávají, že přibližně jedna čtvrtina (přesněji 26 %) rodičů dětí, které se narodily velmi předčasně, jeví určité psychické problémy ještě po dvou letech od narození jejich dítěte. (Treyvaud et al., 2010) Studie odkazuje na další výzkum z roku 2007, ve kterém bylo zjištěno, že 63 % matek, jejichž děti se narodily velmi předčasně, projevují známky deprese po dobu hospitalizace. Po 22 měsících od předčasného narození

jejich dětí procento výskytu deprese kleslo na 21 % (Shandor et al., 2007). Další zahraniční výzkum uvádí, že do dvou týdnů po předčasném porodu jeví známky posttraumatické stresové poruchy 52 % žen, 18 měsíců po propuštění z hospitalizace tyto známky jevílo 23 % žen, 8 % žen trpělo depresemi. (Misund et al., 2013) Respondentky s dětmi docházejí do rizikových poraden a k dalším odborníkům. Respondentka B si nepřipouští, že by její syn mohl mít nějaké vývojové opoždění. Respondentka A je srovnaná se zdravotním stavem její dcery, udala, že vývojové opoždění nevyklučuje, že se snaží si tuto možnost připustit.

Doporučení pro praxi

- Protože jsou zdravotníci často první a také jediní, na koho se rodiče předčasně narozených dětí obrazejí, doporučovala bych kvalitní vzdělávání v oblasti psychologického poradenství. Samozřejmě je důležité, aby se měli na koho obrátit i samotní zdravotníci, proto by bylo vhodné, aby i ti měli možnost navštívit psychologa.
- Protože ani jedna respondentka nezažila rooming in, doporučovala bych, aby se nemocnice snažily aplikovat nové poznatky plynoucí z výzkumů do praxe a umožnily matkám starat se o své děti v rámci rooming in alespoň pár dní před propuštěním.
- Dále bych doporučovala více využívat metody klokánkování. Umožňovat ženám kontakt kůži na kůži s jejich dětmi a podporovat ženy v této činnosti. Vhodná by byla i větší informovanost rodičů předčasně narozených dětí, aby o klokánkování věděli a případně si o tuto možnost sami řekli.
- Bylo by vhodné, kdyby měly ženy možnost být ubytované po celou dobu hospitalizace jejich dětí a nemusely za nimi dojíždět někdy i několik desítek kilometrů. Kdyby byly monitory, inkubátory a vyhřívaná lůžka umístěny na pokojích, kde by se matky dle stavu dětí mohly podílet na péči, byla by péče spojena i s rooming in. Samozřejmě by k tomu bylo potřeba dostatečné množství personálu a finanční prostředky. Bylo by zajištěno i více soukromí matkám, kterým na oddělení pocit soukromí schází. Případně by bylo vhodné využití plent či zástěn na oddělení mezi inkubátory alespoň po dobu návštěv.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala psychikou matek předčasně narozených dětí. V první kapitole teoretické části jsem se věnovala klasifikaci novorozenců, systému třístupňové péče a péče na oddělení JIP a JIRP. Zmínila jsem předčasný porod, jeho příčiny a nejčastější zdravotní potíže nedonošených novorozenců. Popsala jsem sledované statistické ukazatele, porovнала ČR s ostatními zeměmi. Ve druhé kapitole jsem se věnovala etickým problémům poskytované péče, hranici viability a šedé zóně, popsala jsem práva novorozenců. Třetí kapitola byla věnována psychice rodičů, pocitům matek předčasně narozených dětí, vytváření vztahu mezi matkami a jejich dítětem. Popsala jsem komunikaci zdravotnického personálu a rodičů. V poslední kapitole jsem zmínila péči o předčasně narozené děti a možnost zapojení matek do péče.

V praktické části jsem si stanovila cíl analyzovat psychický stav matek předčasně narozených dětí. Diskutovala jsem se dvěma matkami, kterým se jejich děti narodily předčasně. Zaměřila jsem se zejména na pocity matek předčasně narozených dětí, vývoj vztahu mezi matkou a jejím dítětem po dobu hospitalizace, míru poskytované podpory od rodiny a zdravotnického personálu, zda byly ženy dostatečně informované o problematice předčasně narozených dětí, zda se mohly podílet na péči o jejich dítě po dobu hospitalizace a v jaké míře jim to bylo umožněno. Výsledkem rozhovorů bylo zjištění, že předčasný porod je náročná situace, která se týká celé rodiny a blízkého okolí. Ženy pociťovaly strach, bezmoc, úzkost, pocity viny, ale zároveň také radost, štěstí a lásku k jejich malému dítěti. Ženy potřebovaly být podporovány, mít jistotu, že na situaci nejsou samy, mají se na koho obrátit. Největší strach měly matky o zdravotní stav svých dětí, který si často dávaly za vinu. Pozorovala jsem rozdíl mezi stupněm nedonošenosti dětí respondentek a psychickým stavem žen. Zdá se, že čím dříve se dítě narodilo, tím větší měla matka psychické problémy a obavy o zdravotní stav dítěte. Zjistila jsem, že byly ženy po dobu hospitalizace zapojovány do péče o své dítě a bylo jim umožňováno tvořit a upevňovat vztah s jejich dětmi. Zdravotnický personál byl ženám velkou psychickou oporou. Informovanost matek o problematice předčasně narozených dětí byla dostatečná, ženy ji hodnotily kladně. Informace byly poskytované srozumitelně. Velkým nedostatkem popisovaným ženami byla nemožnost ubytování matek předčasně narozených dětí v nemocnici po celou dobu hospitalizace jejich dítěte a neumožnění matkám starat se o děti samostatně na pokojích alespoň pár dní před propuštěním.

Výchozím materiálem této práce jsou doporučení pro praxi, které jsem sepsala v souvislosti s výsledky výzkumného šetření uvedenými v praktické části bakalářské práce.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. BAYER, Milan. *Pediatricie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-388-2
2. BERAN, Jiří a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-1125-6
3. DORT, Jiří a kol. *Neonatologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9
4. DORT, Jiří a kol. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. ISBN 978-80-7043-944-9
5. DRAHOKOUPILOVÁ, Milena a kol. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-552-3
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.
7. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.
8. FRÜHAUF, Pavel a kol. *Enterální výživa nezralých novorozenců- podpora kojení*. Gylden pro Nestlé, 2014. ISBN 978-80-87290-05-7
9. HÁJEK, Zdeněk, Evžen, ČECH a kol. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
10. HOLÁ, Edith, CHVÍLOVÁ- WEBEROVÁ, Magdalena a kol. *Vítej kulíšku*. 1. vyd. Praha: Nedoklubko, Nakladatelství Jalna, 2014. ISBN 978-80-260-7180-8
11. JANÁČKOVÁ, Laura, DORT, Jiří a kol. *Máme doma miminko do dlaně*. 1. vyd. Brno: Grifart, 2016. ISBN 978-80-906185-6-5
12. JANÁČKOVÁ, Laura, KANTOR, Evžen. *Maličké miminko*. 1. vyd. Brno: Grifart, 2017. ISBN 978-80-906185-2-7
13. JANOTA, Jan, STRAŇÁK, Zbyněk. *Neonatologie*. 1. vyd. Mladá Fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2994-0

14. KANTOR, Jiří. *Terapeutické využití hudby u předčasně narozených dětí*. Arteterapie. 2011, s. 76-81. ISSN 1214-4460 MK ČR E 14911
15. KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2016, ISBN 978-80-247-5014-9
16. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8
17. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie- porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4
18. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9
19. SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7
20. TAKÁCS, Lea a kol. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6
21. ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1
22. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnické psychologie- teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9

Internetové články

1. ANDĚLOVÁ, Tereza. *Pocity a potřeby žen po předčasném porodu*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie, 2009-05-27.
2. BROŽOVIČOVÁ, Markéta. *Informovanost matek o péči o novorozence na JIRP a IMP*. Zlín, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, 2010-06-15.
3. CONDE-AGUDELO et al. *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub4/abstract>
4. FIKROVÁ, Veronika. *Podpora a edukace rodičů předčasně narozených dětí*. Zlín, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence, 2012-06-21.

5. FRIDRICHOVÁ, Věra, OŠKRDALOVÁ, Lenka a kol. *Attachement parenting- rodičovský přístup založený na pevných citových vazbách*. Neonatologické listy [online]. 2008, s. 27-28 [cit. 2019-03-19]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20081.pdf
6. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Uplatnění konceptu bazální stimulace v neonatologii*. Zdravotnictví a medicína [online]. 2012 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uplatneni-konceptu-bazalni-stimulace-v-neonatologii-463868>
7. GÖTHOVÁ, Martina. *Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.-25. týden) těhotenství*. Česká gynekologie [online]. 2013, s. 573–583 [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-6/postup-u-predcasneho-porodu-s-plodem-na-hranici-viability-22-25-tyden-tehotenstvi-47003>
8. CHVÍLOVÁ- WEBEROVÁ, Magdalena. *Realita traumatu rodičů po předčasném porodu, možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem*. Neonatologické listy [online]. 2013, s. 37-40 [cit. 2019-01-27]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf>
9. KLUSÁKOVÁ, Michaela. *Utváření vztahu mezi rodiči a předčasně narozenými dětmi*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie, 2010-06-07
10. KUŘE, Josef. *Rozhodování o péči o novorozence na hranicích viability*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky [online]. 2015, s. 63-85 [cit. 2019-01-27]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/viewFile/78/pdf_4
11. *Low birthweight*. UNICEF [online]. New York: UNICEF, 2014 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
12. MACKO, Jozef. *Etika neonatální intenzivní péče*. Česká gynekologie [online]. 2010, s. 268-274 [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2010-4/etika-neonatalni-intenzivni-pece-32417>
13. MATOUŠKOVÁ, Milada. *První kontakt rodičů s předčasně narozeným dítětem*. Psychologické dny 2008: "Já & my a oni" [online]. 2008. [cit. 2019-01-27]. Dostupné z: <https://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/matousova.pdf>

14. MISUND et al. *Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers*. *Annals of General Psychiatry*, 2013. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-12-33>
15. *Narození a zemřelí do 1 roku- 2016*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/narozeni-zemreli-do-1-roku-2016>
16. SHANDOR et al. *Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants*. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 2007, vol. 28, s. 36-44. [cit. 2019-03-10].
17. ŠUSTEROVÁ, Dáša. *Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming-in*. 2010. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-edukaci-prvorodicky-v-systemu-rooming-in-450461>
18. TAKÁCS, Lea. *Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče*. *Česká gynekologie* [online]. 2012, s. 15-21 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-1-3/psychosocialni-potreby-novorozence-v-kontextu-perinatalni-pece-37304>
19. TREYVAUD, Karli, ANDERSON, Vicki et al. *Parental Mental Health and Early Social-emotional Development of Children Born Very Preterm*, *Journal of Pediatric Psychology*, 2010, s. 768–777. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp109>
20. *Úmluva o právech dítěte*. Organizace spojených národů [online]. New York: OSN, 1989 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-o-pravech-ditete.pdf>
21. ZLATOHLÁVKOVÁ, Blanka. *Viabilita plodu a novorozence*. *Actual Gyn* [online]. 2011, s. 47-51 [cit. 2019-01-30]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2011_43.pdf
22. ZOBAN, Petr. *Nedonošený novorozenec*. *Československá pediatrie* [online]. 2012, s. 203-208 [cit. 2019-01-27]. ISSN 0069-2328. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2012-3-6/nedonoseny-novorozenec-38103>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2 Rešerše

PŘÍLOHA Č.1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

PSYCHIKA RODIČŮ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

STUDENT

Jana Nováková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: janikn@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

PhDr. Kristina Janoušková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je analyzovat psychický stav matek předčasně narozených dětí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: Datum:

Podpis studenta: Datum:

PŘÍLOHA Č.2 - REŠERŠE

Knihy

1. "...Když není všechno tak, jak si přáli...": informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál. 4., upravené vydání. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2015. 13 stran. ISBN 978-80-906077-1-2.
signatura SVK PK: 391A6700
2. BAYER, Milan, ed. *Pediatricie*. V Praze: Triton, 2011. 350 s. Lékařské repetitorium; sv. č. 5. ISBN 978-80-7387-388-2. (kapitola Nedonošený novorozenec, s. 219-223)
signatura SVK PK: 31B42745 umístění ve volném výběru: 616-053.2
3. BURIANOVÁ, Iva et al. *Mimořádné situace ve výživě novorozenců a kojenců*. [Konice]: Gylden pro Nestlé Česko, 2010. 40 s. ISBN 978-80-87290-01-9.
ve fondu jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna, signatura DT 10420)
4. DOKOUPILOVÁ, Milena et al. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009. 315 s. ISBN 978-80-7367-552-3.
signatura SVK PK: 31B35148 umístění ve volném výběru: 613.95
5. DORT, Jiří. *Metabolismus vápníku, fosforu a vitamínu D a vývoj kostí nedonošených dětí*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-7394-109-3.
signatura SVK PK: 391A58260
6. FRÜHAUF, Pavel et al. *Enterální výživa nezralých novorozenců - podpora kojení*. [Konice]: Gylden pro Nestlé Česko, [2014]. 92 s. Modrá kniha. ISBN 978-80-87290-05-7.
signatura SVK PK: 391A65609 umístění ve volném výběru: 613.2
7. HOLÁ, Edith a CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. *Vítej, kulíšku: sedm duhových pohádek a průvodce na cestě domů: terapeutická kniha pro rodiče, když je to na počátku jinak*. Nové Veselí: Nedoklubko, 2014. 131 s. ISBN 978-80-260-7180-8.
ve fondu jiných knihoven (např. Krajská knihovna Karlovy Vary)
8. JANÁČKOVÁ, Laura a KANTOR, Lumír. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. V Brně: Grifart, [2015]. 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7.

- ve fondu jiných knihoven (např. Krajská knihovna Karlovy Vary, Městská knihovna Klatovy)
9. JANÁČKOVÁ, Laura a kol. *Máme doma miminko do dlaně: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí od propuštění z nemocnice do tří let*. V Brně: Grifart, 2016. 153 stran. ISBN 978-80-906185-6-5.
ve fondu jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna, signatura K 92461)
 10. KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. 327 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5014-9.
signatura SVK PK: 31B74786 umístění ve volném výběru: 616-053.2
 11. STRAŇÁK, Zbyněk a kol. *Neonatologie. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 637 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4.
signatura SVK PK: 31B70901 umístění ve volném výběru: 613.95
 12. STRAŇÁK, Zbyněk, Marcela ČERNÁ a Petra ŠAŇÁKOVÁ. *Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení. Díl II, Diagnostické, vyšetřovací a terapeutické postupy u donošených novorozenců*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-49-5. (kapitola 12, Nedonošený novorozenec, s.84-88)
ve fondu jiných knihoven (např. Národní lékařská knihovna, signatura K 91924/2)

Brožurky

1. *Klokánkování*. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava, [2017?]. 6 nečíslovaných stran. ISBN 978-80-88159-26-1.
2. *Narodilo se nedonošené miminko*. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava, [2016?]. 19 stran. ISBN 978-80-88159-25-4.
3. *Následná péče v ambulanci pro rizikové novorozence*. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava, [2017?]. 6 nečíslovaných stran. ISBN 978-80-88159-29-2
4. *Pohyb s radostí: rodinný průvodce pohybovým vývojem dětí se zrakovým postižením a dětí nedonošených*. Překlad Karla Korteová. Praha: Společnost pro ranou péči, [2016]. 16 stran.
5. *Výživa rizikového novorozence po propuštění*. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava, [2017?]. 6 nečíslovaných stran. ISBN 978-80-88159-21-6.

Články

1. BEJSTOVÁ, Lucie et al. Význam kontinuity v péči o nedonošené a rizikové novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 3, s. 160-162. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>.
2. Efekt přímého tělesného kontaktu matky s předčasně narozeným dítětem. *Lékařské listy*. 2014, roč. 2014, č. 2, s. 34. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/covers>.
3. CHLEBOUNOVÁ, Michaela a ČERMÁK, Ivo. Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem. *Československá psychologie*. 2013, roč. 57, č. 4, s. 307-316. ISSN 0009-062X.
signatura SVK PK: 35A411/2013
4. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy*. 2013, roč. 19, č. 1, s. 37-40. ISSN 1211-1600.
5. JAKŠOVÁ, Kateřina, SIKOROVÁ, Lucie a HLADÍK, Michal. Role sestry v podpoře vztahů mezi rodiči a předčasně narozeným novorozencem v konceptu Family-Centered Care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016, roč. 7, č. 1, s. 396-401. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2016-01/6-jaksova-sikorova-hladik-cz.pdf>.
6. JANÁČKOVÁ, Laura. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. IV. *Medical tribune*. 2008, roč. 4, č. 36, A12. ISSN 1214-8911.
7. SODOMKOVÁ, Michaela. Komfort předčasně narozeného novorozence aneb "v pelišku jako u maminky v bříšku--". *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2013, roč. 9, č. 2, s. 25-27. ISSN 1801-1349.
8. TAKÁCS, Lea. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 1, s. 15-21. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-archiv-cisel>.
9. ZOBAN, Petr. Nedonošený novorozenec. *Československá pediatrie*. 2012, roč. 67, č. 3, s. 203-208. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-archiv-cisel>