

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Veronika Tycová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Veronika Tycová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Péče o nedonošeného novorozence

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Martin Matas

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 26.3.2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji MUDr. Martinovi Matasovi za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ANOTACE

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 NOVOROZENEK	10
1.1 Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku	10
1.2 Klasifikace podle délky těhotenství	10
1.3 Klasifikace podle zralosti	10
1.4 Hodnocení gestačního stáří podle zralosti	11
2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEK	11
2.1 Předčasný porod	11
2.2 Diagnostika	12
2.2.1 Předčasný odtok vody plodové	12
2.2.2 Inkompetence děložního hrdla	13
2.3 Terapie předčasného porodu.....	13
2.4 Vedení porodu	14
2.5 Charakteristické znaky nezralosti	14
3 PROBLÉMY A KOMPLIKACE NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE	15
3.1 Bolest	15
3.2 Dechové problémy	16
3.2.1 Syndrom respirační tísně	16
3.2.2 Neonatální apnoe	16
3.2.3 Bronchopulmonální dysplazie	17
3.2.4 Pneumonie	17
3.3 Retinopatie nedonošených	18
3.4 Gastrointestinální problémy	19
3.4.1 Nekrotizující enterokolitida	19
3.5 Seps	19
3.6 Termoregulace	20
3.7 Hematologické změny	21
3.7.1 Anemie.....	21
3.7.2 Žloutenka	21
3.8 Ledviny a kožní systém	22

4 PÉČE O NEDONOŠENÉ DĚTI	22
4.1 Předporodní	22
4.2 Poporodní péče	23
4.3 Ošetření dítěte na porodním sále	23
4.4 Péče o nedonošené děti na jednotce intenzivní péče	24
4.4.1 Klokánkování	25
4.4.2 Polohování a péče o kůži	26
4.4.3 Péče o vyprazdňování	27
4.4.4 Výživa	27
5 PROPUŠTĚNÍ DO DOMÁCÍ PÉČE	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	30
6 VÝBĚR PROBLÉMU, STANOVENÍ CÍLE A METODIKY	30
6.1 Výběr problému	30
6.2 Cíl práce	30
6.3 Výběr metodiky	30
7 ROZHOVORY S RESPONDENTY	31
7.1 Rozhovor č. 1	31
7.2 Rozhovor č. 2	35
7.3 Rozhovor č. 3	37
7.4 Rozhovor č. 4	40
7.5 Rozhovor č. 5	42
8 DISKUZE	44
ZÁVĚR	47
POUŽITÁ LITERATURA	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Tycová Veronika

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o nedonošeného novorozence

Vedoucí práce: MUDr. Martin Matas

Počet stran: číslované 39, nečíslované 15

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 17

Klíčová slova: novorozenec, novorozenec nedonošený, předčasný porod, komplikace, syndrom dechové tísně, retinopatie, nekrotická enterokolitida, péče o nedonošence

Souhrn:

V teoretické části bakalářské práce se věnuji problematice nedonošených dětí. Zabývám se nedonošeným novorozencem, jeho klasifikací, anatomickými a fyziologickými zvláštnostmi. Dále se zabývám předčasným porodem. Popisuji jeho příčiny, diagnostiku, terapii a jeho vedení. Také se věnuji komplikacím nedonošených. Uvádím, jak pečovat o předčasně narozené dítě a v poslední části se zaměřuji na propuštění dítěte do domácí péče.

Praktická část je zaměřena na mateřskou péči o nedonošeného novorozence. Zjišťuji, nakolik se matky do péče zapojují, a v jakých oblastech o novorozence pečují. Zajímám se i o psychiku matky, která je předčasným porodem ovlivněna, zda se do péče zapojuje partner či rodina, a jak jsou matky spokojeny s péčí na novorozenecké JIP.

Annotation

Surname and name: Tycová Veronika

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Care of premature newborn

Konsultant: MUDr. Martin Matas

Numer of pages: numbered 39, unnumbered 15

Numer of appendices: 4

Numer of literature items used: 17

Key words: newborn, newborn premature, premature childbirth, complication, syndrome respiratory distress, necrotic enterocolitis, retinopathy, care of newborn

Summary:

In the theoretic part of my Bachelor's Dissertation I devoted to problems of premature infants. I deal with the premature newborn, its classification, anatomical and physiological traits. Then I deal with early labor. Describe the causes, diagnosis, therapy, and his leadership. I also discuss the complications of prematurity. I show how to take care of the premature baby in the last section, I focus on the release of child home care.

The practical part is focused on maternity care newborn. I realize how much is involved in the care of mothers, and in what areas of newborn care. I am interested in psychology as well as a mother who is affected by premature birth, whether involved in the care of a partner or family, and how mothers are satisfied with care in a neonatal ICU.

ÚVOD

Každá budoucí maminka si přeje, aby její porod proběhl bez komplikací a přirozeně. Někdy se ale může stát i zcela zdravé ženě, že porodí před stanoveným termínem porodu. Dnešní moderní medicína a technika naštěstí umí s předčasně narozenými dětmi pracovat a ve většině případů jim zachránit život. Ale dříve tomu tak nebylo. K rozvoji metod, udržujících při životě předčasně narozené děti, došlo až v 70. letech 20. století. Do té doby dítě pod 1000g váhy nemělo velkou šanci na přežití.

Přes všechn pokrok v porodnictví, gynekologii a v péči o novorozence, se rodí stále velké množství nedonošených dětí. Předčasné porody jsou jedny z nejaktuálnějších problémů v perinatologii. Četnost předčasných porodů se udává v rozmezí 5 - 7 % ve vyspělých státech, v rozvojových zemích je procento podstatně vyšší. U nás se ročně narodí více než osm tisíc dětí předčasně. Za posledních osm let je nárůst dle statistik o 64% . Ženy odkládají narození prvního dítěte na stále pozdější dobu, což souvisí s navyšováním počtu umělých oplodnění. Přibývá také vícečetných gravidit, kde je vyšší riziko předčasného porodu.

Matka, ale i otec předčasně narozeného dítěte, procházejí velkým množstvím pocitů, strachu a obav. Je to pro ně velká psychická zátěž, proto je důležitá jejich vzájemná podpora, ale i podpora rodiny. Obavy z úmrtí dítěte mohou tvořit dočasnou bariéru při vědomém budování vztahu k němu. Někteří rodiče váhají dát dítěti jméno, či se cítí vinni, že je dost nemilují. To se ale zpravidla mění k lepšímu, když dítě překoná počáteční krizi. Rodiče v té době většinou zpracují svůj šok, což jim umožní vidět celou situaci v lepší perspektivě.

Tato práce je zaměřena především na péči o nedonošeného novorozence. Hlavním cílem bylo zjistit, jak péče o takové děti na JIP probíhá, v jakých oblastech se do ni zapojují matky společně s partnerem, jak péči zvládají. A také zda jsou spokojeny s péčí o své dítě na oddělení JIP. Zabývám se také psychikou matek, která je předčasným porodem velmi ovlivněna. Mimo jiné zjišťuji, k jakým problémům a komplikacím u nedonošených dětí dochází.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NOVOROZENEK

Za živě narozené dítě je považován plod, který projevil po narození alespoň jednu známku života (dech, srdeční akce, pulzace pupečníku, aktivní pohyb svalstva) a má porodní hmotnost 500g a vyšší nebo nižší než 500g, přežije-li 24 hodin po porodu.

Za mrtvě narozené dítě se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 1 000g a vyšší. (1)

1.1 Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

Vztah hmotnosti ke gestačnímu věku popisují percentilové grafy. Rozeznáváme novorozence eutrofické – porodní hmotnost je mezi 5. – 95. percentilem odpovídajícího gestačnímu věku, novorozence hypertrofické – porodní hmotnost je nad 95. percentilem odpovídajícího gestačnímu věku, novorozence hypotrofické – porodní hmotnost je pod 5. percentilem odpovídajícího gestačního věku. (2)

1.2 Klasifikace podle délky těhotenství

Podle délky gestace rozdělujeme novorozence na předčasně narozené (nedonošené), kdy gestační věk je pod 38. týdnů. Novorozence narozené v termínu, kdy je gestační věk mezi 38. – 42. týdnem a pokud se narodí po 42. týdnu, označujeme je jako přenášené. (5)

1.3 Klasifikace novorozence podle nezralosti

Rozlišujeme čtyři stupně nezralosti. Novorozenec extrémně nezralý (ELBW – Extremely Low Birth Weight) - narozený pod 27. týden těhotenství s hmotností od 500 do 999g, novorozenec velmi nezralý (VLBW – Very Low Birth Weight) – narozený 27. – 31.+ 6 týden těhotenství s hmotností od 1000 do 1499g, novorozenec středně nezralý (LBW – Low Birth Weight) – narozený 32. – 35. + 6 týden těhotenství

s hmotností od 1500 do 1999g, novorozenec lehce nezralý - narozený 36. – 37.+ 6 týden těhotenství s hmotností od 2000 – 2499g. (2)

1.4 Hodnocení gestačního stáří podle zralosti (Ballardovo skóre)

Ballardova stupnice vyhodnocuje gestační stáří dítěte na základě neuromuskulární (viz příloha 1) a fyzické (viz příloha 2) zralosti. Stupněm zralosti máme na mysli, jak dobře je dítě při narození vyvinuto a jaká je úroveň schopnosti jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Součet bodů z obou tabulek určuje gestační věk (viz příloha 3). (8)

2 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC

Za nedonošeného označujeme novorozence, jehož nitroděložní vývoj byl ukončen několik týdnů až měsíců před 38. týdnem gravidity. Nedonošený novorozenec není ještě zcela připraven na život mimo dělohu. V důsledku nezralosti systémů se novorozenec potýká se specifickými problémy vyplývajícími z nezralosti. (10)

2.1 Předčasný porod (partus praematurus)

Předčasný porod je stále v českém zdravotnictví závažným problémem, který má nejen dopad zdravotní, ale i rodinný, sociální a ekonomický.

Plody narozené před dokončeným 37. týdnem gestace (do 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od koncepce) jsou klasifikované jako předčasně narozené. Jako velmi nezralé jsou plody vážící méně než 1500 gramů a extrémně nezralé, vážící méně než 1000 gramů. Za předčasný porod se počítá novorozenec s hmotností nižší než 2500g. (5)

Díky moderním technologiím dnes mají šanci na přežití i extrémně nezralí novorozenci a vážně hendikepované děti. V České republice v posledních letech mírně stoupá procento předčasně narozených dětí, protože se v důsledku pokroku medicíny daří zachránit i děti narozené ve 23. - 24. týdnu gestace. Pozornost se však přesouvá od prosté záchrany, k zajištění co nejvyšší kvality života a zdraví. Do péče o novorozence vstupují i další odborníci, jako jsou psychologové, fyzioterapeuti, aromaterapeuti, a

neonatologie se tak stává jednou součástí multidisciplinární pomoci dětem a jejich rodinám. (12)

Frekvence předčasných porodů v České republice kolísá kolem 6%. Předčasné porody se podílí na perinatální, resp. časné neonatální úmrtnosti až v 70%. (5)

K předčasnému porodu může vést několik rizikových faktorů. Řadíme sem např. předčasný porod v anamnéze, špatná socioekonomická situace, věk ženy, primiparita, malý vzrůst v kombinaci s nízkou tělesnou hmotností, profesní rizika, kouření, psychosociální stres, infekce, polyhydramnion, celková onemocnění matky, vícečetné těhotenství, vývojové vady dělohy nebo plodu, abrupce placenty, placenta praevia, inkompetence děložního hrdla. (11)

2.2 Diagnostika předčasného porodu

Časnými příznaky předčasného porodu jsou bolesti v podbřišku a v kříži, které jsou zpočátku nepravidelné, krvácení nebo výtok z rodidel, pravidelné kontrakce či odtok plodové vody. Provádí se gynekologické vyšetření ke zjištění otevření děložní branky. Kardiotokografickým vyšetřením zjišťujeme kontrakce dělohy a stav plodu. Temeschvaryho zkouškou prokazujeme odtok plodové vody. Kultivací moče a stěru z hrdla děložního zjišťujeme riziko ascendentní infekce. (11, 5)

2.2.1 Předčasný odtok vody plodové (PROM)

Za předčasný odtok plodové vody považujeme porušení vaku blan v kterémkoliv stádiu gravidity, dříve než začne pravidelná porodní činnost. (11)

K předčasnému odtoku plodové vody dochází zhruba ve 4,5 – 14 % těhotenství. Důsledky jsou tím závažnější, čím dříve v průběhu těhotenství k odtoku plodové vody dojde. Přibližně ve 30 % je příčinou předčasného porodu, a podílí se tak významně na perinatální a kojenecké morbiditě i mortalitě.

K rizikovým faktorům předčasného odtoku plodové vody patří především infekce (STD), dále předčasná děložní činnost, vícečetná těhotenství, krvácení, předčasný porod v anamnéze, konizace, vrozené vývojové vady dělohy, koitus a nízký sociální status.

Detekce odtoku plodové vody má zásadní význam pro další management, kdy opožděná diagnostika může znamenat promarněnou příležitost pro vhodnou intervenci. (16)

2.2.2 Inkompetence děložního hrdla

Diagnóza je stanovena za základě ultrazvukového posouzení délky děložního cervixu – cervikometrií a klinického posouzení. Je-li zkrácení děložního hrdla menší než 25mm a je naznačen funnelling (dilatace vnitřní branky ve tvaru písmene Y, V nebo U), je tento nález objektivním průkazem hrozícího předčasného porodu. (4) Insuficience děložního hrdla se vyskytuje asi v 0,1 až 2 % v populaci. Řeší se naložením stehu (cerclage) podle McDonalda dvojitým hedvábným stehem. Steh musí být založen v době, kdy není přítomna děložní činnost či infekce v hrdle nebo v pochvě. Odstraňuje se dva týdny před porodem nebo na začátku děložních kontrakcí nebo při předčasném odtoku plodové vody. Horní hranice pro provedení je stanovena na 25. + 6 týden gestace. Po založení stehu je indikována alespoň na 48 hodin tokolytická léčba. (5)

2.3 Terapie předčasného porodu

Těhotnou ukládáme na lůžko se zvýšenými dolními končetinami a monitorujeme děložní činnost, stav plodu i matky. Zhruba ve 20 % se podaří předčasnou děložní činnost uklidnit a děložní sval relaxovat. Pro zklidnění děložní svaloviny se provádí tokolýza. K léčbě používáme tokolytika typu beta-sympatomimetika (Gynipral, Partusisten), magnezium sulfát ($MgSO_4$), inhibitory prostaglandinů (Indometacin), blokátory kalciového kanálu (Nifedipin), antagonisté oxytocinu (Atosiban). (11) Pro urychlení dozrávání plicní tkáně plodu se aplikují kortikosteroidy (Dexametazon, Betametazon), podávané mezi 24. + 0 do 33. + 6 týdne gestace. (5)

Tokolýtika signifikantně prodlužují těhotenství. Z léčby je nutno vyloučit případy s klinickým obrazem intraamniální infekce. Tokolýza je úspěšná, pokud zabrání předčasnému porodu alespoň 48 hodin, tj. období nutné k indukci plicní zralosti plodu a transportu těhotné do perinatologického centra. Tokolytika pro akutní tokolýzu jsou indikovaná v období od 24. + 0 týdnů. Po dosažení gestačního týdne 33. + 6 již akutní tokolýza není doporučena. (5)

Mezi běžné mateřské kontraindikace podání tokolytik patří hypertenze, krvácení a srdeční onemocnění. Tokolytické léky mohou být bezpečně používány při dodržení standardních předpisů. Při výběru tokolytik je nutno vzít v úvahu účinnost, rizika a vedlejší účinky pro každého pacienta. (6)

Těhotná s prvními příznaky hrozícího předčasného porodu musí být přijata na gynekologicko-porodnické oddělení. Pokud se jedná o počínající předčasný porod, je transportována tzv. in utero do perinatologického centra. V České republice je zařízení 13 takových center, která jsou schopna poskytnout nedonošenci intenzivní péči. (5)

2.4 Vedení předčasného porodu

Přístup k vedení předčasného porodu je individuální, případ od případu. Je třeba zvážit rizika zvoleného postupu z hlediska plodu i matky. Neplatí, že vybavení plodu císařským řezem je pro plod vždy šetrnější. V 60 % se u těhotenství mladšího než 32 gestačních týdnů císařskému řezu nevyhneme. K porodu per vias naturales se můžeme rozhodnout v případě, že plod je v poloze podélné hlavičkou a porodní cesty jsou na tento způsob porodu připravené. Ke spontánnímu porodu se rovněž rozhodneme v případech, kdy plod je na hranici viability. Porod u plodu v poloze koncem pánevním do hmotnosti 750 g vedeme také spontánně, od 750 g do 2500 g pak primárně císařským řezem. (5, 10)

2.5 Charakteristické znaky nezralosti

U těžce nezralých je kůže červená, průsvitná, gelatinózní, volná, chybí mázek. Lanugo bývá řídké. U méně nezralých je kůže tmavě růžová, prosvítají jen velké žíly. Na ramenou, čele, zádech a pažích je patrné lanugo. Jeho množství je závislé na gestačním stáří dítěte. Kůže je bohatě pokryta mázkem, často je prosáklá a snadno se tvoří otoky. Kůže i sliznice je velmi citlivá a náchylná vůči mechanickému dráždění (odlepování náplastí, odsávání, sondování apod.) a k dezinfekčním roztokům. Prsní bradavky a dvorce zcela chybí nebo jsou jen naznačeny. Ušní boltce jsou měkké. Nehty nepřesahují prsty, jsou krátké. Na dlaních a ploskách nohou chybí rýhování nebo jsou vytvořeny jen hlavní rýhy. Hrudník je úzký, stěna břišní je chabá. Lebeční kosti jsou pružné a málo osifikované. Končetiny se jeví jako kratší. Břicho prominuje. Genitálie

jsou malé, u chlapců jsou nesestouplá varlata, u dívek vulva zeje, velké stydké pysky nepřesahují malé. (8, 7, 5)

3 Problémy a komplikace nedonošeného novorozence

V souvislosti s nezralostí jednotlivých orgánů a tkání se u nedonošeného novorozence vyskytují poruchy adaptace. Čím dříve se dítě narodí, tím více je nezralé, zranitelné a adaptace probíhá s většími obtížemi. (17)

Hlavní problémy nedonošených dětí souvisejí s nezralostí mozku, dýchacího a srdečně-cévního systému a systému regulace vnitřního prostředí. Tyto problémy jsou příčinou častých poruch poporodní adaptace, vyšší nemocnosti a úmrtnosti v porovnání s dětmi donošenými.

3.1 Bolest

Bolest je nepříjemný smyslový a citový prožitek spojený se skutečným nebo hrozícím poškozením tkání a je popisována termíny takového poškození. Bolest je subjektivní prožitek nejen pro dítě, ale i pro jeho rodiče a pro zdravotníky.

I nedonošené děti mají dostatečně vyvinutý nervový systém, takže vnímají bolest a reagují na ni. Při pobytu na jednotce intenzivní péče může novorozenec zažít několik set nepříjemných nebo bolestivých procedur. Dlouhotrvající a intenzivní bolest může být příčinou komplikací v postnatálním období, ale může změnit i reaktivitu na bolest v průběhu celého života. Neexistují žádné verbální projevy bolesti, pouze změny chování a fyziologických funkcí. Ale i u novorozence je možné stanovit míru bolesti a účinek léčby. (3)

Proces hodnocení bolesti vyžaduje aktivní úsilí sestry a začíná pochopením, že jde o subjektivní zkušenost. Aby sestra mohla poskytnout dítěti úlevu, musí umět rozpoznat příznaky bolesti a posoudit míru utrpení. V současnosti již bylo vypracováno mnoho hodnotících systémů pro novorozence a kojence. Jsou rozděleny podle toho, jakou bolest, oblast nebo věkovou kategorii hodnotí. Uvádí se např. IBCS - Infant Body Cosiny Systém sleduje pohyby rukou, nohou, hlavy, trupu a odpovědi na bolestivé stimuly, NFCS- Neonatal Facial Cosiny Systém sleduje mimiku obličeje, NIPS –

Neonatal Infant Pain Scale vyhodnocuje výraz obličeje, pláč, strukturu dýchání, polohu končetin a stav spánku a bdění před, v průběhu a po výkonu. (13)

3.2 Dechové problémy

Během druhé poloviny těhotenství se plíce plodu výrazně mění. Zvětšují se alveoly, které se tak dostávají blíže k plicním kapilárám. Při předčasném narození tento děj selže, což vede k ovlivnění životaschopnosti plodu. Kromě toho nejsou zcela vyvinuté svaly hrudníku, břicho je roztažené a vyvíjí tlak na bránici. Stimulace respiračního centra v mozku je nevyzrálá a reflexy kýchání a kašle jsou oslabené. (10)

3.2.1 Syndrom dechové tísně (RDS)

Také nazývaný nemoc hyalinních membrán, rozvíjí se jako důsledek nezralosti plic a vede k nedostatečné výměně dýchacích plynů. Příčinou je nedostatečná syntéza a uvolňování surfaktantu v plicích. Surfaktant je komplexní směs několika sfingolipidů a proteinů se schopností vyrovnávat povrchové napětí v jednotlivých plicních sklípcích a bránit tak jejich kolapsu. Pokud plicím surfaktant chybí, plicní sklípky mají tendenci kolabovat, hlavně při výdechu. Zmenšuje se kapacita a poddajnost plic, plíce tak mohou ztrácet schopnost účinné výměny plynů. (8)

Tvorba vlastního surfaktantu začíná okolo 32.týdne gestace. V dostatečném množství bývá přítomen až od 35.týdnu gestace. K potížím dochází obvykle krátce po porodu, někdy až za několik hodin. Dechová frekvence se zvyšuje na více než 60 dechů za minutu a bývá spojena s gruntingem (zvukový fenomén při výdechu). Je přítomna cyanóza, rozšíření nostril, zapojují se pomocné dýchací svaly. S prohlubováním stavu se objeví edém plic, letargie a apnoe. (8)

3.2.2 Neonatální apnoe

Regulace dýchání dozrává individuálně, nejčastěji v období mezi 32.-35.týdnem od početí. Nezralí novorozenci dýchají periodicky – střídají se úseky rychlejšího a pomalejšího dýchání s několika vteřinovými pauzami. Trvá-li pauza déle než 20 vteřin,

označuje se jako apnoe. Bývají spojené s poklesem srdeční akce, svalovou slabostí a promodráním. Mohou být obstrukční, vzniklé zúžením až neprůchodností dýchacích cest při špatné poloze hlavičky nebo při nahromadění slin. Nebo centrální z nezralosti dechového centra v mozku. Na oddělení jsou děti monitorovány pulzním oxymetrem a kardiorespiračním monitorem. (10, 7)

3.2.3 Bronchopulmonální dyspalzie (BDP)

Jedná se o onemocnění, které je důsledkem vlivu umělé plicní ventilace a kyslíku na vyžívající plicní tkáň. Pokud děti vyžadují oxygenoterapii a koncentrace kyslíku nepřesáhne 30%, mluvíme o střední formě BDP. Těžká forma je charakterizována potřebou koncentrace kyslíku nad 30%. Obě tyto formy se vyskytují u 20-30% novorozenců s porodní hmotností pod 1000g. (10)

Vznik BDP je multifaktoriální, kdy se kombinuje anatomická a funkční nezralost plicní tkáně s působením nepříznivých vlivů infekce, aspirace vody plodové, mechanické ventilace a další. Ke změnám dochází v časném prenatálním období, plně se nemoc rozvíjí v průběhu prvního měsíce života. Postihuje sliznice respiračního traktu, alveoly, plicní intersticiium a plicní cévy. Vede k dlouhodobé restriktivní plicní nemoci se závislostí na léčbě kyslíkem a někdy i umělé plicní ventilaci. Ve 2. - 3. měsíci života je nemoc na vrcholu rozvoje, poté většinou dochází k postupnému zlepšování plicních funkcí. Část dětí s tímto onemocněním má projevy respiračního dyskomfortu s dočasným poklesem saturace nebo bez poklesu saturace. Projevy jsou vázány na fyzickou zátěž (nárůst spontánní motorické aktivity, zvyšující se příjem potravy, fyzioterapii) a na akutní respirační infekt. (14)

3.2.4 Pneumonie

Zůstávají významnou příčinou neonatální morbidity a mortality. Vyskytují se ve dvojí formě. Vrozené formy jsou vzácnější, většinou v kombinaci s nezralostí vedou k časnému úmrtí. Získané se vyskytují častěji, především u dětí, které vyžadují umělou plicní ventilaci.

K infikování může dojít intrauterinně – krevní cestou přes placentu nebo vzestupnou cestou přes porodní cesty, sliznici dělohy, obaly plodu, plodovou vodu při předčasném odtoku nebo po ruptuře vaku blan. Dále perinatálně – aspirací plodové vody do plic

nebo jejím spolykáním do žaludku a postnatálně – získanou infekcí kdykoliv po porodu.
(7)

Pneumonii mohou vyvolat viry, bakterie, kvasinky, plísně, prvoci. Klinický obraz může být rozmanitý. Dítě bývá termolabilní, s poruchou periferního prokrvení, mívá příznaky respirační tísně, při poslechu plic slyšíme chrůpky. Také jsou časté potíže se zažívacím traktem – vzedmuté břicho, ublinkávání, zvracení. Při léčbě jsou aplikována antibiotika, nezbytnou bývá oxygenoterapie až umělá plicní ventilace, dostatek tekutin, energie, iontů, vitamínů, normalizace acidobazické rovnováhy a krevních plynů, stabilizace krevního oběhu a vnitřního prostředí. (7)

3.3 Retinopatie nedonošených (ROP)

Jde o poruchu vývoje sítnice u nedonošených, jejíž výskyt je nejčastější u dětí s porodní hmotností do 1000 g. Vývoj oka doprovází růst cév v sítnici od výstupu zrakového nervu k okrajům sítnice ve 14. – 20. týdnu těhotenství. Kolem 32. – 36. týdne dorůstají cévy až k periférii sítnice nasálně, během 40. týdne temporálně. Pro správný vývoj cév sítnice je důležitá optimální sekrece cévního růstového faktoru. Sítnice dítěte dozrává v poslední třetině těhotenství. ROP je stav, při kterém dochází k separaci a fibróze sítnice. Za příčinu je považováno toxické působení vysokých hladin kyslíku na nezralé krevní cévy sítnice.

Retinopatie může mít několik stupňů, s narůstajícím stupněm se zhoršuje prognóza pro následnou možnost vidění.

- 1.stadium ROP: rostoucí cévy končí náhle v linii oddělující cévnatou a vaskulární zónu. Na zdravém oku nelze tuto ostrou hranici mezi zónou s cévami a bez cév jasně odlišit, protože v sebe přechází pozvolna.
- 2.stadium ROP: demarkační linie mezi vaskulární a avaskulární zónou tvoří hřebenovitý val vystupující nad okolí a vrhá stín. Hřeben je tvořen z endoteliálních buněk, předchůdců krevních cév a částečně luminizovaných (dutých) cév.

- 3.stadium ROP: svazky cév prorůstají mimo retinu do sklivce. Toto stadium může být rozdílného rozsahu. Je tím závažnější, čím více cév prorůstá mimo retinu. Dochází ke vzniku jizev způsobujících odchlípení sítnice.
- 4.stadium ROP: částečné odchlípení sítnice, může být zúžené zorné pole. Většinou vyžaduje operační zásah, aby se zachránila co největší plocha sítnice.
- 5.stadium ROP: kompletní odchlípení sítnice s následnou slepotou dítěte

Celkově nejlepší léčbou je pouze prevence. Snažíme se o maximální stabilitu hladiny kyslíku a maximální celkovou stabilitu nezralých dětí v prvních týdnech po narození. (10)

3.4 Gastrointestinální problémy

3.4.1 Nekrotizující enterokolitida (NEC)

Jedná se o akutní zánětlivé onemocnění střev, které vede k jejich nekróze. Předčasně narozené děti jsou k ní obzvláště náchylné. Faktorem podílejícím se na jejím vzniku, je především snížení krevního zásobení sliznice střeva, které může být způsobeno hypoxií nebo sepsí snižujícími tvorbu protektivního hlenu, takže bakterie snáze pronikají do citlivé tkáně. Projevuje se větším napětím, nafouknutím břicha, které je bolestivé, poruchou průchodu pasáže střevní, velmi často i celkovými příznaky, jako jsou poruchy dýchání, prokrvení, je přítomna krev ve stolici již od nejlehčího stupně NEC. (8) Léčba je zaměřená na léčbu septického stavu – zajištění vitálních funkcí, podpora krevního oběhu, parenterální výživa, aplikace antibiotik, hrazení krevních ztrát. Velmi často je ale nutná léčba chirurgická, která zahrnuje resekci nekrotického střeva, dekompresi proximálního úseku střeva s enterostomií. Někdy se jako následek proběhlé NEC může vyvinout stenóza střeva. Ta vyžaduje operační řešení i několik týdnů po akutním onemocnění. Konečným důsledkem může být syndrom krátkého střeva. (14)

3.5 Sepse

Sepsi můžeme definovat jako systémovou obrannou reakci organismu na infekci. Kontakt novorozence s infekcí je možný již během porodu, kdy bakteriemi osídlené

porodní cesty mohou být zdrojem infekce. K dalšímu kontaktu s infekcí dochází při ošetrovatelské péči matky a ošetřujícího personálu. Do organismu se infekce může dostat mnoha způsoby: přes kůži, pupeční pahýl, sliznici gastrointestinálního traktu (GIT), dýchací cesty, cévními přístupy. Zvláště náchylní jsou novorozenci extrémně nezralí, hypotrofici, novorozenci asfyktičtí, s dlouhodobou léčbou antibiotiky, po operacích a děti na ventilátorech.

Klinické příznaky jsou různé a mnohdy nepříliš průkazné. Jedná se o změny barvy a prokrvení kůže, křeče, zvýšenou teplotu, zvětšená játra a slezinu, poruchy dýchání, hypotenzi, hypotonii, apatii, zvracení, průjem, neprospívání. (7) Provádí se vyšetření hematologické – krevní obraz (leukocytóza, leukopenie, zvýšený podíl mladých forem neutrofilních granulocytů, trombocytopenie), biochemické – glykémie, acidobazická rovnováha, C-reaktivní protein, mikrobiologické – kultivace (výtěry z ucha, nosu, krku, oka, rekta, hemokultura, moč), imunochemické a serologické. Léčí se kombinací antibiotik, podávají se parenterálně a ve vyšších dávkách. (14)

3.6 Termoregulace

Základním ošetrovatelským úkolem je udržení tělesné teploty. Tepelné ztráty mohou být způsobeny několika faktory. Patří sem předčasně narozené dítě, které má nedostatek tělesného tuku, který má funkci izolantu, pokud je termoregulační centrum v mozku nezralé, funkce potních žláz je nedostatečná, poměr plochy povrchu těla a tělesné hmotnosti je velký. Větší plocha povrchu kůže hlavy u předčasně narozených dětí je důvodem větších ztrát tepla. Předčasně narozené dítě vyvíjí malou aktivitu, takže svaly jsou chabé a málo odolné vůči chladu, dítě se nemůže třást. Extenzivní držení těla zvyšuje plochu exponovanou vnějšímu prostředí a vzrůstá ztráta tepla. Tyto i jiné faktory činí dítě citlivějším na chladový stres, který zvyšuje potřebu kyslíku a glukózy. (10, 7)

3.7 Hematologické změny

3.7.1 Anémie

Snížené množství červených krvinek a nízká hladina hemoglobinu vzniká v důsledku krevních ztrát, způsobené potřebnými krevními odběry a současně z nedostatku krvetvorby nezralé kostní dřeně. Může se prohloubit při infekčních komplikacích. Projevuje se apnoickými pauzami, poruchami prokrvení, vyšší srdeční frekvencí, apatií. Lehčí formy pečlivě monitorujeme, dodáváme železo, vitamíny a živiny. Při těžších formách nebo u velmi malých dětí je nutná korekce krevní transfuzí. (10)

3.7.2 Žloutenka (hyperbilirubinemie)

Bilirubin vzniká jako produkt při rozpadu červených krvinek a za normálních okolností je zpracováván v játrech. Po narození jsou játra novorozence nezralá a nedokáží efektivně odbourávat zvýšené množství bilirubinu. Ten se pak hromadí v kůži, na které můžeme v prvních dnech vidět žluté zbarvení. Intenzitu žloutenky lze odhadnout podle barvy kůže, k přesné diagnóze je třeba stanovení hladiny bilirubinu z krve.

Nekonjugovaná hyperbilirubinemie – celková hodnota bilirubinu je tvořena téměř výhradně nekonjugovaným bilirubinem. Příčinou jeho vzestupu v krvi může být rozpad erytrocytů (hemolytická) nebo poruchy transportu a konjugace bilirubinu v hepatocytech (nehemolytická). Typická je hemolytická nemoc novorozence. Ta je způsobena protilátkami nejčastěji proti antigenům Rh systému a ABO. Při léčbě se používá fototerapie – ozařování modrým světlem, které rozkládá bilirubin v kůži a následně umožňuje jeho vyloučení močí, dále výměnná transfuze, imunoterapie – profylaktické podávání imunoglobulinů v dávce 0,5g/kg i.v. u dětí s izoimunní hemolytickou nemocí, které nesplňují kritéria pro výměnnou transfuzi, může zabránit rychlejšímu vzestupu hladiny bilirubinu. Jako prevence hemolytické nemoci se podává anti- D imunoglobulin do 72 hodin po porodu Rh negativním ženám, které porodily Rh pozitivní dítě.

Konjugovaná hyperbilirubinemie – neonatální cholestáza se projevuje jako prolongovaná hyperbilirubinemie s hladinou konjugovaného bilirubinu nad 20%

z celkové bilirubinemie. Děti mají tmavou moč a světlou stolicí. Úkolem z hlediska ošetrovatelské péče je pečlivé sledování a zaznamenávání změny barvy kůže, moči a stolice. Mezi příčiny patří poškození jater, atrezie žlučových cest nebo idiopatická neonatální hepatitis. (14, 7)

3.8 Ledviny a kožní systém

Neúplné vylučování odpadních látek z těla vede k elektrolytové a acidobazické nerovnováze. Snadno vzniká dehydratace. U všech předčasně narozených dětí je důležité zaznamenávat bilanci tekutin, ale zejména pečlivé sledování diurézy, která by se měla pohybovat mezi 1 až 3ml/kg za hodinu, dále také známky dehydratace, zaznamenává se stav fontanel, tkáňový turgor. (8)

4 Péče o nedonošené děti

Porod a péče o dítě, jehož život a další vývoj je ohrožen, obvykle naruší psychický stav matky, otce i celé rodiny. Matka často trpí pocitem viny, že selhala ve své biologické funkci, obviňuje sebe i své okolí. Většinou se jedná o neočekávanou událost, na kterou rodiče nejsou připraveni. Trpí tím nejen partnerské vztahy, ale často se nervozita či nedůvěra obrací vůči lékařům a sestřám, kteří pečují o jejich miminko. Ošetřující personál se snaží o podporu a motivaci rodičů, za pomoci specializované psychologické péče, která tvoří mezičlánek mezi ošetřujícím personálem a rodiči. (9)

4.1 Předporodní péče

Úlohou ženských lékařů je pečovat o každé těhotenství tak, aby hrozící riziko předčasného porodu bylo včas rozpoznáno a pokud možno odvráceno. Směřuje-li přesto vývoj k předčasnému porodu, bude prognóza lepší, pokud se dítě narodí ve specializovaném perinatologickém centru. Převoz nenarozeného dítěte i s matkou, tzv. transport in utero (v děloze), je šetrnější než poporodní přesun ve vybaveném inkubátoru. (15)

4.2 Poporodní péče

První hodiny po porodu jsou pro život každého člověka velmi důležité a náročné, jde o přechod z nitroděložního života na svět. V této době probíhá mnoho fyziologických adaptačních změn. Pro předčasně narozené děti je tento přechod o něco náročnější. Mají sice vyvinuté všechny orgány, ale ty nejsou zcela funkčně zralé a jsou nepřipravené na mimoděložní život. Proto je velmi často nutné jim s touto adaptací pomoci.

Nedonošené miminko potřebuje určitou péči a její stupeň závisí na tom, s jakou hmotností a v jakém gestačním týdnu se narodilo. V České republice existuje třístupňová péče. Všechny městské porodnice s novorozeneckým oddělením představují první stupeň. Zde se starají o donošené novorozence. Druhý neboli střední stupeň péče jsou centra intermediární péče, která se nachází v některých větších městech. Na těchto pracovištích je poskytována péče pro novorozence narozené nad 32. týden těhotenství. Tato péče zahrnuje možnost ventilační podpory, infuzní výživy a vyžaduje speciálně vyškolený personál. Třetím a nejvyšším stupněm péče jsou perinatologická centra, kterých je v České republice 13.

Součástí těchto center je jednotka intenzivní péče pro novorozence. Tato centra jsou vybavena nejmodernější přístrojovou technikou pro zajištění intenzivní péče porodnické, tak přístroje pro podpurnou ventilaci extrémně nezralých dětí, monitory pro sledování základních životních funkcí apod. Koncentrují se zde porody od 24. týdne do konce 32. týdne těhotenství. (5)

4.3 Ošetření dítěte na porodním sále

Protože nedonošené dítě je termolabilní (má nezralé termoregulační centrum, rychlá ztráta tělesného tepla do okolí pro relativně větší povrch těla, nižší vrstvu podkožního tuku a energetické zásoby), je nezbytné zabránit jeho podchlazení. Dítě se musí narodit do předem vyhřátého prostředí.

První ošetření se provádí na vyhřevném lůžku, novorozence přebíráme od porodníka do sterilních, vyhřátých plen nebo roušek. Po osušení se dítě zabalí do plastické fólie, která brání ztrátě tělesného tepla. V případě nutnosti je potřebné již na porodním sále dítě intubovat a aplikovat surfaktant přímo do endotracheální kanyly, ještě před odsátím

dýchacích cest. Intubace je zákrok, při kterém je novorozenec vystaven zátěži, a proto musí být provedena v co nejkratší době.

Sestra pomáhá při odsávání a podává pomůcky. Velikost a hloubka zavedení endotracheální kanyly závisí na hmotnosti dítěte. Pupeční pahýl nepodvazujeme v případech, kdy předpokládáme kanylaci pupečnickových cév. Až po stabilizaci základních životních funkcí transportujeme dítě na JIP, kde dítě zvažíme a změříme. (9, 10)

4.4 Péče o nedonošené na JIP

Nezralé děti jsou po porodu umístěny do inkubátoru, kde se udržují podmínky podobné nitroděložnímu prostředí. Inkubátor má zajistit stálé termoneutrální prostředí a vlhkost. Nastavená teplota musí odpovídat gestačnímu a postnatálnímu věku (podle nomogramu), přiměřená relativní vlhkost je pro většinu dětí v rozmezí 50 – 60%, jen děti extrémně nezralé vyžadují v prvních dnech vlhkost vyšší (70 – 80%). Dítě leží na měkké podložce a jeho poloha je stabilizována pomocí měkké vložky ve tvaru podkovy. (14)

Zaintubované dítě uložíme do polohy na zádech s mírným vypodložením ramen, napojíme na ventilátor. Sledují se vitální funkce - srdeční akce, dýchání, saturace hemoglobinu kyslíkem, TK, barva kůže a sliznic, tělesná teplota, projevy spontánní motoriky - fyziologické i patologické (třesy nebo křeče), hodnotíme svalový tonus.

Snažíme se, pokud to stav dítěte dovoluje, jej po aplikaci surfaktantu extubovat a zahájit podporu dechu systémem nazálního CPAP.

Návštěvy na novorozenecké JIP jsou většinou často volnější než na jiných běžných odděleních. Provoz jednotlivých novorozeneckých JIP je odlišný a je nutné ho respektovat (návleky na obuv, empíry, ústenky, čas návštěv). Většina oddělení má připravenou tištěnou informaci pro rodiče o návštěvních hodinách, telefonních číslech, provozu oddělení atd. Velice důležité je dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, se kterým se musí každý, kdo navštěvuje nezralého novorozence, seznámit. Před kontaktem s dítětem je nutné pečlivé umytí a dezinfekce rukou. Každé nedonošené dítě má nezralý imunitní systém, pro vysoké riziko infekce je proto vhodné

omezit návštěvy mnoha příbuzných a známých, v případě akutního onemocnění návštěvu zcela vynechat. (9, 10, 14)

4.4.1 Klokánkování

Zatímco ještě nedávno byla zdůrazňována hlavně technická dokonalost zákroků pro záchranu života, dnes se čím dál více zvažují i psychosociální potřeby nedonošených nebo příliš malých dětí. Z hlediska psychických potřeb je pro ně mimořádně důležité zůstat nablízku matce. Čím více jsou tato miminka v psychické pohodě, tím lépe překonávají tělesné problémy.

Klokánkování je prostá metoda, která přináší pozoruhodné výsledky i v našem technizovaném světě.

Ročně u nás přichází na svět zhruba 5 tisíc novorozenců s nízkou porodní hmotností (do 2 499 g). Jde buď o děti nedonošené, narozené předčasně - tedy před ukončeným 37. týdnem těhotenství, anebo hypotrofní, tzn. s porodní hmotností menší než odpovídá jejich gestačnímu věku. Hranice životaschopnosti mimo dělohu začíná 24. týdnem těhotenství a váhou 400 - 500g. Čím menší a méně zralé miminko se narodí, tím větší je u něj riziko vážných zdravotních problémů a potřeba lékařské péče. Od 34. týdne těhotenství se děti většinou již dobře adaptují a mají dobrou zdravotní prognózu.

Klokánkování (kangaroo mother care, KMC) je metoda, která přibližuje matky k jejich nedonošeným nebo příliš malým dětem, a to doslova - kůží na kůži. Zrodila se v roce 1978 v kolumbijské Bogotě ve velkoprodnici jedné chudinské čtvrti. Měli tam tehdy dramatický nedostatek inkubátorů a četné infekce. Matky po dlouhém odloučení své předčasně narozené děti často opouštěly. Pediatr E. Rey Sanabria se svým týmem se rozhodl situaci napomoci tím, že ženám nabídl, aby své maličké děti nosily přímo na těle 24 hodin denně. Bylo-li dítě ve stabilizovaném stavu (většinou od věku odpovídajícímu 31. týdnu těhotenství), mohla s ním žena porodnici opustit i druhý den po porodu. Samozřejmě byly následné pravidelné kontroly. (8)

Při klokánkování se děti pokládají matkám na hrudník mezi prsa. Děti mají stabilnější srdeční rytmus, pravidelněji dýchají, jsou lépe okysličené. Tělesná teplota méně kolísá, děti méně pláčí, dělají méně trhavých nekoordinovaných úlekových

pohybů. Důležitá je také změna bakteriálního osídlení nezralých dětí mateřskými nepatogenními bakteriemi. Dále rychleji přibývají na váze, rychleji se jim vyvíjí mozek, o poznání lépe spí a tráví delší období bdělosti. Méně trpí infekcemi a mohou mnohem dříve opouštět nemocnici.

Pro rodiče jsou výhody klokánkování rovněž významné. Cítí se dítěti bližší a dříve si k němu vytvářejí pevné pouto. Více důvěřují svým schopnostem o dítě se starat, věří, že se mu dostává náležitě péče, a mají pocit, že situaci mohou nějak ovlivnit. Svě dítě vnímají méně jako nemocné, také jemu důvěřují, považují ho za bytost s vlastními schopnostmi. Snáze se vyrovnávají se zklamáním či šokem z předčasného porodu a narození miminka, které potřebuje lékařskou péči. Bezprostřední kontakt matky s dítětem v blízkosti prsu podporuje tvorbu mléka, přispívá k úspěšnému kojení. (9)

4.4.2 Polohování a péče o kůži

Podle stavu a po dohodě s lékařem nedonošené děti polohujeme. Pro zajištění komfortu dítěte používáme různé varianty polohování a pelíškování. Děti střídavě polohujeme na záda, břicho a oba boky, abychom odlehčili místům, kde by mohly vzniknout proleženiny a také kvůli lepšímu provzdušnění plic. K tomuto využíváme speciální podložky, kožíšky.

Pro polohování na boky podkládáme měkkými válečky nebo používáme tzv. „dělohu“, která je vyplněna dutým vláknem. S dítětem manipulujeme šetrně, při polohování musí tělíčko ležet vždy v jedné linii s hlavičkou. Dítě chráníme před stálým osvětlením, stahujeme žaluzie, inkubátory překrýváme barevnou rouškou, v noci se snažíme co nejméně svítit, u každého inkubátoru máme bodovou lampičku.

Kůže nedonošeného dítěte je velmi jemná a citlivá, zvláště pak na dezinfekční prostředky. Po narození dítě koupeme až po stabilizaci stavu a zahřátí, později 2krát týdně. Novorozence omýváme sterilními vatovými tampony namočenými v teplé sterilní vodě s kapkami oleje z měsíčku lékařského, který má zklidňující hojivé a protizánětlivé účinky.

Při zavedení kanyl na periferních oblastech se končetina udržuje v klidu pomocí dlah v poloze, aby infuzní roztoky volně protékaly. Pravidelně se sleduje okolí arteriálních a venózních katétrů, zda není zarudlé nebo prosáklé.

U zaintubovaných dětí, tlumených medikamenty, dochází k potlačení polykacího reflexu. V dutině ústní se hromadí sekret a sliny, které je nutno odsávat. Pravidelně vytíráme dutinu ústní borax glycerinem jako prevenci vysychání sliznic, které jsou citlivé i na poranění, snadno vznikající při nešetrném sondování či odsávání dýchacích cest. (9)

4.4.3 Péče o vyprazdňování

K zajištění režimu vodního hospodářství měříme přesnou bilanci tekutin. Používáme jednorázové pleny, které vážíme. Všímáme si roztažení močového měchýře, otoků.

U utlumených dětí dochází často k útlumu spontánního močení, dítě pak podle potřeby domočujeme velmi opatrně manuální expresí močového měchýře, případně dítěti cévkujeme močový měchýř. Je příznivé, pokud stolice u nedonošeného dítěte odejde spontánně, častý je odchod smolky až po několika dnech. Při poruše střevní pasáže je vždy nutné sledovat prokrvení břišní stěny, poslechem kontrolovat peristaltiku tak, abychom nepřehlédli počínající známky možných střevních zánětů.

4.4.4 Výživa nedonošeného dítěte

Krmení předčasně narozeného dítěte se liší podle gestačního stáří a zdravotního stavu dítěte. Při pobytu na novorozenecké JIP se preferuje výživa mateřským mlékem před umělou výživou. Příjem tekutin a kalorií u dětí s extrémně nízkou porodní vahou stojí v prvních dnech z větší části na totální parenterální výživě, plná enterální strava je zavedena několik dnů až týdnů po porodu. Často je nejdříve zajišťována nazogastrickou sondou, později, kdy dozraje sací a polykací reflex, začíná pít dítě samo. Dosažení plného kojení u těžce nezralých dětí může být velmi obtížné. Má-li být plného kojení dosaženo, musí matka od prvního dne po porodu rozvíjet a udržovat laktaci odstříkáváním a začít pak s přikládáním k prsu co nejdříve v době, kdy dítě začíná být schopno sát.

Výživa dítěte předčasně narozeného musí zajišťovat optimální vývoj a růst centrálního nervového systému. Složení mateřského mléka u žen, které předčasně porodily, se významně liší od mateřského mléka matek donošených novorozenců. Je zde vyšší obsah bílkovin. (9,8)

V případě nedostatku mateřského mléka se používají umělé přípravky, které jsou speciálně upraveny pro nedonošené děti – Nutrilon, Beba 1 plus, Alprem, Nenatal. Tato mléka jsou bohatší na bílkovinu, sacharidy, některé mastné kyseliny, kalorie, minerály, vitamíny a stopové prvky. (9)

5 Propuštění do domácí péče

Načasování okamžiku propuštění předčasně narozeného dítěte do péče rodiny je individuální, závisí na stavu novorozence, na přístupu lékařů JIP a novorozeneckého oddělení a na možnostech rodiny.

V 70. a 80. letech převládala snaha ponechat novorozence v nemocniční péči zhruba do okamžiku původně předpokládaného termínu porodu či do váhy 2300-2500g. S narůstajícím počtem přeživších dětí s nízkou porodní vahou nebyla podobná praxe únosná a dnes je zřejmé, že tak dlouhý pobyt v porodnici není ve většině případů nezbytný ani přínosný. Z hlediska dalšího vývoje je vhodné hledat pokud možno co nejčasnější termín propuštění po překonání akutních problémů i komplikací a po dosažení plné stabilizace dítěte. (10)

Výhodou časného propuštění je omezení nežádoucích vlivů prostředí JIP a dřívější možnost přirozeného kontaktu dítěte s rodinou. Nevýhodou může být vyšší riziko komplikací po propuštění.

Aby mohlo být miminko propuštěno domů, musí splňovat několik požadavků. Dítě, jehož stav je zcela stabilní, lze připustit i nižší týden od početí., má ukončený alespoň 36.týden od početí (to proto, že se snižuje riziko apnoických pauz a předpokládá se celková stabilita). Hmotnost při propuštění závisí na regulích konkrétní nemocnice, je však spíše určována obvodními pediatry, kteří si děti přebírají do následné péče. Pohybuje se mezi 1800-2500g. (10)

Před propuštěním musí být nějakou dobu miminko zcela stabilní s dýcháním, nevyžaduje kyslíkovou terapii a nemá apnoické pauzy. Musí být kompenzované po stránce termoregulace, tedy schopné udržovat při běžném oblečení normální tělesnou teplotu v pokojové teplotě, bez použití přídatných zdrojů tepla, adaptované z hlediska

příjmu stravy, dítě by mělo být na plné orální výživě kojením nebo pít z láhve a musí mít stabilizované oční pozadí, které již nevyžaduje pravidelné kontroly.

Je obvyklé, že si rodina vyhledá praktického pediatra po propuštění z nemocnice a tento lékař získává první informaci o dítěti od rodiny a z propouštěcí zprávy. Propuštění nedonošeného dítěte by mělo být plánováno. Neonatolog by měl vyžadovat kontakt na rodinou zvoleného praktického pediatra v dostatečném předstihu před propuštěním dítěte. To umožní začátek účelné týmové spolupráce rodičů, praktického pediatra, neonatologa. Optimální je návštěva praktického pediatra na novorozeneckém oddělení ještě před propuštěním. Poté, co praktický pediatr naváže kontakt s rodinou i s neontologickým centrem, přechází jeho činnost v dlouhodobé sledování dítěte. (10)

Vzhledem k vývojové povaze pediatrie jsou dětské lékaři zvyklí při vyšetření a sledování dětí brát v potaz jako základní a velmi významný údaj věk dítěte. Věkem rozumíme věk chronologický, tedy dobu uběhlou od narození dítěte ve dnech, týdnech, měsících či letech. Nedonošené děti se rodí nezralé a funkční dozrávání jejich orgánových systémů na úroveň donošených dětí trvá různě dlouhou dobu. Pro ně je třeba brát v úvahu tzv. věk korigovaný, tedy hodnotu věku chronologického sníženou o počet týdnů, o který se dítě narodilo dříve. Doporučuje se počítat nejméně do 2-3 let věku dítěte. (9)

O propuštění rozhoduje vedoucí lékař, který musí zrevidovat, zda jsou splněny všechny podmínky. Děti mohou být propuštěny do domácí péče, pokud je jejich zdravotní stav stabilizovaný, přiměřeně prospívají a je vhodné domácí zázemí. (14) Propuštění by měla předcházet edukace rodičů, tedy zacvičení v praktických dovednostech, nutných ke správnému ošetřování v domácím prostředí, a to buď sestrami nebo lékaři. Ideální způsob edukace matky je pobyt s dítětem v nemocnici po celou dobu jeho trvání. Pokud to není možné v době intenzivní léčby dítěte na JIP, měla by matka být přijata co nejdříve po stabilizaci dítěte, aby s ním strávila poslední týdny či dny pobytu. I u nedonošených dětí poskytuje systém rooming-in rodičům nejlepší předpoklady pro hladký přechod do domácí péče o dítě. (9)

Matky musí zvládat správnou techniku výživy (kojení, alternativní dokrmování, krmení savičkou) a umět o své dítě pečovat (koupel, přebalování, oblékání, péče o pokožku, nehty, vlasy, event. podávání léků). (14)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝBĚR PROBLÉMU, STANOVENÍ CÍLE A METODIKY

6.1 Výběr problému

Toto téma mě velice zaujalo nejen jako zdravotnického pracovníka, ale také jako ženu a potenciální budoucí matku. V současné době pořád slyšíme, že přibývá předčasných porodů a rodí se stále více nedonošených dětí. Je to celosvětový problém, který je ovlivněn mnoha okolnostmi, zejména stále se zhoršující životním prostředím a stylem života hlavně mladých lidí ve fertilním věku. V posledních letech se zvyšuje počet žen s rizikovým těhotenstvím a také čím dál více párů má problém hlavně s početím svého dítěte a musí se uchýlovat k IVF metodě, jako jejich poslední možnosti. Avšak ta s sebou přináší určitá rizika, jako jsou např. vícečetná těhotenství, předčasné porody a porody novorozenců s velice nízkou porodní hmotností. To pro matky, které se do takové těžké životní situace dostanou, je velmi psychicky náročné a péče o nedonošené děti není jednoduchá a je to „běh na dlouhou trať“.Mnoho matek z toho má ambivalentní pocity.

6.2 Cíle práce

Cíl 1 - zjistit, jak matky hospitalizované na oddělení JIP zvládají péči o předčasně narozené dítě, v jakých oblastech o něj pečují, nakolik se do péče zapojují s zda se do péče zapojuje i partner

Cíl 2 - zjistit, jaké pocity měly matky před porodem a po porodu a jakou mají psychickou podporu

Cíl 3 - zjistit, jaké jsou problémy a komplikace nedonošených dětí u sledovaných matek

Cíl 4 - zjistit, jak jsou matky spokojeny s péčí o své dítě

6.3 Výběr metodiky

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní forma průzkumu, pomocí pěti strukturovaných rozhovorů. Primárním zdrojem informací byly ženy

hospitalizované na jednotce intenzivní péče. Všechny informace byly použity se souhlasem všech žen. Rozhovory byly zaznamenávány v písemné podobě.

7 ROZHOVORY S RESPONDENTY

7.1 Rozhovor č. 1

Anamnéza

Paní Iveta, 34 let, gravida 3, para 2, hospitalizovaná na oddělení JIP 7. den, nekuřačka, vdaná, pracuje jako kredit kontrolorka.

Osobní anamnéza: bezvýznamná, běžná dětská onemocnění, alergie neudává

Rodinná anamnéza: matka prodělala carcinom prsu, žije

Gynekologická anamnéza: menses od 14-ti let, porody: 2005- děvče, zdráva, potraty: r.2008 abortus spontaneus ve 24.týdnu těhotenství.

V první graviditě v roce 2005 byla hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Plzni pro inkompetenci děložního hrdla. Její první dítě se narodilo předčasně v 36. týdnu těhotenství. V druhé graviditě roku 2008 jí byla provedena preventivní cerclage ve 21.týdnu, opět pro inkompetenci děložního hrdla- hrdlo délky 11mm. Po provedení cerclage vznikl zánět dutiny břišní (peritonitida), infekce plodové vody, placenty a byly postiženy i plíce plodu. Byla podána antibiotika. Poté se dostavily slabé děložní kontrakce a muselo dojít ke zrušení stehu na děložním hrdle. Na základě toho došlo k potratu ve 24.týdnu.

Narozen chlapec dne 3.3.2012 v gestačním týdnu 35+3, porozen spontánně, porod probíhal bez komplikací. Chlapec po porodu vážil 2380g a měřil 46cm, byl převezen na JIP – 5 dní, od 7.3. s matkou na pokoji. Nyní váží 2320g a měří 46cm. Komplikací u novorozence bylo špatné trávení, porucha termolability a novorozenecká žloutenka.

Otázka č.1 *Jak probíhalo vaše těhotenství a byly nějaké komplikace?*

Já jsem měla prakticky komplikace už v mém prvním a také druhém těhotenství, protože se mi zkracovalo děložní hrdlo. První těhotenství probíhalo zpočátku normálně, až při kontrole ultrazvukem mi zjistili, že se mi hrdlo zkracuje. Proto jsem byla hospitalizována zde ve Fakultní nemocnici na Lochotíně na rizikovém oddělení. Rodila

jsem spontánně v 36. týdnu. Podruhé jsem otěhotněla v roce 2008 a opět jako v předešlém těhotenství mi ultrazvukem potvrdili zkracování hrdla, které bylo délky asi 11mm. Proto mi ve 21.týdnu udělali preventivní cerclage. Bohužel jsem ale časem dostala zánět dutiny břišní, prokázala se infekce vody plodové a byly postiženy i plíce miminka. Dostala jsem antibiotika. Dostavily se i slabší kontrakce, a proto museli zrušit ten steh na hrdle. Potratila jsem ve 24.týdnu. Tohle miminko bylo neplánované a naneštěstí jsem měla ten samý problém, jako v předchozích těhotenstvích. Byla mi sdělena ta samá diagnóza. Chtěli mi znova udělat ten steh, ale po předchozí zkušenosti jsem ho odmítla. Pan doktor mi řekl, že pokud mi ho neudělají, tak miminko nedonosím. O tom jsem vůbec nechtěla slyšet, a proto jsem vyhledala odbornou pomoc u pana doktora Kouckého, který sídlí v Praze u Apolináře. Doporučila mi ho moje kamarádka. Je to porodník s dlouholetou praxí a patří mezi přední české odborníky. Mimo jiné působí také na odborném webu porodnice.cz , kde odpovídá na dotazy týkající se těhotenství a porodu. Tam jsem se ho ptala ohledně mého předčasného porodu v prvním těhotenství, na jeho možné příčiny a také na věci ohledně cerclage, kterou jsem měla v druhém těhotenství a na vzniklou infekci. On totiž s cerclage moc nesouhlasí. Dává přednost podávání gestagenů. Tvrdí, že v mnoha studiích se ukázalo, že pokud jsou podány aktuálně gestageny (Utrogestan) ženám s předčasným porodem v minulosti anebo zkráceným čípkem vaginálně od počátku těhotenství či druhého trimestru, výrazně zvyšují šanci na prodloužení či donošení těhotenství. Cerclage nastupuje jako poslední řešení, poté, co gestageny eventuálně nemají žádný či minimální efekt. Brala jsem tedy dvě tobolky Utrogestanu vaginálně na noc. Ve 28. týdnu mi byl proveden test na fibronektin. Výsledek jsem měla pozitivní, proto mi dali infuzi s Atosibanem na 48 hodin. Podává se jen u Apolináře a je hrazen z grantu ministerstva zdravotnictví. Velký problém byl ten, že jsem musela za ním dojíždět každý týden do Prahy, na měření délky čípku. Moje maminka mi říkala, že jsem blázen, jezdit tak daleko každý týden a jestli to za to vůbec stojí. Chtěla jsem to zkusit a povedlo se. Když pak malého viděla, změnila názor a řekla, že to za to rozhodně stálo.

Otázka č.2 V kolikátém týdnu těhotenství se vám dítě narodilo a jak porod probíhal?

Miminko se narodilo ve 36. týdnu, rodila jsem spontánně a bez komplikací. Pouze pro nález streptokoka v pochvě jsem byla přeléčena antibiotiky.

Otázka č.3 *Jaké jste měla pocity, když jste se dozvěděla, že budete mít předčasně narozené dítě?*

Byla jsem překvapivě klidná a nepanikařila jsem. Věděla jsem, že to nebude problém, když už jsem zvládla jeden předčasný porod. Už tak nějak jsem věděla, co nás čeká. Jediné, z čeho jsem nebyla úplně nadšená, byla hospitalizace.

Otázka č.4 *Co jste cítila po obdržení informace, že miminko bude umístěno na jednotce intenzivní péče?*

Neměla jsem žádné větší obavy, protože syn neměl nijak závažné komplikace. Neměl problémy se saturací, jen dostal žloutenku. Byla jsem i klidná z důvodu, že zde leží i mnohem menší miminka, než je on.

Otázka č.5 *Jak celou situaci psychicky zvládáte a kdo vás psychicky podporuje?*

Psychicky to zvládám dobře, jednak po předchozí zkušenosti z prvního těhotenství, a i díky tomu, že mě podporuje manžel. Oba už víme, co to obnáší, a tak nějak se podporujeme navzájem.

Otázka č.6 *Byly vám poskytnuty dostatečné informace o zdravotním stavu vašeho dítěte?*

Myslím si, že ano. Po porodu přišel lékař a vše mi vysvětlil. Řekl, že syn bude vyživován sondou, že má žloutenku a vysvětlil mi, co se s ním bude dít, jak dlouho bude ležet v inkubátoru a podobně. Ostatní věci, na které jsem se zeptala, mi zodpověděl.

Otázka č.7 *Byla vám dostatečně vysvětlena a předvedena péče o miminko?*

Určitě ano. Sestřičky mi všechno vysvětlily a ukázaly, hlavně to krmení. A tak trochu si pamatuji péči, když jsem měla první dítě, které bylo také nedonošené. Takže jsem s tím neměla takový problém.

Otázka č.8 *Jak péči o miminko zvládáte?*

Jde to. Je to lepší než s prvním dítětem. A kdybych něco nezvládala, tak mi pomohou sestry.

Otázka č.9 *Jak se zapojujete do péče o miminko a v jakých oblastech o něj pečujete?*

Když syn ležel v inkubátoru na JIP, tak jsem za ním chodila ho přebalit, změřit mu teplotu a nakrmit ho. Další věc, kterou mi dovolili, bylo si ho pochovat. Tady na oddělení je to jiné, mám ho u sebe celý den. Mám možnost většího kontaktu s ním. Krmím ho po třech hodinách, změřím mu teplotu, přebalím, sednu si s ním a chovám ho. Jednou za dva dny se děti koupou, ale já jsem ještě nekoupala. Jinak za námi chodí rehabilitační sestra.

Otázka č.10 *Co vám dělá v péči největší problém?*

Problém nám dělá asi kojení, protože já kojím málo, nemám dostatek mléka. A malý navíc špatně jí, tak musím mléko odstříkávat a krmíme sondou.

Otázka č.11 *Zapojuje se do péče partner? A jak?*

Partner chodí na návštěvy, je z miminka nadšený. Do péče se zatím nijak nezapojuje, spíše ho jen chová. S péčí mi bude pomáhat, až nás propustí do domácí péče.

Otázka č. 12 *Jak jste spokojená s péčí o vaše dítě zde na JIP?*

Jsem spokojená moc. Je tady výborná péče, všichni dělají, co mohou. Já sama si nemohu na nic stěžovat.

Souhrn

Velice sympatická a výmluvná paní Iveta má za sebou kus náročného životního období a její příběh je dost komplikovaný. Letos porodila své druhé dítě, ale předtím si musela již potřetí projít stejně těžkou životní situací v souvislosti s průběhem jejího těhotenství. Se vším se musela vyrovnat, ale hlavně se rozhodla svoji situaci aktivně řešit, přestože ji její matka od toho zrazovala. I když si nebyla jistá, že své dítě donosí, neváhala a vyhledala odbornou lékařskou pomoc u doporučeného specialisty. Její úsilí, spojené s vytrvalostí a trpělivostí, se vyplatilo a narodil se chlapeček. Ten byl sice nedonošený, ale i tak byla paní Iveta šťastná. Celou dobu byl její největší oporou manžel, a tak nyní, po překonání počátečních těžkostí a za vydatné pomoci lékařů a sester v nemocnici, již celkově péči o dítě zvládá.

7.2 Rozhovor č.2

Anamnéza

Paní Martina, 26 let, gravida 2, para 2, hospitalizovaná na oddělení JIP od 26. února - 17 dní, nekuřačka, svobodná, pracuje jako prodavačka v knihkupectví.

Osobní anamnéza: bezvýznamná

Rodinná anamnéza: bezvýznamná

Gynekologická anamnéza: menses od 13-ti let, porody: 2009 - chlapec, zdravý, potraty: žádné

První těhotenství bylo fyziologické a probíhalo bez problémů. V druhém těhotenství byla hospitalizována ve Fakultní nemocnici v Plzni pro ureoplazmata, podávány antibiotika.

Narozena holčička dne 23.2.2012 ve 32. týdnu těhotenství. Porod byl veden císařským řezem. Holčička po porodu vážila 1880g a měřila 42cm. Nyní váží 2140g a měří 46cm. Bez závažnějších komplikací, porucha termoregulace, vyživována sondou-sonda vyndána 12.3., nyní mléko odstříkáváno a dítě krmeno lahvičkou.

Otázka č.1 *Jak probíhalo vaše těhotenství a byly nějaké komplikace?*

Těhotenství probíhalo na začátku bez komplikací. Asi od 4. měsíce jsem začala cítit tvrdnutí břicha, které se stupňovalo. Byla jsem poslána sem na kliniku, kde mi byla zjištěna ureoplazmata. Hospitalizovali mě a dostala jsem antibiotika.

Otázka č.2 *V kolikátém týdnu těhotenství se vám dítě narodilo a jak porod probíhal?*

Rodila jsem císařským řezem ve 32.týdnu.

Otázka č.3 *Jaké jste měla pocity, když jste se dozvěděla, že budete mít předčasně narozené dítě?*

Cítila jsem se strašně. Šla jsem jen klasicky na monitor a ozvy nebyly v pořádku. Doktor mi řekl, že musím na operaci a miminko musí vyndat. Během 20 minut jsem byla na sále. Byl to pro mě šok.

Otázka č.4 *Co jste cítila po obdržení informace, že miminko bude umístěno na jednotce intenzivní péče?*

Po porodu dcera byla nahoře ve čtvrtém patře prý jen pár hodin, pak ji převezli sem dolů.

Trvalo dlouho, než jsem dceru viděla poprvé. Těch 24 hodin jsem musela ležet na pooperačním oddělení. Pak mi pan doktor přišel informovat, jak na tom dcera je. Cítila jsem se různě, neuměla jsem si to moc představit. Nevěděla jsem, jestli bude sama dýchat, přemýšlela jsem, zda bude v pořádku, jak na tom asi je.

Otázka č.5 *Jak celou situaci psychicky zvládáte a kdo vás psychicky podporuje?*

Na psychiku je to velmi náročné, zvláště být tady v tom prostředí. Musela jsem alespoň na jeden víkend jet domů, abych si trochu odpočinula a dala se do pořádku. Psychická podpora je hlavně od partnera, ale i od rodičů a sourozenců.

Otázka č.6 *Byly vám poskytnuty dostatečné informace o zdravotním stavu vašeho dítěte?*

Myslím, že ano. Lékař mi řekl, že holčička sama dýchá, vyživovaná je sice sondičkou, ale že se nemám bát, prý bude v pořádku.

Otázka č.7 *Byla vám dostatečně vysvětlena a předvedena péče o miminko?*

Také myslím, že asi ano. Nemám s péčí o tak malé miminko žádné zkušenosti. Sestřička mi ukázala jak dceru koupat, jak ji krmit stříkačkou.

Otázka č.8 *Jak péči o miminko zvládáte?*

Začátek byl těžký. Nevěděla jsem, jak s miminkem zacházet, bála jsem se, abych jí neublížila.

Otázka č.9 *Jak se zapojujete do péče o miminko a v jakých oblastech o něj pečujete?*

To víte, po té operaci to bylo těžké. Nemohla jsem ještě pořádně moc chodit a musela jsem za dcerou docházet. Krmila jsem jí, přebalovala, chovala. Chodí za mnou také rehabilitační sestra.

Otázka č.11 *Zapojuje se do péče partner? A jak?*

Když se sem partner dostane během návštěvních hodin, pomáhá mi s přebalováním. Krmení stříkačkou je pro něj náročné. Sedne si na židli, dceru si položí na hrudník, přikryje ji dečkou a chová.

Otázka č. 12 *Jak jste spokojená s péčí o vaše dítě zde na JIP?*

Já jsem s péčí spokojená. Všichni tady jsou vstřícní a velice se snaží vyhovět mým přáním a potřebám.

Souhrn

Mladá maminka Martina si své již druhé těhotenství velmi užívala a se svým přítelem a synem se společně na miminko těšili. Těhotenství zpočátku probíhalo fyziologicky, ale pak nastaly komplikace, pro které musela být hospitalizována a pro patologický nález kardiokografického vyšetření nakonec musel být proveden císařský řez. Bylo pro ni velmi psychicky náročné toto akceptovat a měla vážné obavy o svoji narozenou dceru. Pobyt v nemocnici byl pro ni velkou psychickou zátěží, což překonala za pomoci partnera, rodiny a zdravotnického personálu.

7.3 Rozhovor č. 3

Anamnéza

Paní Pavla, 29 let, gravida 3, para 2, hospitalizovaná na oddělení JIP od 12.3.- 2.den, nekuřačka, pracuje jako dělnice.

Osobní anamnéza: v nynějším těhotenství léčena pro hypertenzi, bere Dopegyt

Rodinná anamnéza: hypertenze u otce

Gynekologická anamnéza: menses od 14-ti let, v roce 2008 zánět vaječníků(ooforitida), porody: 2007-děvče, zdravá, potraty: r.2010 abortus spontaneus v 8.týdnu gravidity.

Narozen chlapec dne 11.2.2012 ve 34. týdnu těhotenství. Porod byl veden císařským řezem. Na JIRP byl hospitalizován 26 dní, poté převezen na JIP. Po porodu vážil 1370g a měřil 36cm. Nyní váží 2090g a měří 45cm. Chlapec je bez závažnějších komplikací, je termolabilní.

Otázka č.1 *Jak probíhalo vaše těhotenství a byly nějaké komplikace?*

Moje těhotenství bylo komplikované. Na začátku jsem trochu krvácela, bylo podezření na hematoma na placentě, ale to se nepotvrdilo. Po dalších kontrolách ultrazvukem mi pan doktor sdělil, že se chlapeček přestal vyvíjet. A proto jsem musela podstoupit císařský řez.

Otázka č.2 *V kolikátém týdnu těhotenství se vám dítě narodilo a jak porod probíhal?*

Udělali mi císařský řez a bylo to ve 34. týdnu.

Otázka č.3 *Jaké jste měla pocity, když jste se dozvěděla, že budete mít předčasně narozené dítě?*

Psychicky jsem na tom nebyla dobře. Když mi sdělili, že se miminko přestalo vyvíjet a musí se udělat císařský řez, brečela jsem. Doktor mě uklidnil, že to všechno dobře dopadne a tak jsem se uklidnila také. Ale když za mnou přišel přítel, brečela jsem znovu.

Otázka č.4 *Co jste cítila po obdržení informace, že miminko bude umístěno na jednotce intenzivní péče?*

Po té operaci jsem ležela 24 hodin na pooperačním oddělení. Ptala jsem se sester, co je s miminkem. Na sále mi ho jen rychle ukázali a zase odnesli, takže jsem nevěděla, kde je a co se s ním děje. Byla jsem z toho vyplašená, než přišel pan doktor a řekl mi, že je miminko v pořádku a je umístěno na jednotce intenzivní péče. Úplně poprvé, když jsem šla za malým nahoru a viděla ho, jak tam v tom inkubátoru leží, tak jsem se trochu lekla. Byl tak malinkatý. V tu chvíli jsem cítila hlavně bezmoc, takový ten pocit, že pro něj nemůžu nic víc udělat. Chtělo se mi brečet. Jediné, co jsem pro něj mohla udělat, bylo být mu na blízku, dát ruce do inkubátoru a hladit ho.

Otázka č.5 *Jak celou situaci psychicky zvládáte a kdo vás psychicky podporuje?*

Mám z toho smíšené pocity. Mění se to ze dne na den. Když mi pan doktor sdělí dobré zprávy, jsem šťastná. Ale bohužel se vyskytnou i ty horší zprávy a ty jsem slyšet nechtěla, jen ty dobré. Psychickou oporou je pro mě můj přítel.

Otázka č.6 *Byly vám poskytnuty dostatečné informace o zdravotním stavu vašeho dítěte?*

Ano. Informace jsme dostali. A to, co jsme chtěli vědět, na to jsme se zeptali. Informovaly nás hlavně sestry, jinak doktor.

Otázka č.7 *Byla vám dostatečně vysvětlena a předvedena péče o miminko?*

Myslím si, že ano. Sestřičky mi všechno ochotně ukázaly a vysvětlily.

Otázka č.8 *Jak péči o miminko zvládáte?*

Péči zvládám celkem dobře. Jediné, co mi vadí, je to, že se ani v noci moc nevyspím, protože se kojí po třech hodinách. A jak syn nechce moc pít, tak ho krmím třeba i třičtvrtě hodiny a to je hrozně unavující.

Otázka č.9 *Jak se zapojujete do péče o miminko a v jakých oblastech o něj pečujete?*

Když byl syn v tom inkubátoru ve čtvrtém patře, musela jsem za ním dojíždět každý den. Mléko jsem odstříkávala, byl krmený sondou. Takže jsem ho jen mohla přebalit a pochovat si ho. Teď, když ho mám u sebe, je to lepší. Mám s ním celodenní kontakt a zvládám přebalování, koupání a s krmením se snažíme. Chodí za námi i rehabilitační sestra, která mi ukázala, jak miminko správně chovat. Aby prý měl takový ten pocit, že je stále ještě v děloze.

Otázka č.10 *Co vám dělá v péči největší problém?*

Máme problém s krmením. Musí přibrat na váze, ale nechce moc pít, hlavně v noci. Zatím pije z láhve, až budu mít povoleno kojení, tak to snad bude lepší.

Otázka č.11 *Zapojuje se do péče partner? A jak?*

Partner se do péče zatím nezapojuje. Přijde se v návštěvních hodinách na miminko jen podívat. Trochu se i bojí, možná se i před sestřičkami stydí, nechtěl si ho zatím ani pochovat.

Otázka č. 12 *Jak jste spokojená s péčí o vaše dítě zde na JIP?*

S péčí jsem spokojená. Na JIP byl velmi dobrý přístup sestřiček a tady na oddělení jsem taky celkem spokojená, i když dnes sestřičky neměly asi moc času, protože jsem za nimi musela stále chodit s nějakou prosbou.

Souhrn

Těhotenství paní Pavly již od začátku probíhalo komplikovaně, příčina ale zjištěna nebyla. Lékaři se nakonec rozhodli její těhotenství ukončit císařským řezem, neboť se obávali o zdraví miminka na základě provedeného ultrazvukového vyšetření. V paní Pavle tato zpráva vyvolala obrovské emoce, které zvládla po uklidňujících slovech lékaře a také za přispění svého partnera. Narodil se chlapeček s nízkou porodní hmotností, o které se s menšími problémy stará, ale je to pro ni dosti vyčerpávající.

7.4 Rozhovor č. 4

Anamnéza

Paní Markéta, 29 let, gravida 1, para 1, hospitalizovaná na oddělení JIP 1 týden, nekuřačka, pracuje jako zapisovatelka u soudu.

Osobní anamnéza: hypertenze

Rodinná anamnéza: otec i matka hypertenze

Gynekologická anamnéza: menses od 13-ti let, porody: 0, potraty: 0

Narozena holčička dne 29.2.2012 v gestačním týdnu 34+3. Porod byl veden císařským řezem. Po porodu vážila 1820g a měřila 44cm. Nyní váží 2150g a měří 46cm. Je termolabilní.

Otázka č.1 *Jak probíhalo vaše těhotenství a byly nějaké komplikace?*

Asi tak do poloviny těhotenství to bylo v pořádku, pak jsem měla problémy se žlučníkem, ale nevědělo se z čeho. Jelikož jsem měla v těhotenství vysoký tlak, musela jsem být hospitalizovaná na rizikovém oddělení. Pak přišli na to, že mi špatně funguje placenta a dcera je nedostatečně vyživovaná. A proto se muselo těhotenství ukončit.

Otázka č.2 *V kolikátém týdnu těhotenství se vám dítě narodilo a jak porod probíhal?*

Byl mi udělán ten císařský řez a bylo to ve 35. týdnu.

Otázka č.3 *Jaké jste měla pocity, když jste se dozvěděla, že budete mít předčasně narozené dítě?*

Tak v první chvíli pocity nic moc, byla jsem taková vyplašená, rozhozená.

Otázka č.4 *Co jste cítila po obdržení informace, že miminko bude umístěno na jednotce intenzivní péče?*

Jelikož je to moje první dítě, cítila jsem obavy. Nevěděla jsem, jestli bude v pořádku.

Otázka č.5 *Jak celou situaci psychicky zvládáte a kdo vás psychicky podporuje?*

Psychicky je to pro mě velmi náročné, ale celá rodina i přítel mě podporují.

Otázka č.6 *Byly vám poskytnuty dostatečné informace o zdravotním stavu vašeho dítěte?*

Asi ano. Doktor mi vysvětlil, proč musí být malá v inkubátoru a jak o ni bude pečováno.

Otázka č.7 *Byla vám dostatečně vysvětlena a předvedena péče o miminko?*

Jelikož je to moje první dítě a navíc tak malé, musely mě sestry naučit, jak o něj pečovat.

Otázka č.8 *Jak péči o miminko zvládáte?*

Zpočátku mi některé věci dělaly problémy, ale teď už mám vše natrénované. Docházela za mnou i rehabilitační sestra, která mi ukázala, jak mám malou chovat.

Otázka č.9 *Jak se zapojujete do péče o miminko a v jakých oblastech o něj pečujete?*

Dceru koupu každý druhý den, přebaluji, měřím jí teplotu, krmím po třech hodinách. A chodí sem i rehabilitační sestra a ukazuje, jak miminko chovat.

Otázka č. 10 *Co vám dělá v péči největší problém?*

Bojujeme s krmením, malá nechce moc pít. Jinak žádný problém není.

Otázka č.11 *Zapojuje se do péče partner? A jak?*

Ano. Pomáhá mi s koupáním a krmením.

Otázka č. 12 *Jak jste spokojená s péčí o vaše dítě zde na JIP?*

Přístup je individuální, lékaři mají dobrý přístup, sestry jak která.

Souhrn

Paní Markéta se jako prvorodička na své miminko těšila společně se svým přítelem. Její těhotenství však bylo již od počátku rizikové, z důvodu jejího vysokého krevního tlaku. K tomu se navíc přidružily i další komplikace, a proto muselo být těhotenství ukončeno císařským řezem. Není divu, že paní Markéta situaci nesla velmi těžce. Narodila se jí holčička s nízkou porodní hmotností, o kterou nyní pečuje za pomoci partnera.

7.5 Rozhovor č. 5

Anamnéza

Paní Petra, 33 let, gravida 2, para 2, hospitalizována na oddělení JIP 25.den, nekuřačka, pracuje jako referentka.

Osobní anamnéza: bezvýznamná

Rodinná anamnéza: otec-cukrovka, tchán-kardiomyopatie, hypertenze, DNA, cukrovka, matka-po operaci štítné žlázy

Gynekologická anamnéza: menses od 14-ti let, porody: 2002- chlapec, zdrav, potraty: žádné

Narozen chlapec dne 13.2.2012 ve 40.týdnu těhotenství. Po porodu vážil 3900g a měřil 52cm. Nyní váží 4200g a měří 54cm. Komplikací po porodu bylo zrychlené dýchání, nedostatečné okysličení a plicní infekce.

Otázka č.1 *Jak probíhalo vaše těhotenství a byly nějaké komplikace?*

Ne, komplikace žádné nebyly, těhotenství probíhalo úplně bez problémů.

Otázka č.2 *V kolikátém týdnu těhotenství se vám dítě narodilo a jak porod probíhal?*

Tak miminko se narodilo normálně ve 40.týdnu, váha i míra byly v pořádku. Jen porod byl trochu komplikovaný, byl totiž překotný a syn se při něm napil plodové vody. Rodila jsem v nemocnici v Klatovech. Syn měl po porodu zrychlené dýchání a nedostatečně se okysličoval. Udělali mu rentgen plic a zjistili, že má nějakou plicní infekci. Dostal antibiotika a poté byl převezen sem do Plzně, kde mu poskytl lepší péči.

Otázka č.3 *Co jste cítila po obdržení informace, že miminko bude umístěno na jednotce intenzivní péče?*

Měla jsem obavy, zda bude dítě v pořádku.

Otázka č.4 *Jak celou situaci psychicky zvládáte a kdo vás psychicky podporuje?*

Z počátku jsem měla velký strach, ale po delším pobytu zde v nemocnici se již cítím lépe. Víím, že je tady o nás dobře postaráno. A navíc mám podporu od rodiny.

Otázka č.5 *Byly vám poskytnuty dostatečné informace o zdravotním stavu vašeho dítěte?*

Myslím, že ano. Řekli mi, že malý bude umístěn v inkubátoru a bude mu podáván kyslík. Všechny moje dotazy mi pan doktor zodpověděl.

Otázka č.6 *Byla vám dostatečně vysvětlena a předvedena péče o miminko?*

Byla, ale jelikož je to moje druhé dítě a je donošené, tak jsem většinou radit nepotřebovala.

Otázka č.8 *Jak péči o miminko zvládáte?*

Teď, když už malý není v inkubátoru a nepotřebuje kyslík, péče mi nedělá problémy.

Otázka č.9 *Co vám dělá v péči největší problém?*

S péčí nemám žádné problémy. Ale i tak sem chodí rehabilitační sestra.

Otázka č.10 *Jak jste spokojená s péčí o vaše dítě zde na JIP?*

Jsem velmi spokojená, péče v Klatovech se zdejší péčí není srovnatelná.

Souhrn

Těhotenství maminky Petry bylo od začátku do konce fyziologické a během něho nenastaly žádné komplikace. Ty se vyskytly až po překotném porodu, kdy se jí narodil chlapeček, sice s normální porodní hmotností, ale který měl problémy s dýcháním a dokonce plicní infekci. Proto byl z důvodu zajištění kvalitnější péče převezen z klatovské nemocnice do Fakultní nemocnice v Plzni. Paní Petra v současné době nemusí mít obavy o svého syna, který již nepotřebuje žádnou další speciální péči.

8 DISKUZE

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma Péče o nedonošeného novorozence a vytýčila čtyři cíle, které se budu snažit podrobněji rozebrat, a to jak z pohledu matek, tak z pohledu mého a zároveň se pokusím zde nastínit mé vlastní postřehy a případné návrhy pro zlepšení v praxi.

Prvním cílem jsem chtěla zjistit, jak matky hospitalizované na JIP zvládaly péči o předčasně narozené dítě, v jakých oblastech o něj pečovaly, nakolik se do péče aktivně zapojily a zda se také zapojují jejich partneři. Každý nedonošený novorozenec nebo novorozenec s určitými komplikacemi je po porodu odvezen na oddělení JIP/JIRP. Musí být umístěn do inkubátoru, kde pobývá i několik měsíců. Tam jsou zajištěny základní životní funkce a simulace intrauterinního prostředí. Z toho vyplývá, že při dlouhodobém pobytu dítěte v inkubátoru je ze strany matky značně omezen její kontakt s dítětem i péče o něho. Ta je zúžena pouze na navštěvování dítěte, jeho krmení doneseným odstříkaným mateřským mlékem pomocí nazogastrické sondy nebo injekční stříkačky, přebalování, měření TT a klokánkování. Klokánkování je velmi důležitý fyzický kontakt, jak pro matku, tak i pro dítě, které mezi nimi vytváří silnější pouto a má velice příznivý vliv na psychický a fyzický stav novorozence. Tuto metodu si dotazované matky velice pochvalovaly. Po zlepšení stavu je novorozenec z inkubátoru přemístěn do vyhřívaného boxu na pokoj, kde je společně s matkou. To umožní již její celodenní kontakt s ním, s větším rozsahem péče. Zároveň k nim na pokoj dochází rehabilitační sestra, která je učí správné technice klokánkování. Tento okamžik byl pro matky zlomový, neboť došlo k výraznému zlepšení jejich psychického stavu. A nyní zbývá objasnit poslední otázku tohoto cíle. Co partneři? Zapojovali se do péče? Při provádění této analýzy jsem zjistila, že se nezapojili pouze dva partneři, a to z důvodu buď obav, že miminku mohou svoji nezkušeností ublížit, a nebo z důvodu studu před zdravotnickým personálem. Je nutné konstatovat a je logicky zřejmé, že ve Fakultní nemocnici v Plzni je chod JIP/JIRP oddělení pevně daný svým zavedeným režimovým systémem, a tak péče o novorozence je až na malé odchylky, pro všechny matky stejná. Z mého zjištění je zřejmé, že všechny mnou dotazované matky se určitým způsobem zapojily do péče o své narozené děti. Intenzita jejich péče se odvíjela od individuálního zdravotního stavu dítěte a také od jejich zdravotního stavu, neboť samozřejmě ty, které

musely podstoupit císařský řez, byly po určitou dobu omezeny bolestí a sníženou pohyblivostí.

Druhým cílem této práce bylo zaměření se na pocity matek před a po porodu a na jejich psychickou podporu. Pocity matek, které se dozvěděly, že budou mít předčasně narozené dítě byly podobné či prakticky stejné. Když jim lékař tuto informaci sdělil, většina z nich prožívala šok a nechtěla této skutečnosti uvěřit nebo se jí snažila popírat. Výjimkou byla paní Iveta, která již zkušenost s předčasným porodem měla, a proto ji tato informace nezaskočila. Ona totiž předpokládala, že k předčasnému porodu pravděpodobně dojde a tak na to byla psychicky připravena a byla odhodlána se vzniklou situací se „poprat“. A proto mě také její příběh nejvíce zaujal, a to pro její houževnatost a snahu svoji situaci aktivně řešit. Jako i v předchozích dvou těhotenstvích, měla i teď inkompetenci děložního hrdla a neměla záruku, že dítě donosí, ale přesto se rozhodla, že to zkusí, i přes nedůvěru svojí maminky a také svého doktora, který se přikláněl pouze k provedení cerclage. Přesto to riskla. V mých očích to byla bojovnice ! V další části bych se chtěla zaměřit na pocity matek po porodu. Ze získaných rozhovorů vyplývá, že záleží na tom, jestli byl porod spontánní nebo byl veden císařským řezem. Po porodu císařským řezem byly totiž matky na určitou dobu odloučeny od svých dětí a většina z nich nevěděla, kde se děti nachází a zda jsou v pořádku. A to je po psychické stránce hodně ovlivnilo. Pouze paní Petra byla klidná, protože porodila fyziologicky v termínu porodu. Jaký závěr z toho vyplývá? Nutné je zdůraznit, jak velice důležité je ze strany zdravotnického personálu podávat matkám co nejdříve a co nejčastěji informace o zdravotním stavu dětí, sníží to totiž jejich stres a psychickou zátěž. Ještě mám jeden postřeh v souvislosti s umístěním dětí v inkubátoru. Je to sice nutnost, ale pro matku určitá bezmocnost, když tam vidí své dítě ležet a ví, že jako máma pro něj může udělat tak málo a jen čekat, že se jeho situace bude vyvíjet příznivě. Paní Pavla dokonce ani nechtěla později slyšet špatné zprávy o zdravotním stavu svého dítěte, ale jen a jen ty dobré. Nelze opominout, že nepochybně velkou roli hraje také nemocniční prostředí, ve kterém matky pobývají. Pobyt v nemocnici sám o sobě doprovází mnoho stresujících faktorů. Jedná se hlavně o cizí prostředí a o délku hospitalizace, se kterou se matky někdy těžko vyrovnávají. To bylo např. v případě slečny Martiny, která musela na jeden víkend odjet domů, neboť to psychicky nezvládala a potřebovala podporu rodiny. Všechny matky prožívají beze sporu velké emoce před předčasným porodem, a také následně po něm, které je nutné zvládat vždy s nějakou psychickou. A od koho bývá podpora nejčastější? Tu dostávají matky buď od

rodiny nebo od partnera. Jelikož na oddělení JIP může pouze partner, je to právě on, který matku nejvíce „podrží“. Je však škoda, že na toto oddělení nemá přístup také někdo z rodiny, především matka matky dítěte, která většinou bývá pro ni nejbližší osobou. Na druhou stranu je to ale pochopitelné, neboť oddělení JIP je režimovým pracovištěm a je nutno eliminovat výskyt nozokomiální infekce, která by mohla zdravotní stav dítěte zhoršit.

Jaké byly problémy a komplikace nedonošených dětí u sledovaných matek? To jsem se snažila zjistit v mém třetím cíli. Všechny nedonošené děti měly nízkou porodní hmotnost a nedostatek podkožního tuku, proto u nich docházelo k problémům s termoregulací a musely být umístěny v inkubátoru. Právě tato porucha termoregulace je nejčastějším problémem nedonošených dětí. Dalším častým problémem u nich je příjem výživy. Ta musí být nedonošeným novorozencům podávána nazogastrickou sondou nebo alternativními způsoby pomocí injekční stříkačky. Z počátku byla všechna miminka krmena sondou, poté začala slečna Martina krmit stříkačkou a paní Pavla s paní Markétou lahví. Pouze paní Petra již přešla na kojení. Množství komplikací po předčasném porodu závisí především na gestačním týdnu gravidity. Čím je tento týden menší a miminko má nižší porodní hmotnost, tím závažnější komplikace bývají. Komplikace se však vyskytují také při fyziologickém porodu, důkazem toho je paní Petra, kdy u ní po překotném porodu mělo miminko dechové potíže, které vyústily v plicní infekci. Z předčasně narozených dětí mělo komplikaci pouze jediné miminko paní Ivety, jednalo se o novorozeneckou žloutenku.

V posledním cíli bych chtěla zhodnotit, jak byly matky spokojeny se zdejší péčí o své dítě. Všechny dotazované maminky uvedly, že byly s péčí celkově spokojeny. Pouze paní Pavla si v den našeho rozhovoru posteskla, že sestřičky asi neměly moc času a musela se na ně opakovaně obracet se svými prosbami. Myslím si, že zdravotnický personál se maximálně snaží a volí individuální přístup ke každé matce. Velice záleží na tom, jaký lékař či sestra má právě službu. Většina sester je ochotná a nedělá jim problém v co největší míře vyhovět matkám v jejich požadavcích. Ale najdou se i takové, které svoji práci neberou jako poslání, ale pouze jako povinnost. Svoji roli také hraje pracovní vytížení sester při téměř plně obsazeném oddělení. Za běžného provozu mají sestry tak maximálně čas zodpovědět matkám jejich dotazy a nemají tolik času se jim věnovat více a opakovaně, neboť musí plnit ordinace lékaře a běžně plnit každodenní rutinní činnosti. Možná by nebylo od věci, aby byla na oddělení JIP k dispozici vyčleněná sestra, která by obcházela dopoledne oddělení a věnovala se

každé ženě individuálně, bez časového omezení a současně působila jako psychologická konzultantka. Jsem si ale vědoma, že toto by bylo asi problematické zrealizovat z hlediska současných ekonomických problémů a tím pádem i menšího rozpočtu této nemocnice.

ZÁVĚR

V teoretické části této práce se v první kapitole zabývám novorozencem a jeho klasifikací. Druhou kapitolu jsem věnovala nedonošenému novorozenci, kde se snažím popsat předčasný porod, jeho příčiny, diagnostiku, terapii a jeho vedení. V následující kapitole se věnuji problémům a komplikacím nedonošených dětí. Ve čtvrté kapitole se zabývám péčí o nedonošené děti, kde popisuji předporodní a poporodní péči, především péči na oddělení JIP. Poslední část je věnována kapitole o propuštění dítěte do domácí péče.

Zvolila jsem si metodu kvalitativního průzkumu. Šetření bylo provedeno pomocí strukturovaných rozhovorů. Myslím si, že vytyčené cíle v praktické části se mi podařilo splnit. Získané informace z rozhovorů se všemi dotazovanými matkami byly pro mne určitým přínosem, jak z hlediska odborného, tak i psychologického.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, *Rodička a novorozenec 2010*. [online]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
2. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK Ivo, a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 403 s. ISBN: 978-80-7013-447-4.
3. SEDLÁŘOVÁ, Petra, a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 248s. ISBN 978-80-247-1613-8
4. HÁJEK, Zdeněk, a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 444s. ISBN 80-247-0418-8
5. ČECH, Evžen, a kol. *Porodnictví*. 2. přep. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 544 + 2s. ISBN 80-247-1313-9
6. GABBE, Steven G., NIEBYL, Jennifer, R., SIMPSON, Joe ,Leigh, *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 1. Title. , 2007, ISBN 978-0-443-06930-7
7. BOREK, Ivo, a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. dopl. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 328s. ISBN 80-7013-338-4
8. LEIFER, Gloria, Thompson's Introduction to Maternity and Pediatric Nursing. Přel. Ota Flégr. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 + 5 s. ISBN: 80-247-0668-7.
9. DOKOUPILOVÁ, Milena, a kol. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 320s. ISBN 978-80-7367-552-3
10. PEYCHL, Ivan, *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, ISBN 80- 7262-283-8

11. KOBILKOVÁ, Jitka, et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X

12. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192s. ISBN 978-80-247-3940-3

13. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vyd. Brno, 2004, 87s. ISBN 80-7013-405-4

14. DORT, Jiří, a kol. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. Plzeň, 2011, 238s. ISBN 978-80-7043-944-9

15. KLÍMA, Jiří, a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha, 2003, ISBN 80-86432-38-6

16. MĚCHUROVÁ, A., ROKYTOVÁ, V., *Doporučené postupy v perinatologii*. [online]. Poslední revize březen 2007. [cit. 2012 – 01 - 17]. Dostupné na: <http://www.perinatologie.cz>

17. ŠTĚDROVSKÁ, Kateřina, KŘÍŽANOVÁ, Ilona, PULKRABOVÁ, Veronika, *Ošetrovatelská péče o extrémně nezralého novorozence*. *Sestra: Odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: Sanoma Magazines Praha s.r.o. ISSN: 1210-0404. 2004, r. 14, č. 6.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

JIP – jednotka intenzivní péče

JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

ROP – (retinopathy of prematurity) – retinopatie nedonošených

BDP – bronchopulmonální dysplazie

KMC – (kangaroo mother race) - klokánkování

STD – (sexually transmitted disease) – sexuálně přenosná choroba

GIT – gastrointestinální trakt

NEC – nekrotizující enterokolitida

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

g – gram

cm – centimetr

mm – milimetr

ml – mililitr

kg – kilogram

event. – eventuelně

ČR – Česká republika

ELBW (Extremely Low Birth Weight) - extrémně nezralý novorozenec

VLBW (Very Low Birth Weight) - Velmi nezralý novorozenec

CPAP – (Continuous Positive Airway Pressure) – režim mechanické

ventilace udržující pozitivní tlak v dýchacích cestách

SEZNAM PŘÍLOH




































Příloha 1 - Skóre podle Ballarda: hodnocení neuromuskulární zralosti

Příloha 2 - Skóre podle Ballarda: somatická kritéria zralosti

Příloha 3 - Určení gestačního věku součtem bodů somatické a neuromuskulární zralosti

Příloha 4 – Otázky pro rozhovor

Příloha 1. Skóre podle Ballarda: hodnocení neuromuskulární zralosti

Body	-1	0	1	2	3	4	5
Držení těla ležícího novorozence							
Úhel pasivního ohybu ruky	 > 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Zpětný návrat paží		 180°	 140°	 110°-140°	 90°-110°	 < 90°	
Kolenní úhel při pasivním ohýbání DK	 180°	 160°	 140°	 120°	 110°	 90°	 < 90°
Vyšetření HK „do polohy šály“							
Vyšetření „pata-ucho“							

Příloha 2. Skóre podle Ballarda: somatická kritéria zralosti

	-1	0	1	2	3	4	5
kůže	při doteku lepivá, transparentní	podobná želatině, méně transparentní	hladká, růžová, viditelné cévy	povrchové olupování a/nebo exantém, málo věn	trhliny, bledé okrsky, téměř bez věn	vzhled pergamenu, hluboké trhliny, bez cév	kožovitá, trhliny, vrásčitá
lanugo	nepřítomno	málo	dostatečně přítomno	již méně	holá místa	především holá místa	
plosky	pata-palec: 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm bez plantárních rýh	jemné červené proužky	jen příčná přední rýha	rýhy na předních 2/3 plosky	rýhy na celé plosce	
prsa	nezřetelná	téměř nezřetelná	plochá areola, bez bradavky	tečkovaná areola, 1-2 mm bradavka	vyvýšená areola, 3-4 mm bradavka	plná areola, 5-10 mm prsní žláza	
oko - ucho	víčka srostlá lehce: -1 pevně -2	víčka otevřená, boltec plochý, zůstává srolován	lehce zahnutý boltec, měkký, pomalu se rozvíjí	dobře tvarovaný boltec, měkký, ale rychle se rozvíjí do správné polohy	boltec vytvořen pevný, s okamžitým návratem	silná chrupavka	
mužský genitál	skrotum ploché, měkké	skrotum prázdné, mírné rýhování	varlata v horní části tříselného kanálu ojedinělé rýhování	sestouplá varlata, málo rýh na skrotu	sestouplá varlata, dobré vrásnění	varlata pendlující, hluboké rýhy	
ženský genitál	prominující klitoris, plochá labia	prominující klitoris, malá labia minora	prominující klitoris, zvětšující se labia minora	velká a malá labia přecházejí	labia majora velká, labia minora malá	labia majora překrývají klitoris a labia minora	

Příloha 3. Určení gestačního věku součtem bodů somatické a neuromuskulární zralosti

Body	Týdny
-10	20
- 5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Příloha 4. Otázky pro rozhovor

Otázka č.1 *Jak probíhalo vaše těhotenství a byly nějaké komplikace?*

Otázka č.2 *V kolikátém týdnu těhotenství se vám dítě narodilo a jak porod probíhal?*

Otázka č.3 *Jaké jste měla pocity, když jste se dozvěděla, že budete mít předčasně narozené dítě?*

Otázka č.4 *Co jste cítila po obdržení informace, že miminko bude umístěno na jednotce intenzivní péče?*

Otázka č.5 *Jak celou situaci psychicky zvládáte a kdo vás psychicky podporuje?*

Otázka č.6 *Byly vám poskytnuty dostatečné informace o zdravotním stavu vašeho dítěte?*

Otázka č.7 *Byla vám dostatečně vysvětlena a předvedena péče o miminko?*

Otázka č.8 *Jak péči o miminko zvládáte?*

Otázka č.9 *Jak se zapojujete do péče o miminko a v jakých oblastech o něj pečujete?*

Otázka č.10 *Co vám dělá v péči největší problém?*

Otázka č.11 *Zapojuje se do péče partner? A jak?*

Otázka č.12 *Jak jste spokojená s péčí o vaše dítě zde na JIP?*