

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s nedonošeným dítětem

Hana Hovádková

Bakalářská práce

2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Hovádková**  
Osobní číslo: **Z10217**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s nedonošeným dítětem**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ČERMÁKOVÁ, Blanka. K porodu bez obav. 1. vyd. Brno: ERA, 2008, 144 s. ISBN: 978-80-7366-114-4.
2. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN: 978-80-247-3676-1.
3. SMUTEK, Martin a Miroslav KAPPL. Proměny klienta služeb sociální práce. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, 478 s. ISBN: 80-7041-716-1.
4. SOBOTKOVÁ, Daniela, Jaroslava DITTRICHOVÁ a kol. Narodilo se s problémy a co bude dál? 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 108 s. ISBN: 80-247-0398-X.
5. ŠTEMBERA, Zdeněk. Historie české perinatologie. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 403 s. ISBN: 80-7345-021-6.


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Věra Erbenová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

### **Poděkování**

Před uvedením celé své bakalářské práce bych ráda poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Věře Erbenové. Poskytovala mi hodnotné rady, svoji ochotu a trpělivost při řešení celého vzniku této bakalářské práce a dostatečnou zpětnou vazbu.

Poděkování bych chtěla směřovat i k paní Mgr. Haně Drábkové, která mi byla oporou a rádčyní při myšlenkách a krocích v úplném začátku práce.

A hlavně bych své díky věnovala všem maminkám nedonošených dětí, které mi s úsměvem poskytly veškeré informace potřebné pro bakalářskou práci.

V Pardubicích dne 8. 7. 2013

Hana Hovádková

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 8. 7. 2013

Hana Hovádková

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky zdravotně sociální práce s rodinou s nedonošeným dítětem. V úvodní části jsou zahrnuty teoretické poznatky o péči nedonošených dětí v historické sféře, rozděleny do časových rozhraní. Další část bakalářské práce se věnuje rozdělení zdravotní a sociální péče na období před, při a po porodu. V závěru teoretických poznatků jsou vystihnuty instituce zaměřené na nedonošené děti. Na tuto část navazují informace o proběhnutém kvantitativním výzkumu, který byl proveden u rodin s nedonošeným dítětem v rámci Pardubického a Královéhradeckého kraje formou dotazníkového šetření. Získaná data byla statisticky vyhodnocena a zadána do výzkumné části.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

nedonošené dítě, perinatologie, zdravotní péče, sociální práce, organizace

## **TITLE**

Specifics of health and social work with families with a premature baby.

## **ANOTATION**

This thesis bachelor with the specifics of health and social work with family with premature child. In the introductory section includes theoretical knowledge about the care of premature infants in a historic area, divided into time interface. Another part of the bachelor's thesis is dedicated to the distribution of health and social care in the period before, during and after childbirth. At the end of theoretical knowledge are listed institutions aimed at premature babies. This part is for information about the end of quantitative research, which was carried out for families with premature the child in the context of the Pardubice and Hradec Králové region in the form of a questionnaire survey. The obtained data were statistically evaluated and entered in the research section.

## **KEYWORDS**

premature baby, perinatology, health care, social work, organization

# Obsah

Úvod .....	9
Cíle bakalářské práce:.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Péče o nedonošené děti v historii .....	11
1.1 Do 21. století .....	11
1.1.1 Před rokem 1945 .....	11
1.1.2 Po roce 1945 .....	11
1.2 Konec 20. a začátek 21. století .....	13
1.2.1 Konečné období 20. století .....	13
1.2.2 Výhled do nejbližší budoucnosti 21. století .....	14
2 Těhotenství.....	14
2.1 Prenatální péče .....	15
2.2 Péče porodní asistentky při porodu .....	16
2.3 Poporodní období ženy .....	17
2.4 Péče praktického pediatra .....	19
3 Sociální práce .....	20
3.1 Kontakt s klientem.....	21
3.2 Sociální práce u těhotných žen před porodem .....	23
3.3 Sociální práce u žen po porodu .....	24
4 Instituce dostupné v péči o nedonošené dítě.....	25
4.1 Raná péče poskytovaná v zařízení sociálních služeb .....	25
4.2 Nedoklubko .....	26
4.3 Poradna pro rizikové novorozence .....	27
4.4 HoSt Home-Start Česká republika .....	28
4.5 Sanace rodiny .....	29
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	31
5 Výzkumné otázky.....	31
6 Metodika výzkumu.....	32
7 Interpretace získaných výsledků .....	33
7. 1 Výsledky porovnání dvou krajů v několika vyhraněných oblastech.....	60
8 Diskuze .....	70

9 Závěr.....	72
10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	74
11 SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK .....	76
12 SEZNAM PŘÍLOH .....	78
PŘÍLOHA A: Vzor dotazníku.....	79
PŘÍLOHA B: Zdrojová data CD-ROM	



## Úvod

Dítě je malé stvoření, které zavítalo na svět, aby mohlo dělat veliké věci. Na to, aby tyto své sny uskutečnilo, je potřeba mít velikou sílu, trpělivost a pomocníky na cestách životem. Je-li dítě zdravé, jde dosažení těchto snů snadněji, ale narodí-li se nemocné, v tomto případě nedonošené, už se objevuje první překážka, kterou musí zvládnout. Tato situace zasáhne všechny, kterých se to týká. Vyplouvá otázka, co bude dál? A na takovou další cestu je potřeba právě těch sil, trpělivosti a pomocníků, kteří pomohou.

V bakalářské práci se zabýváme péčí nedonošených dětí v historické sféře, která je rozdělena do časových rozhraní. Práce je zaměřena na rozdělení zdravotní a sociální péče do období před, při a po porodu, ve zdravotní práci je popsána prenatální poradna s činnostmi, které poskytuje. Dále i práce personálu v nemocnici, který pečuje o matku při objevení prvních známek porodu až do doby, kdy s nedonošeným děťátkem odchází informovaní rodiče do domácího prostředí. Následně navazuje péče pediatra, který sleduje děťátko i po propuštění. Do sociální práce byly včleněny poznatky o vhodném navázání prvního kontaktu s klientem. Poté byla složka sociální práce zaměřena hlavně na skupinu nezletilých matek, jak v době před porodem, tak i v čase po porodu nedonošeného dítěte. A ke konečné fázi jsme připojily souhrn několika institucí zaměřených na nedonošené děti, napomáhající směřovat kroky rodičů.

Hlavní roli ve výběru problematiky nedonošených dětí hrála dosažitelnost těchto dětí v blízkosti mé působnosti na vysoké škole, ale také osobní zaměření na dětskou populaci. Do nedonošených dětí se zahrnují nezralí novorozenci narození před 37. týdnem těhotenství, kdy spodní hranice 28. týdne těhotenství je považována za extrémní nezralost novorozence. Lékaři, kteří zvládnou zachránit takto nedonošené dítě, musí mít dostatek zkušeností a znalostí, aby se do takového procesu pouštěli. Proto jak nedonošené dítě, tak i lékaři mají můj obdiv a jsem velice ráda, že tato problematika proniká do řad veřejnosti.

Myšlenkou bakalářské práce je porovnání dvou krajů v práci o rodiny s nedonošenými dětmi v několika vyhraněných oblastech.

### **Cíle bakalářské práce:**

1. Zjistit, jaké jsou možnosti rodin pro využívání institucí ve dvou blízkých krajích.
2. Zjistit funkčnost zdravotně sociální práce u rodin s nedonošeným dítětem.
3. Zjistit důležité potřeby rodiny v rozsahu od narození nedonošeného dítěte po jeho první rok života.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Péče o nedonošené děti v historii

### 1.1 Do 21. století

#### 1.1.1 Před rokem 1945

Péče o matku a dítě se nacházela v České republice na konci 2. světové války z hlediska mezinárodního srovnání ve velmi špatném stavu. Česká republika zaostávala v této péči za vyspělými zeměmi, ale ještě více se prohlubovala za německé okupace v důsledku přerušení veškerých styků s vyspělými zeměmi. Proto nebyly včas zachyceny změny vedoucí ke zlepšení péče o matku a dítě, počínaje péčí prenatální, která v České republice téměř chyběla. Stanoviska k jejich řešení byla mezi jednotlivými klinikami často rozdílná, v závislosti na stanovisku přednosta. Nejednotnost se přenášela i do ostatních porodnických oddělení nemocnic, kde jich bylo jen velmi málo samostatných, většina totiž patřila do součásti chirurgických oddělení (14).

Další příčinou zpoždování péče o matku a dítě byly personální problémy. Jednalo se o nedostatečnou vzdělanost porodních asistentek, které vedly většinu porodů v domácnosti bez přítomnosti lékaře. Také sem spadá přerušení doplňování mladé generace lékařů kvůli zavření vysokých škol Němci na více než 5 let (14).

Výsledkem byly celostátní vysoké a neklesající hodnoty kojenecké a mateřské úmrtnosti, které odpovídaly hodnotám málo vyspělých zemí. Pro zrod české perinatologie nebyly připravené podmínky, proto v té době šlo jen o vizi čekající na realizaci (14).

#### 1.1.2 Po roce 1945

Mezi zdravotníky zavládlo nadšení ze skončení války a z opětového vzniku samostatného Československa, které se odrazilo i v práci lékařů.

Z hlediska čtyř základních myšlenek, jejichž splnění bylo předpokladem pro vznik perinatologie v České republice, lze jejich postupné naplňování v prvních třech letech po válce souhrnně charakterizovat. První myšlenka stála za změnou v odborné péči zajišťovanou postupně obnovováním informací o vývoji péče o matku a dítě z vyspělých zemí západní Evropy pomocí dostupné literatury, účasti na mezinárodních kongresech a studijní pobyty na předních klinických pracovištích v těchto zemích. Jedním z nejdůležitějších poznatků o změnách, které byly provedeny v porodnických oblastech, byl přechod od dříve převažující běžné léčebné péče, kde velkou roli hrály operativní zákroky většinou bez ohledu na život dítěte, k preventivní medicíně s větším zájmem o fyziologii těhotenství a porodu. V pediatrii byl zvýšený zájem o novorozence včetně novorozence nedonošeného. Proto tímto směrem bylo zaměřeno i plánování vědecko- výzkumné činnosti formou plánovaných úkolů. Tato činnost zůstávala zatím převážně v úrovni plánů. Druhá základní myšlenka pro vznik perinatologie byla změna organizace a hmotného zajištění včetně rozšíření nedostačujících lůžek a ambulantní sítě v péči o matku a dítě. Sice byly zakotveny v požadavcích vypracovaných oběma odbornými společnostmi a též byly přijaty Ministerstvem zdravotnictví, ale legislativně byla do konce roku 1947 zajištěna pouze poradenská péče. Třetí myšlenka se zabývala problémem chybějící účinné stimulace žen k větší návštěvnosti prenatalních poraden, tak k využití ústavních porodů. V důsledku nedostatečného počtu porodníků v prenatalní péči byla nutná výpomoc praktických lékařů, kteří ale byli méně obeznámeni s odbornou náplní těchto poraden. Také síť speciálních pracovišť pro péči o nedonošené novorozence byla zcela nedostatečná (14).

Za nutnost byla uznána oběma odbornými společnostmi spolupráce porodníka s pediatrem, ale ke skutečnému širokému uplatnění v praxi chyběly potřebné počty odborníků i odpovídající pracovní podmínky pro realizaci. Prvním krokem umožňující klinickou spolupráci obou týmů bylo spojení III. gynekologicko – porodnické kliniky a pediatrické kliniky v Praze roku 1948 (14).

Z objektivních ukazatelů úrovně péče o matku a dítě byly rozhodující mateřská a kojenecká úmrtnost. Toto byla čtvrtá myšlenka, a to snížit vysoké hodnoty kojenecké a mateřské úmrtnosti. Na výrazném poklesu mateřské úmrtnosti se podílelo zavedení penicilinu v boji proti sepsi, ale i zvýšená procenta ústavních porodů. Zato perinatální úmrtnost, která byla hlavním kritériem perinatální péče, se nedostala do podvědomí porodníků ani pediatriů (14).

V prvních poválečných letech tato odborná i organizační opatření měla zásadní zvrát v péči o matku a dítě. Jejich příznivý dopad na snížení mateřské a kojenecké úmrtnosti, ne však perinatální úmrtnosti, ukazuje, že tato opatření, jež měly být podmínkami pro vznik perinatologie, zůstávala stále v úrovni plánovací než realizační. Nelze brát tato léta za vznik české perinatologie (14).

## **1.2 Konec 20. a začátek 21. století**

### **1.2.1 Konečné období 20. století**

Velkým úspěchem bylo pokračující snižování perinatální úmrtnosti, díky němu mohla být Česká republika řazena mezi několik zemí na světě s tak nízkou perinatální úmrtností. Důležitým krokem k tomuto úspěchu bylo snížení časné novorozenecké úmrtnosti pomocí zlepšené moderní intenzivní péče o novorozence s porodní hmotností méně než 1000 g, také včasnou centralizací do pracovišť regionálních perinatologických center. Ke zdokonalení této péče hrálo roli vybavení perinatologických center speciální dovezenou technikou, předcházející poporodnímu selhání respirace, tak i vyškolení neonatologů a dětských sester na neonatologické jednotce intenzivní péče v rámci vyvinutého neonatologického edukačního programu (14).

Zdokonalení perinatální diagnostiky vrozených vývojových vad je druhým důležitým opatřením, které bylo dosaženo včasným zjištěním, podpořené přechodem výběrového screeningu na celostátní plošný screening, také následnou rozšířenou sekundární prevencí uměle ukončených těhotenství a zvýšeným přežíváním těchto jedinců. Byla rozšiřována účast některých pracovišť na mezinárodních multidisciplinárních projektech, zaměřených jak na předčasné porody, tak i na zdokonalení perinatálního informovaného systému evidujícího ukazatele perinatální mortality, časné a pozdní ukazatele perinatální morbidit zaměřených na ukazatele vysvětlující frekvenci a úspěšnost porodnických a neonatologických léčebných postupů (14).

Vedle pozitivních úspěchů se objevil i negativní podnět, a to byl minimální pokles mrtvorozenosti novorozence porodní hmotnosti 2000 g a více. Hlavními příčinami neúspěchu

bylo pozdní odesílání žen s těhotenskými komplikacemi z terénu do specializovaných ambulancí a lůžkových zařízení, ale také hrála roli chybějící prenatální péče u migrantů z východních zemí (14).

V tomto období se pohlíželo na etiku v perinatologii. Při nesrovnalostech ve způsobu péče o těžce postiženého novorozence bez naděje na přežití byla potřeba sjednocení klinického stanoviska s hlediskem právním, etickým a ekonomickým. Byl také dáván důraz na psychickou podporu stresové matky potenciálně ohroženého novorozence a na pomoc při vývoji jejího vztahu k tomuto dítěti (14).

### **1.2.2 Výhled do nejbližší budoucnosti 21. století**

Je nutno vycházet ze tří rozdílných, ale úzce souvisejících problémů. Prvním jsou celosvětové problémy, před kterým stojí medicína ve vyspělých zemích. Druhým bodem jsou specifické problémy a podmínky pro jejich řešení se zaměřením na perinatologii České republiky. Třetím bodem je vycházení z podkladů při stanovení cílů. Po pečlivém seznámení se s otevřenými problémy medicíny, je možné formulovat hlavní nové priority pro další vývoj perinatologie v České republice (14).

## **2 Těhotenství**

Těhotenství je zásadní období v životě ženy. Mezi nejdůležitější nové zážitky, které těhotenství přináší, patří pravidelné návštěvy a kontroly u ženského lékaře v prenatální poradně a poskytovaná péče v době započatého porodu. Ale nejenom práce ve zmíněném čase je důležitá, hraje zde velikou roli i informovanost rodičů po porodu nedonošeného dítěte a o přechodu do domácího prostředí (2, 5).

## 2.1 Prenatální péče

Prenatální péče je součástí zdravotní péče, která zajišťuje všeobecné zabezpečení těhotné ženy. Velmi podstatnou činností je prevence všech možných chorobných stavů a včasné odhalení výkyvu od normálního průběhu těhotenství, se zajištěním dostupných diagnostických a terapeutických opatření. Proto, aby v těhotenství odpovídaly příslušné postupy danému zdravotnímu stavu, probíhá přísně diferencovaná péče podle potřeby (3).

Prenatální poradna a porodnická zařízení základního typu spadají do základní péče. Poradna provádí první screening rizikového těhotenství, dále sleduje ženy ve fyziologickém těhotenství po stránce tělesné, laboratorní, ale její podíl je i snaha odpovědět na otázky, které nastávající matky mají. Při zjištění vyššího rizika může být žena buď převezena na pracoviště vyššího typu, anebo je nadále sledována v obvodní prenatální poradně. V poradně si lékař-gynekolog stanovuje termíny návštěv. U fyziologických těhotenství jsou minimální návštěvy stanoveny zákonem do 36. týdne těhotenství pravidelně 1x měsíc, následující poradna je naplánována na 38. týden a další poradny po týdnu. Do zvýšeného nebezpečí se počítají matky i plod v rizikovém těhotenství, proto jsou termíny návštěv v poradně určeny na základě zdravotního stavu ženy a dítěte. Těhotné ženě je vystavena těhotenská průkazka při zjištění gravidity. Jedná se o důležitý doklad, který je nutný nosit při sobě. Obsahem tohoto dokladu jsou záznamy o matce (identifikační údaje, razítka lékaře, pravděpodobný termín porodu, nástup na mateřskou dovolenou, informace o předešlém těhotenství i porodech), záznamy důležité pro aktuální těhotenství (výsledky krevních testů, protilátky, Rh faktor matky) a záznamy týkající se uložení plodu v děloze. Do diferencované péče je zahrnována i intermediální péče. Jedná se o ambulanci pro ohrožená a patologická těhotenství, vytvářena pro určitou spádovou oblast. Budována jsou v návaznosti na lůžková oddělení v nemocnicích druhého typu. Zda bude rizikově těhotná žena sledována v prenatální poradně nebo v ambulanci pro patologická těhotenství, rozhoduje právě ambulance intermediální péče. Své rozhodování uplatňuje i při odesílání žen s nejvyššími riziky na superkonziliární pracoviště. Specialista pro patologická těhotenství v tomto pracovišti spolupracuje s interním lékařem neonatologie (1, 3, 4).

Účelem prenatální péče je zajištění bezpečného porodu matce i dítěti pomocí odstranění rizikových faktorů a zachování zdravých návyků. Také její snaha o edukaci těhotné ženy v

péči o svoji osobu, ale i výchova rodičů k rodičovské odpovědnosti a poskytování fyzické péče patří do záměrů, které chce prenatální péče splnit (1, 3).

## **2.2 Péče porodní asistentky při porodu**

Těhotná žena se dostává do péče porodní asistentky, která o ni pečuje při příjmu a v jednotlivých dobách porodních. V příjmové ambulanci se zajišťují a čerpají informace vypsané v těhotenské průkazce. Poté přichází konkrétní péče odvíjející se podle dob porodních. Porod je vždy zcela osobní záležitost ženy, která jím prochází, a osob, které jí při něm pomáhají. Průběh každého porodu je individuální a každá žena jej vnímá odlišně. Jedním k nejčastějším porodům patří porod v termínu. Průběh je v rozsahu 38. až 42. týdnu těhotenství, ale podle České gynekologicko - porodnické společnosti není doporučováno trvání těhotenství plných 42. týdnů. Důvodem je stárnutí placenty a její snížená funkční schopnost. Dalším porodem může být předčasný, který je závažným problémem v českém zdravotnictví a jeho dopad má vliv na zdravotní, rodinnou, sociální a ekonomickou stránku. Charakterizován je ukončením těhotenství před dokončeným 37. týdnem těhotenství. Do nejčastějších příčin předčasného porodu spadá infekce, věk matky buď nízký pod 20 let, nebo vyšší nad 35 let. Dále se zahrnuje riziko opakování předčasného porodu, rizikem mohou být i vícečetná těhotenství, škodlivé látky pro tělo a také tělesná námaha i zaměstnání mohou patřit do výčtu příčin. Stanovit, že se jedná o předčasný porod, lze pouze v době příchodu těhotné ženy na porodnické oddělení. Zde lékař rozhodne, zda těhotenství bude nadále probíhat, anebo se přikloní k zahájení průběhu předčasného porodu. Lékařovo rozhodnutí závisí na diagnostice předčasného porodu, ve kterém se postupuje podle uvedených činností. Nejprve se odeberou dostatečné anamnestické údaje, poté je nutný objektivní průkaz děložní činnosti a porodnické vyšetření. Nelze zapomenout na abdominální a vaginální ultrazvuk, na průkaz předčasného odtoku plodové vody a laboratorní testy (1, 4).

Pokud lékař rozhodne nebránit průběhu předčasného porodu, nastupuje péče v jednotlivých dobách porodních. V I. době porodní je vyžadována plná přítomnost lékaře, musí být zajištěno nepřetržité sledování rodičky s průběžnými hodnocenými výsledky. Také by měl být přítomen vedoucí lékař porodního sálu, který osobně odpovídá za poskytnutou



péči a je průběžně informován o průběhu porodu. Lékařské vedení předčasného porodu v II. době porodní se liší od vedení porodu v porodním termínu. Může být vybrán vaginální porod nezralého plodu, ale v situaci, kdy je v poloze záhlavím. K vaginálnímu porodu musí porodník posoudit podmínky, kdy nejdůležitější je zralost děložního hrdla, jeho postavení a konzistence. Tento porod je potřeba souvisle sledovat v oblasti srdeční frekvence plodu a intenzitě děložní kontrakce. Pokud se během vaginálního porodu ukáže obraz hypoxie plodu, je nutné ukončit těhotenství císařským řezem. Porod císařským řezem se doporučuje při poloze plodu koncem pánevním nebo u vícečetného těhotenství. Ve III. době porodní dochází k porodu placenty. V této době se porodní asistentka stará o odběr krve z pupečníku, pečuje o rodičku, zajišťuje potřeby tepla a relativní pohody. Podílí se také na péči o novorozence a po přímém kontaktu s matkou je předáno do neonatální péče. Po porodu placenty kontrolují s lékařem její celistvost a po uložení ženy do klidové polohy měří fyziologické funkce. V této porodní době a v poporodním období se hlídá rozsáhlé krvácení. Rodička tedy setrvává ještě 2 hodiny po porodu na porodním sále pod přímou odbornou kontrolou. Následně se po uplynulé době předává do péče na oddělení šestinedělí (1, 4).

### **2.3 Poporodní období ženy**

V období po porodu nedonošeného děťátka je důležitá komunikace a hlavně sdělení informací o skutečném stavu dítěte rodiči z řad odborníků. Narození dítěte, jak s postižením, závažným onemocněním, tak i předčasně narozené nedonošené dítě znamená pro rodinu vždy hluboký rozruch. Při prvním sdělení se u rodičů objevuje šok, úzkost, sny, které rodiče o dítěti měli, s dítětem v inkubátoru jsou v rozpadu, neobjevuje se obvyklá radost a oslavné rituály a nastupuje obrana proti reálným skutečnostem. K typickým obranným mechanismům patří popření problému, netečnost a apatie, nevěřičnost k daným výsledkům vyšetření, agresivita určená na lékaře, hledání viníka a pocity viny. Rodiče s nastalým problémem dítěte obvykle nemají žádnou předchozí zkušenost, obávají se budoucnosti, snaží se ke svému odlišnému děťátku hledat vztah a často ho musí hájit před členy širší rodiny. Způsobem, jakým byla diagnóza dítěte rodičům sdělena, významně ovlivňuje vztah rodičů k dítěti a k jeho problému. Proto při sdělování diagnózy je ověřeno využívat zásadu pěti P: **p**ochválit matku, **p**ohodlí, **p**řivolat otce, případně blízké osoby, **p**řipravit se na rozhovor, **p**oskytnout informace (5, 7).

Do teď se jednalo o péči zaměřenou na rodiče nedonošeného dítěte, ale je třeba zmínit i nové období pro právě předčasně narozené dítě. Tři faktory ovlivňují nejvíce průběh přizpůsobení dítěte po porodu. Závisí na předchozím nitroděložním vývoji plodu, průběhu porodu a týdnu těhotenství při narození. Ještě na porodním sále hodnotí lékař rychlost adaptace dítěte odpovídajícími body. Bodování probíhá v 1., 5. a 10. minutě života podle osvědčené osnovy Apgar skóre. Je do něho zahrnut charakter dýchání, počet srdečních ozev, barva kůže, reakce na stimulaci a svalový tonus. Po tomto vyšetření je dítě převáženo na jednotku intenzivní péče nebo na intermediární oddělení podle stupně nezralosti (2, 5, 7).

Důležitý je strávený čas v porodnici, jeho zaměření na navázání nejpřirozenějšího vztahu rodičů a dítěte je podstatné. Snažit se podpořit vnímání rodičů tím, že se nejen budou zaměřovat na zdravotní problémy dítěte, ale budou se zabývat i jeho kladnými stránkami proto, aby došlo k rozvoji jejich rodičovského chování. K důležitým krokům jsou zahrnuty opakované rozhovory lékařů s rodiči o zdravotních problémech dítěte, dávat rodičům dostatečný prostor pro vyjádření svých pocitů, umožnit jim taktéž intenzivní kontakt s miminkem, seznámit oba rodiče s prostředím jednotky intenzivní péče, podávat jim informace o vhodné stimulaci dítěte s nezralou a velice citlivou centrální nervovou soustavou a nezapomenout na průběžné vysvětlování často se měnícího stavu dítěte (2, 5, 7).

V nemocnici je naplňována snaha maminkám co nejlépe pobyt v ní zpříjemnit a částečně jim i nahradit domácí prostředí. Některé maminky pobývají totiž v nemocnici se svým miminkem až několik měsíců. Během pobytu v nemocnici se maminka učí, jak nejlépe se zapojit do péče o miminko, aby byla mezi nimi navázána vazba. Na nových začátcích jsou maminky motivovány k lehkým krokům, jako je hlazení, měření tělesné teploty a přebalování. Po stabilizaci zdravotního stavu dítěte je možné začít s klokánkováním, kdy je matce přikládáno dítě na hrudník a následně přikryto peřinkou. Tato metoda je matkou doplněna o doteky a uklidnění hlasem. Těmito způsoby dochází k ovlivňování srdečního rytmu dítěte, k jeho pravidelnému dýchání, dítě je méně plačtivé a dochází i k navození psychické pohody matky, buduje se pocit jistoty, že je o dítě vhodně postaráno a napomáhá se k rozvoji i udržení laktace. Podstatné je, přikládat dítě k prsu co nejdříve, i když jde ze začátku jen o jednodenní a krátkou záležitost. (2, 5, 7).

Proto, aby nedonošené dítě mohlo nahlédnout do světa svých rodičů a prostředí domova, musí splňovat určitá kritéria pro propuštění. Dítě musí dokázat udržet tělesnou teplotu na postýlce, musí sníst všechno samo bez použití sondy, také se nesmí zapomínat v dýchání, myslí se tím, že nemá apnoické pauzy a hlavně musí skoro každý den přibírat na váze o

několik gramů. A samozřejmě je, nemít infekce a jiné neukončené problémy. Těchto podmínek dosahují většinou nedonošené děti s tělesnou hmotností nad 2000g a stupněm zralosti nad 36. gestační týden (2, 7, 13).

## **2.4 Péče praktického pediatra**

Propuštění předčasně narozeného dítěte do péče rodiny je vždy individuální a záleží na několika podstatných věcech. Zejména jde o stav konkrétního pacienta, o přístup lékařů jednotky intenzivní péče, novorozeneckého oddělení a na možnostech rodiny. Doba pobytu nedonošených dětí v nemocnici prošla vývojem, kdy dříve bylo podstatné dosáhnout váhy 2 500g či ponechání novorozence v nemocniční péči zhruba do doby původního termínu porodu. Nyní se prosazuje hledání nejčastějšího termínu propuštění po překonání akutních problémů, poporodní adaptace a po dosažení plné stabilizace dítěte. Do aspektů, které oddalují propuštění nedonošeného dítěte, spadají změny ve zdravotním stavu (váhové problémy, potíže s krmením, závislost na kyslíku a další), neschopnost rodičů poskytnout vhodnou domácí péči nedostatečnou motivací, jazykovou bariérou či ohraničenou schopností zvládnout edukaci, chybění stabilního rodinného prostředí, nedostupnost adekvátní terénní lékařské péče (11).

Rodina vyhledává praktického pediatra po propuštění nedonošeného dítěte z nemocniční péče a tím dostává informace o dítěti až od rodiny a z propouštěcí zprávy. Avšak pro dobrý start domácí péče nedonošence je výhodnější spolupráce praktického pediatra s neonatologem. Propuštění nedonošeného dítěte by mělo být plánovanou záležitostí. Pro začátek účelné týmové spolupráce rodičů, praktického pediatra, neonatologa a možných dalších odborníků je včasné zajištění kontaktu na praktického pediatra dané rodiny před propuštěním. Systém roaming- in rodičům poskytuje šetrný přechod do domácí péče o dítě. Po odchodu z nemocnice do domácí péče začíná dlouhodobé sledování dítěte praktickým pediatrem. Dlouhodobý vývoj je zásadně ovlivňován prostředím. Rozhodujícím vlivem je sociální a ekonomická úroveň rodiny, vzdělání rodičů a jejich edukace ve speciální péči o potřeby dítěte (11).

Na začátku dlouhodobého sledování, praktický pediatr potřebuje znát informace o vážných komplikacích před porodem, gestační týden při narození, porodní váhu, údaje o

bezprostřední poporodní adaptaci a zásadní komplikace postnatálního průběhu, které jsou vypsány v propouštěcí zprávě. Daná péče o nedonošené dítě u praktického pediatra trvá intenzivněji do 2 let dítěte. V průběhu této doby dochází například k očkování, které je doporučeno po stabilizaci dítěte, nejlépe ve stejném chronologickém věku jako u donošených dětí. Také zde probíhá pediatrické vyšetření týkající se růstu a vývoje, výživy a vývojového screeningu dítěte ve stanovených časových intervalech. Rodič nedonošeného dítěte je také upozorňován na značné odlišnosti v chování dítěte v prvních měsících života. Je tedy důležité posuzovat chování dítěte s ohledem na korigovaný věk a ne podle věku chronologického. To znamená odečíst počet týdnů, o které se dítě narodilo dříve. Do odlišného chování patří větší potřeba spánku, jiné reakce na stimulaci a hraní, nápory kojeneckých kolik a dlouhý, vytrvalý křik i častější krmení v menších dávkách mléka. Pro dobrý rozvoj je doporučeno spíše více klidu a pevný denní řád (11).

Při nutnosti organizuje praktický pediatr týmovou péči o děti s vývojovým postižením. Výhodná je spolupráce s centry, která se zaměřují na podporu rodin postižených dětí. Patří do nich Rizikové poradny pro nedonošené děti, Poradny pro sledování nedonošených dětí, Střediska rané péče a další (11).

### **3 Sociální práce**

K dosažení vhodné a pevné podstaty sociální práce jsou zapotřebí tři podpěrné body. Jedním z bodů pro stabilitu jsou normy společnosti, do kterých se zahrnují zákony, předpisy, povinnosti a možnosti. Jedná se tedy o společenská pravidla, která mají dané hranice ve vztazích mezi lidmi a přikazují či zakazují určité chování v přímé situaci. Klientovy způsoby jsou druhou součástí v podpěrných bodech sociální práce. Jsou v nich zahrnuty způsoby chování, jednání, postoje, přání, myšlení, styly života, přesvědčení, které z člověka dělají klienta. Klientem je tedy osoba, která ve svých způsobech potřebuje pomoc. A pro vyváženost celku sociální práce jsou potřebné i odbornosti pracovníka. Zejména umět svoji dovedností ze sebe vytvořit prostředníka mezi normami společnosti a přesvědčením klienta (16).

Díky ovlivňování života dětí a rodin, které vedlo k politickým změnám má sociální práce dlouhou historii (16).

### 3.1 Kontakt s klientem

K setkání klienta a sociálního pracovníka dochází proto, aby společně našli řešení problému klienta a aby byla poskytnuta ze strany sociálního pracovníka dostatečná podpora v tíživé životní situaci. Vztah mezi účastníky by měl být rovnocenný (partnerský) a spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem by měla být úplně rovnoprávná a dobrovolná. Klient je tedy člověk, který díky své potřebě a žádosti přichází pro pomoc. Navázání vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem ve zdravotnickém zařízení může vzniknout buď snahou pacienta požádat o pomoc sociálního pracovníka, ale jde o komplikovanou situaci. Sociální pracovník není většinou součástí pracovního týmu jednotlivého oddělení, a tudíž není pro nemocného fyzicky dostupný. Zbývá tedy řešení požádat zdravotnický personál o zkontaktování sociálního pracovníka anebo pomocí příbuzných. Další cesta pro vznik vztahu sociálního pracovníka a klienta je ze strany lékaře. Sám osloví sociálního pracovníka a přiblíží situaci, která se mu jeví potřebná pomoci ze strany sociální. Nejlepším způsobem je ale depistáž. Jde o aktivní vyhledávání klienta sociálním pracovníkem. Někdy tato varianta může být znesnadněna velkým množstvím klientů, kterým pomoc poskytují (6).

Pro společnou spolupráci je velmi důležitý první kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem. Společné setkání totiž ponechá v klientovi silné dojmy, které následně ovlivňují kvalitu komunikace. Jednou ze základních technik a pomůcek, která předává informace, pocity, postoje je rozhovor. První kontakt lze charakterizovat jako hledání možností dorozumění a správné pochopení druhu pomoci, kterou mu může sociální pracovník poskytnout. Podstatnou úlohou sociálního pracovníka při prvním rozhovoru je navození atmosféry pro uvolnění klienta, ukázat opravdový zájem o klienta i jeho problém a zjištění představ klienta a pomoci. Sociální pracovník se postupně dopracuje k vyjasnění klientova očekávání, k možnostem řešení a k vlastním kompetencím. Snaží se také o stupňovité seřazení problémů, aby mohl řešit ty akutní. Též počítá s velkým tlakem stresové situace, pocity strachu, obav a smutku ze strany klienta při prvním shledání. Sociální pracovník se setkává s klienty různých povahových rysů, s onemocněním různého charakteru a jiným prožíváním každého z nich. Proto by měl využívat individuální přístup s přijetím jeho

fyzického a psychického stavu. Užitečná může být typologizace klientů hlavně při volbě metod a technik práce s nemocným a jeho rodinou (6).

Klientelou sociálního pracovníka mohou být klienti klinik gynekologicko-porodnických a novorozeneckých. Do péče sociálního pracovníka spadají hlavně novorozené opuštěné děti; svobodné matky samoživitelky s novorozeným dítětem; rodiče s postiženým novorozencem; rodičky závislé na návykových látkách a novorozenci drogově závislých matek; závislé těhotné ženy před termínem porodu, které dosud nevyhledaly prenatální péči; rodiče zřikající se novorozených dětí a jehož osvojení je nutné organizovat a také matky v šestinedělí s poporodní depresí či psychózou (6).

Při sociální práci s jednotlivcem jde o navázání důvěrného vztahu, respektování samostatnosti, empatie pomocí rozhovoru, kde je důležité jak hovořit tak i naslouchat. Podle individuálních potřeb a situace klienta se zvolí přístup k systematické práci v závislosti na ochotě a spolupráci klienta. Do tří využívaných přístupů, spadá přístup orientovaný na klienta, úkolově orientovaný a systematický přístup. Přístup orientovaný na klienta je vymezen podle Carla Rogerse důležitou podstatou a to takovou, aby pomáhající pracovník v terapeutickém vztahu usiloval o shodu a opravdovost, bezpodmínečnou pozitivní vazbu a empatii. Další významnou věcí pro vhodně podaný přístup ze strany sociálního pracovníka je nedirektivnost, nehodnocení, aktivní naslouchání a pravé přátelství. Pro rozvoj terapeutického procesu musí být naplněno šest podmínek terapeutického vztahu, které podporují psychický růst i komunikaci. Na začátku je důležitý kontakt, který probíhá mezi dvěma osobami, přitom první osoba- klient je ve stavu nesouhlasu, zranitelnosti či strachu. Druhá osoba- terapeut je naopak ve stavu souhlasu a uvědomuje si vůči klientovi naprosté kladné přijetí. Terapeut by se měl snažit o rozeznání vnitřního neklidu klienta pomocí empatie. A poslední podmínkou je klientem vnímané kladné přijetí a podané empatie od terapeuta (6, 8).

Druhý zmíněný přístup je používán při práci s lidmi, kteří mají potíže s verbálním způsobem práce, nedokážou vydefinovat problém a cíl, a také je přístupný lidem, kteří hledají porozumění sobě samým nebo podporu v obtížné životní situaci. Využitelnost tohoto přístupu je hlavně při krátkodobé spolupráci s klientem, který je pozitivně motivován, ochoten se podílet na řešení své situace, je samostatný a souhlasí s plněním úkolů. Je zde kladen důraz na uzavírání dohody, která určuje vzájemná práva a povinnosti zúčastněných stran a přitom poukazuje na časové vyhrazení úkolů a daných cílů. Dobrým základem pro pomoc sám sobě je výsledek přístupu, který přináší poměrně rychlou orientaci klienta v možnostech řešení problémů. Systematický přístup má podobnou výhodu jako přístup předešlý a to takovou, že

ho lze použít v krátkodobé práci s klientem. Tento přístup se vybírá u klientů, kteří žijí sami, také u těch, jejichž rodinné vztahy jsou velice konfliktní a nemohou se na nikoho jiného obrátit či nechtějí a u klienta, který dává přednost individuálnímu kontaktu. Systematický přístup znamená, že lidé, žádající o pomoc, nemusí být cíli zásahu. Přístup vychází z objednávky klienta a nabídky sociálního pracovníka. Začíná se popisem problému ze strany klienta, následuje objednávka a poté společná práce. Stanovují se cíle a podle nich se dotváří zakázka. Sociální pracovník se tak stává partnerem klienta (6).

Sociální práce na porodnické klinice zahrnuje zjišťování socioekonomické situace matek; podporu prvorodiček; rodiček, které musí zařízení opustit, ale přitom jejich dítě zůstalo v medicínské péči anebo zemřelo. Významná úloha pro sociálního pracovníka je identifikace rodiček v rizikových sociálních situacích tj. odmítání dítěte ponechat si ho; objevení známek psychického onemocnění; nedostatečně zajištěné podmínky pro péči o dítě po propuštění (6).

### **3.2 Sociální práce u těhotných žen před porodem**

Sociální práce se v tomto období zaměřuje spíše na matky v sociální nouzi, mladé matky a svobodné matky (6).

Těhotenství a rodičovství je v dnešní době odkládáno na dobu ve vyšším věku. Ale jsou i takové situace, ve kterých se zmíněné těhotenství a rodičovství přesouvá už na nezletilou dívku. Je důležité, aby v první řadě byla situace řešena s rodinou, otcem dítěte, gynekologem, sociálním pracovníkem a dalšími odborníky, kteří výrazně přispívají k jejímu řešení (6).

Kontakt sociálního pracovníka s nezletilou matkou dochází poprvé až v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení. Sociální pracovník spolupracuje i se zákonným zástupcem a příslušným oddělením sociálně právní ochrany dětí. Dochází i ke kontaktování sociálního kurátora magistrátu města, kde má dívka trvalé bydliště a to v případě nezletilé dívky pod 15 let. Vše je řešeno v rámci trestního řízení ve spolupráci s policií. Kvůli krátké době nezletilých dívek na porodnickém oddělení se sociální pracovník nedostane k zjištění důkladné rodinné anamnézy a nemá možnost k dalším informacím o postupu mladé matky.

Tím tak přichází o rozhodnutí matky, zda si dítě ponechá či dává souhlas s náhradní rodinou péčí (6).

Nejvíce využitelnými přístupy u nezletilých těhotných dívek a matek jsou úkolově orientovaný a systematický. Úkolově orientovaný přístup je zaměřený na úkolech, které obsahují problémy klienta. U nezletilých dívek se stává problémem těhotenství. V tomto přístupu se stává úkolem, který může ztvárnit konkrétní podoby, jako jsou pravidelné lékařské prohlídky, příprava na porod, řešení školní docházky, určení opatrovníka, vyřízení sociálních dávek. Při realizaci úkolů velmi pomáhá dívčino okolí. Aktivita klienta, silné stránky a chuť řešit svůj problém jsou základy pro přístup úkolově orientovaný (6).

Druhý zmíněný přístup systematický je založen na nedirektivním přístupu pomáhajícího ke klientovi. Jedním ze základních a důležitých prostředků je komunikace, která může v nedostatečné míře způsobit i špatnou péči o sebe a dítě. Komunikace mezi pomáhajícím a nezletilou by měla probíhat na stejných komunikačních úrovních - jako dvě dospělé osoby. Je třeba pohlížet na nezletilou těhotnou dívku jako na autonomní, kompetentní osobu, která má povinnosti spojené s rodičovstvím jako dospělí, i když je v určitých stránkách dítětem. Pomáhající by měl vstoupit do role průvodce, směřujícího, který nezletilou dívku takto podpoří (6).

### **3.3 Sociální práce u žen po porodu**

Nezletilé matky patří do specifické skupiny rodiček, a proto by se jim mělo dostávat vhodná lékařská péče v celém období těhotenství a sociální práce by měla být zaměřena před porodem a v období po porodu. Při odchodu z nemocnice by měla mít nezletilá matka informace o péči o své dítě. Může se objevit i nespolehlivost ze strany matky odvíjející se už z doby prenatální. Negativním jevem na zdraví mladé matky a dítěte je i prostředí, ve kterém tráví čas. Hrají zde roli faktory jako je nedostatečné bydlení, špatná atmosféra ve vztazích, nezdravý životní styl aj. (6).

Je třeba mít v sociální práci na paměti skutečnost, že u mladých rodičů se objevuje psychická a sociální nezralost. Mohou rodičovství brát jako oběť, jsou méně trpěliví a chybějí jim zkušenosti. Kvůli rozvíjející fázi identity dospívajícího, dochází k nezvládnutí role



rodičovství i k jejímu vnitřnímu vnímání. Pozitivním jevem v brzkém rodičovství může být neúzkostnost ve vztahu k výchově dítěte, neuvědomují si totiž možná rizika (6).

## **4 Instituce dostupné v péči o nedonošené dítě**

### **4.1 Raná péče poskytovaná v zařízení sociálních služeb**

Jedná se o ucelený program komplexních služeb zaměřených na celou rodinu, poskytovaný na komunitní úrovni s cílem podpořit vývoj dítěte ve věku od narození do 7let, jejichž vývoj je neobvyklý nebo je vážné nebezpečí, že se stane neobvyklým vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Raná péče jako obor existuje ve světě od 70. let minulého století. U nás do roku 2006 neexistovalo systémové a koncepční vymezení rané péče. Tuto situaci prolomil zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnost dne 1. 1. 2007 a zahrnul jak ranou péči tak i dalších 33 druhů sociálních služeb (10, 14).

Klientem rané péče se stávají rodiče s dítětem, které má zdravotní postižení či kombinované postižení ve věku 0-7 let nebo do nástupu dítěte do předškolního či školního zařízení. Dále jde o rodiče s dítětem, který má ohrožený vývoj od 0-2 let, kdy jde o děti většinou nedonošené, nezralé novorozence, děti po komplikovaném porodu, děti chronicky nemocné a podobné. A v poslední řadě může být klientem i rodina, která očekává narození dítěte s rizikem postižení (10).

Ze stanovených cílů rané péče lze definovat tyto. Snaha o snížení negativního vlivu postižení nebo ohrožení na vývoji dítěte a fungování rodiny; zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy; posílení kompetencí rodiny a snížení její budoucí závislosti na sociálních systémech a také vytvořit pro dítě a rodinu podmínky co nejvyšší integrace do společnosti. Poskytovateli sociální služby rané péče v České republice jsou nestátní neziskové organizace s různými zřizovateli dostávající dotace z částečných zdrojů Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a Ministerstva zdravotnictví České republiky. K zřizovatelům patří i magistráty, místní úřady i nadace a sponzoři (10).

Raná péče má převážně terénní charakter, který probíhá v přirozeném prostředí klienta. Určující roli zde hraje motivovaný, informovaný a profesionalizovaný rodič. Rodič je

nedílnou součástí poradenského týmu, který je dále tvořen poradcem rané péče, speciálním pedagogem, sociálním pracovníkem, psychologem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, lékařem a dalšími odborníky. Z ekonomického pohledu je raná péče výhodná, snižuje závislost rodičů na institucích a snižuje potřebu pobytu dítěte v zařízeních, tím dochází k úsporám prostředků na veřejné výdaje. Pro efektivnost terénní služby má raná péče v České republice vytvořeny principy, které jsou uvedeny ve Standardech rané péče. Spadá do nich princip důstojnosti, princip ochrany soukromí klienta, princip zplnomocnění, princip nezávislosti, princip týmového přístupu a komplexnosti služeb, princip přirozenosti prostředí, princip práva volby a princip návaznosti péče (10, 14).

## **4.2 Nedoklubko**

Nedoklubko je nestátní nezisková organizace, která má postavené základy na dobrovolnické činnosti a tudíž nedochází k financování ze státních zdrojů. Finanční dary jednotlivců, firemní dary a členské příspěvky jsou jediné prostředky jeho financování. Toto sdružení spojuje členy v hlavním společném zájmu o oblast práce s dětmi, u nichž došlo k ohrožení jejich dalšího vývoje perinatálními riziky, zejména předčasným narozením a nízkou porodní hmotností, a jejich rodiny. Klientem občanského sdružení se tedy stávají výše uvedené rodiny s dětmi ohroženého vývoje (9).

Cíle sdružení jsou směřovány na podporu rodin s předčasně narozenými dětmi, dále se objevuje snaha rodičům dostatečně zprostředkovat kontakty na další organizace orientující se na konkrétní problémy související s nezralostí dítěte. Cíle mají také dosáhnout zlepšení péče o předčasně narozené i jejich rodiče, též se zabývají vytvořením prostoru pro vyjádření zkušeností jiných rodičů v podobné situaci. V neposlední řadě je důležité zaměření na spolupráci se zúčastněnými odborníky, a také spolupráce se zahraničními rodičovskými sdruženími na zlepšení zákonné sféry pro péči o nedonošené děti a jejich rodiče v rozsahu celé Evropské unie (9).

Do činností sdružení, které charakterizují, jeho práci patří psychologická, emoční a sociální podpora rodiny s nedonošeným dítětem, vzájemné setkávání rodičů s nedonošenými dětmi, podávaná informační činnost týkající se poznatků a znalostí stránky nedonošenosti.

Pomocí pořádaných výstav a tematických akcí se snaží o propagaci a přízeň na veřejnosti. Dávají rodičům nedonošených dětí možnost vypůjčení dostupných pomůcek (kompenzační, rehabilitační či pomůcky pro kojení). Velkou vzácnost tohoto sdružení je propojování laického v roli rodičů a odborného pohledu na nedonošenost, kde může z určité části vypomoci i vydávání populárně naučné literatury. A pro splnění cíle týkající se spolupráce se zahraničími sdruženími se začleňují právě do takových to evropských sdružení rodičů nedonošených dětí, kde se snaží zviditelnit a posílit péči o nedonošené děti na evropské úrovni (9).

Nedoklubko usiluje o propojování komunity zdravotníků, rodičů, laické veřejnosti a pokouší se o porozumění a spolupráci. Jako sdružení stálo u vzniku Evropské nadace pro péči o novorozené děti a také se podílelo na sběru dat určených pro Srovnávací analýzu. Úkolem analýzy bylo srovnat v pěti oblastech péči o předčasně narozené děti ze 13 zemí Evropské unie s Českou republikou (9).

Evropská nadace pro péči o novorozené děti je organizace zastupující rodiče a odborníky s účelem zlepšit následnou péči o předčasně narozené a nemocné novorozence a podporovat jejich rodiny. Snaží se přimět Evropu pro pozornost věnovanou velké patientské skupině, která si ji zaslouží (9).

### **4.3 Poradna pro rizikové novorozence**

Jedná se o specializovanou ambulanci pro děti ohrožené rizikovým vývojem. Zřizuje se většinou v blízkosti perinatologických anebo intermediárních center. K hlavním prvkům práce v takové to poradně patří sledování dětí pod 1500g, pod 34. týden těhotenství, k dalším dětským klientům lze přiřadit děti s postižením centrální nervové soustavy, s respiračními poruchami, s gastrointestinální problematikou, s postižením očí a sluchu a také s komplexní problematikou jako je sepse, vrozené vývojové vady. Do komplexního týmu, který má za úkol sledovat tyto klienty a různé odchylky od fyziologického stavu dítěte, se zahrnuje praktický lékař, neonatolog, dětský neurolog, specialista na rehabilitaci, oftalmolog, otorinolaryngolog, foniatr, psycholog, ortoped a sociální pracovník. Poradna tak umožňuje koordinaci nezbytného multidisciplinárního přístupu. Péče o velmi nezralého novorozence představuje většinou vzájemnou kombinaci a ovlivňování několika systémů. Každé dítě je sledováno

individuálně, jelikož typ jeho postižení může mít různou míru a překrývající symptomy, které se mohou objevit jen na přechodnou dobu. Zásadním významem pro další vývoj dítěte je kvalitní hodnocení objeveného nálezu (7, 12).

V poradně dochází k postupnému vyšetřování dítěte podle týdnu těhotenství. Může být zvoleno fyzikální vyšetření, obsahující pediatrickou a neurologickou část, které je prováděno u dítěte pod 32. týdnem těhotenství, dále u dítěte ve 32. týdnu těhotenství je vhodné oční vyšetření. Do vyšetření spadá i ortopedické ve 46. týdnu těhotenství, sluchové a to v rozsahu 8. - 12. měsíce a zahrnuje se i ultrazvuk mozku (7, 12).

Dříve bylo rodičům dětí s perinatální zátěží doporučováno docházet na pravidelné kontroly do předškolního věku, kdy se hodnotila školní zralost a celkový psychomotorický vývoj jako u ostatních dětí. Je však stále více potřebné sledovat tyto děti i během školní docházky, kdy se mohou poprvé projevit odchylky kognitivních funkcí a behaviorální odlišnosti (7, 12).

#### **4.4 HoSt Home-Start Česká republika**

Do výčtu sociálních služeb dostupné pro nedonošené děti, je zahrnuta spolu se Sanací rodiny i tato organizace, jelikož do ní může být směřována klientela nezletilých matek s těmito dětmi. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která bezplatně poskytuje dobrovolnické podpůrné a sociálně aktivizační služby rodinám s dětmi do 6 let. Tato organizace byla registrována roku 2003 u Ministerstva vnitra České republiky a k rozšíření nabídek jejich služeb došlo v roce 2007 v Brně a Liberci. V současné době sdružuje 19 organizací v různých zemích jako je Austrálie, Kanada, Nizozemsko, Norsko, Keňa a další (10).

HoSt nabízí podporu a pomoc rodinám s malými dětmi prostřednictvím vyškolených dobrovolníků v přirozeném prostředí rodiny. Pomocí poskytnuté činnosti těchto dobrovolníků, jako je podpora vlastních zdrojů a kompetencí rodiny a pomoc při vytváření vhodného, podnětného prostředí pro vývoj dítěte, dochází k postupné schopnosti plnit samostatně poslání rodiny bez pomoci druhých. Práci dobrovolníků může využívat velmi mladá rodina, rodiče, kteří pečují o dítě bez partnera, také rodiny, u kterých se vyskytují různé

sociální problémy vycházející z nezaměstnanosti, alkoholismu, užívání drog. Do klientely spadají i rodiče pocházející z dětského domova, ženy trpící poporodní depresí, ale také nastávající rodiny, u kterých je problém v materiální, sociální a psychologické sféře (10).

Na základě dohody, pozvání a s písemným souhlasem klienta může dojít k návštěvě v domácnosti. Dobrovolník- rodič vstupuje pouze do míst, která mu jsou nabídnuta klientem- rodičem. A ujasňuje důvody, kvůli kterým přišel. Nejde totiž o návštěvu, která má hodnotit, kontrolovat či kritizovat, ale o podanou pomoc zaměřující se na konkrétní věci, se kterými si klient neví rady. V průběhu těchto návštěv se buduje přátelský vztah, který umožňuje sdílet radost i trápení a vnáší do něho rozhovory bez formalit. Pokud s tím klient souhlasí, může dobrovolník docházet za nimi i se svými dětmi, a díky této skutečnosti se pracuje na principu nápodoby vzoru. Spolupráce dobrovolníků s rodinou je většinou řazena na dlouhodobější období. Střetnutí s rodinou by mělo být v rozsahu 1x týdně na 2-3 hodiny, ale záleží na individuální domluvě (10).

#### **4.5 Sanace rodiny**

Služba snaží se o celkově různorodé postupy podporující fungování neúplných rodin. Při práci s rodinou může napomáhat podporou zaškolený dobrovolník, složkami psychoterapie se zabývá profesionál, který je poskytuje celé rodině či jednotlivým členům rodiny a dále mohou být využity specifické služby jako je doprovod dětí do mateřských či rodinných center, na přípravné předškolní vzdělávání apod. Klientem sanace se stává vždy rodina jako celek. Členové rodiny jsou ovlivňovány aktuálním prožíváním i tím, co prožili v minulosti, a to vše dopadá na kvalitu jejich rodičovství. Cílem této služby je dosažení změny či zlepšení rodičovských dovedností a sociálních podmínek v rizikových rodinách dětí ohrožených odebráním nebo umístěním do ústavních zařízení. Tomuto cíli předchází snaha o prevenci, zmírnění či odstranění příčin ohrožení dítěte a poskytnutí pomoci a podpory rodičům i dítěti pro zachování rodiny. Sanace rodiny je jednou z možností jak podpořit rodiče při obtížném zvládnutí péče o své dítě. Pod ohrožení dítěte spadá nejčastěji sociální a psychické důvody (chudoba, zanedbávání, deprivace vývojových stimulů) než vyloženě zdravotní. Důležitost podávaných služeb zaměřených na podporu ohrožených rodin by měla nejdříve směřovat ke stabilizaci sociální situace rodiny, následně přejít k podpoře

rodičovských dovedností. V průběhu tohoto procesu se může objevit nácvik a podpora pečujícího rodičovského chování a lepší vnímání potřeb dítěte (10).

Do multidisciplinárního týmu Sanace rodiny patří pracovník sociálně - právní ochrany dětí, pracovník centra pro Sanaci rodiny, pracovník zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo pro děti vyžadující okamžitou pomoc i odborníci pracující s dítětem nebo celou rodinou využívající podle potřeb klienta. Důležitým základem či prvkem v celém procesu je založení důvěry mezi pomáhajícími odborníky a jednotlivými klienty rodiny (10).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 Výzkumné otázky

### Otázka č. 1

Je podle rodičů nedonošených dětí, vhodných zařízení dostatek?

### Otázka č. 2

Zájem o tato zařízení je z řad rodičů veliký?

### Otázka č. 3

Povědomí rodičů o zdravotně sociální práci je nízká?

### Otázka č. 4

Je zdravotně sociální práce v těchto rodinách potřebná?

### Otázka č. 5

Je život s nedonošeným dítětem na vyšší pozici než naplnění potřeb rodiny?

### Otázka č. 6

Ovlivňují potřeby rodiny péči o nedonošené dítě z velké části?

## 6 Metodika výzkumu

Specifikám zdravotně sociální práce s rodinou s nedonošeným dítětem je věnována metodika celého výzkumu. Nebyl uskutečněn žádný pilotážní výzkum. Hlavní výzkum začal probíhat od měsíce března do konce dubna 2013. Veškerá data pro výzkum byla sesbírána ve dvou zdravotnických zařízeních a také z osobních zdrojů znajících rodiče s nedonošeným dítětem. Návštěvy respondentů byly vždy předem domluvené s kompetentní osobou. Nijak nebyl rušen chod ani činnost zdravotnického personálu.

Oslovovanými respondenty byly rodiče, nejčastěji matky, které porodily nedonošené dítě a měly trvalé bydliště v Pardubickém či Královéhradeckém kraji. Do kvantitativního výzkumu bylo zahrnuto tedy 35 respondentů a byl zvolen osobní kontakt pro úplnou návratnost dotazníků. Nízký soubor respondentů byl důvodem poměrně malé oblasti s počtem nedonošených dětí.

Data od respondentů byla sbírána osobním kontaktem s vypracovaným dotazníkem (viz. Příloha A). Dotazník byl zcela anonymní a skládal se z 24 otázek, které byly v začátku zaměřeny na charakteristiku daného respondenta. Poté se zabývaly povědomím o zařízeních, která mohou pomoci respondentům v jejich nové situaci. Další otázky zjišťovaly míru poskytované zdravotně sociální práce a ukončení bylo otázkami zahrnující naplňování potřeb respondentů. Dotazník obsahoval z velké části otázky uzavřené výběrové, také několik otevřených otázek (4.,5.,8.,16.,17.,18.,19.). Objevila se i jedna otázka dichotomická (11.), škála (12.), uzavřená výčtová otázka (14.) a spojená výběrová s výčtovou otázkou (24.).

Sesbíraná data byla přenesena a zpracována v elektronické podobě programu Microsoft Office Excel 2007. K lepší přehlednosti v dané výzkumné části byly vytvořeny tabulky a grafy. Tabulky obsahují počet odpovědí a následně procentové hodnoty zaokrouhlené na celé číslo. Pro vyjádření veškerých dat, která se objevila v tabulkách a grafech, byly použity vzorce absolutních ( $n_i$ ) a relativních ( $f_i$ ) četností. Relativní četnost ( $f_i$ ) představuje podíl absolutní četnosti ( $n_i$ ) a celkové četnosti ( $n$ ). Využitými grafy byly sloupcový, koláčový a pruhový vždy se zaokrouhlením na celé číslo.

Vzorec pro výpočet relativní četnosti:

$$f_i (\%) = n_i / n \times 100$$



## 7 Interpretace získaných výsledků

### Otázka č. 1: Pohlaví

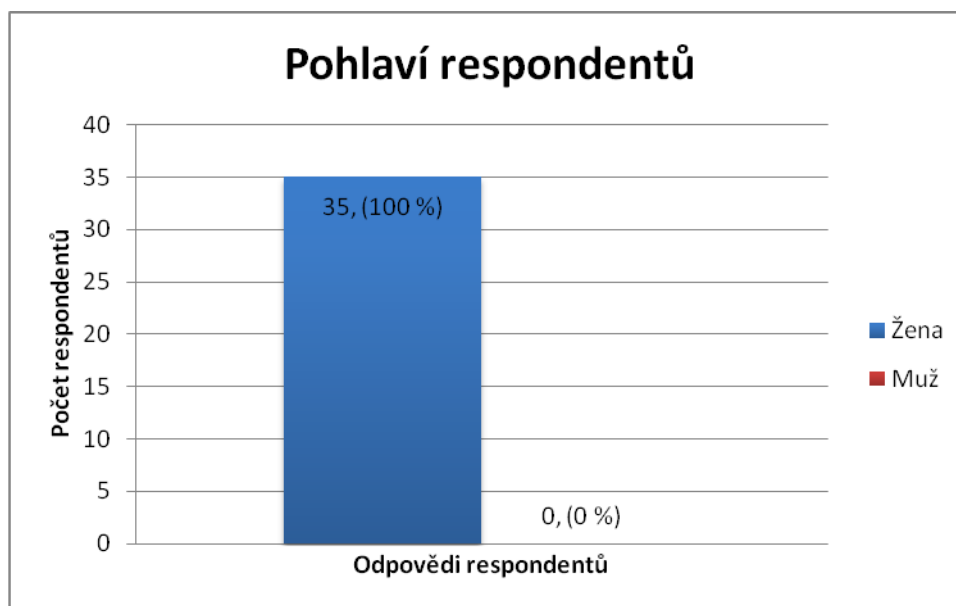
Možnosti odpovědí:

Žena

Muž

Tabulka 7- 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Žena	35	1	100 %
Muž	0	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 1 Pohlaví respondentů

Celkový soubor 35 (100 %) dotazovaných osob tvořily pouze ženy, tedy matky nedonošených dětí. Počítala jsem s tímto výsledkem, jelikož ženy bývají častěji v kontaktu s nedonošeným dítětem, co se týče období těhotenství až do doby po porodu. Myslím, že se výzkumu ani samotný muž nemohl účastnit, protože jsou otázky postavené více méně na prožívání ženy. (viz. obr. 7- 1)

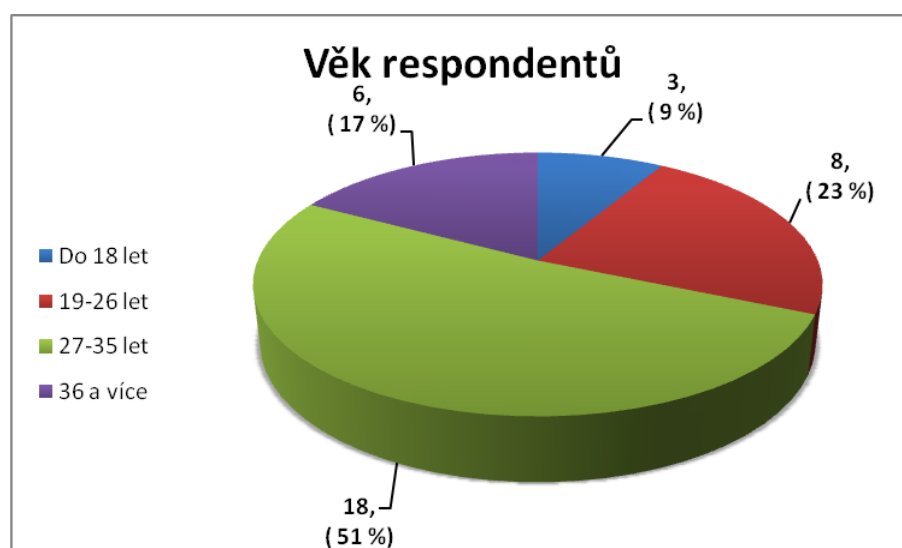
## Otázka č. 2: Věk

Možnosti odpovědí:

- do 18 let
- 19-26 let
- 27-35 let
- 36 a více

Tabulka 7- 2 Věkové rozmezí respondentů

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Do 18 let	3	0,09	9 %
19-26 let	8	0,23	23 %
27-35 let	18	0,51	51 %
36 a více	6	0,17	17 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 2 Věkové rozmezí respondentů

Nejčastěji zachycenou věkovou skupinou byly ženy ve věku 27-35 let a to v počtu 18 (51 %). Výjimku netvořily ani mladé ženy ve věku 19-26 let v počtu 8 (23 %) a 3 nezletilé matky do 18 let (9 %). Nechtěla bych také zapomenout na ženy ve věku 36 let a více v počtu 6 (17 %). Nečekala jsem, že výzkum odhalí větší množství nedonošených dětí u matek v mladém věku. Spíše jsem věřila v objevení této problematiky u starších matek. (viz. obr. 7- 2)

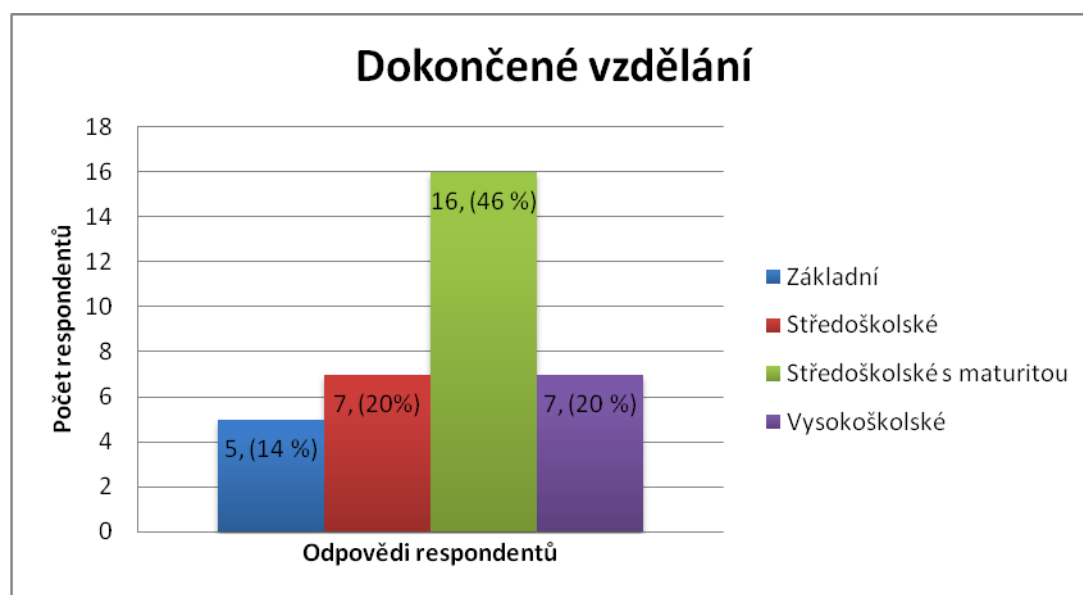
### Otázka č. 3: Uved'te své dokončené vzdělání.

Možnosti odpovědí:

- Základní
- Středoškolské odborné
- Středoškolské odborné s maturitou
- Vysokoškolské

Tabulka 7- 3 Dokončené vzdělání

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Základní	5	0,14	14 %
Středoškolské	7	0,20	20 %
Středoškolské s maturitou	16	0,46	46 %
Vysokoškolské	7	0,20	20 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 3 Dokončené vzdělání

Nejčastějším a nejvyšším typem vzdělání bylo středoškolské s maturitou, kterého dosáhlo 16 (46 %) respondentů. Středoškolského a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 7 (20 %) respondentů v každé možnosti výběru. S nejnižším počtem a to 5 (14 %) žen se ukázalo vzdělání základní. (viz. obr. 7- 3)

#### Otázka č. 4: V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo Vaše nedonošené dítě?

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

Tabulka 7- 4 Týden narození dítěte

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
37. týden	1	0,03	3 %
36. týden	6	0,17	17 %
35.+3 týden	1	0,03	3 %
35. týden	1	0,03	3 %
34.+5 týden	1	0,03	3 %
34. týden	6	0,17	17 %
33.+6 týden	1	0,03	3 %
33. týden	6	0,17	17 %
32. týden	1	0,03	3 %
32.+ 5 týden	1	0,03	3 %
31. týden	1	0,03	3 %
30. týden	1	0,03	3 %
29. týden	1	0,03	3 %
28. týden	1	0,03	3 %
27. týden	1	0,03	3 %
26. týden	5	0,14	14 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 4 Týden narození dítěte

Tato otázka byla kladena formou otevřené otázky a to z důvodu zjištění nejčastějšího týdne těhotenství narození nedonošeného dítěte. Nejvíce udávanými týdny těhotenství byly

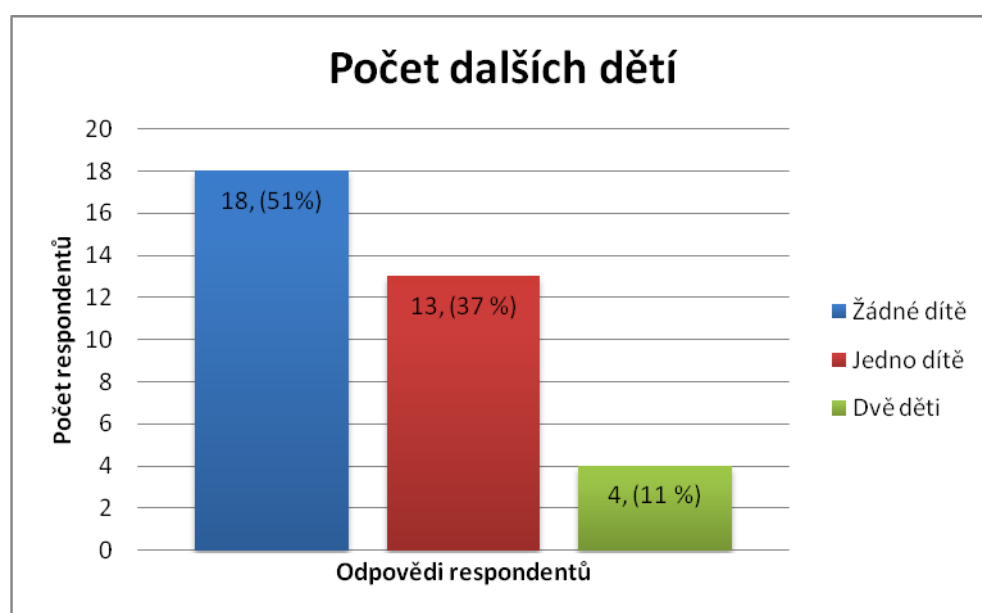
33., 34. a 36., kde všechny tři dosáhly počtu 6 (17 %) žen. Na 26. týden těhotenství odpovědělo 5 (14 %) žen a zbylé týdny těhotenství byly zaznamenány vždy 1 (3 %) ženou. Hlavně se jednalo o tyto týdny těhotenství: 27., 28., 29., 30., 31., 32., 32.+5, 33.+6, 34.+5, 35., 35.+3, 37. (viz. obr. 7- 4)

## Otázka č. 5: Můžete napsat počet Vašich dětí, které máte doma?

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

Tabulka 7- 5 Počet dalších dětí

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Žádné dítě	18	0,51	51 %
Jedno dítě	13	0,37	37 %
Dvě děti	4	0,11	11 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 5 Počet dalších dětí

Z velké části této otevřené otázky převažovala odpověď žádné dítě. Tedy 18 (51 %) žen z výzkumného souboru má nedonošené dítě jako prvního potomka. U 13 (37 %) dotazovaných na nedonošené dítě čeká doma jeden sourozenec a u 4 (11 %) dotazovaných už dva starší sourozenci. Pomocí osobního kontaktu, který doplňoval dotazníkové šetření, jsem měla možnost získat příjemné zjištění od rodičů. Až 31 (88 %) respondentů by se nenechalo odradit skutečností, že se jim narodilo nedonošené dítě a plánují dalšího potomka s odstupem času. (viz. obr. 7- 5)

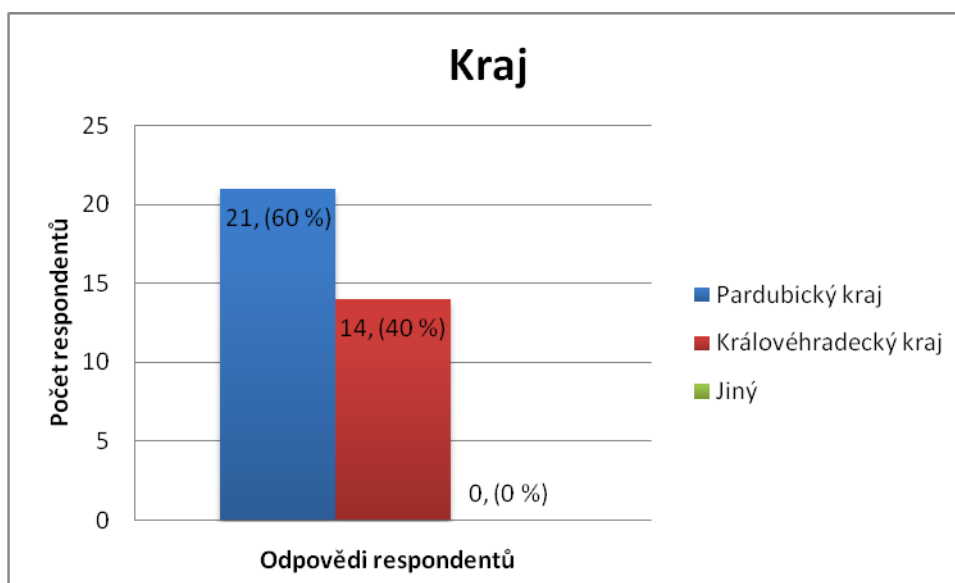
## Otázka č. 6: Z jakého kraje pocházíte?

Možnosti odpovědí:

- Pardubického
- Královéhradeckého
- Jiný kraj

Tabulka 7- 6 Kraj

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Pardubický kraj	21	0,60	60 %
Královéhradecký kraj	14	0,40	40 %
Jiný	0	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 6 Kraj

Velkou převahu měly ženy z pardubického kraje. Čas na vyplnění dotazníku si udělalo v Pardubickém kraji 21 (60 %) žen a v Královéhradeckém kraji 14 (40 %). Celková myšlenka této otázky bylo dosáhnout poloviny oslovených respondentů ze dvou krajů pro lepší srovnání v dalších vybraných otázkách. (viz. obr. 7- 6)

### Otázka č. 7: Vyberte typ Vašeho trvalého bydliště.

Možnosti odpovědí:

- Ve městě
- Na vesnici

Tabulka 7- 7 Typ trvalého bydliště

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Město	23	0,66	66 %
Vesnice	12	0,34	34 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 7 Typ trvalého bydliště

Oslovená skupina žen převážně pochází z měst a to v počtu 23 (66 %), z vesnice pak jen 12 (34 %). Tato otázka měla mapovat dostupnost týkající se vzdálenosti bydliště do zařízení. Ukázalo se, že většina žen do zařízení cestuje z města do města a není pro ně problém se v tomto prostředí pohybovat. (viz. obr. 7- 7)

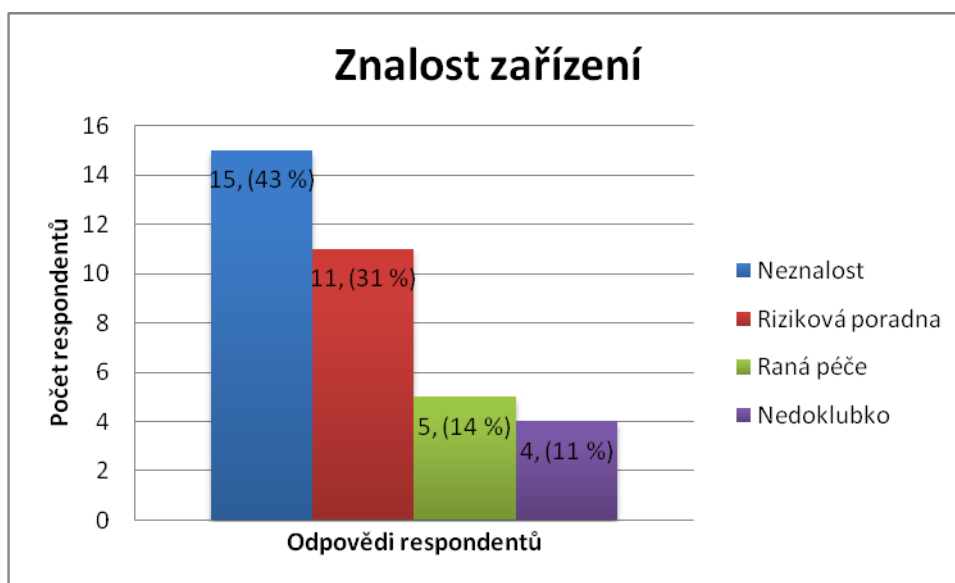


**Otázka č. 8: Vypište, jaká zařízení znáte ve Vašem okolí zaměřená na skupinu rodičů s nedonošenými dětmi.**

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

**Tabulka 7- 8 Znalost zařízení**

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Neznalost	15	0,43	43 %
Riziková poradna	11	0,31	31 %
Raná péče	5	0,14	14 %
Nedoklubko	4	0,11	11 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



**Obrázek 7- 8 Znalost zařízení**

V 15 (43 %) případech odpovědi se ukázala neznalost zařízení týkající se této skupiny. Zbytek oslovených si vzpomnělo na Poradnu pro rizikové novorozence a to 11 (31 %) žen, též na Ranou péči v počtu 5 (14 %) a Nedoklubko u 4 (11 %) žen. Z toho tedy vyplývá, že 20 (57 %) žen využívá služeb některých z uvedených zařízení. Úmysl této otázky byl naplněn a sama myslím, že z daného výzkumného vzorku se jedná o úspěch. (viz. obr. 7- 8)

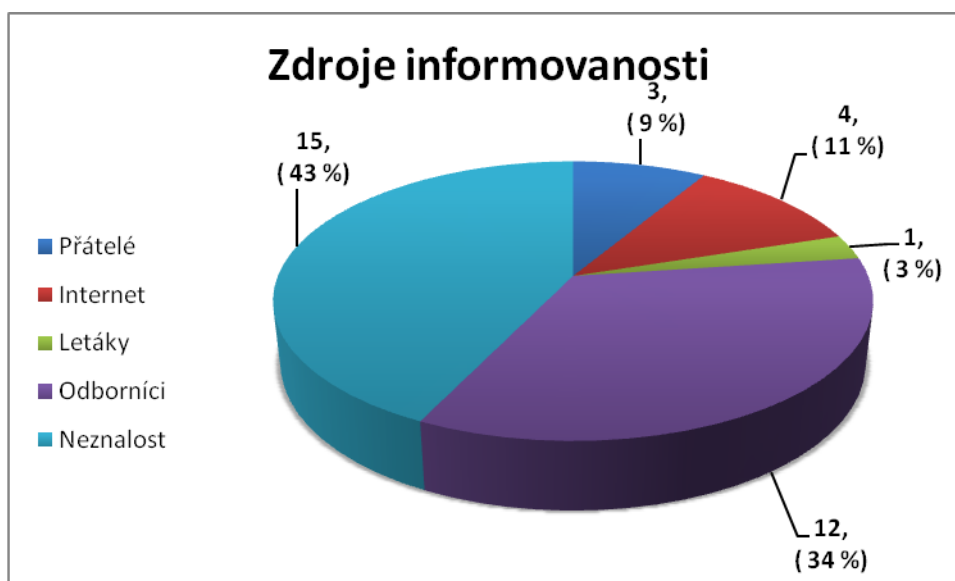
## Otázka č. 9: O existenci uvedených zařízení jste se dozvěděla od?

Možnosti odpovědí:

- Přátelé
- Internet
- Letáky, brožury
- Odborníci

Tabulka 7- 9 Zdroje informovanosti

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Přátelé	3	0,09	9 %
Internet	4	0,11	11 %
Letáky	1	0,03	3 %
Odborníci	12	0,34	34 %
Neznalost	15	0,43	43 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 9 Zdroje informovanosti

Na prvním a nejčastěji vyskytovaném zdroji informací, se ukázali odborníci ve 12 (34 %) odpovědích. Hned poté se objevili zdroje blíže dostupné osloveným ženám a to internet v počtu 4 (11 %), přátelé u 3 (9 %) žen a tištěné letáky u 1 (3 %) z oslovených. Zbýlá procenta jsou ženy, které nemají ponětí o zařízení, a tudíž na tuto otázku neodpovídaly.

(viz. obr. 7- 9)

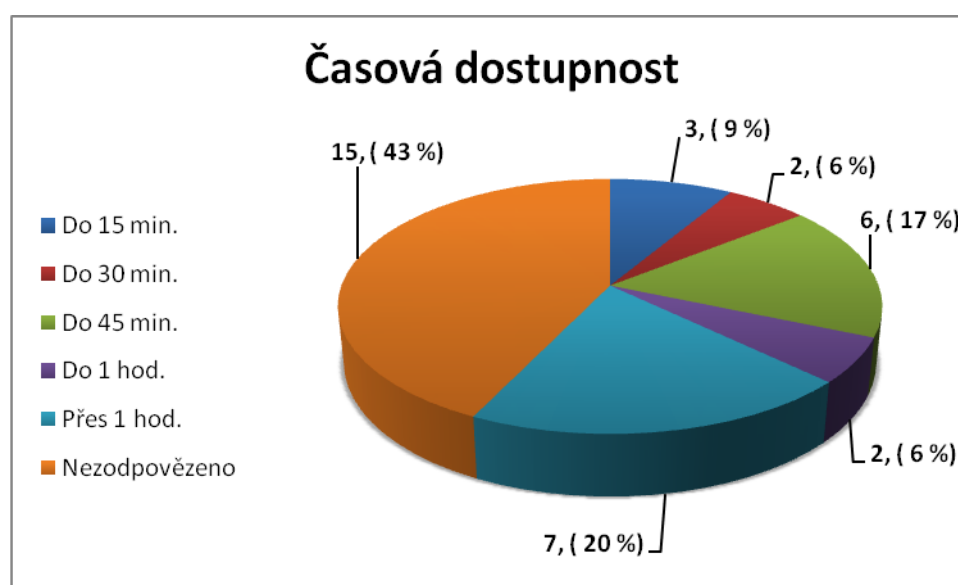
## Otázka č. 10: Dostupnost do těchto zařízení je?

Možnosti odpovědí:

- Do 15 min.
- Do 30 min.
- Do 45 min
- Do 1 hod.
- Přes 1 hod.

Tabulka 7- 10 Časová dostupnost

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Do 15 min.	3	0,09	9 %
Do 30 min.	2	0,06	6 %
Do 45 min.	6	0,17	17 %
Do 1 hod.	2	0,06	6 %
Přes 1 hod.	7	0,20	20 %
Nezodpovězeno	15	0,43	43 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 10 Časová dostupnost

Ženám trvá dopravit se do zařízení v 7 (20 %) případech přes 1 hodinu. Což bývá někdy časově náročné, ale i přesto zůstávají zařízení věrné. Do druhé nejvíce uváděné časové dostupnosti, byla zahrnuta doba cesty do 45 minut u 6 (17 %) žen. Ostatní vybrané odpovědi se pohybovaly tak, že jsou ženy možné dopravit se do 15 minut ve 3 (9 %) případech, ale též i s delší časovou prodlevou a to do 30 minut a do 1 hodiny vždy v počtu 2 (6 %) žen. Zbylé procento odpovědí patřilo ženám, které neznají žádné zařízení. (viz. obr. 7- 10)

### Otázka č. 11: Objevil se problém, který Vám zabránil využít zařízení?

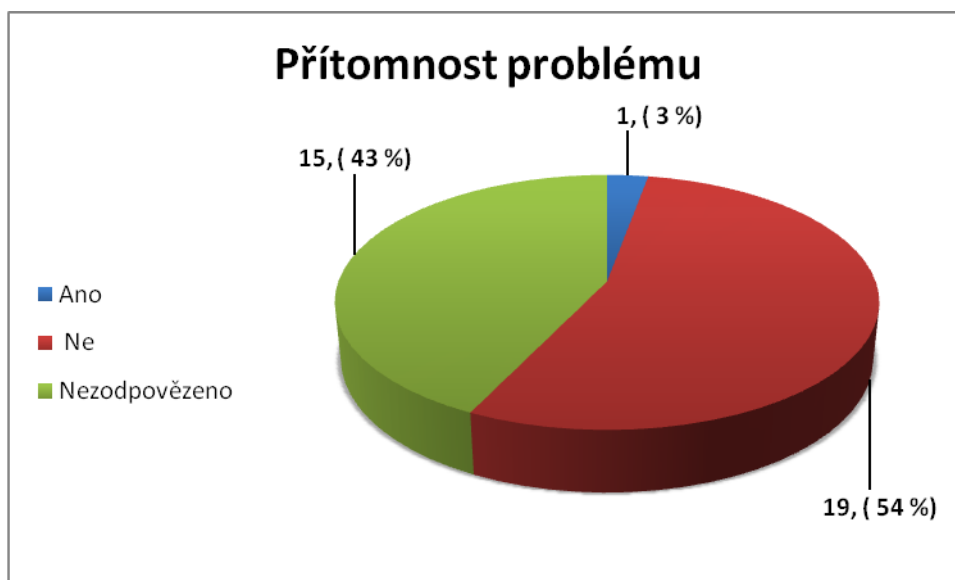
Možnosti odpovědí:

Ano

Ne

Tabulka 7- 11 Přítomnost problému

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Ano	1	0,03	3 %
Ne	19	0,54	54 %
Nezodpovězeno	15	0,43	43 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 11 Přítomnost problému

Na žádný problém, který by rodičům zabránil v návštěvě zařízení, si nevzpomnělo 19 (54 %) žen. A pouze 1 (3 %) z oslovených nemohla využít daných služeb kvůli nemoci. Dalo by se tedy říct, že se jedná o ženy, které svůj plánovaný čas myslí vážně a chtějí ho dostatečně využít ve vybraném zařízení. (viz. obr. 7- 11)

## Otázka č. 12: Jak byste zhodnotili na škále Váš strávený čas?

Možnosti odpovědí na škálu:

doma

	<i>SPOKOJENOST, ALE..</i>	<i>PŘÍNOS ZAJÍMAVÝCH POZNATKŮ</i>
<i>POTŘEBA ZMĚNY</i>		<i>SMYSLUPLNÉ VYUŽITÍ</i>

v zařízení

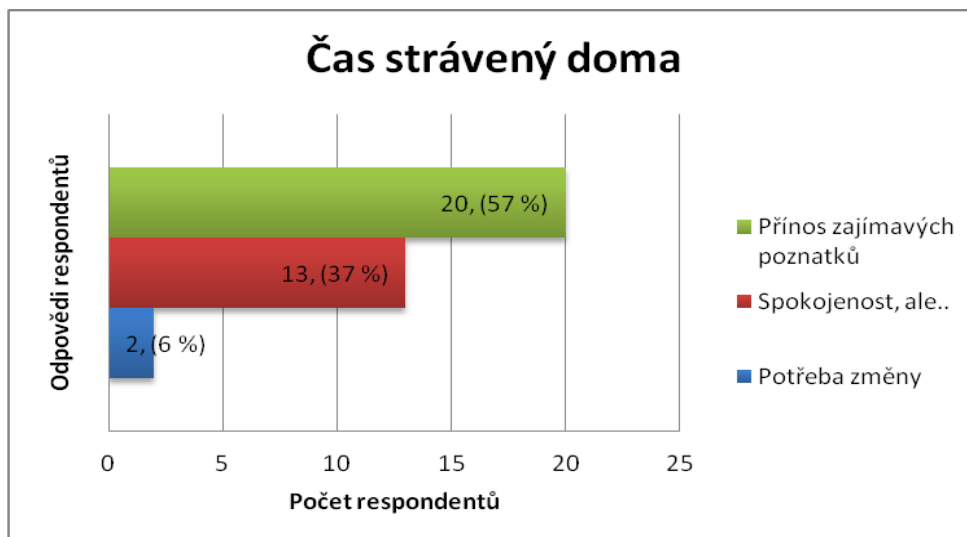
	<i>SPOKOJENOST, ALE..</i>	<i>PŘÍNOS ZAJÍMAVÝCH POZNATKŮ</i>
<i>POTŘEBA ZMĚNY</i>		<i>SMYSLUPLNĚ VYUŽITÝ</i>

Tabulka 7- 12a Čas strávený doma

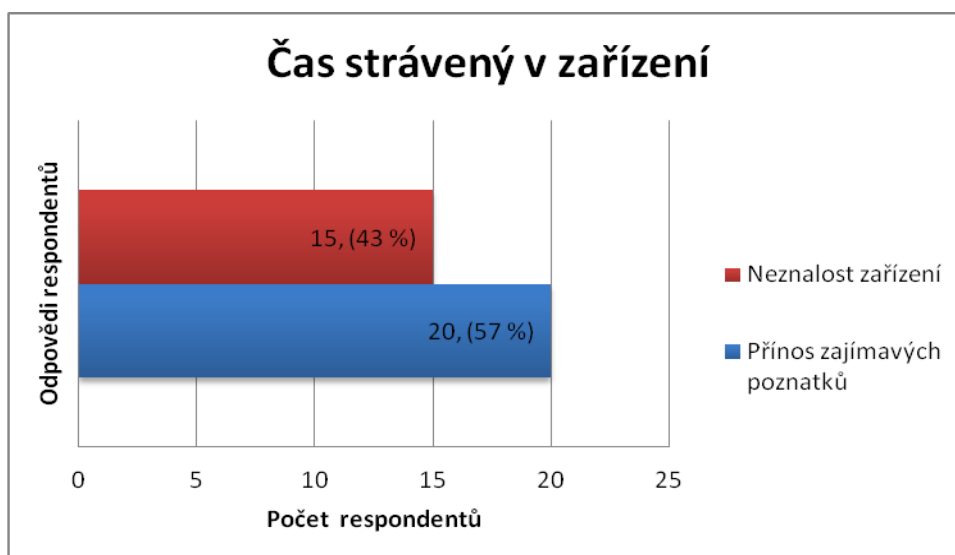
Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Potřeba změny	2	0,06	6 %
Spokojenost, ale..	13	0,37	37 %
Přínos zajímavých poznatků	20	0,57	57 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 7- 12b Čas strávený v zařízení

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Přínos zajímavých poznatků	20	0,57	57 %
Neznalost zařízení	15	0,43	43 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 12a Čas strávený doma



Obrázek 7- 12b Čas strávený v zařízení

Jedná se o škálovou otázku, která zjišťovala důležitost stráveného času doma a také v zařízení. Ve škále týkající se času doma odpověděla každá z 35 (100 %) žen. Nejčastěji byl hodnocen čas jako přínosnou a smysluplně využitou dobou a to u 20 (57 %) žen. U 2 (6 %) žen by byla přínosná velká změna a 13 (37 %) žen je s časem doma spokojeno, ale uvítaly by radu od odborníka či zkušené osoby v této situaci.

Ve škále ztvárňující čas v zařízení už mohlo odpovědět a posoudit jen 20 (57 %) žen. Tyto respondenti zhodnotili dobu jako za přínosnou novým poznatkům. A 15 (43 %) oslovených se touto škálou nezabývalo, jelikož nemělo zkušenosti s žádným zařízením.

Důvodem navštěvování zařízení je hlavně pocit jistoty, že jsou rodiče s dítětem pod odbornou kontrolou a je jim podána potřebná pomoc. (viz. obr. 7- 12a, obr. 7- 12b)

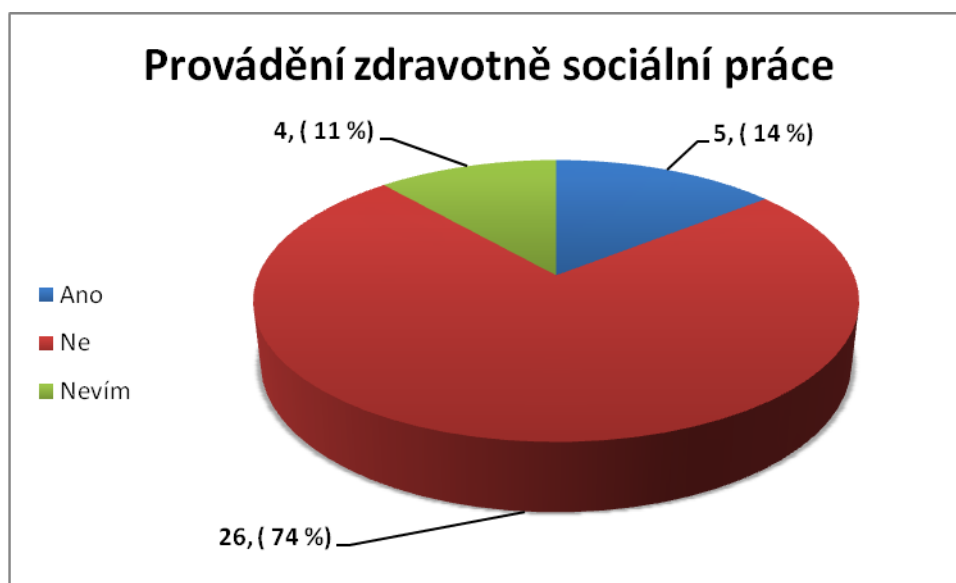
### Otázka č. 13: Byla u Vás v období po porodu nabídnuta zdravotně sociální práce?

Možnosti odpovědí:

- Ano
- Ne
- Nevím

Tabulka 7- 13 Provádění zdravotně sociální práce

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Ano	5	0,14	14 %
Ne	26	0,74	74 %
Nevím	4	0,11	11 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 13 Provádění zdravotně sociální práce

V této výběrové otázce v počtu 26 (74 %) bylo zodpovězeno, že zdravotně sociální práce jim nebyla poskytována vůbec a 5 (14 %) oslovených se s touto prací setkala. Při 4 (11 %) odpovědích jsem se dostala do situace, kdy jsem vysvětlovala, co pod práci spadá, jelikož oslovené o ní neměli žádné ponětí. (viz. obr. 7- 13)

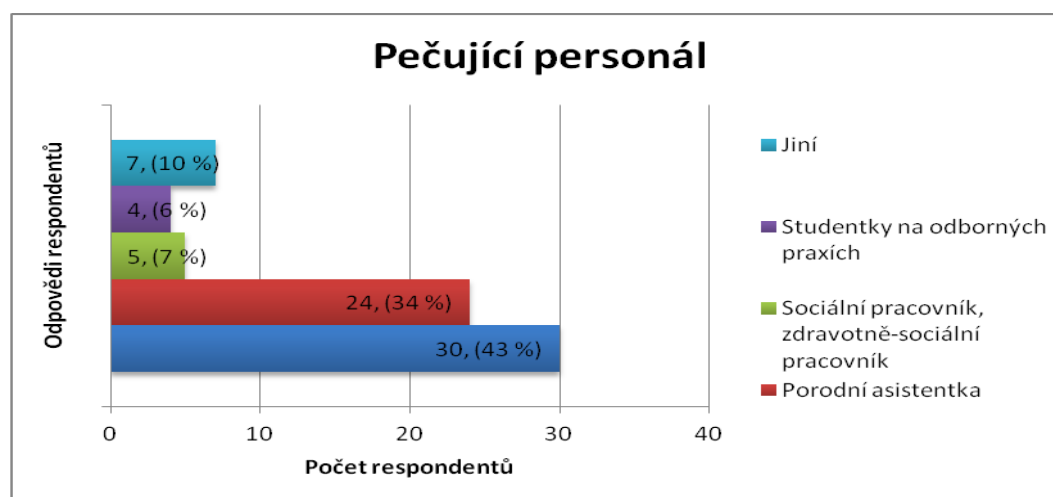
## Otázka č. 14: Kdo se o Vás v období po porodu staral?

Možnosti odpovědí:

- Lékař/ porodník
- Porodní asistentky
- Sociální pracovník, zdravotně-sociální pracovník
- Studenti/tky na odborných praxích
- Jiní:

Tabulka 7- 14 Pečující personál

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Lékař/ porodník	30	0,43	43 %
Porodní asistentka	24	0,34	34 %
Sociální pracovník, zdravotně-sociální pracovník	5	0,07	7 %
Studentky na odborných praxích	4	0,06	6 %
Jiní	7	0,10	10 %
<b>Celkem</b>	<b>70</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 14 Pečující personál

Jelikož se jedná o výčtovou otázku, ženy měly možnost vybrat více variant pečujícího personálu, který se objevil u nich po porodu. Každá oslovená toho využila a vybrala dvě varianty. A tak se u 30 (43 %) odpovědí ukázalo, že nejčastější osobou byl v péči po porodu lékař/porodník. Poté v počtu 24 (34 %) se umístila porodní asistentka, objevila se i v 7 (10 %) zodpovězených odpovědích, položka- jiní, ve které byli zahrnuti i manželé a v počtu 5 (7 %) uvedených byli sociální pracovníci či zdravotně-sociální pracovníci. Nechyběli ani 4 (6 %) odpovědi, zahrnující studenty na odborných praxích. (viz. obr. 7- 14)



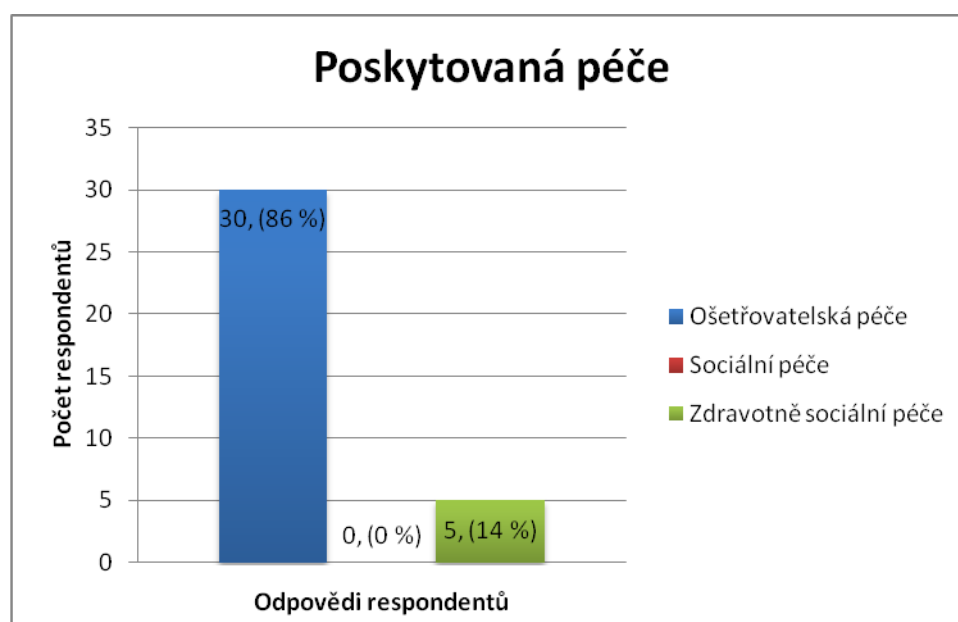
### Otázka č. 15: Jaká péče podle Vás převažovala?

Možnosti odpovědí:

- Ošetrovatelská péče
- Sociální péče
- Zdravotně sociální péče

Tabulka 7- 15 Poskytovaná péče

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Ošetrovatelská péče	30	0,86	86 %
Sociální péče	0	0	0 %
Zdravotně sociální péče	5	0,14	14 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 15 Poskytovaná péče

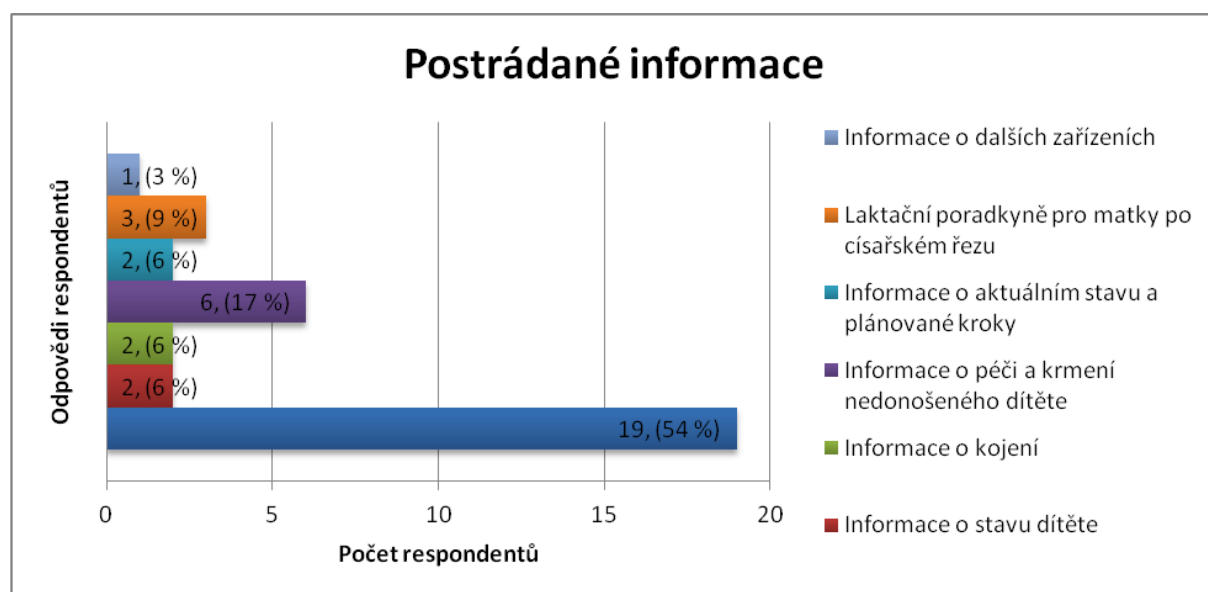
Péče, která u matek s nedonošenými dětmi převažovala ve 30 (86 %) odpovědích, byla ošetrovatelská. Zbýlých 5 (14 %) vybraných připadla na zdravotně sociální práci. V žádném případě se neukázala poskytnuta pouze sociální péče. (viz. obr. 7- 15)

## Otázka č. 16: Jaké informace či pomoc jste postrádala?

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

Tabulka 7- 16 Postrádané informace

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Žádné nechyběly	19	0,54	54 %
Informace o stavu dítěte	2	0,06	6 %
Informace o kojení	2	0,06	6 %
Informace o péči a krmení nedonošeného dítěte	6	0,17	17 %
Informace o aktuálním stavu a plánované kroky	2	0,06	6 %
Laktační poradkyně pro matky po císařském řezu	3	0,09	9 %
Informace o dalších zařízeních	1	0,03	3 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 16 Postrádané informace

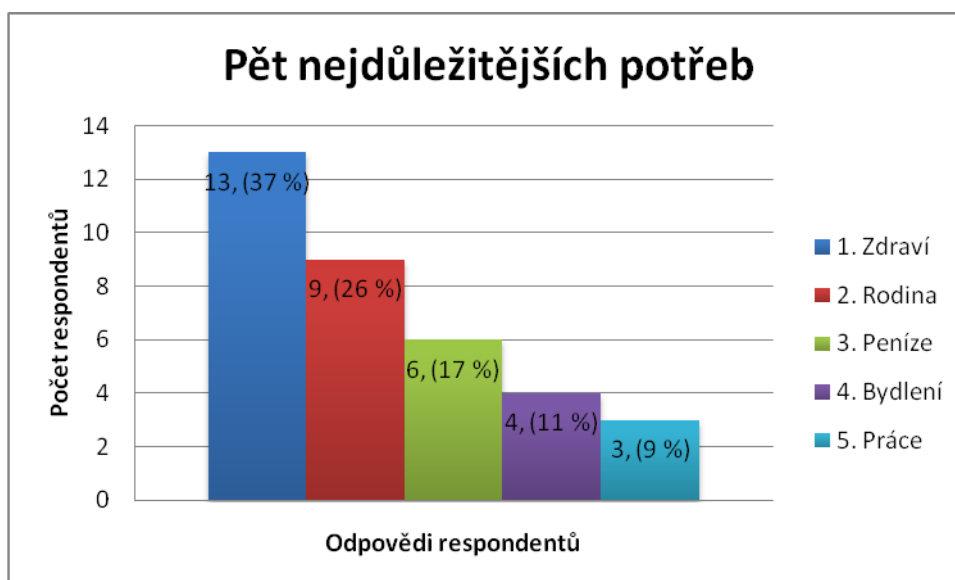
Oslovené ženy měly volný prostor pro vyjádření svých nových zkušeností v této situaci. Nejčastěji byla uváděna spokojenost a žádné postrádající informace v počtu 19 (54 %) žen. To je myslím příjemné zjištění, že v této oblasti je možné setkat se s bezproblémovým přístupem. I přes tyto výsledky se objevily menší problémy. Pro 6 (17 %) žen byly chybějící informace o péči a krmení nedonošených dětí, laktační poradkyně pro matky po císařském řezu chyběla ve 3 (9 %) případech. Další nedostatečné informace byly o stavu dítěte, o kojení a o aktuálním stavu a plánovaných krocích, každá u 2 (6 %) matek. Posledním nedostatkem byly uváděny chybějící informace o dalších zařízeních a to u 1 (3 %) z žen. (viz. obr. 7- 16)

### Otázka č. 17: Uved'te žebříček 5 nejdůležitějších potřeb ve Vašem životě.

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku v pěti nejdůležitějších hodnotách.

Tabulka 7- 17 Pět nejdůležitějších potřeb

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
1. Zdraví	13	0,37	37 %
2. Rodina	9	0,26	26 %
3. Peníze	6	0,17	17 %
4. Bydlení	4	0,11	11 %
5. Práce	3	0,09	9 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 17 Pět nejdůležitějších potřeb

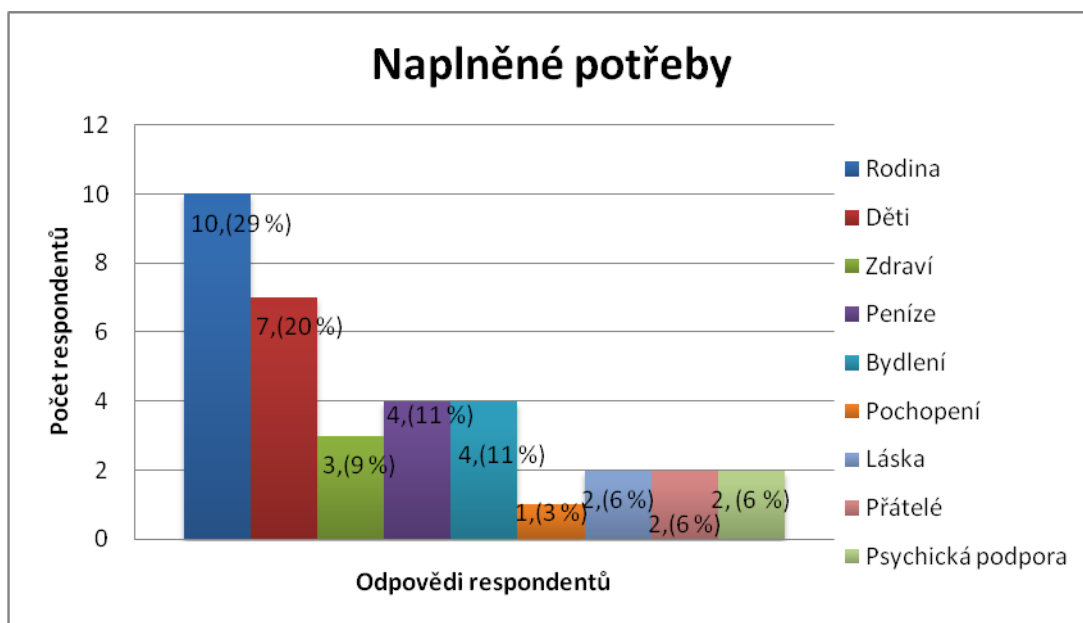
Tato otevřená otázka byla podle oslovených žen nejtěžší. Obtíže viděly hlavně v přemýšlení nad vlastním žebříčkem potřeb, jelikož o těchto věcech, které utváří charakter člověka, běžně nehovoří. I přes tyto začáteční obtíže se dokázalo sesbírat pět nejdůležitějších potřeb. První a tedy nejčastější vypisovanou bylo zdraví ve 13 (37 %) případech, za touto potřebou se umístila rodina v počtu 9 (26 %). Na pozici třetí se objevili peníze v 6 (17 %) odpovědích, na čtvrté se dostalo bydlení ve 4 (11 %) odpovědích. A poslední laťku obsadila práce u 3 (9 %) oslovených. (viz. obr. 7- 17)

### Otázka č. 18: Uveďte Vaše naplněné potřeby.

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

Tabulka 7- 18 Naplněné potřeby

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Rodina	10	0,29	29 %
Děti	7	0,20	20 %
Zdraví	3	0,09	9 %
Peníze	4	0,11	11 %
Bydlení	4	0,11	11 %
Pochopení ostatními	1	0,03	3 %
Láska	2	0,06	6 %
Přátelé	2	0,06	6 %
Psychická podpora	2	0,06	6 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 18 Naplněné potřeby

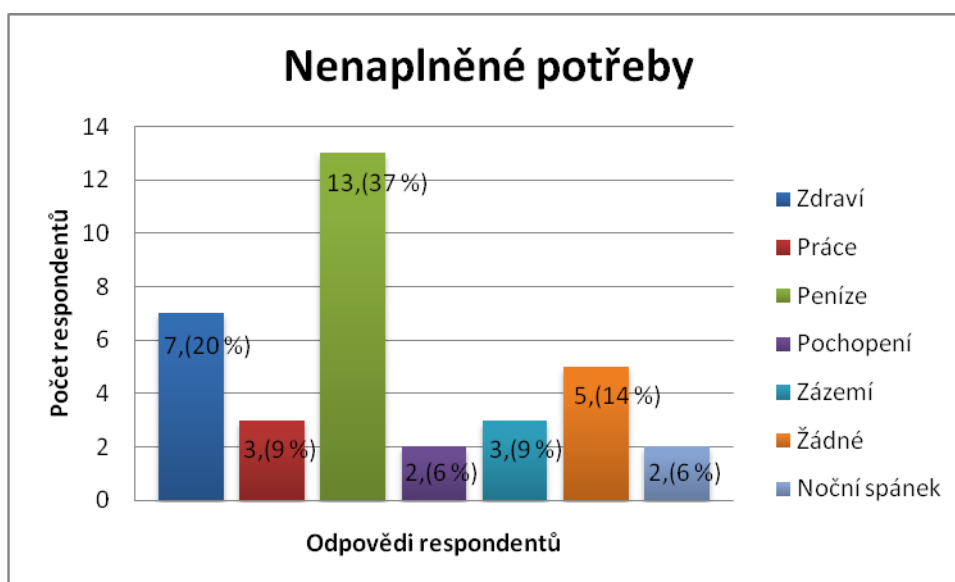
Matky nedonošených dětí odpovídaly na tuto otevřenou otázku následovně. K první nejčastější naplňované potřebě řadily rodinu v 10 (29 %) případech, hned poté byla vypisována potřeba dětí u 7 (20 %) žen. O třetí pozici v počtu 4 (11 %) žen se dělí potřeba peněz a bydlení. Až na čtvrtém místě se objevilo u 3 (9 %) žen zdraví. Předposledním místem ve výčtu těchto potřeb se stali přátelé, láska a psychická podpora vždy ve 2 (6 %) případech. A u 1 (3 %) z žen bylo naplněno pochopení ostatními. (viz. obr. 7- 18)

## Otázka č. 19: Uveďte nenaplněné potřeby.

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

Tabulka 7- 19 Nenaplněné potřeby

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Zdraví	7	0,20	20 %
Práce	3	0,09	9 %
Peníze	13	0,37	37 %
Pochopení	2	0,06	6 %
Zázemí	3	0,09	9 %
Žádné	5	0,14	14 %
Noční spánek	2	0,06	6 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 19 Nenaplněné potřeby

Do nenaplněných potřeb byly často zahrnuty peníze a to u 13 (37 %) oslovených. Na druhé přičce se objevilo zdraví v 7 (20 %) případech. Překvapujícím zjištěním bylo u 5 (14 %) žen neuvědomování si nenaplněných potřeb. K tomu dále přikládám dvě nenaplněné potřeby na místě čtvrtém a to práci a zázemí ve 3 (9 %) případech. Pochopení a noční spánek se umístil na posledním místě vždy po 2 (6 %) případech. (viz. obr. 7- 19)

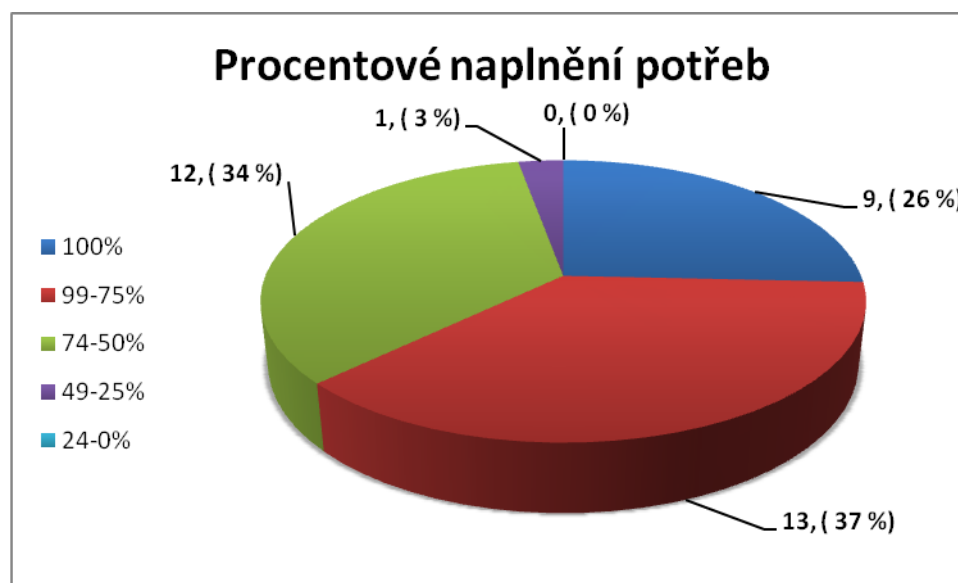
## Otázka č. 20: Jsou Vaše potřeby naplněny z procentové části?

Možnost odpovědi:

- 100 %
- 99-75 %
- 74-50 %
- 49-25 %
- 24-0 %

Tabulka 7- 20 Procentové naplnění potřeb

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
100 %	9	0,26	26 %
99-75 %	13	0,37	37 %
74-50 %	12	0,34	34 %
49-25 %	1	0,03	3 %
24-0 %	0	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 20 Procentové naplnění potřeb

V dané otázce odpovědělo z velké míry 13 (37 %) žen, k tomu že mají naplněné potřeby z 99-75 %. Za touto nejčastější odpovědí se umístilo naplnění ze 74-50 % a to 12 (34 %) ženami. 100% naplnění se ukázalo u 9 oslovených. Jednalo se tedy o ženy, u kterých porod nedonošeného dítěte buď pomohl naplnit jejich vlastní potřeby po stránce spokojenosti, anebo si dokázaly vytvořit takové podmínky, aby se s nečekanou situací vyrovnaly a přijaly ji. U 1 z žen se ukázala naplněnost potřeb z míry 49-25 %. (viz. obr. 7- 20)

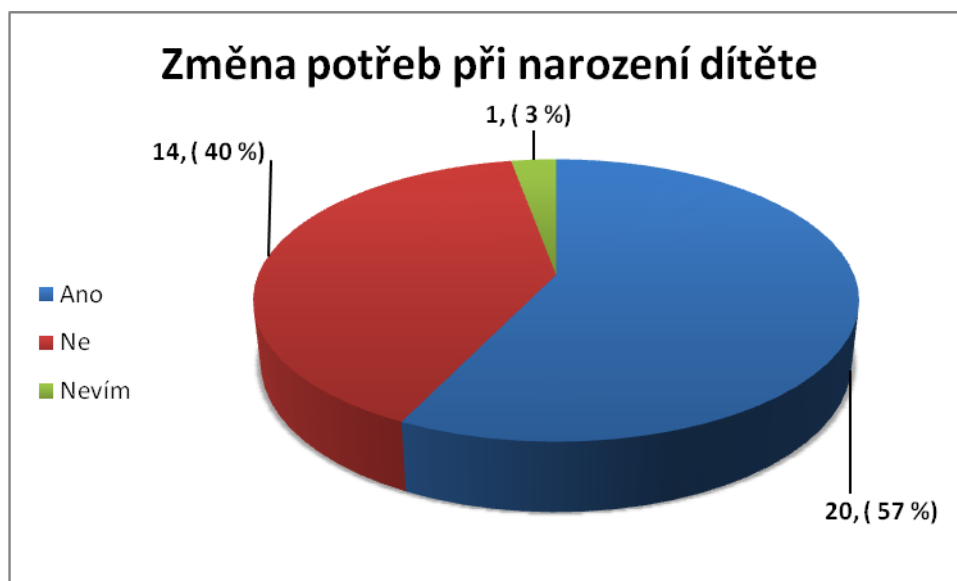
### Otázka č. 21: Nastala změna Vašich potřeb po narození nedonošeného dítěte?

Možnosti odpovědí:

- Ano
- Ne
- Nevím

Tabulka 7- 21 Změna potřeb při narození dítěte

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Ano	20	0,57	57 %
Ne	14	0,40	40 %
Nevím	1	0,03	3 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 21 Změna potřeb při narození dítěte

Z velké části si 20 (57 %) žen uvědomilo určitou změnu ve svých potřebách narozením nového potomka. Opačně to vidělo 14 (40 %) žen, u kterých se změna nijak nedotkla a zbylý počet neuvedených si nebyla jistých, zda změna nastala či ne. (viz. obr. 7- 21)

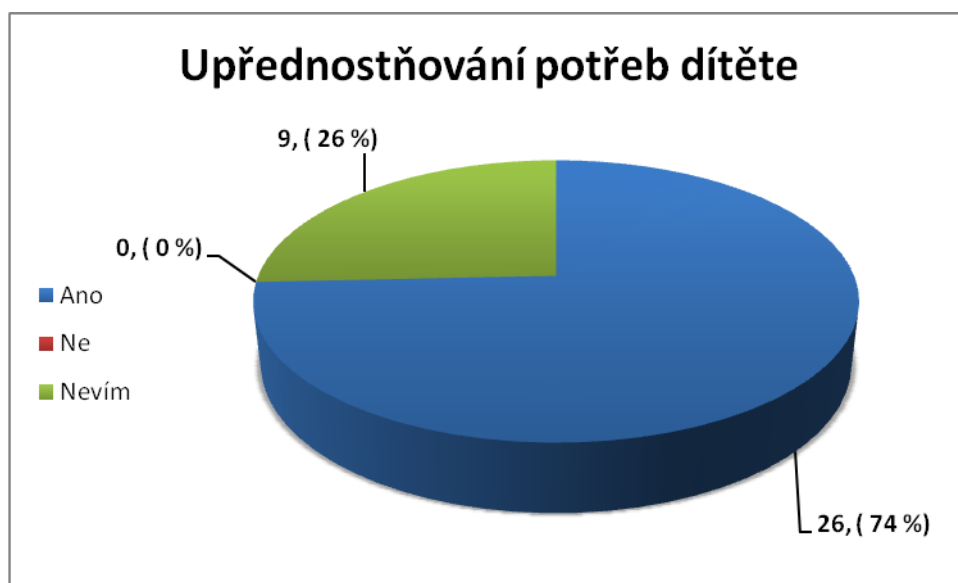
**Otázka č. 22: Je pro Vás důležitější naplňovat potřeby Vašeho dítěte než svých vlastních?**

Možnosti odpovědi:

- Ano
- Ne
- Snaha o naplnění obou stejně

**Tabulka 7- 22 Upřednostňování potřeb dítěte**

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Ano	26	0,74	74 %
Ne	0	0	0 %
Nevím	9	0,26	26 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



**Obrázek 7- 22 Upřednostňování potřeb dítěte**

Výsledky této otázky mě utvrdily v tom, že se matka snaží dát dostatečnou lásku svému dítěti přes všechno. Protože důležitost naplněných potřeb dítěte dříve než svých vlastních byla u 26 (74 %) žen kladně odpovězena. A 9 (26 %) žen se snaží o naplnění potřeb obou stejně. (viz. obr. 7- 22)



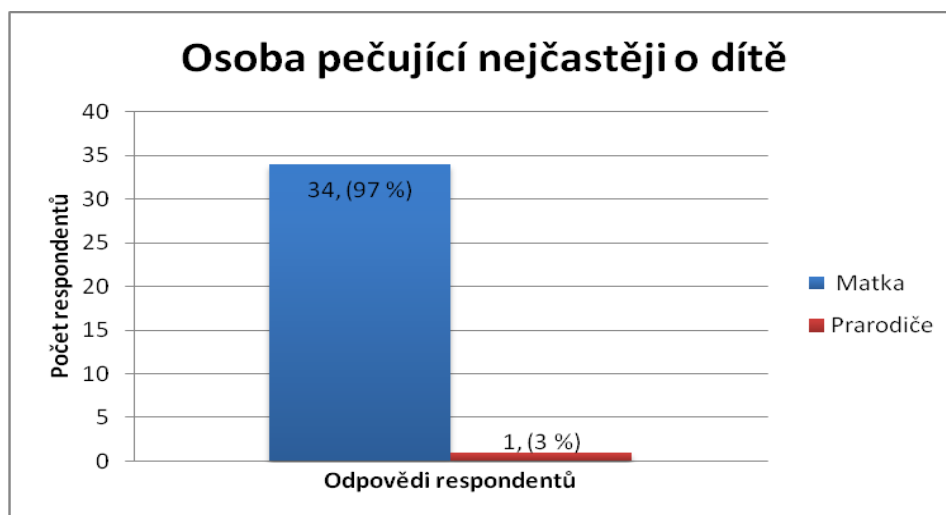
### Otázka č. 23: Na kterého člena rodiny spadá největší péče o nedonošené dítě?

Možnosti odpovědí:

- Matka
- Otec
- Starší sourozenec
- Každý člen je do péče zařazován ve stejné míře
- Prarodiče

Tabulka 7- 23 Osoba pečující nejčastěji o dítě

Odpověď	Počet	Rel. čet.	Procenta
Matka	34	0,97	97 %
Otec	0	0	0 %
Starší sourozenec	0	0	0 %
Každý člen má stejnou váhu v péči	0	0	0 %
Prarodiče	1	0,03	3 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>



Obrázek 7- 23 Osoba pečující nejčastěji o dítě

Úsměvné odpovídání bylo pro 34 (97 %) žen, které vybraly z možností matku. Přitom se, ale každá z nich zastala svého manžela, který se na péči o nedonošené dítě také podílí. Jednou (3 %) z vybraných odpovědí byla péče spadající na prarodiče. Ostatní uvedené možnosti nebyly vybrány. (viz. obr. 7- 23)

**Otázka č. 24: Nastala změna v chování u staršího sourozence po narození nedonošeného dítěte?**

Možnosti odpovědí:

- Ano
- Ne
- Nemáme další dítě

Změny chování:

- Žárlivost
- Agrese vůči novému sourozenci
- Vyžadování větší pozornosti
- Změna chování na nižší věkový stupeň než ve kterém dítě má být
- Uzavření do sebe
- Lhaní
- Lhostejnost
- Jiné:

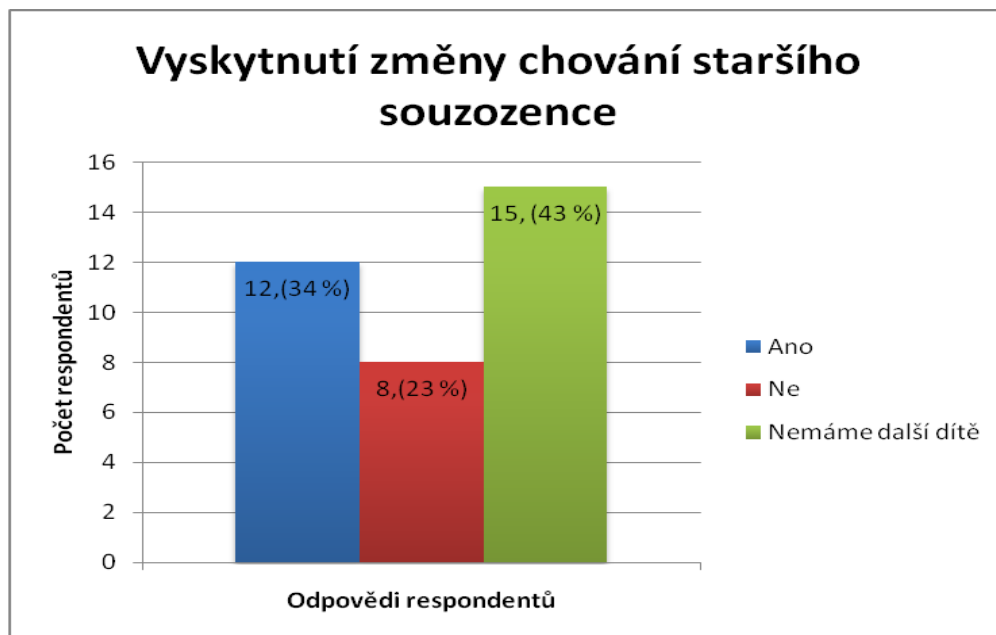
**Tabulka 7- 24a Vyskytnutí změny chování staršího sourozence**

<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>	<b>Rel. čet.</b>	<b>Procenta</b>
<b>Ano</b>	12	0,34	34 %
<b>Ne</b>	8	0,23	23 %
<b>Nemáme další dítě</b>	15	0,43	43 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>100 %</b>

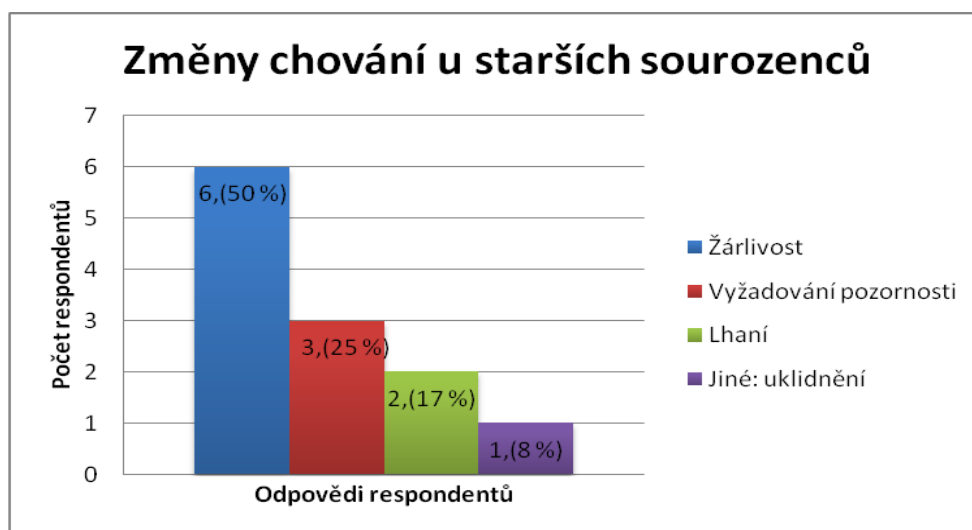
**Tabulka 7- 24b Změny chování u starších sourozenců**

<b>Odpovědi</b>	<b>Počet</b>	<b>Procenta</b>
<b>Žárlivost</b>	6	50 %
<b>Vyžadování pozornosti</b>	3	25 %
<b>Lhaní</b>	2	17 %
<b>Jiné: uklidnění</b>	1	8 %
<b>Uzavřenost</b>	0	0 %
<b>Změna chování na nižší věkový stupeň</b>	0	0 %
<b>Lhostejnost</b>	0	0 %

<b>Agrese k novému sourozenci</b>	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>12</b>	<b>100 %</b>



**Obrázek 7- 24a** Vyskytnutí změny chování staršího sourozence



**Obrázek 7- 24b** Změny chování u starších sourozenců

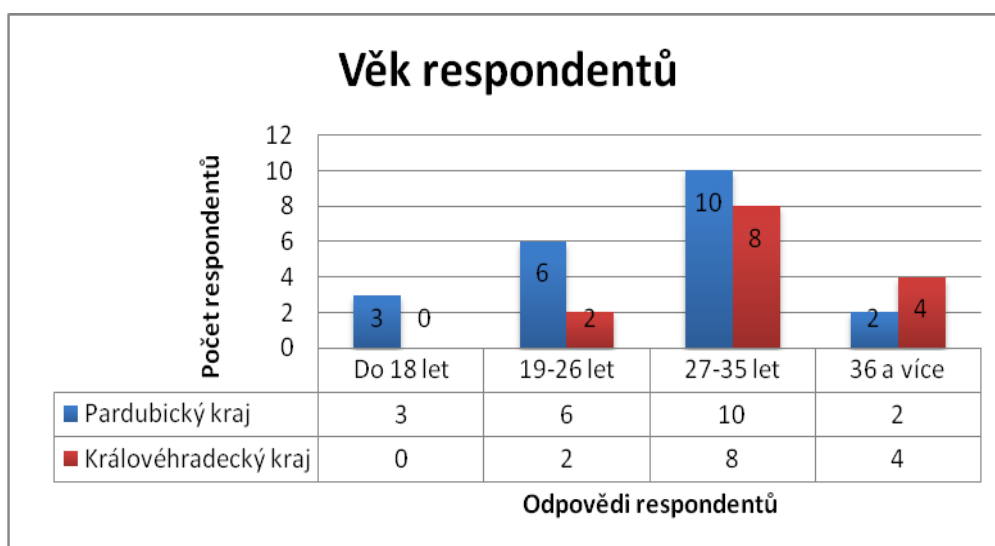
Do otázky o změně chování starších sourozenců nemohlo přispět zkušenostmi 15 (43 %) žen, které nemají další dítě. Za to 12 (34 %) oslovených uvedlo nejčastěji žárlivost v 6 (50 %) případech, vyžadování pozornosti ve 3 (25 %) případech, lhaní u 2 (17 %) případů a překvapivě i uklidnění u 1 (8 %). A 8 (23 %) matek se nesetkalo s uvedenou přeměnou chování, jelikož už mají starší děti v dospívajících letech. (viz. obr. 7- 24a, obr. 7- 24b)

## 7. 1 Výsledky porovnání dvou krajů v několika vyhraněných oblastech

### Otázka č. 2: Věk respondentů

Možnosti odpovědí:

- do 18 let
- 19-26 let
- 27-35 let
- 36 a více

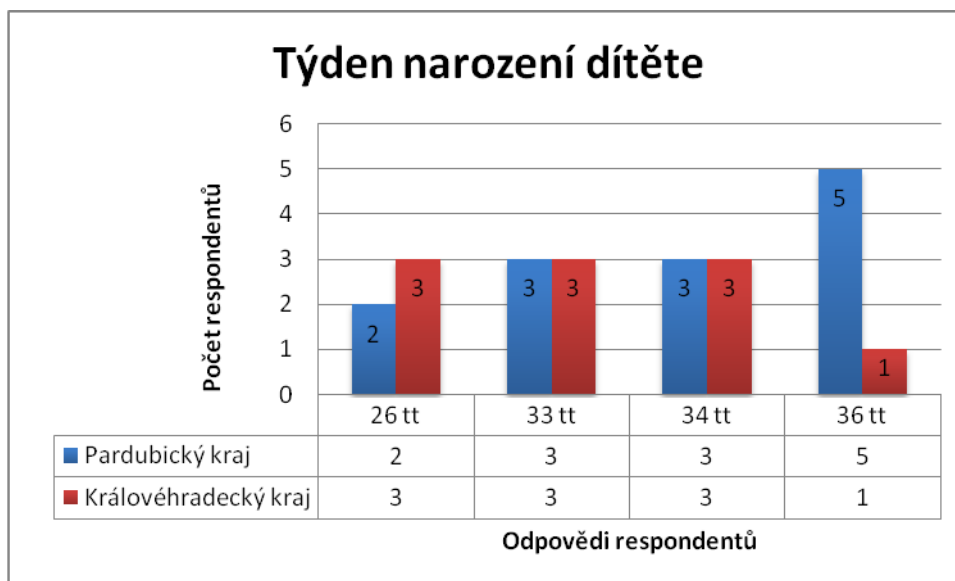


Obrázek 7. 1- 25 Věk respondentů

Nejvíce respondentů bylo ve věku 27-35 let a to v obou krajích. V Pardubickém kraji tento věk označilo 10 respondentů, v Královéhradeckém kraji 8. Druhá příčka věku se lišila. V Pardubickém kraji bylo na druhém místě rozmezí 19-26 let s počtem 6 žen, Královéhradeckém kraji věk 36 a více s počtem 4 žen. Ve třetí příčce se objevily v Pardubickém kraji 3 ženy ve věku do 18 let. (viz. obr. 7.1- 25)

#### Otázka č. 4: V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo Vaše nedonošené dítě?

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.

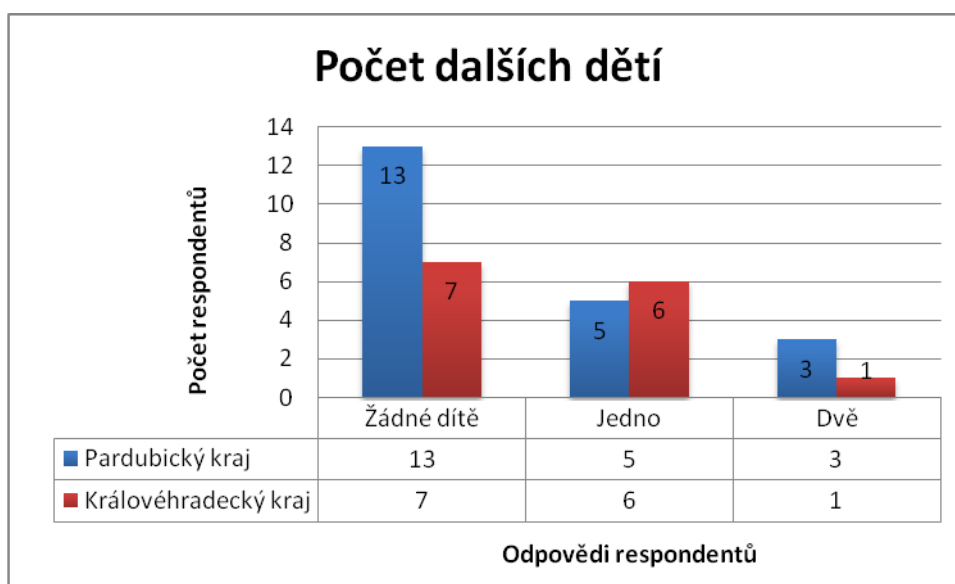


Obrázek 7. 1- 26 Týden narození dítěte

Týden narození dítěte se prudce lišil. Ve 36. týdnu se v Pardubickém kraji narodilo 5 nedonošených dětí, nejvíce z celého výzkumného souboru. Za to 33. a 34. týden byl vyrovnaný v obou krajích a to počtem 3 narození. V nejnižším 26. týdnu těhotenství se v Pardubickém kraji narodily 2 nedonošené děti a v Královéhradeckém kraji 3. (viz. obr. 7.1- 26)

### Otázka č. 5: Můžete napsat počet Vašich dětí, které máte doma?

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.



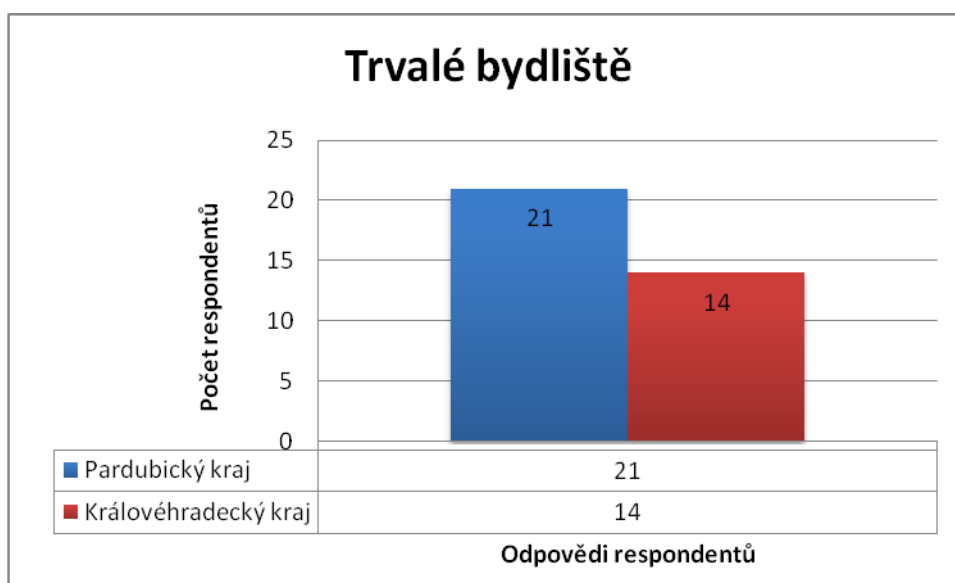
**Obrázek 7. 1- 27 Počet dalších dětí**

Jednoznačně se v obou krajích jednalo o prvorodičky, neboť v Pardubickém kraji odpovědělo 13 dotazovaných a v Královéhradeckém 7 žen, že doma nemají další dítě. Vyrovnaná čísla pak byla u odpovědi jednoho dítěte v rodině, v Pardubickém kraji 5 a v Královéhradeckém kraji 6. V této otázce se vyskytla také odpověď dvou dětí. V Pardubickém kraji se objevila tato odpověď 3 a v Královéhradeckém 1 ženou. (viz. obr. 7.1- 27)

### Otázka č. 6: Pocházíte z kraje?

Možnost odpovědi:

- Pardubického
- Královéhradeckého
- Jiný kraj

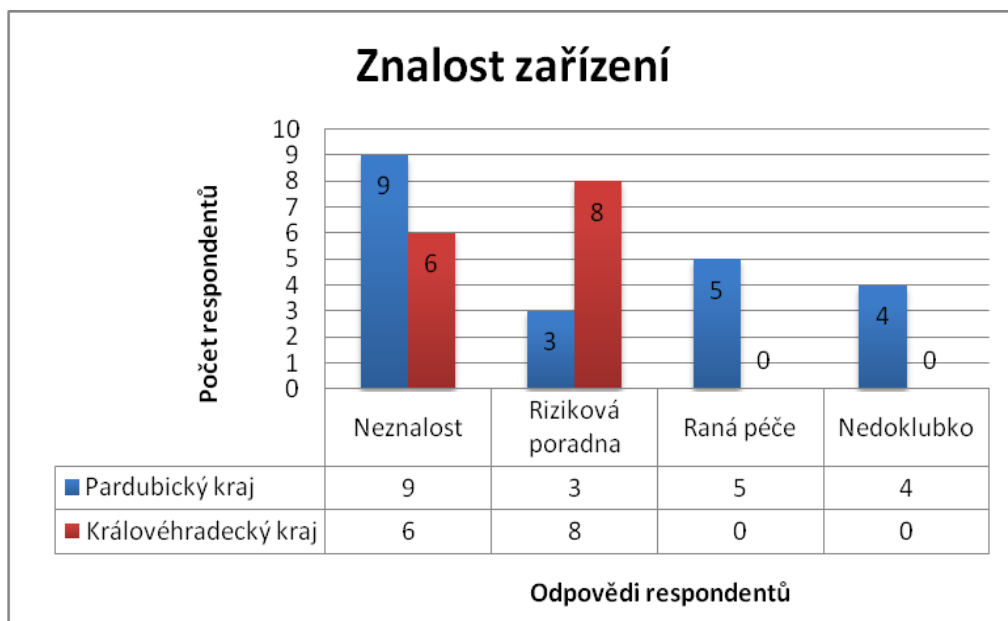


Obrázek 7. 1- 28 Trvalé bydliště

Nedonošených dětí se narodilo více matkám, jejichž trvalé bydliště je v Pardubickém kraji, a to až 21. V Královéhradeckém kraji se jednalo o 7 žen méně než v Pardubickém kraji. (viz. obr. 7.1- 28)

### Otázka č. 8: Znalost zařízení ve Vašem okolí.

Možnost odpovědi bylo vyjádření na otevřenou otázku.



Obrázek 7. 1- 29 Znalost zařízení

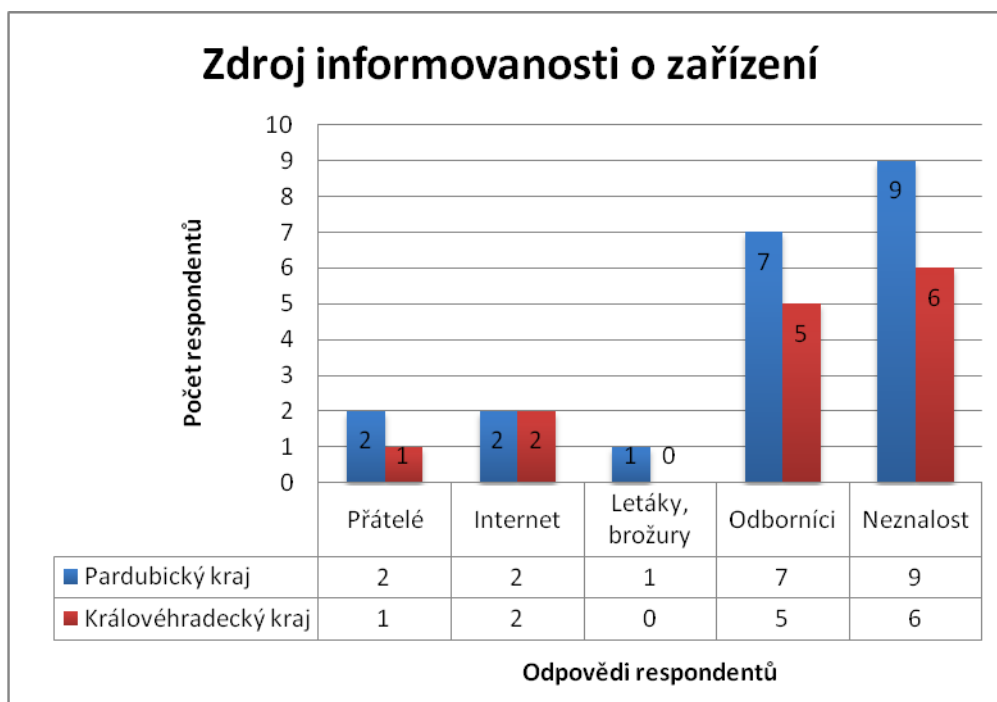
Velice zarážející je neznalost zařízení v krajích. V Pardubickém kraji žádné zařízení neznalo až 9 matek, v Královéhradeckém kraji to bylo matek 6. Oproti tomu v Královéhradeckém kraji znalo 8 matek Poradnu pro rizikové novorozence, v Pardubickém kraji pak nejvíce znalo 5 matek Ranou péči a také bylo vypsáno Nedoklubko 4 matkami. (viz. obr. 7.1- 29)



### Otázka č. 9: O existenci zařízení jste se dozvěděla?

Možnosti odpovědí:

- Přátelé
- Internet
- Letáky, brožury
- Odborníci



Obrázek 7.1- 30 Zdroj informovanosti o zařízení

Zdroj informovanosti vyplývá z odpovědí v otázce č. 8. Tedy, že ženy nejsou dostatečně informované, proto se objevila vysoká neznalost. Bylo tomu tak u 9 žen z Pardubického kraje a v Královéhradeckém kraji u 6 žen. Pokud však nějaké informace získaly, nejčastějším zdrojem byl odborník v pardubické oblasti pro 7 žen a v královéhradecké oblasti pro 5 žen. Zajímavé je, že se matky snažily vyhledávat informace samy pomocí internetu a to v Pardubickém kraji 2 dotazované a v Královéhradeckém kraji také 2. Určité povědomí o zařízení, které bylo zprostředkované od přátel, měly 2 matky z Pardubického kraje a 1 matka z kraje Královéhradeckého. Pomocnou rukou byly i letáky pro 1 matku z Pardubického kraje. (viz. obr. 7.1- 30)

## Otázka č. 12: Porovnání času doma a v zařízení

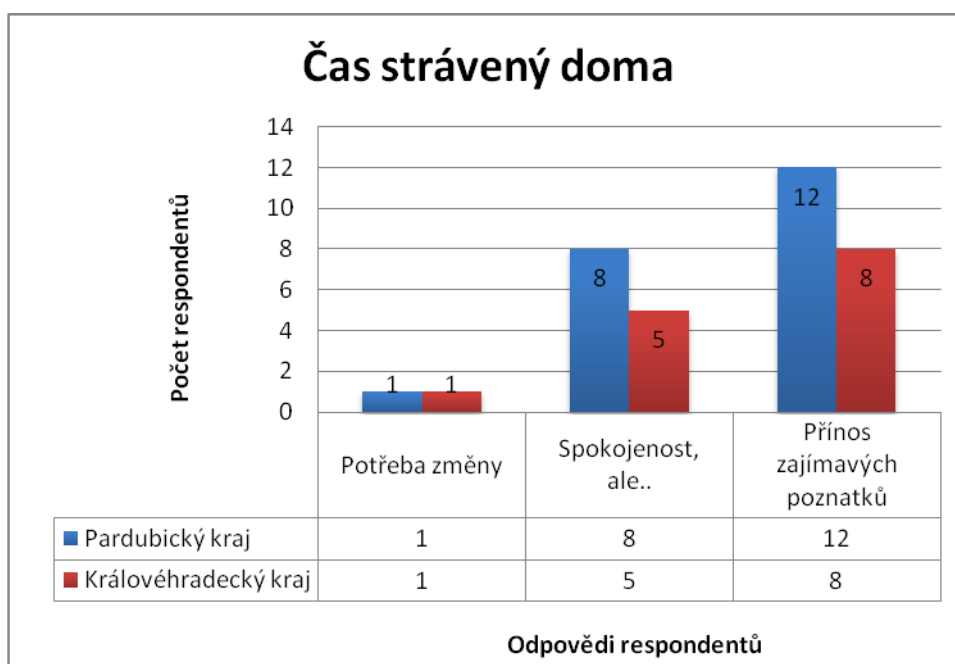
Možnosti odpovědí na škálovou otázku:

doma

	<i>SPOKOJENOST, ALE..</i>	<i>PŘÍNOS ZAJÍMAVÝCH POZNATKŮ</i>
<i>POTŘEBA ZMĚNY</i>		<i>SMYSLUPLNÉ VYUŽITÍ</i>

v zařízení

	<i>SPOKOJENOST, ALE..</i>	<i>PŘÍNOS ZAJÍMAVÝCH POZNATKŮ</i>
<i>POTŘEBA ZMĚNY</i>		<i>SMYSLUPLNÉ VYUŽITÍ</i>



Obrázek 7. 1- 31a Čas strávený doma



Obrázek 7. 1- 31b Čas strávený v zařízení

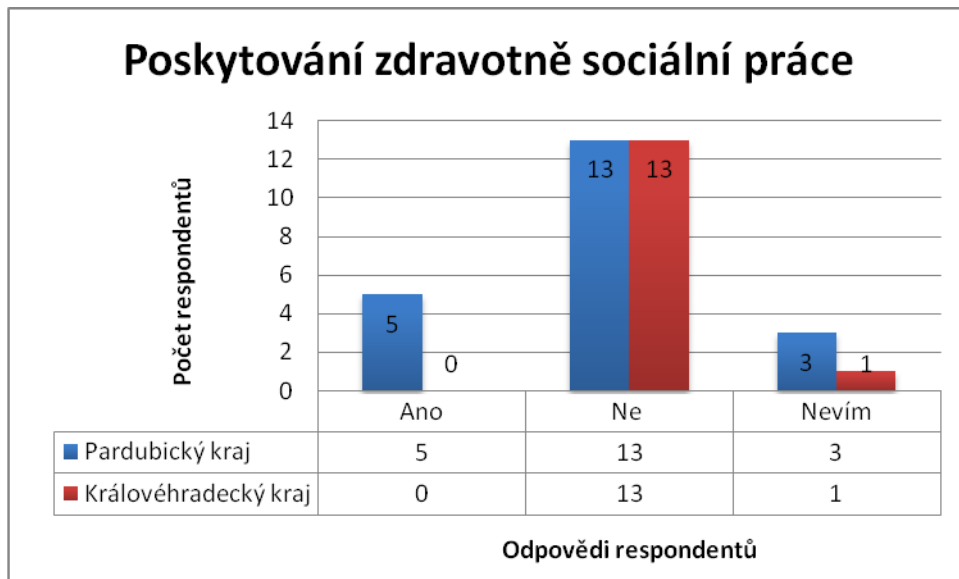
Díky škálové otázce lze spatřit, že rodiče byly se stráveným časem doma velice spokojeni. Na přínos zajímavých poznatků z Pardubického kraje odpovědělo 12 oslovených a z Královéhradeckého kraje 8. Objevily se i projevy o změnu. Z velké části byly rodiče, z pardubické oblasti 8 a z královéhradecké oblasti 5, spokojeni, ale nebránili by se novým poznatkům. Celkovou změnu, by uvítaly 2 rodiče, jednalo se o jednoho z každého kraje.

Druhá škála se týkala času tráveného v zařízení, ale 9 žen z pardubické části a 6 žen z královéhradecké nemohly do výčtu nic uvést, jelikož žádné zařízení neznají. Pravým opakem byly rodiče v počtu 12 z Pardubického a 8 z Královéhradeckého kraje, kteří do zařízení chodili pravidelně. Ti si čas vychvalovali a hodnotili jako velmi přínosný. (viz. obr. 7.1- 31a, obr. 7.1- 31b)

**Otázka č. 13: Byla u Vás v období po porodu nabídnuta zdravotně sociální práce?**

Možnosti odpovědí:

- Ano
- Ne
- Nevím

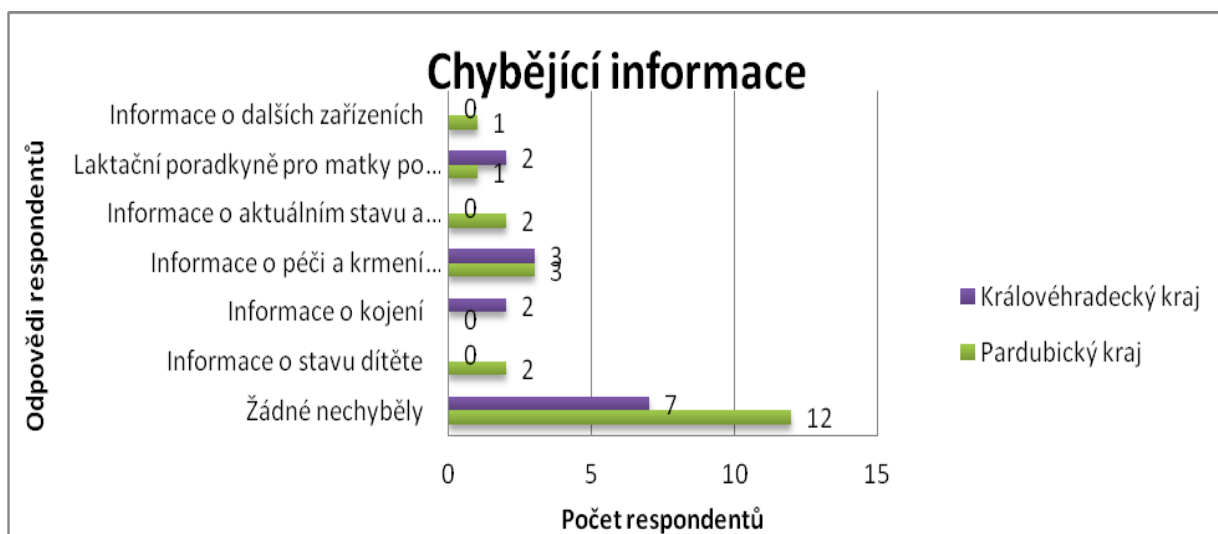


**Obrázek 7. 1- 32 Poskytování zdravotně sociální práce**

Povědomí o poskytnuté zdravotně sociální práci uvedlo pouze 5 žen z Pardubického kraje. Odpověď: ne zněla ve stejném počtu 13 matek z obou krajů. Ukázala se i nevědomost o této práci v počtu 3 žen Pardubického a 1 ženy z Královéhradeckého kraje. (viz. obr. 7.1- 32)

### Otázka č. 16: Jaké informace jste v období porodu postrádala?

Možnost odpovědi bylo vyjádřena na otevřenou otázku.



Obrázek 7. 1- 33 Chybějící informace

V Pardubickém kraji bylo s péčí spokojeno 12 žen a v Královéhradeckém 7. Tudiž jim žádné informace nescházely. A to je myslím, příjemné zjištění vědět o bezproblémovém přístupu. I přes tyto výsledky bylo objeveno pár nedostatků. Pro 3 matky, jak z Pardubického tak i z Královéhradeckého kraje byly postrádány informace o péči a krmení nedonošeného dítěte, laktační poradkyně pro matky po císařském řezu chyběla 1 matce z pardubické oblasti a 2 matkám z královéhradecké oblasti. (viz. obr. 7.1- 33)

## 8 Diskuze

Veškeré výsledky, které jsou zapsány v této bakalářské práci, přináší pouze náhled na danou situaci od 35 respondentů a nelze je brát jako velké závěry na větší populaci.

### **Cíl výzkumu č. 1: Zjistit, jaké jsou možnosti rodin pro využívání zařízení ve dvou blízkých krajích.**

Tento stanovený cíl byl naplněn, jelikož byl podpořen výsledky výzkumných otázek č. 1 a č. 2.

**Výzkumná otázka č. 1:** Je podle rodičů nedonošených dětí, vhodných zařízení dostatek?

**Výzkumná otázka č. 2:** Zájem o tato zařízení je z řad rodičů veliký?

Výzkumné šetření ukázalo, že vhodná zařízení pro tuto skupinu nezná 43 % oslovených žen. Kvůli této překážce nemohly být nápomocné při řešení výzkumné otázky č. 1. Ostatní respondenti, kteří uvedli zařízení jako Poradnu pro rizikové novorozence, Ranou péči či Nedoklubko, viděli jistý pokrok v zájmu o problematiku nedonošených dětí. Sice by matky žijící v menších městech či přilehlých vesnic uvítaly kratší dostupnost do těchto zařízení, ale jsou rády, že tu pro ně alespoň nějaká odborná pomoc je. Z toho tedy vyplývá, že vhodná zařízení existují, ale k jejich dostatku se přiklonit nemohou.

Výsledky spadající pod výzkumnou otázku č. 2 ukázaly, že by zájem rodičů byl dostatečný. Odhaluje to škála srovnávající čas strávený doma. Matky, které neměly povědomí o žádném zařízení by svůj strávený čas doma s nedonošeným dítětem, chtěly lépe naplnit a to hlavně radami a poskytnutou pomocí z řad odborníků. Zato ženy, které uvedly, zařízení už svůj zájem naplnily, ale nechtějí se návštěv ve vybraných zařízeních vzdát.

### **Cíl výzkumu č. 2: Zjistit funkčnost zdravotně sociální práce u rodin s nedonošeným dítětem.**

Uvedený výzkumný cíl byl také splněn, a to za pomoci výzkumných otázek č. 3 a č. 4.

**Výzkumná otázka č. 3:** Povědomí rodičů o zdravotně sociální práci je nízká?

**Výzkumná otázka č. 4:** Je zdravotně sociální práce v těchto rodinách potřebná?

Vysoký počet žen, mluví za celý výsledek. Až 74 % oslovených matek uvedlo, že u nich neproběhla zdravotně sociální práce a 11 % nevědělo, co si pod takovouhle prací představit. K výsledku také přispělo zjištění konkrétního personálu pohybujícího se u matek.

Ze 77 % se objevoval zdravotnický personál a ze 7 % sociální personál. Proto výzkumná otázka č. 3 byla splněna, jelikož povědomí rodičů je opravdu nízké.

O potřebnosti zdravotně sociální práce popřemýšlelo 35 respondentů a nejvíce by ji uvítalo 9 % matek do 18 let věku. Napomohla by jim při krocích do budoucna. Ostatní ženy buď v období po porodu nic nepostrádaly, anebo vyhledávaly jiné informace. 17 % matek postrádalo informace o péči a krmení nedonošeného dítěte. Výzkumná otázka č. 4 se tedy z větší části nenaplnila.

### **Cíl výzkumu č. 3: Zjistit důležité potřeby rodiny v rozsahu od narození nedonošeného dítěte po jeho první rok života.**

Poslední stanovený cíl výzkumu byl naplněn z důvodu nápomocných výzkumných otázek č. 5 a č. 6.

**Výzkumná otázka č. 5:** Je život s nedonošeným dítětem na vyšší pozici než naplnění potřeb rodiny?

**Výzkumná otázka č. 6:** Ovlivňují potřeby rodiny péči o nedonošené dítě z velké části?

Život s nedonošeným dítětem určitě pozmění koloběh rodiny. Nejedná se vůbec o nějaké negativum, jelikož nedonošené dítě je také jen lidská bytost, která se pouze narodila dříve. Pro 37 % matek byla prioritní potřeba zdraví a 26 % na druhé místo dosadilo rodinu. Tyto dvě zmíněné potřeby se snaží členové rodin naplňovat a z velké části se stává, že upřednostňují své nedonošené dítě než samy sebe. Takovým to způsobem se ale objevuje spokojenost obou stran.

Zmínění o důležitosti pohody nedonošeného dítěte nad členy rodiny souvisí i s výzkumnou otázkou č. 6. Potřeby jsou od toho, aby se naplňovaly. A je-li v začátcích života nedonošené dítě závislé na pomoci své rodiny, dochází k upřednostnění potřeb tohoto dítěte a neobjevuje se ovlivňování vyhrazených potřeb rodiny. Svědčí o tom právě výsledek v dotazníkovém šetření. Pro 74 % matek je důležitější naplňovat potřeby nedonošeného dítěte než svých vlastních. I přes 34 % změn starších sourozenců právě nedonošeného dítěte se snaží rodiče toto naplňování potřeb plnit. Je tedy vidět, že výzkumná otázka č. 6 se nepotvrdila.

## 9 Závěr

Čas strávený nad bakalářskou prací nebyl vždycky lehký. I když se objevily nějaké překážky, mám radost, že právě tématem specifik zdravotně sociální práce s rodinou s nedonošeným dítětem jsem se mohla zabývat. Měla jsem možnost setkat se s 35 matkami nedonošených dětí, které byly ochotné mi sdělit své osobní zkušenosti a zážitky. Zvolila jsem osobní kontakt s formou vyplňování dotazníku a myslím, že to byla vhodná a přínosná volba.

Na začátku celé bakalářské práce byly sestaveny tři cíle, kterých jsem během doby výzkumného šetření dosáhla. 1. výzkumný cíl se zabýval možnostmi využívaných zařízení rodiči ve dvou blízkých krajích. Ukázalo se, že je mezi rodiči z větší části neznalost o vhodných zařízeních v jejich problematice a tudíž nemohli být hodnotiteli možností. Ti co zařízení uvedli, si jeho odborné pomoci vážili, ale k dostatečnosti těchto zařízení se přiklonit nemohou. 2. výzkumný cíl měl objasnit funkčnost zdravotně sociální práce u rodin s nedonošeným dítětem. Zde bylo dokázáno, že provázanost této péče se u rodin s nedonošeným dítětem nevyskytuje. Ovšem uvítalo by ji 9 % nezletilých žen, jelikož by jim napomohla při krocích do budoucna. V tomto cíli jsem očekávala výsledky více kladně zaměřené na využití zdravotně sociální práce. A posledním stanoveným výzkumným cílem bylo zjištění důležitých potřeb rodiny v rozsahu od narození nedonošeného dítěte po jeho 1 rok. Zamyšlení nad svými potřebami bylo pro rodiče nejtěžším úkolem. Jednalo se totiž o stránku, nad kterou rodiče nepřemýšlí každý den. I přes to všechno se ukázalo jako nejdůležitější potřebou zdraví a hned za ním rodina. U oslovených respondentů také vyšlo na povrch, že se snaží upřednostňovat potřeby nedonošeného dítěte než svých vlastních, ale tento způsob je pro ně uspokojující.

Myšlenka sdělena v úvodních slovech bakalářské práce se podařila uskutečnit. Dva blízké kraje byly porovnány hlavně v oblastech věkového rozhraní, době narození nedonošeného dítěte, počtu dalších dětí doma, povědomí o zařízeních zaměřujících se na skupinu rodičů s nedonošeným dítětem, poskytování zdravotně sociální práce a v poslední řadě na oblast postrádaných informací v období po porodu. Jelikož se nepodařilo oslovit vyvážený počet respondentů z kraje Pardubického a Královéhradeckého jsou mezi výsledky porovnání krajů menší výkyvy. Pardubický kraj měl větší obsazenost respondentů, co se týče počtu osob, ale společnou položkou byl věk. Oba kraje měli ve většině případů respondenty ve věku 27-35 let. Největší skupinou byly prvorodičky, pro které bylo nedonošené dítě prvním potomkem. Opět se jednalo o nejčastější odpověď v obou krajích. Za to odlišným zjištěním byl týden narození nedonošeného dítěte. U matek v Pardubickém kraji se nejčastěji



objevoval 36. týden těhotenství, za to v Královéhradeckém kraji byli nedonošené děti narozeny nejčastěji ve 34. týdnu těhotenství. V období po porodu byla poskytnuta zdravotně sociální práce pouze u žen v Pardubickém kraji. Za to při zjišťování celkových nedostatků po stránce informovanosti nebyly přijaty velké problémy. Většina oslovených žen z obou krajů byla spokojena. Při dalším srovnání dvou krajů se mi naskytl výsledek, který mě překvapil. Objevila se velká neznalost zařízení zaměřených na skupinu rodin s nedonošeným dítětem. V zápětí se ale ukázalo, že pro rodiny, které znají zařízení a žijí v Pardubickém kraji je nepostradatelnou součástí Raná péče. U sousedního kraje tuto nepostradatelnost zařízení dostala Poradna pro rizikové novorozence. Pro rodiče trávící čas v domácím prostředí nebo i v zařízení je tato doba hodnocena jako přínosná pro zajímavé poznatky. Uvedli to rodiče obou krajů.

Stálo by za uvážení, nabízet dostatečnou informovanost rodičům v počáteční péči o nedonošené dítě, nejvíce tedy ve zdravotnickém zařízení, které by se zaměřilo na pomoc v dalších důležitých krocích rodičů. Myslím, že podle slov rodičů by byla vyvolána míra spokojenosti o větší znalosti v problematice nedonošených dětí. Podle zjištěných informací jsem pochopila, že mohou být jakékoliv úmysly pro tvorbu vhodných zařízení pro skupinu rodičů s nedonošenými dětmi, ale pokud se nezaangažuje stát a nepodá dostatečnou pomoc, nemohou být takové služby hojně využívány. Myslím, že by mohla pomoci větší provázanost a náklonnost státu k této problematice.

Věřím, že se problematika nedonošených dětí neztratí z povědomí lidí a bude se postupně pracovat na zlepšování podmínek v této oblasti. Díky takovým to krokům by mohlo dojít k pochvale lidské schopnosti vytvářet lepší podmínky pro život.

## 10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### 10. 1 Zdroje z knih

1. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 544. ISBN 80-247-1303-9.
2. DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a kol. *Narodilo se předčasně*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 320. ISBN 978-80-7367-552-3.
4. HÁJEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 443. ISBN 80-247-0418-8.
6. KUZNÍKOVÁ, Iva. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 212. ISBN 978-80-247-3676-1.
8. MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. *Komunikace zaměřená na člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 172. ISBN 978-80-247-3612-9.
9. Nedoklubko. *Nedoklubko* [online]. [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <<http://nedoklubko.cz/onas/htm>>.
11. PEYCHL, Ivan. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, s. 164. ISBN 80-7262-283-8.
13. SOBOTKOVÁ, Daniela, Jaroslava DITTRICHOVÁ a kol. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* 1. vyd. Praha: Grada, 2003, s. 108. ISBN 80-247-0398-X.
14. SMUTEK, Martin a Miroslav KAPPL. *Proměny klienta služeb sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, s. 478. ISBN 80-7041-716-1.
15. ŠTEMBERA, Zdeněk. *Historie české perinatologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, s. . ISBN 80-7345-021-6.

16. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, s. 128. ISBN 80-86429-36-9.

## **10. 2 Zdroje z časopisů**

3. EGGOVÁ, Petra a Věra VRÁNOVÁ. Kvalita edukace gravidních žen. *Sestra*. 2011, 3(11), s. 30-31. ISSN 1210-0404.

5. HANUŠČÁKOVÁ, Petra. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*. 2008, 10(8), s. 52-53. ISSN 1210-0404.

7. MARKOVÁ, Daniela. Komplexní problematika dětí s perinatální zátěží. *Sanquis*. 2006, 48(6), s. 26-27. ISSN 1212-6535.

10. PAVLÍKOVÁ Eva a Blanka HONZÁRKOVÁ. Sociální služby pro rodiny s malými dětmi se specifickými potřebami. *Sociální práce*. 2010, 3(10), s. 132-141. ISSN 1213-6204.

12. RAMBOUSKOVÁ, Lucie. Zhodnocení vývoje dítěte s nízkou porodní váhou. *Sestra*. 2011, 1(11), s. 40-41. ISSN 1210-0404.

## 11 SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 7- 1 Pohlaví respondentů.....	33
Tabulka 7- 2 Věkové rozmezí respondentů .....	34
Tabulka 7- 3 Dokončené vzdělání.....	35
Tabulka 7- 4 Týden narození dítěte.....	36
Tabulka 7- 5 Počet dalších dětí .....	38
Tabulka 7- 6 Kraj .....	39
Tabulka 7- 7 Typ trvalého bydliště .....	40
Tabulka 7- 8 Znalost zařízení .....	41
Tabulka 7- 9 Zdroje informovanosti .....	42
Tabulka 7- 10 Časová dostupnost .....	43
Tabulka 7- 11 Přítomnost problému.....	44
Tabulka 7- 12a Čas strávený doma .....	45
Tabulka 7- 12b Čas strávený v zařízení .....	45
Tabulka 7- 13 Provádění zdravotně sociální práce .....	47
Tabulka 7- 14 Pečující personál.....	48
Tabulka 7- 15 Poskytovaná péče.....	49
Tabulka 7- 16 Postrádané informace.....	50
Tabulka 7- 17 Pět nejdůležitějších potřeb .....	51
Tabulka 7- 18 Naplněné potřeby.....	52
Tabulka 7- 19 Nenaplněné potřeby.....	53
Tabulka 7- 20 Procentové naplnění potřeb.....	54
Tabulka 7- 21 Změna potřeb při narození dítěte.....	55
Tabulka 7- 22 Upřednostňování potřeb dítěte .....	56
Tabulka 7- 23 Osoba pečující nejčastěji o dítě .....	57
Tabulka 7- 24a Vyskytnutí změny chování staršího sourozence.....	58
Tabulka 7- 24b Změny chování u starších sourozenců .....	58
Obrázek 7- 1 Pohlaví respondentů .....	33
Obrázek 7- 2 Věkové rozmezí respondentů.....	34
Obrázek 7- 3 Dokončené vzdělání .....	35

Obrázek 7- 4 Týden narození dítěte .....	36
Obrázek 7- 5 Počet dalších dětí.....	38
Obrázek 7- 6 Kraj.....	39
Obrázek 7- 7 Typ trvalého bydliště.....	40
Obrázek 7- 8 Znalost zařízení .....	41
Obrázek 7- 9 Zdroje informovanosti.....	42
Obrázek 7- 10 Časová dostupnost.....	43
Obrázek 7- 11 Přítomnost problému .....	44
Obrázek 7- 12a Čas strávený doma.....	46
Obrázek 7- 12b Čas strávený v zařízení .....	46
Obrázek 7- 13 Provádění zdravotně sociální práce.....	47
Obrázek 7- 14 Pečující personál .....	48
Obrázek 7- 15 Poskytovaná péče .....	49
Obrázek 7- 16 Postrádané informace .....	50
Obrázek 7- 17 Pět nejdůležitějších potřeb.....	51
Obrázek 7- 18 Naplněné potřeby .....	52
Obrázek 7- 19 Nenaplněné potřeby.....	53
Obrázek 7- 20 Procentové naplnění potřeb .....	54
Obrázek 7- 21 Změna potřeb při narození dítěte .....	55
Obrázek 7- 22 Upřednostňování potřeb dítěte.....	56
Obrázek 7- 23 Osoba pečující nejčastěji o dítě.....	57
Obrázek 7- 24a Vyskytnutí změny chování staršího sourozence .....	59
Obrázek 7- 24b Změny chování u starších sourozence .....	59
Obrázek 7. 1- 25 Věk respondentů.....	60
Obrázek 7. 1- 26 Týden narození dítěte .....	61
Obrázek 7. 1- 27 Počet dalších dětí.....	62
Obrázek 7. 1- 28 Trvalé bydliště.....	63
Obrázek 7. 1- 29 Znalost zařízení .....	64
Obrázek 7. 1- 30 Zdroj informovanosti o zařízení.....	65
Obrázek 7. 1- 31a Čas strávený doma.....	66
Obrázek 7. 1- 31b Čas strávený v zařízení .....	67
Obrázek 7. 1- 32 Poskytování zdravotně sociální práce.....	68
Obrázek 7. 1- 33 Chybějící informace .....	69

## **12 SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA A: Vzor dotazníku..... 799

PŘÍLOHA B: Zdrojová data CD-ROM

## **PŘÍLOHA A: Vzor dotazníku**

Vážený rodiče,

jmenuji se Hana Hovádková a jsem studentka 3. ročníku, oboru Zdravotně-sociální pracovník na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při výzkumu k mé bakalářské práci s názvem *Specifika zdravotně sociální práce s rodinou s nedonošeným dítětem*.

Dotazník je anonymní a obsahuje otázky týkající se využívaných zařízení, informací o zdravotně sociální práci a o důležitosti potřeb rodičů. Prosím, o pozorné přečtení otázek. Pokud u otázky nebude uvedeno jinak, zakřížkujte pouze jednu odpověď, která je Vám blízká. Zjištěné informace budou využity pouze pro účely výzkumné části bakalářské práce.

Děkuji Vám, za strávený čas s dotazníkem.

---

### **1. Jsem:**

- Žena
- Muž

### **2. Věk respondenta:**

- do 18 let
- 19-26 let
- 27-35 let
- 36 a více

### **3. Dokončené vzdělání:**

- Základní
- Středoškolské odborné
- Středoškolské odborné s maturitou
- Vysokoškolské

### **4. V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo Vaše nedonošené dítě?**

### **5. Můžete napsat počet Vašich dětí, které máte doma?**

**6. Pocházíte z kraje:**

- Pardubického
- Královéhradeckého
- Jiný kraj

**7. Vyberte zda bydlíte:**

- Ve městě
- Na vesnici

**8. Vypište, jaká zařízení/centra znáte ve Vašem okolí zaměřená na skupinu rodičů s nedonošenými dětmi:**

---

---

---

**9. O existenci uvedených zařízení jste se dozvěděla od:**

- Přátelé
- Internet
- Letáky, brožury
- Odborníci

**10. Dostupnost do těchto zařízení je:**

- Do 15 min.
- Do 30 min.
- Do 45 min
- Do 1 hod.
- Přes 1 hod.

**11. Objevil se problém, který Vám zabránil využít zařízení? (pokud ano uveďte)**

- Ano                       Ne

---



12. Jak byste zhodnotili na škále Váš strávený čas? (Snaha o srovnání a důležitosti stráveného času doma a stráveného času v zařízení).

doma

	<i>SPOKOJENOST, ALE..</i>	<i>PŘÍNOS ZAJÍMAVÝCH POZNATKŮ</i>
<i>POTŘEBA ZMĚNY</i>		<i>SMYSLUPLNÉ VYUŽITÍ</i>

v zařízení

	<i>SPOKOJENOST, ALE..</i>	<i>PŘÍNOS ZAJÍMAVÝCH POZNATKŮ</i>
<i>POTŘEBA ZMĚNY</i>		<i>SMYSLUPLNĚ VYUŽITÝ</i>

13. Byla u Vás v období po porodu nabídnuta zdravotně- sociální práce?

Ano       Ne       Nevím

14. Kdo se o Vás v období po porodu staral? (lze vybrat více možností)

- Lékař/porodník
- Porodní asistentky
- Sociální pracovník, zdravotně-sociální pracovník
- Studenti/tky na odborných praxích
- Jiní:

15. Jaká péče podle Vás převažovala?

- Ošetrovatelská péče
- Sociální péče
- Zdravotně sociální péče

**16. Jaké informace či pomoc jste postrádala v období po porodu? (vypsat alespoň ve 3 větách)**

---

---

---

**17. Uved'te žebříček 5 nejdůležitějších potřeb ve Vašem životě:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**18. Uved'te Vaše naplněné potřeby:**

**19. Uved'te Vaše nenaplněné potřeby:**

**20. Jsou Vaše potřeby naplněny z procentové části:**

- 100 %
- 99-75 %
- 74-50 %
- 49-25 %
- 24-0 %

**21. Nastala změna Vašich potřeb po narození nedonošeného dítěte?**

- Ano                       Ne                       Nevím

**22. Je pro Vás důležitější naplňovat potřeby Vašeho dítěte než svých vlastních?**

- Ano       Ne       Snaha o naplnění obou stejně

**23. Na kterého člena rodiny spadá největší péče o nedonošené dítě?**

- Matka
- Otec
- Starší sourozenec
- Každý člen je do péče zařazován ve stejné míře
- Prarodiče

**24. Nastala změna v chování u starších sourozenců po narození nedonošeného dítěte?**

(lze vybrat více možností)

- Ano
- Ne
- Nemáme další dítě

Změny chování:

- Žárlivost
- Agrese vůči novému sourozenci
- Vyžadování větší pozornosti
- Změna chování na nižší věkový stupeň než ve kterém dítě má být
- Uzavření do sebe
- Lhaní
- Lhostejnost
- Jiné: