

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Kateřina Grohmannová, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Kateřina Grohmannová, DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPOLUPRÁCE S MATKOU JAKO SOUČÁST
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEZRALÉHO
NOVOROZENCE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Burešová

Plzeň 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 16.3.2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Jitce Burešové za laskavé vedení bakalářské práce, za veškerou podporu a cenné připomínky.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Grohmannová Kateřina, DiS.

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Spolupráce s matkou jako součást ošetřovatelské péče o nezralého novorozence

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Burešová

Počet stran: číslované 72, nečíslované 23

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: bonding, edukace, laktace, matka, neonatologie, nezralý novorozenec, pozitivní doteky, předčasný porod

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá tématem spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků pečujících o předčasně narozené novorozence s jejich matkami. Spolupráce s rodiči je dnes považována za nedílnou součást ošetřovatelské péče v neonatologii.

V teoretické části práce je shrnuta klasifikace novorozenců a základní ošetřovatelské problémy, se kterými se lze setkat v péči o předčasně narozené děti. Dále je zde popsán význam zapojení rodičů do péče o novorozence s důrazem na podporu vzniku a vývoje vztahu mezi matkou a dítětem, který může být po předčasném porodu ohrožen. V teoretické části jsou také popsány jednotlivé činnosti, kterými se může matka zapojit do péče své dítě. Pozornost je věnována také edukační činnosti sester.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření na téma týkající se kvality podávaných informací nelékařskými zdravotnickými pracovníky matkám na Neonatologickém oddělení - Jednotce intenzivní a resuscitační péče ve Fakultní nemocnici v Plzni. Na základě výsledků praktické části byla vytvořena edukační brožura určená matkám předčasně narozených dětí.

ANNOTATION

Surname and name: Grohmannová Kateřina, DiS.

Department: Department of Nursing Care and Delivery Assistance

Title of thesis: Cooperation with mother as a part of nursing care of immature neonate

Supervisor: Mgr. Jitka Burešová

Number of pages: number 72, unnumber 23

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 25

Key words: bonding, education, lactation, mother, neonatology, immature newborn infant, positive touch, preterm birth

Summary:

This Bachelor thesis deals with the cooperation between the non-medical healthcare professionals, tending the premature newborn infants, and the mothers. The joint care is today considered an integral part of nursing in the field of neonatology.

The theoretical part of the thesis sums up the classification of the newborn infants and the basic nursing problems, which can be encountered when tending the premature newborns. It further describes the importance of involving the infants' parents in the care, emphasizing the benefits for the formation and development of the relationship between a mother and her child, which might be affected by the preterm birth. The theoretical part also describes individual activities, with which a mother can participate in the nursing care. Attention is drawn to the education of the nursing staff, too.

The practical part contains a research focusing on the quality of information given by the non-medical healthcare professionals to the mothers in the neonatology department – Neonatal Intensive Care Unit in the Teaching Hospital in Pilsen. An educational brochure has been created for the mothers of the premature newborns, based on the results of the practical part of the thesis.

OBSAH

ÚVOD.....	- 10 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 12 -
1 NEONATOLOGIE JAKO OBOR.....	- 12 -
1.1 Historie neonatologie.....	- 12 -
1.2 Třístupňový regionální systém v péči o matku a novorozence	- 13 -
1.3 Etické problémy neonatologie	- 13 -
1.4 Klasifikace novorozenců	- 14 -
2 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE V PÉČI O NEZRALÉHO NOVOROZENCE.....	- 16 -
2.1 Podpora dýchání	- 16 -
2.2 Termomanagement	- 16 -
2.3 Zajištění vhodné výživy a hydratace	- 17 -
2.4 Prevence rozvoje infekce.....	- 18 -
2.5 Péče o kůži.....	- 19 -
2.6 Hyperbilirubinémie.....	- 19 -
2.7 Šetření energie dítěte a zajištění vhodného prostředí	- 20 -
2.7.1 Zajištění komfortního prostředí.....	- 20 -
2.7.2 Možnosti stimulace nezralého novorozence.....	- 20 -
2.7.3 Polohování novorozenců	- 21 -
2.7.4 Klokánkování	- 22 -
2.8 Spolupráce s rodiči	- 22 -
3 SPOLUPRÁCE S MATKOU V PÉČI O NEZRALÉHO NOVOROZENCE	- 23 -
3.1 Podpora tvorby vztahu mezi novorozencem a rodiči	- 23 -
3.2 Komunikace s rodiči.....	- 25 -
3.3 Neverbální komunikace s novorozencem.....	- 26 -
3.3.1 Dotyky a hlazení, první kontakt s nedonošeným novorozencem	- 26 -
3.3.2 Klokánkování - kangaroo mother care	- 27 -
3.3.3 Motýlí masáže	- 27 -
3.4 Individuální vývojově zaměřená péče o novorozence.....	- 27 -
3.5 Podpora rozvoje laktace a odstříkávání mateřského mléka.....	- 29 -
3.5.1 Význam vlastního mateřského mléka.....	- 29 -
3.5.2 Body edukace v oblasti podpory laktace a odstříkávání mateřského mléka ..	- 30 -
3.6 Podpora kojení nedonošených novorozenců	- 31 -

3.6.1 Podávání enterální výživy nedonošeným novorozencům	31 -
3.6.2 Kojení nedonošených novorozenců.....	32 -
3.6.3 Body edukace v oblasti kojení.....	32 -
3.7 Podpora v oblasti péče o dítě.....	32 -
3.7.1 Body edukace v oblasti péče o dítě	33 -
3.8 Orální a orofaciální stimulace.....	33 -
3.8.1 Metoda orální stimulace vycházející z bazální stimulace	33 -
3.8.2 Orofaciální stimulace podle C. Moralese	34 -
3.8.3 Body edukace v oblasti orální a orofaciální stimulace	34 -
3.9 Polohování a manipulace s nedonošeným novorozencem	35 -
3.9.1 Body edukace v oblasti polohování a manipulace s dítětem	36 -
PRAKTICKÁ ČÁST	37 -
4 FORMULACE PROBLÉMU.....	37 -
5 STANOVENÍ CÍLE	38 -
5.1 Hlavní cíl	38 -
5.2 Dílčí cíle	38 -
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39 -
7 VZOREK RESPONDENTŮ	40 -
8 METODIKA VÝZKUMU	41 -
9 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	42 -
9.1 Rozhovor 1	42 -
9.2 Rozhovor 2	46 -
9.3 Rozhovor 3	50 -
8.4 Rozhovor 4	54 -
8.5 Rozhovor 5	57 -
8.6 Rozhovor 6	61 -
9 DISKUSE	66 -
ZÁVĚR.....	72 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Neonatologie je medicínský obor pečující o fyziologické a patologické novorozence. Do skupiny patologických novorozenců patří donošení novorozenci s porušenou poporodní adaptací a dále pak široká skupina nedonošených novorozenců, kteří se narodí před ukončeným 38. týdnem gestace. Péče o novorozence je v České republice organizována do několika stupňů a nejvíce odbornou a intenzivní péči poskytuje dvanáct perinatologických center. V Plzeňském kraji se nachází perinatologické centrum ve Fakultní nemocnici Plzeň. Zahrnuje Oddělení pro patologická a riziková těhotenství, kde se pečuje o budoucí matky. O novorozence se následně pečuje na Jednotce intenzivní a resuscitační péče, Jednotce intenzivní péče, Úseku fyziologických novorozenců a v Centru vývojové péče. Neonatologické oddělení se před několika lety přestěhovalo do nových prostor. Díky tomu je pracoviště vybaveno moderní technikou a spojením s Gynekologicko–porodnickou klinikou došlo k výraznému zkvalitnění péče o novorozence. Dříve byla obě pracoviště oddělena a umístěna v objektech v různých částech města. Porodnice v objektu na Slovanech a JIRP ve FN na Borech. Novorozenci se bezprostředně po porodu transportovali sanitou na oddělení JIRP, což pro ně představovalo velkou zátěž. Matky mohly své děti vidět až třetí den, někdy i za delší dobu. Dnes, když jsou obě pracoviště v jedné budově, odpadá traumatizující nutnost transportu. Také první setkání rodičů s dítětem může proběhnout velmi brzy po porodu. K prvnímu kontaktu matek s dětmi dochází, jakmile je žena dostatečně zotavená po porodu. Většinou to bývá šest hodin po porodu nebo druhý den po operativních porodech. Tato skutečnost je velmi pozitivní nejen pro tvorbu vztahu mezi matkou a novorozencem, ale má obrovský význam i pro rozvoj laktace.

Narození dítěte je pro většinu rodičů významná a radostná událost, obrovská změna v jejich životě. Mění se jejich životní hodnoty, způsob dosavadního života. Předčasný porod znamená pro celou rodinu obrovský stres. V prožívání rodičů se objevují negativní emoce – strach, úzkost, výčitky, obavy. Kolektiv neonatologického oddělení je připraven léčit a ošetřovat novorozence s různými diagnózami všech váhových skupin. Z mého pohledu je velmi důležité pečovat též o novopečené rodiče. Je důležité pomoci jim překonat strach a naučit je porozumět reakcím jejich dítěte. Významná je i pomoc v oblasti tvorby kvalitního vztahu s novým členem rodiny, protože přirozený proces, který normálně probíhá mezi matkou a novorozencem v prvních dnech po porodu, je narušen nucenou separací. Dítě je hospitalizováno na JIRP, připojeno na různé přístroje, monitory a rodiče

nemohou udělat tu nejpřirozenější věc na světě - vzít ho do náruče a pochovat. Lékaři jim sdělí informace o zdravotním stavu dítěte. Nezasťirají, že nedonošenost je spojena s řadou komplikací, které v průběhu většinou několikaměsíční hospitalizace mohou nastat. Rodiče musí bojovat s obrovským strachem, zda jejich dítě vůbec přežije.

Dalo by se říct, že v intenzivní péči není pro spolupráci s rodiči místo a v nedávné minulosti tomu skutečně tak bylo. Dnes je snahou od prvního dne umožnit rodičům kontakt s novorozencem a zapojit je do ošetrovatelské péče. Spojit psychicky i fyzicky náročnou péči o novorozence s podporou a pomocí rodičům.

Ve své práci bych chtěla nastínit některé možnosti zapojení matky do péče o předčasně narozené dítě a ráda bych zúročila několikaleté zkušenosti získané prací na neonatologické JIRP. Práce by pak mohla být použita jako edukační materiál pro nově nastupující kolegyně, které kromě vysoce specializované práce na JIRP musí zvládnout i komunikovat a spolupracovat s rodiči. Musí umět matku správně edukovat v základních bodech péče o dítě. Práce na JIRP je pro zdravotnický personál psychicky a fyzicky velmi náročná. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že někdy nevěnujeme matkám našich pacientů takovou pozornost a péči, jaká by se patřila. I když se situace za poslední léta určitě hodně zlepšila, pořád vidím určité možnosti, jak zlepšit komunikaci mezi zdravotníky a rodiči a zároveň rozvíjet způsob edukace rodičů v oblasti ošetrovatelské péče o nedonošeného novorozence. Ve své práci často zmiňuji situaci na našem pracovišti, protože při popisu činností jsem vycházela i z manuálních postupů platných pro neonatologickou JIRP FN Plzeň.

Druhá část práce je zaměřená na zjištění kvality v oblasti poskytování informací matkám ze strany nelékařských zdravotnických pracovníků. Bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření s cílem zjistit, zda jsou informace o možnostech spolupráce v ošetrovatelské péči dostačující, srozumitelné a jednotné. Výstupem pro praxi bude ucelený písemný edukační materiál pro matky, který podle mého názoru na našem oddělení chybí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEONATOLOGIE JAKO OBOR

Neonatologie je medicínský obor zabývající se péčí o novorozence. Cílem tohoto oboru je zajištění dobré poporodní adaptace fyziologických novorozenců, dále pak péče o nedonošené novorozence, děti s vrozenými vývojovými vadami, s poruchami dýchání, s infekčním onemocněním apod. Je to velmi mladý obor, který se vyčlenil teprve v 50. letech 20. století z pediatrie a neustále se vyvíjí. (Dort, 2011)

1.1 Historie neonatologie

Pokusy o záchranu nedonošených novorozenců se prováděly už v 19. století, ale názory na záchranu těchto dětí mezi odborníky byly různé. Někteří lékaři prosazovali teorii „přirozeného výběru“ a považovali jakoukoliv léčbu těchto dětí za zbytečnou. Jiní se naopak o záchranu snažili. Mezi první metody v péči o nedonošené děti patřilo zajištění tepelného komfortu a podávání výživy nasogastrickou sondou. První inkubátor, jako hlavní pomůcka v péči o nezralé novorozence, byl zřejmě vyroben v Rusku ve 40. letech 19. století. První zpráva o použití inkubátoru pro předčasně narozeného novorozence se datuje k roku 1857.

Teprve v 50 letech minulého století vznikají ve světě oddělení zajišťující péči o nezralé děti s cílem snižovat jejich úmrtnost. V ČR se o ně nejprve pečovalo v rámci kojeneckých oddělení, později vznikala samostatná novorozenecká oddělení. V následujících letech docházelo k obrovskému rozvoji péče, zavádění nových postupů a technik. Vyvíjela se kyslíková léčba a metody umělé plicní ventilace. Díky tomuto vývoji se péče o nezralé děti stala velmi intenzivní a agresivní. Byla přetechnizovaná. Skutečně se snížila novorozenecká úmrtnost, ale zvýšil se rozvoj komplikací léčby, např. iatrogenní poškození plic nebo sítnice. (Dort, 2011, Fendrychová, 2011)

V 90. letech se začal měnit styl práce na JIP, přístup k novorozencům i k matkám. Tento trend přetrvává do současnosti, kdy je snaha vytvořit pro postnatální vývoj nedonošeného novorozence optimální prostředí. Na oddělení se eliminuje hluk, zajišťuje se tmavé prostředí bez světelných šoků, děti se polohují tak, aby měly pocit jistoty a bezpečí. Praktikuje se něžná péče. (Fendrychová, 2011)

1.2 Třístupňový regionální systém v péči o matku a novorozence

V ČR je dnes péče o těhotnou ženu a poté o matku a novorozence organizována do třístupňového regionálního systému.

I. stupeň jsou základní oddělení pro fyziologické novorozence, kde mohou být děti ošetřovány systémem rooming-in. Matka a dítě jsou hospitalizováni spolu bezprostředně po porodu.

II. stupeň jsou úseky intermediární péče, kde se pečuje o děti s patologickou poporodní adaptací a předčasně narozené od 32. gestačního týdne, které nevyžadují intenzivní péči.

III. stupeň je organizován jako neonatologické centrum, které je součástí perinatologického centra. Neonatologické centrum zahrnuje základní úsek, intermediární pracoviště a JIP. Zde se pečuje o novorozence s nejzávažnějšími patologickými a nezralostními stavy z určitého regionu. Perinatologické centrum ve FN Plzeň má i Centrum vývojové péče, kam dochází na pravidelné kontroly všichni nedonošení a patologičtí novorozenci, kteří byli na neonatologických odděleních hospitalizováni. Sleduje se zde jejich další vývoj a zdravotní stav. V Centru vývojové péče, kde pracuje i fyzioterapeut, psycholog a dochází lékař - neurolog, je možno provádět některá vyšetření. Rodičům a dětem je poskytována centralizovaná péče.

V současnosti je v ČR dvanáct perinatologických center, kde by se měla koncentrovat všechna riziková těhotenství. Na těchto specializovaných pracovištích, která jsou kvalitně technicky i personálně vybavená, je poskytována péče na vysoké odborné úrovni. Při hrozícím předčasném porodu je tedy ideální převoz těhotné ženy do perinatologického centra – transport in utero. (Fendrychová, Borek, 2007)

O tom, že je práce neonatologů úspěšná svědčí i statistické údaje. Česká republika se dlouhodobě řadí mezi státy s nejnižší novorozeneckou úmrtností na světě. V roce 2009 to bylo 1,5‰. (Dort, 2011)

1.3 Etické problémy neonatologie

Statistiky ukazují, že v dnešní době mírně stoupá počet předčasně narozených dětí, ale díky velkým pokrokům medicíny se daří zachraňovat děti na samé hranici viability – životaschopnosti. V roce 1995 bylo Českou gynekologicko-porodnickou a Českou neonatologickou společností doporučeno považovat za životaschopný plod porozený po ukončeném 24. gestačním týdnu gravidity.

Narozením a zachráněním těchto dětí vyvstávají velké etické problémy a otázky. Má smysl zachraňovat novorozence, kteří jsou třeba následně postiženi v psychomotorickém vývoji, jsou slepí, mentálně retardovaní, tělesně postižení? Má význam, aby tito novorozenci podstupovali složité a velmi zatěžující operační zákroky jako jsou operace střev s následným vyvedením stomie, zavádění ventrikuloperitoneálních shuntů? Je zcela jasné, že není možné zabránit u všech předčasně narozených dětí rozvoji komplikací a následnému tělesnému postižení. Ale statistiky ukazují, že mezi dětmi s porodní hmotností pod 1000 g je ve dvou letech 20 % postiženo těžce – jsou slepé, mentálně retardované nebo trpí dětskou mozkovou obrnou. Dále pak 20 % dětí má postižení lehké – poruchy zraku, lehká mozková dysfunkce. U 60 % dětí se pak žádné postižení neprokáže. (Fendrychová, 2011).

V dnešní době se pozornost přesouvá od prosté záchrany života k zajištění co nejvyšší kvality života a zdraví. V péči je třeba respektovat a skloubit právo na život a právo na život bez postižení. Velmi diskutované je i právo na neposkytnutí intenzivní péče, pokud by léčba pro novorozence znamenala více utrpení než prospěchu. Zatím se uplatňuje pouze u dětí, u kterých je postnatálně diagnostikovaná vada nebo poškození neslučitelné se životem. (Fendrychová, Borek, 2007)

1.4 Klasifikace novorozenců

Novorozenecké období můžeme charakterizovat jako období od porodu do 28. dne života, někteří autoři uvádí do jednoho měsíce života. Novorozence lze klasifikovat podle několika kritérií. (Fendrychová, Borek, 2007, s. 27-29)

Klasifikace podle délky těhotenství:

- novorozenec donošený – narozený v termínu porodu, gestační věk mezi 38. - 42. týdnem
- novorozenec přenášený – narozený po termínu, gestační věk nad 42. týden
- novorozenec nedonošený – narozený před ukončeným 38. týdnem gestace

Klasifikace podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku:

- novorozenec eutrofický - stav výživy odpovídá gestačnímu stáří dítěte
- novorozenec hypotrofický – porodní hmotnost dítěte je nižší, než by odpovídalo gestačnímu stáří
- novorozenec hypertrofický – porodní hmotnost je vyšší, než by odpovídalo gestačnímu stáří

Klasifikace dle zralosti:

- novorozenec extrémně nezralý – v anglické literatuře tomu odpovídá termín ELBW (Extremely Low Birth Weight), dítě narozené do 28. gestačního týdne s extrémně nízkou porodní hmotností 500-999 g
- novorozenec velmi nezralý – v anglické literatuře VLBW (Very Low Birth Weight), dítě narozené do 32. gestačního týdne s velmi nízkou porodní hmotností 1000-1499 g
- novorozenec středně nezralý – v anglické literatuře LBW (Low Birth Weight), dítě narozené do 34. týdne gestace s nízkou porodní hmotností 1500-1999 g
- novorozenec lehce nezralý v anglické literatuře též označovaný jako LBW, narozený do 38. týdne gestace s porodní hmotností 2000-2499 g
(Fendrychová, Borek, 2007, Fendrychová, 2004)

Termínem fyziologický novorozenec označujeme zralé eutrofické dítě narozené v termínu (mezi 38. – 42. týdnem gestace). Porodní hmotnost se pohybuje mezi 2500-4000 g (průměrná porodní hmotnost je 3500 g). Průměrný obvod hlavy je 33-35 cm.

Nedonošený novorozenec je dítě narozené před 38. týdnem gestace, s hmotností nižší než 2500 g. Čím je dítě gestačně mladší, tím více se projeví nezralost jednotlivých orgánů a tkání. Při hodnocení novorozence by se mělo zohledňovat především gestační stáří než jeho hmotnost. (Fendrychová, Borek, 2007)

2 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE V PÉČI O NEZRALÉHO NOVOROZENCE

Ošetrovatelská péče o nezralého novorozence je velmi specifická. Zahrnuje několik hlavních cílů.

2.1 Podpora dýchání

Nedonošený novorozenec má nezralou plicní tkáň a v plicních alveolech nedostatek endogenního surfaktantu. Ten se v plicích tvoří v dostatečném množství až od 35. gestačního týdne. Nedostatek této látky způsobí kolaps plicních alveolů a vznik atelektáz. Rozvíjí se RDS – syndrom respirační tísně. V důsledku špatné saturace krve kyslíkem dochází k nízkému okysličování tkání a poškození mozku.

Sestra pracující na neonatologické JIP tedy sleduje typ a frekvenci dýchání, monitoruje hodnoty saturace, zahajuje oxygenoterapii, pečuje o dítě na ventilační podpoře.

Nezralost nervového systému může být příčinou apnoických pauz. Neonatální apnoe je závažný stav bezdeší, který trvá 15-20 sekund nebo déle a který je doprovázen bradykardií a cyanózou. Sestra musí stále sledovat saturaci dítěte a včas na stav zareagovat. Dle situace se vzniklý stav řeší taktilní stimulací, změnou polohy, odsátím horních cest dýchacích, farmakoterapií, oxygenoterapií, ventilační podporou, v nejtěžších případech i resuscitací. (Fendrychová, Borek, 2007)

2.2 Termomanagement

Na stejné úrovni jako podpora dýchání je zachování tělesného tepla dítěte. Udržování stabilní tělesné teploty je pro nezralého novorozence životně důležité. U dítěte hrozí dva typy teplotního stresu – podchlazení a přehřátí. Oba mohou vést k zatížení respiračního a kardiovaskulárního systému a ke zvyšování potřeby kyslíku. Nedonošené dítě je ohroženo hlavně hypotermií z důvodu nedostatečné termoregulace. Tito novorozenci buď nemají, nebo mají pouze nedostatečně vyvinutou vrstvu podkožního tuku. Je porušená jejich tepelná izolace. Není-li zajištěno vhodné termoneutrální prostředí, dochází k rozvoji hypotermie s vážnými důsledky. U dítěte může dojít ke změnám v dýchání, ke zpomalení srdeční činnosti, hypoglykémii, acidóze a dokonce i k orgánovému krvácení. O hypotermii se hovoří tehdy, klesne-li tělesná teplota novorozence pod 36,5 °C. (Leifer, 2004)

Termoneutrální prostředí je takové, ve kterém si novorozenec udrží tělesnou teplotu ve fyziologických hodnotách (36,5-37,5 °C), nemá zvýšené metabolické požadavky

a zvýšenou potřebu kyslíku. K jeho zajištění pomáhají vhodná opatření během porodu. Teplota místnosti, kde porod probíhá, by měla být minimálně 25 °C a mělo by se zabránit případnému proudění vzduchu. Vyhřívání lůžka, ve kterém je novorozenec ošetřován by mělo být nastavené na maximální výkon. Při porodu nedonošeného novorozence s gestačním stářím nižším než 33 týdnů, u kterého je riziko ztráty tepla velmi vysoké, se dále využívá termofólie, do které se dítě zabalí ihned po osušení celé kromě hlavy. Hlava, která představuje velkou plochu pro ztrátu tělesného tepla, se kryje čepičkou. Tímto způsobem je novorozenec zabalený v průběhu dalšího ošetřování a fólie se odstraňuje až po dosažení optimální tělesné teploty – 37 °C.

Na oddělení se dítě ukládá do předem vyhřátého inkubátoru nebo lůžka. V řízení vyhřívání se může využít kožní teplotní čidlo. To reguluje vyhřívání přístroje podle hodnoty kožní teploty dítěte. Jedná se o servoregulaci. V inkubátorech je nutné správně nastavit i vlhkost prostředí. U novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností se nastavuje vlhkost 75-80 %, protože nezralá kůže s nedostatečnou vrstvou keratinizovaných buněk je zvýšeně propustná pro vodu a dítě ztrácí velké množství tepla evaporací (odpařováním).

Mezi sesterské intervence v oblasti termomanagementu patří pravidelná kontrola tělesné teploty, monitorace barvy kůže, pulzu a chování dítěte. Následně dochází k upravování teploty inkubátoru nebo vyhřívání lůžka podle potřeby dítěte. (Burešová, 2012, Fendrychová, Borek, 2007)

2.3 Zajištění vhodné výživy a hydratace

Dalším ošetřovatelským cílem je vhodná výživa a hydratace novorozence. Bezprostředně po porodu je dítěti zajištěn žilní vstup a zahájena parenterální výživa. Nezralý novorozenec je ohrožen rozvojem hypoglykémie a hypokalcémie, protože má jen velmi malé zásoby energie. Hrozí riziko poškození mozku.

Mezi sesterské intervence patří sledování hladiny glykémie, podávání intravenózních roztoků dle ordinace lékaře. Z důvodu zavedených žilních vstupů je nutné hodnocení rizika vzniku flebitidy. (Fendrychová, Borek, 2007)

Pokud to zdravotní stav dítěte dovolí, zahajuje se většinou od druhého dne v kombinaci s parenterální také enterální výživa. Je to nutné jako prevence atrofie střevní sliznice a střevní infekce. Preferuje se podávání vlastního čerstvého mateřského mléka, ale z důvodu jeho nedostatku se zahajuje většinou pasterizovaným mateřským mlékem. Jakmile to zdravotní stav matky dovolí, je zahájena edukace v oblasti odstříkávání

mateřského mléka. Pokud se podaří nějaké množství mléka odstříkat, mělo by být bezprostředně podáno dítěti.

Nedonošení novorozenci jsou schopni jen slabého sání. Snadno se unaví a nezvládnou přijmout potřebné množství mléka. U nezralejších dětí je popsána porucha koordinace sání, polykání a dýchání. Při perorálním příjmu potravy by hrozilo riziko aspirace. Způsob enterální výživy se volí dle stavu dítěte. Nejčastěji je výživa podávána nasogastrickou sondou nebo alternativním způsobem.

Sestry edukují a podporují matky v odstříkávání mateřského mléka, novorozencům zavádí nasogastrickou sondu, sledují toleranci stravy dítětem. Krmí novorozence pro něj nejvhodnějším způsobem, tedy sondou, a dle stavu začínají s postupným nácvikem perorálního příjmu. (Fendrychová, Borek, 2007)

2.4 Prevence rozvoje infekce

Prevence infekce je velmi důležitá. V důsledku nezralého imunitního systému dítěte, kdy není schopno vytvářet odpovídající množství protilátek, nedostatku protilátek od matky, nedostatečných zásob živin, minerálů a vitamínů, hrozí rozvoj infekce a vznik sepse – generalizované infekce celého krevního řečiště. (Fendrychová, Borek, 2007).

Je nutné, aby veškerý ošetřující personál dodržoval bariérový systém ošetřování. Základem je hygiena a dezinfekce rukou před a po manipulaci s pacientem nebo biologickým materiálem. Sestry na neonatologických odděleních ve FN Plzeň pracují systémem skupinové ošetrovatelské péče, kdy každá ošetřuje pouze svou skupinu pacientů a s jinými dětmi manipuluje pouze v nutném případě – při resuscitaci nebo při odborném výkonu. Samozřejmostí jsou individuální pomůcky pro každé dítě, které se používají k jeho ošetřování - teploměr, fonendoskop, manžeta tonometru, potřebné masti, kapky, zásypy.

Nutná je i dostatečná dezinfekce kůže před jakýmkoli invazivním výkonem (odběry krve, zavedení periferního žilního katétru, aplikace injekcí), kdy je třeba dodržet správnou expozici dezinfekčního prostředku. Do prevence infekce patří i péče o pupeční pahýl, který také může být vstupní branou infekce a příčinou zkomplikování zdravotního stavu.

U dětí s porodní hmotností pod 2000 g se na neonatologické JIRP (ve FN Plzeň) posílá preventivně na kultivační vyšetření i čerstvé mateřské mléko. V případě pozitivního kultivačního nálezu se podává mléko pasterizované a celá situace se řeší s matkou. Strava se připravuje za přísných hygienických podmínek ve zvláštní místnosti.

Rodiče je třeba edukovat o dodržování maximální možné hygieny rukou před kontaktem s dětmi. (Dokoupilová, 2009)

2.5 Péče o kůži

Správná péče o kůži je též plně v kompetenci sester. Nedonošení novorozenci mají kůži nezralou, křehkou, snadno podléhající poranění.

Cílem ošetrovatelské péče je udržet kožní kryt neporušený. Hlavně u extrémně nedonošených novorozenců a u novorozenců v bezvědomí je nutné děti pravidelně polohovat, měnit polohu saturačních a teplotních čidel, kontrolovat pozice zavedených katétrů, aby nedocházelo k dekubitům a nekrotizacím. Kůže se musí udržovat v suchu a v čistotě, aby se zabránilo vzniku opruzenin.

Každodenní celková koupel není nutná. Každý den určitě omýváme obličej, genitál a zadeček. Kontrolujeme predilekční místa zapárky pod krkem, za ušima, v podpaždí a v tříselech. (Fendrychová, Borek, 2007)

2.6 Hyperbilirubinémie

Velmi častým stavem, se kterým se setkáme téměř u každého novorozence, je hyperbilirubinémie způsobená zvýšenou destrukcí erytrocytů po porodu a nezralostí jaterních funkcí. Manifestuje se ikterem a její závažnost se určuje dle hladiny nepřímého bilirubinu v krvi. Závažnost hyperbilirubinémie se stanovuje podle Hodrova indikačního grafu. Ve většině případů je indikací k fototerapii.

Nahé dítě leží v inkubátoru nebo ve vyhřívaném lůžku pod speciální lampou. Její světlo má specifickou vlnovou délku, mění nepřímý bilirubin na ve vodě rozpustnou formu a tím snižuje hladinu bilirubinu v krvi. (Dort, 2011)

Sesterské intervence u dětí při fototerapii jsou následující. Nahé dítě (pouze v pleně, kterou je třeba nechat odkrytou) se uloží pod zářič lampy. Oči se kryjí speciálními brýlemi s koženkou a v pravidelných intervalech se aplikuje oční mast jako prevence poškození zraku. Pravidelně je nutné kontrolovat tělesnou teplotu dítěte a upravovat nastavení teploty lůžka nebo inkubátoru. Dítě je třeba polohovat, aby plocha osvětleného povrchu těla byla co největší. V dokumentaci se vede záznam o tělesné teplotě, poloze, močení, charakteru a frekvenci stolice. Podle ordinace lékaře jsou zajišťovány odběry krve na vyšetření bilirubinémie, nebo je zjišťována neinvazivně bilirubinometrem.

2.7 Šetření energie dítěte a zajištění vhodného prostředí

Nezralý novorozenec má jen velmi malé zásoby energie. Většinu dne prospí. Pokud spí hlubokým klidným spánkem, neměli bychom ho budit zbytečnými intervencemi. V péči o nezralé novorozence je snaha sdružovat práci do bloků. Když už se s dítětem manipuluje, je třeba provést co nejvíce úkonů najednou – měření krevního tlaku, tělesné teploty, odsátí dýchacích cest, přebalení, změna polohy, nakrmení. Novorozenec tak může mezi jednotlivými bloky nerušeně odpočívat. (Dort, 2011)

2.7.1 Zajištění komfortního prostředí

Nerušený spánek a komfort dítěte zajistíme i úpravou prostředí. Ošetrovatelská péče v neonatologii vychází z konceptu bazální stimulace. Je snahou přiblížit alespoň částečně prostředí v inkubátoru prostředí, ve kterém se dítě dosud vyvíjelo. Během intrauterinního života má dítě zajištěnou stálou teplotu prostředí, je chráněno před světlem a hluk je tlumený. Předčasně narozené dítě je najednou v prostředí novorozenecké JIP vystaveno působení hluku, chladu, ostrému světlu, bolestivým stimulům. Má kolem sebe mnoho volného prostoru, což mu způsobuje dyskomfort.

Ostré světlo dítěti narušuje jeho cyklus spánku a bdění. Dítě je unavené a není připraveno na sociální kontakt. Na novorozeneckých JIP by mělo být tlumené světlo. Pokud je rozsvíceno, měl by mít novorozenec oči kryty brýlemi ze sterilního čtverce nebo je možné zakrýt celý inkubátor tmavým přehozem.

Hluk vyvolává stresové reakce a může mít vliv na nestabilitu vitálních funkcí. U nedonošenců můžeme pozorovat při výrazných a nečekaných zvucích úlekové reakce, křik, zvýšení srdeční a dechové frekvence, poklesy hodnot saturace. V krajním případě může dojít až k poškození sluchu. Proto je snahou na novorozeneckých odděleních eliminovat hluk, tlumit alarmy, nehovořit hlasitě, nepokládat žádné pomůcky na inkubátor. (Fendrychová, Borek, 2007, Friedlová, 2012, Šulová, 2004)

2.7.2 Možnosti stimulace nezralého novorozence

Zároveň je ale třeba si uvědomit, že nedonošený novorozenec již není plod. Musí začít fungovat dýchací a trávicí systém, termoregulace. Začínají se rozvíjet i jeho smysly. Ty je nutné vhodně stimulovat. Po stabilizaci stavu dítěte je vhodné umístit do inkubátoru nebo lůžka pestré hračky nebo provádět z bazální stimulace vycházející auditivní stimulaci.

Sluch se vyvíjí již prenatálně, nejvíce v posledním trimestru gravidity. Plod v děloze není v úplném tichu, vnímá hlas matky, tlukot jejího srdce, činnost útroby a tlumeně i zvuky

z vnějšího prostředí. Je dokázáno, že od 28. - 30. týdne aktivně reaguje na akustické podněty. Součástí auditivní stimulace je zprostředkovat dětem hlas rodičů. Jsou podporováni, aby po dobu svého pobytu na oddělení na děti mluvili. Alternativou je muzikoterapie, kdy se rodičům doporučuje, aby nahráli na disk nebo jiný přehrávač svým hlasem pohádky, písničky nebo donesli hudbu, kterou matka poslouchala v těhotenství. Prostřednictvím přehrávače a malých reproduktorů se dětem pouští tyto nahrávky a stimuluje se jejich sluch jinými zvuky, než je běžný provoz na oddělení. Je třeba myslet i na to, aby se nahrávky pouštěly rozvážně, tedy v době, kdy je dítě vzhůru a třeba i neklidné. Nelze je pouštět nepřetržitě. Nevýhodou této metody také je, že přehrávač musí dodat sami rodiče, což pro ně znamená určitou investici. U dlouhodobě hospitalizovaných dětí je na ni výhodné myslet a rodičům nabídnout. (Friedlová, 2007, Langmeier, 2006)

2.7.3 Polohování novorozenců

Optimální prostředí se zajistí také polohováním dítěte do tzv. „*hnízdeček*“. Pomocí polohovacích podkov se kolem dítěte vytvoří těsné prostředí a imituje se tak omezený prostor v děloze. Poskytuje se tím dítěti pocit jistoty a bezpečí. (Příloha 2)

Veškerá manipulace by měla probíhat klidně, nelze měnit polohu dítěte prudce, trhavě. Polohování v neonatologii rovněž vychází z konceptu bazální stimulace. Využívá se hlavně poloha hnízdo a poloha mumie. (Příloha 3)

Poloha hnízdo poskytuje novorozenci poziční komfort ve smyslu zlepšeného vnímání hranic vlastního těla. Novorozenec je ve volném prostoru nejistý, nespokojený, zvýšeně aktivní v pohybu, špatně usíná. Proto je nutné děti v poloze na zádech, na boku i na břicho obkládat polohovacími pomůckami. Na neonatologickém oddělení (ve FN Plzeň) se využívají měkké deky, měkké podkopy různých velikostí nebo nejnověji speciální „*pelíšky*“ z velmi jemného plyše. Novorozenec má v této poloze saturovanou potřebu jistoty a bezpečí. Nesmí se ale zapomínat na jednu zásadní věc. I když je pro dítě zcela přirozené ležet schoulené do klubíčka, novorozenci, kteří mají dechové potíže, potřebují oxygenoterapii nebo potřebují pro podporu dýchání podpůrnou ventilaci, musí mít nutně vypodložená záda v oblasti lopatek. Tak dochází k rozvinutí hrudníku, plic a ke zlepšení dechových funkcí. Naopak není třeba toto opatření rutinně provádět u všech dětí. V případě, že dechové potíže nemají, se hrudník nepodkládá a dítě se nechá odpočívat v přirozené poloze.

Poloha mumie je využitelná hlavně u novorozenců matek závislých na drogách nebo alkoholu. Dítě se zabalí do deky od nohou až po hrudník včetně horních končetin.

Fendrychová ve své knize *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence* používá pro podobnou polohu výraz *swaddling* a doporučuje ji využívat u plačtivých a neklidných novorozenců, tedy i u dětí závislých matek. Zabalením dítěte do deky, pleny nebo šátku způsobem podobným jako v poloze mumie, mu znemožníme pohyb končetinami a tím se nemůže vyrušovat ze spánku a spí kvalitněji. Kromě toho, že dítěti zajistíme tepelný komfort, dodává mu *swaddling* také pocit jistoty a bezpečí. (Příloha 4) Úskalím této metody je hlavně možnost přehřátí dítěte, v jehož důsledku může být dítě opět neklidné. Je nutné sledovat fyziologické funkce, reakce dětí a vhodně upravit teplotu okolního prostředí. (Fendrychová, 2011, Friedlová, 2007)

2.7.4 Klokánkování

Velmi významnou roli pro klid a spokojenost dítěte, ale i rodičů má metoda klokánkování - intenzivní kontakt *skin to skin* (kůži na kůži) novorozence a rodiče. Je prokázáno, že klokánkování má mnoho pozitivních vlivů na matku a dítě. V tomto případě bych chtěla zdůraznit zlepšení spánku, hlavně zvýšení podílu klidného, hlubokého spánku. Držení dítěte v náručí je velmi efektivní způsob zajištění komfortu a uspokojení, v našem případě novorozence i rodičů. (Fendrychová, Borek, 2007, Friedlová, 2012)

2.8 Spolupráce s rodiči

Mezi ošetrovatelské cíle v péči o dítě patří i podpora a povzbuzení rodičů. Je třeba si uvědomit, že spolupráce s rodiči je správná a nutná součást ošetrovatelské péče o novorozence. I když je v tomto výčtu ošetrovatelských cílů na posledním místě, je třeba se jí naučit brát jako samozřejmost a měla by se podle mého názoru prolínat všemi výše napsanými cíli. K. Friedlová ve svém článku (časopis *Sestra*, 2012) uvádí, že zapojení rodiny do péče o předčasně narozeného novorozence je velmi důležitou součástí využití konceptu bazální stimulace. Jestliže se matka podílí na péči o své dítě, snižují se její pocity bezmocnosti, posiluje se důvěra v ošetroující personál a hlavně se tvoří intenzivní vztah mezi matkou a dítětem, který byl hned v počátku poznamenán nucenou separací. Je třeba rodiče opakovaně podporovat v kladení otázek a trpělivě jim odpovídat. Nejistota a nejasnosti jen zhoršují těžkou a stresující situaci po předčasném porodu. Péče zaměřená na rodinu, kdy rodiče nejsou pouze pasivními příjemci, ale aktivně se na péči podílí, je ucelená a komplexní. (Dokoupilová, 2009, Friedlová, 2012)

3 SPOLUPRÁCE S MATKOU V PÉČI O NEZRALÉHO NOVOROZENCE

V počátcích neonatologie byl rodičům na tato oddělení vstup zakázán, později sice povolen, ale omezen. Trendem současnosti je co nejvíce podporovat kontakt rodičů a dětí. Na pracovišti JIRP ve FN Plzeň jsou z provozních důvodů možné návštěvy 3krát denně, na odděleních, kde není péče již tak intenzivní, je režim pobytu matky u dítěte volnější a na pokojích rooming-in již nepřetržitý. Relativní novinkou se zdá být NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment, což je systém, kdy rodiče a zdravotníci jsou v péči o nemocného nebo nedonošeného novorozence partnery. Rodič by neměl být na oddělení pouze návštěvou, ale součástí péče o dítě. (Mrowetz, 2011)

V ČR zatím není nikde tento přístup zcela využíván, do praxe jsou zakomponovány pouze některé jeho prvky. Jeho zavádění do praxe je poměrně náročné a složité, ale protože je v souladu s cíli současného ošetrovatelství, zmíním se o něm později.

Jak bylo již řečeno, situace se určitě oproti době nedávno minulé výrazně zlepšila. Podle J. Fendrychové jsou dva základní principy podpory rodičů:

- 1/ ošetřující personál by měl brát rodiče jako partnery v péči
 - 2/ pro úspěšnou spolupráci je nutná dobrá a přínosná komunikace
- (Fendrychová, Borek 2007)

3.1 Podpora tvorby vztahu mezi novorozencem a rodiči

„Předčasný porod není jen fyzickou zátěží pro novorozence, ale je zátěží psychickou, a to pro celou rodinu. Dítě přichází na svět nepřipraveno, a stejně tak na jeho příchod není připravena ani matka.“ (Mrowetz, 2011, s. 143).

Jak jsem se již několikrát zmínila, součástí péče o nezralého novorozence je zároveň i komunikace a spolupráce s rodiči dítěte. Matky nemocných, handicapovaných nebo předčasně narozených dětí jsou ve většině případů nespokojené, nevyrovnané, pociťují strach a úzkost. Objevují se u nich pocity selhání nebo dokonce viny. Žádný lék nemůže tyto negativní emoce odstranit, ale bonding je dokáže zmírnit. (Mrowetz, 2011)

Bonding je proces tvorby vztahu mezi matkou a dítětem, začíná už v průběhu těhotenství. Jedná se o základy emočních vazeb. V období kolem porodu, kdy je matka výrazně hormonálně ovlivněna, je nutné snažit se tento proces maximálně podporovat všemi prostředky. Ale po předčasném porodu je bohužel vždy nutná separace dítěte od matky. Matky nedonošenců jsou ochuzeny o raný kontakt s dítětem bezprostředně

po porodu. Snahou ošetřujícího personálu by mělo být zajistit co možná nejčastější kontakt novorozence a rodičů. (Mrowetz, 2011, Šulová, 2004).

J. Langmeier ve své knize *Vývojová psychologie* (2006) uvádí, že dlouhodobým odloučením novorozence od matky může dojít k narušení jinak zcela přirozených intuitivních dovedností rodiče. Předčasný porod je pro dítě velmi náročný stav. Jeho organismus je nezralý, nepřipravený na pobyt mimo dělohu, hrozí mu mnohé komplikace. Velmi náročná je to situace i pro rodiče. Také ještě nejsou na porod připraveni, prožívají silný strach, pocity bezmoci a deprese, protože jsou od dítěte odděleni a není v jejich moci, ochránit jej před nebezpečím a bolestí. (Langmeier, 2006)

Na neonatologickém oddělení (ve FN Plzeň) může otec své dítě vidět téměř bezprostředně po porodu. Po zajištění základních životních funkcí novorozence, jsou mu podány první informace o zdravotním stavu, je podporován, aby si nového člena rodiny pohládl, mluvil na něj. První kontakt matky s novorozencem je možný, jakmile to dovolí její zdravotní stav. Po spontánním porodu přijde prvně matka většinou po šesti hodinách, po operativním porodu většinou za 24 hodin. Během této návštěvy by se personál měl matce maximálně věnovat. Nutné je oba rodiče podporovat, aby se dítěte dotýkali a mluvili na něj. Je důležité rodičům vysvětlit, k čemu slouží monitor, plicní ventilátor, proč je nutné, aby dítě mělo zavedené kanyly, proč má zakryté oči.

Dále je třeba vysvětlit matce význam odstříkávání mateřského mléka a edukovat ji v technice odstříkávání. Ze zkušenosti vím, že většinu informací je nutné matkám zopakovat i při dalších návštěvách, protože informací je mnoho a první kontakt s dítětem je většinou hodně emočně vypjatá situace. Matky si převážně nejsou schopny tolik konkrétních informací zapamatovat.

Některé matky se zpočátku bojí svého dítěte třeba jen dotknout. Je nutné, aby jim ošetřující personál pomáhal hledat cesty, jak naplňovat novou mateřskou roli. Podpoří-li je v péči o dítě, napomůže tak zvýšit jejich mateřské sebevědomí. (Mrowetz, 2011)

Velmi zajímavé jsou výsledky průzkumu, který prováděla M. Mrowetz mezi matkami předčasně narozených dětí. Na otázku, co očekávají tyto ženy od sester pracujících na neonatologii, většinou odpovídaly, že podporu vazby mezi rodiči a dítětem a dále pak podporu a pomoc v péči o dítě. Zjistila, že většinou se matky chtějí aktivně zapojovat do péče o své dítě a očekávají, že v tom budou podporovány a budou se moci o dítě starat samy. (Mrowetz, 2011)

3.2 Komunikace s rodiči

Velký význam ve vztahu rodič – zdravotník má kvalitní komunikace a podávání informací. Informace o zdravotním stavu dítěte, jeho případných změnách, výsledcích vyšetření a postupech léčby podává pouze lékař. V sesterské kompetenci jsou informace o provozu oddělení, o funkcích přístrojů, o významu zavedených kanyl a čidel. Tyto informace by se měly podávat při již zmiňované první návštěvě, při dalších vše upřesňovat. Je nepřijatelné, aby personál bez vysvětlení pouze ztlumil alarmující monitor. Je nutné rodičům popsat, proč alarmoval, jaký to má význam a jak se situace bude řešit. Částečně se tak eliminují jejich obavy a posiluje důvěra v péči zdravotníků. Podle mého názoru je velmi důležité také komentovat a zprostředkovat rodičům chování a reakce dítěte v době, kdy s ním nemohou být. Zda v noci dítě klidně spalo, zda plakalo, zda už samo vypilo nějaké mléko. V neposlední řadě je nutné srozumitelně vysvětlovat ošetrovatelské výkony, které se v přítomnosti rodičů u dítěte provádí a pokaždé nechat prostor na dotazy.

Komunikace zdravotníků s rodiči je důležitým prvkem při tvorbě dobrého vztahu. Ten je podstatný pro navázání další vzájemné spolupráce a proto je velmi důležité uvědomit si, že vnímání rodičů se během adaptace na situaci po předčasném porodu vyvíjí. Podobně jako u jiných reakcí na náročné životní situace je možné i zde popsat několik fází. Po počátečním šoku se jako první objevuje naivní důvěřivost. Rodiče potřebují hodně informací o stavu dítěte, o léčbě. Potřebují ujišťování a podporu. Druhou fází je vystřízlivění, kdy se hodně zajímají o péči, která je jejich dítěti poskytována, mohou být i zvýšeně kritičtí. Třetí fází lze nazvat spojenectvím. Rodiče spolupracují se sestrami a společně pracují na dosažení stanovených cílů. (Troupová, 2010)

Komunikaci s rodiči a specifičtěji s matkou lze rozdělit do tří skupin, které spolu úzce souvisí:

- 1/ Sociální komunikace utváří vztah mezi zdravotníky a rodiči. Usnadňuje další komunikaci. Jedná se o navázání kontaktu s matkou, běžný hovor, ve kterém zdravotníci projeví zájem o její osobu, její potřeby, stesky.
- 2/ Specifická – strukturovaná komunikace je rozhovor, ve kterém se matky edukují, motivují nebo se jim sdělují důležité informace. Při tomto typu rozhovoru je nutné myslet na to, aby sdělení bylo srozumitelné a pochopitelné. Na závěr se je třeba ujistit, zda matky sdělení rozuměly a zda ho akceptují.

3/ Terapeutická komunikace poskytuje oporu a pomoc v těžkých chvílích. Matky se svěřují se svými obavami, starostmi. Má-li zdravotník pocit, že je situace vážná a on ji nedokáže zvládnout, má možnost nabídnout matce odbornější pomoc v osobě klinického psychologa. (Fendrychová, Borek, 2007, Venglářová, Mahrová, 2006)

3.3 Neverbální komunikace s novorozencem

Pro utváření vztahu mezi matkou a nezralým novorozencem je velice důležitý již mnohokrát zmiňovaný taktilní kontakt. Je to jeden ze způsobů neverbální komunikace. Má i ohromně pozitivní vliv na podporu laktace. Je třeba rodiče poučit o významu taktilního kontaktu a zároveň vysvětlit, jaký typ kontaktu je pro jejich dítě vhodný. Chování předčasně narozených dětí může být pro rodiče méně srozumitelné a předvídatelné. Děti jsou labilnější, více dráždivé a méně reagují na smyslové a sociální podněty. Je nutné upozornit rodiče, aby dítě svojí stimulací nepřetěžovali. Sestra by jim měla být nápomocna najít určitý kompromis, který nepřetíží dítě a uspokojí rodiče. (Ratislavová, 2008)

Metody, které jsou dítěti příjemné, vyvažují nepříjemné a bolestivé zkušenosti, jež s sebou nesou terapeutické zásahy na JIP. Děti lépe zvládají pocit dyskomfortu a bolesti, jsou celkově klidnější. (Zahradníková, 2010)

Způsoby kontaktu lze odstupňovat tak, jak je umožňuje zdravotní stav dítěte.

3.3.1 Dotyky a hlazení, první kontakt s nedonošeným novorozencem

Rodičům dítěte s nestabilním zdravotním stavem nebo na dechové podpoře se doporučuje, aby se novorozence co nejvíce dotýkali, hladili ho. Je nutné umožnit jim, aby si k inkubátoru sedli a hladili dítě, zpočátku třeba jen špičkami prstů. Pokud se rodiče bojí, je třeba je podpořit a poradit jim, aby si dlaň položili vedle dítěte. Není vhodné na rodiče spěchat, svoji cestu si najdou, je ale důležité poskytnout jim příležitost. U neklidných dětí se doporučuje spíše držení v klubíčku tak, aby se napodobila fetální poloha. Jednu ruku položí matka/otec na hlavu dítěte, druhou lehce přidržuje pokrčené nohy a zároveň i ruce dítěte. Novorozenec se zklidní, protože má ve stísněné poloze pocit jistoty a bezpečí. I něžný dotek ale může způsobit stres, pokud na něj dítě není připraveno a neočekává jej. Je třeba rodičům vysvětlit, aby se dítěte na začátku kontaktu dotkli na určitém místě a v této poloze chvíli setrvali. Při každém kontaktu je nutné používat stejný typ dotyku. Jedná se o iniciační dotyk. Metoda opět vychází z konceptu bazální stimulace. (Dort, 2011, Friedlová, 2007)

3.3.2 Klokánkování - kangaroo mother care

Jiným druhem pozitivních doteků je klokánkování neboli kangaroo mother care. Tato metoda byla do péče o nedonošené děti navržena a zavedena kolumbijskými lékaři E. Reyem a H. Martinezem v roce 1979 dle tradic jihoamerických indiánů. Dítě se jen v pleně a v čepici pokládá „skin to skin“ na nahý hrudník rodičů, kde se překryje peřinkou. Metoda má mnoho výhod pro novorozence i rodiče. U dětí se zlepšují dechové funkce, často se snižuje potřeba kyslíku. Dochází ke zkvalitnění spánku, kdy se zvyšuje podíl klidného hlubokého spánku. Upravuje se termoregulace. Studie prokázaly, že děti mají větší váhové přírůstky a méně infekčních komplikací. Je popsán také rychlejší rozvoj mozku. Klokánkování představuje pro novorozence celou řadu podnětů, které jsou přizpůsobeny stavu jeho smyslového vnímání. Působí na něj vjem olfaktorický, protože cítí vůni matky a to přispívá k tvorbě vzájemného citového pouta. Zároveň má vjemy auditivní, neboť poznává mateřský hlas a tlukot jejího srdce. Tyto zvuky již zná, vnímal je během intrauterinního vývoje.

Velmi přínosná je metoda i pro rodiče. Pomáhá jim vyrovnat se s obtížnou situací předčasněho porodu, napomáhá bondingu a je vhodná pro podporu laktace u matek. (Friedlová, 2012, Langmeier, 2006, Šulová, 2004)

3.3.3 Motýlí masáže

Dalším stupněm pozitivních dotyků mohou být motýlí masáže. Jedná se o jemné, lehké dotyky, které působí na zklidnění dítěte a postupně uvolňují hlubší napětí. Jako součást péče o novorozence je zavedla rakouská lékařka Eva Reich. Principem je hlazení celého těla dítěte konečky prstů nebo dlaněmi. Každý masážní pohyb by se měl provádět alespoň třikrát, v případě vyššího svalového napětí i vícrát. Je popsána celá řada výhod, které masáže přináší – prodloužení a zkvalitnění spánku, zlepšení trávení, pocity jistoty a bezpečí, tvorba intenzivní a kvalitní citové vazby. (Dokoupilová, 2009)

3.4 Individuální vývojově zaměřená péče o novorozence

Program NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment - individuální vývojově zaměřená péče o novorozence) vznikl v 80. letech v Bostonu. Klade velký důraz na spolupráci s rodiči. Smyslem programu NIDCAP je individualizovat péči a přizpůsobit práci na novorozeneckých JIP tak, aby to vyhovovalo dítěti. Díky této péči by mělo být dosaženo optimálních zdravotních a vývojových výsledků. Klade si za cíl zlepšit dlouhodobý vývoj dítěte, zlepšit a pozitivně ovlivnit funkční a strukturální rozvoj

mozku, zlepšit kvalitu vztahu dítě – rodič. Zavádění principů NIDCAP do praxe na neonatologických JIP přispívá ke snižování iatrogenních komplikací hospitalizovaných novorozenců, protože zkracuje nutnost poskytování intenzivní péče a dobu pobytu v nemocnici. Výsledky výzkumů ukazují, že děti mají lepší váhové přírůstky a lepší výsledky v chování při následném dlouhodobém sledování. (NIDCAP Federation International, 2008)

Zavedení a provádění programu NIDCAP v praxi je velmi personálně, prostorově a finančně náročné. Proto je zatím ve světě jen velmi málo používán, v roce 2008 byl využíván pouze na pěti pracovištích v Evropě. Jednotlivé prvky programu se však v neonatologické péči objevují.

Výrazný rozdíl mezi intrauterinním prostředím a prostředím novorozeneckých JIP může vést ke vzniku závažných zdravotních komplikací (nekrotizující enterokolitida, bronchopulmonální dysplazie, retinopatie), které více či méně ohrožují nedonošené děti na životě nebo v dalším vývoji. Již méně se hovoří i o ovlivňování psychického, emocionálního a psychosociálního vývoje dítěte. Je známo, že více než padesát procent předčasně narozených dětí může mít v dalším vývoji poruchy učení a emoční poruchy, které následně vyžadují speciální vzdělávací a psychologické služby. I velmi nezralý novorozenec svým chováním a svými reakcemi dává najevo své potřeby. Jejich poznáním lze péči o něj zkvalitnit. NIDCAP principy se snaží prostřednictvím podrobného a nepřetržitého pozorování dítěte poznat jeho požadavky na neuromotorický vývoj. Poznají se tak reakce a interakce nedonošeného novorozence a na jejich základě se mohou stanovit individuální potřeby konkrétního jedince. Práce na JIP a péče o dítě se přizpůsobuje těmto potřebám. Péče se individualizuje. Pozorování je časově velmi náročné, sleduje se přes devadesát údajů, které se týkají chování, reakcí, posturologie. Změny jsou zaznamenávány v intervalu dvou minut. Výsledný popis všech událostí je použit pro vypracování programu změn v péči o novorozence. Časově velmi náročné pozorování nemůže provádět personál při své běžné práci. Zde se otevírá prostor pro spolupráci s rodiči a nutnost jejich trvalé přítomnosti u dítěte. (Macko, 2010)

Sestry poskytující individualizovanou péči hovoří o tom, že se jedná „pouze“ o vlídnější a jemnější způsob poskytování ošetrovatelské péče. Při zavádění principů NIDCAP do péče je třeba změnit přístup k ošetřování novorozenců. Sestra by se neměla soustředit jen na provedení odborného výkonu, ale sledovat i pocity a reakce dítěte. Samozřejmě součástí péče jsou i enviromentální změny, které významně podporují růst

a vývoj dětí. Změny zahrnují omezení hluku, světla a minimalizaci vyrušování dítěte tak, aby byl co možná nejvíce ochráněn spánek dítěte. (Meyers, 2008)

3.5 Podpora rozvoje laktace a odstříkávání mateřského mléka

Kojení je základní metodou výživy novorozenců. U nedonošených novorozenců však není okamžitě po porodu možné. Vlastní mateřské mléko je pro zdravotní stav dítěte velmi důležité. A rozvoj laktace rovněž, protože podaří-li se laktaci udržet dostatečně dlouho, je u velkého počtu dětí naděje, že budou plně kojeny. Zásadní činností matky po předčasném porodu je časná stimulace rozvoje laktace a odstříkávání mateřského mléka. Protože je matka po porodu oddělena od dítěte, může být nástup laktace ztížen, opožděn. Odstříkávání čerstvého mateřského mléka je velkou prioritou, a proto je nutné matku co nejdříve edukovat, jak laktaci stimulovat a mléko odstříkávat. Edukace probíhá většinou opakovaně a je nezbytně nutné, aby informace od ošetřujícího personálu byly jednotné. Musím říct, že na neonatologickém oddělení (ve FN Plzeň) se u většiny matek podaří laktaci rozběhnout. Za neúspěchem většinou bývá nezáměr ze strany matky a její neochota spolupracovat. U malé skupiny matek může za neúspěšný nástup laktace extrémní stres, který hůře zvládají. Laktace je totiž velmi úzce spojena s psychikou matky. Stav dítěte je vážný, mléka odstříkávají menší množství a pokud nejsou správně ve svém stavu a činnosti podpořeny, snahu o udržení laktace vzdávají. Některým matkám nedovoluje odstříkávat mléko jejich zdravotní stav. Je nezbytné individuální posouzení situace a vysoce citlivý přístup personálu k matkám.

3.5.1 Význam vlastního mateřského mléka

Mateřské mléko představuje ideální výživu pro každého novorozence. Jako optimální potravu pro všechny novorozence ho doporučuje Světová zdravotnická organizace a dětský fond OSN – UNICEF. Mateřské mléko je většinou sterilní a má významné protektivní výhody. Obsahuje látky s bakteriostatickým, baktericidním a protizánětlivým účinkem, takže je nezralý novorozenec částečně chráněn před rozvojem infekce. Je v něm obsaženo i větší množství bakterií s ochrannými účinky pro zažívací systém. Kolostrum – mlezivo, které se vylučuje v prvních dnech po porodu, představuje pro nezralý imunitní systém dítěte důležitý zdroj protilátek. Má i laxativní účinek a napomáhá vyloučení mekonium – smolky (první stolice novorozence).

Mateřské mléko obsahuje optimální množství bílkovin, je pro dítě lépe stravitelné. Zajímavá je i skutečnost, že mléko, které se tvoří po předčasném porodu má jiné složení

než mléko pro novorozence narozeného v termínu. Je v něm zastoupeno větší množství bílkovin. Nezpůsobuje alergické reakce. Je studiemí prokázáno, že tyto faktory snižují riziko, že zdravotní stav dítěte bude zkomplikován nekrotizující enterokolitidou. Průzkumy ukazují, že výživa čerstvým mateřským mlékem též snižuje riziko rozvoje pozdní sepse. Snižuje se i riziko nutnosti rehospitalizace do prvního roku života a samozřejmě odpadá riziko intolerance umělé výživy. Dítě lépe snáší vyšší dávky mléka, zkracuje se doba nutné parenterální výživy a není potřeba, aby dítě mělo zavedený invazivní žilní vstup. (Leifer, 2004, Šťastná, 2012)

Mléko se začíná tvořit i v situacích, kdy matka nemůže dítě k prsu přikládat. Pokračování laktace je pak závislé na pravidelné stimulaci prsů odstříkáváním. Velmi důležité pro podporu rozvoje laktace jsou také časté návštěvy matky u dítěte, vizuální a taktilní kontakt s dítětem. Hladina hormonů ovlivňující tvorbu mléka se zvyšuje při emocionálních prožitcích, mezi které lze zařadit pravidelný kontakt a komunikaci s novorozencem. (Dokoupilová, 2009)

Jak jsem se již zmínila, časná separace může vést ke zpožděnému nástupu laktace. Významnou sesterskou rolí je edukace matky v oblasti odstříkávání mateřského mléka a opakovaná podpora. V zaučování matek lze využít služeb laktační poradkyně, která má s odstříkáváním mateřského mléka, kojením a péčí o prsy bohaté zkušenosti, nebo je sestry edukují při prvním kontaktu.

3.5.2 Body edukace v oblasti podpory laktace a odstříkávání mateřského mléka

- první informace o odstříkávání poskytnout matce do šesti hodin po porodu
- zdůraznit význam čerstvého mateřského mléka, ujistit matku, že naším cílem je, aby své dítě kojila, až to jeho zdravotní stav dovolí
- podat informace o počáteční stimulaci prsů masážemi, o postupu a frekvenci odstříkávání
- poskytnout matce sterilní nádobky na první kapky mléka a vysvětlit, jak s nimi zacházet
- celý postup odstříkávání prakticky předvést
- upozornit matku na to, že prvního kolostra odstříká jen pár kapek, ale že je to velmi cenná tekutina, kterou dítě potřebuje
- domluvit se s matkou na donesení mléka, popřípadě zajistit transport mléka na oddělení
- podporovat matku v častém taktilním kontaktu s dítětem
- zajímat se o případné potíže s prsy a odstříkáváním ČMM a je-li třeba řešit je
- podporovat matky opakovaně v jejich činnosti

- dle potřeby zopakovat celý postup, doporučit režimová opatření - dodržování pitného režimu, častější odstříkávání
- edukovat matky v oblasti stravovacích návyků, poučit je o nevhodných potravinách a nápojích, kterým je třeba se vyhnout
- vysvětlit matce před jejím plánovaným propuštěním domů uchovávání mateřského mléka a znovu zdůraznit nutnost pravidelného odstříkávání (Mydlilová, 2012)

3.6 Podpora kojení nedonošených novorozenců

Kojení je přirozeným a nejvýhodnějším způsobem výživy novorozenců a kojenců. WHO doporučuje výlučné kojení do ukončeného šestého měsíce věku a do dvou let v kombinaci s nemléčnými příkrmy. Mateřské mléko má, jak již bylo popsáno, optimální složení. Díky kojení se vytváří pevnější pouto mezi matkou a dítětem. Podle některých studií působí také v prevenci civilizačních nemocí (ateroskleróza, diabetes mellitus). (Klimová, 1998)

3.6.1 Podávání enterální výživy nedonošeným novorozencům

U nedonošených novorozenců není možné zahájit kojení bezprostředně po porodu jako u fyziologických novorozenců. Dětem narozeným před 32. týdnem gestace se strava podává nasogastrickou sondou. Při perorálním příjmu by jim hrozilo riziko aspirace, protože nemají zkoordinované dýchání, sání a polykání. Perorální příjem zahajujeme postupně dle zdravotního stavu a chování dítěte. Nejprve se mléko v malém množství kape do úst, aby se stimulovaly chuťové buňky a aktivovaly trávicí enzymy v dutině ústní. Pokud dítě kapku toleruje, zkouší se krmit alternativně nebo po dudlíku. Způsob perorálního příjmu je třeba posuzovat individuálně. Je-li naděje, že se matce spustí laktace a bude možné dítě kojit, volí se vždy alternativní způsob krmení. Technika sání z prsu a z lahve je totiž odlišná. Pití z lahve je pro dítě snazší a mohlo by se stát, že po opakovaném krmení z lahve bude odmítat kojení. Je popsáno několik typů alternativního krmení. Vhodný je třeba způsob krmení ze stříkačky nebo po prstu. (Dort, 2011, Fendrychová, Borek, 2007)

Je výhodné, když prvním pokusům s krmením, ať už kapání do úst nebo alternativnímu krmení, jsou přítomni rodiče. Je to pro ně zdrojem radosti a pro matku motivací pro další odstříkávání ČMM.

3.6.2 Kojení nedonošených novorozenců

Pije-li dítě alternativně, během krmení nemá žádné dechové problémy, jeho zdravotní stav je stabilizovaný a nemá problémy s termoregulací, může se zkusit prvně přiložit k prsu. Je nutné vysvětlit matce, jaké kojící polohy jsou vhodné. Pro kojení nedonošených dětí se doporučuje poloha tanečníka nebo poloha vzpřímená – vertikální. Je důležité matce popsat správný způsob přisátí k prsu a potřebnou stimulaci, pokud dítě usíná. Někdy jsou matky rozčarované, že dítě napoprvé nic nevypije nebo během kojení spí. Je třeba je podpořit a sdělit, že právě nejlepším možným způsobem stimulovaly laktaci. Je nezbytné, aby při prvních pokusech o kojení byla sestra trvale přítomna u matky a byla připravena kdykoli pomoci nebo zasáhnout.

Nejprve se nedonošené děti přikládají jednou denně, později podle zdravotního stavu častěji. Důležité je také sledovat množství vypitého mléka, které zjistíme z rozdílu hmotnosti dítěte před a po kojení. Pro rodiče jsou první úspěchy v kojení velmi důležitým mezníkem ve vývoji dítěte, a proto bychom měli přikládat děti k prsu při každé vhodné příležitosti. (Dort, 2011, Fendrychová, Borek, 2007, Klimová, 1998).

3.6.3 Body edukace v oblasti kojení

- vysvětlit matce, jak zaujmout pohodlnou pozici
- popsat a prakticky předvést polohy vhodné pro kojení nedonošeného novorozence
- vysvětlit význam a rozdíl ve stimulaci k sání před a po přisátí k prsu
- popsat matce rozdíl ve správném a chybném přisátí dítěte k prsu

3.7 Podpora v oblasti péče o dítě

Během prvních dnů si matka většinou částečně zvykne na prostředí JIP, zvládne první kontakty s novorozencem a začne odstříkávat mateřské mléko. Dalším krokem ve spolupráci s rodiči je postupné zaučování v péči o dítě. Je možné začít s jednoduchou činností - měřením tělesné teploty. O významu kontroly tělesné teploty jsem se již zmínila. Měří se pravidelně většinou před každým krmením, v případě potřeby častěji a dle zjištěných hodnot se reguluje nastavení inkubátoru nebo vyhřívaného lůžka. Na Neonatologickém oddělení ve FN Plzeň se měří digitálním teploměrem v axile. Současně s měřením teploty se rodiče učí dítě přebalovat. Při nácviu přebalování je lepší praktická ukázka, hlavně pokud s tím nemají zkušenosti. Výhodou této činnosti je i fakt, že zatímco na odstříkávání participuje pouze matka, na přebalování a měření se může podílet i otec.

3.7.1 Body edukace v oblasti péče o dítě

- vysvětlit nebo po domluvě prakticky předvést matce postup při měření teploty
- vysvětlit nebo po domluvě prakticky předvést matce postup při přebalování
- pracuje-li matka poprvé sama, kontrolovat správnost provádění a upozornit na případné chyby
- upozornit matku na nutnost pomalé a klidné manipulace s dítětem
- upozornit matku na to, aby dolní končetiny přidržovala lehce v úrovni kolen a ne kotníků a aby mačkáním kolen na břišní stěnu nezvyšovala nadměrně abdominální tlak
- edukovat matku v oblasti hygieny, poukázat na nutnost zachovávání správného směru omývání, tedy z genitálu směrem ke konečníku
- upozornit matku na nutnost pravidelné kontroly všech kožních záhybů
- vysvětlit používání vhodných mastí

3.8 Orální a orofaciální stimulace

Cílem orální stimulace je pomoc při zachování sacího a polykacího reflexu. Je nutné stimulovat senzorku a motoriku svalů v orofaciální oblasti a stimulovat dutinu ústní.

3.8.1 Metoda orální stimulace vycházející z bazální stimulace

Nezralí novorozenci se při aplikaci metody orální stimulace připravují na sání z prsu či lahve. Měla by se po stabilizaci stavu dítěte provádět pravidelně před každým jídlem. Chuťové vjemy se dítěti zprostředkují pomocí štětičky nebo savičky namočené v mateřském mléce. U starších novorozenců se může vyzkoušet kápnout trochu mléka do úst. Samotná orální stimulace zahrnuje několik jednoduchých kroků.

Stimulace konečky prstů citlivých zón v oblasti tváří, kolem úst a rtů by měla spustit vyhledávací reflex. Dítě by mělo doširoka otevřít ústa a vypláznout jazyk. Stimulace lehkým tlakem pod bradou vyvolá polykací reflex. Šidítkem nebo prstem se stimuluje oblast dásní. Lehkým stisknutím bodu za uchem v úrovni čelistního kloubu nebo stisknutím brady se podporuje otevírání úst. Výhodné je též dítěti nabízet k sání jeho vlastní prsty. Během intrauterinního vývoje se plod stimuluje v oblasti úst svou rukou a předčasně narozeným dětem tato zkušenost chybí. (Friedlová, 2012)

Edukace matek v této oblasti spadá také mezi sesterské intervence.

3.8.2 Orofaciální stimulace podle C. Moralese

Jestliže už došlo k vyhasnutí sacího a polykacího reflexu, začíná se s orofaciální stimulací podle C. Moralese. (Friedlová, 2012)

Orofaciální regulační terapie byla primárně určena dětem s Downovým syndromem a dnes je využívána i pro děti s jinými zdravotními komplikacemi. „*Slouží k nápravě poruch sání, žvýkání, polykání a mluvení.*“ (Morales, 2006, s. 21). Jejím cílem je snaha o navození běžných nebo co nejnornálnějších vzorců těchto činností. Terapie se skládá z kontroly pohybu hlavy a čelistního kloubu a z provádění manuálních technik. Jako terapeutické techniky se v různých kombinacích používají dotyk (špičkami prstů nebo celou dlaní), lechtání, tlak (dostatečně silný, ale nebolestivý), tah a vibrace. Technika pomáhá k zlepšení svalového napětí obličejového svalstva a stimuluje různá místa tvářové oblasti.

Před samotným zahájením orofaciální stimulace je důležité uvést novorozence do stavu tzv. motorického klidu, ve kterém jsou k provádění terapie ideální podmínky. Postup je následující: Jedna ruka podpírá hlavu dítěte v oblasti týla a provádí rytmický a přerušovaný tah v kraniálním směru. Druhá ruka položená na oblast hrudníku působí přerušovaným tlakem v kaudálním a dorsálním směru. Jako vlastní stimulace sání se používá tento postup: Jedna (levá) ruka podpírá hlavičku v týle. Prsty druhé (pravé) ruky malíček a prsteník jsou položeny na přední části ústního dna a stimuluje uzavření rtů a polykání. Zároveň palec a prostředník jsou přiloženy z boku na tvářích a vibracemi působí na tvářové svaly a uzavření rtů. Zavedením posledního článku ukazováku do dutiny ústní se podporuje žádoucí pohyb jazyka. Celá stimulace je zakončena hlazením ústního dna, což vyvolává polykání. Celý postup se před každým krmením třikrát – čtyřikrát opakuje. (Dokoupilová, 2009, Morales, 2006)

3.8.3 Body edukace v oblasti orální a orofaciální stimulace

- vysvětlit matce význam prováděné orální/orofaciální stimulace
- edukovat ji v oblasti důsledné hygieny rukou
- vysvětlit a prakticky předvést matce postupy orální/orofaciální stimulace
- podpořit matku ve vyslovení dotazů týkajících se orální/orofaciální stimulace
- sledovat matku během provádění orální/orofaciální stimulace a popřípadě upozornit na chyby a nedostatky
- vysvětlit matce nutnost pravidelného opakování

3.9 Polohování a manipulace s nedonošeným novorozencem

Rodiče nedonošených dětí s nimi z počátku příliš nemanipulují nebo je jim pomocníkem sestra pečující o dítě. Je důležité, postupně je poučit o přirozeném psychomotorickém vývoji, aby docházelo ke správnému rozvoji dovedností dítěte ve všech jeho oblastech. Velkým pomocníkem a rádcem je pro matky fyzioterapeut, který je učí, jak správně manipulovat s novorozencem. Je třeba, aby si i všechny sestry pracující na neonatologickém oddělení osvojily dovednosti v této oblasti a mohly být matkám vzorem. (Kiedroňová, 2005)

Jak jsem se již několikrát zmínila, během nitroděložního vývoje je dítě v teplém vodním prostředí, schoulené v poloze klubíčka v těsném a omezeném prostoru. Tomu přizpůsobujeme prostředí na neonatálních JIP. Rozbalený novorozenec je v poloze na zádech na tvrdé podložce nestabilní a nejistý. Této poloze by neměl být zbytečně vystavován.

Lze si někdy všimnout, že leží-li dítě na zádech, preferuje jednu stranu v poloze hlavy – predilekční držení hlavy. Je nutné na to rodiče upozornit a polohovat dítě střídavě na oba boky, aby se zabránilo sležení hlavy a jejímu držení v nepřírozené poloze.

Na břicho se dítě polohuje v době bdění a vždy by mělo být pod dohledem rodiče. Poloha není vhodná pro spánek, protože asi do šestého měsíce je jedním z rizikových faktorů syndromu náhlého úmrtí kojence. Tato pozice je ale velmi příhodná pro posilování zádového svalstva od šíjové až po bederní oblast. Je nutné upozornit rodiče, že má-li dítě silnou vrstvu plen (z důvodů abdukčního balení), je zadeček výše než hlava. Dochází k nepříznivému záklonu hlavy a nevhodnému zakřivení páteře. Nejvhodnější je ukládat dítě na břicho, když je bez plen, například využít chvíli při přebalování.

Při přenášení nebo chování dítěte je vhodné používat polohu v klubíčku – hlava, trup i hýždě jsou opřeny o celou naši paži, ruka pak fixuje stehno dítěte. Poloha v klubíčku imituje pozici během nitroděložního vývoje. Nošení v klubíčku a balení do zavínovačky poskytuje novorozenci (a malému kojenci asi do čtvrtého měsíce věku) pocit tepla, pohodlí a polohovou jistotu. Poloha vertikální – vzpřímená je pro nošení dítěte nevhodná a rodiče by se jí měli vyhýbat. (Kiedroňová, 2005)

Po krmení je hlavně u nedonošených dětí vhodná poloha na pravém boku. Dochází tak k lepšímu vyprazdňování žaludku. Trpí-li novorozenec gastroesofageálním refluxem, je výhodnější ukládat ho těsně po jídle asi na třicet minut na levý bok, kde je vzhledem k anatomickým poměrům snižené riziko návratu stravy do jícnu.

Kiedroňová ve své knize *Něžná náruč rodičů* popisuje celou řadu poloh vhodných pro manipulaci s nejmenšími dětmi. Základem veškeré manipulace je zabránit zaklánění hlavy. Nevhodné je také chytání dítěte v oblasti krku. Doporučuje, aby hlava dítěte spočívala celou vahou v naší dlani a záda se opírala o naše předloktí. Nedochozí tak k nežádoucí flexi hlavy. Velmi důležité je upozornit rodiče na to, že veškerá manipulace s dítětem má probíhat pomalu a šetrně, aby se u novorozence nevyvolal úlekový reflex.

Matky by se měly naučit zdvihát děti z podložky přes polohu na boku. Také pokládání dítěte zpět na podložku (do postýlky) má svá pravidla. Je opět nutné dbát na řádnou fixaci hlavy. Nesmí dojít k jejímu záklonu, jako první se pokládá zadeček až poté hlava.

Protože dítě během každého krmení spolýká větší množství vzduchu, je třeba nechat ho vždy po jídle odříhnout. Velmi často se využívá vzpřímená poloha přes rameno. Tato poloha je však pro novorozence a malého kojence nevhodná. I když se hlava dobře fixuje, nevyloučí se tlak hlavy na páteř proti pánvi a nadměrně se zatěžuje cervikální oblast. Kiedroňová nabízí několik alternativních poloh. Dítě leží na břiše na předloktí rodiče nebo leží celou vahou na jeho hrudníku. Ten sedí pohodlně opřen a lehce zakloněn, což je i pro něj jistě vítaná poloha k odpočinku. (Dokoupilová, 2009, Kiedroňová, 2005)

3.9.1 Body edukace v oblasti polohování a manipulace s dítětem

- vysvětlit rodičům význam jednotlivých poloh pro vývoj dítěte
- zdůraznit nevhodnost polohy na břiše pro spánek dítěte
- vysvětlit matce – rodičům význam správné manipulace s dítětem
- edukovat matku o hlavních zásadách správné manipulace
- prakticky ukázat vhodné postupy při manipulaci s dítětem
- kontrolovat matku během manipulace a upozornit na případné nedostatky

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Pro svoji práci jsem si vybrala téma spolupráce s rodiči na neonatologickém oddělení. Zde už osm let pracuji. Všeobecné sestry a porodní asistentky, které na neonatologickém oddělení pracují, musí kromě vysoce specializované odborné práce zvládat i komunikaci s rodiči a edukaci matek v péči o novorozence. Edukace a předávání informací probíhá většinou ústně. To někdy vede k nepochopení problematiky, informace mohou být zkreslené i odlišnou interpretací jednotlivých zdravotníků. Dalším úskalím ústního předávání informací je i stres matky, který se po porodu téměř vždy objevuje. Ve stresu je vnímání nových informací značně omezeno. Edukaci je proto nutné několikrát opakovat. Domnívám se, že by tím kvalita edukace mohla být negativně ovlivněna a některé matky by nemusely vědět všechny potřebné informace týkající se možností jejich zapojení do péče o nezralého novorozence.

5 STANOVENÍ CÍLE

5.1 Hlavní cíl

Cílem výzkumného šetření bakalářské práce je zmapovat kvalitu poskytovaných informací matkám na Jednotce intenzivní a resuscitační péče neonatologického oddělení ve FN Plzeň. Zjistit, zda je předávání informací ze strany nelékařského zdravotnického personálu dostatečné, jednotné, srozumitelné, zhodnotit situaci a navrhnout opatření pro praxi.

5.2 Dílčí cíle

Cíl 1: zjistit nedostatky v podávání informací matkám v základních oblastech péče o novorozence

Cíl 2: navrhnout opatření ke zlepšení informovanosti

Cíl 3: sestavit edukační materiál pro matky

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1/ Jsou matky novorozenců hospitalizovaných na jednotce intenzivní a resuscitační péče neonatologického oddělení ve FN Plzeň spokojené s kvalitou a množstvím informací o odstříkávání mateřského mléka podávaných zdravotníky?
- 2/ Mají matky novorozenců hospitalizovaných na našem oddělení informace o možnosti využívání pozitivních dotyků?
- 3/ Jsou matky spokojeny s mírou zapojování se do péče o novorozence?
- 4/ Vyhovuje matkám současný způsob podávání informací na neonatologické JIRP ve FN Plzeň?

7 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro rozhovor byly vybrány matky nedonošených dětí hospitalizovaných na Jednotce intenzivní a resuscitační péče ve FN Plzeň. Kritériem výběru byl gestační věk v době porodu dítěte nižší než 32. týdnů. Minimální doba hospitalizace dítěte u všech dotazovaných byla již delší než jeden měsíc. Předpokládám, že za tuto dobu již byly matky edukovány v základních oblastech péče o dítě a dokážou zhodnotit kvalitu podávaných informací.

Vzorek tvoří šest žen, tři z nich byly téměř celou dobu hospitalizovány s dítětem, tři docházely na pravidelné každodenní návštěvy.

8 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Informace jsem získala osobně, individuálním polostandardizovaným rozhovorem s matkami během jejich pobytu na neonatologickém oddělení. Ve dvou případech se rozhovor konal během kontroly dítěte v Centru vývojové péče (po předchozí e-mailové domluvě) s několikaměsíčním odstupem od propuštění. Rozhovor byl zaznamenáván na diktafon a následně doslovně přepsán do písemné podoby. Sběr dat probíhal v období od prosince 2012 do února 2013 na Neonatologickém oddělení ve FN Plzeň.

Kvalitativní výzkum jsem zvolila proto, že jsem chtěla získat hlubší poznatky o předávání informací ze strany nelékařských zdravotnických pracovníků. Zajímal mě subjektivní pohled matek na situace, které ošetřující personál již může vnímat rutinně a při kterých se dopouští chyb, aniž by si to uvědomoval.

Všechny respondentky souhlasily se zveřejněním přepsaného rozhovoru v bakalářské práci.

9 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

9.1 Rozhovor 1

Kazuistika: Dítě narozené ve 28. týdnu gestace, jeho porodní hmotnost byla 860 g – silně nezralý hypotrofický novorozenec. Porod císařským řezem byl proveden pro hrozící hypoxii plodu. Na JIRP byl novorozenec umístěn v inkubátoru, po delší dobu byla nutná ventilační podpora. V době rozhovoru se chystají po deseti týdnech na propuštění do domácího prostředí. Matka „1“ zprvu docházela na pravidelné každodenní návštěvy, laktaci se podařilo úspěšně rozběhnout. Již čtyři týdny je hospitalizovaná současně s dítětem na oddělení JIP na pokoji rooming-in.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Grohmannová a studuji na Západočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Jako součást své závěrečné práce provádím výzkumné šetření týkající se kvality předávání informací nás sester Vám maminkám. Cílem práce je odhalení případných nedostatků, které my sestry již nevnímáme. Myslím, že Váš subjektivní pohled nám může pomoci. Mohu Vám položit několik otázek?

Ano, samozřejmě, ráda Vám odpovím na otázky.

Kdy Vám byly podány první informace o odstříkávání mateřského mléka?

Na pooperačním pokoji, kde jsem ležela po císařském řezu. Moc informací jsem ale nevnímala. Hloupé bylo, že vedle za plentou ležela jiná maminka, které přivezla sestřička její mimčo na kojení, a já to slyšela. Bylo mi hrozně líto, že nemám to své u sebe. Čekala jsem spíš na doktora, že mi řekne o zdravotním stavu dítěte, ale ten nepřišel. Sestřička, která přivezla to druhé dítě, mně pak řekla, jak mám prsa stimulovat, ale já jsem jí opravdu moc nevnímala.

Byl Vám vysvětlen význam odsříkávání mateřského mléka?

Ano, byl, ale já byla od začátku těhotenství rozhodnutá a přesvědčená, že budu kojit, tak to nebylo ani tak moc nutné.

V čem podle Vás význam odsříkávání mateřského mléka spočívá?

Tak určitě je to důležité pro navázání vztahu s mimčem, má význam i pro výživu dítěte.

Jaké informace jste v oblasti odstříkávání mateřského mléka postrádala?

Já nevím, myslím, že jsem věděla všechno podstatné.

Byly vám zodpovězeny všechny Vámi kladené dotazy?

Ano, určitě. Vždycky, když jsem chtěla cokoli vědět, tak mi to sestřičky řekly.

Hledala jste informace o odstříkávání mateřského mléka z jiných zdrojů?

Ani ne, vlastně třeba jen to, co můžu jíst, aby to mimčů nevadilo. Nechtěla jsem obtěžovat sestry, ale asi by mi to řekly, kdybych se zeptala.

Mohu vědět, z jakých zdrojů jste čerpala informace?

Hledala jsem na internetu, chtěla jsem si tak trochu rozšířit obzory.

V čem se lišily od informací podávaných zdravotníky?

Myslím, že v ničem. Neuvědomuju si žádnou věc, která by mě překvapila.

Cítila jste podporu v oblasti odstříkávání mateřského mléka ze strany zdravotnického personálu?

Podporu jsem cítila.

Jak se podpora zdravotnického personálu projevovala?

Třeba tím, že se vždycky sestřičky usmívaly, když jsem přinesla mlíčko. A za každou stříkačku mě pochválily. Měla jsem pocit, že na to čekají, cítila jsem se trochu platná.

Kdy proběhla Vaše první návštěva na oddělení u dítěte?

Byla jsem na tom pooperačním pokoji, myslím 24 hodin a přítel mě pak za malým přivezl na vozičku, takže jsem ho viděla druhý den po porodu.

Byl Vám kontakt s dítětem aktivně nabídnut personálem?

Ano, byl.

Kdy jste si dítě mohla poprvé pohladit?

Hned ten den, když jsem poprvé přišla.

Co jste cítila při prvním kontaktu?

Vím, že jsem plakala, bylo tam hodně emocí. Člověk si vyčítá, že to zavinil, že něco udělal špatně. Bála jsem se, abych mu neublížila. Nevěděla jsem, jak na něj sáhnout. Nejdřív jsem ho hladila na nožičce, ale on cukal, jakoby uhýbal. Teprve asi druhý den mi taková černošská sestřička řekla, že si mám na něj spíš jen položit ruce, jednu na hlavičku a druhou držet nožičky. To se mu líbilo a já byla trošku klidnější.

Setkala jste se s pojmem pozitivní dotyky?

Tak to nevím.

To jsou právě Vaše konejšivé dotyky – to, že dítě hladíte, držíte v kloubíčku, dále i klokánkování.

Aha, tak to samozřejmě setkala, jen jsem nevěděla, že se to tak jmenuje.

Máte dostatek informací týkajících se pozitivních dotyků?

Ted' už asi ano.

Hledala jste informace o pozitivních dotecích z jiných zdrojů než u zdravotníků?

*Nejdřív ne, věděla jsem jen to, co mi řekly sestřičky. Vlastně jsem ani nevěděla, kde mám nějaké informace hledat. Až později tady na druhém oddělení jsem si přečetla super knížku: **Narodilo se předčasně**. Tam to všechno paní doktorka krásně lidsky vysvětluje. Kdybych tu knížku četla hned na začátku, ušetřila bych si spoustu nervů. Já se třeba bála, že je špatné, že pořád potřebuje tu hadičku do nosu na dýchání, a tam je vysvětleno, že to je u tak malého dítěte úplně normální. Opravdu mě moc mrzí, že jsem ji nečetla dřív. Nebo je tam třeba krásně popsáno, na co je která hadička dobrá.*

Na oddělení Vám to nikdo dostatečně nevysvětlil?

To ano, vysvětlil, ale vy třeba řeknete katétr, ale já nevím, co je to katétr. Lepší by bylo, ta hadička do pupíku. Trochu méně odborně.

Jak často jste se mohla dotýkat svého dítěte?

Při každé mojí návštěvě na oddělení. Jakmile jsem zjistila, jak se ho dotýkat, tak jsem to chtěla dělat pokaždé.

Cítila jste podporu ze strany sester?

Myslím, že ano, nevybavuju si žádný negativní zážitek s kteroukoli sestřičkou.

Kdy jste si prvně chovala své dítě?

Myslím, že to bylo asi měsíc po jeho narození. Když už nepotřeboval tu hadičku na dýchání.

Klokánkovala jste?

Ano, byl to nádherný pocit. Nedá se ani popsat. Držela jsem ho a v duchu jsem si říkala: „Vezmi si ode mě všechnu sílu!“

Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů na JIRP důležitá?

To určitě. Samozřejmě.

Proč?

Kdybych tam za miminkem nemohla chodit, cítila bych se určitě hůř. A asi bych ztratila mléko. Na prostředí JIPky jsem si zvykla snadno, věděla jsem, že je to strašně důležité tam být.

Kdy Vám bylo prvně umožněno podílet se na péči o vaše dítě?

Asi po měsíci, nebo vlastně i dřív. Určitě to bylo tehdy, kdy to bylo možné. Sestřička se zeptala, jestli chci malému změřit teplotu a já samozřejmě chtěla.

Jakým způsobem jste se mohla podílet na péči o své dítě?

Měřila jsem teplotu, přebalovala, povídala si s mimčem, hladila ho, odstříkávala mlíčko.

Čeho jste se nejvíce obávala?

Vždycky má člověk strach a respekt, jestli se nezhorší dýchání, jestli mu neublíží, když mu zvedá nožičky při přebalování. Při měření teploty mi přišlo, že je v křeči. To se mu mimochodem nelíbí dodnes. Divila jsem se, proč se teplota měří tak často. U dospělého teplota 37,5 °C znamená nemoc, tak jsem se bála, jestli mu něco není, když se pořád měří. Ted' vím, že u těchto dětí to znamená, že můžou být přehřáté.

Byla Vám zdravotnickým personálem nabídnuta možnost ošetřovat dítěte při každé návštěvě?

To ano.

Byly informace o ošetřování dítěte jednotné?

Nahoře mi přišly jednotné, tady se trochu liší sestřičky v názorech na alternativní krmení. Jedna řekne - vždy dosondovat, druhá nesondovat, nechat do příštího krmení vyhladovět. Jsem pak z toho zmatená a nevím, co je lepší.

Myslíte si, že Vám zapojení se do péče o Vaše dítě pomohlo ve vytváření vzájemného vztahu?

Určitě ano.

V jakém smyslu?

Pomohlo mi to cítit se maminkou. Celá situace kolem porodu byla strašně rychlá. Přijela jsem, neměla žádné bolesti, necítila, že rodím. Samotný porod pak byla jen taková operace. Měla jsem narkózu od pasu dolů, slyšela jsem malého jen dvakrát kníknout a pak nic. Nemáte dítě u sebe, nemůžete si ho pochovat. Je to hrozně zvláštní pocit.

Které informace týkající se péče o Vaše dítě Vás zajímaly nejvíce?

Já nevím, člověk vždycky řeší, co je aktuální. O nic jiného jsem se zajímat nechtěla.

Jaké informace Vám úplně chyběly?

Nemám pocit, že by mi nějaké chyběly, sestra se mi vždy dostatečně věnovala. Spíše mi hlavně na začátku chyběly informace o zdravotním stavu malého.

Jakou formou Vám byly informace podávány?

Ústně.

Pamatovala jste si takto podávané informace?

Asi ano, neuvědomuji si žádný problém. Vždycky jsem se mohla znovu zeptat.

Jak hodnotíte přístup ošetřovatelského personálu k Vám a k Vašemu dítěti?

Suprově. Moc ho rozmazlujete.

Jaká byla Vaše očekávání týkající se personálu na JIRP?

Myslím, že jsem žádná očekávání neměla. Mile mě překvapilo, jak přátelská atmosféra tam vždycky byla. Cítila jsem, že tam funguje týmová práce, že si umíte pomoci. Klobouk dolů, když si uvědomím, že je to kolektiv samých ženských.

Co Vám vadilo?

Nic si neuvědomuju, vlastně ano. Štvala mě omezená doba návštěv, protože přítel, dlouho pracuje, tak jsme vždycky chodili spolu na hodinku až večer. Ale to asi nemůžete ovlivnit.

V jaké oblasti by se podle Vás mělo chování ošetrovatelského personálu změnit?

Já bych nic neměnila. Všichni jste tam vstřícní, vždy s úsměvem na tváři, vždy jsem cítila, že jsem vítaná. Víte, myslím si, že je důležité, že tam vládne právě přátelská atmosféra.

**Děkuji Vám za Váš čas a rozhovor a přeju Vám, ať jste oba brzy doma!
Na shledanou.**

9.2 Rozhovor 2

Kazuistika: Dvojčata narozená ve 25. týdnu gestace, s porodní hmotností 710 g a 740 g, riziková gravidita, matka byla hospitalizována na Gynekologicko-porodnické klinice pro zkracování děložního hrdla. Porod proběhl císařským řezem. V době rozhovoru děti váží 1340 g a 1230 g, jsou bez dechové podpory pouze jedno zatím trvale dependentní na oxygenoterapii. Matka „2“ hospitalizována na oddělení již 7. týden, laktace se úspěšně rozběhla.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Grohmannová a studuji na Západočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Jako součást své závěrečné práce provádím výzkumné šetření týkající se kvality předávání informací nás sester Vám maminkám. Cílem práce je odhalení případných nedostatků, které my sestry již nevnímáme. Myslím, že Váš subjektivní pohled nám může pomoci. Mohu Vám položit několik otázek?

Jistě, jestli si myslíte, že vám můžu pomoci.

Kdy Vám byly podány první informace o odstříkávání mateřského mléka?

To bylo hned na RESu (pooperačním pokoji). Rodila jsem ráno a někdy odpoledne přišla sestřička a vysvětlovala mi, jak mám odstříkávat a stimulovat prsa. Návštěva splnila účel, byla jsem ráda, že můžu něco dělat. Vedle jiným maminkám vozili jejich miminka a já najednou taky měla pocit, že jsem něco platná, měla jsem cíl.

Byl Vám vysvětlen význam odstříkávání mateřského mléka?

Asi ano, ale nedokážu odlišit, od koho jsem to slyšela. Určitě mi to někdo říkal, ale nevím, jestli lékař, nebo sestra.

V čem podle Vás význam odstříkávání mateřského mléka spočívá?

Aby děti dostaly protilátky od matky.

Jaké informace jste v oblasti odstříkávání mateřského mléka postrádala?

Ani ne tak informace, jako podmínky. Vyděsilo mě například, že na tom pooperačním pokoji, jsem měla odstříkávat do stříkačky těma opatlanýma rukama, bez možnosti si je někde umýt.

Byly vám zodpovězeny všechny Vámi kladené dotazy?

Ano, cokoli jsem potřebovala vědět, tak jste mi řekli.

Hledala jste informace o odstříkávání mateřského mléka z jiných zdrojů?

Ne, to ne, neměla jsem potřebu něco hledat.

Lišily se nějak informace podávané jednotlivými zdravotníky?

Ne, spíše se doplňovaly. Pokaždé jsem se dozvěděla něco jiného, nového.

Cítila jste podporu v oblasti odstříkávání mateřského mléka ze strany zdravotnického personálu?

Ano, cítila. Člověk ani vlastně nemusí vědět, proč je to tak důležité, ale z vašeho chování, a neustálých dotazů prostě cítí, že to důležité je. Spíše mě překvapilo, že ta podpora chyběla, když jsem ležela dole po porodu. Třeba přišla sestřička a divila se, že už se zase snažím odstříkávat, nebo jsem jim říkala, ať Vám zavolají, že mám mlíčko, a ony to nevyřídily. Tak jsem to raději nosila sama, naštěstí jsem docela brzy mohla.

Jak se podpora zdravotnického personálu projevovala?

Třeba tím, že se nikdo nesmál, když jsem donesla jen pár mililitrů ve stříkačce. Měla jsem pocit, že i malé množství je důležité.

Kdy proběhla Vaše první návštěva na oddělení u dětí?

Po porodu jsem byla celý den na pooperačním pokoji, takže druhý den, mě na JIRP dovezl manžel na vozíčku.

Byl Vám kontakt s dětmi aktivně nabídnut personálem?

Ano, byl, sestřička mi řekla, ať si je pohladím. Tak jsem si na ně sáhla hned první den.

Co jste cítila při prvním kontaktu?

Určitě dojetí. Tekly mi slzy. A strach, velký strach.

Strach se jich dotknout?

Ne, strach o jejich život. Strach ze situace, když si uvědomíte, v jaké situaci jsou.

Setkala jste se s pojmem pozitivní dotyky?

Ano, to jsou klidné dotyky, které dětem kompenzují bolest, které jsou na oddělení vystaveny. Je to hezky popsáno v knížečce, kterou jsem od vás dostala, jak ji napsal váš pan primář.

Máte dostatek informací týkajících se pozitivních dotyků?

Myslím, že ano, právě v té brožurce je to hezky srozumitelně popsáno.

Hledala jste informace o pozitivních dotecích z jiných zdrojů než u zdravotníků?

Ne, zakázala jsem si teď po porodu hledání informací. Víte, já jsem předtím už dvakrát potratila a teď jsem měla rizikové těhotenství. Tak jsem seděla doma a hledala na internetu informace o všem možném. Tolik informací je ale stresujících, nedokážu odlišit, co je seriózní zdroj a co není. Když jsem byla na genetice, tak jsem se pana doktora ptala na takové věci, že si ze mě dělal legraci. Říkal, že mě po porodu zaměstná jako asistentku, když už toho tolik vím. Myslím, že moc informací spíše škodí.

Jak často jste se mohla dotýkat svých dětí?

Při každé návštěvě u nich. A taky jsem toho využila.

Cítila jste podporu v této oblasti ze strany zdravotníků?

Já žádnou podporu nepotřebovala. Povzbuzovat mě nemuseli. Já strašně chtěla sama. Ale nemůžu ani popsat, jaký šok bylo pro mě to prostředí na JIRP. Teplo, neustále něco houká, pípá. Když jsem se dozvěděla, že jsou návštěvy omezené, zdálo se mi, že je to hrozně krátká doba, ale má to svoji logiku. Já bych tam v tom prostředí asi ani déle nevydržela, je to hodně náročné. Měla jsem hrozný strach z hodnot na monitoru. Víím, že mi sestřičky i pan doktor říkali, že se mám soustředit spíš na děti a ne na monitor, ale to nejde. Dodnes se toho zvuku děsím. Hodně jste mi říkali, že mám být míň nervózní, že tu mojí nervozitu nasávají děti jako houby. Ale to prostě nejde. Jen tak na povel. A tak se pak člověk nervuje z toho, že dětem vlastně ubližuje v tom, že na ně přenáší svůj stres. Určitě by se mohlo ubrat v tom, že říkáte matkám, že musí být v klidu, protože to ony většinou nedokážou ovlivnit.

Kdy jste si prvně chovala své děti?

Pro mě to bylo překvapivě brzy. Malá přestala potřebovat ventilátor, tak jsem přišla odpoledne na návštěvu a sestřička říkala, že budeme klokánkovat. Byla jsem příjemně překvapená, nestačila jsem mít ani strach, že by se něco mohlo stát. Byl to nepopsatelně nádherný pocit.

Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů u dítěte důležitá již na JIRP?

Ano, strašně moc.

Proč?

Určitě je to přínos pro mámu, že se na péči podílíte od počátku, máte i jistou kontrolu. Víte, co se s nimi děje. A doufáte, že oni o vás ví, že vás vnímají, že ví, že jste s nimi. Zpočátku máte pocit selhání. Pocit, že jste nezvládla situaci. Pocit, že v té hrozné situaci jsou kvůli vám. Tak je prostě důležité s nimi být. Určitě to pomáhá i kvůli mléku.

Kdy Vám bylo prvně umožněno podílet se na péči o Vaše děti?

Podle mě strašně brzo, hned první nebo druhý týden, přesně nevím. Poprvé jsem měřila teplotu a pak i přebalovala.

Jakým způsobem jste se mohla podílet na péči o své dítě?

Měřila jsem teplotu, přebalovala.

Myslíte, že jste se nějak mohla podílet víc?

To myslíte, že bych je třeba jako odsávala? Ne, vážně. Víc bych asi ani dělat nemohla a ani nechtěla.

Čeho jste se nejvíce obávala?

Ted' momentálně se bojím děti otáčet z břicha na záda. Ale jinak se nebojím, když je na nich vidět, že jim to nevadí, tak strach vážně nemám. A moc si to spolu užíváme.

Je Vám zdravotnickým personálem nabídnuta možnost ošetřovat děti při každé návštěvě?

Ano, vždycky se domluvíme. Pokud to umožňuje jejich zdravotní stav, nebo pokud to je ve vhodné dobu. Třeba když spinkají, tak počkám, někdy už jsou přebalení po vizitě.

Byly informace o ošetřování dětí jednotné?

Nelišily se v ničem zásadním, ale spíše se doplňovaly. Protože jsou to moje první děti, tak nemám moc znalostí, co se týká péče o děti. Informace se postupně skládají. Třeba jsem nevěděla, jak je důležité holčičky utírat seshora dolů. Ted' už jsem zase chytřejší.

Myslíte si, že Vám zapojení se do péče o Vaše děti pomohlo ve vytváření vzájemného vztahu?

Ano, zeptám se jich, až jim bude deset!

V jakém smyslu?

Je to pořád o tom samém. Cítím se tak jako máma. Dotyky jsou dobré, ale najednou jsem zjistila, že nestačí a že potřebuju dělat něco víc.

Které informace týkající se péče o vaše děti Vás zajímají nejvíce?

Řekla jsem si, že se nebudu dívat dopředu a řešit, co bude. Žiju malými úspěchy a pokroky, abych situaci zvládla. A pro ten dnešek dost informací mám a zatím mi žádné nechybí.

Jakou formou Vám byly informace podávány?

Ústně.

Pamatovala jste si takto podávané informace?

Tak vy jste mi, to, co jsem potřebovala vědět, několikrát zopakovali. Takže ano.

Jak hodnotíte přístup ošetrovatelského personálu k Vám a k Vašemu dítěti?

Jedním slovem skvělý.

Jaká byla Vaše očekávání na chování sester?

Nebyla žádná, myslela jsem si, že tady budete zaměřeni více na děti, ale všichni jste tu ke mně hodně vstřícní.

Co Vám v přístupu vadí?

Jediná věc. Zjistila jsem, že když se s něčím svěřím jedné sestře, tak se se to pak dozví i další, že si to řeknou.

Nemůže to být tím, že je to součástí naší práce a snažíme se, zachovat kontinuitu péče? Jsme zvyklé si všechny informace předávat.

Asi je to součástí vaší práce, já to ani nijak výrazně negativně nehodnotím.

V jaké oblasti by se podle Vás mělo chování zdravotnického personálu změnit?

Myslím, že by se nic měnit nemělo. Mně hrozně vyhovuje, že třeba lékaři neříkají žádné prognózy, výhledy, ale řeší aktuální stav. Na to se soustředím.

A sestry?

Je to dost složité. Jsem tu už sedm týdnů, za tu dobu jsem poznala, že chování a jednání některých sestřiček je mi bližší, některých méně. Když mám problém, tak si i trochu vyberu, za kým jít. Vám je taky určitě nějaká mamina sympatičtější než jiná. To je asi přirozené. Lidské. Vy to máte těžké, pořád dokola trpělivě opakujete to samé. Kolik maminek se vás pořád ptá na to samé? Za to máte můj obdiv.

Děkuji Vám za rozhovor, moc jste mi pomohla. Přeju Vám, ať Vám děti rostou tak hezky jako dopsud.

9.3 Rozhovor 3

Kazuistika: Dítě z rizikové gravidity. Matka byla nejprve hospitalizována na gynekologii pro hrozící potrat. Po předčasném odtoku plodové vody byla přeložena do perinatologického centra, kde byl z důvodu patologického záznamu na CTG proveden císařský řez. Dítě se narodilo ve 24. týdnu gestace tedy na samé hranici životaschopnosti. Jeho porodní hmotnost byla 550 g. Dlouhou dobu byla nutná ventilační podpora. Zdravotní stav se v průběhu hospitalizace zkomplikoval i nekrotizující enterokolitidou. Bylo nutné

provést dočasnou ileostomii. Matka byla s dítětem téměř trvale po dobu čtyř měsíců hospitalizovaná na oddělení. Laktaci se podařilo úspěšně rozběhnout. V době rozhovoru jsou společně na pokoji rooming – in a po další operaci (zanoření stomie) čekají na propuštění do domácího prostředí.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Grohmannová a studuji na Západočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Jako součást své závěrečné práce provádím výzkumné šetření týkající se kvality předávání informací nás sester Vám maminkám. Cílem práce je odhalení případných nedostatků, které my sestry již nevnímáme. Myslím, že Váš subjektivní pohled nám může pomoci. Mohu Vám položit několik otázek?

Dobrý den. Samozřejmě.

Kdy Vám byly podány první informace o odstříkávání mateřského mléka?

Informace nám byla podaná hned při první návštěvě panem doktorem. Sestřičky mi potom vysvětlily ty praktické věci, jak na to.

Byl Vám vysvětlen význam odstříkávání mateřského mléka?

Ano, bylo nám vysvětleno, že mateřské mléko je důležitý pro vývoj miminka.

Jaké informace jste v oblasti odstříkávání mateřského mléka postrádala?

Postrádala jsem například informace o tom, jak často mléko odstříkávat, jak se mléko uskládá a na jak dlouho! A jestli se mléko dále upravuje nebo se dává přímo od matky! To jsem se pak dozvěděla až postupně, když jsem se ptala.

Byly Vám zodpovězeny všechny Vámi kladené dotazy?

Ano, vždy mi byly zodpovězeny mé veškeré dotazy.

Hledala jste informace o odstříkávání mateřského mléka z jiných zdrojů?

Já osobně jsem nehledala žádné jiné informace. Vždy mi stačily rady od sestřiček na oddělení. Byly dostačující a uspokojujivé.

Cítila jste podporu v této oblasti ze strany zdravotnického personálu?

Ano, od převážné většiny sestřiček jsem cítila podporu.

Jak se podpora zdravotnického personálu projevovala?

Projevovala se úsměvem, psychickou podporou, vše mi bylo vždycky srozumitelně vysvětleno. A dále pak celkovou vynikající péčí personálu. Pro mě to znamená moc.

Kdy proběhla Vaše první návštěva na oddělení u dítěte?

První návštěva u našeho miminka proběhla druhý den po porodu.

Byl Vám kontakt s dítětem aktivně nabídnut personálem?

Ano kontakt mi byl nabídnut personálem. Doktor mi řekl, že jestli chci, tak si ho můžu pohladit. Sestřička mi pak ukázala, jak se otvírá inkubátor. Překvapilo mě, jaké tam měl horko.

Kdy jste si ho mohla poprvé pohladit?

Hned první den nám bylo dovoleno si přiložit ruku na miminko.

Co jste cítila při prvním kontaktu?

Cítila jsem nervozitu, strach, zoufalství. Zoufalá jsem byla z toho, co miminko všechno čeká.

Setkala jste se s pojmem pozitivní dotyky?

Ano, bylo mi vysvětleno, že dotyky rodičů jsou pro mimča velmi důležité. Aby jim bylo dobře, aby se uklidnily, aby měly pocit, že jsou v bezpečí.

Hledala jste informace o pozitivních dotecích z jiných zdrojů než u zdravotníků?

Nikde jinde jsem žádné jiné informace nehledala, byl jich dostatek od personálu.

Jak často jste se mohla dotýkat svého dítěte?

Miminka jsem se mohla dotýkat každou návštěvu.

Cítila jste podporu v oblasti kontaktu s dítětem ze strany zdravotníků?

Ano, podpora zdravotníků byla velká.

Jak se projevovala?

Projevovala se radou, jak správně mají doteky vypadat, co miminku dělá dobře a naopak. Nejdřív mě sestřičky vždycky vybízely, ať si ho pohladím, asi po týdnu už ani nemusely.

Kdy jste si prvně chovala své dítě?

Své dítě jsem si pochovala až po dlouhé době vzhledem ke zdravotnímu stavu miminka. Bylo to až po dvou a půl měsíci. Po zlepšení zdravotního stavu jsme začali každý den klokánkovat. To bylo nádherné.

Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů u dítěte důležitá již na JIRP?

Přítomnost rodičů je určitě důležitá! Moc.

Proč?

Pro ten každodenní kontakt s miminkem. Mám pocit, že se tvoří rodičovské pouto! Ze začátku jsem tam potřebovala být s ním, aby věděl, že není sám. Dlouho mi i trvalo, než jsem poprvé jela na víkend domů. Ale musela jsem, kvůli staršímu synovi. Ten byl z mé nepřítomnosti doma pak už trochu smutný.

Kdy Vám bylo prvně umožněno podílet se na péči o Vaše dítě?

Jak jen to bylo možné, sestřičky mi vysvětlily jak pečovat o miminko. Myslím, že dřív bych se asi bála.

Jakým způsobem jste se mohla podílet na péči o své dítě?

Měřila jsem teplotu, přebalovala, v mém případě jsem se učila, jak ošetřit stomii.

Čeho jste se nejvíce obávala?

Zpočátku jsem se obávala, abych miminku v inkubátoru nevytrhla zavedené hadičky a pak samozřejmě to ošetření stomie. Bylo to trochu náročnější, ale zvládli jsme to.

Byla Vám zdravotnickým personálem nabídnuta možnost ošetřovat dítěte při každé návštěvě?

Pokud to dovolil zdravotní stav miminka, mohla jsem si ho ošetřovat. Vždycky jsem se na to těšila, člověk měl pocit, že alespoň něco pro to své miminko dělá.

Byly informace o ošetřování dítěte jednotné?

Informace byly jednotné. Neuvědomuju si, že by mě něco zarazilo, že by si někdo vyloženě protirečil.

Myslíte si, že Vám zapojení se do péče o Vaše dítě pomohlo ve vytváření vzájemného vztahu?

Ano, určitě každý kontakt s miminkem byl pro nás přínos. Měli jsme velkou radost z každého pochování. Každé další přebalování bylo snadnější. Nedovedu si představit, že bych to nedělala.

Které informace týkající se péče o Vaše dítě Vás zajímaly nejvíce?

Zajímaly mě veškeré informace o péči o mé miminko. O přebalování, koupání, kolik přibral, jak spal, jestli plakal. Všechno.

Jaké informace Vám úplně chyběly?

Nechyběly mi žádné informace, na cokoli jsem se ptala, mi bylo vysvětleno.

Jakou formou Vám byly informace podávány?

Informace mi byly podány některé v psané podobě, ale hlavně ústně od personálu.

Pamatovala jste si informace podávané ústně?

Ano, ústně podané informace jsem si pamatovala. Ale stejně jsem se ptala pořád dokola.

Jak hodnotíte přístup ošetřovatelského personálu k Vám a Vašemu dítěti?

S péčí o mě a mé miminko jsem byla moc spokojená.

Jaká byla Vaše očekávání?

Mé očekávání od personálu se splnilo, bylo velice dobré. Jen v jednom případě se mi nelíbila náladovost sestry. Ale to byla opravdu jen jedna z mnoha.

V jaké oblasti by se mělo chování ošetrovatelského personálu změnit?

Myslíme si, že na JIRP v Plzni není co měnit na ošetrovatelském personálu.

Děkuji Vám moc za Váš čas.

8.4 Rozhovor 4

Kazuistika: Dítě z rizikové gravidity, gemini, matka čtrnáct dní hospitalizována na gynekologii, provedena maturace plic plodů. Porod ve 25. týdnu gestace, z důvodu krvácení proveden císařský řez. Porodní hmotnost 550 g. Jedno z dvojčat (porodní hmotnost 620 g) devátý den po porodu zemřelo na komplikace způsobené nekrotizující enterokolitidou. Druhé dítě prodělalo také nekrotizující enterokolitidu a po operaci mu byla vyvedena dočasná ileostomie. Dítě bylo propuštěno do domácí péče po devatenácti týdnech hospitalizace. Matka byla téměř po celou dobu hospitalizována s dítětem. Rozhovor proběhl po předchozí e-mailové domluvě v Centru vývojové péče, kam bylo dítě pozváno na prohlídku.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Grohmannová a studuji na Západočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Jako součást své závěrečné práce provádím výzkumné šetření týkající se kvality předávání informací nás sester Vám maminkám. Cílem práce je odhalení případných nedostatků, které my sestry již nevnímáme. Myslím, že Váš subjektivní pohled nám může pomoci. Mohu Vám položit několik otázek?

Samozřejmě.

Kdy Vám byly podány první informace o odstříkávání mateřského mléka?

Druhý den po porodu, kdy jsem navštívila svoje dcerky.

Byl Vám vysvětlen význam odstříkávání mateřského mléka?

Ano, staniční sestrou.

V čem podle Vás význam odstříkávání mateřského mléka spočívá?

Odstříkávání je důležité pro mamku, aby se nedostal zánět v prsou nebo tvrdnutí. Hlavně když má mléka hodně. Já jsem ho měla od samého začátku moc. Čím častěji se odstříkává, tím větší množství mléka je, teda alespoň u mě to tak bylo. Mléčko je velice důležité pro mimi. Jsou v něm důležité živiny, vitamíny a podobně.

Jaké informace jste v oblasti odstříkávání mateřského mléka postrádala?

Žádné, vše mě bylo velice dobře vysvětleno, poskytnuty letáky, které byly k dispozici na pokoji pro maminky.

Byly Vám zodpovězeny všechny Vámi kladené dotazy?

Ano, i později, znovu a znovu. Pořád jsem se na něco ptala.

Hledala jste informace o odstříkávání mateřského mléka z jiných zdrojů?

Ano, jsem už taková, potřebuju pořád spoustu informací.

Mohu vědět z jakých zdrojů jste čerpala?

Četla jsem články na internetu, časopisy Maminka, Betyнка.

V čem se lišily od informací podávaných zdravotníky?

Odlišnosti nebyly, vše je na stejném principu, jenom možná jinými slovy.

Cítila jste podporu v této oblasti ze strany zdravotnického personálu?

Každý den mě personál, doktoři a hlavně sestřičky podporovali, stačil jejich upřímný pohled, trpělivost na moje nálady, kladný přístup k mimi a k nám rodičům. Já ze začátku byla vykulená, nechápala jsem co se děje, uklidnění přišlo časem, postupně v malých dávkách. Kdysi jsem viděla pořad o nedonošených dětech, strašně mě zaujal. Ta práce zdravotníků, jak bojují. Nikdy mě nenapadlo, že i já se tam ocitnu, mezi narozením, smrtí, nadějí, láskou.

Kdy proběhla Vaše první návštěva na oddělení u dítěte?

Druhý den po porodu. Rodila jsem císařským řezem. Byl to velký šok.

Byl Vám kontakt s dítětem aktivně nabídnut personálem?

Ano. Ze začátku to byly jen malé bojácné, nepatrné doteky, postupem času díky sestřičkám jsem malou dokázala vnímat, jen u ní v inkubátoru mít ruku, na tělíčku se jí něžně dotýkat. Myslím, že se tomu říká motýlkování.

Kdy jste si ho mohla poprvé pohladit?

Přesně si to na den nepamatuji, ale bylo to v době, kdy žily obě moje holčičky.

Co jste cítila při prvním kontaktu?

První dotyk? Byla jsem vyklepaná, postupem toho odpoledne jsem ale získala jistotu a dokázala jsem obě holčičky pohladit v klidu.

Setkala jste se s pojmem pozitivní dotyky?

Ano.

Měla jste dostatek informací týkajících se pozitivních dotyků?

Ano, měla, četla jsem knížku, internet a hlavně sestřičky o tom mluvily.

Takže jste hledala informace o pozitivních dotecích z jiných zdrojů než u zdravotníků?

Ano, v knížce, na internetu.

Mohu vědět v jaké knížce?

Skvělá knížka je: Narodilo se předčasně. Tu jsem četla opakovaně.

Jak často jste se mohla dotýkat svého dítěte?

Byla jsem ubytovaná celou dobu u vás na oddělení, tedy návštěvy třikrát denně, ráno, odpoledne a večer. A při každé návštěvě jsem si mimi hladila.

Cítíte podporu v oblasti kontaktu s dítětem ze strany zdravotníků?

Ano, podpora byla ta největší. Sestry se snažily vždy, když to šlo, abych se malé mohla dotýkat.

Kdy jste si prvně chovala své dítě?

Bylo to dlouho po porodu. Ostatní mamči, které byly se mnou na pokoji, už klokánkovaly, já trpělivě čekala, protože naše maličká byla opravdu maličká. Na ten den, kdy jsme mohly i my dvě, nikdy nezapomenu. Od toho dne se mazlíme každý den. Je to nádherný pocit.

Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů u dítěte důležitá již na JIRP?

Důležitá určitě, dítě cítí personál, ale máma a táta je něco jiného. Maminku pozná podle vůně a postupně tatínka.

Kdy Vám bylo prvně umožněno podílet se na péči o Vaše dítě?

Postupem času, nevím, kdy jsem prvně přebalovala, malá měla stomii a tak jsem se jí pomalu učila čistit a pečovat o její břicho.

Jakým způsobem jste se mohla podílet na péči o své dítě?

Přebalování, péče o stomii a krmení, pak na druhém patře celá péče o malou.

Čeho jste se nejvíce obávala?

Bála jsem se, ať jí neublížím, byla tak maličká. Po skonu druhé dcerky, jsem měla největší strach, aby vše dobře dopadlo a já si aspoň jednu holčičku odvezla domů.

Byla Vám zdravotnickým personálem nabídnuta možnost ošetřovat dítěte při každé návštěvě?

Pokud to zdravotní stav umožnil, tak ano. Třeba, když byla těsně po operaci, tak jsem nic dělat nechtěla, jen jsem jí držela. Bála jsem se, aby jí to nebolelo.

Byly informace o ošetřování dítěte jednotné?

Vždy jednotné, pokud bylo něco složitějšího, informace podával ošetřující lékař.

Myslíte si, že Vám zapojení se do péče o Vaše dítě pomohlo ve vytváření vzájemného vztahu?

Ano určitě, pokud se mimi narodí brzo a tak malinké, ten vztah se vytváří postupně. Třeba já cítila ze začátku obrovský strach a nejistotu. Chce to mít nervy v pořádku, protože naše heslo zní spokojená maminka, spokojené miminko. To se nám opravdu potvrdilo.

Které informace týkající se péče o Vaše dítě Vás zajímaly nejvíce?

Ze začátku váha, délka, kolik papá, ale postupem času jak dýchá, jestli kaká, čůrá, důležité bylo prospívání.

Jaké informace Vám úplně chyběly?

Informace byly dostačující.

Jakou formou Vám byly informace podávány?

Ústně.

Pamatovala jste si informace podávané ústně?

No pamatovala, protože jsem je hlásila manželovi a zapisovala do mého počítače.

Měla jsem na mysli spíše to, jak jste si pamatovala postupy při ošetřování dítěte, přebalování, měření tělesné teploty?

Tak to ano, dělala jsem to párkrát pod dohledem sestřiček a pak se mi to dostalo do krve a šlo to samo.

Jak hodnotíte přístup ošetřovatelského personálu k Vám a Vašemu dítěti?

Přístup? Jen ten nejlepší na špičkové úrovni.

Jaká byla Vaše očekávání?

Očekávání, že vše se v dobré obrátí a naděje umírá poslední. Ve vztahu k sestřím jsem snad ani žádná očekávání neměla.

Co Vám vadilo?

Moje nejistota, nervozita, to co se stalo. Ale přes to, co jsem prožila, jsem potkala velice hodné lidi.

Já myslela spíše, co vám vadilo na přístupu personálu, v jaké oblasti by se třeba mělo chování ošetřovatelského personálu změnit?

Změnit asi není co, jsou to báječní lidé, do své práce dávají vše, hlavně lásku a naději. Každý den si vzpomenu a děkuji Všem, mám doma poklad a oni to vybojovali. Moc děkuji.

Já Vám také moc děkuji za upřímnost a čas, který jste mi věnovala. Přeju Vám, aby Vám Vaše děťátko dělalo jen samou radost. Na shledanou.

8.5 Rozhovor 5

Kazuistika: Děti z rizikové gravidity, dvojčata a předčasný odtok plodové vody. Matka před porodem hospitalizována na gynekologii. Porod proběhl ve 25. týdnu gestace. Porodní hmotnost dětí byla 540 g a 610 g. Matka byla téměř po celou dobu hospitalizována s dětmi na oddělení. Po třinácti týdnech byla s dětmi propuštěna domů. Rozhovor proběhl v Centru

vývojové péče (po předchozí e-mailové domluvě), kam se matka a děti dostavily na prohlídku.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Grohmannová a studuji na Západočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Jako součást své závěrečné práce provádím výzkumné šetření týkající se kvality předávání informací nás sester Vám maminkám. Cílem práce je odhalení případných nedostatků, které my sestry již nevnímáme. Myslím, že Váš subjektivní pohled nám může pomoci. Mohu Vám položit několik otázek

Dobrý den, rádi Vás opět vidíme, jistě.

Kdy Vám byly podány první informace o odstříkávání mateřského mléka?

Informace mi byly podány hned druhý po sekci. Přišla jsem se podívat na děti a sestra mi říkala, jak mám odstříkávat.

Byl Vám vysvětlen význam odstříkávání mateřského mléka?

Ano byl, při té první návštěvě.

V čem podle Vás význam odstříkávání mateřského mléka spočívá?

Podle mě je to nutné k nastartování a poté k udržení laktace, což je pro dítě po narození to nejdůležitější, zejména pak pro předčasně narozené. To aby mělo vlastní mlíčko.

Jaké informace jste v oblasti odstříkávání mateřského mléka postrádala?

Nepostrádala jsem žádné informace, neuvědomuji si, že by mi nějaké informace chyběly. Když jsem se na něco ptala, vše mi bylo zodpovězeno.

Hledala jste informace o odstříkávání mateřského mléka z jiných zdrojů?

Hledala na různých internetových stránkách, ale ne že bych jich měla málo, spíše jen tak pro svůj přehled a pro úplnost.

V čem se lišily od informací podávaných zdravotníky?

Nelišily se ničím. Žádný rozdíl si neuvědomuji.

Cítila jste podporu v této oblasti ze strany zdravotnického personálu?

Ano, cítila. Projevovala se v mém případě uklidňováním. Laktace se rozjela po delší době, nicméně v malém množství.

Kdy proběhla Vaše první návštěva na oddělení u dítěte?

První návštěva proběhla druhý den po sekci, přivezl mě přítel.

Byl Vám kontakt s dítětem aktivně nabídnut personálem?

Ano, kontakt mi byl aktivně nabídnut ze strany personálu. Sestra i lékař mi říkali, ať si je pohladím. Tak jsem neváhala.

Co jste cítila při prvním kontaktu?

Především radost, že zvládli tak maliččí příchod na svět. A pak taky strach, jak to všechno zvládneme.

Setkala jste se s pojmem pozitivní dotyky?

Ano, setkala, je to kompenzace nepříjemných zážitku, které mají v nemocnici. Našla jsem si to také na internetu.

Máte dostatek informací týkajících se pozitivních dotyků?

Informací mám dostatek. Sestřičky o tom asi nemluvily jako o pozitivních dotycích, ale při každé návštěvě říkaly, ať si je pohladím, tak to potom bylo už takové automatické. Prostě je držet za ruku, hladit.

Jak často jste se mohla dotýkat svého dítěte?

Po dobu návštěv, které byly třikrát za den, kdykoliv.

Cítila jste podporu v oblasti kontaktu s dítětem ze strany zdravotníků?

Ano, cítila.

Jak se projevovala?

Projevovala se především povzbuzováním v kontaktu s dítětem. Zpočátku jsem čekala, jestli můžu. Později jsem žádnou podporu nepotřebovala a moc se na to těšila.

Kdy jste si prvně chovala své dítě?

Bylo to zhruba po pěti, šesti týdnech hospitalizace přesně si to nepamatuji. Když se zbavili přístroje na dýchání. Klokánkovali jsme.

Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů u dítěte důležitá již na JIRP?

Myslím si, že je to zcela individuální. Podle mého názoru záleží na povaze maminky, jak celou věc zvládá. Další věc je mateřské mléko, dle mne je nejvíce platné čerstvé. Když ho miminko potřebuje, pak je přítomnost matky důležitá. Nepočítám kojící matky kuřačky.

Kdy Vám bylo prvně umožněno podílet se na péči o Vaše dítě?

Myslím, že asi tak po šesti týdnech. Možná trochu dřív, než jsme začali chovat.

Jakým způsobem jste se mohla podílet na péči o své dítě?

Mohla jsem přebalovat a také měřit tělesnou teplotu.

Čeho jste se nejvíce obávala?

Obávala jsem se převrácení miminka v inkubátoru z břicha na záda, to bylo asi pro mě nejtěžší.

Byla Vám zdravotnickým personálem nabídnuta možnost ošetřovat dítě při každé návštěvě?

Ano, byla. Už to byl potom takový náš rituál. Změřit, přebalit, pochovat, najíst, pomazlit se, byla to nejhezčí doba z celého dne.

Byly informace o ošetřování dítěte jednotné?

Informace byly jednotné.

Myslíte si, že Vám zapojení se do péče o Vaše dítě pomohlo ve vytváření vzájemného vztahu?

Ano, pomohlo. Snad každá máma chce pečovat o své dítě, o to víc v takové situaci. Navíc jsem chtěla, aby mne mé dítě poznalo. Že jsem tu s ním, že není samo v inkubátoru.

Které informace týkající se péče o Vaše dítě Vás zajímaly nejvíce?

Zajímalo mě vše. Jsou to moje první děti, tak jsem byla za všechny rady vděčná.

Jaké informace týkající se ošetřování dítěte Vám zcela chyběly?

Nechyběly mi asi žádné informace. Co potřebuju, vím.

Jakou formou Vám byly informace podávány?

Informace mi byly podávány pouze ústně, některé jsem si nechala zopakovat, abych je hned nezapomněla. Ale nikdy to nebyl problém.

Jak hodnotíte přístup ošetřovatelského personálu k Vám a Vašemu dítěti?

Přístup hodnotím velmi kladně.

Jaká byla Vaše očekávání?

Očekávání? Tak ta jsem neměla žádná. Ocitla jsem se ze dne na den v jiném světě, vůbec jsem nevěděla, co mohu očekávat.

Co Vám vadilo?

Co mi vadilo, byly sestřičky silné kuřačky, které měly na starost mé děti. I přes veškerá hygienická opatření byly načichlé nikotinem a takto pak ošetřovaly děti. I když na oddělení kolovaly tištěné informace pro matky kuřačky, s vysvětlením, jak moc je pro takto malé děti nevhodný kontakt minimálně třicet minut po dokouření cigarety. Upozorňuji, že kuřáci mi nevadí, i já jsem byla kuřákem a také z toho velkého počtu personálu na obou odděleních bych poznamenala, že se jednalo pouze o dvě takovéto kuřačky. Ale všimla jsem si toho a vadilo mi to.

Řešila jste to?

To jsem si netroufla. Přejde mi to dost osobní. Ale třeba jim to teď dojde, když si to přečtou.

V jaké oblasti by se mělo chování ošetrovatelského personálu změnit?

Chování ošetrovatelského personálu mi přišlo v pořádku, u některých jsem si všimla trochu zanedbávání v oblasti nařízené přísné hygieny rukou, ale jako vše. Vždy je to hlavně o lidech. Po té profesní stránce, jak ze strany lékařů, tak ze strany ošetrovatelského personálu, jsme byli spokojeni na 100 %. S velkým uznáním všem, kteří na těchto pracovištích pracují.

Děkuji Vám za rozhovor, moc jste mi pomohla. Přeju Vám i dětem jen to nejlepší.

8.6 Rozhovor 6

Kazuistika: Dítě narozené ve 29. gestačním týdnu. Gravidita probíhala nekomplikovaně, ve 28. týdnu se u matky objevila hypertenze a otoky dolních končetin, byla proto hospitalizována na oddělení rizikových a patologických těhotenství. Třetí den hospitalizace bylo těhotenství pro patologický záznam na CTG ukončeno císařským řezem. Porodní hmotnost dítěte byla 995 g. Laktace se u matky úspěšně rozběhla. V době rozhovoru váží dítě již 1750 g. Postupně začíná se samostatným pitím. Matka dochází pravidelně dvakrát denně na návštěvy.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Grohmannová a studuji na Západočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Jako součást své závěrečné práce provádím výzkumné šetření týkající se kvality předávání informací nás sester Vám maminkám. Cílem práce je odhalení případných nedostatků, které my sestry již nevnímáme. Myslím, že Váš subjektivní pohled nám může pomoci. Mohu Vám položit několik otázek?

Můžete, jistě.

Kdy Vám byly podány první informace o odstříkávání mateřského mléka?

Byla jsem docela překvapená, jak to bylo brzy. Rodila jsem ráno, ještě ten den za mnou byla sestřička, pak mi přišel pan doktor říct, co je s miminkem a druhý den, přišla zase sestřička a říkala mi zase o odstříkávání. Bylo to moc příjemné, hlavně psychicky, protože po porodu mi řekli, že mám holčičku a tím, že jste za mnou takhle chodili, jsem věděla, že žije a je pokud možno v pořádku. Byla jsem za to moc ráda.

Byl Vám vysvětlen význam odstříkávání mateřského mléka?

Ano, byl.

V čem podle Vás význam odstříkávání mateřského mléka spočívá?

Pro miminko je to důležité pro výživu. A je to důležité, aby se ta tvorba mlíčka rozběhla. Bez toho bychom neměli šanci jednou kojit.

Jaké informace jste v oblasti odstříkávání mateřského mléka postrádala?

Nepostrádala jsem nic, všechno mi sestřičky řekly a taky jsem dostala informační leták, kde byl popsán postup, jak prsa masírovat a jak správně odstříkávat. Podle toho jsem se řídila.

Byly Vám zodpovězeny všechny Vámi kladené dotazy?

Ano. Vždycky.

Hledala jste informace o odstříkávání mateřského mléka z jiných zdrojů?

Neměla jsem potřebu hledat jinde, informace od vás mi úplně stačily. Já už mám druhé dítě, tak jsem věděla co a jak.

Cítila jste podporu ze strany zdravotnického personálu v této oblasti?

To ano, bylo to fajn. Vždycky když jsem přinesla pár kapiček ve stříkačce, tak mě sestry pochválily a bylo hezké vidět, že jí to mlíčko hned daly do sondičky. Měla jsem pocit, že dělám platnou práci, že dělám něco důležitého pro malou. I když je pravda, že já asi moc podporovat nepotřebovala, jak už mám druhé dítě, tak jsem byla přesvědčená, že budu kojit, chtěla jsem pro to udělat všechno.

Kdy proběhla Vaše první návštěva na oddělení u dítěte?

Bylo to až za dva dny, kvůli vysokému tlaku jsem ležela na pooperačním pokoji déle. Když mě pak přeložili na normální pokoj a přišel manžel na návštěvu, tak mě dovezl za malou.

Kdy jste si ho mohla poprvé pohladit?

Hned při první návštěvě. Sestřička mi řekla, že jí dělá dobře, když si na ní položím ruku, tak jsem jí držela za ramínko.

Co jste cítila při prvním kontaktu?

Nevím, jestli se to tak dá popsat, ale určitě trochu strach, šok z toho jak je malá, ale bylo to na druhou stranu moc příjemné dotýkat se jí. Taky jsem se bála všech těch hadiček a kanyl, co tam měla, abych jí třeba něco nevytáhla.

Setkala jste se s pojmem pozitivní dotyky?

Myslím, že ano. Je to tak, že když je miminko neklidné a já si na něj dám ruku, tak se uklidní, protože je v těsném prostředí, jako když před porodem bylo v bříšku. Prostě když je neklidné, tak ho nehladit, ale spíš držet.

Máte dostatek informací týkajících se pozitivních dotyků?

Asi ano, nevím, co bych ještě chtěla vědět víc.

Hledala jste informace o pozitivních dotecích z jiných zdrojů než u zdravotníků?

Ne, sestry se pořád ptaly a ptají, jestli něco nepotřebuju vědět, neměla jsem potřebu hledat něco víc.

Jak často se můžete dotýkat svého dítěte?

Při každé návštěvě. Vždycky se na to moc těším. Za tu dobu jsem tu nebyla asi jen dvakrát, to sem manžel vždycky vezl mlíčko a já zůstala doma, ale když se za ním zavřely dveře už jsem si říkala, že jsem asi přece jen měla jet taky. A bylo mi to líto. Tak teď jezdím pokaždé.

Cítíte podporu v této oblasti ze strany zdravotníků?

Ano, určitě, to máte jako s tím mlíčkem, když se vlastně cizí člověk s vámi raduje, že jste přinesla pár kapek mlíčka a stará se, jak vám to jde. To mě překvapilo a potěšilo. Je vidět, že tu práci děláte rádi.

Kdy jste si prvně chovala své dítě?

Přesně už to nevím, ale bylo to na mě hodně brzo, určitě jsem to ještě nečekala, když se nás sestřička jednou zeptala, jestli si budeme chtít malou pochovat. Byla maličká, měla ještě kanyly, měla jsem zase trošku takové obavy, abych jí něco neprovedla. Ale pak to bylo krásné, cítila jsem jí na sobě, že taky něco váží a najednou už mi nepřišla tak maličká.

Myslíte si, že je přítomnost matky/rodičů u dítěte důležitá již na JIRP?

Ano, je.

Proč?

Pro tu mámu, aby se cítila mámou. Já se vždycky na malou hrozně těším, nemůžu se dočkat, až bude ráno, abych jí mohla pohladit, těším se na nové informace, kolik přibrála a tak. Mám ještě dvanáctiletou dceru a ta se na ni taky moc těší. Je škoda, že ji zná jen z fotek. Bylo by fajn, kdyby jí mohla vidět, protože, takhle ví, že má sestřičku jen z vyprávění a z fotek. Ale věříme, že už budeme brzo všichni spolu doma.

Kdy Vám bylo prvně umožněno podílet se na péči o Vaše dítě?

Tak to taky přesně nevím, bylo to asi tak před měsícem.

To bylo miminku tak čtrnáct dní?

Ano, tak nějak. Poprvé jsem měřila teplotu a přebalovala. Trochu jsem se bála, neměla ještě ani kilo.

Jakým způsobem se podílíte na péči o své dítě?

Měříme teplotu, přebalujeme, děláme tu orální stimulaci, aby se naučila sát. Střídáme se s manželem, jeho to taky moc baví.

Čeho jste se nejvíce obávala?

Tak samozřejmě toho, jak byla maličká, působila tak křehce, bála jsem se jí zvednout nožičky, když jsem měnila plenku. A taky měla všelijaké kanyly, to jsem měla strach, abych něco nevytáhla.

Ještě se bojíte?

Ne, ne, rychle jsem si zvykla, teď už to všechno s přehledem zvládáme, i když je pravda, že od té doby pořádně přibrala a zbavila se hadiček.

Je Vám zdravotnickým personálem nabídnuta možnost ošetřovat dítěte při každé návštěvě?

Ano, já vždycky počkám a buď mi sestřička řekne, že můžu, nebo se zeptám. Když není zrovna po vizitě, už přebalená, tak to udělám.

Byly informace o ošetřování dítěte jednotné?

Ano, možná to každá sestřička říká trochu jinými slovy, ale smysl zůstává stejný.

Myslíte si, že Vám zapojení se do péče o Vaše dítě pomohlo ve vytváření vzájemného vztahu?

Ano, to určitě.

V jakém smyslu?

Já mám takový názor, že kdybych tu nemohla s malou být a nemohla bych se o ni starat, necítila bych se snad ani jako matka.

Které informace týkající se péče o Vaše dítě Vás zajímaly nejvíce?

Tak samozřejmě co je nového s malou, jestli je všechno v pořádku. Jestli přibrala a tak.

A ty, které se týkaly péče? Chyběly Vám třeba nějaké informace?

Ne, já myslím, že vím, co potřebuju. Beru vše tak jak to přichází a momentálně víc nepotřebuju vědět.

Jakou formou Vám byly informace podávány?

Většinou ústně, jen to mlíčko, to jsem od vás dostala letáček, kde to bylo hezky popsáno.

Pamatovala jste si informace podávané ústně?

Já jsem s tím problém neměla, ale měla jsem i jisté zkušenosti s kojením a tak. Možná pro někoho, kdo má první dítě je, je to horší. Když jste v šoku z celé té situace a to mi věřte, že jako máma jste, a najednou dostáváte spoustu informací, tak je toho hodně, a musí to být těžké všechno si pamatovat. Ale sestřičky se ptají a když něco potřebuju vědět, tak vysvětlí znovu.

Jak hodnotíte přístup ošetřovatelského personálu k Vám a k Vašemu dítěti?

Za sebe, a myslím že i za manžela, musím říct, že k péči o naši holčičku nemáme ani jednu připomínku. Hodnotím ho velmi kladně.

Jaká byla Vaše očekávání týkající se chování sester k Vám?

Víte, já ani žádná očekávání neměla. Těhotenství bylo v klidu, pak se to najednou tak semlelo a po třech dnech už jsem byla po porodu. Nic jsem neočekávala. Ale líbí se mi chování sester k dětem. Víte, když tu miminko zapláče a sestřička k němu hned jde a pochová ho, je vidět, že tu práci dělá s láskou. To jsem pak i já klidnější, že se mi tu o moje dítě dobře postaráte, když tu zrovna nejsem.

Vadí Vám něco na chování sester?

Ne, nevadí, já jsem hodně přizpůsobivá a jsem zvyklá spokojit se se vším tak, jak to je. Ale i když víc přemýšlím, nic mi nevadí a jsem spokojená.

Mělo by se v něčem chování ošetrovatelského personálu změnit?

Jak jsem řekla, já jsem spokojená, takže bych nic neměnila.

Děkuji Vám za rozhovor, moc jste mi pomohla. Mějte se hezky a ať jste s malou brzy doma.

9 DISKUSE

V bakalářské práci se zabýváme problematikou spolupráce všeobecných sester a porodních asistentek pracujících na neonatologickém oddělení a matek předčasně narozených dětí. Sestry zde poskytují novorozencům vysoce specializovanou péči, musí zvládat i obsluhu speciální přístrojové techniky. Mohlo by se zdát, že téma spolupráce s rodiči speciálně s matkou, je v jejich práci okrajovou záležitostí. Ale opak je pravdou. Zapojení matek (rodičů) do ošetrovatelské péče o nezralého novorozence je důležité a vzhledem k dalšímu vývoji dítěte i velmi nutné a žádoucí. Spoluprací s matkou (rodiči) dosáhneme komplexní ošetrovatelské péče. Můžeme hovořit o holistickém vnímání potřeb pacienta, v našem případě nezralého novorozence a jeho matky. Holistický přístup k pacientovi je jedním z hlavních znaků moderního ošetrovatelství.

Cílem výzkumného šetření bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu poskytovaných informací matkám, jejichž dítě je hospitalizováno na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Neonatologického oddělení ve FN Plzeň. Dále bylo cílem zjistit, zda je předávání informací ze strany nelékařského zdravotnického personálu dostatečné, jednotné a srozumitelné. Konkrétněji zjistit nedostatky v podávání informací matkám v základních oblastech péče o nezralého novorozence a navrhnout opatření ke zlepšení informovanosti. Na základě informací získaných rozhovory a vlastních zkušeností z práce na JIRP je mým cílem sestavit ucelený edukační materiál pro matky.

První výzkumnou otázkou, kterou jsem si položila bylo, zda jsou matky novorozenců hospitalizovaných na Jednotce intenzivní a resuscitační péče Neonatologického oddělení spokojené s kvalitou a množstvím informací o odstříkávání mateřského mléka podávaných sestrami.

Podpora laktace a edukace v oblasti odstříkávání mateřského mléka je pro sestry pracující na neonatologii velmi podstatnou a téměř každodenní činností. První informace o nutnosti odstříkávání mateřského mléka by matce měly být podány do šesti hodin po porodu. Jak je zřejmé z rozhovorů, tři matky byly edukovány ještě na pooperačním pokoji, tedy velmi brzy po porodu, tři ženy až druhý den během první návštěvy u dítěte. I když jedna matka zmiňuje, že na pooperačním pokoji nebyly vyhovující hygienické podmínky pro odstříkávání mléka, dvě velmi pozitivně hodnotí návštěvu sestry, protože to pro ně bylo zdrojem uklidnění, že jejich děti někde jsou a někdo se o ně stará.

Z výsledků statistiky, kterou vedou kolegyně M. Ďuricová a M. Hemzáčková na oddělení JIP vyplývá, že v roce 2012 bylo při propuštění kojeno nebo jinak krmeno

vlastním odstříkaným mateřským mlékem téměř 65 % novorozenců hospitalizovaných na neonatologické JIRP a JIP ve FN Plzeň. Vzhledem k tomu, že u všech těchto novorozenců byl nástup laktace ohrožen separací dítěte od matky bezprostředně po porodu, považují toto číslo za poměrně úspěšné. Lze z toho vyvodit závěr, že edukace probíhá na dostatečné úrovni. Všechny matky udávají, že jim byl vysvětlen význam odstříkávání mateřského mléka.

Všechny respondentky správně uvádí alespoň jeden důvod, proč je důležité mléko odstříkávat. Z odpovědí je jasné, že personál je v jejich snažení podporuje. Ráda bych zmínila postřeh matky č. 6: *Bylo hezké vidět, že jí to moje mlíčko hned sestry daly do sondičky. Měla jsem pocit, že dělám platnou práci, že dělám něco důležitého pro malou.*

Matka č. 1 uvádí, že jí chyběly některé informace týkající se stravování během odstříkávání a hledala je z jiných zdrojů. Matka č. 3 neměla dostatečné informace o odstříkávání a uchovávání mateřského mléka v domácím prostředí. Aktivně se zeptala sester, které jí edukovaly k její spokojenosti. Odpovědi naznačují, že velké množství informací týkající se laktace není možné vysvětlit najednou. A není v silách matek si veškeré údaje a postupy zapamatovat. Navrhovaným řešením je tedy vypracování edukační brožury, která bude obsahovat kompletní informace o odstříkávání a uchovávání mateřského mléka a stravování matek. Pro potřebu matek máme na oddělení k dispozici v tištěné podobě pouze materiál o správném postupu odstříkávání a brožura by mohla být ucelenějším edukačním materiálem v této oblasti.

Druhá výzkumná otázka zněla: Mají matky novorozenců hospitalizovaných na našem oddělení informace o možnosti využívání pozitivních dotyků?

Sestry pracující na neonatologických odděleních musí znát potřeby novorozence i jeho rodičů – speciálně matky. Navzájem spolu velice úzce souvisí. Předčasně narozené dítě je na jednotce intenzivní péče vystaveno celé řadě negativních stimulů. I když se personál snaží o maximální utlumení světla a hluku, přesto nelze tyto podněty úplně eliminovat. Dítě je také vystaveno celé řadě bolestivých stimulů, které jsou spojeny s invazivními léčebnými a diagnostickými výkony a jsou pro ně zdrojem stresu. Jestliže matku správně edukujeme v oblasti provádění pozitivních dotyků, dítě se v její přítomnosti většinou uklidní a usne hlubokým spánkem. Tento fakt posiluje u ženy uvědomění si mateřské role. Všechny respondentky ve svých rozhovorech uvádí, že u nich během prvních návštěv převládají pocity selhání, strachu, zoufalství. Pokud matce již při první návštěvě ukážeme,

jak je pro své dítě důležitá a jak je pro něj významný její správný dotyk, pomůžeme ji částečně se těchto negativních emocí zbavit.

Velmi podstatné tedy je vysvětlit rodičům hned na začátku význam pozitivního dotyku. Tedy že je to kompenzace nepříjemných a bolestivých vjemů, které vnímají při léčebných a ošetrovatelských výkonech. Myslím, že to výrazně přispěje k vědomí, že mohou jako rodiče něco významného udělat pro své dítě. Mohly by se tím i částečně zmírnit pocity viny, které ženy po předčasném porodu ve většině případů cítí.

Z rozhovorů s matkami jsme zjistili, že první kontakt je nutné rodičům nabídnout. V jejich prožívání se objevuje strach, že by dítěti mohli ublížit, strach z vytažení katétrů. Je třeba je povzbudit. Cítíme-li, že jsou nejistí, můžeme jim pomoci a jejich dlaň na dítě přiložit opatrně sami.

Pozitivní dotyky jsou pro všechny respondentky zdrojem uspokojení. Všechny matky znaly význam pozitivních dotyků pro dítě. Správně udávaly, že se dítě zklidní, cítí se bezpečně. Informace získaly od zdravotníků, ale již se více objevuje odpověď, že si je hledaly i z jiných zdrojů. V této oblasti je tedy nutné apelovat na sestry pečující o nezralé novorozence, aby dostatečně matky v této oblasti edukovaly. Podpora kontaktu je zřejmá u všech matek již při první návštěvě, ale stejně důležité je i vysvětlení významu a popis, jaký typ kontaktu je pro jejich děti nejvhodnější.

Jiným druhem pozitivních dotyků je klokánkování – neboli chování dítěte na nahém hrudníku rodičů. Tato metoda je hodnocena matkami velmi pozitivně. Konečně mohou držet své dítě v náručí a jsou alespoň částečně uspokojeny ve své mateřské roli. U dítěte tento druh pozitivních dotyků saturuje potřebu jistoty a bezpečí, protože slyší známý hlas a tlukot mateřského srdce, cítí její vůni. Proto by ošetroující personál, v jehož kompetenci rozhodnutí o klokánkování je, měl využít tuto metodu, co nejdříve to jde. Na našem oddělení platí, že jakmile je dítě oběhově stabilní a zbaveno závislosti na ventilaci, nabízíme matce tuto možnost.

Z rozhovoru s matkami vyplývá, že při prvním fyzickém kontaktu cítí strach, nervozitu, zoufalství. To mě osobně překvapilo, myslela jsem si, že jsou šťastné, že konečně vidí své dítě a mohou si ho pohladit. Hlavně při prvních návštěvách je tedy nutné, maximálně se matkám/rodičům věnovat.

Matka č. 1 hovoří negativně o užívání odborných výrazů, kterým nerozuměla a které jí v komunikaci se sestrami vadily. Uvádí: *Vy třeba řeknete katétr, ale já nevím, co je to katétr. Lepší by bylo, ta hadička do pupíku. Trochu méně odborně.* Všechny sestry určitě

ví, že komunikace by se měla obejít bez odborných výrazů, protože ty rodiče pouze zmatou nebo vylekají. Bohužel se opět potvrdilo, že tak hovoříme zcela rutinně a nemyslíme na to. Mysleme!

Je třeba si uvědomit, že při první návštěvě probíhá většinou znovu edukace v oblasti odstříkávání mléka. Informací je velké množství. Vzhledem k negativním emocím a stresu, které matky během prvních návštěv udávají ve všech případech, je vnímání informací značně omezeno. Vhodným řešením je podle mého názoru písemný edukační materiál, kde matka nalezne potřebné informace, které si nestihne zapamatovat.

Třetí výzkumná otázka zněla: Jsou matky spokojeny s mírou zapojování se do péče o novorozence?

M. Mrowetz ve své knize *Bonding-porodní radost* zmiňuje výzkum zabývající se očekáváními matek předčasně narozených dětí. Od sester pracujících na neonatologii očekávají hlavně podporu vazby mezi rodiči a dítětem a dále pak podporu a pomoc v péči o dítě. Respondentky našeho výzkumného šetření uvádí, že žádná očekávání týkající se chování a přístupu sester k nim neměly. Skutečnost je většinou příjemně překvapila. Strategie edukace a zapojení matek do péče na neonatologické JIRP ve FN Plzeň se tedy zdá být správnou. Snažíme se o maximální podporu matek hlavně v oblasti odstříkávání mléka a pozitivních dotyků. Postupně je zapojujeme do běžné ošetrovatelské péče a tím je podporujeme v uvědomění si své mateřské role. Jak uvedla matka č. 2: *Dotyky jsou dobré, ale najednou jsem zjistila, že nestačí a že potřebuju dělat něco víc.* Matky během svého pobytu u dítěte měří tělesnou teplotu, přebalují, učí se základní manipulaci s dítětem. Jsou zaučovány a následně provádí orální stimulaci. Všechny respondentky hodnotí tyto možnosti pozitivně. Udávají, že jejich zapojení do péče o dítě je pro ně zdrojem uvědomění si mateřské kompetence. Matky č. 1, 2 a 6 téměř identicky udávají, že jim to pomohlo cítit se matkou. Nemají pocit, že by se mohly na péči podílet více. Pro sestry pracující na neonatologické JIRP je důležité uvědomit si, jak významné tyto činnosti pro matky jsou a snažit se je v maximální možné míře umožnit provádět. Pozitivní je i skutečnost, že informace týkající se ošetřování dítěte byly také podávány jednotně a srozumitelně.

L. Zahradníková (2010) ve své bakalářské práci zmiňuje skutečnost, že zapojení matek do péče pomohlo zmírnit jejich pocit viny, který se projevuje v prožívání. M. Urbanová ve své bakalářské práci *Péče o extrémně nezralého novorozence* (2011) také prováděla ve FN Plzeň kvalitativní výzkumné šetření na téma informovanosti matek o možnosti zapojení se do péče o nezralého novorozence. Z výsledků vyplývá, že matky mají dostatek

informací a jsou schopny se zapojit do ošetrovatelské péče o své dítě. Zmiňuje i skutečnost, že zapojení matek do péče je naplňuje a je zdrojem uspokojení. Výsledky se tedy shodují.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: Vyhovuje matkám současný způsob podávání informací na neonatologické JIRP ve FN Plzeň? Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že všech šest respondentek je spokojeno se způsobem i množstvím informací o možnostech zapojení se do péče o nezralého novorozence.

Jak jsem se již zmínila téměř všechny informace jsou na neonatologické JIRP podávány ústně. Domnívala jsem se, že tento způsob nebude matkám vyhovovat a budou mít potřebu hledat informace z jiných zdrojů. Ani jedna matka však neuvedla, že by jí ústně podávané informace nestačily. Tři matky uvedly, že si doplňovaly informace z internetu nebo časopisů. Matka č. 6 uvádí, že informací bylo velké množství a kdyby neměla předchozí zkušenosti, měla by se zapamatováním problémy. Domnívala jsem se, že díky opakování edukace různými sestrami a díky tomu, že většina informací je podávána ústně, může docházet k rozporům v informovanosti. Ani jedna matka tuhle domněnku nepotvrdila. Informace byly podávány jednotně a srozumitelně.

Z širších souvislostí je ale patrné, že je nutné postupy edukace opakovat několikrát. Může se stát, že některé informace se ke konkrétní matce nedostanou. Vnímání nových informací může být také značně omezeno vlivem stresu. Proto se i nadále domnívám, že vytvoření ucelené edukační brožury je dobrým řešením, které by mohlo ještě zkvalitnit podávání informací.

Velmi pozitivní skutečnost je i ta, že informovanost matek, které jsou hospitalizované společně s dítětem (tři respondentky) i těch, které dochází na pravidelné návštěvy (tři respondentky) se výrazně neliší. Matky hospitalizované společně s dětmi tráví na oddělení delší dobu, mají většinou bližší vztahy a mám pocit, že i snadněji komunikují s NELZP. Předpokládala jsem tedy, že by mohla být u matek docházejících na návštěvy informovanost a zapojování do péče horší, ale ani tento předpoklad se nepotvrdil.

Základem kvalitní komunikace je vztah založený na důvěře. Proto jsem do rozhovoru zařadila i několik otázek, které se zdánlivě k tématu výzkumného šetření nevztahují. Chtěla jsem zjistit, zda matkám vyhovuje chování a přístup sester k nim a k dítěti, zda jim je nějaká skutečnost nepříjemná. Pozitivní výsledek mě překvapil. Všechny matky jsou s přístupem NELZP spokojené. Pouze jedna matka si stěžuje na sestry – kuřačky, což je pochopitelné. Ale bohužel z mého pozice neovlivnitelné.

Myslím, že cíle výzkumného šetření se mi podařilo splnit. Zmapovala jsem kvalitu poskytovaných informací matkám na neonatologické JIRP ve FN Plzeň. Zjistila jsem, že předávání informací NELZP je hodnoceno ze strany matek jako dostatečné, jednotné, a srozumitelné. Edukace však musí většinou probíhat opakovaně. To je pro NELZP časově náročné. Domnívám se, že vytvořená informační brožura bude přínosným doplňkem v edukaci, který ocení nejen matky, ale i sestry.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla spolupráce s matkou jako součást ošetrovatelské péče o nezralého novorozence. Současným trendem v neonatologii je ústup od ryze technického přístupu v péči o novorozence. Velký důraz se klade na něžnou péči, pozitivní dotyky a spolupráci s rodiči. Podpora matek (rodičů) a jejich včasné zapojení do péče o nezralého novorozence by mělo být jednou z hlavních priorit ošetrovatelské péče. Má nesporně pozitivní vliv na vznik a vývoj vztahu mezi novorozencem a rodiči a posiluje uvědomění si rodičovské role.

Pro kvalitní spolupráci s matkami nezralých novorozenců je podle mého názoru podstatné zohlednit jejich prožívání velmi těžké životní situace, kterou předčasný porod bezpochyby je. Důležité pro sestry pracující na neonatologických JIRP je, uvědomit si, že rodiče a hlavně matky mají spoustu převážně negativních pocitů. Jsou zoufalé, mají strach, trpí pocitem viny, že nedokázaly dítě donosit. Zdravotníci ví, že je dítě ve stabilizovaném stavu, je sice zaintubované, má pupečnickové katétry, nasogastrickou sondu, ale to vše odpovídá jeho nezralostnímu stavu. Rodiče to vnímají zcela jinak. Najednou se před nimi otevírá úplně jiný svět. Realita nezralého novorozence je ve většině případů zaskočí, vidí své dítě, jako křehké, malé, se spoustou zavedených hadiček. Bojí se ho dotknout. Je třeba k nim přistupovat velmi individuálně a věnovat jim zvýšenou péči, hlavně během prvních návštěv, kdy se na novou životní situaci adaptují. Během dalších návštěv je třeba rozvíjet spolupráci a nabídnou matce (rodičům) participaci na základní ošetrovatelské péči.

Teoretická část práce shrnuje možnosti zapojení matek do ošetrovatelské péče o nezralého novorozence. Text by mohl posloužit pro nově nastupující NELZP a mohl by jim usnadnit orientaci v této problematice. Shrnutí základních ošetrovatelských problémů by mohlo dopomoci ke kvalitnějšímu podávání informací matkám (rodičům).

V praktické části byla na základě provedených rozhovorů zmapována kvalita informací poskytovaných NELZP matkám nezralých novorozenců. Vzhledem k tomu, že se respondentky v základních rysech shodují, domnívám se, že informovanost matek je dobrá a mají možnosti zapojit se do péče o své dítě. Jako výstup pro praxi byla vypracována informační brožura určená matkám (rodičům). Bude nabídnuta vedení Neonatologického oddělení ve FN Plzeň a doufám, že najde uplatnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BUREŠOVÁ, Jitka. *Termomanagement jako součást ošetrovatelské péče o novorozence různého gestačního stáří*. Příbram, 2012. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce Sv. Alžbety Bratislava, Detašované pracoviště Příbram. Vedoucí práce Jiří Náhlovský

DOKOUPILOVÁ, Milena a kolektiv. *Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 320s. ISBN 978-80-7367-552-3

DORT, Jiří, a kolektiv. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd., Plzeň: ZČU v Plzni, 2011, 238s. ISBN 978-80-7043-944-9

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

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo a kolektiv autorů. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd., Brno: NCO NZO Brno, 2007, 403s. ISBN 978-80-7013-447-4

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: Vybrané kapitoly*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2011., 189s. ISBN 978-80-247-3940-3

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 168s. ISBN 978-80-247-1314-4

FRIEDLOVÁ, Karolína. Uplatnění konceptu bazální stimulace v neonatologii. *Sestra*. 2012, roč.22, 3/2012, s.2. ISSN 1210-0404.

KIEDROŇOVÁ, Eva: *Něžná náruč rodičů*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 299s. ISBN 80-247-1210-5

KLIMOVÁ, Anna, a kol.: *Kojení – dar pro život*. 2. přepracované vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 1998, 104s. ISBN 80-7169-490-8

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 368s. ISBN 80-247-1284-9

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 988s. ISBN 80-247-0668-7

MACKO, Josef. NIDCAP - individuální vývojově zaměřená péče o novorozence. *Infoservis VZP* [online]. 2010, roč. 1, č. 21, s.1 [cit. 2012-10-01]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-21-2010.pdf>

MEYERS, Susan. Individual Developmental Care Protocol Benefits Newborns. *Nurse.com* [online]. 2008, s.2 [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <http://news.nurse.com/apps/pbcs.dll/article?AID=2008308120018>

MORALES, Rodolfo, Castillo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006, 184s. ISBN 80-7367-105-0

MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Alena. *Bonding - porodní radost*. 1. vyd., Praha: DharmaGaia, 2011, 279s. ISBN 978-80-7436-014-5

MYDLILOVÁ, Anna. Odstříkávání mléka pro nedonošené dítě. In: *Laktační liga* [online]. [cit. 2012-10-01]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=26>

NIDCAP Federation international. The Vision, Purpose, Mission and Activities of the NIDCAP Federation International. *Nidcap.org* [online]. 2008 [cit. 2013-02-08]. Dostupné z: <http://www.nidcap.org/about.aspx>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd., Praha: Area s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2004, 247s. ISBN 80-246-0877-4

ŠŤASTNÁ, Gabriela. Výhody mateřského mléka. In: *Medela* [online]. [cit. 2012-10-01]. Dostupné z: <http://www.medela.cz/nedonosene-deti/?vyhody-materskeho-mleka>

TROUPOVÁ, Jitka. *Individualizovaná péče o novorozence narozené před 32.gestačním týdnem z ošetrovatelského pohledu*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Milan Hanzl

URBANOVÁ, Michaela. *Péče o extrémně nezralého novorozence*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. ZČU v Plzni, KOS. Vedoucí práce Dana Špidlenová

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 144s. ISBN 80-247-1262-8

ZAHRADNÍKOVÁ, Lucie. *Bonding matky a předčasně narozeného dítěte*. Plzeň, 2010. Bakalářská práce. ZČU v Plzni, KOS. Vedoucí práce Dana Špidlenová

SEZNAM ZKRATEK

apod. - a podobně

° C – stupeň Celsia

cm - centimetr

CTG - kardiokografie

č. - číslo

ČMM - čerstvé mateřské mléko

ČR - Česká republika

ELBW - Extremely Low Birth Weight – dítě s extrémně nízkou porodní hmotností

FN Plzeň - Fakultní nemocnice Plzeň

g - gram

JIP - jednotka intenzivní péče

JIRP - jednotka intenzivní a resuscitační péče

LBW - Low Birth Weight – dítě s nízkou porodní hmotností

NELZP - nelékařský zdravotnický pracovník

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program -
Individuální vývojově zaměřená péče o novorozence

OSN - Organizace spojených národů

RDS - Respiratory Distress Syndrom – syndrom respirační tísně

tzv. - takzvaný

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund - Mezinárodní dětský
fond neodkladné pomoci

VLBW - Very Low Birth Weight – dítě s velmi nízkou porodní hmotností

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Povolení výzkumného šetření ve FN Plzeň

Příloha 2: Poziční komfort novorozence

Příloha 3: Polohování novorozence

Příloha 4: Swaddling

Příloha 5: Informační brožura pro rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIRP
ve FN Plzeň

Příloha 1 Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Kateřina Grohmannová

Studentka, ZČU FZS, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše výzkumné šetření na Neonatologickém oddělení FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Spolupráce s matkou jako součást ošetrovatelské péče o nezralého novorozence*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- VNELZP (vrchní sestra) osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocíťoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

13. 12. 2012

Příloha 2: Poziční komfort novorozence



Zdroj: Fotogalerie firmy NEOBED. [staženo 2013-02-08]. dostupné z :
<http://www.neobed.cz/fotogalerie/?pid=22>



Zdroj: Fotogalerie firmy NEOBED. [staženo 2013-02-08]. dostupné z :
<http://www.neobed.cz/fotogalerie/?pid=21>

Příloha 3: Polohování novorozence

Poloha hnízdo



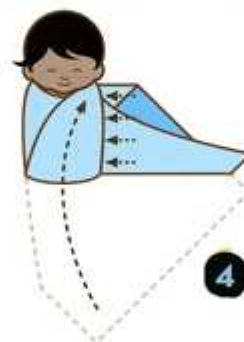
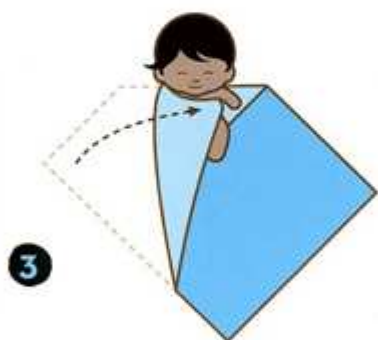
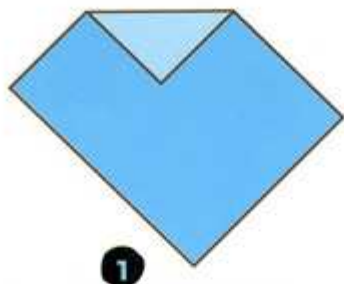
Zdroj: Firma CSO OSTRAVA s.r.o. [staženo 2013-02-08]., dostupné z :
<http://www.csoostrava.cz/katalog/bazalst.php?id=novoroz>

Poloha mumie



Zdroj: Fotogalerie firmy NEOBED. [staženo 2013-02-08]. dostupné z :
<http://www.neobed.cz/fotogalerie/?pid=24>

Příloha 4: Swaddling



Zdroj: Modrý koník. [staženo 2013-02-08]. dostupné z:
<http://www.modrykonik.cz/fotoblog/collette/album/snit-povoleno/9249453/>

Příloha 5: Informační brožura pro rodiče novorozenců
hospitalizovaných na JIRP ve FN Plzeň

INFORMACE PRO RODIČE PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH NOVOROZENCŮ

Návrh informační brožury pro rodiče novorozenců
hospitalizovaných na neonatologické Jednotce intenzivní
a resuscitační péče ve FN Plzeň

Kateřina Grohmannová, DiS

Milá maminko, milý tatínku.

Milý rodiče, tím, že jsem se narodilo předčasně jsem Vám jistě způsobilo mnoho starostí, ale na tomto oddělení mají s dětmi mojí váhové kategorie spoustu zkušeností. Budou se snažit, abych se mi dařilo dobře a pomůžou mi můj předčasný příchod na svět co možná nejlépe zvládnout.

Vám se také budou snažit být oporou, poradí Vám, co pro mě můžete udělat. Vysvětlí, co se se mnou děje a co zrovna nejvíc potřebuji.

- **Jmenuji se:** _____
- **Narodil/a jsem se:**
- **Dne:** _____
- **V** _____
- **Porodní hmotnost:** _____
- **Délka:** _____

KDE TO JSEM?

- Protože jsem se narodilo o trošku dříve, potřebuji pro svůj další vývoj speciální prostředí. Neumím si ještě dobře udržet tělesnou teplotu a proto ležím v inkubátoru, nebo ve vyhřívaném lůžku, kde mám nastavené vyhřívání přímo na míru.
- Sestřičky mi pravidelně měří teplotu, aby věděly, jak moc potřebuji topit v inkubátoru
- Na noze nebo ruce mi svítí růžové světýlko. To je speciální čidlo, které snímá, jak mi tluče srdce a jak mám okysličenou krev. Pokud mi monitor začne signalizovat, prosím nebojte se, sestřička, která se o mě stará, Vám jistě vysvětlí, co to znamená.
- Protože mám ještě nezralé plíce a samo ještě dýchat nezvládám, může mi pomáhat ventilátor. To pak budu mít hadičku v puse nebo v nose.
- Tenká hadička, kterou mám také v nose je žaludeční sonda. Díky ní dostávám své první mlíčko, protože ještě neumím pít samo.
- Na ruce, noze nebo možná v pupíku mám zavedenou tenkou hadičku do žíly (kanylu). Tudy dostávám léky a další potřebnou výživu v infúzi.
- Protože mám nezralou i obranyschopnost, může za mnou chodit jen maminka a tatínek, ostatním z rodiny budou muset zatím stačit

jen moje obrázky. Klidně si mě můžete vyfotit nebo natočit na kameru.

- Když za mnou přijdete, umyjte si prosím ruce mýdlem a naneste dezinfekci, kterou nechte zaschnout. Infekce, té se totiž opravdu moc bojím.
- Možná vás překvapí, že ležím zachumlané v dece a v těsném prostředí obklopené speciálními podkovami. To se mi líbí. Když jsem bylo ještě v bříšku, také jsem bylo v těsném prostředí a sestřičky se mi snaží tohle prostředí připomenout
- Asi se divíte, že mám zakryté oči. Když jsem bylo v bříšku, bylo tam přítmí. Nemám moc rádo ostré světlo. Proto musím mít zakryté oči, aby mě světlo nerušilo.
- Pokud mi nad inkubátorem nebo lůžkem svítí bílé nebo modré světlo, mám tzv. novorozeneckou žloutenku. Nebojte se. Je to stav, který mají skoro všechna miminka a to barevné světýlko mi pomůže, abych se žloutenky rychle zbavilo.

Milí rodiče,

Vaše děťátko potřebuje speciální péči a je nutné, aby bylo hospitalizované na Neonatologickém oddělení ve FN Plzeň.

Neonatologické oddělení má čtyři úseky:

1/ Jednotka intenzivní a resuscitační péče - JIRP

Zde jsou hospitalizováni všichni novorozenci narození před ukončeným 34. gestačním týdnem a donošení novorozenci se špatnou poporodní adaptací.

Vaše první návštěva u miminka je možná kdykoli, další návštěvy jsou každý den od 8.00-9.00

od 14.30-17.00

od 19.30-20.30

Je možné, aby maminka byla hospitalizována jako doprovod dítěte. Kapacita na pokoji matek je pět míst. Z provozních důvodů oddělení jsou návštěvy u dítěte možné pouze v již uvedených hodinách. V případě zájmu o hospitalizaci se informujte u ošetřujícího personálu.

Sestřičky mamince poradí, jak správně odstříkávat mateřské mléko, naučíte se pod jejich dohledem přebalovat, měřit tělesnou teplotu a základy orální stimulace.

2/ Jednotka intenzivní péče - JIP

Na jednotce intenzivní péče jsou hospitalizováni novorozenci narození po 34. týdnu gestace a dále děti, které již nepotřebují ventilační podporu. Návštěvy jsou již volnější. Maminky mohou být také přijaté jako doprovod. Buď jsou také na pokoji matek a za děťátkem dochází, nebo jsou již na pokoji rooming-in společně s dítětem. Zde se zaučí ve veškeré péči o miminko.

3/ Úsek fyziologických novorozenců

Zde jsou hospitalizováni fyziologičtí novorozenci s dobrou poporodní adaptací.

4/ Centrum vývojové péče

Do našeho centra budete docházet na kontroly po propuštění do domácí péče. Pracuje zde lékař - neonatolog, který vždy zhodnotí stav vývoje Vašeho děťátka, dále pak fyzioterapeut, neurolog a psycholog, pokud budete jejich péči potřebovat.

CO JE PO PORODU VELMI DŮLEŽITÉ?

Maminko, máte po porodu velký úkol! Začít co nejdříve odstříkávat mateřské mléko.

Zpočátku ho bude jen pár kapiček, ale i to Vaše miminko potřebuje. Jedná se o mlezivo, které může mít různou barvu – od sytě žluté po šedivou. Mlezivo – kolostrum obsahuje velké množství protilátek a vitamínů. Sestřičky na oddělení u miminka Vám ukáží, jak se mléko správně odstříkává.

Nezapomeňte!

Stimulujte prsy masážemi a zkoušejte odstříkávat každé tři hodiny.

Z jednoho prsu odstříkávejte vždy tak dlouho, dokud teče mléko.

Maximální délka odstříkávání je 15-20 minut z jednoho prsu.

Čím více mléka odstříkáte, tím více se ho znovu vytvoří.

Pokud můžete, doneste odstříkané mléko děťátku.

Mléko, které odstříkáte v porodnici, můžeme podat miminku ihned a bez tepelné úpravy. Mléko, které odstříkáte doma, musíme tepelně zpracovat – pasterizovat. Ideální by tedy bylo, mohla-li byste každý den alespoň jednu dávku mléka odstříkat v porodnici. Sestry na oddělení Vám sdělí více.

CO JSOU TO POZITIVNÍ DOTEKY?

Pozitivní doteky jsou metody, které vyvažují dítěti nepříjemné pocity, které provází léčebné výkony a zákroky. Když jste u miminka, dotýkejte se ho, hlad'te nebo držte v klubíčku.

Maminko a tatínku,

vždy, když za mnou přijdete na návštěvu, nezapomeňte si mě pohladit. Moc to potřebuji!

Líbí se mi, když si na mě jen tak položíte ruce. Jednu na hlavičku nebo hrudníček a druhou mi lehce přidržujete nožičky. Tak jsem totiž leželo u maminky v bříšku a chybí mi to. Nemám rádo moc volného prostoru kolem sebe. Když mě budete držet v klubíčku, budu nejspokojenější. Sestřička Vám ukáže, jak na to!

POZITIVNÍ DOTEKY JAKO VAŠE KOMUNIKACE

S MIMINKEM

- Po porodu jste oddělena od svého dítěte a nemůžete být vlivem okolností spolu na pokoji. Je velmi důležité, aby jste pravidelně docházela na naše oddělení a udržovala kontakt se svým dítětem. Kožní kontakt je velmi důležitý pro Vás i pro dítě. Sestry na našem oddělení Vás budou o všem podrobně informovat. Dovolte, abychom se zmínili o tom, co Vás čeká.
- Dotek je jedna z forem komunikace a Vy a tatínek můžete tímto způsobem sdělit dítěti, že jste s ním a jak moc ho máte rádi. Proto ke kontaktu využívejte každou možnost.
- Před každým kontaktem s dítětem si prosím řádně umyjte a odezinfikujte ruce. Předčasně narozené děti mají totiž oslabenou imunitu a my se je snažíme chránit před rozvojem jakékoli infekce.
- Pokud máte studené ruce nahřejte si je pod teplou vodou, nebo si je v inkubátoru položte na chvíli vedle dítěte.
- Vyberte si místo, kde se dítěte dotknete nejdříve, může to být ruka, noha nebo třeba hlava a chvíli ho tak držte. Bude to takový váš společný pozdrav. Tímto dotykem vždy zahajujte kontakt. Miminko Vás tak pozná a bude na Vaše doteky připravené.

KLOKÁNKOVÁNÍ

Klokánkovaní je také jeden ze způsobů pozitivních doteků. Jakmile to zdravotní stav miminka dovolí, položí se na Váš nahý hrudník. Je to většinou tehdy, když už nepotřebuje přístroj, aby mu pomáhal s dýcháním. Bude vnímat tlukot Vašeho srdce a Váš hlas. Obojí si pamatuje z období, kdy bylo ještě v bříšku. Sestřička Vás oba přikryje dekou, aby miminku nebyla zima.

První chování dne: _____

Klokánkovaní má mnoho výhod:

- *u dětí se zlepšují dechové funkce, často se snižuje potřeba kyslíku*
- *dochází ke zkvalitnění spánku*
- *upravuje se termoregulace*
- *je studiemí prokázáno, že děti mají větší váhové přírůstky a méně infekčních komplikací*
- *tvoří si citové pouto k mamince i tatínkovi*
- *klokánkovaní napomáhá ke zlepšení laktace*

INFORMACE O ODSTŘÍKÁVÁNÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA

Milá maminko.

Pro úspěšný rozvoj laktace je důležité včasné zahájení stimulace a pravidelné odstříkávání mateřského mléka. Dovolte, abychom Vám sdělili hlavní zásady, které se této činnosti týkají.

Pokud si s něčím nebudete jistá, obraťte se prosím, na naše sestřičky. Rádi Vám pomůžeme nebo znovu vysvětlíme, co budete potřebovat. Mateřské mléko je pro Vaše dítě velmi důležité a představuje nejideálnější stravu, kterou může dostat. My mu nemůžeme nabídnout nic lepšího. Naším společným cílem je, aby mělo vlastní mateřské mléko a abyste odcházeli domů plně kojeni. Věřte nám, je to možné.

Vlastní mateřské mléko je jedna z věcí, kterou můžete Vašemu miminku poskytnout pouze Vy.

Je nenahraditelné.

- *jeho složení je přímo uzpůsobené pro potřeby Vašeho miminka*
- *je pro dítě stravitelnější*
- *obsahuje protilátky, které dítě nezbytně potřebuje*
- *nezpůsobuje alergické reakce*

POSTUP ODSTŘÍKÁVÁNÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA

1/ Jako stimulace a příprava na odstříkávání je v počátcích výhodně nahřát těsně před odstříkáváním prsy teplým obkladem nebo teplou vodou ve sprše.

2/ Proved'te uvolňovací masáže. Prsa v předklonu po celé ploše lehkým tlakem promasírujte, směrem od hrudníku k dvorcí. Můžete je v předklonu i lehce proklepat. Pokud při masáži narazíte na zatvrdlé bolestivé místo, věnujte mu při masáži zvýšenou pozornost. V případě, že bude prs zarudlý, konzultujte prosím situaci s naší sestřičkou.

3/ Před každým odstříkáváním si prosím nezapomeňte řádně umýt a odezinfikovat ruce.

4/ Na každé odstříkávání použijte novou sterilní nádobku. Stříkačku nebo lahvičku, dostanete od sestřiček.

5/ Nyní palcem a ukazovákem vytvořte písmeno C a uchopte jimi dvorec prsu zhruba na rozhraní dvorce a kůže. Nemačkejte pouze bradavku! Palec bude nahoře a ukazovák pod prsem. Opakovaným

a rytmickým stlačováním by mělo začít odkapávat mléko. To zachyťte do připravené nádoby.

6/ V průběhu odstříkávání měňte pozici prstů na dvorci

7/ Během odstříkávání vyměňte několikrát oba prsy.

8/ Doba odstříkávání by měla být asi tak 20-30 minut pro oba prsy, řiďte se i množstvím mléka. Důležité je, aby jste odstříkávala, dokud odkapává mléko. Čím více mléka odstříkáte, tím více se ho v prsou vytvoří. Správně odstříkané prsy by měly být měkké a uvolněné.

9/ Odstříkávejte pravidelně minimálně každé tři hodiny, zpočátku se doporučuje 8-10krát denně, z toho minimálně dvakrát v noci.

10/ Pokud se Vám povede nějaké mléko odstříkat, doneste nám ho hned na oddělení, pokud Vám to Váš zdravotní stav nedovoluje, domluvte se se sestrou a my si transport zařídíme.

11/ Miminka na našem oddělení krmíme v tříhodinovém intervalu (**3.00-6.00-9.00-12.00-15.00-18.00-21.00-24.00 hodin**). Bylo by ideální, kdyby jste se pokusila odstříkávat před tímto časem, tak totiž můžeme Vaše mléko podat dítěti bez tepelné úpravy rovnou.

12/ Nebud'te rozčarovaná, že je mléka nejprve málo. I prvních pár kapiček má pro Vaše miminko velký význam, protože první mléko, tzv. **mlezivo** obsahuje důležité protilátky a my Vám slibujeme, že vše co přinesete, Vaše děťátko dostane. Buďte trpělivá, myslete na svůj pitný režim, pravidelně zkoušejte odstříkávat a při návštěvách se děťátko dotýkejte. Kožní kontakt výrazně pomáhá při spouštění laktace.

13/ Až bude mléka větší množství, můžete vyzkoušet odsávačku mléka. Nástavec však musíte před každým odstříkáváním vysterilizovat. Pokud budete mít zájem, informace Vám podá sestra ošetřující Vaše děťátko.

ŽIVOTOSPRAVA KOJÍCÍ MATKY

- Jistě Vás zajímá jak se máte stravovat , kterým potravinám se raději vyhnout. Obecně platí, že Váš jídelníček by měl **být pestrý, rozmanitý**. Měl by obsahovat všechny složky potravy.
- Velmi důležitý je i dostatečný **příjem tekutin 2,5 – 3l denně**. Přednost dávejte neperlivým nápojům, vodě, ovocným a bylinkovým čajům. Pokud máte chuť na džus, pijte ho prosím naředěný.
- Myslete i na **dostatečný přísun vápníku** – zdrojem jsou mléko a mléčné výrobky.
- Nezapomínejte na **ovoce a zeleninu**. Představují významný zdroj vitamínů a vlákniny. U exotického ovoce buďte opatrné a jezte ho raději v menších porcích. Ale určitě ho do jídelníčku hlavně v zimním období zařaďte, protože vitamín C je pro Vás velmi důležitý
- **Vyhýbejte se výrazně nadýmavým jídlům** jako jsou luštěniny, zelí. Někoho nadýmá i čerstvé pečivo.
- Pokud užíváte nějaké léky, **sdělte to prosím vždy lékaři nebo sestře**. Většina běžných léků kojení/ odstříkávání nevadí, ale některé léky mohou prostupovat do mléka. Pokud Vám Váš ošetřující lékař bude předepisovat nové léky, oznamte mu, že odstříkáváte/ kojíte.

- Vyvarujte se konzumaci alkoholu a snažte se omezit i pití kávy na maximálně dva šálky denně. Doporučuje se vypít ji bezprostředně po odstříkávání/kojení. Vyšší příjem kofeinu může u dítěte způsobovat neklid a poruchy spánku. Pozor na kolu a černý čaj! Mají podobný účinek jako káva.
- Nikotin prostupuje do mléka a mění jeho chuť, může i snižovat množství tvořeného mléka. Přesto odstříkávejte! Ideální by samozřejmě bylo nekouřit! Pokud s kouřením nemůžete přestat, snažte se ho alespoň co nejvíc omezit a kuřte opět bezprostředně po odstříkávání mléka.

KOMPLIKACE PŘI ODSTŘÍKÁVÁNÍ

- *S rozvojem laktace (tvorby mléka) a odstříkávání Vás mohou potkat různé komplikace. Rádi bychom Vás na ně upozornili a zároveň i poradili, jak jim předejít. Pokud budete mít podezření na některou z nich, obraťte se, prosím, na naše sestřičky, abychom je mohli vyřešit. Naším společným cílem je úspěšný nástup a průběh laktace.*

1/ Ragády - popraskané bradavky

Mohou vzniknout při špatné technice kojení – pokud dítě nemá v ústech i část dvorce ale pouze bradavku, nebo při špatné technice odstříkávání (příliš velký podtlak při odsávání mléka).

- Doporučuje se rozetřít a nechat zaschnout pár kapek mléka na bradavce. Nebo lze používat masti s obsahem kalcia a panthenolu. Mastičku je třeba před dalším odstříkáváním/kojením smýt čistou vodou. Prevencí je správná technika kojení.

2/ Bolestivé nalití prsů

Vzniká v začátcích rozvoje laktace a později pokud nestihnete v pravidelném intervalu odstříkat (nakojit). Postihuje oba prsy najednou.

Stimulujte uvolňování mléka masážemi a vyklepáváním prsů v předklonu. Před odstříkáváním přikládejte na prsa teplé obklady,

nebo si je nahřejte ve sprše. Po odstříkávání pak přikládejte studené obklady nebo obklady s vychlazeným měkkým tvarem

3/ Ucpané mlékovody a retence mléka

Tato komplikace se většinou objeví pouze na jednom prsu. Jeden z vývodů mléčné žlázy se ucpe např. buněčnou drtí a mléko se hromadí nad překážkou. Místo na prsu oteče, je zatvrdlé, zarudlé a bolestivé.

Postižené místo je třeba více masírovat směrem od zatvrdnutí k bradavce. Opět se doporučují obklady. Teplé před a studené po odstříkávání.

4/ Zánět prsu - mastitida

Jedná se o nejzávažnější komplikaci laktace a může jí předcházet retence mléka nebo ragády na bradavce.

V místě zánětu je rudý horký otok, většinou doprovázený vysokou horečkou. Celkové příznaky pak mohou připomínat chřipku. Objeví se bolesti hlavy, svalů, kloubů, únava, nevolnost, zvracení.

- Léčí se celkově antibiotiky, léky proti horečce. Úlevu přináší již zmíněné střídání teplých a studených obkladů. I přes komplikaci je nutné pokračovat v odstříkávání mléka. Mléko z postiženého prsu se vylévá.

RADY PRO UCHOVÁVÁNÍ MLÉKA DOMA

- Pro úspěšné udržení tvorby mléka – laktace je důležité, abyste i **doma pokračovala** v odšťikávání mléka tak, jak jste byla zvyklá v porodnici. Tedy minimálně **v tříhodinových intervalech**.
- I doma dbejte prosím na **důslednou hygienu rukou** před každým odšťikáváním.
- Na každou porci mléka používejte **novou – sterilní lahvičku**. Pokud nemáte sterilizátor do mikrovlnné trouby je třeba lahvičky i nástavec odsávačky vyvařit. Doba varu by měla být alespoň 30 minut.
- Po odšťikání nechte mléko zchladnout při pokojové teplotě. Teprve, až když získá pokojovou teplotu, ho uložte do chladničky.
- Další porci mléka odšťikujte do jiné lahvičky a celý postup zopakujte. Mléko v lednici můžete slít dohromady, až když má stejnou teplotu. **Nemělo by se nikdy lít teplé mléko do studeného!**
- **Mléko v lednici vydrží 24 hodin**. Pokud jedete za dítětem, tak mléko přivezte. Pokud nemůžete mléko dovézt, označte lahvičku datumem a můžete ho dát zmrazit. Tak vydrží až tři měsíce.
- Pokud povezete zmražené mléko, použijte prosím termotašku nebo jinak zabraňte jeho rozmrazení. Rozmražené mléko se již nemůže znovu zmrazit a musí se ihned dál zpracovat.

KOJENÍ

- Jakmile to bude možné a Vaše děťátko bude jevit zájem o kojení, zkusíme ho společně přiložit k prsu. Naše sestřičky Vám celý postup vysvětlí a budou Vám pomáhat.
- První kojení bude pro Vás a Vaše dítě velkým zážitkem a zkušeností. Nebuďte prosím smutná, pokud se nám přiložit nepodaří nebo děťátko nic nevypije. Mějte prosím velkou trpělivost. Budeme-li přikládat dítě k prsu pravidelně, úspěch se určitě dostaví. I když nic nevypilo, společný kontakt je velmi důležitý pro podporu laktace – tvorby mléka a pro tvorbu pevného vztahu mezi Vámi a děťátkem.

První přiložení k prsu dne:

Prvně jsme nakojili

dne: _____

Kolik: _____ **ml**

POSTUP PŘI PŘIKLÁDÁNÍ K PRSU

1/ Před prvním kojením se domluvte se sestrou ošetřující Vaše dítě, zda máte mléko z prsů odstříkat, nebo ne. Pokud už budete vědět, že dítě pítí dobře zvládne, neodstříkávejte. Odstříkejte vždy v případě, že jsou Vaše prsa hodně nalitá a jen malé množství mléka, aby dítě mohlo dobře uchopit bradavku.

2/ Po přebalení miminka provádějte orální stimulaci.

3/ Dítě zvážíme před a po kojení, abychom z rozdílu váhy zjistili, kolik mléka vypilo.

4/ Pohodlně se usad'te, sestra Vám pomůže dítě napolohovat a doporučí nejvhodnější polohu pro kojení. Pro kojení předčasně narozených dětí je výhodná poloha tanečníka. Dítě leží na Vašem předloktí, dlaní podpíráte jeho hlavičku a druhou rukou držíte prs na téže straně a nabízíte ho dítěti

5/ Pro správné přisátí dítěte k prsu platí několik důležitých zásad.

- Dítě by mělo ležet bříškem na Vašem břiše. Je chybou, je-li k Vám bokem a k prsu pouze otáčí hlavu.
- Ústa dítěte by měla být v úrovni bradavky.
- Vždy přitahujeme dítě k prsu a ne prs k dítěti!

- Nechce-li dítě otevřít ústa stimulujeme ho v oblasti tváří a rtů, kde stimulujeme tzv. vyhledávací reflex. Dítě by mělo doširoka otevřít ústa s polohou jazyka na dolním rtu.

- Správně přisáté dítě má pak v ústech nejen bradavku, ale i část dvorce. Pokud by dítě sálo pouze z bradavky nic nevypije a způsobí Vám bolestivé ragády – trhlinky na bradavkách.

- Dítě bude zpočátku během pití hodně odpočívát, ale pokud je přestávka v sání již hodně dlouhá stimulujte ho tentokrát za ušima, pod bradou. Už ne na tvářích! Dítě by otevřelo ústa a pustilo prs.

PÉČE O MIMINKO

- I když je vaše miminko malé a v inkubátoru, můžete se zapojit do péče o něj a naučit se základním postupům při jeho ošetřování.
- První možností je **měření tělesné teploty děťátka**. Tato hodnota je důležitá, abychom mohli nastavit správně vyhřívání inkubátoru. Ideální tělesná teplota vašeho miminka je 37,0 °C.
- Tělesnou teplotu měříme digitálním teploměrem v podpaží. Přesný postup Vám ukáže sestřička.
- Můžete se dále podílet na **přebalování děťátka**. Děti přebalujeme většinou každé tři hodiny, v případě potřeby i častěji.
- Postup Vám ukáže sestřička a určitě bude přítomna i Vaším prvním pokusům, dokud si v této činnosti nebudete jistá.

ORÁLNÍ STIMULACE

Orální stimulace je metoda, kterou se nedonošení novorozenci připravují na sání z prsu nebo lahve. Protože se narodily dříve, nemají zkoordinované sání, polykání a dýchání. Proto je nemůžete ještě kojít. Ale můžete spolu začít trénovat

1/ Metodu můžeme provádět až po stabilizaci zdravotního stavu děťátka.

2/ Orální stimulace by se měla provádět pravidelně, nejlépe před každým jídlem.

3/ Celý postup Vám prakticky předvede sestřička.

4/ Metoda spočívá ve stimulaci citlivých zón v obličejí:

- konečky prstů lehce hladíme oblast tváří, kolem úst a rtů. Měl by se spustit vyhledávací reflex. Dítě by mělo doširoka otevřít ústa a vypláznout jazyk.
- stimulací lehkým tlakem pod bradou vyvoláme polykací reflex
- šidítkem nebo prstem se stimuluje oblast dásní
- lehkým stisknutím bodu za uchem v úrovni čelistního kloubu nebo stisknutím brady se podporuje otevírání úst
- výhodné je též dítěti nabízet k sání jeho vlastní prsty - během intrauterinního vývoje se plod totiž stimuluje v oblasti úst rukou a předčasně narozeným dětem tato zkušenost chybí
