

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRALOVÉ
ÚSTAV NELEKAŘSKÝCH STUDIÍ

**KVALITA ŽIVOTA RODIČŮ PŘEDČASNĚ
NAROZENÝCH DĚTÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Aneta Šimonová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2022

CHARLES UNIVERSITY
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

**QUALITY OF LIFE OF PARENTS OF PREMATURE
BABIES**

Bachelor's thesis

Author: **Aneta Šimonová**

Supervisor: **Mgr. Jana Matulová**

2022

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....
Aneta Šimonová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala především paní Mgr. Janě Matulové za skvělé vedení, ochotu, čas a cenné rady, které mi při vypracování práce poskytla. Dále bych také chtěla poděkovat všem rodičům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumného šetření, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Zvláštní poděkování patří mé rodině, příteli a kamarádům za jejich podporu, které si velmi vážím.

OBSAH

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Kvalita života a zdraví	10
1.1 Historie	11
1.2 Metodologické přístupy	11
1.3 Kvalita života související se zdravím	12
1.4 Determinanty zdraví a kvalita života	14
1.5 Domény kvality života v ošetrovatelství	16
1.6 Hodnocení kvality života	17
1.6.1 Metoda subjektivní	17
1.6.2 Metoda objektivní	18
1.6.3 Metody smíšené	20
1.7 Další metody pro hodnocení kvality života	21
1.7.1 Kvalitativní metoda	21
1.7.2 Kvantitativní metoda	21
2 Neonatologie	22
2.1 Základní pojmy	22
2.2 Klasifikace novorozenců	23
2.2.1 Klasifikace dle gestačního věku	23
2.2.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti	23
2.2.3 Klasifikace dle vztahu gestačního věku a porodní hmotnosti	23
2.3 Problematika předčasně narozených dětí	24
2.3.1 Příčiny předčasného narození	24
2.3.2 Rizika předčasného narození	26
2.3.3 Znamky nezralosti	26
2.4 Péče o nezralého novorozence	27
2.4.1 Předporodní péče	27
2.4.2 Poporodní péče	27
2.4.3 Péče po propuštění	28
2.5 Intenzivní péče o nedonošeného novorozence	28
2.5.1 Parenterální výživa	28

2.5.2	Enterální výživa	29
2.5.3	Vyprazdňování	29
2.5.4	Péče o kůži, dutinu ústní a oči.....	29
2.5.5	Klid a komfort.....	29
2.6	Mortalita nezralých novorozenců.....	30
2.7	Morbidita nezralých novorozenců.....	30
2.8	Vybrané diagnózy předčasně narozených novorozenců.....	31
2.8.1	Syndrom dechové tísně.....	31
2.8.2	Apnoe z nezralosti.....	32
2.8.3	Bronchopulmonální dysplazie	32
2.8.4	Nitrokomorové krvácení	33
2.8.5	Retinopatie.....	33
2.8.6	Gastroesofageální reflux.....	34
2.8.7	Otevřená tepenná dučej.....	34
2.8.8	Anemie z nezralosti.....	35
2.8.9	Infekce.....	35
2.8.10	Hyperbilirubinemie	36
2.9	Spolek Nedoklubko	37
EMPIRICKÁ ČÁST		38
3	Výzkum.....	38
3.1	Cíle výzkumu	38
3.2	Metoda výzkumu.....	38
3.3	Organizace výzkumu	39
3.4	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	39
3.4.1	Výsledky výzkumu a jejich analýza	40
3.5	Vyhodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL dle hodnocení jednotlivých respondentů	48
4	Výsledky metody MGI a SEIQoL	78
4.1	Výsledky metody MGI.....	78
4.1.1	Identifikace důležitých oblastí života.....	78
4.1.2	Hodnocení vlivu oblastí	79
4.1.3	Ohodnocení životních oblastí.....	81
4.1.4	Přidělení bodů dle důležitosti.....	82
4.2	Výsledky metody SEIQoL	84

4.2.1	Životní témata	84
4.2.2	Důležitost životního tématu.....	85
4.2.3	Míra spokojenosti s životními tématy	86
4.2.4	Míra subjektivní spokojenosti a celkové QL.....	87
4.2.5	Souhrnná subjektivní a objektivní míra spokojenosti.....	88
	Diskuze.....	90
	Závěr	99
	Abstrakt	101
	Abstract.....	102
	Použitá literatura a prameny.....	103
	Seznam zkratek.....	106
	Seznam grafů.....	108
	Seznam tabulek	109
	Seznam příloh.....	111

Úvod

Narození dítěte je beze sporu jedním z nejkrásnějších okamžiků v životě. Z páru se stává rodina, kterou si mnoho z nás přeje. Stávající rodina se rozrůstá. Tímto dnem také začíná pro rodiče dítěte „nový život“, který přináší spoustu radosti, lásky, ale také starostí a strachu.

Během čekání na miminko rodiče vybírají jména, oblečky, kočárek, postýlku a další věci a těší se na jeho příchod. Ženy pro miminko dělají jen to nejlepší, žijí zdravým životním stylem, chodí pravidelně na kontroly ke gynekologovi atd. Občas se ale stane, že i přes veškerou snahu ženy se vyskytnou v průběhu těhotenství nějaké komplikace (infekce, preeklampsie, abrupce placenty, růstová restrikce plodu, aj.) a miminko se někdy nakonec narodí dříve, než by mělo, což nese jistá rizika. Často tak radost vystřídá pocit strachu, aby dítě bylo v pořádku. Pokud se jedná jen o pár dnů/týdnů, není se většinou čeho bát, čím je ale dítě mladší, narůstá počet problémů, které dítě mohou ohrozit.

V České republice se ročně narodí 8 – 9 tisíc dětí předčasně, z nichž 2 – 3 tisíce spadají do kategorie středně až těžce nezralých novorozenců. Hranice, kdy je dítě schopné přežít mimo tělo matky, se nazývá tzv. hranice viability, která je v České republice stanovena na dokončený 24. týden těhotenství.

V roce 1985 předčasně narozené dítě s nižší váhou než 1000 g mělo téměř nulovou šanci na přežití. Díky rozvoji medicíny ale dnes lékaři jsou schopni běžně zachránit i menší děti.

Tato bakalářská práce je zaměřena především na kvalitu života rodičů, kterým se dítě narodilo předčasně. Problematika kvality života je neustále více řešena a existuje mnoho výzkumů v různých oblastech, včetně medicíny. Problematice kvality života rodičů předčasně narozených dětí je však věnováno málo výzkumných prací a většina z nich je zaměřena pouze na mateřství jako takové.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá tématem kvalita života a neonatologií, která se věnuje právě problematice předčasně narozených dětí. Empirická část je poté zaměřena na hodnocení kvality života rodičů předčasně narozených dětí pomocí metody MGI a SEIQoL.

Toto téma jsem si vybrala, protože mi problematika předčasně narozených dětí přijde velmi zajímavá a fascinuje mě, jak je možné takhle malé děti zachránit a umožnit jim tak žít jejich život. Je to zázrak.

Práce na neonatologickém oddělení, dle mého názoru, nabývá úplně jiný smysl. Ano, je zde zlepšován a zachraňován život jako na jiných oddělení, ale zde zachraňují život těm, kteří zrovna na svět přišli a bez pomoci lékařů a sester by jejich život nemohl pokračovat. Neonatologie je obor, o který bych se i v budoucnu ráda zajímala a třeba se stala i dalším „andělem“, který pomáhá zachránit život, který právě začal.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Kvalita života a zdraví

Kvalita života je pro každého z nás individuální, každý si pod tím může představit něco jiného. Žijeme rozdílné životy, a proto kvalitu života vnímáme a hodnotíme jinak. Život jedince chápeme jako komplexní pojem zahrnující projevy, činnosti – společenský, pracovní, rodinný život apod. Kvalita života zahrnuje různé oblasti – fyzické funkce, dosahování životních cílů, prožívání štěstí. Dle mnoho autorů (Džuka, 2004; Payne, 2003, WHOQOL – Group, 1993; atd.) je označována za multidimenzionální (Gurková, 2011, s. 23).

Někdy kromě hodnocení života jedince hodnotíme kvalitu života určité skupiny. Ve zdravotnictví často posuzujeme kvalitu života u různých pacientů, např. u pacientů se stomií, s diabetes mellitus, s onkologickým onemocněním, po amputaci končetiny a další. V sociologii se pak jedná např. o kvalitu života národa, obyvatel; zde je předmětem hodnocení život průměrného jedince v dané populaci.

Kvalita života je v běžné komunikaci spjata převážně s pozitivním významem, který tento pojem významově nese. V odborném jazyce tento pojem souvisí i s negativními aspekty. Člověk kvalitu svého života hodnotí dle úrovně života jiných či s očekávanou úrovní existence. Kdy o životě ale můžeme říct, že je opravdu kvalitní?

V odborné literatuře rozlišujeme dvě základní kvality života – objektivní a subjektivní. Objektivní kvalitou života se dle Džuky (2004, s. 46) myslí to, že pro kvalitní život obyvatel určité krajiny chybí například jisté podmínky (možnost bydlení, dostatek potravin), aby byl život kvalitní. Dle Kováče (2004, s. 168), který vychází ze své volné interpretace latinského slova *qualis* (*jaký*), kvalitu života lze zhodnotit dle toho, jaký život žije jedinec s porovnáním života druhých. Jak se život odlišuje tady a teď, jak se odlišoval předtím. Kvalita života je tedy subjektivní, individuální a komplexní (patří sem všechny oblasti života) (Gurková, 2011, s. 21- 22).

Křivohlavý (2003) vytvořil na základě vztahu mezi kvalitou života a zdravím svou definici, která zní takto: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2003, s. 40).

Existuje celá řada definic kvality života. Žádná však není všeobecně akceptována. Můžeme se také setkat s pojmy sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt

(social welfare), lidský rozvoj (human development), které jsou používány ve stejném smyslu. Na nejobecnější úrovni je kvalita života důsledkem interakce různých faktorů – sociálních, ekonomických, zdravotních, enviromentálních (Payne, 2005, s. 207).

1.1 Historie

V historii se poprvé pojem „kvalita života“ objevil ve 20. letech v souvislosti s ekonomickým vývojem a materiální podporou nižších vrstev. Diskutovalo se o vlivu státních dotací na kvalitu života chudších lidí a celkový vývoj státních financí. V 70. letech byl tento pojem použit pro výzkumné účely, kdy byl monitorován vliv společenských změn na život lidí. V USA v těchto letech proběhlo první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva ve snaze vyvinout subjektivní indikátory toho, jak lidé hodnotí svůj život, s cílem doplnění objektivních životních podmínek (bydlení, kriminalita, znečištěné ovzduší, atd.). Závěrem výzkumu bylo, že zlepšení socioekonomických i biologických oblastí je významné pouze pokud nedosáhne určité minimální míry – hranice chudoby. Emoční prožívání vlastního života pak řadíme do subjektivního vnímání kvality života a je rozhodující. Se socioekonomickým statutem a biologickým zdravím může být v nepřímé úměře. V posledních deseti letech studium kvality života zažilo největší rozmach. Tomuto výzkumu se věnovaly týmy po celém světě. Studium se v současné době zaměřuje na hledání faktorů přispívajících k pocitu štěstí a dobrému životu. Cílem je umožnit lidem žít co nejlepší život dle jejich potřeby a zajistit pro ně dobré životní podmínky. V průběhu let také vznikala řada významných dokumentů pod organizací WHO (např. Otawská charta z roku 1986).

1.2 Metodologické přístupy

Hnilicová (2005, s. 656) uvádí tři metodologické přístupy spojené s vývojem kvality života - přístup psychologický, sociologický a medicínský (zdravotnický).

Psychologický přístup se zaměřuje především na štěstí, spokojenost, pohodu, flow fenomén, smysl života a další. Psychologové se zaměřují subjektivní pocit jedince. V sociologickém pojetí, kam patří sociálně – ekonomické aspekty, je kladen důraz na sociální úspěšnost (materiální podmínky, status apod.) spolu se subjektivním pocitem jednotlivce. Sociologové sledují kvalitu života sociálních skupin a srovnávají je. V medicínském pojetí stojí na prvním místě zdraví a funkční stav. Ve zdravotnictví se

především hodnotí kvalita poskytované péče (Gurková, 2011, s. 29 – 30; Payne, 2005, s. 207).

1.3 Kvalita života související se zdravím

Pojem kvalita života je důležitý v oblasti zdraví a medicíny. Zdravotnictví a medicína se opírá především o definice o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). Dle WHO je totiž zdraví chápáno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci. Kvalita života v pojetí WHO tedy nezávisí pouze na zdravotním stavu jedince. Zdravotní stav však člověka ovlivňuje. Kvalita života závisí na tom, jak vnímá jedinec své postavení ve světě, kde žije, v souvislosti s jeho osobními cíli, životním stylem, zájmům a očekáváním. Objektivní vnímání kvality života, které souvisí se životní úrovní, fyzickým stavem a subjektivně vnímanou kvalitou života, je založeno na očekáváním. Důležitou roli tedy hraje, jakou má člověk představu o svém životě a sobě samém (Payne, 2005, s. 208).

Centrum pro podporu zdraví v Torontu na základě svých výzkumných projektů definuje kvalitu života takto: „*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“ (Payne, 2005, s. 208). Možnosti vychází z příležitostí a omezení každého člověka.

Rozlišuje tři životní domény: Bytí, přilnutí a realizaci.

Bytí označuje to, co je pro daného člověka charakterizující a co jej vystihuje. Do této domény patří: fyzické bytí (výživa, fyzické zdraví, pohyb, aj.), psychologické bytí (psychologické zdraví, sebeovládání, schopnost vážít si sám sebe) a spirituální bytí (víra, hodnoty, přesvědčení).

Přilnutí je složeno také ze tří subdomén. Patří sem fyzické přilnutí (např. k domovu, sousedství), sociální přilnutí (k přátelům, rodině, aj.) a přilnutí ke komunitě, pomocí dostačujících finančních příjmů, dostupné sociální a zdravotní péče,...

Poslední doménou bytí je realizace, tedy splnění svých cílů, nadějí. Je složeno z praktické uskutečňování (domácí aktivity, zájmy a koníčky, péče o sebe samého, o své zdraví), relaxačních technik (snížení stresu), uskutečňování růstu (rozšiřování svých dovedností, znalostí).

Reálná kvalita života je dána tím, jak člověk vnímá jednotlivé výše uvedené oblasti, zda dochází k jejich naplňování a jak moc jsou pro něj tyto oblasti v životě důležité. V psychologii hodnocení kvality života spočívá ve spokojenosti se životem (co

činí člověka spokojeným, co ke spokojenosti vede, vliv společnosti na spokojenost lidí) a prožívanou subjektivní pohodou (kognitivní a emocionální vnímání), s kterou se nejvíce pracovalo a pracuje do teď. K posouzení kognitivních aspektů subjektivní pohody se používají různé metody. U nás nejvýznamnější, často používaná je Škála spokojenosti se životem neboli SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) nebo PGWS (*Psychological General Well-Being Scale*) využívaná díky svým dobrým psychometrickým vlastnostem. Pro hodnocení emocionálního prožívání se v psychologii používá např. standardizovaná škála PANAS, sloužící k hodnocení kladných a záporných emocí (Payne, 2005, s. 209-210).

V posledních letech se pozornost zaměřuje spíše na tzv. pilíře štěstí, s fenomény: kompetence – pocit, že člověk něco umí, autonomie – svoboda volby, každý člověk si rozhoduje o svém životě sám, nalomenost – spojení s ostatními lidmi, sebeúcta (Payne, 2005, s. 209-210).

V sociologii se zase setkáváme s atributy sociální úspěšnosti - status, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav, vzdělání. U nich se zkoumá jejich vliv na kvalitu života, která je subjektivní. Dále se v sociologii také sleduje vliv sociálních a sociálně zdravotních programů, tímto se například zabývá Mezinárodní společnost pro studium kvality života (*International Society for Quality of Life Studies*), kvalita života dle této organizace je chápána jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, ovlivňující rozvoj lidí“ (Payne, 2005, s. 211). Důležitou roli v kvalitě života hraje také tzv. životní úroveň, což je míra uspokojování potřeb člověka, poskytnutí dostatečného množství a kvality zboží a služeb. Mezi indikátory životní úrovně patří hrubý domácí produkt (HDP), střední délka života, počet lékařů na 1000 obyvatel, kojenecká úmrtnost, procento HDP věnováno zdravotnictví, školství, počet televizí a telefonů v domácnosti.

Pojem kvalita života je v medicíně používána od 70. let. V medicíně nyní hraje velkou roli. Lékaři se zajímají o kvalitu života u pacientů s různým onemocněním a posuzují, jak je život ovlivněn konkrétní terapií. Ve zdravotnictví je zkoumána kvalita života v oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Pracuje se s pojmem *health related quality of life*, tj. kvalita života ovlivněná zdravím - subjektivní pocit životní pohody člověka, který je spojován s jakýmkoliv onemocněním či úrazem, ovlivňujícím život člověka. Důležitou roli vedle klinických příznaků a hodnot (TK, TT, laboratorní výsledky, příznaky onemocnění, aj.), hrají subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta (např. přítomnost bolesti, únava, míra soběstačnosti, emoce). S tímto přístupem se setkáme především u léčení psychiatrických a onkologicky

nemocných pacientů. Pozorování kvality života v medicíně se poprvé objevilo právě u onkologicky nemocných pacientům, kterým léčba nejvíce snižuje kvalitu života, většinou více než onemocnění samotné. Hodnocení probíhá subjektivně pacientem - jak pacient zvládá život s nemocí, co je nemocí či léčbou ovlivněno. K měření se využívají různé metodiky zaměřené na kvalitu života pacientů s konkrétním onemocněním. Často jsou využívány dotazníky, vypracované mezinárodními organizacemi či pracovními skupinami, které se výzkumem zabývají, jako např. mezinárodní organizace *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, pracovní skupina *EORTC Study Group on Quality of Life*, věnující se výzkumu kvality života u onkologických pacientů (Payne, 2005, s. 211- 213).

1.4 Determinanty zdraví a kvalita života

Kategorie kvalita života, prostředí a zdraví se vzájemně prolínají a jsou od sebe zcela neodlučitelné. V 70. letech minulého století Lalonde, což byl kanadský ministr zdravotnictví, vytvořil čtyři základní uspořádání na základě poznatků o příčinách a podmínkách zdraví a nemoci. Tato myšlenka byla přijata i s procentuálním množstvím a interpretována takto: na zdravotním stavu člověka má z 10 – 15 % podíl genetika, stejným procentem se také podílí zdravotnictví, z 20 % to jsou faktory prostředí a nejvyšší podíl 50 % tvoří způsob života. V dnešní době, vlivem vývoje a zdokonalování vědy, techniky a změnám ovlivnění kvality života determinanty, tento systém již není vhodný. V posledních desetiletích došlo k rozvinutí poznání těchto procesů a spojitostí a také k poznatku, že jejich vlastnosti jsou ovlivněny změnou času a prostoru.

Čas se výrazně projevuje v individuálním životě každého z nás, patří sem období pre-, peri- i postnatální, období dětství, puberty, adolescence, dospělosti i stáří. Vliv času se také podílel na rozvíjení člověka až do aktuální biopsychosociální podoby.

Do popředí se také dostal pojem globalizace, a to díky rozvíjení vědy a její přenesení do mnoho oblastí, například dopravy, informatiky, do mezilidských vztahů.

Prostředí zahrnuje procesy fyzikální, chemické, biologické a procesy sociálního charakteru. Tyto procesy mohou být v různé kombinaci, podobě, intenzitě, časové návaznosti, míře vystavení. Uplatňují se jak na úrovni individuálního, tak společenského zdraví. Člověk na tyto situace není vždy připraven a není schopen na ně adekvátně reagovat. Proměny přírodního, sociálního prostředí a stresory mohou být různé, jako příklad můžeme uvést škodliviny, které v prostředí jsou dlouho přítomny (např. toxické

kovy, polychlorované bifenyly, ...), u kterých dochází k změnám v biochemických a buněčných procesech, biotransformaci, k porušení hormonální rovnováhy organismu aj. Prvky vyskytující se v přírodě mají vliv na vztah mezi lidským organismem a prostředím a ovlivňují zdraví člověka, genetiku i kvalitu života.

Genetická výbava je tvořena somatickými a psychickými dispozicemi jedince. Genetické dispozice nemají vliv pouze na vrozené vady, ale podílejí se i na vzniku a průběhu některých onemocnění (např. nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, alergie, metabolické onemocnění, psychopatické poruchy), které jsou podmíněné mnoha faktory.

Dalším determinantem ovlivňujícím zdraví, kvalitu života je zdravotnická péče. V 60. letech minulého století zdravotnická péče představovala zhruba 15 % v závislosti na tehdejších možnostech medicíny a celkové úrovni zdravotnictví. V dnešní době medicína v mnoha oblastech pokročila, došlo k rozvoji poznatků, metod, technologií, možnosti praxe, v oblasti diagnostiky, terapie i prevence. Díky tomuto rozvoji je nyní možné více zasahovat do jednotlivých fází a etiopatogenických pochodů, než bylo možné dříve. Došlo také k posílení vlivu veřejného zdravotnictví v důsledku změn v oblasti inspirační, iniciační, edukační. Velký vliv na kvalitu života má primární prevence, tedy aby k nemoci nejlépe vůbec nedošlo. Nemoc má vliv i na chování, zájmy a postoje ke zdraví každého z nás. V současnosti má zdravotní péče větší vliv na zdravotní stav, a tedy i na kvalitu života, než měla v minulosti.

Klíčovou roli v ovlivnění zdraví hraje dnes i životní styl člověka. Podstatnou složkou je zde výživa, pohyb, sexuální chování a vliv návykových látek. Vzhledem k rozšiřování nových poznatků již víme, že výživa může souviset se vznikem onemocnění nádorových, metabolických, imunologických, respiračních, trávicích, onemocnění pohybového systému či chorobami srdce. Významně zdraví ovlivňuje i pohyb a pohybová aktivita. Vliv má zejména na dynamickou stabilitu, která je tvořena hormonální, nervovou a imunitní soustavou. Pozitivně ovlivňuje psychosomatiku, prevenci před vznikem mnoha onemocnění, terapii a rehabilitaci. Do popředí se dále dostávají aspekty sexuálního chování a důsledky užívání návykových látek (kouření, alkoholismus až tvrdé drogy). Prostřednictvím způsobu života dochází k promítání i jiných faktorů a determinantů do zdraví lidí. Životní styl je výsledkem žití, myšlení, cítění a jednání v určitém prostředí. Není ovlivněný pouze přírodními, socioekonomickými a zdravotními podmínkami, ale také postojem a chováním každého z nás vůči sobě, přírodě a ostatním lidem. Každý člověk má možnost volby, jak se bude chovat, jak bude jednat.

Kvalita života je dále ovlivněna věkem, pohlavím, morbiditou, vzděláním, ekonomickou situací, vztahy v rodině, partnery, religiozitou, systémem hodnot každého člověka a atd. Všechny výše uvedené determinanty nepůsobí na zdraví a kvalitu života pouze jednotlivě, ale v součinnosti (Payne, 2005, s. 234 -240).

1.5 Domény kvality života v ošetrovatelství

V literatuře ošetrovatelství se kvalita života rozděluje do čtyř až pěti domén. Mezi tyto domény se řadí:

- fyzická pohoda,
- psychická pohoda,
- vztahy ve společnosti,
- somatická stránka jedince spojená s nemocí a následnou léčbou,
- duchovnost.

Mezi nejčastější modely ošetrovatelství, kde jsou domény využity, patří model Padilla et al. (1985), model Ferrans et al. (1992), City Hope Model - Ferrell et al. (1992,1997).

Model Padilla et al. (1985) rozděluje domén pět: tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální zájmy, obraz těla, reakce na diagnózu nebo léčbu. Model byl určený pro pacienty s nádorovou bolestí.

Ferrans et al. (1992,1996) vytvořili model pro hemodialyzované pacienty. Později model upravili a použili pro pacienty s chronickým či onkologickým onemocněním. Model má čtyři hlavní domény: zdraví a funkční kapacita – vnímání zdraví, zodpovědnost, aktivity člověka ve volném čase, cestování, bolest, aj., dále socioekonomická doména - finanční zabezpečení, úroveň života, zaměstnání, přátelské vztahy, ..., psycho – spirituální doména – například spokojenost se svým životem, štěstí, víra a poslední doménu zastává rodina – partner/partnerka, děti, zdraví a štěstí rodiny. Součástí domén je také 35 užších vymezení různých aspektů života, které se v měření také hodnotí. Na podkladě tohoto modelu byl vytvořen nástroj měření kvality života, tzv. Quality of Life Index (QLI). Z QLI bylo vytvořeno 15 verzí určených pro pacienty s konkrétním onemocněním, léčbou.

City Hope model má čtyři domény: tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální a spirituální pohoda. Tělesná pohoda souvisí s dostatkem energie, spánku, odpočinku, ale i

výskytem nepříjemných pocitů (zácpa, nauzea, ...), kdy může být tělesná pohoda narušena. Psychická doména je spojena s příjemnými projevy jako je např. štěstí, radost, ale mohou se objevit i nepříjemné projevy – strach, úzkost, deprese. Sociální pohoda zahrnuje tělesný vzhled, vztahy mezi partnery a rodinou, sociální role. Součástí spirituální pohody je určitý smysl utrpení a bolesti. Tento model byl primárně vytvořený pro pacienty s nádorovou bolestí, později pro pacienty po transplantaci kostní dřeně, rakovinou prsu a po zvládnutí rakoviny. Posuzován je vztah mezi doménami a samotný vliv nemoci, bolesti, léčby. Díky tomuto modelu byl vytvořen multidimenzionální nástroj – The City Hope Medical Center Quality of Life Survey, který vychází z domén modelu (Gurková, 2011, s. 73 – 77).

1.6 Hodnocení kvality života

Kvalita života hraje významnou roli ve výzkumu a praxi, týkající se především zdraví a medicíny. Ve zdravotnickém výzkumu byl původně kladen důraz na biomedicínské ukazatele, v posledních desetiletích se však zvýšilo zaměření na hodnocení QOL jako takové. Dle Haraldstada (2019) je pochopení kvality života klíčové pro zlepšení stavu pacienta – úlevy od bolesti a dalších příznaků nemoci, celková péče o pacienta a rehabilitace. Hodnocení kvality života umožňuje odhalení problémů a zlepšení v již zmíněných oblastech (Haraldstad, 2019).

S hodnocením kvality života se začalo v polovině 20. století, a to nejprve u vážně chronicky nemocných a starých lidí (Strauss, 1975). (Křivohlavý, 2002, s. 163)

Pro posuzování či hodnocení kvality života bylo vytvořeno mnoho metod. „Metoda z řeckého slova *methodos*, doslovně cesta k něčemu“ (Kutnohorská, 2009, s. 19).

Jedním z příkladů je hodnocení dle Křivohlavého (2002), ten rozděluje tři metody:

- Metodu subjektivní
- Metodu objektivní
- Metodu smíšenou

1.6.1 Metoda subjektivní

Při definování kvality života se autoři spíše přiklání k tomu, že kvalita života je výrazně subjektivní, každý člověk ji může hodnotit jinak. Mezi oblasti v subjektivní kvalitě života patří: subjektivní pocit štěstí, pohody, objektivní schopnost seberealizace, plnění rolí v sociální sféře, adaptace a dostupnost hmotných zdrojů a opory ve

společnosti. V tomto případě, kdy hodnotitelem je sama osoba, se tedy jedná o metodu subjektivní. Hodnocení je zaměřené na vlastní názor člověka na jeho vlastní život. Jednou z metod, která se používá v subjektivním hodnocení, je metoda SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*). Kvalita života je individuální, závisí tedy na hodnocení tázaného jedince, jak ji vnímá on sám. Hlavní roli v hodnocení hraje jeho vlastní žebříček hodnot. První verze dotazníku SEIQoL byla vytvořena roku 1993 autory O'Boyle, McGee a Hickye. Na základě původní verze, roku 1994 O'Boyle, McGee, Joyce vypracovali druhou zjednodušenou verzi dotazníku s názvem SEIQoL – DW (Vachková, 2014; Křivohlavý, 2003, s. 243).

Další metodou používanou pro hodnocení kvality života je dotazník SF – 36 (*Short - Form Item36*) a kratší verze SF-12. Dotazník SF – 36 byl vytvořen kolektivem Ware et al. v roce 1992, součástí jsou všeobecné koncepty související se zdravím, není specifický pro daný věk, onemocnění, léčbu. Obsahuje 36 položek, kratší verze SF – 12 obsahuje položek 12. Hodnotí se fyzické zdraví, mentální zdraví a všeobecné mentální zdraví. Originální verze byla standardizovaná ve více jak 15 zemích, proto je tento dotazník jeden z nejčastěji používaných pro hodnocení kvality života (Gurková, 2011, s.145).

1.6.2 Metoda objektivní

Při hodnocení kvality života druhou osobou se jedná o metodu objektivní. Osoba hodnotící kvalitu života daného jedince se zaměřuje na jeho celkový stav. Jinak však hodnotí kvalitu života pacient a jinak například lékař.

Jednou z nejstarších objektivních metod, která mohla být inspirací pro vznik dalších metod pro měření kvality života, jsou tzv. *Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta - Health State (HS)*. Vylepšenou formou jsou potom *Profily zdravotního stavu pacienta – Heath State Profile (HSP)*. Dle Křivohlavého (2002) zde šlo o nastínění zdravotního stavu nemocného čistě jen z pohledu lékařského, fyziologického (Křivohlavý, 2002, s. 165).

Metoda APACHE II. (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) neboli Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu se snaží vystihnout celkový stav pacienta čistě jen fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Měří závažnost pacientova onemocnění. Myšlenkou této metody, jak již vyplývá z českého překladu, je, že vážnost onemocnění lze hodnotit podle toho, jak se stav pacienta kvantitativně odchyluje od stavu normálního. Při měření jsou hodnoceny abnormality

fyziologických funkcí. Výsledek je poté vyjádřen číslem v rozmezí 0 – 71 bodů. Pravděpodobnost smrti pacienta se zvětšují s narůstajícím číslem (Payne, 2005, s. 282 – 283).

Metodou, kterou lékař hodnotí celkový stav pacienta dle svého úsudku, se nazývá PSI (*performance status index*) – Karnofsky index. Karnofsky index vytvořil Karnofsky a Burchenal roku 1949. Lékař se zde vyjadřuje k zdravotnímu stavu pacienta k danému datu.

%	
100	<i>normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže</i>
90	<i>normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby</i>
80	<i>normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci</i>
70	<i>omezená výkonnost, zachována práceschopnost a samoobslužnost</i>
60	<i>omezená výkonnost, avšak občas potřeba cizí pomoci</i>
50	<i>omezená výkonnost, avšak občas potřeba cizí pomoci, není upoutaný na lůžko</i>
40	<i>trvalé upoutání na lůžko, nutná potřeba lékařské odborné péče</i>
30	<i>trvalé upoutání na lůžko, nutná potřeba lékařské odborné péče i podpůrné péče, někdy hospitalizace</i>
20	<i>hospitalizace nutná, nutná odborná i podpůrná léčba</i>
10	<i>rychlá progresse choroby, léčba bez efektu, moribundní pacient</i>
0	<i>pacient je mrtev</i>

(Payne, 2005, s. 283, Křivohlavý, 2002, s. 166)

Další metodou je metoda VAS - QL (*Visual Analogous Scale – Quality of Life*). Toto hodnocení se zaměřuje především na celkový stav kvality života pacienta než na soubor jeho zdravotních problémů. Jedná se o viditelnou analogovou škálu, která je zobrazena v podobě 10 cm dlouhé vodorovné nebo 45° stoupající úsečky, kdy na každém konci se vyskytuje jeden extrém (velmi špatný, velmi dobrý). Hodnotitelem může být zdravotní sestra, lékař, rodinný příslušník a jiní. Hodnotitel má za úkol zhodnotit celkový stav pacienta a udělat křížek na úsečce tam, kde se dle jeho názoru pacient nyní nachází. V tomto případě jde o velmi subjektivní hodnocení, kdy každý hodnotitel může hodnotit pacienta zcela odlišně, dále závisí na časovém úseku a dané situaci, ve které se zrovna pacient nachází (Payne, 2005, s. 284).

1.7 Další metody pro hodnocení kvality života

Výzkumy v oblasti kvality života je také možno rozdělit na kvalitativní, kvantitativní a smíšené. Ke kvantitativním metodám řadíme generické nebo specifické dotazníky. Mezi přístupy kvalitativní patří různé rozhovory a pozorování. Kvantitativní a kvalitativní metody se společně doplňují a obohacují. Výzkumný přístup, kdy se kombinují kvantitativní i kvalitativní výzkumné přístupy, pak nazýváme přístup smíšený.

1.7.1 Kvalitativní metoda

Jedná se o nematematický analytický výzkum, zabývající se životem lidí, vztahy, příběhy atd. Kvalitativní metoda má zaměření komplexní, tudíž je velmi náročná na schopnosti, vědomosti a čas badatele. V kvalitativním výzkumu není nutný velký počet respondentů. Často jsou využívány individuální nebo skupinové rozhovory. Kvalitativní výzkum zahrnuje analýzu získaných informací, jevů a objasnění spojení mezi nimi (Kutnohorská, 2009, s. 19 – 23).

1.7.2 Kvantitativní metoda

Kvantitativní metoda má dle Kutnohorské (2009) staticky popsat závislost mezi proměnnými a změřit intenzitu závislosti. Metoda se zabývá větším počtem respondentů, zaměření je však jasné, stručné. Základními elementy analýzy jsou čísla. Při analýze jsou především používány statistické postupy. Spočívá v systematickém shromažďování a analýze numerických informací. Využívány jsou dotazníky, standardizované rozhovory, analýzy dat a jiné (Kutnohorská, 2009, s. 21 – 22).

V ošetrovatelství pracujeme jak s metodou kvalitativní, tak kvantitativní. Vzhledem k vnímání člověka jako bio-psycho-sociální bytosti (holistický přístup), však upřednostňujeme metodu kvalitativní (Kutnohorská, 2009, s. 19 – 23).

2 Neonatologie

Porod a první týdny po narození dítěte jsou velice klíčové období jak pro matku, tak pro dítě. Dítě i matka potřebují specifickou péči, kterou jim poskytují specialisté – gynekolog – perinatolog ve spolupráci s porodní asistentkou a dětský lékař – neonatolog spolupracující se zkušenými dětskými sestrami (Klíma, 2016, s. 91).

Neonatologie spadá pod pediatrii a specializuje se na komplexní péči o novorozence, ať už se jedná o novorozence donošeného či nedonošeného, tzn. o novorozence narozeného v gestačním staří kratším než v ukončeném 37. týdnu gravidity. Součástí práce neonatologů je také řešení různých vývojových vad, chorobných stavů a extrémní nezralosti s porodní hmotností plodů kolem 500 g. O extrémně nedonošené děti je pak postaráno v perinatologických centrech (NEONATOLOGIE BRNO Z.S., © 2019).

2.1 Základní pojmy

Gestační staří (gestační věk – GV) je staří plodu odpovídající délce těhotenství matky, nejčastěji se měří od 1. dne poslední menstruace do porodu.

Živě narozené dítě je plod, bez ohledu na délku těhotenství, u kterého se vyskytuje alespoň jedna z těchto známek života: dýchání, srdeční akce, pulzace pupečníku, prokazatelné pohyby kosterního svalstva.

Mrtvě narozené dítě je narozené dítě nejevící známky života s hmotností 500 g a vyšší. Nelze-li určit váhu novorozence, za mrtvě narozené dítě je považováno dítě narozené po dokončeném 22. týdnu těhotenství, a pokud nelze určit ani to, rozhoduje délka novorozence, která musí být minimálně 25 cm. V případě, že plod nejeví žádnou známku života a nesplňuje týden těhotenství, váhu ani délku, jedná se o potrat.

Nedonošený novorozenec je dítě, které se narodí před ukončeným 37. týdnem gestačního věku. Naopak dítě narozené ve 42. týdnu a déle je nazýváno jako **přenášené** (Klíma, 2016, s. 91; Dort, 2018, s. 16; Procházka, 2020, s. 616).

Viabilita plodu

Viabilita znamená schopnost plodu přežít mimo dělohu, za pomoci různé podpory. V České republice je hranice viability stanovena na dokončený 24. týden těhotenství (Procházka, 2020, s. 693).

2.2 Klasifikace novorozenců

„Ke klasifikaci novorozenců používáme gestační věk novorozence, porodní hmotnost a vzájemný vztah gestačního věku a porodní hmotnosti. Gravidita normálně trvá 40 týdnů (počítáno od 1. dne poslední menstruace)“ (Dort, 2018, s. 15).

2.2.1 Klasifikace dle gestačního věku

Dle gestačního věku klasifikujeme novorozence do 3 skupin: nedonošený novorozenec, což je novorozenec, jehož gestační věk je do 36 týdnů a 6 dnů, donošený novorozenec neboli narozený v termínu mezi 37. a 41. týden + 6 dnů. Novorozenec, jehož gestační věk je 42 týdnů a víc, se poté nazývá jako přenášený (Dort, 2018, s.15).

Nedonošené novorozence lze pak rozdělit dle ještě na:

- a) extrémně nezralé – pod 28. týden gravidity,
- b) těžce nezralé (28 + 0 – 31 + 6),
- c) středně nezralé – (32 + 0 – 33 + 6),
- d) lehce nezralé – (34 + 0 – 36 + 6).

(Procházka a kol., 2020, s.694)

2.2.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti

Klasifikace dle porodní hmotnosti rozlišuje novorozence makrozomní, jejichž hmotnost je 4500 g a vyšší, novorozence s normální porodní hmotností, hmotnost 2500 g – 4499 g, novorozenci s nízkou porodní hmotností – méně než 2500 g, novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností - méně než 1500 g a poslední skupinou jsou novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností, kteří mají méně než 1000 g.

2.2.3 Klasifikace dle vztahu gestačního věku a porodní hmotnosti

Poslední klasifikace je dle vztahu gestačního věku a porodní hmotnosti, kdy novorozence rozdělujeme do 3 skupin: eutrofický novorozenec, hypotrofický a hypertrofický. Eutrofický novorozenec je takový novorozenec, jehož hmotnost odpovídá gestačnímu stáří dítěte. Hypotrofický novorozenec má nižší hmotnost (hmotnost pod 10.

percentilem hmotnosti) pro daný dokončený týden gestačního věku (SGA – small for gestational age). Naopak hypertrofický novorozenec má hmotnost vyšší pro daný dokončený týden gestačního věku, hmotnost je nad 90. percentilem hmotnosti (LGA – large for gestation age) (Dort, 2018, s.15).

„Porodní hmotnost pro daný gestační věk je uvedena v tabulkách, zpracovaných na základě celostátního sběru statistických údajů (Kučera 1999)“ (Dort, 2018, s. 15).

2.3 Problematika předčasně narozených dětí

Předčasně, tzn. narozené před 37. týdnem (37+0) těhotenství, se v naší zemi rodí přibližně 7 % novorozenců z celkového počtu. Zhruba 2 % ze 7 % se narodí velmi předčasně, tzv. před 32. týdnem těhotenství. *„Ze statistických údajů za rok 2019 v ČR plyne, že z celkového počtu 111 807 novorozenců se narodilo 7857 dětí s hmotností pod 2500 g, což odpovídá zhruba 7,0 %“ (Marková, 2020, s. 13).* V celosvětovém měřítku, dle Světové zdravotnické organizace, se předčasně narodí okolo 15 milionů novorozenců.

2.3.1 Příčiny předčasného narození

Příčiny předčasného narození dítěte nejsou u některých případů dosud objasněny. Na tuto patologii mají však vliv různé faktory. Mezi hlavní etiopatogenetické mechanismy patří infekce, cervikální inkompetence, nadměrná distenze dělohy, porucha imunologické tolerance, alergie a endokrinní poruchy a uteroplacentární ischemie (Straňák, 2015, s. 29).

Faktory, které mohou mít vliv na předčasné narození dítěte jsou gynekologické a porodnické komplikace, mateřské příčiny, socioekonomické příčiny i iatrogenní příčiny.

Gynekologické a porodnické komplikace – poruchy placenty, plodových obalů a plodové vody a fetální příčiny:

- deformity dělohy (vrozené vývojové vady, myomy),
- inkompetence děložního hrdla,
- polyhydramnion, předčasný odtok plodové vody,
- předčasný porod v anamnéze,
- krvácení v I. a II. trimestru,
- akutní nebo chronická placentární insuficience (krvácení, malá placenta, placenta praevia, předčasné degenerativní změny, abrupce),

- vícečetné plody,
- genetické abnormality plodu, intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR),
- kongenitální infekce (syfilis, toxoplazmóza, herpes, parvovirus B19, aj.).

Mezi mateřské příčiny patří:

- vrozené vady dělohy,
- chronická onemocnění (hypertenze, Diabetes mellitus, kardiorespirační onemocnění, autoimunity, onemocnění jater a ledvin atd.),
- závažná anemie,
- předchozí zákroky na děloze (např. potrat, konizace čípku),
- intraabdominální záněty,
- trauma,
- komplikace těhotenství (preeklampsie, HELLP syndrom atd.).

Socioekonomické příčiny:

- nízký nebo naopak vyšší věk,
- životospráva matky (stresové situace, kouření, alkohol, drogy, podvýživa, velká fyzická námaha),
- svobodná matka,
- nedostatečná prenatální péče,
- nízký socioekonomický status.

Iatrogenní příčiny:

- diagnostické metody,
- farmakoterapie,
- nutné předčasné ukončení těhotenství kvůli závažnému zdravotnímu stavu matky nebo plodu,
- iatrogenní prematurita (důsledek plánovaných císařských řezů před ukončeným 39. týdnem těhotenství).

(Straňák, 2015, s. 29-30; Dort, 2018, s. 39)

2.3.2 Rizika předčasného narození

Předčasné narození dítěte přináší rizika nejen pro dítě, ale i pro matku. Těmito riziky je myšleno především následné psychické trauma matky, operační porod a poporodní sepse. Pro dítě je rizik více. Nejzávažnější je perinatální, neonatální a dětská mortalita. Dalším rizikem, které předčasné narození přináší, je perinatální morbidita (syndrom dechové tísně – RDS, sepse, nekrotizující enterokolitida, retinopatie, hyperbilirubinemie, hypoglykemie, hypotermie, iatrogenní morbidita, aj.), porodní traumatismus či pozdní dlouhodobé následky, jako jsou např. mentální následky, oční, sluchové, neurologické a plicní (Marková, 2020, s. 16).

2.3.3 Znamky nezralosti

Předčasně narozené děti projevují různý stupeň nezralosti, od lehce nezralých dětí po extrémně nezralé. Znamky nezralosti rozdělujeme na anatomické a funkční.

Mezi anatomické známky nezralostí řadíme tenkou, rudou kůži s malým či žádným tukovým polštářem, porostlou chmýřím (tzv. lanugem), rýhování na nohou a rukou je chudé. Chrupavky tvořící ušní boltce jsou měkké, nehty nedosahují konce prstů. Končetiny jsou dlouhé a hubené, na dolních končetinách bývají edémy. Kostra hrudníku je měkká a poddajná. Peristaltika střev je viditelná z důvodu chabé břišní stěny. Zatímco u donošených (zralých dětí) je úpon pupečníku zhruba uprostřed processus xiphoideus a stydkou sponou, u dětí nezralých se úpon pupečníku nachází blíže ke sponě stydké. U chlapců nejsou sestouplá varlata v šourku a u dívek malé stydké pysky překrývají velké.

Z hlediska funkčnosti organismu dochází k poruše termoregulace a dalších vegetativních funkcí. Novorozenecké reflexy, jako je např. sací, pátrací, polykací, zcela chybí nebo jsou nedostatečné. Nezralé děti mají vyšší sklon k nitrolebním krevním výronům v důsledku křehkosti cév a jejich podpůrného vaziva. Vzhledem k jaterní nezralosti dochází k zhoršenému odstraňování škodlivých látek, nadbytečného bilirubinu a tím i déletrvající a výraznější žloutence. Pokud je narušená funkce ledvin, dochází k nestabilitě vodního a minerálního hospodářství. Nezralost plicní tkáně a nedostatek surfaktantu vedou k pozdnímu asfyktickému syndromu a dalším poruchám dýchání. Tito novorozenci mohou mít také problémy přijímat stravu, pokud je funkce jejich trávící trubice nezralá a produkce trávících enzymů nižší (Klíma, 2016, s. 107).

2.4 Péče o nezralého novorozence

2.4.1 Předporodní péče

Na průběh těhotenství dohlíží u ženy gynekolog. Žena v průběhu těhotenství chodí na pravidelné prohlídky. Důvodem pravidelných prohlídek je včasné odhalení abnormalit těhotenství. Úlohou gynekologa je včas odhalit i riziko předčasného porodu a, pokud je to možné, předčasnému porodu zabránit. Někdy i přes snahu lékaře a vzhledem k další okolnostem není možné předčasné narození odvrátit. V takovém případě je lepší zajistit, pokud to dovolí okolnosti, aby byla rodička převezena do perinatologického centra, kde se dítě narodí. Pro nedonošeného novorozence je porod v perinatologickém centru šetrnější než jeho následný transport po porodu (Klíma, 2016, s. 108).

Na počátku předčasného porodu se ženě podávají kortikoidy z důvodu nezralosti plic plodu. V případě infekce, která by mohla ohrozit plod, se matce podávají ještě antibiotika.

2.4.2 Poporodní péče

Ošetření na porodním sále

Po porodu předčasně narozeného novorozence pozornost věnujeme hlavně efektivnímu dýchání a prevenci tepelných ztrát. Činnosti, které se dají odložit (měření, vážení, popis, aj.) necháváme na později. Ošetření nezralého novorozence probíhá v inkubátorech či vyhřívaném lůžku, aby se předešlo tepelným ztrátám. V inkubátoru je udržována termoneutrální teplota a přiměřená vlhkost. Novorozenec je monitorován s cílem včas odhalit první projevy onemocnění a zareagovat na ně. Dítě vyžaduje šetrné zacházení a polohování. Poporodní péče také zahrnuje přísně dávkovanou oxygenoterapii a v případě vznikající nebo vzniklé dechové tísně i ventilační podporu a aplikaci exogenního surfaktantu. Některé děti potřebují i podporu krevního oběhu. Kvůli snížené funkci trávicího systému a nedostatečně rozvinutým reflexům pro příjem potravy je nutné najít způsob výživy. U těchto novorozenců je výživa podávána parenterálně infuzemi nebo enterálně pomocí sondy zavedené do žaludku nebo duodena, volba výživy záleží na stavu dítěte. Nezralé děti jsou méně odolné proti infekci, mají sníženou obranyschopnost, proto je u nich nutné dodržovat přísný hygienický režim.

2.4.3 Péče po propuštění

Po propuštění domů péče o nedonošence nekončí. Nedonošené dítě je pravidelně a dlouhodobě sledováno neonatologem v rizikových poradnách. Případné zdravotní problémy dítěte jsou řešeny ve spolupráci s dalšími odborníky.

Jedním z nejdůležitějších vyšetření je vyšetření neurologické, kde lékaři sledují případné odchylky. U dětí s retinopatií hrají důležitou roli pravidelné oční kontroly. Dále se také může vyskytnout vrozená dysplazie kyčelního kloubu, proto je nutné u dětí provádět ortopedický (ultrazvukový) screening. Tato uvedená vyšetření jsou prováděna do dvou až tří let dítěte (Dort, 2018, s. 40-41; Klíma, 2016, s.108).

2.5 Intenzivní péče o nedonošeného novorozence

O předčasně narozené dítě je pečováno na jednotce intenzivní péče (JIPN), jednotce intenzivní a resuscitační péče (JIRP). Jednotka intenzivní péče bývá součástí perinatologických center. Oddělení je vybaveno nejruznějším zdravotnickým vybavením, tak aby bylo možné novorozencům zajistit tu nejlepší péči. Nedonošené dítě je umístěno v inkubátoru, kde se udržuje termoneutrální teplota 36,6 – 37, 2 °C a vlhkost. V prvních hodinách po narození se vlhkost pohybuje mezi 80 – 90 %, v dalších dnech se snižuje až na 40 %. Již na porodním sále jsou zajištěny předčasně narozeným novorozencům dýchací cesty (BAŤOVÁ, © 2007).

Tyto děti se kontinuálně monitorují, sledují se vitální funkce (dýchání, srdeční akce, saturace hemoglobinu kyslíkem, tělesná teplota, barva kůže, stav sliznic, projevy fyziologické i patologické spontánní motoriky a svalový tonus). U dětí pod 1000 g se poté, co jsou stabilizovány, zavede do umbilikální vény a arterie kanyla, která slouží pro invazivnímu měření tlaku a k odběrům krve (BAŤOVÁ, © 2007).

2.5.1 Parenterální výživa

V prvních dnech po narození je většinou podávána parenterální výživa v podobě infuzí glukózy s 10 % roztokem kalcia, druhý den se přidávají aminokyseliny, tuky a další minerály. Parenterální přístup také slouží k podávání medikamentózní terapie. U dětí s hypotenzí se aplikují volumové expanze, popř. katecholaminy. Dle potřeby se zde také podávají krevní deriváty nebo antibiotika (BAŤOVÁ, © 2007).

2.5.2 Enterální výživa

Enterální výživu je z důvodu podpory střevní peristaltiky zavést co nejdříve. Dítě se krmí pomocí nazogastrické sondy, po malých dávkách. V případě tolerance stravy je dítě krmeno každé 3 hodiny. U předčasně narozených novorozenců se preferuje nativní mléko od matky, kdy maminky pravidelně mléko odstříkují, v lahvičce nosí na JIRP a někdy i miminko samy krmí. Důležité je sledovat velikost a vzedmutost břicha dítěte, aby byla popřípadě, co nejdříve odhalena intolerance stravy. (BAŤOVÁ, © 2007)

2.5.3 Vyprazdňování

U nedonošených novorozenců měříme bilanci tekutin kvůli udržení vodní rovnováhy. Pozorujeme močení a jednorázové pleny se musí vážit. Sleduje se střevní pasáž a odchod stolice z důvodu včasného rozpoznání známek nekrotické enterokolitidy (BAŤOVÁ, © 2007).

2.5.4 Péče o kůži, dutinu ústní a oči

Kůže nedonošence je velice citlivá. První koupání probíhá až poté, kdy dojde ke stabilizaci a zahřátí novorozence, později 2krát za týden. Všechny vstupy (venózní, arteriální) se pravidelně kontrolují, aby nedošlo k zarudnutí, infekci. Zaintubované děti se musí pravidelně odsávat z důvodu hromadění slin. Rty a dutina ústní jsou potírány borax glycerinem proti vysychání. U velmi nezralých novorozenců bývá porušena i produkce slz, zvlhčování spojivek očními kapkami je tedy nezbytné (BAŤOVÁ, © 2007).

2.5.5 Klid a komfort

Předčasně narozené dítě je velmi náchylné na prudké světlo, hluk, změny teploty prostředí. Tyto stresory mají negativní vliv na stav dítěte (dýchání, kardiovaskulární systém, metabolismus a endokrinní systém). Důležité je tedy dopřát mu ochranu před nepříznivými vlivy, bolestí, dopřát dostatek odpočinku a najít rovnováhu mezi odpočinkem a intenzivní péčí. Velmi zásadní je také kontakt s rodiči, který má dobrý vliv na dítě i rodiče. Polohování dětí hraje také velmi důležitou roli. Polohováním předcházíme vzniku dekubitů a přispíváme k lepšímu provzdušnění plic. U dětí s hmotností 500–600 g při polohování na boky používáme měkké válečky nebo tzv. dělohu. Děti mají na sobě ponožky, čepičku a deku (BAŤOVÁ, © 2007).

2.6 Mortalita nezralých novorozenců

Novorozenecká mortalita neboli úmrtnost je nejvýznamnějším ukazatelem kvality péče o novorozence, který je ovlivněn především neustálým zlepšováním neonatologické péče a z části také kvalitou perinatální péče. Snahou je zachraňovat stále nezralejší novorozence.

Perinatální mortalita se uvádí v jednotkách promile (‰). „*Celková novorozenecká úmrtnost v posledních dvaceti letech plynule klesá, z 3 ‰ na hodnoty asi 1,5 ‰ včetně dětí s vrozenými vadami, po jejich odečtení (tzv. očištěná novorozenecká úmrtnost) se blíží k hodnotám 1 ‰, což je v evropském i světovém kontextu jedna z nejnižších hodnot novorozenecké úmrtnosti*“ (Marková, 2020, s. 36).

Mortalita v závislosti na hmotnosti

U novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností nižší než 750 g mortalita klesla z 40 % na 20 %, po nárůstu novorozenců v této kategorii se hodnota ustálila na 30 %. V kategorii novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností v rozmezí 750 – 999 g činí aktuální úmrtnost 10 %. V porovnání s hodnotou před 20 lety je tato hodnota o polovinu nižší.

Úmrtnost novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností, 1000 – 1499 g, se snížila ze 4 % na 1 %.

V poslední kategorii novorozenců s nízkou porodní hmotností lze tuto kategorii rozdělit také do dvou, a to na novorozence s porodní hmotností 1500 – 1999 g, kdy se mortalita snížila z 1,5 % na 0,3 %, a na děti s hmotností 2000 – 2499 g, kde úmrtnost klesla z 0,6 % na 0,1 % (Marková, 2020, s. 36).

2.7 Morbidita nezralých novorozenců

Významným ukazatelem kvalitní péče o novorozence není pouze novorozenecká mortalita, ale také morbidita neboli nemocnost. Předčasně narozené děti jsou morbiditou ohroženi kvůli nezralosti jejich orgánových systémů. Morbidita také souvisí s porodní hmotností a stupněm nezralosti. Mezi nejzávažnější morbidity nezralých novorozenců patří postižení centrálního nervového systému, který je ohrožen v případě nitrokomorového krvácení 3. a 4. stupně, periventrikulární leukomalacie a posthemoragického hydrocefalu. Později se tyto morbidity mohou projevit různě závažným opožděním psychomotorického vývoje či dětskou obrnou. U novorozenců

s extrémně nízkou porodní hmotností se výskyt závažného nitrokomorového krvácení (IVH) a posthemiragického hydrocefalu snížil z 10 – 11 % na 6 %, zastoupení periventrikulární leukomalacie se také snížilo, a to ze 14 % na 2-3 %. U novorozenců s vyšší porodní hmotností je výskyt IVH nižší než 2 %.

Dalším systémem, který je u nezralých dětí ohrožen, je systém respirační. Jejich plíce jsou ohroženy syndromem dechové tísně a bronchopulmonální dysplazií, která může vést až k chronicitě. Incidence těchto onemocnění roste s nezralostí. Forma středně těžké a těžké bronchopulmonální dysplazie novorozenců s porodní hmotností méně než 750 g i v rozmezí 750 g – 999 g se zvýšila na 40 % a 15 %.

Gastrointestinální systém je ohrožen nekrotizující enterokolitidou. Výskyt onemocnění se postupně snižuje. Incidence u novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností je však 10 %, což je v porovnání s ostatními zeměmi a kvalitou jejich neonatologické péče hodnota vyšší.

Nedonošené děti jsou dále ohroženy retinopatií, která může vést až závažnému poškození zraku. Díky zlepšování kvality neonatologické péče v ČR jejich hodnoty víceméně klesaly a v posledních pěti letech zůstávají stejné. U novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností nižší než 750 g se tato hodnota pohybuje mezi 10 – 15 %, u novorozenců s hmotností 750 – 999 g mezi 3 – 5 % a u novorozenců s nízkou porodní hmotností 1000 – 1499 g mezi 0,5 – 1 % (Marková, 2020, s. 38).

2.8 Vybrané diagnózy předčasně narozených novorozenců

2.8.1 Syndrom dechové tísně

Syndrom dechové tísně neboli respiratory distress syndrome (RDS) je nejčastější diagnóza, která se vyskytuje u nezralých novorozenců. Syndrom vzniká z důvodu nezralosti plic a nedostatku surfaktantu. Vzniká a zhoršuje se během prvních 48 – 96 hodin po narození. Mezi klinické projevy se řadí dušnost, zvýšená dechová frekvence, cyanóza a kňouravý naříkavý výdech někdy může nastat i apnoe (při vyčerpání rezerv novorozence). Pravděpodobnost vzniku RDS se s klesající porodní hmotností a gestačním věkem dítěte zvyšuje. Další rizikový faktor hraje císařský řez, perinatální asfyxie, časné infekce, špatně kompenzovaný diabetes melitus matky a mužské pohlaví, kdy u chlapců je výskyt až 1,5 x vyšší než u dívek z důvodu pomalejšího dozrávání plic a tvorbou surfaktantu. Výskyt RDS snižuje prenatální podávání glukokortikoidů. Léčí se podporou

dýchání distenzní terapií či umělou plicní ventilací společně s oxygenoterapií a exogenním surfaktantem (Straňák, 2015, s. 415; Marková, 2020, s. 50).

2.8.2 Apnoe z nezralosti

U nezralých novorozenců můžeme pozorovat dýchání se střídajícími se rychlejšími a pomalejšími úseky a vteřinovými pauzami. Pokud délka těchto pauz přesáhne 20 sekund, jedná se o tzv. apnoickou pauzu. Apnoické pauzy jsou velmi častou diagnózou u nezralých novorozenců, vzhledem k nezralosti jejich dechového centra. Dalším příznakem může být pokles srdeční akce, svalová slabost, promodráání. Apnoe je spojována se syndromem dechové tísně, může dojít k vracejícím se hypoxiím. Závažnost roste se stupněm nezralosti, u dětí narozených před 34. gestačním týdnem se vyskytují skoro vždy. Tyto pauzy také mohou objevit v souvislosti s infekcí, gastroezofageálního refluxu či vrozeného onemocnění, např. u vrozeného hypoventilačního syndromu. Léčba spočívá v podpoře dýchání, někdy je nezbytná i umělá plicní ventilace. U dětí s častějšími apnoickými pauzami se stimuluje dechové centrum v mozku farmakologicky (metylxantiny-kofein). Apnoe s postupným dozráváním mozku většinou ustupují až zmizí úplně. V případě, že k této skutečnosti nedochází, dítě musí dlouhodobě užívat kofein. Apnoe naštěstí mohou být rychle diagnostikovány díky pečlivému monitorování pulzním oxymetrem a kardiorespiračním monitorem na oddělení (Marková, 2020, s. 51; Dokoupilová, 2009, s. 100).

2.8.3 Bronchopulmonální dysplazie

Jedná se o chronické plicní onemocnění postihující 20 – 30 % kojenců, kteří byli po narození léčeni umělou plicní ventilací. Bronchopulmonální onemocnění však může vzniknout i bez ohledu na umělou plicní ventilaci, a to u novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností, jelikož nezralost zde hraje největší roli. U extrémně nedonošených novorozenců se vyskytuje až u 75 %. Incidence klesá s vyšším gestačním stářím dítěte. Typickými příznaky jsou respirační nedostatečnosti (apnoe, tachypnoe, desaturace), prodloužené exspirium, vrzoty, pískoty a nekonstantní chrůpky, hepatomegalie, abdominální distenze, známky gastroezofageálního refluxu, porucha růstu a také nestabilita parametrů oxygenace a ventilace u umělé plicní ventilace. Tyto známky souvisí s patofyziologickými a histologickými nálezy plic. Mezi rizikové faktory, mimo nezralosti a umělé plicní ventilace, patří i intrauterinní záněty, omezení růstu plodu, ale také mužské pohlaví miminka a genetika, kouření matky, aj. Do 2. – 3. měsíce věku

většinou nemoc progreduje, poté obvykle dochází ke zlepšování. Terapie probíhá pomocí oxygenoterapie, umělou plicní ventilací (pouze u nejtěžších případů), bronchodilatační léčbou, methylxantiny (snižují odpor DC), beta-2-mimetika, protizánětlivých léčiv (např. kortikosteroidy), diuretika, léky s vazodilatačním účinkem a vitamíny. V prvním roce života se u dětí s touto diagnózou objevuje těžší průběh běžných respiračních infekcí. V některých případech může mít infekce i fatální následky, proto se u dětí s BPD aplikuje imunoprolaxe. Zatím nebylo objasněno, jak lze této diagnóze předejít. Některé předčasně narozené děti s rizikem ke vzniku BPD byly však zařazeny do preventivních studií (Straňák, 2015, s. 102; Marková, 2020, s. 50-51; Thébaud, 2019).

2.8.4 Nitrokomorové krvácení

Nitrokomorové krvácení neboli intraventrikulární hemoragie (IVH) je krvácení do centrálního nervového systému. Cévy na dně komor mozku jsou křehké a jemné, změnou krevního oběhu, kolísáním krevního tlaku, metabolickou acidózou či přítomností otevřené tepenné dučeje může dojít k porušení cévy a ke krvácení do mozku. Většina IVH vzniká po porodu, v 90 % do třech dnů po narození. Nejvíce rizikovou skupinou jsou extrémně nezralí novorozenci, vyskytuje se až u 45 % z nich. Rozlišujeme 4 stupně IVH, od méně závažného po nejzávažnější. U III. a IV. stupně se již jedná o velmi rozsáhlá krvácení, které mohou mít velmi závažný dopad na poškození mozkové tkáně, vznik posthemoragického hydrocefalu, a vést k trvalým následkům. U III. stupně IVH se trvalé následky vyskytnou u 30 %, v případě IV. stupně až u 70 % dětí. Průběh I. a II. stupně probíhá u 25 – 50 % asymptomaticky. Klinické příznaky nastupují postupně v podobě jemných záškubů s deviací očních bulbů či snížením svalového tonu. V případě akutního krvácení se náhle zhorší celkový stav novorozence a objeví se známky zvýšeného nitrolebního tlaku (dechové obtíže, nestabilní oběh, křeče, intolerance stravy, kóma, metabolická acidóza aj.). Léčba není známá, probíhá pouze symptomaticky. Hlavní důraz je kladen na prevenci. Únik krve do komorového prostoru má v 35 % za následek posthemoragický hydrocefalus, kdy dochází k rozšíření komor mozku z důvodu hromadění mozkomíšního moku (Dokoupilová, 2009, s. 108; Straňák, 2015, s. 283; Valdez Sandoval, 2019).

2.8.5 Retinopatie

Retinopatie (ROP) je vazoproliferativní onemocnění sítnice, které může způsobit minimální následky, zrak neovlivňující, ale také poruchu sítnice (odchlípení sítnice) až

následné porušení zraku. Retinopatie je nyní jednou z nejčastějších příčin dětské slepoty, vzhledem k vyššímu přežívání nedonošených dětí. Onemocnění vzniká výhradně u nezralých novorozenců. Nejrizikovější skupinou jsou děti s porodní hmotností pod 1000 g a gestačním věkem kolem 26. týdne. U 60 - 80 % dětí dojde ke spontánní regresi, 20 – 30 % je vážně postiženo. „*Posuzujeme čtyři základní parametry: stupeň onemocnění, lokalizaci onemocnění, rozsah onemocnění, přítomnost plus formy (příznak)*“ (Straňák, 2015, s. 447). Ve vzniku ROP hraje největší roli nezralost (riziko s nezralostí roste), umělá plicní ventilace, vysoké koncentrace kyslíku v podobě oxygenoterapie, anemie, infekce, závažné oběhové selhání léčené podáváním katecholaminů. Nejdůležitější je tedy prevence, snaha udržet správnou hladinu kyslíku a maximální stabilitu dítěte. Mezi základní léčbu patří laserová fotokoagulace periferie sítnice či aplikace anti-VEGF preparátů nitroočně proti vaskulárnímu endoteliálnímu růstovému faktoru. Ve čtvrtém stadiu se ROP léčí sklerální cerkláží a vikrektomií. Pátý stupeň často končí slepotou. U nezralých novorozenců je prováděn pravidelný screening, kdy první vyšetření se provádí mezi 4. - 5. postnatálním týdnem a ve 30. - 31. postkoncepčním týdnem věku, záleží, který termín nastane dříve (Straňák, 2015, s. 445; Marková, 2020, s. 54, Casteels, 2011).

2.8.6 Gastroesofageální reflux

Gastroezofageální reflux je běžným problémem nezralých dětí, způsobený nezralostí svěrače mezi jícnem a žaludkem. Obsah žaludku se vrací do jícnu nebo až do úst. Projevuje se opakovaným ublinkáváním, zvracením. Často ho také doprovází poruchy dýchání (apnoe, desaturace). Dítě neprospívá a hrozí riziko aspirace žaludečního obsahu. Konzervativní léčba se zakládá na správném polohování (zvýšené polohy), častější podávání stravy po menších porcích a řádné odřihnutí po jídle. Úspěšná léčba spočívá i v zahuštění stravy. Pokud by se reflux stále nesnížil, je možné dítě krmit umělou mléčnou výživou s extenzivně hydrolyzovanou kravskou bílkovinou. Farmakoterapie je indikována pouze výjimečně (Marková, 2015, s. 53; Dokoupilová, 2009, s. 105-106).

2.8.7 Otevřená tepenná dučej

Otevřená tepenná dučej patří také mezi časté stavy nedonošených dětí. Při tomto stavu nedochází k uzavření dučeje, cévy. Tato céva spojuje aortu a plicnici, tedy velký a malý oběh, a je velmi důležitá v krevním oběhu plodu. U donošených novorozenců se dučej uzavírá zpravidla do 96 hodin, nejpozději však do 10 – 20 dnů, v případě dětí nedonošených uzavírání trvá déle. Čím je dučej širší, tím jsou příznaky závažnější.

Otevřená tepenná dučej má za následek proudění krve proti tlakovému gradientu, z aorty do plicnice a z plicnice do plic, kdy dochází k překrvení plic, což má za následek problémy s dýcháním, šelest, tachykardii až známky srdečního selhání. Objeví-li se zrychlená srdeční frekvence, poruchy prokrvení, zvětšená játra, ventilační nestabilita, je nutný uzávěr cévy pomocí léků (ibuprofen, paracetamol, indomatacin), popřípadě chirurgicky (podvazem cévy). Otevřená tepenná dučej může způsobit vážnou morbiditu, a to plicní krvácení. Výskyt tohoto onemocnění roste s nezralostí, extrémně nezralé děti mají největší pravděpodobnost onemocněním až 80 %. Dalším rizikovým faktorem je syndrom dechové tísně a léčba surfaktantem, vysoký příjem nitrožilních tekutin v prvních dnech po narození, asfyxie, vrozené srdeční vady a další patologické stavy dítěte. Pro uzavírání dučeje je důležitá maximální ventilační stabilita (kyslík podporuje uzavírání) a snížení příjmu tekutin vzhledem k zátěži kladené na srdce. V případě otevřené tepenné dučeje musí být dítě pravidelně sledováno dětským kardiologem i po propuštění domů (Dokoupilová, 2009, s. 102-103; Marková, 2020, s. 53).

2.8.8 Anemie z nezralosti

Anemie z nezralosti se vyskytuje u nezralých novorozenců, kdy je sníženo množství červených krvinek, nízká hladina krevního barviva – hemoglobinu. Nedochozí však ke změně barvy ani velikosti retikulocytů. Etiologií je nízká hladina erytropoetinu, nižší doba existence erytrocytů, snížená tvorba krve a odběry krve, při níž dochází ke krevním ztrátám. U anemických dětí se můžeme setkat s apnoickými pauzami, sníženou aktivitou dítěte, poruchami prokrvení, tachykardií, tachypnoí a apatií. Vzhledem k menším zásobám železa zapříčiněného předčasným narozením je dobré tyto zásoby zvýšit placentární transfuzí již při porodu. Dle klinického stavu je transfuze podávána i po narození. Anemie se pečlivě monitoruje, dodáváme dostatečné množství železa. Dle Světové zdravotnické organizace je anemie rizikovým faktorem pro mateřskou, perinatální úmrtnost, tedy i pro mrtvě narozené dítě, dále ovlivňuje předčasný porod dítěte nebo jeho nízkou porodní hmotnost (Marková, 2020, s. 55; Dokoupilová, 2009, s. 114-115; Sundadarajan, 2021).

2.8.9 Infekce

Předčasně narozené děti mají nezralou obranyschopnost, tudíž je u nich riziko infekce vysoké. Mezi nejzávažnější infekce patří novorozenecká sepsa a meningitida. Infekce u plodu může vzniknout již během těhotenství (hematogenně, transplacentárně),

porodu (aspirací infikované plodové vody, osídlením kůže nebo střeva novorozence), takovou infekci nazýváme kongenitální neboli vrozenou, časnou sepsí. Časná sepe má u nedonošených většinou velmi závažný průběh, vedoucí k rozvoji meningitidy a vysoké mortalitě. Meningitida má vliv na psychomotorický vývoj dítěte. Klíčovou roli hraje odhalení infekce co nejdříve, správná diagnostika a zahájení efektivní léčby. Původcem vrozené infekce bývá *Streptococcus agalactiae* a *Escherichia coli*. Po porodu mohou být vstupem infekce do organismu různé invazivní vstupy, např. periferní a centrální katétry, kanyly k intubaci či žaludeční sondy související s hospitalizací na intenzivní péči. Tyto infekce řadíme mezi nozokomiální infekce a nejčastěji jsou způsobeny stafylokoky (*S. aureus*) a gramnegativními tyčinkami (klebsielly, *Escherichia coli*, enterobakterie). Známkami infekce mohou být apatie, změny tělesné teploty, apnoické pauzy, zhoršená tolerance stravy, poruchy prokrvení (Marková, 2020, s. 54; Dokoupilová, 2009, s. 107).

2.8.10 Hyperbilirubinemie

Hyperbilirubinemie je zvýšení koncentrace bilirubinu v krvi. Výskyt bilirubinu způsobuje rozpad erytrocytů, který zpracovávají játra. V době, kdy je dítě v děloze, se o odbourávání starají játra matky, po narození už funkci přebírají játra novorozence. Nedonošený novorozenec však nemá funkci jater plně vyvinutou a játra v prvních dnech po narození nedokážou zpracovat zvýšené množství bilirubinu z rozpadajících se krvinek (vzhledem k jejich kratší životnosti). Jedná se o tzv. fyziologickou nekonjugovanou hyperbilirubinemii. Bilirubin způsobuje žluté zbarvení, který můžeme zpozorovat na kůži, sliznicích a sklérách. Fyziologická nekonjugovaná hyperbilirubinemie není nebezpečná. Postihuje nejen nedonošené, ale i donošené děti. Žloutenka nastupuje většinou 2. – 3. den po porodu, u nedonošených dětí i dříve. U nezralých dětí má ikterus většinou delší trvání, 2 – 4 týdny. Léčba spočívá v dostatečném množství tekutin či ve fototerapii, ozařování modrým světlem. Další formou hyperbilirubinemie je tzv. patologická nekonjugovaná hyperbilirubinemie, vznikající při hemolytické chorobě plodu a novorozence v souvislosti s reakcí s mateřskými protilátkami proti některým z erytrocytárních antigenů plodu (např. proti Rh a AB0 systémům). Ta už je pro novorozence nebezpečná z důvodu cytotoxického působení, může narušit psychomotorický vývoj dítěte a souvisí s encefalopatií. Tento stav nazýváme jádrový ikterus a setkáme se s ním pouze výjimečně. Léčba probíhá pomocí fototerapie. Pokud by množství bilirubinu překročilo nebezpečnou mez, je nutné podat intravenózní imunoglobuliny či výměnnou transfuzi krve.

Konjugovaná hyperbilirubinemie vzniká po asfyxii, při infekcích, cholestáze, dlouhodobé parenterální výživě, vrozených vadách a onemocněních postihujících játra z důvodu špatného vylučování konjugovaného bilirubinu (Dokoupilová, 2009, s. 112-113; Marková, 2020, s. 54).

2.9 Spolek Nedoklubko

Spolek Nedoklubko je nezisková organizace, která vznikla roku 2002 v Podolí na podporu rodičů předčasně narozených dětí. Mezi cíle Nedoklubka patří předávání informací rodičům o předčasném porodu, jeho příčinách a prevenci, zvyšování informovanosti veřejnosti o těchto tématech, dále sdílení příběhů a podpora nejen rodiny, ale i zdravotníků, neonatologických center v ČR a prohlubování mezinárodní spolupráce.

Nedoklubko je součástí několika organizací - Evropské nadace pro péči o novorozence (EFCNI) (2008), Akademie patientských organizací (APO). V roce 2021 se Nedoklubko stalo také členem Asociace veřejně prospěšných organizací ČR.

Tým spolku tvoří 30 žen, většina z nich má vlastní zkušenost s předčasným porodem. Spolek spolupracuje s řadou odborníků (neonatologů, psychologů, dětských neurologů, pediatrů a dalších zdravotníků). Nedoklubko také spolupracuje se všemi perinatologickými centry v ČR, s Českou neonatologickou společností a podílí se na odborném výzkumu.

„Nejste v tom sami! Jsme tady pro ty, kteří nás potřebují.“

„Nedoklubko. Když se vám narodí miminko dříve, než čekáte.“

(Nedoklubko z.s., ©2021)

EMPIRICKÁ ČÁST

3 Výzkum

3.1 Cíle výzkumu

Pro empirickou část byly stanoveny tyto cíle:

Hlavní cíl:

- Zjistit a posoudit kvalitu života rodičů předčasně narozených dětí do 1 biologického roku dítěte a odhalit faktory, které kvalitu ovlivňují.

Dílčí cíle:

- Zjistit metodou SEIQoL, jak hodnotí kvalitu života rodiče předčasně narozených dětí.
- Zhodnotit a porovnat hodnocení kvality života pomocí metody MGI a SEIQoL.
- Porovnat posouzení kvality života mužů a žen, rodičů dítěte.

3.2 Metoda výzkumu

Pro empirickou část byla zvolena kombinace výzkumu kvalitativního a kvantitativního, pomocí metody MGI (Mother Generated Index) a SEIQoL (Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life).

Metodu MGI a SEIQoL jsem převzala z jiných závěrečných prací, které se také kvalitou života zabývaly, a myslím, že pro posouzení kvality života jsou tyto metody nejvhodnější vzhledem k subjektivnímu hodnocení každého respondenta, ale i vyhodnocení získaných informací objektivně.

Autorem metody MGI je Dr. Symon z Velké Británie. Tato metoda byla poprvé v České republice převzata Závodníkovou (2015) a Lorenzovou (2015), které ji přepracovaly do češtiny a použily v rámci svých závěrečných prací po domluvě s Dr. Symonem. V této metodě jde o zvážení nejdůležitějších oblastí života, které byly ovlivněny předčasným narozením dítěte. Zde rodič mohl uvést libovolný počet oblastí a poté zhodnotit, zda tyto oblasti byly předčasným narozením dítěte ovlivněny negativně, pozitivně, obojí, nebo ani jedno. Druhým krokem bylo ohodnotit jednotlivé oblasti, kterých se dotklo narození miminka, čísly od 0 – 10 (0 – nejhorší pocit, 10 –

nejpříjemnější pocit). Posledním krokem je rozdělení 20 bodů mezi oblasti dle důležitosti pro daného jedince.

Metoda SEIQoL byla již zmíněna v kapitole Kvalita života, konkrétně v podkapitole 1.6.1. (viz. str. 13). Jedinec měl zde za úkol uvést 5 tzv. životních témat, tedy to, co považuje on sám za nejdůležitější. Poté měl zhodnotit (0 – 100 %) jak je s daným tématem ve svém životě spokojený a ve třetím kroku rozdělit 100 % mezi uvedené oblasti podle jejich důležitosti. Posledním krokem bylo zhodnotit míru spojenosti se svým životem a zobrazit ji na zobrazené čáře 0 – 100 („teploměru životní spokojenosti“).

Na začátku dotazníku jsem k těmto metodám přidala 10 základních demografických otázek, otevřených i uzavřených, týkající se rodičů a jejich předčasně narozených dětí.

3.3 Organizace výzkumu

Organizace výzkumu probíhala tak, jak bylo naplánováno. Po schválení výzkumného šetření hlavní sestrou a vrchní sestrou Dětské kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové jsem pravidelně docházela na Dětskou kliniku do poradny pro rizikové novorozence, kde jsem osobně vytvořené dotazníky v tištěné formě distribuovala mezi rodiče předčasně narozených dětí (do 1 roku dítěte). Vzhledem k náročnosti dotazníku si spousta rodičů dotazník vzala domů se slibem, že ho po vyplnění zašlou na můj e-mail. Bohužel se tak u všech rodičů nestalo. Někteří rodiče dotazník vyplnili přímo přede mnou. S rodiči bylo možné pohovořit i osobně. Předpokládaný počet respondentů byl 20 - 25. Z 50 rozdaných dotazníků se ale nakonec vrátilo pouze 21 dotazníků, což je méně než 50 %. Výzkumné šetření probíhalo 4 měsíce, od října 2021 do ledna 2022.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumu se zúčastnilo 21 rodičů předčasně narozených dětí, tedy dětí narozených před 37. týdnem těhotenství, do 1 roku biologického věku dítěte. Většina respondentů byly ženy, kterých se zúčastnilo 18 a zbylí 3 respondenti byli muži.

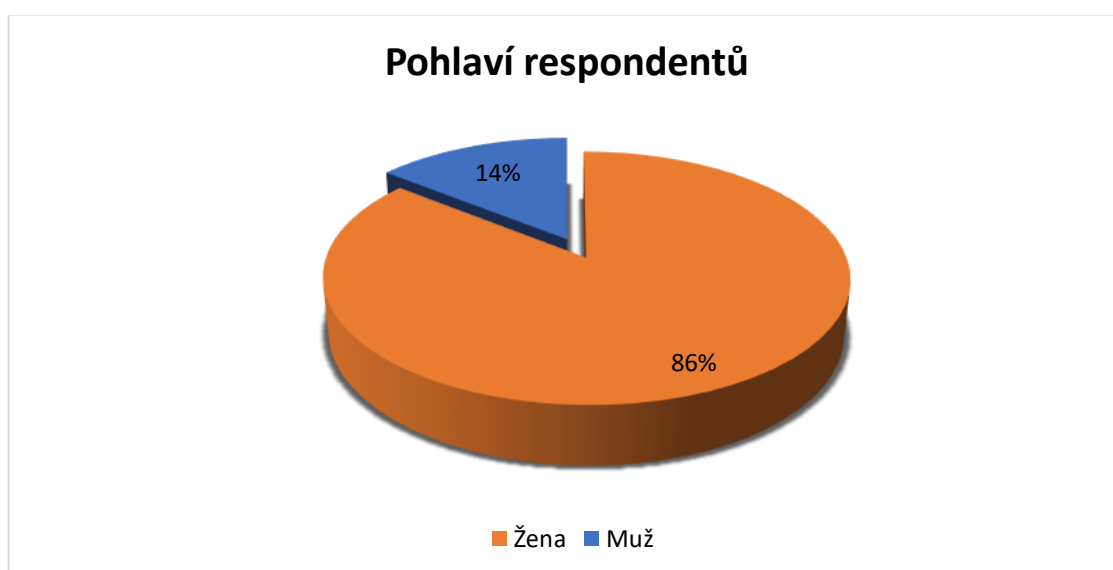
Rodiče dětí byli ve věku 22 – 40 let. Nejvíce z nich mělo středoškolské vzdělání s maturitou (48 %), další měli výuční list (19 %), vyšší odbornou školu (14 %) či vysokou školu (14 %). Jedna respondentka měla vystudovanou základní školu. Většina žen byla nyní na mateřské dovolené a muži byli zaměstnaní.

Rodiče dále odpovídali na otázky týkající se předčasného narození dítěte a dítěte samotného. Dále hodnotili kvalitu života pomocí metody MGI a SEIQoL.

3.4.1 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Otázka č. 1: *Jste žena, nebo muž:*

Výzkumu se zúčastnilo dohromady 21 rodičů, z nichž bylo 18 žen a 3 muži. Procentuální zastoupení žen je tedy 86 % žen a 14 % mužů.

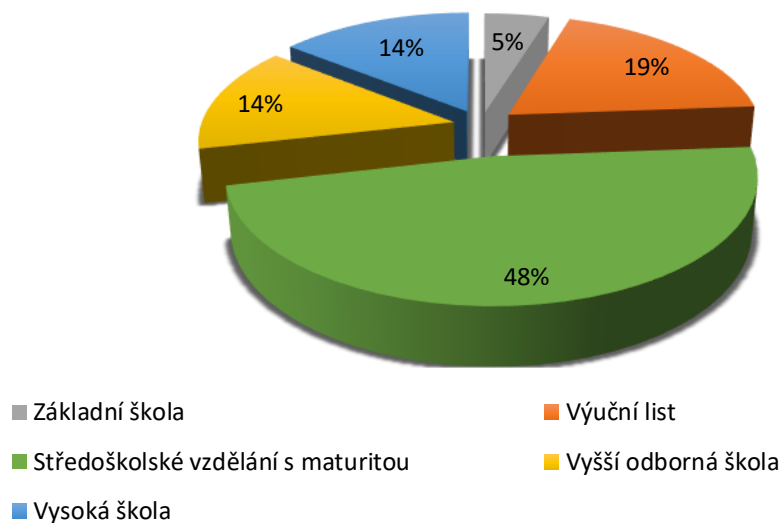


Graf 1: Pohlaví respondentů

Otázka č. 2: *Nejvyšší dosažené vzdělání:*

Další zjišťovaný údaj bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Zde bylo zjištěno, že z 21 rodičů má pouze 1 jako nejvyšší dosažené vzdělání základní školu (5 %). Sedm rodičů má výuční list (19 %). Dále 3 z nich mají vystudovanou vyšší odbornou školu (14 %), 3 vysokou školu (14 %). Nejpočetnější skupinu, 10 lidí, tvořili rodiče se středoškolským vzděláním s maturitou (48 %).

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

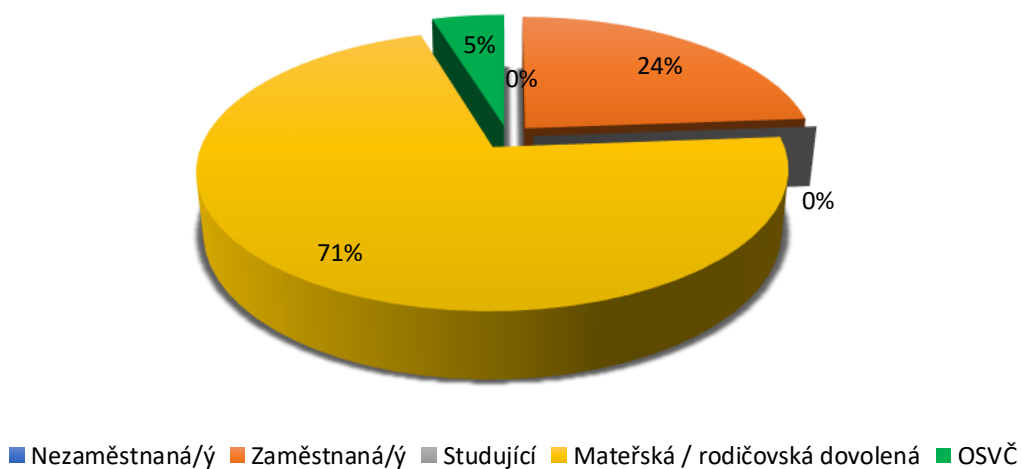


Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Otázka č. 3: Jste zaměstnaná/y?

Další otázka se týkala toho, zda jsou rodiče na mateřské / rodičovské dovolené či ještě studují nebo pracují. Výsledkem bylo, že 5 rodičů bylo zaměstnaných (24 %), z nichž 3 byli muži, jedna žena byla na OSVČ (5 %) a zbytek, 15 žen, bylo na mateřské dovolené (71 %). Nikdo z respondentů nyní již nestudoval ani nebyl nezaměstnaný.

Pracovní zařazení repondentů

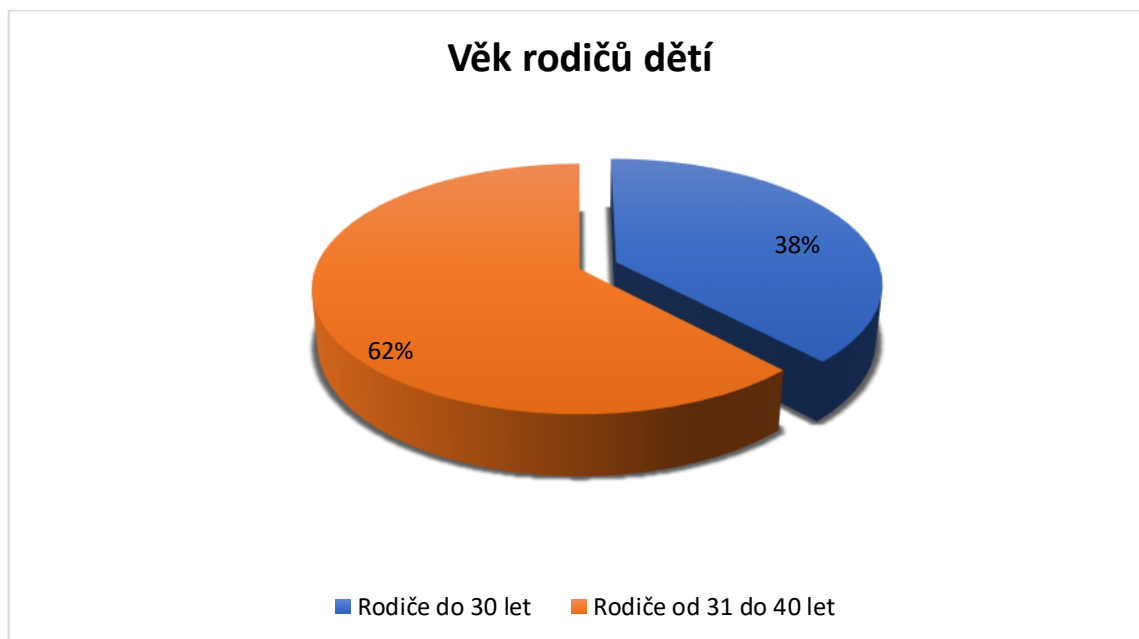


Graf 3: Pracovní zařazení repondentů

Otázka č. 4: *Váš věk v době narození dítěte?*

Věk rodičů dětí se pohyboval v rozmezí od 22 do 40 let. Nejvíce rodičů bylo ve věku 27 a 34 let. Průměrný věk rodičů byl 32 let. Dále po dvou respondentech byl zastoupen věk 28, 31, 33, 38 a 40 let. Po jednom rodiči byli rodiče věku 22, 23, 29, 35 a 39 let.

Pro přehlednější zobrazení jsem ještě rodiče rozdělila do 2 skupin: rodiče do 30 let a rodiče od 31 do 40 let.

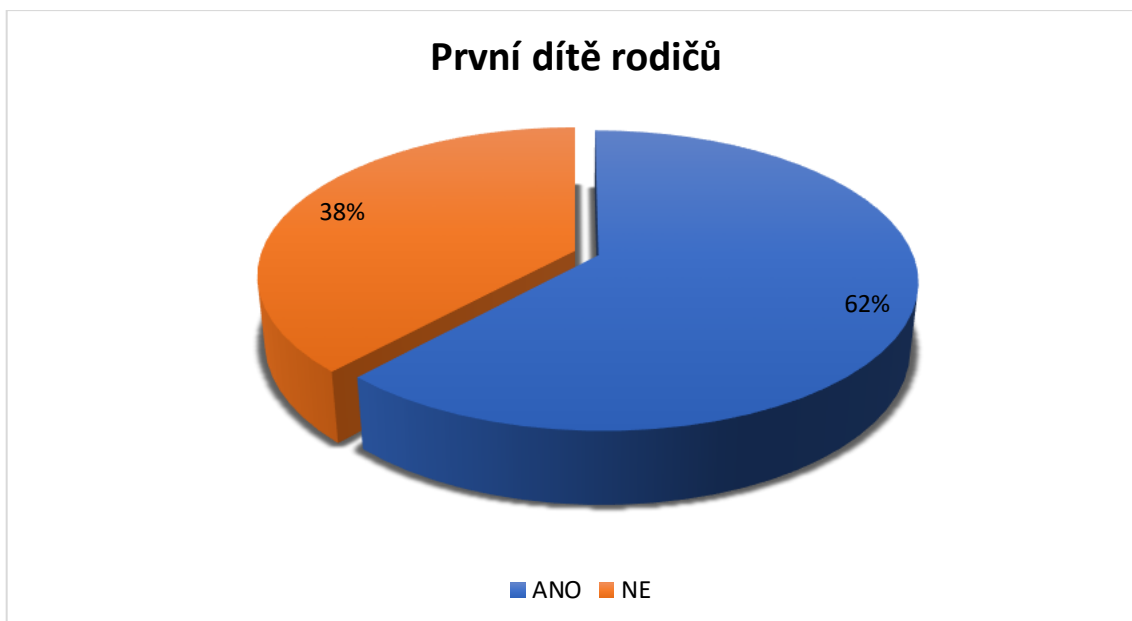


Graf 4: Věk rodičů v době narození dítěte – rozdělení na dvě skupiny

Z grafu vyplývá, že respondentů do 30 let věku bylo méně, a to 38 %, rodiče do 40 let věku byli zastoupeni 62 %. Výsledkem je tedy, že více rodičů předčasně narozených dětí bylo ve věku od 31 – 40 let.

Otázka č. 5: *Bylo předčasně narozené dítě Vaším prvním dítětem?*

Pátá otázka měla za úkol zjistit, zda předčasně narozené dítě bylo prvním dítětem rodiče, nebo zda už nějaké dítě mají. Z grafu je na první pohled vidět, že více byla zastoupena odpověď „ANO“ (62 %), tedy konkrétně 13 rodičů uvedlo, že dítě bylo prvním dítětem. Odpověď „NE“ zvolilo 8 rodičů (38 %), ti už nějakého potomka měli.



Graf 5: První dítě rodičů

Otázka č. 6: *Bylo těhotenství rizikové a hrozilo, že se dítě narodí předčasně?*

Další otázka se týkala rizikového těhotenství v důsledku / následku předčasného narození dítěte. Zde bylo zjištěno, že v 53 % bylo těhotenství rizikové, konkrétně u 10 dětí z 19. 47 % předčasně narozených dětí bylo z těhotenství, které do porodu probíhalo zcela bez komplikací.

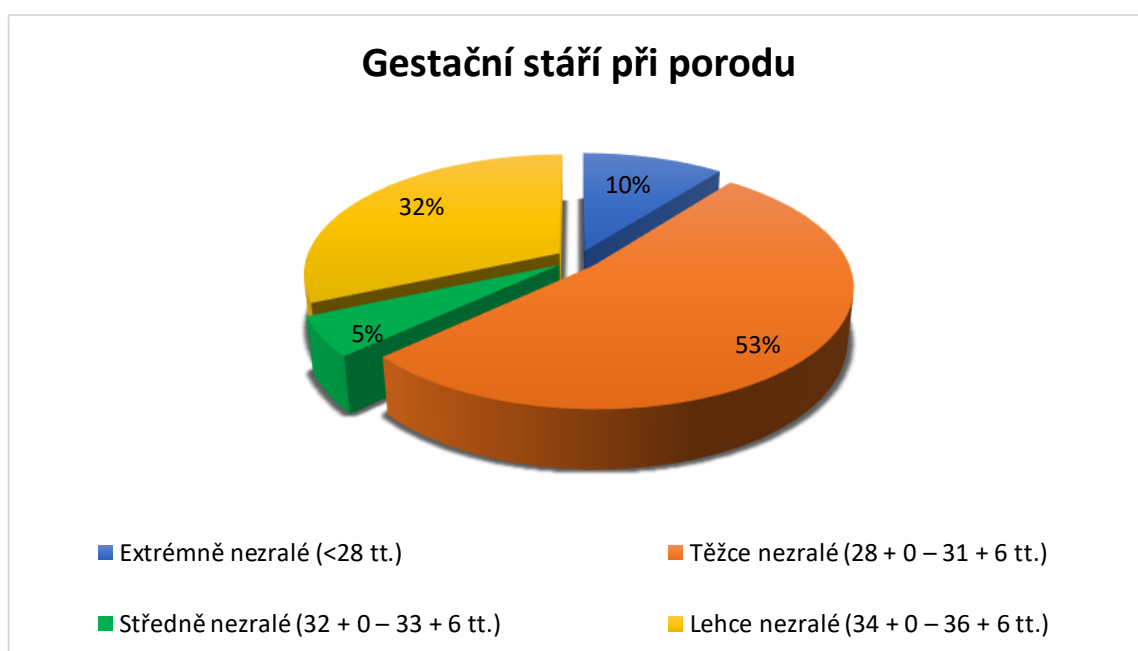


Graf 6: Rizikovost těhotenství

Otázka č. 7: *V kolikátém týdnu těhotenství se Vaše dítě narodilo?*

Výzkumu se zúčastnili rodiče dětí narozených mezi 27 + 0 tt. - 36 + 6 tt. Pro přehlednější zobrazení jsem děti rozdělila dle týdnů narození na 4 skupiny: extrémně nezralé (<27 tt.), těžce nezralé (28 + 0 – 31 + 6 tt.), středně nezralé (32 + 0 – 33 + 6 tt.) a lehce nezralé (34 + 0 – 36 + 6 tt.).

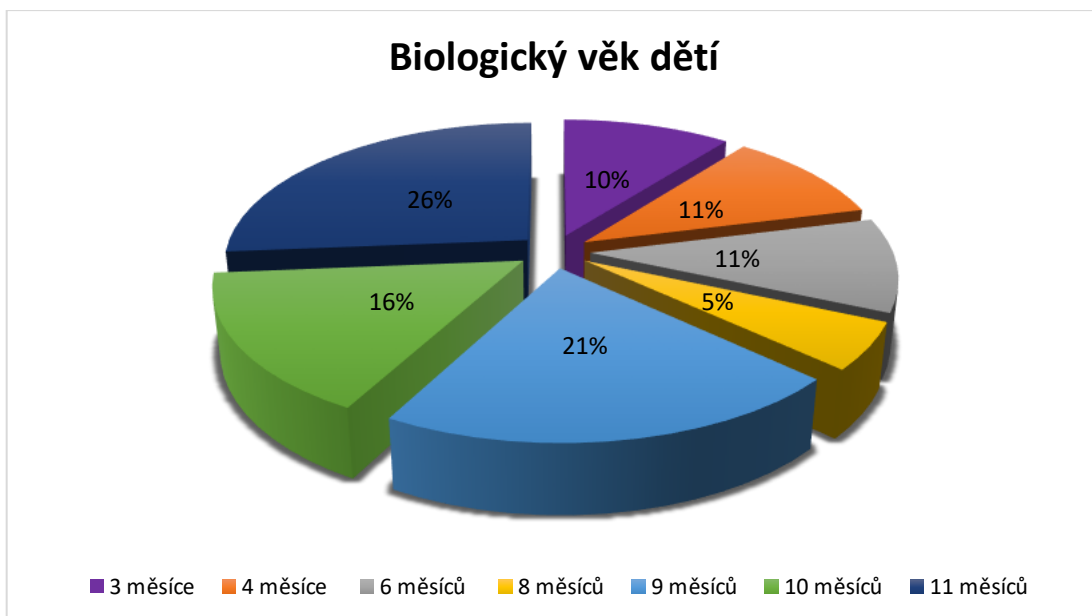
Skupinu extrémně nezralých dětí tvořili 2 děti (10 %), obě narozené ve 27 + 0 tt. Nejpočetněji byla zastoupena skupina těžce nezralých dětí, a to 10 dětmi (53 %). Naopak nejméně zastoupenou skupinou byla skupina středně nezralých dětí, kterou tvořilo pouze 1 dítě (5 %). Posledních 6 dětí bylo zařazeno do skupiny lehce nezralých (32 %).



Graf 7: Gestační stáří při porodu

Otázka č. 8: *Jaký je biologický věk Vašeho dítěte?*

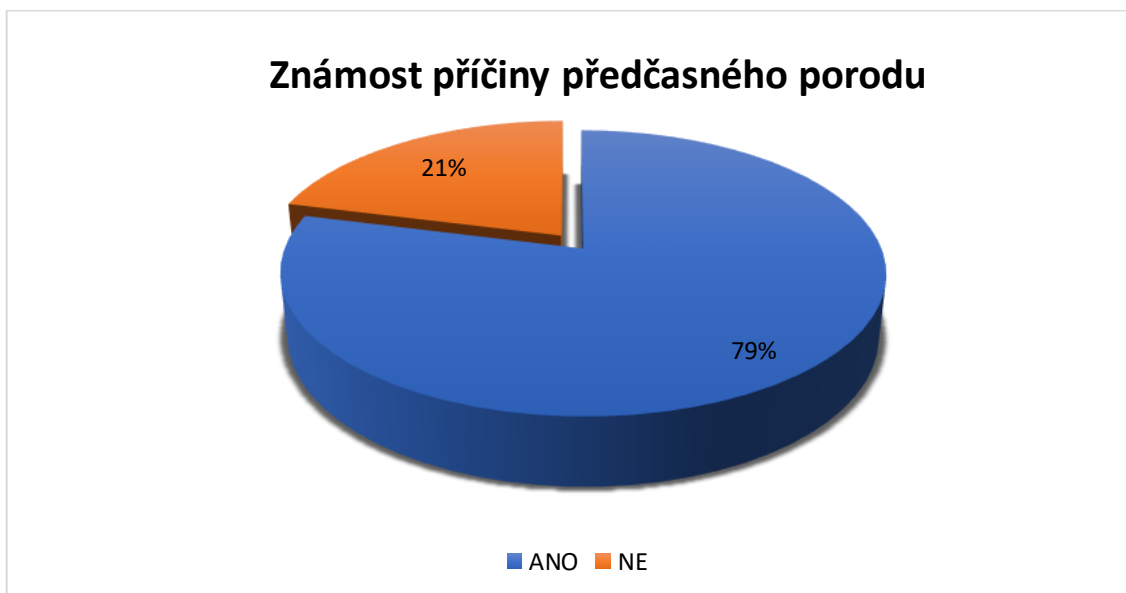
Další demografický údaj byl biologický věk dítěte. Největší skupinu tvořily děti ve věku 11 měsíců, poté 9 a 10 měsíců. Biologický věk 8 měsíců mělo pouze 1 dítě. Věk 3 měsíce, 4 měsíce, 6 měsíců byl zastoupen u každé skupiny dvěma dětmi.



Graf 8: Biologický věk dětí

Otázka č. 9: Byla známa příčina předčasného porodu?

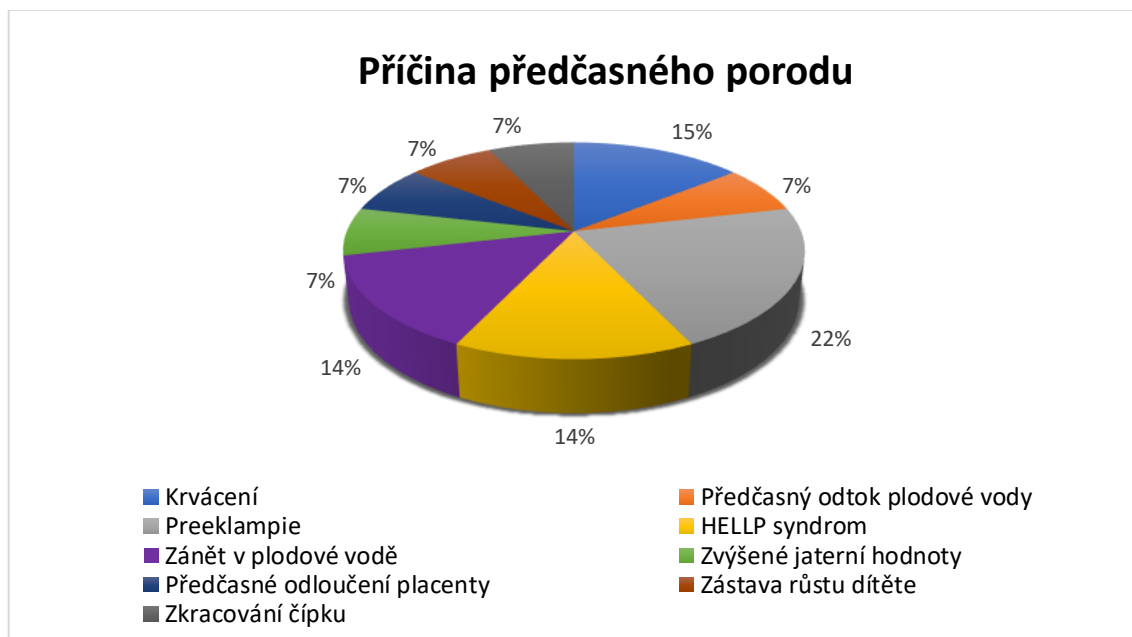
Devátým zjišťovaným údajem byla příčina předčasného porodu. Bylo zjištěno, že u 15 dětí byla známa příčina předčasného porodu (79 %) a jen u 4 dětí příčina nebyla objasněna.



Graf 9: Známost příčiny předčasného porodu

Nejčastější příčinou předčasného porodu byla preeklampsie (22 %), dále pak krvácení (15 %), HEELP syndrom (14 %) a zánět plodové vody (14 %). Dalšími příčinami byly

zvýšené jaterní hodnoty, zástava růstu dítěte, předčasný odtok plodové vody, předčasné odloučení placenty a zkracování děložního čípku.

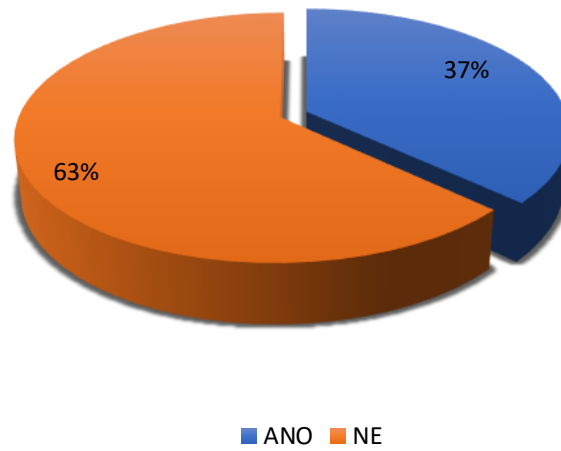


Graf 10: Příčina předčasného porodu

Otázka č. 10: *Má Vaše dítě nějaké zdravotní problémy, které ovlivňují nějakým způsobem Váš život?*

Poslední otázka byla zaměřena na zdravotní problémy dítěte. Bylo zjištěno, že z 19 dětí jich 12 nemá žádné zdravotní problémy a jsou zcela zdravé. U 7 dětí byly uvedeny různé zdravotní problémy, se kterými se děti potýkají, např. kardiologická vada, urologická vada, hemangiom atd. (viz tabulka č. 1). Z výše uvedených je většina zdravotních problémů dětí řešitelná.

Zdravotní problémy dětí



Graf 11: Zdravotní problémy dětí

Tabulka 1: Zdravotní problémy dětí

Zdravotní problémy dětí
Kardiologická vada
Rozšířená ledvinová pánvička + rozšířená komora v mozku
Urologická vada
Dětská mozková obrna
Hemangiom, alergie na bílkovinu kravského mléka
Opožděný fyziomotorický vývoj a růst
Kolika

3.5 Vyhodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL dle hodnocení jednotlivých respondentů

Respondentka č. 1

První respondentkou byla žena 31 let. Dítě se narodilo ve 34 + 0 tt. Předčasně narozené dítě nebylo jejím prvním dítětem. Biologický věk dítěte byl 4 měsíce. Těhotenství nebylo rizikové. Příčinou předčasného porodu byl předčasný odtok plodové vody ve 30 tt. Žena má vystudovanou vyšší odbornou školu, nyní na mateřské dovolené.

Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 2: Respondentka č. 1, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně/ Negativně/ Obojí /Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Pocit selhání	Negativně	2	1
Rodina	Pozitivně	10	10
Mateřské pouto	Pozitivně	10	6
Vztah s manželem	Obojí	5	3

Vypočítaná hodnota
6,75

Dle metody MGI se u respondentky č. 1 po předčasném narození dítěte objevil pocit selhání, který na ni působil velmi negativně. Nejdůležitější je pro respondentku rodina a mateřské pouto. Vztah s manželem byl ovlivněn pozitivně i negativně.

SEIQoL metoda

Tabulka 3: Respondentka č. 1, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
70 %	Rodina	90 %
5 %	Volný čas	30 %
10 %	Relaxace	30 %
5 %	Tvořivost	75 %
10 %	Manžel	20 %

Tabulka 4: Respondentka č. 1, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
100 %	73 %

V metodě SEIQoL hodnotí pacientka jako nejdůležitější také rodinu, která pro ni představuje většinu. Dále je pro ni důležitá relaxace, čas na to „vypnout“, manžel, se kterým by ráda trávila čas pouze ve dvou, volný čas a tvořivost se staršími dětmi. Vypočítaná hodnota QL je 73 %.

Tato respondentka je dle subjektivního hodnocení spokojená se svým životem na 100 %.

Respondentka č. 2

Respondentka č. 2 byla žena. V době porodu bylo ženě 27 let. Dítě se narodilo nečekaně v 36 tt. Biologický věk dítěte byl 11 měsíců. Žena má středoškolské vzdělání s maturitou, nyní je na mateřské dovolené.

Dítě je bez zdravotních problémů.

MGI metoda

Tabulka 5: Respondentka č. 2, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně/ Negativně/ Obojí / Žádné	Hodnocení oblastí života	Přidělené body
Partnerský vztah	Pozitivně	9	3
Mateřství	Pozitivně	10	4
Vztahy v rodině	Pozitivně	10	5
Vztah k sobě	Negativně	3	2
Zdraví	Obojí	5	4
Finance	Obojí	5	2

Vypočítaná hodnota
7

V MGI dotazníku udává, že pozitivně byl ovlivněn její partnerský vztah, mateřství a vztahy v rodině. Tyto oblasti jsou pro ni velmi důležité. Jako důležitou oblast hodnotí také zdraví, které bylo narozením dítěte ovlivněno pozitivně i negativně.

SEIQoL metoda

Tabulka 6: Respondentka č. 2, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
25 %	Rodina	100 %
25 %	Zdraví	90 %
25 %	Vztahy	90 %
15 %	Spokojenost	90 %
10 %	Zabezpečení	100 %

Tabulka 7: Respondentka č. 2, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
100 %	93, 5 %

Dle metody SEIQoL je pro ni nejdůležitější rodina, zdraví a vztahy, aby se všichni měli rádi, což se naštěstí daří.

Respondentka je se svým životem 100 % spokojená. Vypočítaná hodnota QL je 93, 5 %.

Respondent č. 3

Respondent č. 3 byl muž, kterému bylo v době narození dítěte 34 let. Předčasně narozené dítě nebylo jeho prvním dítětem. Těhotenství jeho partnerky bylo rizikové. Dítě se narodilo v 30 + 5 tt. V době hodnocení dítěti bylo 10 měsíců. Muž je zaměstnaný a má výuční list.

Dítě se narodilo s kardiologickou vadou, která bude později operována.

MGI metoda

Tabulka 8: Respondent č. 3, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Spánek	Negativně	1	3
Zdraví	Obojí	5	7
Psychika	Obojí	5	4
Rodina	Obojí	6	6

Vypočítaná hodnota
4,25

Dle MGI metody respondent řadí mezi nejdůležitější oblasti života zdraví a rodinu, obě tyto oblasti byly ovlivněny pozitivně i negativně. Dále je pro něj důležitá psychika a spánek.

SEIQoL metoda

Tabulka 9: Respondent č. 3, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Rodina	80 %
30 %	Sourozenecké vztahy	80 %
10 %	Psychika	70 %
15 %	Volný čas	80 %
15 %	Plány do budoucna	90 %

Tabulka 10: Respondent č. 3, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
90 %	80,5 %

V metodě SEIQoL respondent jako nejdůležitější opět zmiňuje rodinu, dále pak sourozenecké vztahy. Subjektivně spokojenost se svým životem hodnotí velmi kladně – 90 %. Vypočítaná hodnota QL je 80, 5 %.

Respondentka č. 4

Další respondentkou byla žena, 38 let. Těhotenství bylo rizikové. Předčasně narozené dítě bylo jejím prvním dítětem. Příčinou předčasného porodu byl zánět plodové vody. Dítě se narodilo ve 27 + 0 tt. V době vyplnění dotazníku bylo dítě 9 měsíců staré. Žena je nyní na mateřské dovolené a nejvyšším dosaženým vzděláním je základní škola.

Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 11: Respondentka č. 4, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně/ Negativně /Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Manželství	Pozitivně	10	10
Radost	Pozitivně	10	10

Vypočítaná hodnota
10

Tato respondentka je se vším naprosto spokojená. V metodě MGI uvedla jako nejdůležitější oblasti manželství a radost, které hodnotila pozitivně.

SEIQoL metoda

Tabulka 12: Respondentka č. 4, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
90 %	Miminko	100 %
10 %	Manžel	100 %

Tabulka 13: Respondentka č. 4, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
100 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

Dle metody SEIQoL usoudila, že životním tématem je pro ni hlavně miminko, na které s manželem čekali 18 let.

Subjektivní posouzení spokojenosti se životem je 100 %.

Respondentka č. 5

Respondentkou č. 5 byla žena ve věku 28 let. Narozená dvojčata byla pro ni prvními dětmi. Těhotenství nebylo rizikové, ale nakonec se děti narodily v 28 + 0 tt. z důvodu krvácení. Biologický věk dětí v době dotazování byl 4 měsíce. Žena má středoškolské vzdělání a nyní je na mateřské dovolené s dvojčaty.

Děti nemají žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 14: Respondentka č. 5, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Vztah s manželem	Pozitivně	8	3
Vztah s rodiči	Obojí	5	3
Strach o děti	Pozitivně	7	7
Setkání s přáteli	Negativně	2	2
Starosti s penězi	Negativně	3	2
Uzdravení	Negativně	3	3

Vypočítaná hodnota
4,67

Respondentka č. 5 dle metody MGI hodnotí jako nejdůležitější oblast, která byla ovlivněna narozením dětí, strach o ně, jelikož měla velikou starost, nevěděla, co bude. Dále sem také zařadila vztah s manželem, vztah s rodiči a uzdravení.

SEIQoL metoda

Tabulka 15: Respondentka č. 5, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Rodina	100 %
10 %	Přátelé	50 %
10 %	Strach	50 %
40 %	Lékaři, sestry	100 %
10 %	Peníze	30 %

Tabulka 16: Respondentka č. 5, Vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
80 %	83 %

V metodě SEIQoL pro ni nejdůležitější roli hráli lékaři a sestry, kteří pro ni byli velikou oporou a ve všem je podrželi a pomohli. Dalším životním tématem je pro ni rodina.

Respondentka ohodnotila míru spokojenosti se životem 80 %. Vypočítaná hodnota QL je 83 %.

Respondentka č. 6

Respondentkou č. 6 byla žena, 27 let. Předčasně narozené dítě bylo jejím prvním dítětem, narození dítěte ve 33 + 0 tt. Těhotenství bylo rizikové, příčinou předčasného porodu bylo zkracování děložního čípku. Biologický věk dítěte byl 9 měsíců. Žena je nyní na mateřské dovolené, její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

Metoda MGI

Tabulka 17: Respondentka č. 6, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělení bodů
Vztah s partnerem	Pozitivně	8	5
Pocit štěstí	Obojí	8	2
Pocit selhání	Negativně	5	0
Vztah s celou rodinou	Pozitivně	7	3
Pocit úlevy	Pozitivně	10	0
Vztah k mateřství	Obojí	9	0
Ovlivnění dalšího těhotenství	Negativně	1	0
Vztah k dítěti	Obojí	10	10

Vypočítaná hodnota
7,25

V metodě MGI respondentka č. 6 udává jako nejdůležitější vztah k dítěti. Dalšími důležitými oblastmi života, dle jejího posouzení, je vztah s partnerem, vztah s celou rodinou a pocit štěstí.

SEIQoL metoda

Tabulka 18: Respondentka č. 6, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Rodina	90 %
10 %	Peníze	70 %
5 %	Štěstí	70 %
5 %	Láska	80 %
50 %	Duševní klid	100 %

Tabulka 19: Respondentka č. 6, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
100 %	91,5 %

Dle metody SEIQoL zvolila respondentka životní témata: duševní klid, a říká, že „každá maminka nedonošeného miminka ví, jak je těžké se se vším smířit a tuto situaci zvládnout,“ dále pak rodina, kde jde především o společné soužení a vzájemnou podporu.

Tato respondentka je dle svého subjektivního názoru velmi spokojena. Celková vypočítaná hodnota je pak 91,5 %.

Respondentka č. 7

Respondentka č. 7 byla také žena ve věku 34 let v době narození dvojčat. V době dotazování byla s šestiměsíčními dětmi na mateřské dovolené. Těhotenství bylo rizikové, děti se narodily ve 27. tt. z důvodu opakovaného zánětu v plodové vodě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské vzdělání s maturitou.

Děti nemají žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 20: Respondentka č. 7, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělení bodů
Vztah k sobě samé	Negativně	5	4
Vztah s partnerem	Obojí	5	10
Volnočasová aktivita	Negativně	2	6

Vypočítaná hodnota
4

Respondentka č. 7 v metodě MGI identifikuje jako důležité oblasti vztah k sobě samé, vztah s partnerem a volnočasovou aktivitu.

SEIQoL metoda

Tabulka 21: Respondentka č. 7, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
50 %	Rodina	30 %
10 %	Koníčky	30 %
5 %	Přátelé	30 %
5 %	Cestování	40 %
30 %	Psychická pohoda	20 %

Tabulka 22: Respondentka č. 7, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
70 %	27, 5 %

Životními tématy v metodě SEIQoL vybrala rodinu, kdy po narození dvojčat nemá tolik času na starší děti a na partnera, dále pak zvolila psychickou pohodu, protože vzhledem k předčasnému narození dětí se cítí hodně ve stresu (návštěvy lékařů, spousta vyšetření). Po narození nemá čas na přátele, koníčky.

Míru spokojenosti se životem hodnotí 70 %. Celková hodnota QL (vypočítaná) je výrazně nižší, a to 27, 5 %.

Respondentka č. 8

Respondentka č. 8 byla žena, které bylo 22 let. Předčasně narozené dítě bylo prvním dítětem. Těhotenství nebylo rizikové, přesto se dítě narodilo ve 28. tt., z důvodu HELLP syndromu. Biologický věk dítěte byl 8 měsíců. Žena má výuční list, nyní je na mateřské dovolené.

Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 23: Respondentka č. 8, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělení bodů
Vztah s partnerem	Obojí	5	4
Finance	Negativně	2	5
Psychika	Negativně	3	1
Radost, že je dítě v pořádku	Pozitivně	10	10

Vypočítaná hodnota
5

V metodě MGI udává respondentka č. 8 nejdůležitější oblastí radost, to, že je dítě v pořádku. Důležitou oblastí je pro ni také vztah s partnerem, který byl předčasným narozením ovlivněn pozitivně i negativně. Dále pak finance a psychika - s negativním dopadem.

SEIQoL metoda

Tabulka 24: Respondentka č. 8, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
50 %	Rodina	80 %
50 %	Zdraví	60 %

Tabulka 25: Respondentka č. 8, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
80 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

V metodě SEIQoL hodnotí respondentka půl na půl rodinu a zdraví. „Rodina je základ a jsem ráda, že to vše dopadlo dobře a můžeme být spolu!“ říká.

Subjektivně je se životem převážně spokojená.

Respondentka č. 9

Další respondentkou byla žena ve věku 29 let. Předčasně narozené dítě bylo jejím prvním dítětem. Těhotenství bylo rizikové, předčasný porod z důvodu preeklampsie. Dítě se narodilo ve 29 + 1 tt. Biologický věk dítěte je 10 měsíců. Žena je na mateřské dovolené, jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské vzdělání s maturitou.

Dítě má urologickou vadu, která bude vyřešena chirurgicky.

MGI metoda

Tabulka 26: Respondentka č. 9, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělení bodů
Vztah s partnerem	Obojí	5	10
Těhotné blízké, kamarádky	Pozitivně	10	3
Vysoký tlak	Negativně	2	3
Podpora rodiny	Pozitivně	10	3
Covid omezení	Negativně	8	1

Vypočítaná hodnota
7

Pro respondentku je nejdůležitější oblastí v MGI metodě vztah s partnerem, který byl ovlivněn pozitivně i negativně. Dále uvedla své těhotné blízké kamarádky, vysoký krevní tlak a podporu rodiny, které bodově ohodnotila stejně. Malý vliv mělo i covidové omezení.

SEIQoL metoda

Tabulka 27: Respondentka č. 9, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
35 %	Pokroky syna	80 %
35 %	Vztah s partnerem	80 %
20 %	Vztah s blízkou rodinou	80 %
10 %	Kulturní život	80 %

Tabulka 28: Respondentka č. 9, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
80 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

V metody SEIQoL zhodnotila jako nejdůležitější životní téma: pokroky syna a vztah s partnerem, s těmito tématy je převážně spokojená.

Míru spokojenosti se životem hodnotí respondentka 80 %.

Respondentka č. 10

Respondentkou č. 10 byla žena, 28 let. Její těhotenství nebylo rizikové, ale i přesto se dítě nakonec narodilo ve 29 tt., z důvodu krvácení z neznámého zdroje. Biologický věk dítěte je 9 měsíců. Žena má středoškolské vzdělání a po narození dítěte je na mateřské dovolené. Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 29: Respondentka č. 10, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Zdraví	Obojí	5	5
Vztah s partnerem	Pozitivně	8	5
Rodina	Pozitivně	10	10
Čas na sebe	Negativně	3	0

Vypočítaná hodnota
6,5

V metodě MGI přisuzovala respondentka největší důležitost rodině a vztahu s partnerem, které hodnotila pozitivně. Dále pak zdraví, které bylo ovlivněno nejenom pozitivně, ale i negativně. Negativně hodnotí také čas na sebe.

SEIQoL metoda

Tabulka 30: Respondentka č. 10, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
50 %	Zdraví	95 %
40 %	Spokojenost rodiny	99 %
10 %	„Zapadat do normálu“	80 %

Tabulka 31: Respondentka č. 10, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
90 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

Dle metody SEIQoL má pro ni největší hodnotu zdraví a spokojenost rodiny, s těmito tématy je téměř úplně spokojená.

Respondentka je se svým životem více méně spokojená.

Respondentka č. 11

Další respondentkou byla žena, které je 35 let a její těhotenství bylo částečně rizikové kvůli hematomu. Nakonec se dítě narodilo ve 28 + 5 tt. z důvodu částečného odloučení placenty. Biologický věk dítě byl 6,5 měsíce. Žena má vystudovanou vysokou školu a nyní pracuje jako OSVČ. Dítě je zdravé.

MGI metoda

Tabulka 32: Respondentka č. 11, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Partner	Pozitivně	10	8
Rodina	Pozitivně	10	9
Mateřská role	Pozitivně	9	1
Vztah k sobě samé	Pozitivně	9	1
Pocit zdraví	Pozitivně	9	1

Vypočítaná hodnota
9,4

V metodě MGI identifikovala tato respondentka jako nejdůležitější oblast rodinu a partnera, dále sem zařadila mateřskou roli, vztah k sobě samé a pocit zdraví. Všechny tyto oblasti vnímá pozitivně.

SEIQoL metoda

Tabulka 33: Respondentka č. 11, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
70 %	Rodina	100 %
15 %	Práce	95 %
15 %	Ostatní (volný čas, zájmy)	100 %

Tabulka 34: Respondentka č. 11, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
99 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

Při použití metody SEIQoL vyhodnotila tři životní témata: rodinu, práci a ostatní (volný čas, zájmy). Nejdůležitější pro ni je rodina, to, aby všichni byli spokojení, zdraví, trávili společně čas, měli společné zážitky, ...

Respondentka je velmi spokojená se svým životem a říká, že i když to pro ni byl ze začátku šok, že se dítě narodilo předčasně, nyní to vnímá jako velkou životní zkoušku, kterou hodnotí pozitivně.

Respondentka č. 12

Respondentkou č. 12 byla žena, 40 let. Předčasně narozené dítě nebylo prvním dítětem ženy. Těhotenství bylo rizikové. Dítě se narodilo ve 35. tt., příčina porodu není známa. Biologický věk dítěte 9 měsíců. Žena je nyní na mateřské dovolené. Její nejvyšší dosažené je výuční list. Dítě je zcela v pořádku.

MGI metoda

Tabulka 35: Respondentka č. 12, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Vztah s partnerem	Negativně	2	3
Příchod miminka	Pozitivně	9	4
Všeobecné starosti	Negativně	5	1
Čas pro sebe	Negativně	2	2
Zdraví	Negativně	2	3
Každodenní radosti	Pozitivně	10	3
Pokroky miminka	Pozitivně	10	4

Vypočítaná hodnota
5,7

Při posouzení kvality života pomocí MGI metody zhodnotila respondentka jako nejdůležitější příchod miminka, pokroky miminka a každodenní radosti, což hodnotí velmi pozitivně. Jako další oblast uvedla vztah s partnerem, zdraví, čas na sebe. Tyto oblasti byly ovlivněny negativně a není s nimi respondentka spokojená.

SEIQoL metoda

Tabulka 36: Respondentka č. 12, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Příchod miminka	70 %
10 %	Čas pro sebe	20 %
20 %	Vztah	10 %
30 %	Pokroky miminka	80 %
10 %	Zdraví	20 %

Tabulka 37: Respondentka č. 12, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
60 %	51 %

V metodě SEIQoL vyhodnotila jako nejdůležitější životní téma příchod miminka, pokroky miminka a vztah, s kterým bohužel spokojená není.

Tato respondentka není příliš spokojená se svým životem, chtěla by zlepšit vztah s partnerem a mít více času sama pro sebe. Celková vypočítaná hodnota QL je 51 %.

Respondentka č. 13

Další respondentkou byla žena ve věku 39 let. Předčasně narozené dítě bylo jejím prvním dítětem. I přestože těhotenství nebylo rizikové, dítě se narodilo ve 28 + 2 tt. bez známé příčiny předčasného porodu. Biologický věk dítěte byl 11 měsíců. Žena má středoškolské vzdělání s maturitou, nyní je na mateřské dovolené.

Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 38: Respondentka č. 13, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Věk	Pozitivně	10	0
Zdraví	Pozitivně	10	10
Bydlení	Pozitivně	10	5
Práce po MD	Negativně	1	5

Vypočítaná hodnota
7,75

V metodě MGI posoudila, že je pro ni na prvním místě v oblastí života zdraví, bydlení a práce po mateřské dovolené. Se zdravím a bydlením je zcela spokojená a hodnotí tyto oblasti pozitivně. Obavu má z práce po mateřské dovolené.

SEIQoL metoda

Tabulka 39: Respondentka č. 13, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
40 %	Rodina	100 %
30 %	Zdraví	100 %
20 %	Vztah s partnerem	100 %
10 %	Čas na sebe	90 %

Tabulka 40: Respondentka č. 13, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
100 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

Tato respondentka je se svým životem maximálně spokojená.

Podle metody SEIQoL hodnotila jako nejdůležitější životní téma rodinu, záleží jí na tom, aby se všichni měli dobře. Dalším životním tématem je pro ni opět zdraví, vztah s partnerem a někdy také čas na sebe.

Respondentka č. 14 a respondent č. 15

Respondentka č. 14 a respondent č. 15 byli partneři, kterým se narodilo dítě v 28 + 0 tt. z důvodu preeklampsie. Těhotenství nebylo rizikové. Biologický věk dítěte v době dotazování byl 11 měsíců. Dítě má alergii na bílkovinu kravského mléka a hemangiom (bere léky).

Ženě v době narození dítěte bylo 38 let. Nyní je na mateřské dovolené. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské vzdělání s maturitou.

MGI metoda

Tabulka 41: Respondentka č. 14, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Souznění s mateřskou rolí	Obojí	7	4
Zdravotní stav – fyzický	Negativně	6	4
Vztah s partnerem	Obojí	9	5
Vztah s rodinou	Pozitivně	9	2
Finance	Negativně	6	1
Zdravotní stav – psychický	Obojí	7	4

Vypočítaná hodnota
7,3

Žena v MGI metodě identifikovala jako důležité oblasti: vztah s partnerem, souznění s mateřskou rolí, zdravotní stav – fyzický, zdravotní stav – psychický. Nejdůležitější je

pro ni vztah s partnerem, který byl předčasným narozením dítěte ovlivněn jak pozitivně, tak i negativně. Mezi další důležité oblasti zařadila vztah s rodinou a finance.

SEIQoL metoda

Tabulka 42: Respondentka č. 14, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Zdraví	40 %
30 %	Partnerský vztah	99 %
20 %	Těhotenství	50 %
15 %	Pohoda	0 %
5 %	Plánování času	70 %

Tabulka 43: Respondentka č. 14, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
70 %	55 %

Dle metody SEIQoL respondentka usoudila, že jejím životním tématem je především zdraví a partnerský vztah. S partnerským vztahem je spokojena, jsou si s partnerem oporou. Ráda by ale zlepšila svůj zdravotní stav, po preeklampsii jí zůstal vysoký tlak.

Její spokojenost se životem by ale podle respondentky mohla být lepší. Vypočítaná hodnota QL je 55 %.

Muži v době narození dítěte bylo 34 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysoká škola. Nyní je zaměstnaný.

MGI metoda

Tabulka 44: Respondent č. 15, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Vztah s manželkou	Pozitivně	9	7
Vztah s rodinou	Pozitivně	9	5
Kariéra	Obojí	3	1
Životní priority	Pozitivně	9	5
Volný čas	Negativně	1	2

Vypočítaná hodnota
6,2

Dle metody MGI je pro muže nejdůležitější oblastí vztah s manželkou, stejně jako pro ženu. Dalšími důležitými oblastmi je pak vztah s rodinou a životní priority.

SEIQoL metoda

Tabulka 45: Respondent č. 15, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Partnerství	95 %
20 %	Osobní svoboda	70 %
10 %	Strach	50 %
20 %	Sport	60 %
20 %	Cestování	70 %

Tabulka 46: Respondent č. 15, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
70 %	73,5 %

V metodě SEIQoL zvolil muž jako životní téma opět partnerství, který byl posílen předčasným narozením dítěte. Muž říká, že si své ženy velmi váží. Dále je pro muže důležitá osobní svoboda, cestování a sport, na který teď nemá tolik času.

Míru spokojenosti hodnotí stejně jako jeho žena. Celková hodnota QL je však vyšší u muže než u ženy. Vypočítaná hodnota QL u muže je 73,5 %, u ženy 55 %. Oba vnímají partnerství jako nejdůležitější. Poté se jejich priority trochu odlišují.

Respondentka č. 16 a respondent č. 17

Respondentka č.16 a respondent č.17 byli rodiče 3, 5 měsíčního dítěte, které se narodilo ve 34 tt. Těhotenství bylo rizikové. Příčinou předčasného narození byla inkompetence děložního hrdla. Dítě bylo prvním dítětem rodičů, narodilo se v 34. tt.

Jako zdravotní problémy byly uvedeny bolestivé střevní koliky v souvislosti s nadýmáním miminka.

Ženě v době narození dítěte bylo 33 let. Žena má středoškolské vzdělání a nyní je na mateřské dovolené.

MGI metoda

Tabulka 47: Respondentka č. 16, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Vztah s partnerem	Pozitivně	10	10
Mateřská role	Pozitivně	10	0
Pocit strachu	Negativně	0	0
Vztah k sobě samé	Obojí	5	0
Nezkušenost	Negativně	0	0
Málo času	Obojí	5	0
Nespavost	Obojí	5	0
Narození dítěte	Pozitivně	10	10

Vypočítaná hodnota
5, 63

Dle metody MGI respondentka zvolila nejdůležitějšími oblastmi vztah s partnerem a narození dítěte, tyto oblasti hodnotí velmi pozitivně.

SEIQoL metoda

Tabulka 48: Respondentka č. 16, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
30 %	Narození dítěte	80 %
40 %	Zdraví dítěte	70 %
30 %	Rodina	80 %

Tabulka 49: Respondentka č. 16, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
80 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

Při použití metody SEIQoL vyhodnotila jako nejdůležitější životní téma zdravé dítě, je ráda, že všechno dopadlo dobře. Dalšími důležitými tématy je narození dítěte, rodina. S těmito tématy je více méně spokojená.

Subjektivní míru spokojenosti se životem žena hodnotí 80 %.

Muž má vystudovanou vysokou školu. Nyní je zaměstnaný. Jeho věk v době narození dítěte byl 31 let.

MGI metoda

Tabulka 50: Respondent č. 17, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Spánek	Negativně	2	3
Vztah s partnerem	Pozitivně	8	5
Narození dítěte	Pozitivně	10	8
Nezkušenost	Negativně	0	0
Volný čas	Negativně	1	1
Pohlavní styk	Negativně	1	3
Deprese, úzkost	Negativně	1	0

Vypočítaná hodnota
3, 29

Pro respondenta je dle metody MGI nejdůležitější oblastí života narození dítěte, stejně jako u ženy, s čímž je naprosto spokojený. Na druhém místě je pro něj vztah s partnerem, jejichž vztah byl ovlivněn narozením dítěte pozitivně, tato oblast je pro ženu také velmi důležitá. Dále je to pro muže spánek a pohlavní styk, které byly ovlivněny negativně.

SEIQoL metoda

Tabulka 51: Respondent č. 17, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
40 %	Rodina	100 %
40 %	Dítě	100 %
20 %	Práce	15 %

Tabulka 52: Respondent č. 17, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
70 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

V metodě SEIQoL posoudil, že nejdůležitějším životním tématem je pro něj rodina a dítě. Stejně to vnímá i žena. Míra spokojenosti se životem je dle muže 70 %.

Tito dva partneři se shodují v tom, co je pro ně v životě nejdůležitější. Méně důležité věci jsou pak vnímány trochu odlišně. Žena udává větší subjektivní spokojenost (80 %) se životem než muž (70 %). Celková hodnota QL nebyla z důvodu nedostatku uvedených životních témat posouzena.

Respondentka č. 18

Respondentka č. 18 byla žena, které bylo 40 let. Těhotenství nebylo rizikové, přesto se dítě narodilo ve 35.tt.. Příčinou předčasného porodu byla preeklampsie. Biologický věk dítěte v době dotazování byl 11 měsíců. Žena je zaměstnaná, se středoškolským vzděláním.

Dítě má opožděný fyziomotorický vývoj a opožděný růst, v 6 měsících 4, 5 kg a 59 cm.

MGI metoda

Tabulka 53: Respondentka č. 18, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Vztah s partnerem	Pozitivně	10	5
Vztah s dětmi	Pozitivně	10	5
Zdraví	Obojí	7	5
Práce	Obojí	8	2
Koníčky	Obojí	7	1
Spánek	Negativně	5	2
Péče o domácnost	Negativně	5	0
Vztah s přáteli	Obojí	7	0

Vypočítaná hodnota
7,38

Tato respondentka určila v metodě MGI nejdůležitějšími oblastmi vztah s partnerem, vztah s dětmi a zdraví. Všechny tyto oblasti hodnotí také pozitivně, s výjimkou zdraví,

kteře bylo ovlivněno také, ale negativně. Jako méně důležité uvedla koničky, práci a spánek.

SEIQoL metoda

Tabulka 54: Respondentka č. 18, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
20 %	Partner, souhra	90 %
30 %	Děti	90 %
20 %	Zdraví	80 %
20 %	Práce	80 %
10 %	Koničky	20 %

Tabulka 55: Respondentka č. 18, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
90 %	79 %

Při hodnocení metodou SEIQoL zhodnotila, že jsou pro ni životním tématem především děti, to, aby byly spokojené. Dále je to partner a jejich souhra, spolupráce, ale také zdraví a práce. Témata byla shodná jako v metodě MGI.

Subjektivně spokojenost se svým životem hodnotí jako velmi dobrou. Celková vypočítaná hodnota QL je nižší, a to 79 %.

Respondentka č. 19

Další respondentkou byla žena, 23 let. Dítě bylo prvním dítětem ženy. Těhotenství bylo od začátku rizikové. Příčinou předčasného porodu byly zvýšené krevní jaterní hodnoty. Dítě se narodilo v 31 + 3 tt. Biologický věk dítěte v době dotazování byl 11 měsíců. Žena je zaměstnaná. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské vzdělání s maturitou.

Dítěti byla zjištěna dětská mozková obrna.

MGI metoda

Tabulka 56: Respondentka č. 19, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Zdraví	Negativně	4	4
Vztah s partnerem	Pozitivně	8	4
Psychika	Obojí	2	5
Bydlení	Negativně	2	2
Volný čas	Negativně	3	2
Celková spokojenost	Obojí	6	3

Vypočítaná hodnota
4, 17

V metodě MGI žena uvedla jako nejdůležitější oblast psychiku, která po narození dítěte byla ovlivněna pozitivně i negativně. Další důležitou oblastí je zdraví, vztah s partnerem a celková spokojenost.

SEIQoL metoda

Tabulka 57: Respondentka č. 19, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
25 %	Rodina	100 %
25 %	Zdraví	40 %
10 %	Bydlení	30 %
25 %	Vztah s partnerem	95 %
15 %	Životní styl	30 %

Tabulka 58: Respondentka č. 19, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
70 %	66 %

Dle metody SEIQoL vyhodnotila respondentka životním tématem rodinu, aby v rodině byly dobré vztahy, tolerance, láska, podpora, pomoc a pochopení. S rodinou je žena maximálně spokojená. Dále důležitým životním tématem zvolila zdraví, vztah s partnerem.

Subjektivně hodnotí spokojenost se životem 70 %. Celková hodnota QL je 66 %.

Respondentka č. 20

Respondentka č. 20 byla žena, v době narození dítěte jí bylo 27 let. Toto dítě bylo její první. Těhotenství nebylo rizikové. Dítě se narodilo ve 31. tt. z důvodu HELLP syndromu. Biologický věk dítěte je 3 měsíce. Žena má vystudovanou vyšší odbornou školu, nyní je na mateřské dovolené.

Dítě nemá žádné zdravotní problémy.

MGI metoda

Tabulka 59: Respondentka č. 20, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Zdraví dítěte	Negativně	0	8
Zdraví matky	Negativně	1	5
Vztah s partnerem	Pozitivně	10	3
Chod domácnosti	Negativně	6	1
Psychický stav	Negativně	5	3

Vypočítaná hodnota
4,4

Tato žena v metodě MGI zhodnotila jako nejdůležitější oblast zdraví dítěte a poté zdraví matky, obě oblasti byly předčasným porodem ovlivněny negativně. Jako další důležitou oblast uvedla vztah s parterem a psychický stav.

SEIQoL metoda

Tabulka 60: Respondentka č. 20, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
10 %	Rodina	100 %
60 %	Zdraví dítěte	50 %
20 %	Partner	100 %
5 %	Psychika	50 %
5 %	Kamarádi	50 %

Tabulka 61: Respondentka č. 20, vyhodnocení spokojenosti, QL

Míra spokojenosti se životem	Celková hodnota QL (vypočítaná hodnota)
80 %	65 %

Při hodnocení metodou SEIQoL zvolila životním tématem opět zdraví dítěte, což je pro ni beze sporu na prvním místě. Dalším tématem je partner a rodina.

Subjektivně hodnotí spokojenost se svým životem na 80 %. Celková hodnota QL je 65 %.

Respondentka č. 21

Další respondentkou byla také žena, 33 let. Předčasně narozené dítě nebylo prvním dítětem ženy a narodilo se ve 36 + 6. tt. Předčasný porod nastal z důvodu zástavy růstu dítěte. Žena je nyní na mateřské dovolené. Nejvyšší dosažené vzdělání je výuční list.

Dítě má rozšířenou ledvinovou pánevku a rozšířenou komoru v mozku.

MGI metoda

Tabulka 62: Respondentka č. 21, MGI metoda

Důležité oblasti života	Pozitivně / Negativně / Obojí / Žádné	Ohodnocení oblastí života	Přidělené body
Narození dítěte	Pozitivně	10	10
Narození druhého dítěte	Pozitivně	5	5
Rodina	Pozitivně	6	2
Manželství	Pozitivně	8	3

Vypočítaná hodnota
7,25

Respondentka vyhodnotila dle metody MGI jako nejdůležitější narození dítěte, narození druhého dítěte, manželství a rodinu. Všechny tyto oblasti hodnotí pozitivně.

SEIQoL metoda

Tabulka 63: Respondentka č. 21, SEIQoL metoda

Důležitost daného tématu v %	Životní téma	Míra spokojenosti %
40 %	První dítě	100 %
40 %	Druhé dítě	100 %
10 %	Rodina	100 %
10 %	Manželství	60 %

Tabulka 64: Respondentka č. 21, vyhodnocení spokojenosti

Míra spokojenosti se životem
90 %

Vzhledem k nedostatku uvedených životních témat celková hodnota QL nebyla posouzena.

V metodě SEIQoL uvedla žena stejné témata jako v metodě MGI. Jako nejdůležitější hodnotí narození prvního a druhého dítěte. O první dítě se s partnerem snažili spoustu let, žena říká, že toto dítě bylo „vymodlené“, druhé dítě bylo nečekané, ale přesto je žena za to šťastná. Míru spokojenosti se životem žena hodnotí velmi kladně – 90 %.

4 Výsledky metody MGI a SEIQoL

V této kapitole jsem shrnula výsledky metody MGI a SEIQoL. Výsledky jsou uvedeny u každé metody samostatně. V první části kapitoly je vyhodnocena metoda MGI, v druhé části pak metoda SEIQoL.

4.1 Výsledky metody MGI

4.1.1 Identifikace důležitých oblastí života

V tabulce 7 jsou vypsány všechny oblasti života, které zvolili respondenti jako nejdůležitější a které byly nějakým způsobem ovlivněny narozením dítěte. V této metodě mohl každý respondent vpsat maximálně 8 oblastí života. Po vyhodnocení byl vytvořen přehled s celkovým počtem 34 různých oblastí. Ke každé oblasti jsem přidělila kód a poté vypočítala četnost a relativní četnost.

Tabulka 65: Seznam zvolených oblastí života a četnost

Oblasti života	Kód	Četnost	Vyjádření v %
Pocit selhání	1	2	9,52
Rodina, vztahy v rodině	2	9	42,86
Mateřství, mateřské pouto	3	5	23,81
Vztah s partnerem (manželem)	4	19	90,48
Vztah k sobě samé/mu	5	4	19,05
Zdraví	6	13	61,90
Finance	7	4	19,05
Spánek	8	4	19,05
Psychika	9	6	28,57
Radost	10	3	14,29
Vztah s rodiči	11	1	4,76
Strach	12	2	9,52
Přátelé	13	2	9,52
Pocit štěstí	14	1	4,76
Pocit úlevy	15	1	4,76
Vztah k mateřství	16	2	9,52

Volný čas, koníčky, čas pro sebe	17	8	38,10
Těhotné kamarádky	18	1	4,76
Podpora rodiny	19	1	4,76
Covidová omezení	20	1	4,76
Narození dítěte	21	4	19,05
Starosti	22	1	4,76
Pokroky miminka	23	1	4,76
Věk	24	2	9,52
Bydlení	25	1	4,76
Práce, kariéra	26	3	14,29
Životní priority	27	1	4,76
Nezkušenost	28	2	9,52
Sex	29	1	4,76
Vztah s dětmi	30	1	4,76
Péče o domácnost	31	2	9,52
Celková spokojenost	32	1	4,76
Zdraví dítěte	33	1	4,76
Narození 2. dítěte	34	1	4,76

Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondenti volili odpověď vztah s partnerem (90,48 %), druhou nejčastější oblastí bylo zdraví (61,90 %) a jako třetí nejdůležitější oblast označili rodinu (42,86 %). Dále pak respondenti čteněji volili např. volný čas, čas pro sebe (38,10 %), psychiku (28,57 %) a mateřství (23,81 %). Ostatní oblasti byly zastoupeny v malém počtu.

Nejčastější odpovědi mě příliš nepřekvapily a předpokládala jsem, že se tyto oblasti objeví mezi nejdůležitějšími.

4.1.2 Hodnocení vlivu oblastí

Po uvedení nejdůležitějších oblastí měl respondent/ka za úkol zhodnotit, jak byla tato oblast ovlivněna předčasným narozením dítěte. Respondenti vybírali z možností: pozitivně/ negativně/ obojí/ žádné.

V tabulce 66 je uvedeno, jak byla jednotlivá témata předčasným narozením ovlivněna.

Tabulka 66: Ovlivnění životních oblastí

Oblasti života	Kód	Četnost	Pozitivně	Negativně	Obojí
Pocit selhání	1	2		2	
Rodina, vztahy v rodině	2	9	8		1
Mateřství, mateřské pouto	3	5	4		1
Vztah s partnerem (manželem)	4	19	13	1	5
Vztah k sobě samé/mu	5	4	1	2	1
Zdraví	6	13	2	7	4
Finance	7	4		3	1
Spánek	8	4		4	
Psychika	9	6		3	3
Radost	10	3		3	
Vztah s rodiči	11	1			1
Strach	12	2	1	1	
Přátelé	13	2		1	1
Pocit štěstí	14	1			1
Pocit úlevy	15	1	1		
Vztah k mateřství	16	2			2
Volný čas, koníčky, čas pro sebe	17	8		7	1
Těhotné kamarádky	18	1	1		
Podpora rodiny	19	1	1		
Covidové omezení	20	1		1	
Narození dítěte	21	4	4		
Starosti	22	1		1	
Pokroky miminka	23	1	1		
Věk	24	1		1	
Bydlení	25	2	1	1	
Práce, kariéra	26	3		1	2
Životní priority	27	1	1		

Nezkušenost	28	2		2	
Sex	29	1		1	
Vztah s dětmi	30	1	1		
Péče o domácnost	31	2		2	
Celková spokojenost	32	1			1
Zdraví dítěte	33	1		1	
Narození 2. dítěte	34	1	1		

Zde je vidět, že nejpozitivněji byl ovlivněn vztah s partnerem/kou (13), který předčasné narození dítěte ve většině případů ještě víc posílil. Muži se mi dokonce svěřili, že svou partnerku za zvládnutí porodu a situace celkově velmi obdivují a váží si ji. Pozitivně byla také ovlivněna rodina (8). Naopak velmi negativní dopad mělo narození na zdraví (7) a volný čas (koníčky) (7), kterého vzhledem ke starostem rodiče příliš nemají.

4.1.3 Ohodnocení životních oblastí

Druhým krokem bylo ohodnocení jednotlivých životních oblastí od 0 do 10, přičemž 0 vyjadřovala nejhorší pocit a 10 nejpříjemnější pocit. Celkem tedy zde mohl každý respondent přidělit maximálně 80 bodů.

Vypočítané hodnoty spokojenosti u jednotlivých respondentů jsou uvedeny v tabulce.

Tabulka 67: Ohodnocení životních oblastí - MGI

Respondent/ka č.	Vypočítaná spokojenost
1.	6,75
2.	7
3.	4,25
4.	10
5.	4,67
6.	7,25
7.	4
8.	5
9.	7
10.	6,5

11.	9, 4
12.	5, 7
13.	7, 75
14.	7, 3
15.	6, 2
16.	5, 63
17.	3, 29
18.	7, 38
19.	4, 17
20.	4, 4
21.	7, 25

Z tabulky je zřejmé, že nejspokojenější je respondentka č. 4 (10 bodů). Naopak nejméně spokojená je respondentka č. 17 (3, 29 bodů). Průměr přidělených bodů je 6, 6.

4.1.4 Přidělení bodů dle důležitosti

Posledním krokem v této metodě bylo přidělení bodů podle toho, jak je daná oblast pro respondenta důležitá. Respondent měl k dispozici dohromady 20 bodů, přičemž nebylo podmínkou, že u každé oblasti musí být uvedené body.

Tabulka 68: Přidělené body dle důležitosti - MGI

Oblast života	Celkový počet přidělených bodů
Pocit selhání	1
Rodina, vztahy v rodině	52
Mateřství, mateřské pouto	21
Vztah s partnerem (manželem)	106
Vztah k sobě samé/mu	7
Zdraví	54
Finance	10
Spánek	8
Psychika	17
Radost	23
Vztah s rodiči	3
Strach	7

Přátelé	2
Pocit štěstí	2
Pocit úlevy	0
Vztah k mateřství	4
Volný čas, koníčky, čas pro sebe	14
Těhotné kamarádky	3
Podpora rodiny	3
Covidové omezení	1
Narození dítěte	32
Starosti	1
Pokroky miminka	4
Věk	1
Bydlení	7
Práce, kariéra	8
Životní priority	2
Nezkušenost	0
Sex	3
Vztah s dětmi	5
Péče o domácnost	1
Celková spokojenost	3
Zdraví dítěte	8
Narození 2. dítěte	5

Rodiče dětí nejlépe ohodnotili vztah s partnerem, a to 106 body, pozitivně bylo také hodnoceno zdraví (54 bodů), rodina (52 bodů) a narození dítěte (32 bodů).

4.2 Výsledky metody SEIQoL

4.2.1 Životní témata

V níže uvedené tabulce se nachází přehled uvedených životních témat, která respondenti v této metodě vybrali. Celkem bylo zvoleno 25 životních témat. Ke každému tématu jsem přiřadila kód a spočítala četnost.

Tabulka 69: Životní témata - SEIQoL

Životní téma	Kód	Četnost	Vyjádření v %
Rodina	1	14	66,67
Volný čas	2	10	47,62
Tvořivost	3	1	4,76
Manžel/ Partner	4	11	52,38
Zdraví	5	10	47,62
Vztahy	6	3	14,29
Spokojenost	7	3	14,29
Zabezpečení, finance	8	3	14,29
Psychika	9	4	19,05
Budoucnost	10	1	4,76
Dítě / děti	11	7	33,33
Přátelé	12	3	14,29
Strach	13	2	9,52
Lékaři, sestry	14	1	4,76
Štěstí	15	1	4,76
Láska	16	1	4,76
Cestování	17	2	9,52
Pokroky dítěte	18	2	9,52
„Zapadat do normálu“	19	1	4,76
Práce	20	3	14,29
Těhotenství	21	1	4,76
Svoboda	22	1	4,76
Bydlení	23	1	4,76

Životní styl	24	1	4,76
Relaxace	25	1	4,76

Jako nejčtenější životní téma se v této metodě objevilo téma rodina, které zvolilo 14 respondentů (66,67 %). Dále se objevil partner, partnerství (52,38 %), toto životní téma vyhodnotilo celkem 11 respondentů. Hned za partnerstvím byl zvolen volný čas a zdraví (47,62 %). Zajímavé je, že například děti, které bychom čekali, že budou na prvních místech, jsou uvedeny v celkovém počtu až na místě pátém (33,33 %).

4.2.2 Důležitost životního tématu

Další částí metody SEIQoL bylo rozdělit mezi 5 životních témat, která si libovolně zvolil každý respondent, 100 % na základě důležitosti uvedeného tématu.

Vzhledem k tomu, že každý respondent nezvolil 5 životních témat, jak bylo v zadání, pro vyhodnocení důležitosti jsem zvolila pouze formuláře, které byly kompletní.

Tabulka 70: Důležitost životních témat - SEIQoL

Životní téma	Zastoupení v %	Průměr v %
Rodina	10 – 70 %	33,75 %
Volný čas	5 – 20 %	10,71 %
Tvořivost	5 %	5 %
Manžel / Partner	10 – 30 %	22,14 %
Zdraví	10 – 60 %	28,33 %
Vztahy	25 – 30 %	27,5 %
Spokojenost	15 %	15 %
Zabezpečení, finance	10 %	10 %
Psychika	5 – 50 %	23,75 %
Budoucnost	15 %	15 %
Dítě / děti	30 %	30 %
Přátelé	5 – 10 %	6,66 %
Strach	10 %	10 %
Lékaři, sestry	40 %	40 %
Štěstí	5 %	5 %
Láska	5 %	5 %
Cestování	5 – 20 %	12,50 %
Pokroky dítěte	30 %	30 %

Práce	20 %	20 %
Těhotenství	20 %	20 %
Svoboda	20 %	20 %
Bydlení	10 %	10 %
Životní styl	15 %	15 %
Relaxace	10 %	10 %

Po vypočítání hodnot bylo zjištěno, že nejvyšší hodnotu 40 % získali lékaři a sestry, kteří v těžké době byli pro rodiče oporou. Toto téma však zvolila pouze jedna respondentka. Více respondentů pak zvolilo jako nejdůležitější téma rodinu (33,70 %), děti (30 %), pokroky dítěte (30 %), zdraví (28,33 %), vztahy (27,5 %). Důležitou roli pro rodiče také hraje psychika (23,75 %), jejíž důležitost mě celkem překvapila.

4.2.3 Míra spokojenosti s životními tématy

Úkolem respondentů v této metodě bylo také zhodnotit míru spokojenosti s jednotlivými uvedenými tématy. Spokojenost mohli vyjádřit u každého tématu procenty od 0 – 100 %.

Tabulka 71: Míra spokojenosti s životními tématy

Životní téma	Zastoupení v %	Průměr v %
Rodina	30 – 100 %	89,28 %
Volný čas	20 – 100 %	58 %
Tvořivost	75 %	75 %
Manžel / Partner	10 – 100 %	77,18 %
Zdraví	20 – 100 %	64,5 %
Vztahy	80 – 90 %	83,33 %
Spokojenost	0 – 99 %	63 %
Zabezpečení, finance	30 – 100 %	66,66 %
Psychika	20 – 100 %	60 %
Budoucnost	90 %	90 %
Dítě / děti	70 – 100 %	91,42 %
Přátelé	30 – 50 %	43,33 %
Strach	50 %	50 %
Lékaři, sestry	100 %	100 %
Štěstí	70 %	70 %

Láska	80 %	80 %
Cestování	40 – 60 %	50 %
Pokroky dítěte	80 %	80 %
„Zapadat do normálu“	80 %	80 %
Práce	15 – 95 %	63,33 %
Těhotenství	50 %	50 %
Svoboda	70 %	70 %
Bydlení	30 %	30 %
Životní styl	30 %	30 %
Relaxace	30 %	30 %

Z této tabulky je zřejmé, že nejvíce spokojení jsou rodiče s lékaři, sestrami, a to 100 %. Další velmi kladně hodnocené téma jsou děti (91,42 %), budoucnost (90 %), rodina (89,28 %), vztahy v rodině (83,33 %). Míra spokojenosti s partnerem byla ohodnocena 77,18 %.

4.2.4 Míra subjektivní spokojenosti a celkové QL

V této části jsem zhodnotila subjektivní spokojenost, kterou každý respondent vyznačil na vizuální analogové škále (VAS) od 0 do 100 (0 – je to tak špatné, jak jen to jde, 100 – je to tak dobré, jak jen to dobré může být). Také jsem zhodnotila celkovou (objektivní) spokojenost se životem (QL) a porovnávala vzájemně subjektivní a objektivní spokojenost. Rozdíly jsou vyznačené posledním sloupci.

Tabulka 72: Přehled hodnot subjektivní a objektivní spokojenosti

Respondent/ka č.	Subjektivní spokojenost	Celková (objektivní) QL	Rozdíl
1.	100 %	73 %	+27
2.	100 %	93,5 %	+6,5
3.	90 %	80,5 %	+9,5
4.	100 %	-	-
5.	80 %	83 %	-3
6.	100 %	91,5 %	+8,5
7.	70 %	27,5 %	+42,5
8.	80 %	-	-

9.	80 %	-	-
10.	90 %	-	-
11.	99 %	-	-
12.	60 %	51 %	+9
13.	100 %	-	-
14.	70 %	55 %	+15
15.	70 %	73,5 %	-3,5
16.	80 %	-	-
17.	70 %	-	-
18.	90 %	79 %	+11
19.	70 %	66 %	+4
20.	80 %	65 %	+15
21.	90 %	-	-

Z tabulky vyplývá, že 10 respondentů (rodičů) hodnotí subjektivně vyšší míru spokojenosti, než zobrazuje objektivní míra spokojenosti QL. U respondenta č. 7 je rozdíl dokonce 42,5, což mě velmi překvapilo. U tohoto respondenta vyšla nejnižší objektivní spokojenost QL.

U dvou respondentů byla zhodnocena objektivní spokojenost vyšší, než jakou respondenti uvádějí. Zde ale rozdíl nebyl tak velký, pouze 3 a 3,5.

Nejvyšší objektivní spokojenost QL byla vypočítána u respondentky č. 2, a to 93,5 %.

U některých respondentů bohužel nelze objektivní míru spokojenosti stanovit a porovnat vzhledem k nedostatku uvedených životních témat.

4.2.5 Souhrnná subjektivní a objektivní míra spokojenosti

V níže uvedené tabulce jsem vypočítala průměr subjektivní a objektivní míry spokojenosti. Dále jsem vyhodnotila medián. Průměr a medián subjektivní míry spokojenosti se vztahuje ke všem respondentům, zatímco průměr objektivní míry spokojenosti jen k těm, u kterých byla posouzena.

Tabulka 73: Souhrnná subjektivní a objektivní míra spokojenosti

	Průměr	Medián
Subjektivní míra spokojenosti	84,23 %	80 %
Objektivní míra spokojenosti	69,88 %	73,25 %

Pokud se podíváme na průměr a medián subjektivní míry spokojenosti, lze říct, že rozdíl vnímání míry spokojenosti je poměrně malý, liší se pouze o 4, 23 %.

Objektivní míra spokojenosti je nižší než subjektivní spokojenost i v případě vypočítání průměru pouze u respondentů, kde bylo zhodnocena objektivní míra spokojenosti. V takovém případě je průměr subjektivní spokojenosti 81, 67 %. Z toho vyplývá, že se respondenti subjektivně cítí spokojenější než lze objektivně prokázat.

Diskuze

Cíl 1: Zjistit a posoudit kvalitu života rodičů předčasně narozených dětí do 1 biologického roku dítěte a odhalit faktory, které kvalitu ovlivňují.

Kvalita života byla posuzována dvěma metody, metodou MGI a SEIQoL.

V metodě MGI měli respondenti možnost udělit jednotlivým životním oblastím až 10 bodů, celkový počet bodů jsem vydělila počtem oblastí a uvedla hodnocení v jednotkách. Oblasti života tak byly ohodnoceny 3,29 - 10 body. Nejvyšší bodové ohodnocení udělila respondentka č. 4, a to 10 bodů. Průměrná hodnota pak byla 6,6 bodů, dá se tedy říct, že respondenti byli více méně spokojeni.

Respondenti v této metodě také měli za úkol rozdělit 20 bodů dle důležitosti uvedených životních oblastí, přičemž nebylo nutností dát všem oblastem nějaký bod. Respondenti ohodnotili jako nejdůležitější oblast vztah s partnerem (106 bodů), na druhém místě bylo zdraví (54 bodů) a na třetím rodina (52 bodů). Vztah s partnerem byl ovlivněn pozitivně, přičemž mnoho respondentů se svěřilo, že narozením dítěte se vztah mezi partnery posílil, partneři si jsou navzájem oporou a muži si svých žen moc váží.

Ve studii Závodníkové (2005), která se zabývala kvalitou života v období mateřství, výsledné hodnoty svědčily o spokojenosti respondentek. Výsledné hodnoty MGI byly uvedené v desítkách, tudíž jsem je blíže neporovnávala. Nejdůležitější oblastí byl zvolen vztah s partnerem (81 bodů), stejně jako v mém výzkumu. Dále byla zvolena rodina a mateřství. Lze tedy říci, že oblasti se v obou pracích velmi shodovaly.

SEIQoL

Metoda SEIQoL zahrnovala subjektivní i objektivní hodnocení spokojenosti se životem. Subjektivní hodnocení spočívalo ve vyznačení spokojenosti na vizuální analogové škále (VAS) od 0 do 100. Nejvýše subjektivní spokojenost, 100 %, využilo několik respondentek. Průměrná hodnota subjektivní spokojenosti činila 84,23 %. Ve srovnání s výzkumem Závodníkové (2015) je subjektivní spokojenost téměř totožná, činí 84,8 %.

Dále byla zhodnocena spokojenost, s jednotlivými tématy, která byla vyjádřena v %. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že respondenti jsou velmi spokojeni s lékaři a sestrami, kteří pro ně byli v těžkém období velkou oporou. Velmi pozitivně jsou hodnoceny děti, kde se míra spokojenosti vyšplhala na 91,42 %, budoucnost (90 %), rodina (89,28 %).

Spokojenost s partnerem respondenti zhodnotili 77,18 %; zde jsem očekávala míru spokojenosti větší. Dle Závodníkové (2015) byly ženy nejvíce spokojeni s mateřstvím (100 %), rodinou (85 %) a zdravím (80 %).

Jako nejdůležitější životní téma v metodě SEIQoL byli vyhodnoceni lékaři a sestry (40 %), což, dle mého názoru, není úplně objektivní, protože toto téma zvolila pouze jedna respondentka. V celkovém zhodnocení vyšším počtem respondentů, byla zvolena rodina (33,70 %), děti (30 %), pokroky dítěte (30 %) a zdraví (28,33 %). Ve výzkumném šetření Závodníkové (2015) byla největší důležitost přisouzena mateřství (38 %), rodině (29 %) a zdraví (27 %).

Objektivně bylo vyhodnoceno na základě uvedených témat, jejich důležitosti a spokojenosti toto: průměrná hodnota objektivní spokojenosti byla 69,88 %. (Blíže se tomuto hodnocení bude věnovat následující cíl.)

Faktory ovlivňující kvalitu života

Dle výsledků metody MGI a metody SEIQoL je zřejmé, že nejdůležitějšími životními tématy a oblastmi je pro respondenty především vztah s partnerem, rodina, zdraví a děti. Myslím si, že spokojenost s těmito tématy má nemalý vliv na spokojenost s celkovým životem. To například můžeme vidět u respondentky č. 12, která subjektivní spokojenost ohodnotila 60 %, což je nejnižší subjektivní hodnocení mezi respondenty. V jejím zhodnocení oblastí, životních témat kladně hodnotí pouze oblasti týkající se dítěte, výše uvedené oblasti (zdraví, vztah s partnerem,...), které byly vyhodnoceny jako nejdůležitější, hodnotí negativně, a to se promítá i na jejím subjektivní hodnocení spokojenosti.

Na faktory ovlivňující kvalitu života rodičů bylo zaměřeno již několik výzkumu, já jsem si k porovnání vybrala výzkum Mariany Amorim a spol. (2017), která se zabývala faktory ovlivňující kvalitu života rodičů právě u předčasně narozených dětí. Dle Amorim a spol. je několik faktorů, které mají vliv na kvalitu života rodičů. Kvalita je především ovlivněna faktory souvisejícími s mateřskou rolí, rodinnými problémy. Negativně má na kvalitu života vliv únava, nedostatek spánku, strach, pocit viny, nedostatečné finance, psychika rodičů. Naopak pozitivně kvalitu života ovlivňuje například stabilní vztah s partnerem, podpora rodiny a přátel, kontakt s ostatními rodiči předčasně narozených dětí.

V porovnání s výzkumem Amorim a spol. (2017) se naše výzkumy shodují především v ovlivnění rodiny, vztahu mezi partnery, nedostatku spánku a psychiky.

Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na věku rodičů

Tabulka 74: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na věku rodičů

Věk rodičů	Ohodnocení QL metodou MGI		Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL		Ohodnocení objektivní QL metodou SEIQoL	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián
Do 30 let	5,75	5,75	85 %	80 %	79,8 %	83 %
31 - 40 let	6,5	6,75	83,8 %	90 %	62,8 %	73 %

Pozn.: Objektivní QL byla hodnocena jen z respondentů, kteří uvedli všech 5 témat v metodě SEIQoL.

Z této tabulky vyplývá, že dle metody MGI jsou spokojenější rodiče ve věku 31 – 40 let.

Dle metody SEIQoL jsou zase naopak spokojenější rodiče do 30 let, a to jak v subjektivním (85 %), tak i v objektivním hodnocení (79,8 %). Rodiče ve věku 31 – 40 let mají v subjektivním hodnocení o 1,2 % méně, což je velmi malý rozdíl. V objektivním hodnocení už je rozdíl mnohem větší a to 17 %.

Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na vzdělání

Tabulka 75: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Četnost	Ohodnocení QL metodou MGI		Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL		Ohodnocení objektivní QL metodou SEIQoL	
		Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián
Základní škola	1	10	10	100	100	-	-
Výuční list	4	5, 55	5, 35	80	85	65,75	65,75
Střední škola s maturitou	10	5, 58	6,75	75,45	80	67, 33	72,5
Vyšší odborná škola	3	6, 13	6, 75	93, 3	100	76, 5	73
Vysoká škola	3	6, 30	6, 20	79, 67	70	73, 5	73, 5

Pozn.: Objektivní QL byla hodnocena jen z respondentů, kteří uvedli všech 5 témat v metodě SEIQoL.

Dle této tabulky můžeme vidět, že na základě metody MGI dosahuje nejvyšší QL (10) u respondentů se základní školou, ovšem tato skutečnost není zcela objektivní vzhledem k tomu, že tuto odpověď zvolila pouze jedna respondentka. Více objektivní jsou ostatní odpovědi, kde odpověděl větší počet tázaných. Dle výsledků jsou nejvíce spokojeni respondenti s vysokou školou (6,30).

Pokud bychom porovnali tyto výsledky s výzkumem Závodníkové (2015), zjistili bychom, že se naše výsledky liší, dle jejích výsledků nejvíce spokojené byly ženy s výučním listem, a to jak v metodě MGI, tak i SEIQoL.

Z tabulky také vyplývá, že podle metody SEIQoL jsou nejvíce spokojeni jsou opět respondenti se základní školou, což není úplně směřodonné jako v MGI metodě. Tudíž bych se přiklonila k objektivnějšímu zhodnocení, kde největší spokojenost hodnotí respondenti s vyšší odbornou školou.

V porovnání s výzkumem Závodníkové (2015) se zde výsledky liší, dle jejích výsledků nejvíce spokojené byly ženy s výučním listem a to, jak v metodě MGI i SEIQoL.

Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na věku dítěte

Tabulka 76: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na věku dítěte

Věk dítěte	Ohodnocení QL dle metody MGI		Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL		Ohodnocení objektivní QL metodou SEIQoL	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián
Do 5 měsíců	4, 95	4, 67	82	80	73, 67	73
6 – 8 měsíců	6,13	5	83	80	27, 5	27, 5
9 – 12 měsíců	6, 75	7	85, 38	90	73, 75	76, 25

Pozn.: Objektivní QL byla hodnocena jen z respondentů, kteří uvedli všech 5 témat v metodě SEIQoL.

Dle metody MGI se kvalita života a spokojenost zvyšuje s věkem dítěte. Rodiče s dětmi mezi 9 – 12 měsíci hodnotí kvalitu života nejkladněji.

U metody SEIQoL se konečné výsledky shodují s metodou MGI. Nejspokojenější jsou tedy rodiče s dětmi, kterým je 9 měsíců a více. Dle mého názoru mají rodiče radost z miminka v každém měsíci, věku a jsou za něj šťastni. U nedonošených dětí však mohou mít rodiče s nižším věkem dítěte mnohem víc strachu, aby bylo miminko v pořádku, což by mohlo vysvětlovat tyto výsledky.

Objektivní QL u rodičů dětí 6 - 7 měsíců by nás mohlo překvapit, avšak tato hodnota vychází z výsledku pouze jednoho respondenta, u kterého mohla být objektivní QL zhodnocena.

V porovnání s výsledky Závodníkové (2015) se naše výsledky v metodě MGI shodují, v metodě SEIQoL byly u Závodníkové více spokojeny matky s dětmi ve věku 6 – 8 měsíců.

Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na zdravotní problémy dítěte

Dále jsem se také zjišťovala, zda mají velký vliv na kvalitu života rodičů zdravotní problémy dítěte.

Tabulka 77: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na zdravotní problémy dítěte

Zdravotní problémy	Ohodnocení QL metodou MGI		Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL		Ohodnocení objektivní QL metodou SEIQoL	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián
ANO	5, 78	6, 32	80	80	70, 13	72, 50
NE	6, 51	6, 50	86, 85	90	69, 75	73, 25

Pozn.: Objektivní QL byla hodnocena jen z respondentů, kteří uvedli všech 5 témat v metodě SEIQoL.

Při hodnocení metodou MGI jsou spokojenější o 0, 73 rodiče s dětmi, kteří nemají žádné zdravotní problémy, což je dle mého názoru zanedbatelná hodnota. Subjektivní kvalita života rodičů se pohybuje mezi 70 – 90 %. Průměrná hodnota subjektivní QL je 80 %, což je o pouze o 7 % méně než u rodičů zdravých dětí (87 %). Objektivní QL metodou SEIQoL je u rodičů s dětmi, které mají zdravotní problémy dokonce o 0, 38 větší.

Tyto výsledky mě překvapili. Předpokládala jsem, že kvalita života rodičů s dětmi, které mají zdravotní problémy, bude nižší. Dle mého výzkumu lze říct, že zdravotní problémy dítěte nějakým způsobem ovlivňují život rodičů, ale nepodílí se na něm nijak výrazně.

Cíl 2: Zjistit metodou SEIQoL, jak hodnotí kvalitu života rodiče předčasně narozených dětí a porovnat spokojenost subjektivní a objektivní.

V metodě SEIQoL se hodnotila kvalita života pomocí dvou způsobů – subjektivně a objektivně.

Průměrná subjektivní hodnota kvality života byla 84,23 % (M= 80 %). Při hodnocení objektivní spokojenosti se průměrná hodnota vyšplhala na 69,88 % (M = 73, 25 %), přičemž nejvyšší hodnotou bylo 93,5 % a nejnižší 27,5 %. Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti hodnotili subjektivní spokojenost kladněji, než byla vyhodnocena objektivní spokojenost. Rozdíl hodnot byl 14,35 %.

V porovnání s prací Závodníkové (2015) byla subjektivní (84,8 %) i objektivní spokojenost (80,2 %) větší. I rozdíl mezi subjektivním a objektivním hodnocením byl menší. Ženy ve výzkumu Závodníkové byly celkově více spokojeni než rodiče v mém výzkumu.

I přes tyto výsledky si myslím, že rodiče předčasně narozených dětí hodnotí kvalitu svého života převážně pozitivně a většina nevnímá nijak výrazně rozdíl mezi životem s donošeným a nedonošeným dítětem, až na častější kontroly u lékaře.

Cíl 3: Zhodnotit a porovnat hodnocení kvality života pomocí metody MGI a SEIQoL.

U metody MGI i metody SEIQoL bylo za úkol vybrat a jmenovat nejdůležitější oblasti a životní témata. V obou metodách se objevovala převážně stejná témata. K porovnání jsem vybrala 6 nejčtetnějších témat. Nejdůležitějšími byly vztah s partnerem, rodina, zdraví, dítě, volný čas, psychika.

Tabulka 78: Nejdůležitější oblasti a životní témata v metodě MGI a SEIQoL

Metoda MGI	Četnost	Metoda SEIQoL	Četnost
Vztah s partnerem	19	Partner / manžel	11
Zdraví	13	Zdraví	10
Rodina	9	Rodina	14
Volný čas	8	Volný čas	10
Psychika	6	Psychika	4
Mateřství	5	Dítě / děti	7

V metodě MGI bylo nejčtetnějším tématem vztah s partnerem, stejně jako u metody SEIQoL. Druhé místo v metodě MGI obsadilo zdraví, dále pak rodina, volný čas, psychika a mateřství. V metodě SEIQoL se témata nelišila, pouze jejich četnost. Po vztahu s partnerem byla nejčastěji zvolena rodina, zdraví, volný čas, děti a psychika.

Témata v MGI a SEIQoL metodě se podobají tématům v práci Závodníkové (2015), které uvedly matky v jejím výzkumném šetření. Objevila se zde témata jako je rodina, vztah s partnerem, zdraví, volný čas a finance, které v mém výzkumu rodiče dětí tolik neřeší.

Co se týče důležitosti daných témat, v metodě MGI jako nejdůležitější respondenti vyhodnotili vztah s partnerem, a to 106 body, pozitivně bylo také hodnoceno zdraví (54 bodů), rodina (52 bodů) a narození dítěte (32 bodů). V metodě SEIQoL bylo nejdůležitější téma lékaři a sestry (40 %), ti rodičům velmi pomáhali a byli jim oporou. Vzhledem k tomu, že toto téma zvolila pouze jedna respondentka, není úplně objektivní. Více objektivními tématy byla zvolena rodina (33,70 %), děti (30 %), pokroky dítěte (30 %), zdraví (28,33 %), vztahy (27,5 %) a psychika (23, 75 %).

Cíl 4: Porovnat posouzení kvality života mužů a žen, rodičů dítěte.

Výzkumného šetření se zúčastnili ženy i muži, rozhodla jsem se tedy posoudit, jak kvalitu života hodnotí jednotlivá pohlaví.

Tabulka 79: Posouzení kvality života žen a mužů

Pohlaví	Ohodnocení QL metodou MGI		Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL		Ohodnocení objektivní QL metodou SEIQoL	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián	Průměr	Medián
Ženy	6, 51	6, 88	85, 50	85	68, 45	69, 50
Muži	4, 58	4, 25	76, 67	70	77	77

Pozn.: Objektivní QL byla hodnocena jen z respondentů, kteří uvedli všech 5 témat v metodě SEIQoL.

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že dle ohodnocení pomocí metody MGI, muži hodnotí svou kvalitu života o 1,93 níže než ženy. Metodou SEIQoL je subjektivně ohodnocena kvalita života kladněji také ženami, a to 85,5 %, což je o 8,83 % více než u mužů. Ženy jsou tedy více spokojené a vnímají svoji kvalitu života lepe než muži. Ovšem v objektivním hodnocení byla zhodnocena vyšší kvalita u mužů než u žen.

Dále mě zajímalo, jak hodnotí kvalitu života partneři. Výzkumu se zúčastnily dva páry, níže je uvedeno jejich hodnocení.

Respondentka č. 14 a respondent č. 15

Tabulka 80: Porovnání kvality života mezi páry - č. 14 a č. 15

	Ohodnocení QL metodou MGI	Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL	Ohodnocení objektivní QL metodou SEIQoL
Žena	7, 3	70 %	55 %
Muž	6, 2	70 %	73, 5 %

V metodě MGI vychází vyšší skóre u ženy, což značí větší spokojenost. Subjektivní míru spokojenosti poté oba partneři hodnotí stejně, a to 70 %. Celková hodnota QL je však vyšší u muže (73,5 %) než u ženy (55 %), a to o 18 %, což je dle mého názoru poměrně překvapivé. Oba vnímají partnerství jako nejdůležitější, dále pak rodinu. Pro ženu je to také zdraví, mateřství a finance. Muži naopak preferují kariéru a volný čas.

Respondentka č. 16 a respondent č. 17

Tabulka 81: Porovnání kvality života mezi páry - č. 16 a č. 17

	Ohodnocení QL metodou MGI	Ohodnocení subjektivní QL metodou SEIQoL
Žena	5, 63	80 %
Muž	3, 29	70 %

Tito dva partneři se shodují v tom, co je pro ně v životě nejdůležitější – vztah s partnerem, dítě, volný čas, spánek a být bez strachu a deprese. Dle metody MGI je žena spokojena více než muž, a to o 2,34, což je více než u prvního páru. Dále žena udává větší subjektivní spokojenost (80 %) se životem než muž (70 %). Celková (objektivní) hodnota QL nebyla z důvodu nedostatku uvedených životních témat posouzena.

Z výše uvedeného posouzení by se dalo říci, že ženy jsou v páru více spokojené než muži.

Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na téma Kvalita života rodičů předčasně narozených dětí. Zabývá se tedy tím, jak předčasné narození ovlivňuje kvalitu života rodičů.

V teoretické části jsem se věnovala dvěma hlavním tématům – kvalitě života (definici, vnímání kvality života z různých pohledů, hodnotícími technikami) a neonatologii (rozdělení předčasně narozených dětí, faktorům přispívajícím k předčasnému porodu, péči o předčasně narozené děti a jejich diagnózami).

Empirická část byla založena na dotazníkovém šetření, s využitím metody MGI a SEIQoL. Pomocí těchto metod byla vyhodnocena subjektivní spokojenost QL, tak jak ji vnímají sami rodiče, a objektivní spokojenost QL, která byla vyhodnocena na základě uvedených oblastí a jejich hodnocení.

Hlavním cílem práce bylo zjistit a posoudit kvalitu života rodičů předčasně narozených dětí do 1 biologického roku dítěte a odhalit faktory, které kvalitu ovlivňují.

Výzkumných cílů bylo dosaženo. Výsledky stanovených cílů jsou podrobně popsány v diskuzi. Zjistila jsem, že předčasné narození dítěte nemá tak velký vliv na kvalitu života rodičů, jak bychom si mohli myslet. Předčasně narozené dítě jistým způsobem samozřejmě ovlivňuje život rodičů, zejména jejich psychiku, a to převážně v době po narození dítěte, kdy rodiče mají o něj strach. Pokud vše ale dobře dopadne, troufám si říct, že se jejich život výrazně neliší od rodičů dětí narozených v termínu. Překvapilo mě, že muži subjektivně hodnotí kvalitu života a celkovou spokojenost na nižší úrovni než ženy. Dále jsem se domnívala, že na kvalitu života budou mít nemalý vliv zdravotní problémy dítěte, což bylo vyvráceno. Zjistila jsem, že kvalita života rodičů s dětmi, které trpí zdravotními problémy, se výrazně neliší od rodičů zdravých dětí.

V porovnání s výzkumem Závodníkové (2015), která se zaměřovala na kvalitu života v mateřství jako takovém, se naše výzkumy poměrně shodují, např. v subjektivním hodnocení nebo v nejdůležitějších oblastech. Dle výzkumu Závodníkové jsou matky spokojenější v objektivním hodnocení. U Závodníkové matky často uvedly jako jednu z nejdůležitějších oblastí finance, což se v mém výzkumu neprojevalo.

Ve výzkumném šetření byla zvolena kombinace dvou metod, respondenti zde měli možnost subjektivního posouzení, což vnímám jako velké pozitivum. Nevýhodou této metody byla časová náročnost a složitost, kvůli které byl nejspíš problém s návratností dotazníků.

Myslím si, že narození dítěte je pro rodiče jedním z nejkrásnějších momentů v životě. Rodiče jsou velmi šťastni, že mají dítě, ať už narozené v termínu nebo předčasně. Předčasné narození s sebou přináší více starostí a strachu, ale také bohaté zkušenosti na celý život. Dle mého názoru si rodiče předčasně narozených dětí více uvědomují, jaký je to dar, když je jejich dítě v pořádku, protože to je to jediné, co si po předčasném porodu přejí.

Abstrakt

Autor:	Aneta Šimonová
Instituce:	Ústav nelékařský studií, LF UK, Hradec Králové
Název práce:	Kvalita života rodičů předčasně narozených dětí
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Matulová
Počet stran:	117
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2022
Klíčová slova:	kvalita života rodičů, předčasně narozené dítě, diagnózy nedonošených dětí, péče o předčasně narozené dítě

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života rodičů předčasně narozených dětí, tedy dětí narozených před 37. týdnem těhotenství, do 1 roku dítěte. Poukazuje především na to, jak jsou rodiče předčasně narozených dětí spokojeni se svým životem a jaké životní oblasti jsou pro ně nejdůležitější.

Teoretická část popisuje kvalitu života z různých pohledů a metody, kterými lze kvalitu života hodnotit. Dále se zabývá problematikou neonatologie a specifiky péče o předčasně narozené novorozence. Empirická část je zaměřena na výsledky a hodnocení zvolených výzkumných metod - MGI a SEIQoL.

Hlavním cílem práce bylo zjistit a posoudit, jaká je kvalita života rodičů, kterým se narodilo dítě předčasně, a odhalit faktory, které kvalitu jejich života ovlivňují.

Abstract

Name and surname of the author:	Aneta Šimonová
Institution:	Charles University in Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Non – medical Studies
Title:	Quality of life of parents of premature babies
Supervisor:	Mgr. Jana Matulová
Number of pages:	117
Year of defense:	2022
Keywords:	quality of life of parents, premature babies, diagnosis of premature babies, care of premature babies

The bachelor thesis deals with the quality of life of parents of premature babies, babies born before 37th week of pregnancy, up to 1 year of child. It points out, primarily, how the parents of premature babies are satisfied with their lives and which areas of life are most important for them.

The theoretical part describes the quality of life from different perspectives and methods by which quality of life can be evaluated. It also deals with issues of neonatology and the specifics of care for premature newborns.

The second, empirical part is focused on research using the MGI and SEIQoL methods.

The main goal was to find out and assess the quality of parents life with premature borned baby and to reveal the factors that affect their quality of life.

Použitá literatura a prameny

Monografie:

DOKOUPILOVÁ, Milena. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál, 2009, 315 stran. ISBN 978-80-7367-552-3.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018, 116 stran. ISBN 978-80-246-3936-9.

GURKOVÁ, Elena a Vlasta WIRTHOVÁ. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011, 223 stran. ISBN 978-80-247-3625-9.

KIEDROŇOVÁ, E. 2005. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1210-5.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016, 327 stran. ISBN 978-80-247-5014-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Vratislav SCHREIBER. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 stran. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1.vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.

MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada, 2020, xv, 711 stran. ISBN 978-80-271-1745-1.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005, 629 stran. ISBN 80-7254-657-0.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020 - 2020, 788 stran. ISBN 978-80-7345-618-4.

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. *Neonatologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2015, 637 stran. ISBN 978-80-204-3861-4.

Bakalářské, diplomové a dizertační práce:

SOUKENKOVÁ, Michaela. *Psychosociální problematika rodiny s nedonošeným dítětem*. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií, Pardubice, 2012.

ULLRICHOVÁ, Lenka. *Kvalita života ženy po IVF*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta, Olomouc, 2016.

VACHKOVÁ, Eva. *Kvalita života žen v období těhotenství*. Dizertační práce (Ph.D.)-- Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2014, 2014.

ZÁVODNÍKOVÁ, Dana. *Kvalita života ženy v období mateřství*. Bakalářská práce - Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2015.

Elektronické zdroje:

AMORIM, M., SILVA, S., KELLY-IRVING, M. et al. *Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review*. [online]. Portugal, 2018 [cit. 2022-3-24]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-017-1771-6>.

BAŤOVÁ, Jitka; Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence [online]. Zlín: Novorozenecká JIP, Krajská nemocnice T. Bati, 2007 [cit. 2021-9-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-nedonoseneho-novorozence-295955>.

CASTEELS, I., CASSIMAN, C., VAN CALSTER, J. et al. *Educational paper: Retinopathy of prematurity*. Eur J Pediatr. [online]. 2012. [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-011-1610-7>.

HARALDSTAD, K., WAHL, A., ANDRENAES, R. et al. *A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences*. Qual Life Res. [online]. 2019. [cit. 2022-2-7]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6761255/#>.

JEŽOVÁ, Marta; HOTÁRKOVÁ, Sylva; MŮČKOVÁ, Katarína et al. 2010. *Hypertextový atlas novorozenecké patologie: Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů* [online]. Portál Lékařské fakulty Masarykovy univerzity [cit. 2021-9-23]. Dostupné z: https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl_cz/novorviab.html#sectionlabel_novorviab

NEDOKLUBKO Z.S., *Nedoklubko – o nás* [online]. Praha, 2022. [cit.2022-1-25]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz>

NEONATOLOGIE BRNO Z.S., *Neonatologie* [online]. Brno, 2019 [cit. 2021-09-20]. Dostupné z: <https://www.neonatologiebrno.cz/co-je-neonatologie>

SUNDADARAJAN, S., RABE, H. *Prevention of iron deficiency anemia in infants and toddlers.* *Pediatr Res.* [online]. 2021. [cit.2022-2-10]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41390-020-0907-5>

SYMON, Andrew, Anna MACDONALD a Danny RUTA. *Postnatal Quality of Life Assessment: Introducing the Mother-Generated Index.* Birth (Berkeley, Calif.) [online]. Maledn, USA: Blackwell Publishing, 2002. ISSN 0730-7659. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1046/j.1523-536X.2002.00154.x>

THÉBAUD, B.; GOSS, K.N, LAUGHON, M. et al. *Bronchopulmonary dysplasia.* *Nat Rev Dis Primers.* [online]. 2019.[cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0127-7#Sec15>

VALDEZ SANDOVAL, P., HERNÁNDEZ ROSALES, P., QUIÑONES HERNÁNDEZ, D.G. et al. *Intraventricular hemorrhage and posthemorrhagic hydrocephalus in preterm infants: diagnosis, classification, and treatment options.* *Childs Nerv Syst.* [online]. 2019. [cit. 22-2-10]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00381-019-04127-x>

Seznam zkratek

AB0 – systém krevních skupin

APO - Akademie patientských organizacíh

APACHE - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

BPD - Bronchopulmonální dysplazie

ČR – Česká republika

DC – dýchací cesty

EFCNI - The European Foundation for the Care of Newborn Infants (Evropské nadace pro péči o novorozence)

EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer

g – gram

GV – gestační věk

HELLP – Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count

HDP – hrubý domácí produkt

HS - Health State

HSP – Health State Profile

IUGR - intrauterinní růstová retardace plodu

IVH – intraventricular hemorrhagie (nitrokomorové krvácení)

JIPN – jednotka intenzivní péče pro novorozence

JIPR – jednotka intenzivní a resuscitační péče

LGA – large for gestation age

LqoLP - Lancashire Quality of Life Profile

LSS – Life Satisfaction Scale

MANSA - Manchester Short Assasment of Quality of Life

MGI – Mother-Generated Index

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

PANAS – Positive Affect Negative Affect Scale

PGWS - Psychological General Well-Being Scale

PSI – performance status index

QLI - Quality of Life Index

QOL, QL – Quality of Life

,QoL - quality of life of the patient

RDS – respiratory distress syndrom (syndrom dechové tísně)

Rh – Rh faktor

ROP – retinopatie

SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

SF – 36, 12 - Short - Form Item36, 12

SGA – small for gestational age

SWLS - Satisfaction With Life Scale

TK – krevní tlak

tt. – týden těhotenství

USA – United States of America (Spojené státy americké)

VAS – Visual Analogous Scale

VAS - QL - Visual Analogous Scale – Quality of Life

WHO – World Health Organization

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	40
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	41
Graf 3: Pracovní zařazení respondentů	41
Graf 4: Věk rodičů v době narození dítěte – rozdělení na dvě skupiny.....	42
Graf 5: První dítě rodičů	43
Graf 6: Rizikovitost těhotenství	43
Graf 7: Gestační stáří při porodu	44
Graf 8: Biologický věk dětí	45
Graf 9: Známost příčiny předčasného porodu	45
Graf 10: Příčina předčasného porodu	46
Graf 11: Zdravotní problémy dětí.....	47

Seznam tabulek

Tabulka 1: Zdravotní problémy dětí	47
Tabulka 2: Respondentka č. 1, MGI metoda	48
Tabulka 3: Respondentka č. 1, SEIQoL metoda.....	48
Tabulka 4: Respondentka č. 1, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	49
Tabulka 5: Respondentka č. 2, MGI metoda	49
Tabulka 6: Respondentka č. 2, SEIQoL metoda.....	50
Tabulka 7: Respondentka č. 2, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	50
Tabulka 8: Respondent č. 3, MGI metoda.....	51
Tabulka 9: Respondent č. 3, SEIQoL metoda	51
Tabulka 10: Respondent č. 3, vyhodnocení spokojenosti, QL	51
Tabulka 11: Respondentka č. 4, MGI metoda	52
Tabulka 12: Respondentka č. 4, SEIQoL metoda.....	52
Tabulka 13: Respondentka č. 4, vyhodnocení spokojenosti.....	53
Tabulka 14: Respondentka č. 5, MGI metoda	53
Tabulka 15: Respondentka č. 5, SEIQoL metoda.....	54
Tabulka 16: Respondentka č. 5, Vyhodnocení spokojenosti, QL.....	54
Tabulka 17: Respondentka č. 6, MGI metoda	55
Tabulka 18: Respondentka č. 6, SEIQoL metoda.....	55
Tabulka 19: Respondentka č. 6, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	56
Tabulka 20: Respondentka č. 7, MGI metoda	56
Tabulka 21: Respondentka č. 7, SEIQoL metoda.....	57
Tabulka 22: Respondentka č. 7, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	57
Tabulka 23: Respondentka č. 8, MGI metoda	58
Tabulka 24: Respondentka č. 8, SEIQoL metoda.....	58
Tabulka 25: Respondentka č. 8, vyhodnocení spokojenosti.....	58
Tabulka 26: Respondentka č. 9, MGI metoda	59
Tabulka 27: Respondentka č. 9, SEIQoL metoda.....	60
Tabulka 28: Respondentka č. 9, vyhodnocení spokojenosti.....	60
Tabulka 29: Respondentka č. 10, MGI metoda	60
Tabulka 30: Respondentka č. 10, SEIQoL metoda.....	61
Tabulka 31: Respondentka č. 10, vyhodnocení spokojenosti.....	61
Tabulka 32: Respondentka č. 11, MGI metoda	62

Tabulka 33: Respondentka č. 11, SEIQoL metoda.....	62
Tabulka 34: Respondentka č. 11, vyhodnocení spokojenosti.....	62
Tabulka 35: Respondentka č. 12, MGI metoda	63
Tabulka 36: Respondentka č. 12, SEIQoL metoda.....	64
Tabulka 37: Respondentka č. 12, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	64
Tabulka 38: Respondentka č. 13, MGI metoda	65
Tabulka 39: Respondentka č. 13, SEIQoL metoda.....	65
Tabulka 40: Respondentka č. 13, vyhodnocení spokojenosti.....	65
Tabulka 41: Respondentka č. 14, MGI metoda	66
Tabulka 42: Respondentka č. 14, SEIQoL metoda.....	67
Tabulka 43: Respondentka č. 14, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	67
Tabulka 44: Respondent č. 15, MGI metoda.....	68
Tabulka 45: Respondent č. 15, SEIQoL metoda	68
Tabulka 46: Respondent č. 15, vyhodnocení spokojenosti, QL	68
Tabulka 47: Respondentka č. 16, MGI metoda	69
Tabulka 48: Respondentka č. 16, SEIQoL metoda.....	70
Tabulka 49: Respondentka č. 16, vyhodnocení spokojenosti.....	70
Tabulka 50: Respondent č. 17, MGI metoda.....	71
Tabulka 51: Respondent č. 17, SEIQoL metoda	71
Tabulka 52: Respondent č. 17, vyhodnocení spokojenosti.....	71
Tabulka 53: Respondentka č. 18, MGI metoda	72
Tabulka 54: Respondentka č. 18, SEIQoL metoda.....	73
Tabulka 55: Respondentka č. 18, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	73
Tabulka 56: Respondentka č. 19, MGI metoda	74
Tabulka 57: Respondentka č. 19, SEIQoL metoda.....	74
Tabulka 58: Respondentka č. 19, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	75
Tabulka 59: Respondentka č. 20, MGI metoda	75
Tabulka 60: Respondentka č. 20, SEIQoL metoda.....	76
Tabulka 61: Respondentka č. 20, vyhodnocení spokojenosti, QL.....	76
Tabulka 62: Respondentka č. 21, MGI metoda	77
Tabulka 63: Respondentka č. 21, SEIQoL metoda.....	77
Tabulka 64: Respondentka č. 21, vyhodnocení spokojenosti.....	77
Tabulka 65: Seznam zvolených oblastí života a četnost.....	78
Tabulka 66: Ovlivnění životních oblastí.....	80

Tabulka 67: Ohodnocení životních oblastí - MGI.....	81
Tabulka 68: Přidělené body dle důležitosti - MGI	82
Tabulka 69: Životní témata - SEIQoL.....	84
Tabulka 70: Důležitost životních témat - SEIQoL	85
Tabulka 71: Míra spokojenosti s životními tématy	86
Tabulka 72: Přehled hodnot subjektivní a objektivní spokojenosti.....	87
Tabulka 73: Souhrnná subjektivní a objektivní míra spokojenosti.....	89
Tabulka 74: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na věku rodičů	92
Tabulka 75: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na vzdělání	93
Tabulka 76: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na věku dítěte.....	94
Tabulka 77: Hodnocení kvality života metodou MGI a SEIQoL v závislosti na zdravotní problémy dítěte	95
Tabulka 78: Nejdůležitější oblasti a životní témata v metodě MGI a SEIQoL	96
Tabulka 79: Posouzení kvality života žen a mužů.....	97
Tabulka 80: Porovnání kvality života mezi páry - č. 14 a č. 15	98
Tabulka 81: Porovnání kvality života mezi páry - č. 16 a č. 17	98

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam perinatologických center v ČR

Příloha 2: Dotazník

Příloha 3: Povolení výzkumného šetření

Příloha 1: Seznam perinatologických center v ČR

Seznam perinatologických center v ČR

- Fakultní nemocnice Brno
- Nemocnice České Budějovice, a. s.
- Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Nemocnice Most, o.z.
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Fakultní nemocnice Ostrava
- Fakultní nemocnice Plzeň
- Gynekologicko-porodnická klinika VFN (Apolinář), Praha 2
- Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4
- Fakultní nemocnice Motol, Praha 5
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
- Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

Příloha 2: Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Aneta Šimonová a jsem studentkou 3. ročníku Lékařské fakulty v Hradci Králové, kde studuji obor Ošetrovatelství/ Všeobecná zdravotní sestra. V rámci své závěrečné, bakalářské práce s názvem „Kvalita života rodičů předčasně narozených dětí“ se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je určen pro rodiče nedonošených dětí do 1 roku dítěte. Součástí dotazníku je pár základních otázek a dotazníky MGI a SEIQoL, které slouží pro zhodnocení kvality vašeho života po narození nedonošeného dítěte. Vámi poskytnuté informace jsou anonymní a slouží pouze pro výzkumné účely mé práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu.

Prosím zakroužkujte či doplňte Vaši odpověď.

1. Jste žena nebo muž:

- a) žena
- b) muž

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní škola
- b) výuční list
- c) středoškolské vzdělání s maturitou
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola

3. Jste zaměstná/ý?

- a) nezaměstná/ý
- b) zaměstnaná/ý
- c) studující
- d) na mateřské/rodičovské dovolené

4. Váš věk v době narození dítěte?

.....

5. Bylo předčasně narozené dítě Vaším prvním dítětem?

a) ANO

b) NE

6. Bylo těhotenství rizikové a hrozilo, že se dítě narodí předčasně?

a) ANO

b) NE

7. V kolikátém týdnu těhotenství se Vaše dítě narodilo?

.....

8. Jaký je biologický věk Vašeho dítěte?

.....

9. Byla známa příčina předčasného porodu? V případě, že ANO, uveďte ji prosím.

a) ANO, příčina

.....

b) NE

10. Má Vaše dítě nějaké zdravotní problémy, které ovlivňují nějakým způsobem Váš život?

a) ANO,

jaké:.....

b) NE

Dotazník pro posouzení kvality života ženy v období po porodu – MOTHER-GENERATED INDEX ©

+ 1. Krok – identifikace důležitých oblastí života	2. Krok – ohodnocení oblastí života	3. Krok – přidělování bodů
<p>Prosím Vás o zvážení nejdůležitějších oblastí Vašeho života, které byly ovlivněny předčasným narozením dítěte. Mohou to být oblasti života, kterých se tato událost dotkla pozitivně či negativně, nebo kombinovaně - pozitivně i negativně. Uveďte, prosím, až 8 zmíněných oblastí do tabulky a označte, jaké změny došlo (pozitivní, negativní, obojí).</p> <p>Příklady mohou být:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vztah s partnerem • Souznění s mateřskou rolí • Vztah k sobě samé • Pocit tělesného zdraví <p><i>Toto jsou jen příklady. Prosím Vás o Vaše sdělení.</i></p>	<p>Nyní prosím ohodnoťte oblasti Vašeho života, které jste uvedla v předchozím kroku na přiložené škále.</p> <p>Tato škála posuzuje, jak se změny po narození miminka dotkly oblastí Vašeho života za poslední měsíc.</p> <p>Prosím Vás o vyznačení vhodné odpovědi na škále od 0 do 10, kdy:</p> <p>0 = nejhorší pocit – nemůžete se cítit hůře 10 = nejpříjemnější pocit – nemůžete se cítit lépe</p> <p style="text-align: center;">Nejhorší Nejlepší</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	<p>Prosím Vás o zvážení, jak důležité tyto oblasti Vašeho života pro Vaši kvalitu života jsou.</p> <p>Máte k dispozici 20 bodů, které můžete celkem rozdělit. Pokud u nějaké oblasti nechcete dát žádný bod, nemusíte. Nejvíce bodů dáváte k oblastí Vašeho života, která je pro Vás nejdůležitější. Body uvádějte do řádků v tabulce.</p>
	<p>Prosím zakroužkujte odpověď: Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	
	<p>Pozitivně, Negativně Obojí/ Žádné</p> <p style="text-align: center;">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	

Pamatujte: body ve 3. kroku musí být maximálně do součtu 20.

Instrukce k metodě SEIQoL

Po narození nedonošeného dítěte

1. Každý člověk má několik věcí, na kterých mu v životě záleží. Můžeme je označit jako **životní témata**. Zkuste se zamyslet, která taková témata jsou ve Vašem osobním životě pro Vás nejdůležitější. Zamyslete se a vyberte jich pět, která považujete za nejdůležitější. Životní téma bývá vyjádřeno stručně, stačí jedno, dvě slova např. rodina. Každé téma napište do níže uvedené tabulky na jeden řádek ve druhém sloupečku. V dalším sloupečku téma rozveďte podrobněji, abychom věděli, co si pod tím představít – např. oč Vám v rodině speciálně jde, v čem a jak byla ovlivněna narozením nedonošeného dítěte.
2. Uveďte u každého tématu, do pravého krajního sloupečku, jak bylo podle Vašeho názoru narozením nedonošeného dítěte ovlivněno, tj. jak jste s daným tématem **spokojena**. Uveďte to v procentech od nuly do 100 %, kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti (vůbec nejsem spokojen/a) a 100 % znamená, že jsem spokojen/a.
3. Uveďte u každého tématu, jak moc je toto téma pro Vás **důležité**. To pište do levého sloupečku – a sice v procentech. Představte si, že pro všech pět témat, které jste uvedl/a

máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto pět témat podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech pěti čísel v prvním sloupečku musí dávat dohromady 100 %.

- Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem teploměru Vaší životní spokojenosti.

Děkujeme Vám



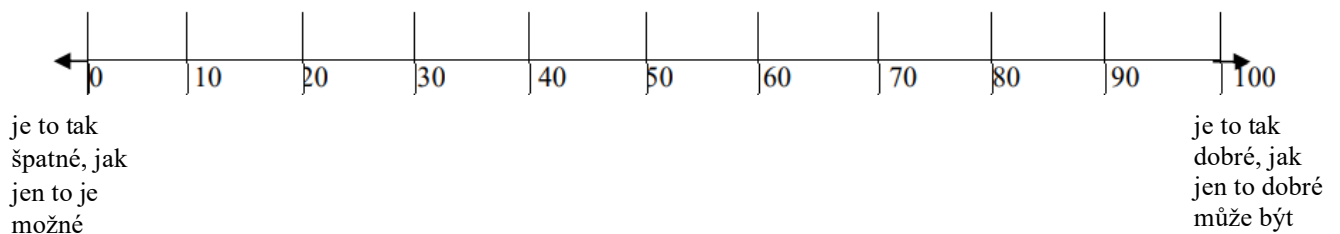
FORMULÁŘ K METODĚ SEIQoL

3. Důležitost daného tématu v %	1. Životní téma – oč Vám v životě jde a co nejvíce ovlivnilo narození nedonošeného dítěte		2. Míra spokojenosti %
	Stručné vyjádření	Podrobnější popis	

3. součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

2. Možnost vyjádřit se v každém řádku pravého sloupečku od 0 – 100%

4. Míra spokojenosti se životem



Příloha 3: Povolení výzkumného šetření

Vážený paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581, Nový Hradec Králové, 500 05 Hradec Králové

V Hradci Králové dne 3.11.2021

Žádost o povolení výzkumného šetření na Dětské klinice, v poradně pro rizikové novorozence, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Vážená paní magistro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Dětské klinice, v poradně pro rizikové novorozence FNHK, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Anety Šimonové, narozené 7. 2. 2000, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit kvalitu života rodičů předčasně narozených dětí, u rodičů s dětmi do 1 biologického roku dítěte, zjistit a porovnat, jak jejich život ovlivnilo předčasně narozené dítě.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti, předpokládaný počet respondentů je 20 – 25.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové, zástupkyně přednosty Ústavu nelékařských studií LFHK.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Aneta Šimonová
Dvory 69
Nymburk, 288 02

Mgr. Jana Matulová
Ústav nelékařských studií
Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Šimkova 870
Hradec Králové, 500 03


Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

4. 11. 2021

Podpis a razítko

Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové