Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zdravotní gramotnost matek s předčasně narozeným dítětem

Health literacy of mothers with premature infant

Barbora Vencová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika navazující

Studijní obor: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Zdravotní gramotnost matek s předčasně narozeným dítětem* vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 7. 4. 2015

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce. Dále děkuji primáři MUDr. Lumíru Kantorovi, Ph.D. za cenné informace a kontakty.

ABSTRAKT

Zdravotní gramotnost podle WHO představuje kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup, rozumět a využívat informace způsoby, které podporují a udržují dobrý zdravotní stav. Běžná úroveň zdravotní gramotnosti může být v případě hladkého průběhu těhotenství a přirozeného porodu dostačující. Pokud se ale v těhotenství objeví některé zdravotní problémy, je třeba podpořit zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti matek. Hlavním cílem diplomové práce je popsat objektivní úroveň zdravotní gramotnosti matek s předčasně narozeným dítětem a stanovit oblasti, které jsou pro tyto matky nejvíce problematické. Teoretická část práce se zabývá demografickými daty vztahujícími se k předčasným porodům, základním vymezením problematiky předčasných porodů, základní charakteristikou oboru neonatologie a organizací péče, předčasně narozeným dítětem, jeho nejčastějšími zdravotními komplikacemi a prognózou. Vymezuje zdravotní gramotnost a operacionalizuje ji ve vztahu k matkám s předčasně narozeným dítětem. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metodologie. Sběr dat probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti pro rozhovory byli lékaři, kteří pečují o předčasně narozené děti. Výběr respondentů byl proveden metodou sněhové koule. Pro usnadnění analýzy dat byly rozhovory přepsány a následně vyhodnoceny pomocí metody trsů. Výsledky byly diskutovány se zásadními literárními zdroji a na jejich základě jsou navrhnuta témata pro interaktivní, vzdělávací kurz pro matky s předčasně narozeným dítětem, který by vedl ke zvýšení jejich zdravotní gramotnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

PND, matky s PND, neonatologie, zdravotní gramotnost, zdravotní gramotnost matek s PND, informace, edukace, dovednosti.

ABSTRACT

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health, according to WHO.
Common health literacy level may be sufficient in the case of smooth pregnancy and natural childbirth. However, if there are some health problems, it is necessary to support an increase in health literacy level of mothers.
Main objective of this thesis is to describe the objective health literacy level of mothers with premature baby and to identify areas that are for these mothers most problematic. The theoretical part deals with demographic data related to premature births, the basic definition of prematurity, an essential characteristic of neonatology and organization of care, premature baby, the most common medical complications and prognosis. Defines and operationalizes health literacy of mothers with premature baby. Research used a qualitative methodology. Data were collected using semi-structured interviews. Respondents for interview were physicians who care for preterm infants. The selection of respondents was conducted using the snowball sampling to facilitate data analysis, were interviews transcribed and then analyzed using the cluster analysis. Results were discussed with the essential literary sources. Based on the results are designed themes for interactive and creative course for mothers with premature baby, which would increase their health literacy.

KEYWORDS

Premature baby, mothers with premature baby, neonatology, health literacy, health literacy of mothers with premature baby, information, education, skills.

Obsah

1 Úvod 8
A. TEORETICKÁ ČÁST 10
2 Demografie 10
2.1 Fertilita (plodnost) a natalita (porodnost) 11
2.2 Mortalita (úmrtnost) 13
2.3 Mrtvorozenost 16
2.4 Morbidita (nemocnost) 17
2.5 Potratovost 18
2.6 Vývoj frekvence novorozenců s nízkou porodní hmotností 19
3 Předčasný porod 22
3.1 Příčiny předčasného porodu 23
3.2 Diagnostika, léčba a vedení předčasného porodu 28
3.3 Organizace péče o ženy s rizikem předčasného porodu 29
4 Neonatologie 31
4.1 Základní neonatologické klasifikace novorozenců 32
4.2 Ošetření novorozence 37
4.3 Prostředí na neonatologickém oddělení JIRPN 38
4.4 Zásady komunikace s rodiči novorozence na JIRP 39
4.5 Poradny pro rizikové novorozence 41
5 Předčasně narozené dítě 42
5.1 Prognóza 43
6 Kapitola zdravotní gramotnost 47
6.1 Co je zdravotní gramotnost 47
6.2 Úroveň zdravotní gramotnosti 50
6.3 Vliv edukace na zdraví 52
6.4 Lékaři a ošetřující personál 56
6.5 Informace jako základ zdravotní gramotnosti 58
6.6 Zdravotní gramotnost matek s PND 61
B. PRAKTICKÁ ČÁST 63
7 Formulace řešeného problému a oblast výzkumu 63
7.1 Cíle výzkumu 64
8 Design výzkumu 65

8.1 Metoda sběru dat 65
8.2 Soubor respondentů 68
8.3 Průběh výzkumu 71
8.4 Způsob zpracování a analýza dat 73
8.5 Vyhodnocování 74
9 Výsledky 76
10 Diskuze 99
11 Závěr 112
12 Seznam použitých informačních zdrojů 113
13 Přílohy 121
13.1 Rozhovor s odborníky, zabývajícími se péčí o předčasně narozené děti 121
13.2 Seznam zkratek 123
13.3 Vyhodnocení jednotlivých respondentů 124
13.4 Perinatologická centra v ČR 154

1 Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou zdravotní gramotnosti matek s předčasně narozeným dítětem. Zdravotní gramotnost je v posledních letech celosvětově aktuální téma a její důležitost stále stoupá. V České republice, stejně jako v jiných zemích, je nezbytné se tématem zdravotní gramotnosti zabývat, protože úroveň zdravotní gramotnosti jednotlivců i společnosti ovlivňuje nejen oblast zdraví a zdravotnictví, ale zasahuje do všech aspektů společenského života.

Nedonošenost je problém stále častější, přes značné technické pokroky závažný. Matky však většinou nepočítají s možností, že by se dítě narodilo předčasně a jsou nenadálou situací velmi zaskočeny. Během několika hodin se jim úplně změní život. Radostné očekávání se mění na strach o život dítěte. Trvá proto delší dobu, než se dokážou se situací vyrovnat a pochopit, co se stalo. Neznalost problematiky a nízká úroveň zdravotní gramotnosti jejich stav zhoršuje. Zátěž, stres a nedostatek znalostí, vhodných schopností a dovedností ovlivňuje chování matek a zbavuje je schopnosti správně na dítě reagovat hned od počátku života. Neznalost a nízká úroveň zdravotní gramotnosti rovněž ovlivňuje schopnost spolupracovat s lékaři a ošetřujícím personálem a být jim partnerem v péči o nezralé dítě. Je proto velmi důležité zvyšovat zdravotní gramotnost matek, aby chápaly informace o stavu dítěte, aby měly dostatek znalostí o vývoji a chování nedonošených dětí a možnostech jejich ovlivnění a postupně tak získaly dovednosti pro vhodnou péči. (Dokoupilová 2009, Kohnerová, Henley, 2013, Sobotková, Ditrichová, 2009)

Cílem práce je popsat a analyzovat objektivní úroveň zdravotní gramotnosti matek s předčasně narozeným dítětem (PND) a stanovit oblasti, které jsou pro tyto matky nejvíce problematické a proč jsou problematické. Podcíle jsou podrobně rozpracovány ve výzkumné části této práce.

Teoretická část práce je rozčleněna do pěti kapitol. První kapitola se zabývá předčasným porodem z pohledu demografie a objasňuje základní demografické pojmy vztahující se k problematice nedonošenosti. Druhá kapitola vysvětluje, co znamená předčasný porod a z jakých příčin k němu může dojít. Třetí kapitola je věnovaná neonatologii. Popisuje obor z hlediska historického vývoje a dále uvádí základní přehled o neonatologickém oddělení a postupech při péči o novorozence. Čtvrtá kapitola je zaměřená na vývoj předčasně

narozených dětí a jejich prognózu. Pátá kapitola se věnuje zdravotní gramotnosti, objasňuje, co pojem znamená a jaký je její význam. Pojem zdravotní gramotnost operacionalizuje. Hodnotí úroveň zdravotní gramotnosti v celosvětovém měřítku i v ČR. Zabývá se souvislostí edukace a zdravotní gramotnosti, získáváním, chápáním a zpracováním informací o zdraví. Zaměřuje se na vztah zdravotní gramotnosti a předčasného porodu.

Praktická část práce se odvíjela od rozhovoru s předsedou neonatologické společnosti primářem neonatologického oddělení v Olomouci MUDr. Lumírem Kantorem. Na základě jeho podrobnějších informací o problematice matek s předčasně narozeným dítětem, bylo rozhodnuto, že bude situace zdravotní gramotnosti matek s předčasně narozeným dítětem analyzována z rozhovorů s lékaři, kteří pečují o předčasně narozené děti. Praktická část se skládá z formulace řešeného problému a cílů výzkumu, designu výzkumu, tj. metody a způsobu sběru a zpracování dat, výsledků výzkumu, diskuze a závěru.

Na základě poznatků z teoretické a praktické části by měla být navržena témata pro kurz zaměřený na edukaci a zvyšování zdravotní gramotnosti matek s PND.

Teoretickými východisky práce byly pojmy, které vychází z hlavního cíle práce: *PND, matky s PND, neonatologie, zdravotní gramotnost, zdravotní gramotnost matek s PND, informace, edukace, dovednosti.* Pro rešeršní strategii byla zvolena vědecká knihovna v Olomouci a v Praze, dále byly zdroje vyhledávány v databázích US National library of Medicine a zde zejména v databázi PubMed, NCBI Web Site, NCBI Books, dále v Medical Library Association archive of Journal, na stránkách Světové zdravotnické organizace a rovněž byly hledány výzkumy na podobné téma na stránkách některých zahraničních univerzit. K neonatologické problematice byly některé zdroje doporučeny a poskytnuty primářem Kantorem.

A. TEORETICKÁ ČÁST

2 Demografie

Nízká porodní hmotnost a nedonošenost postihuje dnes v ČR více než 8 tisíc dětí každý rok a z tohoto počtu je 1500 dětí s velmi nízkou porodní hmotností. (Dokoupilová et al., 2009) V celosvětovém měřítku se odhaduje 15 milionů předčasně narozených dětí (před 37. týdnem gestace) a jejich počet stále vzrůstá. Přes milion dětí zemře ročně na komplikace spojené s předčasným porodem. (Blencowe et al. 2012)

Problém nedonošenosti je složitý, při jeho řešení je potřeba zohledňovat nejen aspekty medicinské, ekonomické, psychologické a legislativní, ale také náboženské, etnické a kulturní. (Dokoupilová, 2009, s. 9) Problém se tedy netýká jen matky a dítěte či jejich rodiny, ale celé společnosti, proto je nezbytné zjišťovat demografická data, která nám ukazují, jak velký problém je a zda se nám ho daří řešit.

Každá vyspělá společnost má značný zájem na tom, aby porodnická a neonatologická péče dosahovala co nejvyšší úrovně. K posouzení této péče potřebujeme být schopni vyhodnocovat její výsledky a rovněž potřebujeme jednoznačně definovaná, spolehlivá a mezinárodně srovnatelná kritéria. K základním kritériím se řadí epidemiologické ukazatele, kterými jsou natalita (porodnost), mortalita (úmrtnost) a morbidita (nemocnost). Epidemiologická data umožňují systematickou analýzu kvality perinatologické diagnostiky, léčby, využívání zdrojů a pomáhají stanovit priority a strategie s celostátní působností nebo pro určité období, geografické oblasti, specifické skupiny atd. (Straňák a kol., 2014, Čech et al., 2006)

Perinatologická data se v ČR získávají jednak na úrovni zdravotnických zařízení za jeden rok a jsou diferencovaná podle hmotnostních kategorií (500-749g, 750-999g, 1000- 1499g, 1500-2499g, 2500-2999g, 3000-3999g, 4000g a více) tyto údaje se užívají k určení hmotnostně specifických a hmotnostně proporcionálních ukazatelů natality, mortality a podílu vrozených vývojových vad. Dále jsou sbírána data individuální, prostřednictvím Národního registru rodiček, Národního registru novorozenců a Národního registru vrozených vývojových vad pod správou ÚZIS. (Čech et al., 2006, s. 177).

Data využitá v této kapitole jsou převážně z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), který plní úkoly Národního zdravotnického informačního systému, provádí sběr a zpracování zdravotnických informací a statistiky. ÚZIS je pověřen Ministerstvem zdravotnictví správou dat z resortního Programu statistického zjišťování sbíraných podle zákona o státní statistické službě a správou Národních zdravotních registrů. (www.uzis.cz) Některé údaje v diplomové práci jsou čerpány z prezentací nebo článků našich předních neonatologů.

2.1 Fertilita (plodnost) a natalita (porodnost)

Pojem natalita je odvozen od porodu, znamená rození dětí, chápané jako hromadný jev a vztahované k určité populaci, spolu s úmrtností nejdůležitější složka demografické reprodukce. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009, s. 98)

Perinatologie a neonatologie se z demografických ukazatelů natality zabývá zejména plodností, porodností, přirozeným přírůstkem obyvatelstva a frekvencí novorozenců s nízkou porodní hmotností. (Čech et al, 2006)

Úroveň porodnosti závisí na **plodivosti** neboli fekunditě, schopnosti muže a ženy rodit děti. Jejím výsledným efektem, vyjádřeným počtem narozených dětí, je **plodnost** neboli fertilita. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Plodnost neboli fertilita znamená počet narozených dětí na 1000 žen v reprodukčním věku (15 – 49 let). (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009, s. 99)

V ČR se plodnost stále snižuje. Od roku 1969 byl největší nárůst zaznamenán okolo roku 1979 a od té doby klesá. (www.uzis.cz, Rodička a novorozenec 2012)

Úhrnná plodnost vyjadřuje průměrný počet dětí, které by se narodily jedné ženě během období její reprodukční schopnosti při zachování konstantních měr plodnosti sledovaného kalendářního roku. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Od počátku 90. let úhrnná plodnost prudce klesá až do počátku 21. století, kdy se pokles zastavil a každoročně se zvyšuje zhruba o jednu setinu. Poslední zpracovaná data za rok 2012 ukazují oproti roku předešlému mírné zvýšení. Přesto, že dochází k nepatrnému

nárůstu, úhrnná plodnost stále zůstává pod tzv. záchovnou hranicí prosté reprodukce. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009, s. 202-206)

Specifická plodnost se mění s věkem rodičky a čistá plodnost značí počet živě narozených dětí ženám v určitém věku na celkový počet žen v tomto určitém věku. Jedním ze zásadních trendů v posledních letech je stálé odsouvání porodu do vyššího věku. Od devadesátých let minulého století obecně klesá plodnost žen mladších 25. let. Do roku 1997 byly specifické míry plodnosti nejvyšší u žen 20 – 24 let. Od roku 1998 až do 2010 se na celkové plodnosti nejvíce podílely již ženy 25 – 29 let a v posledních dvou letech jsou to již ženy ve věku 30 – 34 let. Zvyšuje se rovněž plodnost žen nad 35 let. Matkám nad 35 let se v roce 2012 narodilo téměř 19,8 tisíc dětí, což je 18,2% z celkového počtu živě narozených. (www.uzis.cz, Zdravotnická ročenka 2012, s. 28)

Porodnost se odvíjí od výše uvedené plodivosti a je rovněž ovlivněna vnějšími nebiologickými faktory jako je politická a ekonomická situace, ale také náboženství nebo hodnotový systém partnerů. Podkladem pro statistiku narozených je jednak „Hlášení o narození dítěte“, ale rovněž „Hlášení o narození mrtvého dítěte“, protože je nezbytné hlásit každé porodem ukončené těhotenství. U vícečetných těhotenství se hlásí každé dítě zvlášť. (www.demografie.info.cz, Demografický informační portál, 2004 - 2014)

Počet narozených dětí – celková porodnost, hrubá míra porodnosti (někteří demografové prosazují termín "obecná míra") je nejjednodušším ukazatelem porodnosti a v demografické statistice vyjadřuje počet živě narozených dětí připadající na 1000 obyvatel (středního stavu). V zájmu široké srovnatelnosti údajů ČSÚ publikuje vždy ukazatele demografické statistiky za kalendářní rok. (Příručka demografické statistiky, 2001)

Hrubá míra porodnosti se získává sumarizací individuálních statistických hlášení o narození. Nezahrnuje děti narozené při utajených porodech (vč. nalezených dětí) podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 422/2004 Sb. (www.uzis.cz, Závazné pokyny NZIS 003_20120701)

Nejjednodušší mírou porodnosti je čistá porodnost či živorodnost což je počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Základním předpokladem pro výpočet údajů o živorodnosti a kojenecké úmrtnosti je jasné **vymezení pojmů narození živého a mrtvého dítěte**, které vychází ze Závazných pokynů NZIS a shodují se s mezinárodně doporučenými definicemi Světové zdravotnické organizace (WHO), podle níž je touto hranicí mezi živým a mrtvým dítětem přítomnost alespoň jedné ze čtyř známek života. Za **živě narozené dítě se** považuje plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulsaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena. (www.demografie.info.cz, Straňák a kol., 2014)

2.2 Mortalita (úmrtnost)

Znamená vymírání určité populace a je vedle porodnosti druhou základní složkou demografické reprodukce. Úroveň a vývoj úmrtnosti se vztahuje k nemocnosti a kvalitě životních podmínek. Základem pro její sledování je individuální statistické hlášení o úmrtí, zasílané Českému statistickému úřadu příslušnou matrikou. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Pro vyjádření úmrtnosti se užívá hrubá míra úmrtnosti, která označuje počet zemřelých osob připadající na 1 000 obyvatel středního stavu, nejčastěji v jednom roce. Dnes vzhledem k nízkým hodnotám, nemá tento ukazatel již takovou výpovědní schopnost, protože je příliš ovlivněn věkovou strukturou srovnávaných populací a používá se proto rozlišení podle věku a pohlaví. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Úmrtnost u dětí do jednoho roku je specifická kategorie, která je označována termínem kojenecká úmrtnost a udává počet zemřelých kojenců (tj. dětí, které zemřely před dosažením 1 roku věku) připadající na 1 000 živě narozených dětí ve stejném časovém intervalu (nejčastěji v kalendářním roce). (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009, s. 130)

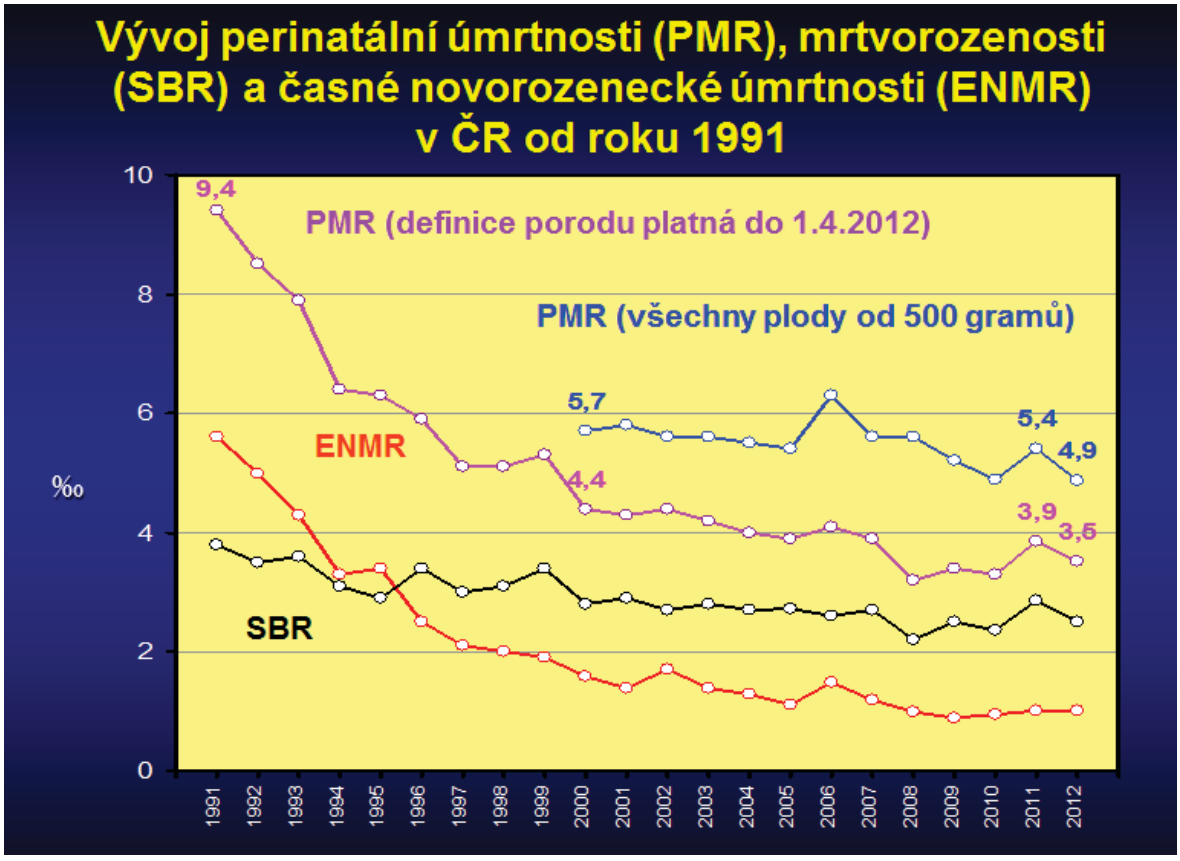
Kojenecká úmrtnost se dále dělí:

- úmrtnost prvního dne,
- úmrtnost poporodní (první tři dny),
- časnou novorozenecká úmrtnost což je úmrtnost během prvního týdne života
- pozdní novorozenecká úmrtnost – od 8 dnů do 28 dnů

- novorozeneckou úmrtnost, která vychází z počtu zemřelých novorozenců, tj. dětí ve věku 0-27 dnů
- ponovorozeneckou úmrtnost, kterou se označuje úmrtnost dětí od 4. týdne (nebo 28. dne) po porodu do konce prvního roku života. (Pavlík, Kalibová, 2005, s. 130)

V neonatologii se rozlišuje perinatální (neonatální) mortalita (NMR nebo PMR), což je počet mrtvě narozených rozšířený o počet zemřelých v prvních 6 dnech po porodu a připadající na 1 000 všech narozených dětí (mrtvě i živě). Perinatální období je v neonatologii a perinatologii stanoveno od 22 dokončeného týdne těhotenství do 7. dne po porodu. Počátek tohoto období je hranicí mezi porodem a potratem a může se v různých zemích lišit, což je významné při mezinárodním srovnání. Perinatální úmrtnost je udávána v promile, což znamená počet případů perinatálního úmrtí na 1000 narozených. Čech uvádí, že předčasné porody se na perinatální neboli časné novorozenecké úmrtnosti podílí až 70%. (Čech et al., 2006, s. 177)

Perinatální mortalita současně s mateřskou úmrtností jsou zásadní historická kritéria pro hodnocení perinatální péče. Perinatální úmrtnost se skládá ze dvou hlavních komponent, kterými je mrtvorozenost a časná novorozenecká neboli perinatální úmrtnost - „ The Early Neonatal Mortality Rate“ (ENMR). Celková perinatální úmrtnost je hrubý údaj neboť pod stejnou celkovou hodnotou se mohou skrývat zcela odlišné a odlišně řešitelné případy. Pro hodnocení kvality perinatální péče, je nezbytné rozlišovat dále, zda došlo k úmrtí plodu donošeného, s normální porodní hmotností, nebo k úmrtí plodu nezralého, s nízkou porodní hmotností a rovněž ve kterém úseku perinatálního období došlo k úmrtí. Obvyklé rozlišení je na období antenatální, intrapartální a postnatální časné novorozenecké. Perinatální úmrtnost je v ČR kolem 5 promile. (Straňák a kol., 2014)



Graf č. 1 (Velebil, Štembera, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Specifická úmrtnost rozlišuje úmrtnost v jednotlivých hmotnostních kategoriích uvedených výše a umožňuje porovnávat úspěšnost péče jednotlivých pracovišť nejen v rámci regionů, ale rovněž na celostátní i mezinárodní úrovni. Proporcionální výskyt úmrtnosti v jednotlivých kategoriích zase umožňuje vyhledávat klinické oblasti, které se nejvíce podílí na úmrtnosti, a tudíž poukazuje na problematiku, která si žádá pozornost a řešení, čímž následně vede ke snižování celkové úmrtnosti. (Čech et al., 2006, Velebil, Štembera, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Základním předpokladem srovnatelnosti údajů o kojenecké úmrtnosti je přesné a neměnné vymezení pojmu narození živého a mrtvého dítěte jak již bylo uvedeno výše.

2.3 Mrtvorozenost

Do 1. 4. 2012 platila v ČR vyhláška č. 11/1988, podle níž byl za mrtvě rozené dítě považován plod bez jakéhokoli projevu života od 1000g. (Straňák a kol., 2014, s. 8)

Od 1. 4. 2012 vešel v platnost zákon č. 372/2011 a současně pro ČR platí definice Světové zdravotnické organizace (WHO) o fetálním úmrtí, což je podle WHO úmrtí plodu, které nastalo před úplným vypuzením nebo vynětím z těla matčina − bez ohledu na délku těhotenství. Úmrtí je prokázáno tím, že po oddělení z těla matčina plod nedýchá, ani neprojevuje jinou známku života jako je srdeční činnost, pulzace pupečníku, nebo nesporný pohyb kosterních svalů. WHO dále uvádí, že „právní požadavky na registraci fetálních úmrtí a živě narozených se liší mezi jednotlivými zeměmi a někdy dokonce i uvnitř jedné země. Přesto se doporučuje, aby tam, kde je to možné, byly do statistických přehledů zahrnuty všechny plody a děti s porodní hmotností alespoň 500 g, ať živé či mrtvé. Není-li k dispozici informace o porodní hmotnosti, měla by se použít odpovídající kritéria pro gestační věk (22 dokončených týdnů), nebo délka těla (25 cm od temene k patě)“. (WHO, MKN 10, Instrukční příručka, 2014)

Za **mrtvě narozené dítě** se tedy dnes považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý.(Straňák a kol., 2014, s. 8)

Dalším zdrojem definic a doporučení, která jsou dnes pro ČR závazné je Nařízení Komise (EU) 328/2011, kterým se provádí nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, pokud jde o statistiky příčin smrti, která klasifikuje mrtvě narozené dítě podle hmotnosti do dvou kategorií:

a) porodní váha od 500 g do 999 g, nebo při nedostupnosti údaje gestační stáří od 22 do 27 ukončených týdnů, nebo při nedostupnosti obou těchto údajů délka od 25 do 34 cm

b) porodní váha 1 000 g nebo vyšší, nebo při nedostupnosti údaje gestační stáří více než 27 ukončených týdnů, nebo při nedostupnosti obou těchto údajů délka nejméně 35 cm (www.demografie.info, Potratovost)

Veškerá fetální úmrtí s hmotností 500 g a vyšší by se pak s ohledem na výše uvedenou definici měla označovat za mrtvě narozené děti (a to zřejmě včetně umělých přerušení těhotenství, které mají vyšší hmotnost než 500g). (www.demografie.info, Demografický portál, 2012, Potratovost)

Ukazatel intenzity výskytu mrtvě narozených je **index mrtvorozenosti**, v praxi definovaný prostě jako **mrtvorozenost** – počet mrtvě narozených dětí připadající na 100 celkem narozených dětí v daném časovém intervalu a v daném území. Mrtvorozenost může zahrnovat intrauterinní, antepartální a intrapartální úmrtí. (www.czso.cz, Český statistický úřad, 2011)

Od roku 1991 úmrtnost a mrtvorozenost novorozenců stále klesá. Celková hodnota kojenecké úmrtnosti je v naší republice pod 3 promile:

- časná novorozenecká úmrtnost v ČR 1- 1,5 promile
- pozdní novorozenecká úmrtnost V ČR kolem 0,8 promile
- novorozeneckou úmrtnost v ČR kolem 2 promile (Straňák a kol., 2014, s. 8)

2.4 Morbidita (nemocnost)

Nemocnost vyjadřuje výskyt a působení nemocí v populaci a je kauzálně propojená s úmrtností. Ukazuje rovněž kvalitu populace, sociální situaci a sociální vývoj. Snižování morbidity je vždy spojováno s pokrokem společnosti, naopak zvyšování značí úpadek.(Pavlík, Kalibová, 2005)

Vzhledem ke značnému snížení mortality se v perinatologii značně zvýšil zájem o ukazatele morbidity a možnosti o její snižování. Jedná se nejen o morbiditu novorozeneckou, ale rovněž o mateřskou, tedy o nemocnost, která vyplývá ze stavů souvisejících s perinatálním obdobím. Definice stavu v této oblasti je obtížná. Současně je nutné rozlišit podíl perinatálních příčin od ostatních faktorů, které způsobují nebo modifikují výsledný stav. Morbidita je mnohem citlivější kritérium kvality poskytované péče než mortalita, proto je nezbytné se věnovat jejímu vyhodnocování, které přispívá ke zlepšování péče. Morbiditu tvoří epidemiologické ukazatele incidence a prevalence, u nichž se určuje relativní riziko, což je poměr rizika ve dvou skupinách a vyjadřuje kolikrát je pravděpodobnější výskyt určitého stavu v populaci, která je vystavena působení

rizikového faktoru vyšší než v populaci, která rizikovému faktoru vystavená není. V současnosti není již pochyb o tom, že zaměření moderní perinatologie se bude ve zkvalitňování péče orientovat na snižování morbidity, tudíž na dlouhodobá sledování nemocí s pravděpodobnou příčinou v perinatálním období. (XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013, Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

2.5 Potratovost

Za potraty jsou v demografické statistice považovány speciální typy úmrtnosti, klasifikované lékařem jako ukončení těhotenství potratem a označují úmrtnost plodu od koncepce do vývojového stádia, kdy je označeno za dítě. Potratovost je počet potratů v kalendářním roce na 1000 obyvatel středního stavu a označuje se jako **hrubá míra potratovosti**. Dále se zpracovává **míra potratovosti podle věku**, což je počet potratů u žen určité věkové kategorie připadající na 1 000 žen středního stavu v dané věkové kategorii. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Potratem je dnes podle zákona č. 372/2011 Sb. označováno ukončení těhotenství, kdy plod, který byl úplně vypuzen nebo vyjmut z těla matčina neprojevující žádnou známku života, váží méně než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů. Zmíněná definice platí od 1. 4. 2012 a ve srovnání s dříve platnou definicí se hmotnostní hranice potratu snížila z 1000 g na 500 g a zároveň se ruší tzv. "živé potraty", tedy situace, kdy dítě vykazovalo známky života, ale mělo méně než 500 g a nepřežilo 24 hodin po porodu. (Straňák a kol. 2014, s. 8.)

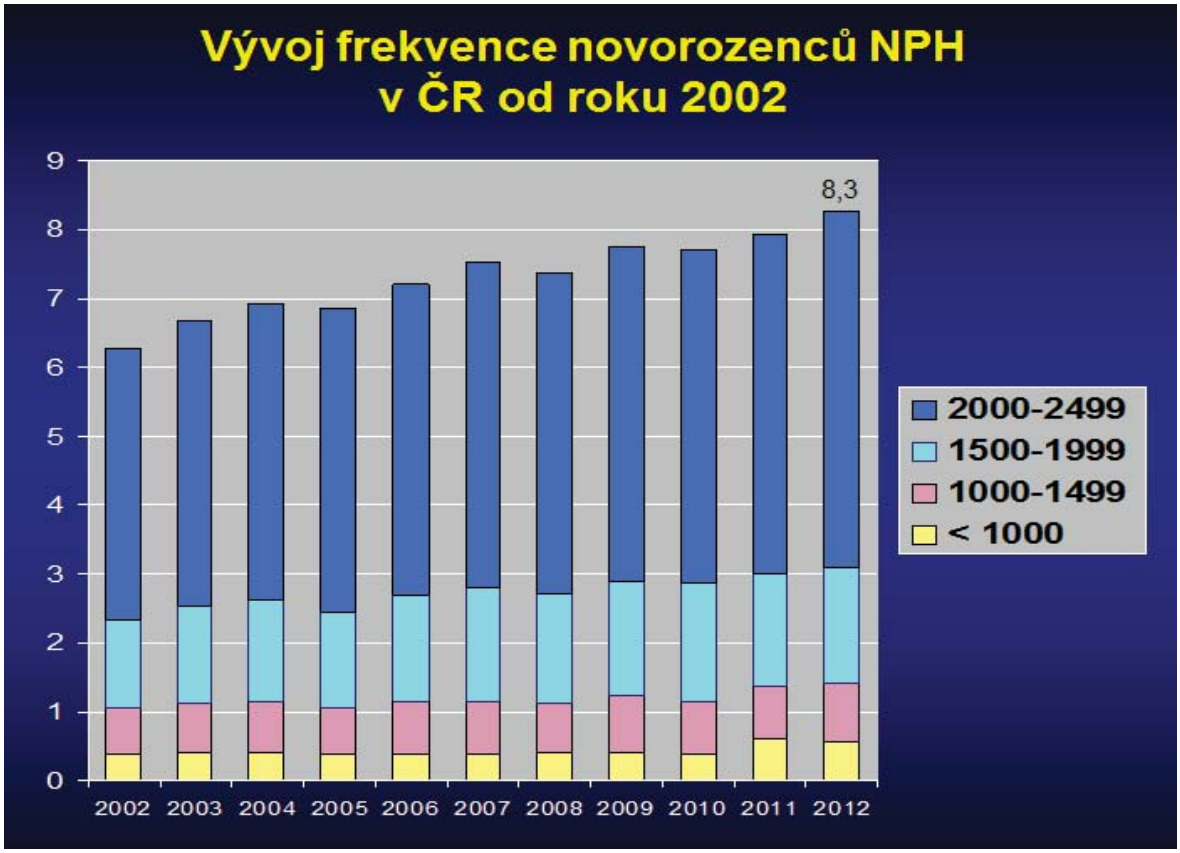
Potratem se dnes rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství nebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů a také případ, kdy bylo z dělohy ženy vyňato plodové vejce bez plodu, nebo těhotenská sliznice histologicky prokazující zbytky potratu. (Čech et al., 2006)

Možnosti mezinárodního srovnání ukazatelů potratovosti jsou omezeny. Některé evropské země nevykazují potraty vůbec (potraty jsou zde považovány za soukromou záležitost ženy, o které nelze podávat žádné informace), některé země nevykazují spontánní potraty nebo nevykazují umělá přerušení těhotenství provedená soukromými lékaři. ČR patří mezi

několik málo zemí, které vykazují potraty v úplnosti. (www.czso.cz ,Český statistický úřad, 2004, Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

2.6 Vývoj frekvence novorozenců s nízkou porodní hmotností

Ukazatel podílu živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností (do 2 500g) prochází v ČR specifickým vývojem, který se sleduje od počátku sedmdesátých let, kdy byl nad 6%. Do poloviny devadesátých let počet těchto dětí pozvolna klesal (na 5,5%) a zhruba od poloviny devadesátých let se opět zvyšuje. Příčinou je komplex mnoha jevů. Rozvoj lékařské vědy, který přinesl mimo jiné možnosti lepší diagnostiky těhotenských rizik a udržení těhotenství do vyšších týdnů, nárůst počtu dětí z umělého oplodnění, dětí z vícečetných těhotenství, zvýšení podílu žen rodících ve věku nad 35 let a schopnosti a možnosti lékařů zachránit děti rodící se již okolo 24 týdne těhotenství. (www.uzis.cz, Zpráva o novorozenci 2012)



Graf č. 2 (Velebil, Štembera, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Od roku 1970 do roku 2012 je v celkové kojenecké úmrtnosti stále vyšší počet zemřelých chlapců s nízkou porodní hmotností (dále jen NPH). Nárůst počtu narozených dětí je patrný v hmotnostní kategorii pod 1000g , ale zejména v kategorii 2000 – 2499g, v níž se v letech 1970 – 2012 rodí stále více dívek. (Velebil, Štembera, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Jednotlivá perinatologická centra v ČR se značně odlišují v počtech novorozenců s NPH i podílem novorozenců pod 1000g. Největší výskyt NPH v hmotnostní kategorii pod 1000g byl zaznamenán v Mostě a Ústí nad Labem naopak nejmenší počet ve Zlíně a v Praze Motole. (Velebil, Štembera, XX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Celkem byla frekvence NPH v roce 2012 8, 3%. Z tohoto celkového počtu tvoří 6, 24% novorozenci jednočetní, kteří jsou nejčetněji zastoupeni v hmotnostní kategorii 2000 – 2999g. (Velebil, Štembera, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Mezi 10 zemí s největším počtem předčasně narozených se řadí:

- India: 3 519 100
- China: 1 172 300
- Nigeria: 773 600
- Pakistan: 748 100
- Indonesia: 675 700
- The United States of America: 517 400
- Bangladesh: 424 100
- The Philippines: 348 900
- The Democratic Republic of the Congo: 341 400
- Brazil: 279 300

(Blencowe et al., 2010)

Podíl počtu porodů vícečetných na celkovém počtu porodů v roce 2004 je 1,8% a postupně narůstá a v roce 2010 je to již 2,13%. Od roku 2010 však po delší době dochází k poklesu počtu porodů vícečetných a rok 2012 zaznamenal již jen 1, 86%. Rozdíl v úmrtnosti u jednočetných a vícečetných je značný. U vícečetných porodů je zastoupení NPH 61, 9%. Podle Velebila, představují vícečetná těhotenství perinatologický problém. (Velebil, Štembera, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013)

Při vícečetném těhotenství se vyvíjí a rodí více jak jeden plod. Přirozený výskyt je stanoven tzv. Hellinsovým pravidlem kvadratického růstu a je u dvojčat jednou na 80 – 90 porodů, u trojčat jednou na 10 000 a u čtyřčat jednou na 500 000 porodů atd. Genetický vliv se váže na ženskou linii. Dvojčata se rodí častěji ženám starším a vícerodičkám. Pravděpodobnost výskytu dvojčat je podmíněná i rasově. Nejčastěji se dvojčata rodí černochům, nejméně se naopak vyskytují u asijské rasy. V současné době je však přirozené pravidlo pravděpodobnosti porušováno asistovanou reprodukcí, která výskyt vícečetných těhotenství značně zvýšila. (Čech et al., 2006) Vzhledem ke zvýšeným rizikům při porodech a následné péči u vícečetných těhotenství se dnes řeší problematika zavádění počtu embryí při umělém oplodnění legislativně. Ve Švédsku byl již v roce 2003 Národní radou pro zdraví uzákoněn přenos pouze jednoho embrya při umělém oplodnění. Přenos dvou embryí je možný jen v případě, že se předpokládá bezproblémové těhotenství. Maršál uvádí, že po uvedení zákona v platnost stoupl na klinice, kde působí počet umělých oplodnění z 25% na 71%, přes to se počet životaschopných gravidit udržel na 34%. Počet dvojčetných těhotenství se díky zákonu snížil z 23% na 6%. Bylo zjištěno, že při umělém oplodnění záleží především na kvalitě přenosu embrya a že kvalitní přenos dvou embryí šanci na otěhotnění nezvyšuje. (Maršál, XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, 2013) Zákon o přenosu pouze jednoho embrya, který platí i v ČR, je podle primáře MUDr. Lumíra Kantora často v soukromých centrech IVF (In vitro fertilizace) porušován.

3 Předčasný porod

Těhotenství je fyziologický děj, který, pokud nenastanou komplikace, trvá průměrně 9 měsíců kalendářních, 10 měsíců lunárních, 40 týdnů nebo 280 dnů, počítáno od prvního dne poslední menstruace. Doba trvání ve výše uvedeném rozmezí je nezbytná pro optimální vývoj plodu a dozrání všech systémů. (Machová, Gutvirth, 1977, s. 7-8)

Hlavním cílem perinatální medicíny je porod fyziologického novorozence a zachování zdraví jeho matky. V ČR rozdělujeme těhotenství na fyziologické, rizikové a patologické. Současná medicína se snaží o co nejvčasnější záchyt a identifikaci rizikových faktorů, které mohou být biologické i sociální. Mluvíme potom o rizikovém těhotenství, což neznamená u ženy nemoc, ale zvýšenou pravděpodobnost vzniku patologického těhotenství. Rizikovým těhotenstvím je označováno takové těhotenství, kde byl prokázaný nějaký z rizikových faktorů (věk matky, její hmotnost a výška, kouření, zaměstnání aj.), ale těhotenství probíhá bez komplikací. Riziková těhotenství vyžadují zvýšenou pozornost a preventivní opatření. Za patologické těhotenství je pak považováno takové, při kterém je prokázaný patologický průběh, který může ohrozit plod či matku. Patologické stavy mohou být preexistující nebo mohou vznikat až v průběhu těhotenství. Patologická těhotenství vyžadují léčebná opatření. Hranice mezi rizikovým a patologickým těhotenstvím je však nepřesná. Výsledkem patologického těhotenství může být předčasný porod. (Roztočil et al., 2008)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je definován jako porod dítěte dříve než v ukončeném 37. gestačním týdnu a rozlišuje 3 subkategorie:

- Extrémně předčasný (extremely preterm <28 weeks)
- Velmi předčasný (very preterm 28 to <32 weeks)
- Středně až pozdně předčasný (moderate to late preterm 32 to < 37 weeks)

(Blencowe et al., 2012)

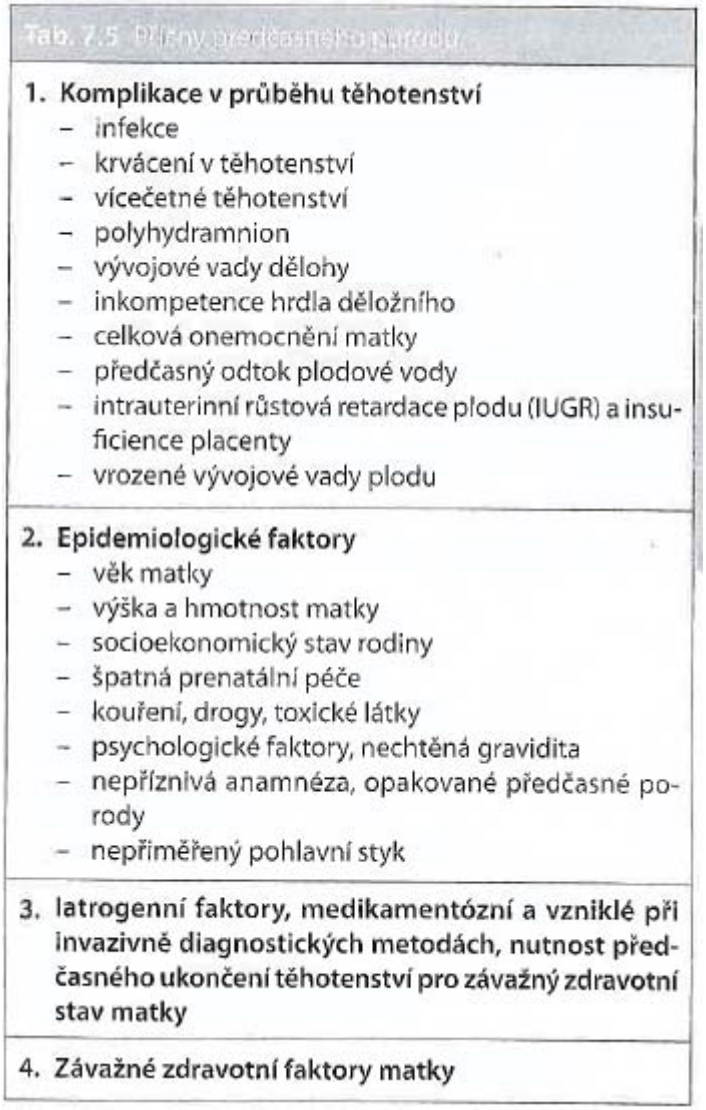
Definice je vzhledem k nestejné neonatální péči v jednotlivých zemích problematická. Vymezuje jasně horní hranici předčasného porodu, ale dolní hranice přesně definovaná není. Hranici viability (schopnost přežití) stanovuje společnost uměle. Hranice přežití je

ukazatelem úrovně kvality poskytované péče, socioekonomické úrovně, ale také etických a náboženských hodnot společnosti. V ČR byla v roce 1994 hranice viability posunuta Českou neonatologickou společností a Českou gynekologickou a porodnickou společností na 24. týdne těhotenství. Někteří odborníci jako například profesor Plavka se však přikláněli k názoru předsedy British Medical Association Tonyho Callanda a odmítali striktní hranici pro resuscitaci a ošetření. Domnívali se, že při vysoké úrovní neonatální péče v České republice je stanovená hranice (ve 24. týdnu těhotenství) vhodná, ale případy z 22. až 23. týdne by měly být posuzovány individuálně s ohledem na přání rodičů, ale rozhodně péči striktně neodmítat. Tato problematika se stala předmětem rozsáhlých diskuzí, jejichž výsledkem bylo v roce 2011 prohlášení České neonatologické společnosti, ve kterém je hranice viability širší zóna mezi 22. až 25. týdnem těhotenství. Toto rozmezí umožňuje zahrnout jednak nemožnost primární predikce prognózy a stanovení přesné délky těhotenství, ale rovněž biologickou variabilitu v interakci s proměnnými poskytované péče, včetně technologických možností. (Plavka, 2007, Fendrychová, 2012) Nejnižší hranice viability je v Japonsku, kde ve 22 týdnu přežívá 40% dětí (www.tribune.cz, Plavka 2013) Není možné stanovit délku těhotenství, pak je v současné době spodní hranice předčasného porodu dána pouze přežitím novorozence 24 hodin po porodu. (Blencowe et al., 2012, Roztočil et al., 2008, Čech et al., 2006)

3.1 Příčiny předčasného porodu

Většina odborníků uvádí, že v 50% nelze příčinu předčasného porodu identifikovat. Příčiny jsou často multifaktoriální. Binder označuje předčasný porod za syndrom, způsobený řadou příčin. Příčiny lze rozdělit na přímé, nepřímé a neznámé. K přímým příčinám se řadí například infekce nebo poruchy placentace. K nepřímým pak vlivy socioekonomické či vlivy zevního prostředí. Neznámé příčiny tvoří pouze velmi malé procento. (Binder, 2011)

Roztočil rozlišuje rizika předčasného porodu na ovlivnitelná a neovlivnitelná matkou. Mezi ovlivnitelná rizika patří například užívání návykových látek včetně kouření, nedostatečná prenatální péče, těhotenské komplikace jako jsou sexuálně přenosné choroby, močové infekce aj. Mezi neovlivnitelná rizika patří vícečetná těhotenství, závažná onemocnění matky, systémové infekce aj. (Roztočil et al., 2008)



Tab. 7.5 Příčiny předčasného porodu
1. Komplikace v průběhu těhotenství – infekce – krvácení v těhotenství – vícečetné těhotenství – polyhydramnion – vývojové vady dělohy – inkompetence hrdla děložního – celková onemocnění matky – předčasný odtok plodové vody – intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR) a insuficience placenty – vrozené vývojové vady plodu
2. Epidemiologické faktory – věk matky – výška a hmotnost matky – socioekonomický stav rodiny – špatná prenatální péče – kouření, drogy, toxické látky – psychologické faktory, nechtěná gravidita – nepříznivá anamnéza, opakované předčasné porody – nepřiměřený pohlavní styk
3. Iatrogenní faktory, medikamentózní a vzniklé při invazivně diagnostických metodách, nutnost předčasného ukončení těhotenství pro závažný zdravotní stav matky
4. Závažné zdravotní faktory matky

Tabulka č. 1 (Čech et al., 2006, s. 190)

Některé z vážnějších a častějších příčin, které se pojí s předčasným porodem, jsou popsány podrobněji.

Infekce - je dnes považována za jednu z hlavních příčin předčasného porodu. Studie prokazují až 70 % přítomnost infekce u předčasných porodů. Pohled na význam infekcí v těhotenství se změnil. Dříve byly v popředí zájmu infekce způsobující kongenitální malformace, poškození plodu v těhotenství nebo smrt jako je například syfilis, toxoplazmóza, zarděnky aj. Dnes se zájem přesouvá na subklinické nitroděložní infekce způsobené bakteriemi, které vyvolávají bakteriální vaginozu, streptokoky skupiny B, mykoplazmata a chlamydie. Nejčastější možnost přenosu je průnik mikroorganismů

ascendentně z dolního genitálního traktu do děložní dutiny, kde dojde k infikování plodové vody a následně k fetální sepsi. Streptokoky skupiny B (GBS) jsou podle neonatologů v současnosti hlavní a nejčastější příčinou časných novorozeneckých infekcí, které jsou spojeny s novorozeneckou mortalitou a morbiditou. Profylaxe přenosu z matky na dítě je proto dnes důležitým úkolem perinatální péče. Přes veškerá opatření se zatím nedaří zcela zabránit přenosu z matky na dítě a zamezit vzniku časné infekce GBS u novorozence. Předčasný porod můžou vyvolat i jiné celkové, neléčené infekce matky. (Macko J., Zach J., 2013, Roztočil et al., 2008, Čech, 2006, s. 247 – 253, Binder, 2011)

Onemocnění děložního hrdla - diagnostika hrdla děložního se provádí kolposkopicky, cytologicky a biopticky. V těhotenství je však nezbytné přistupovat k výsledkům vyšetření obezřetně. Těhotenské změny na buňkách mohou vykazovat falešné údaje. K závažným onemocněním patří invazivní karcinom děložního hrdla, obliterace způsobené srůsty a inkompetence hrdla děložního. K rizikovým faktorům patří výživa ženy, traumatické faktory porodnické, gynekologické operace. (Roztočil et al., 2008, Čech et al., 2006, s. 247-253)

Placentární poruchy - do této kategorie řadíme nepravidelný vývoj a degenerativní změny placenty, které se projevují zejména na jejím tvaru a velikosti, choroby trofoblastu, jako je mola hydatidosa (zásněť hroznová), placenta praevia (vcestné lůžko) a abrupce placenty (předčasné odlučování). Vcestné lůžko může způsobit hypoxii plodu i jeho odumření, krvácení při porodu a rovněž může vést k patologickým polohám plodu. Předčasné odlučování placenty (abrupce), z větší části probíhá asymptomaticky. Závažné formy jsou stále život ohrožující pro matku i dítě. Etiologie není dosud přesně známá, ale výskyt je častější u těhotných s vysokým krevním tlakem, u kuřaček a starších matek. Předčasné odlučování lůžka je indikací k operativnímu ukončení těhotenství. (Hájek et al., 2004, s. 248 – 250)

Preeklampsie - patří mezi hypertenzní onemocnění, které se projevuje vysokým krevním tlakem, otoky, zvracením a bílkovinou v moči vlivem poškození ledvin a otoky končetin. Onemocnění souvisí s abnormálním vývojem placenty. Zpravidla se vyskytuje až po 20. týdnu těhotenství. Preeklampsie může vyústit až do **eklampsie**, což je záchvat tonicko-klonických křečí přecházející až do bezvědomí a smrti. Další komplikace jsou plicní edém, kardiální selhání, hypoxiie plodu, abrupce placenty aj. Pokud dojde až k eklamptickému

stavu, je operativní ukončení těhotenství nezvratné. Etiologie onemocnění není přesně známá. Jako rizikové faktory jsou uváděny genetické dispozice v hemodynamice, vyšší nebo naopak nízký věk matky, primiparita, vícečetná těhotenství, diabetes mellitus, ale také obezita a nízký socioekonomický status matky. Zvláštní důraz je dnes kladen na preventivní opatření a včasný záchyt varovných příznaků. Při zachycení varovných příznaků preeklampsie musí být rodička neodkladně hospitalizována. (Binder 2011, s. 100-106, Hájek et al., 2004, Roztočil et al., 2008)

HELLP syndrom - při němž se objevuje snížení krevních destiček, zvýšené jaterní enzymy a hemolýza je popisován jako samostatné onemocnění nebo jako závažná komplikace při těžké preeklampsii. V překladu z angličtiny znamená H – hemolýzu, E – elevaci jaterních enzymů v séru, LP – pokles počtu trombocytů. Za hlavní varovný příznak syndromu je považována bolest v pravém podžebří v kombinaci s bolestí v pravé podklíčkové krajině. Bolest bývá provázena nevolností, někdy zvracením. Je zaznamenán hmotnostní přírůstek s otoky. U přibližně poloviny rodiček však tyto příznaky chybí. Léčba je vázána výhradně na těhotenství, neboť se jedná o poruchu placenty a většinou spočívá v ukončení těhotenství, sledování vitálních funkcí, úpravě hemokoagulace, antihypertenzní léčbě. (Hájek et al., 2004, s. 386 – 389; Roztočil et al., 2008, Binder 2011, s. 100-106)

Oligohydramnion patří k další těhotenské komplikaci. Jde o snížení množství plodové vody méně než 500 ml. Příčinou může být nedostatečná tvorba plodové vody nebo její trvalý odtok. Plod je pak méně pohyblivý a může docházet k apozici děložní stěny na plod. Pokud není spojena s PROM, pak může např. u plodu souviset s vývojovými vadami ledvin a vývodných močových cest. Zhruba 60 % této diagnózy je spojena s předčasným porodem. (Roztočil et al., 2008, s. 166)

Opakem sníženého množství plodové vody je její nadbytek. Toto onemocnění související s těhotenstvím se nazývá **polyhydramnion**. Příčina může být v onemocnění matky (diabetes mellitus, srdeční onemocnění nebo infekce), nebo z fetálních příčin, z nichž jsou nejčastější malformace plodu. Napětím děložních stěn dochází často ke kontrakcím a předčasnému porodu nebo potratu. Tento stav se léčí punkcí, před porodem se provádí disrupce vaku blan, aby nadbytek plodové vody pomalu odtékal. (Roztočil et al., 2008, s. 166, Čech et al., 2006, s. 253-4)

Cholestetatická hepatóza (ICP) je onemocnění, které se váže na konec druhého a na třetí trimestr gravidity. Projevuje se u těhotné především svěděním kůže a může být doprovázeno zvýšenou únavou a subikterem. Příčinou stavu je hromadění žlučových kyselin v těle matky, ale nedochází k obstrukci žlučových cest. Etiologie není prokázaná, předpokládá se, že jde o multifaktoriální poruchu. Pro matku není onemocnění tak závažné jako pro plod. Dítěti hrozí náhlé intrauterinní úmrtí (okolo 8%) nebo předčasný porod (35% případů). (Binder 2011, s. 111-112)

Vícečetné těhotenství i přes neustálé pokroky perinatologické a neonatologické péče patří stále k významným rizikům předčasného porodu. Největší riziko je popisováno u trojčat. Důvodem předčasného porodu je distenze (roztažení) děložní svaloviny, což vede ke zvýšené kontraktilitě s následnou pravidelnou děložní činností. Ukončení dvojčetných a vícečetných těhotenství se dnes řídí doporučenými postupy, které udávají termín ukončení těhotenství a způsob porodu a jsou ukončována dříve než jednočetná. Maršál při výzkumu rizik u dvojčat zkoumal rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím u dvojčat a z výsledků je patrné, že zvýšená mortalita a morbidita se vyskytuje u pohlaví mužského. U dvojčetného těhotenství ženského pohlaví bylo zjištěno pouze zvýšené riziko preeklampsie. U dvojčat mužského pohlaví byla prokázána vyšší časná a kojenecká úmrtnost a častější výskyt respiračních onemocnění v každém gestačním věku. Pozoruhodný je výsledek u dvojčat smíšených, kde novorozenec mužského rodu zdá se být chráněn dvojčetem ženského rodu. (XXX. Celostátní konference sekce perinatální medicíny ČPGS ČLS JEP, Maršál – přednáška, 2013, Steen, Maršál, 2013)

Toxické vlivy v těhotenství. Psychoaktivní látky prostupují transplacentárně a ovlivňují plod a novorozence. Kouření má vliv na předčasný porod a zvyšuje perinatální úmrtnost a morbiditu. Nikotin způsobuje vasokonstrikci cév, včetně v placentě, čímž je plod vystaven přechodným hypoxiím. Novorozenci matek, které v těhotenství kouřily, mají nižší porodní hmotnost než děti nekuřaček. Alkohol negativně ovlivňuje růst plodu v průběhu celého těhotenství. Obdobně je těhotenství ovlivněno při užívání drog. Toxikomanie vystavuje matku i plod mnoha rizikům, včetně předčasného porodu. (Hájek et al., 2004, Čech et al., 2006, s. 372-374, Drobná H., Čihař M., 2013)

3.2 Diagnostika, léčba a vedení předčasného porodu

Diagnostika předčasného porodu spočívá ve zjištění anamnézy, v průkazu děložní činnosti, vaginálním a ultrazvukovém vyšetření, v odběru biologického materiálu (krve, moči, stěr) a plodové vody. (Hájek et al., 2004, s. 269; Roztočil et al, 2008, s. 166-167)

Čech u předčasného porodu rozeznáváme čtyři stádia: **předčasný porod hrozící**, který se u matky projevuje bolestí podbřišku, zad, zesíleným výtokem z pochvy a bolestivými kontrakcemi nestejné intenzity. Z palpačního vyšetření je možné zjistit zkrácení děložního hrdla, krvácení, výhřez vaku aj. **Předčasný porod počínající** se manifestuje krvácením, zánikem děložního hrdla a rozšířením porodní branky víc než 3 cm. Pokud se kontrakce zesilují a zkracuje se jejich interval, porodní branka se rozšiřuje a plod vstupuje do malé pánve, pak nastává třetí stádium **předčasně běžící porod**. Poslední stádium se projevuje odtokem plodové vody (PROM) a Čech ho nazývá **předčasný odtok plodové vody.** (Čech et al., 2006, s. 190-191)

Léčba předčasného porodu zahrnuje včasnou diagnostiku. Těhotná žena je hospitalizována a na základě výše uvedených vyšetření je potřeba, aby lékař rozhodnul o dalším kroku, zda těhotenství ukončit nebo udržet. Cílem léčby je zpravidla dočasné zastavení děložní činnosti, připravit plod na život mimo dělohu a potlačit infekci. (Binder, 2011)

Při léčbě hrozícího předčasného porodu je rodičce nařízen klidový režim na lůžku, při průkazu inkompetence hrdla může být pacientka uložena do Trendelenburgovy polohy. K potlačení aktivity děložního svalstva se využívá léčba tokolytiky, která omezují nebo zastavují kontrakce. (Roztočil et al., 2008)

K léčbě antibiotiky se přistupuje vždy, když je podezření na infekční etiologii předčasného porodu.(Čech et al., 2006)

Pokud lékař předpokládá, že předčasně narozené dítě nebude životaschopné, pak zahajuje léčbu **kortikoidy,** které podporují zrání orgánových systémů plodu, především plicní tkáně. (Hájek et al., 2004, s. 272 – 276, Binder 2011, s. 93 - 94)

Další možností léčby předčasného porodu je **cerkláž** (dvojitý hedvábný steh). Cerkláž se neprovádí při infekci děložního hrdla či pochvy, PROM, krvácení nebo při započetí

děložní činnosti. Indikuje se při inkompetenci děložního hrdla, jehož výskyt však není v populaci častý. (Čech et al., 2006, s. 193)

Podle Čecha se lékařské vedení předčasného porodu zásadně odlišuje od vedení porodu v termínu. Lékař musí v prvé řadě posoudit podmínky, zda předčasný porod povede vaginálně nebo operativně. Je potřeba individuálně zvážit rizika zvoleného postupu z hlediska plodu i matky. Podle Bindera neplatí, že porod císařským řezem je pro plod vždy šetrnější. K vaginálnímu porodu přistupují lékaři, pouze pokud je plod v poloze záhlavím. Další nezbytnou podmínkou je zralost děložního hrdla – určuje se tzv. cervix skóre (CS) a pro vaginální porod musí být více jak 7. (Čech et al., 2006) Podle Bindera je indikace ke spontánnímu porodu rovněž v případě, že plod je na hranici viability. Vzhledem k tomu, že nezralý plod je velmi náchylný k poškození či hypoxii je nezbytné vést porod co nejšetrněji, monitorovat kontinuálně nejen srdeční činnost plodu, ale také intenzitu děložních kontrakcí. Pokud by došlo k ohrožení plodu, je nutné se včas rozhodnout pro operativní ukončení porodu. Porod císařským řezem je indikován vždy, pokud je plod v poloze koncem pánevním, u vícečetných těhotenství je indikace dána polohou plodů a gestačním stářím. (Binder, 2011, s. 94)

3.3 Organizace péče o ženy s rizikem předčasného porodu

Vzhledem k tomu, že péče o nezralé novorozence je specifická, finančně značně nákladná a klade vysoké požadavky jak na technické vybavení, tak na personální obsazení, je nezbytná centralizovaná péče. Základy kvalifikované péče se pojí s rokem 1982. Kdy byla při České gynekologicko-porodnické společnosti založena Sekce perinatální medicíny. Postupně byla v ČR zakládána perinatologická centra pro jednotlivé regiony. Centra jsou vybavena nejmodernějšími přístroji pro zajištění jednak intenzivní péče porodnické, tak péče neonatologické a koncentrují předčasné porody od 23 týdne+1. dne do konce 32. týdne těhotenství nebo ženy s patologickým těhotenstvím. Součástí těchto center je jednotka intenzivní péče pro novorozence (JINP). Dále byla založena některá centra intermediární, která zahrnují porodnická oddělení s neonatologickým oddělením, které však není vybaveno pro péči o extrémně nezralé novorozence. Tato centra koncentrují rodičky od 32. týdne + 1. dne do konce 36. týdne gestace. (Fendrychová, Borek, 2012, s. 176-177)

Organizace je zajišťována systémem „transport in utero“, což znamená, že těhotná s počínajícím předčasným porodem je včas transportována do příslušného perinatologického centra podle délky těhotenství. Tato služba je nedílnou součástí diferencované péče o novorozence, která je rozdělena do tří stupňů:

1. péče o novorozence 1. Stupně jsou úseky péče o fyziologické novorozence, včetně neodkladné resuscitace
2. péče o novorozence 2. Stupně jsou sdružené úseky péče 1. Stupně a intermediární péče (IMP), což je péče o novorozence ohrožené, jak bylo uvedeno výše.
3. Péče o novorozence 3. Stupně pak sdružuje úseky základní péče, IMP a JIRPN, což je jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence. (Fendrychová, Borek, 2012, s. 176-177)

Pokud se nepodaří včas uskutečnit transport in utero, je nutné převést novorozence na vyšší pracoviště péče (2. nebo 3. stupně). Tento způsob transportu se označuje termínem „od sebe“ a vyžaduje co nejoptimálnější a nejšetrnější způsob podle zásady „co nejrychleji pro dítě, s dítětem již pomaleji“. (Fendrychová, Borek, 2012, s. 176-177)

4 Neonatologie

Neonatologie je medicínský obor, který se zabývá péčí o novorozence a zahrnuje jednak novorozence zdravé a donošené, jednak novorozence s chorobnými stavy a vývojovými vadami a rovněž všechny skupiny nezralých novorozenců včetně extrémně nezralých dětí o hmotnosti okolo 500g. (Dort, 2013)

Rozvoj neonatologie v ČR se pojí s počátkem 90. let. V tomto období vykazovala novorozenecká úmrtnost, celosvětově uznávaný ukazatel kvality péče novorozence více jak dvojnásobnou hodnotu ve srovnání s vyspělými západními zeměmi. Proto bylo hlavním úkolem odborných společností vytvořit a realizovat novou koncepci s důležitými léčebnými a organizačními opatřeními. Změny iniciovala a organizovala zejména Sekce perinatální medicíny České gynekologické společnosti a výbor České neonatologické společnosti. Na základě každoročních analýz perinatálních a neonatálních údajů tyto odborné společnosti stanovovaly organizaci a léčebné priority pro další období. Vývoj oboru velmi urychlilo zavedení metod invazivní medicíny, zejména ventilační podpory na jednotkách intenzivní péče pro novorozence. Na konci 20. století již neonatologická oddělení disponovala nejmodernější technikou, jako jsou nejmodernější ventilační podpory, ultrazvukové, rentgenové a monitorovací přístroje, ale rovněž moderní farmakoterapie nebo kvalitnější výživa novorozenců. S rozvojem technologií se pojí potřeba kvalitní ošetřovatelské péče a tím se stále zvyšují nároky na personál neonatologických oddělení. Neonatologická oddělení jsou součástí fakultních nebo krajských nemocnic a působí jako regionální neonatologická centra s jednotkou intenzivní a resuscitační péče, které tvoří 3. stupeň diferencované péče. Komplexní péče je nedonošeným dětem a dětem nemocným poskytována od narození do přibližně 44. týdne postkoncepčního věku. Ve spolupráci s řadou dalších odborníků působí při některých neonatologických odděleních Centra vývojové péče. Zaměřují se na děti s perinatálními komplikacemi, které po propuštění do domácí péče vyžadují další ambulantní sledování a řešení případných zdravotních a vývojových obtíží. Neonatologická oddělení tvoří s porodnickým oddělením funkční celek, jehož cílem je nejvyšší úroveň kvalitní péče o těhotnou ženu, plod a dítě. Náležitá péče je věnována rovněž novorozencům fyziologickým. Snahou je nerušený a spokojený začátek života každého dítěte. Pracovníci

neonatologického oddělení učí matky správně pečovat o dítě a vedou je ke správnému způsobu kojení. (Dort, 2013, s. 13-14).

Podle vývoje mortality a morbidity rozděluje Plavka vývoj neonatální a perinatální péče v porevoluční době do dvou období. Období, 1990-2000 nazývá jako zvyšování šance na přežití nezralých novorozenců. V roce 2000 bylo skutečně dosaženo historicky nejnižší hodnoty novorozenecké úmrtnosti. Tyto výsledky byly dosaženy především zlepšením kvality péče o nezralé novorozence a zejména o NVNPH, dále se podařilo až v 90% transportovat plod v děloze do jednoho z 12 perinatologických center. Druhé období 2000 - 2007 nazývá Plavka paradoxem české neonatologie, neboť se i v tomto období daří udržovat novorozeneckou úmrtnost na úrovni nejvyspělejších zemí, morbidita zaznamenala pokles, ale podmínky pro poskytování péče se s nárůstem počtu nezralých dětí stále zhoršují. (Plavka, 2011)

4.1 Základní neonatologické klasifikace novorozenců

Bezprostředně po porodu je možné rozdělit novorozence do několika skupin. Základní kritéria pro toto rozdělení jsou gestační věk, porodní hmotnost a vzájemný vztah těchto dvou parametrů, přičemž délka těhotenství obecně se počítá 40 týdnů. Zařazení novorozence do příslušné skupiny má vysokou výpovědní hodnotu pro posouzení prenatálního vývoje i prognózy morbidity a mortality. (Fendrychová, 2012, s. 23)

Klasifikace dle délky těhotenství:

- Novorozenci narození před termínem (nedonošení) – gestační věk před dokončeným 38. týdnem
- Novorozenci narození v termínu (donošení) - gestační věk mezi 38. – 42. týdnem
- Novorozenci narození v termínu (přenášení) – gestační věk nad dokončeným 42. týdnem

(Fendrychová, 2012, s. 23)

Gestační věk lze stanovit 3 způsoby:

- Hodnocením somatické zralosti
- Hodnocením neuromuskulární zralosti
- Kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření

(Fendrychová, 2012, s. 23)

Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku:

- Novorozenec eutrofický – stav výživy odpovídá gestačnímu věku (mezi 5. – 95. percentilem pro daný gestační věk)
- Novorozenec hypotrofický- porodní hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu věku (pod 10. percentilem)
- Novorozenec hypertrofický – porodní hmotnost je vyšší než odpovídá gestačnímu věku (nad 90. percentilem)

(Fendrychová, 2012, s. 23)

Klasifikace dle zralosti:

- Extrémně nezralý novorozenec – narozený do ukončeného 28. týdne gestace, zpravidla s hmotností do 999g , v anglické literatuře odpovídá termín ELBW (Extremely Low Birth Weight) - extrémně nízká porodní hmotnost
- Velmi nezralý novorozenec - narozený do 32. týdne gestace, zpravidla s hmotností 1000-1499g, VLBW (Very Low Birth Weight) – velmi nízká porodní hmotnost
- Středně nezralý novorozenec – narozený do 34. týdne gestace, zpravidla s hmotností 1500- 1999g, LBW (Low Birth Weight) – nízká porodní hmotnost
- Lehce nezralý novorozenec – narozený do 38. týdne gestace, zpravidla s hmotností 2000-2499g, LBW (Low Birth Weight) – nízká porodní hmotnost

(Fendrychová 2013, s. 10-12)

Donošený novorozenec

- Fyziologický neboli donošený novorozenec, je zdravý, zralý a eutrofický. Je narozený v termínu (38 - 42. týden gestace) a jeho porodní hmotnost se pohybuje mezi 2500g- 4500g – průměrně se uvádí 3500g. Délka fyziologického novorozence je 48-55cm a průměrně je uváděno 50cm. Obvod hlavy má v rozmezí 32-37cm u hrudníku se uvádí 34 cm, přičemž je o 1-2cm menší než obvod hlavy. Tělesná teplota v axile se pohybuje mezi 36,4-36,8°C. Dechová frekvence je průměrně 40 dechů za minutu a tepová frekvence 120 tepů za minutu. Tlak krve se pohybuje v rozmezí 50-75/30-45 mm/Hg. (Fendrychová a kol., 2012, s. 28)

Další znaky donošeného novorozence:

- Dobře vyvinutý tukový polštář
- Kůže je růžová a je pokrytá mázkem (bílý sekret mazových žláz složených z tuku mastných kyselin a oloupaných buněk epidermu)
- Na nose jsou patrné žlutobělavé tečky (retenční cystičky mazových žláz)
- Na kořeni nosu, víčkách a v záhlaví jsou znatelné teleangiektázie
- Na zádech mohou být zbytky lanuga (jemné chmýří plodu)
- Nehty přesahují špičky prstů
- Plosky nohou jsou rýhované po celé ploše
- Prsní bradavky jsou dobře vyvinuté
- Ušní boltce mají dobře vyvinutou chrupavku
- Genitál je zralý (u chlapců sestouplá varlata, u dívek labia majora kryjí labia minora)
  (Fendrychová a kol., 2012, s. 28)

Přenášený novorozenec

Novorozenec narozený po 42. týdnu gestace je označován jako přenášený. Příčina přenášení není většinou známá. Problém u těchto dětí spočívá v tom, že placenta s přibývajícím věkem již nepracuje naplno a plodu hrozí stres. Pokud nedojde k porodu

včas, je u těchto novorozenců vyšší mortalita a morbidita. (Straňák 2014, s. 40-42, Fendrychová, Borek 2012, s. 30)

Nedonošený novorozenec

Do této kategorie se řadí novorozenci narození před ukončeným 38. týdnem gestace, s porodní hmotností nižší než 2500g. Nedonošený novorozenec je nezralý. Klasifikace podle stupně zralosti nedonošenost dále dělí. Stupeň zralosti vyjadřuje, jak dobře je novorozenec vyvinutý a jaká je úroveň schopností jednotlivých orgánových soustav fungovat v prostředí mimo dělohu. Nezralost orgánů a tkání je tím vyšší, čím je nižší gestační věk dítěte. Gestační věk je kritérium podstatnější než hmotnost novorozence a je nutné ho posuzovat vždy. (Fendrychová 2013, Borek a kol. 2001)

Znaky nedonošeného novorozence:

- Nízká porodní hmotnost, podle stupně nezralosti
- Kůže má jasně červenou barvu, je velmi tenká a není pokrytá mázkem
- Kůže je pokrytá lanugem
- Typické jsou edémy, redukce podkožního tuku
- Chrupavky ušních boltců jsou měkké
- Prsní bradavky nevyvinuté
- Stěna břišní je chabá s diastázou břišních svalů
- Lebeční kosti jsou málo osifikované
- Chybí rýhování plosek, nebo je jen částečné
- Genitál je nezralý

(Fendrychová 2013, s. 12-14, Borek a kol. 2001)

Hypotrofický novorozenec

Tímto termínem jsou označováni novorozenci, u nichž je porodní hmotnost a obvykle i délka a obvod hlavy pod dolní hranicí rozptylu normální hodnoty růstu uváděné pro daný gestační týden, v němž nastal porod. Hypotrofie je způsobená růstovou retardací plodu (IUGR – intrauterine growth retardation). IUGR je většinou možné odhalit již v prenatálním věku při ultrazvukových vyšetřeních. Růstovou retardací plodu je

označováno intrauterinní opoždění růstu a vývoje o 3-4 týdny ve vztahu ke gestačnímu stáří plodu. Termín IUGR již naznačuje patologický proces, jehož projevem je malnutrice plodu a porucha normálního růstu. Příčinou může být chronické strádání z hlediska dodávky kyslíku a živin nebo vlastní onemocnění plodu. Pro hodnocení IUGR se užívají percentilové grafy. Za dolní hranici normy považují někteří odborníci již hodnotu pod 10. percentil (Dort, Čech), pod 5 percentil (Fendrychová, Borek) a některé publikace uvádí tří percentil.

IUGR se dále rozděluje na symetrickou, asymetrickou a smíšenou. Typ symetrický je charakteristický snížením růstového potenciálu již v první polovině těhotenství. Nejčastěji se jedná o intrauterinní infekci nebo chromozomální aberaci, některé publikace uvádí vliv toxických látek a etnickou příslušnost. Typ asymetrický, disproporcionální nebo také klasický se manifestuje až ve druhé polovině těhotenství a růstová retardace vzniká omezením transplacentárního transportu živin a kyslíku. Hlavička plodu odpovídá u tohoto typu svými rozměry normě, obvod hrudníku a břicha vykazuje značnou růstovou retardaci. Příčinou může být špatná výživa matky nebo insuficience placenty (např. u preeklampsie). Při porodu je často přítomná hypoxie plodu. U smíšeného typu jde o kombinaci obou typů předchozích, kdy důvodem je jednak snížený příjem kyslíku a živin jednak primární příčiny IUGR. (Gomella TL 2009, p. 732 -742)

Dosud neexistuje specifická léčba IUGR. Při placentárních změnách se doporučují některé možnosti, které mohou stav přechodně zlepšit. Patří sem např. klidový a dietní režim, polohování těhotné, oxygenoterapie apod. Jde-li však o vážné zaostávání plodu je odborník postaven před obtížné rozhodnutí, zda nechat pokračovat těhotenství nebo jej ukončit. Další pobyt plodu v děloze může mít negativní následky v postnatálním vývoji, ale výraznější nedonošenost je rovněž spojena se zvýšenými riziky pro dítě. Z těchto důvodů je proto časté, že se u novorozence spojuje nedonošenost s hypotrofií. (Dort, 2013)

Hypertrofický novorozenec

Dítě je větší, než odpovídá gestačnímu věku. Jeho hmotnost se podle percentilového grafu pohybuje nad 90. Percentilem pro daný gestační věk. Hypertrofický může být novorozenec po normálním těhotenství, nebo pokud je jeho růst v děloze stimulován například u diabetických matek zvýšenou nabídkou glukózy. U těchto novorozenců hrozí porodní

poranění a po porodu zejména hypoglykémie, hypokalcémie, dechová tíseň aj. (Gomella TL 2009, p. 534- 539)

4.2 Ošetření novorozence

Okamžiky po narození dítěte mohou být velmi kritické, protože se dítě musí přizpůsobit novému prostředí mimo dělohu. Největší problém, který se v tomto období objevuje je porodní asfyxie (což můžeme zjednodušeně popsat jako stav dušení), která může nastat již v děloze nebo za porodu. Novorozenci jsou asfyxii vystaveni mnohem častěji než ostatní věkové skupiny a rovněž mnohem častěji vyžadují neodkladnou resuscitaci. Na provedení resuscitace přímo závisí kvalita dalšího života dítěte, proto má každý novorozenec nárok na co nejvyšší úroveň odborného provedení. Každé porodnické a neonatologické oddělení by mělo proto disponovat nejen kompletním vybavením pro resuscitaci, ale rovněž odborně vyškoleným personálem. (Straňák, 2014, Borek 2012, s. 74-80)

První ošetření novorozence by mělo zajistit nejvhodnější podmínky pro jeho postnatální adaptaci a zhodnotit jeho zdravotní stav. Fyziologického novorozence ošetřuje bezprostředně po porodu sestra nebo porodní asistentka. Patologického novorozence ošetřuje sestra a lékař – neonatolog. Všechny úkony musí být prováděny s maximální šetrností. U nedonošených a nezralých novorozenců je prvním úkolem zabránit ztrátám tepla, proto se na základě doporučení Evropské rady pro resuscitaci nedonošení novorozenci ihned po porodu balí do plastové fólie a to bez otírání od plodové vody. (Troupová, Hanzl a kol., 2010, s. 2 – 11, Fendrychová, Borek 2012, s. 28-29)

K dalšímu zabezpečení nezralého novorozence patří uložení do inkubátoru, zajištění ventilace, zajištění cévních vstupů, léčba oběhových poruch, podání parenterální výživy, monitorování vitálních funkcí a vnitřního prostředí a řešení přidružených komplikací. (Čech 2006, s. 177)

Každý novorozenec je po porodu vyšetřen neonatologem, případně pediatrem, který podrobně zjišťuje průběh poporodní adaptace, aktuální zdravotní stav, či případné vrozené vývojové vady. Pro posuzování stavu novorozence a jeho následnou péči je pro neonatologa nezbytné, aby byl podrobně seznámen s anamnestickými údaji neboť některé rizikové faktory a řada onemocnění je možné diagnostikovat již v prenatálním věku. Těsná

spolupráce porodníka a neonatologa je tedy v moderní perinatologii velmi důležitá. Informace, které předává porodník pediatrovi, by měly zahrnovat osobní a rodinnou anamnézu matky (alergie, vrozené vývojové vady, dědičné nemoci) včetně předchozích těhotenství, potratů, mrtvorozených či zemřelých novorozencích či jejich vrozených vývojových vadách. Anamnéza novorozence se skládá z výše uvedené anamnézy matky a rodinné anamnézy, dále z vyšetření placenty a anamnézy novorozence. Anamnéza novorozence bývá vcelku krátká, ale je rovněž nezbytná. Obsahuje průběh vyšetření na porodním sále, pokud je dítě resuscitováno, pak včetně resuscitace, dále popis vitálních známek a chování novorozence. Na porodním sále provádí neonatolog vyšetření pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. K bezprostřednímu zhodnocení novorozence po porodu se užívá skóre podle Apgarové. (Fendrychová, Borek 2012, s. 56-65) Hodnotí se srdeční frekvence dýchání, svalový tonus, reakci na podráždění a barvu kůže.

Diagnostický závěr vyšetření se stává východiskem pro stanovení další péče buď na úseku pro fyziologické novorozence nebo na JIRP. (Dort 2013 s. 19-20, Čech 2006, Fendrychová, Borek 2012)

4.3 Prostředí na neonatologickém oddělení JIRPN

Jak bylo výše uvedeno, porodem dochází k dramatické změně prostředí pro dítě. V děloze matky má plod stálou teplotu, výživu, je chráněno před světlem i hlukem a prožívá pohodlí stavu bez tíže. Děti nedonošené nebo nemocné nejsou na extrauterinní život dobře vybaveny a navíc se musí vyrovnávat s prostředím resuscitačního pokoje nebo JIRPN (Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence). Čím je dítě nezralejší, či nemocnější tím hůře se s tímto prostředím vyrovnává. Prostředí i na těchto odděleních by proto mělo poskytovat co nejméně stresových podnětů. Mělo by mít tlumené osvětlení, vhodné měkké barvy, malý počet lůžek a nehlučnou podlahu. Personál by se měl chovat a pohybovat bez zbytečného hluku. Manipulace s dítětem by měla být velmi šetrná. Lidský kontakt, zejména s rodiči je pro dítě velmi stimulující, ale je velmi důležité, aby k němu docházelo v souladu s očekáváním dítěte a rovněž v souladu s prostředím. (Fendrychová 2012, Troupová, Hanzl a kol., 2010)

Nezbytnou podmínkou JIRPN je zajištění termoneutrálního prostředí pro dítě. Novorozenec může být vystaven dvěma typům teplotního stresu a to přehřátí nebo

podchlazení. Přehřátí vzniká následkem nesprávného užívání tepelných zařízení, jako jsou inkubátory, zářiče, vyhřívaná lůžka apod. podchlazení je výsledek nesprávného vyhodnocení teplotních ztrát u dítěte a možností jejich ovlivnění. Oba stavy dítě ohrožují a mohou přispět ke zhoršení stavu, morbiditě i mortalitě. Děti nedonošené nebo nemocné se na JIRPN ošetřují v inkubátorech, které jsou nejlepší možností pro zajištění termoneutrálního prostředí. Dítě leží v inkubátoru na podložce z plexisklového krytu, do něhož je vháněn ventilátorem ohřátý a sterilní vodou zvlhčený vzduch. Uvnitř inkubátoru se teplota udržuje buď pomocí termostatu, který sleduje a řídí ošetřující personál nebo má dítě na kůži připevněnou sondu, která snímá teplotu a regulace je automatická. Vlhkost vzduchu je rovněž velmi důležitá. Souvisí s množstvím kyslíku, které dítě potřebuje. Vysoká vlhkost však nese riziko osídlení inkubátoru bakteriemi. Je proto nutné dodržovat vhodná hygienická opatření. V inkubátoru vidí ošetřující personál dítě ze všech stran. Mezi nevýhody inkubátoru patří ztížený přístup k dítěti, který je umožněn pouze okénky, kterými se prostrčí ruce. Další nevýhodou je prudký pokles teploty při otevření předního panelu a možnost podchlazení dítěte. Dopadá-li na inkubátor sluneční světlo, může naopak dojít k přehřátí novorozence. Při větší potřebě přívodu kyslíku může být nadměrná hlučnost inkubátoru důvodem výskytu sluchových vad. (Fendrychová 2012, s. 96-104, Troupová, Hanzl a kol., 2010)

Ke stabilizaci hypotermických novorozenců, pro léčbu hyperbilirubinémie, pro ošetřování dětí na umělé plicní ventilaci nebo při předoperační a pooperační péči se užívají vyhřívaná lůžka. Teplota vyhřívání se stanovuje stejně jako v inkubátoru. Vyhřívaná lůžka umožňují ošetřujícímu personálu lepší manipulaci s dítětem, ale pokud nejsou opatřena plastovým krytem, aby bylo možné kontrolovat vlhkost, nejsou tato lůžka vhodná pro dlouhodobou péči. (Fendrychová 2012, s. 96-104, Troupová, Hanzl a kol., 2010)

4.4 Zásady komunikace s rodiči novorozence na JIRP

Dnes je obecně velmi důležité dát rodičům možnost spolurozhodovat o svém dítěti. Lékaři by měli toto právo zohlednit i v závažných situacích, kdy se jedná o rozhodnutí, zda se snažit nechat přežít i děti s postižením nebo naopak, kdy ukončit nebo nezahájit resuscitaci nebo odpojit dítě od přístrojů. Pokud dojde k úmrtí dítěte, je nezbytné nechat rodiče rozhodnout o dalších postupech, poučit je a nabídnout jim všechny možnosti, z nichž si mohou zvolit sami, co jim nejvíce vyhovuje. (Fendrychová, Klimovič a kol., 2005)

Rozhovor s rodiči by měl začít představením ošetřujícího lékaře, popřípadě přítomných kolegů. Musí být jasné, že při řešení závažného stavu bude hrát roli celá rodina. U kritických stavů mívají rodiče zúžené vědomí, jsou buď lehce ovlivnitelní, nebo naopak nepřístupní. Pamatují si jen částečné nebo zkreslené informace. Proto je nutné se průběžně informovat, že rodiče daným informacím rozumí, popřípadě jim to zopakovat. (Fendrychová, Klimovič a kol., 2005)

Podle Tricii Lacy Gomelly je potřeba zjistit, zda jsou oba rodiče schopni rozumět, zda nepotřebují tlumočníka. Zda není matka v tak špatném stavu, aby se mohla adekvátně účastnit diskuse. Pokud ano, je potřeba zahrnout další členy rodiny. Zjistit, jak dalece rozumí stávající situaci. Přezkoumat co vědí o neonatální péči, těhotenství a komplikacích, chronických onemocněních a neurovývojovém postižení. Diferenciální diagnostika s rodinou – alkoholový syndrom, PND, IUGR, užívání drog, vývojové anomálie. (T. L. Gomella, 2009)

Edukace rodičů by měla předcházet propuštění dítěte z JIRPN do domácí péče. Matka by měla být zacvičena v praktických dovednostech nutných ke správnému domácímu ošetřování dítěte. Ideálním způsobem edukace je společný pobyt matky s dítětem v nemocnici po celou dobu trvání hospitalizace dítěte. (Peychl 2005, s. 23) Tento způsob však z finančních důvodů a kapacity lůžek není většinou možný. Doporučuje se proto, alespoň přijetí matky na neonatologické oddělení několik dnů před propuštěním dítěte.

Načasování okamžiku propuštění dítěte do domácí péče se postupně vyvíjí. Dříve převládaly tendence ponechat dítě v nemocniční péči až do doby předpokládaného termínu porodu nebo dosažení váhy 2500g. S narůstajícím počtem přeživších nedonošených dětí není již taková praxe únosná a navíc se zjišťuje, že dlouhý pobyt v nemocnici není pro dítě přínosem. Dnes je základním kritériem, aby bylo dítě stabilizované, což znamená plynulé přibývání na váze, kompenzované po stránce dýchání, krevního oběhu a srdeční frekvence, kompenzované po stránce termoregulace a adaptované z hlediska přijímání potravy. Výhodou časného propuštění je možnost přirozeného kontaktu s rodinou a také úspora financí za hospitalizaci. Nevýhodou může být vyšší riziko komplikací po propuštění (apnoické pauzy, desaturace, syndrom náhlého úmrtí). (Peychl 2005, s. 19-21)

Cestou ke zlepšení výsledného zdravotního stavu předčasně narozených dětí je mimo jiné zajištění kontinuální, plynule na sebe navazující péče perinatologické, neonatologické a následné ambulantní pediatrické péče. Po propuštění se tyto děti dostávají do rukou praktického lékaře pro děti a dorost. Ten je tak postaven před povinnost dispenzarizovat zdravotně ohrožené dítě, které si s sebou do života nese řadu specifických rizik, daných původní těžkou nezralostí, event. perinatálním onemocněním. Výše uvedený trend časnějšího propouštění nedonošených dětí a zvyšování jejich počtu vede ke zvyšování nároků na další pediatrickou péči o tyto děti. Nedílnou součástí komplexní ambulantní péče je pravidelné hodnocení somatického, neuromotorického, senzorického a psychosociálního vývoje, zpravidla ve spolupráci se specialisty spádového perinatologického centra, kde se dítě narodilo a bylo ošetřováno. (Rambousková, 2011)

4.5 Poradny pro rizikové novorozence

Jedná se o specializované ambulance pro děti ohrožené rizikovým vývojem, které jsou zřizované při většině perinatologických a intermediárních center. Sledují děti pod 1500 g, pod 34. týden těhotenství, děti s IUGR (intrauterinní růstovou retardací). Dále sdružuje děti s postižením CNS (asfyxie, intraventrikulární hemoragie, meningitis), s respirační problematikou (zejména bronchopulmonální dysplazie), s GIT problematikou (nekrotizující kolitida, neprospívání), s postižením očí (retinopatie nedonošených) a sluchu a s komplexní problematikou (sepse, vrozené vývojové vady). Tyto poradny mají za úkol nejen sledovat vývoj konkrétních dětí, včas odhalit případné problémy a co nejdříve je řešit, ale jsou také zpětnou vazbou pro lékaře neonatology ke zdokonalování péče a zhodnocení léčebných postupů. Poradny většinou spolupracují s dalšími odborníky, jako je neurolog, fyzioterapeut, alergolog, pediatr aj. Lékař v poradně hodnotí nemocnost dítěte, zdravotní stav, růst a vývoj. Poradí s různými problémy nedonošených dětí jako například problémy s výživou, zvracením, dušností aj. Může navrhnout speciální očkovací kalendář nebo provést kontrolní odběry. Cílem není nahradit péči pediatrů či jiných odborníků, ale jde o superkonziliární centra, která jsou úzce zaměřená na problematiku nedonošených dětí. (Dokoupilová 2009)

5 Předčasně narozené dítě

Bezprostředně po porodu nelze zjistit, jaké komplikace mohou u dítěte nastat v dalším období. Jednotlivé diagnózy přibývají postupně v průběhu pobytu v nemocnici, přičemž za nejrizikovější je považován první týden života novorozence. (Dokoupilová 2009)

Zdravotní komplikace, které postihují předčasně narozené děti, vyplývají z nezralosti centrálního nervového systému, dýchacího a kardiovaskulárního ústrojí a také systému řízení vnitřního prostředí. Jsou velmi častou příčinou poruch poporodní adaptace, vyšší nemocnosti a bohužel také úmrtnosti těchto dětí. (Dokoupilová 2009)

Nejčastějšími problémy u PND v prvních dnech po porodu jsou poruchy dýchání a krevního oběhu, které jsou tím závažnější, čím je dítě nezralejší. Tyto stavy mohou vést k respiračnímu selhání s následným poškozením orgánů, zejména mozku. Koncem prvního týdne se u PND objevují apnoické pauzy, které jsou projevem nezralosti dýchacího centra v mozku. U některých PND nedochází po porodu k fyziologickému uzávěru spojky malého a velkého plicního oběhu (perzistující tepenná dučej). Neuzavření spojky se pojí s dechovou a oběhovou nestabilitou. Hiperbilirubinémie může u PND probíhat déle než u donošených, protože játra nejsou dostatečně vyzrálá k odbourávání bilirubinu. Běžná je anémie vznikající urychleným rozpadem červených krvinek v kombinaci s přechodně sníženou krvetvorbou. V průběhu hospitalizace jsou PND nejvíce ohroženy infekcí, jejichž příčinou je jednak nezralost imunitního systému a jednak možnost průniku bakterií v důsledku zavádění kanyl, sond aj. Nebezpečí je vyšší, pokud již má infekci matka. V prvním týdnu života může dojít u PND ke krvácení do komorových prostor mozku, které je velmi závažnou komplikací, ale vyskytuje se stále méně často. Periventrikulární leukomalácie, kdy příčinou je nedokrvení a odumření mozkové tkáně, je rovněž velmi závažná diagnóza, která se může objevit již před porodem. U nejvíce nezralých dětí, které se po porodu neobejdou bez ventilační podpory či kyslíku a závislost na těchto zařízeních přetrvává až do 36. týdne gestace se rozvíjí chronické plicní onemocnění. Retinopatie nedonošených, se objevuje až v pozdějším novorozeneckém období a díky pokrokům oxygonoterapii se daří eliminovat nejzávažnější stupně tohoto postižení sítnice. Časté obtíže mají PND s výživou a hydratací z důvodu špatného sání, koordinace sání a polykání, snížené motility střev a nízké produkce trávicích šťáv. (Fendrychová, 2013, s. 13, Dokoupilová, 2009, s. 95, 96, T. L. Gomella, 2009)

poporodní adaptace	• zvýšená nutnost resuscitace na porodním sále
respirační systém	• syndrom dechové tísně novorozence (RDS) • adnátní pneumonie • air leaks (intersticiální emfyzém, pneumotorax) • krvácení do plic
kardiovaskulární systém	• hypotenze, hypovolemie • myokardiální dysfunkce • otevřená tepenná dučej (PDA – patent ductus arteriosus) • bradykardie ve spojení s apnoickými pauzami
metabolické poruchy	• hypotermie • hypoglykemie, hyperglykemie • hypernatremie, hyponatremie, hypokalcemie
gastrointestinální systém	• snížená funkce gastrointestinálního traktu (trávení, motilita) • nekrotizující enterokolitida
renální systém	• hyperkalemie • hyponatremie, hypernatremie • renální tubulární acidóza, glykosurie
centrální nervový systém	• krvácení (do komor či parenchymu) • periventrikulární leukomalacie • retinopatie nedonošených • hluchota • dětská mozková obrna • mentální retardace, nízké IQ
ostatní	• infekce, sepse – adnátní, nozokomiální – bakteriální, virové, plísňové • nezralá kůže – zvýšené ztráty vody perspirací – porucha integrity kůže, nekrózy • kosti – osteopenie nedonošených

Tabulka č. 2 (Čech, et al. 2006, s. 178)

5.1 Prognóza

Nejde ale "jen" o to dítě zachránit. Jde také o to, jakou bude mít dítě životní perspektivu, jaká je jeho šance na kvalitní život. A právě tady vyznívají výsledky dalšího sledování předčasně narozených dětí velmi optimisticky. Ukazuje se totiž, že "se stoupajícím počtem extrémně malých dětí se nezvyšuje množství dětí postižených". (Dokoupilová M., Plavka R.: Zvyšuje klesající mortalita závažnou neonatální neurosenzorickou morbiditu?, Česká gynekologie, 2003, r. 68, s. 326-330)

V době propouštění dítěte z neonatologického oddělení, mohou být stanoveny některé z předešlých diagnóz a může být řečena pravděpodobná prognóza. Lidský jedinec je však individuum, které reaguje různým způsobem na různé podněty, proto nelze předpovědět vývoj dítěte na 100%. Kromě vlivů perinatálních se uplatňují vlivy sociální a genetické.

Prospektivní studie prokázaly, že není jednoznačný vztah mezi perinatální morbiditou a vývojem pozdějším, neboť vývoj je složitý nelineární proces, který probíhá v různých složkách, které se vzájemně prolínají a mění v čase. Proto je vhodné nezaměřit se na předpověď dalšího vývoje, ale spíše na ukazatele, které rizikové děti pomohou vytipovat a tím včas zahájit intervenci. (Štembera, Ditrichová, Sobotková a kol., 2014, s. 474-475, Dokoupilová 2009, s. 118)

Rovněž Peychl říká, že je zcela přesná předpověď vývojové prognózy v raném postnatálním období nemožná, ale je možné se pokusit o přibližný odhad. Uvádí, že horší je prognóza u dětí s prokázaným morfologickým postižením mozku a dětí s IUGR spojenou s významně menším obvodem hlavy. Závažné jsou diagnózy hypoxicko – ischemické encefalopattie, intraventrikulární krvácení 3. a 4. stupně. Nasedajícím problémem na rozsáhlejší intraventrikulární krvácení bývá hydrocefalus. Velmi vážný anamnestický údaj je periventrikulární leukomalácie, u níž je nutné prakticky vždy očekávat do budoucna neurosenzorická postižení. Závažná je diagnóza encefalitidy a meningitidy, kdy k onemocnění může dojít již před porodem vlivem infekce. Následkem nedonošenosti a poškození CNS se mohou u PND již v novorozeneckém období objevit křeče, u nichž záleží, co se týká dalšího vývoje na četnosti a rozsahu. (Dokoupilová 2009, s. 95 - 114, Peychl, 2005, s. 25-27, Dort J., Chvojková, E., Hejdová A., 1999)

Pro další vývoj je nezbytné brát v úvahu rovněž prodělané celkové infekce, dobu, po kterou bylo dítě na umělé plicní ventilaci, léčbu kyslíkem aj., přičemž prognóza může být u každého dítěte odlišná. (Peychl, 2005, s. 25-27)

Motorický a psychický vývoj je u nedonošených dětí nutné hodnotit podle korigovaného věku a to nejméně do 2 let. U dětí by měl být sledován vývoj motorický, kognitivní a senzorický. Postižení dlouhodobého vývoje je možné rozdělit na lehká, středně závažná a těžká. (Peychl 2005 s. 128)

Stupeň postižení	Klinické projevy
lehké	ADHD frustní forma DMO mírně opožděný vývoj řeči lehká porucha zraku nebo sluchu
Středně těžké	středně vážná porucha psych. Vývoje paraparéza středně závažná smyslová porucha středně závažná epilepsie
těžké	těžká porucha psych. Vývoje kvadruparéza těžká porucha sluchu až hluchota těžká porucha zraku až slepota těžká epilepsie

Tabulka č. 3 (Peychl, 2005 s. 128)

Přesto že žádné nedonošené dítě není předčasným porodem nebo svou mírou nezralosti předurčeno k určitému druhu postižení, jsou děti, které byly po porodu léčeny na novorozeneckých JIRPN i po propuštění domů skupinou s výrazně vyšší nemocností. Nejde jen postižení dlouhodobého vývoje typu DMO, ROP aj., ale o zvýšený výskyt onemocnění akutních i chronických, která vedou k častější hospitalizaci i vyšší mortalitě. První dva týdny po propuštění jsou příčiny rehospitalizace shodné s ostatními dětmi, tedy žloutenka a problémy s příjmem potravy. Pozdější morbidita je u nedonošených dětí již specifická. Pravděpodobnost rehospitalizace zvyšuje nízký socioekonomický status rodiny. Vyšší výskyt je u nedonošených dětí zaznamenán u respiračních infekcí zejména v prvním roce života.

Dnes se doporučuje očkování proti infekcím způsobených RS virem. Závažné mohou být rovněž infekce chřipky, parainfluenzy aj. Postneonatální mortalita nedonošených dětí má nejčastější příčinu bronchopulmonální dysplazii a syndrom náhlého úmrtí. (Peychl, 2005, s. 33-35)

6 Kapitola zdravotní gramotnost

WHO ve své Ústavě uvádí, že těšit se z nejvýše dosaženého stupně zdraví je základním právem každé lidské bytosti. Toto právo znamená, že stát a další orgány veřejné správy by měly zajistit jednak existenci, dostupnost, přijatelnost a kvalitu zdravotnických služeb a rovněž aby podmínky existence neohrožovaly zdraví lidí. Občané mají právo se na naplňování svého práva na zdraví spolupodílet, což ovšem nesnímá ze státu povinnost je k tomu vést a pomáhat jim chápat zdraví jako významnou prioritu politickou, sociální i ekonomickou. (Constitution of the World Health Organization, 2006) Odborníci občas varují před krizí medicíny, což znamená, že na jedné straně toho o lidském organismu víme stále více a úroveň technologií se stále zvyšuje. Na druhé straně díky lepší diagnostice a účinnější léčbě klesá úmrtnost, ale narůstá počet pacientů s chronickým onemocněním, kteří potřebují další zdravotnické služby, jejichž zajištění je stále obtížnější a nákladnější. Příliv financí do zdravotnictví sám o sobě situaci neřeší. Je potřeba věnovat nejvíce pozornosti zdravému období, které je nezbytné co nejvíce prodloužit. Znamená to věnovat více pozornost zdraví dětí, posilovat zdravotní výchovu a výchovu ke zdraví ve školách. Cílem je vyšší zdravotní gramotnost a zapojení občanů do péče o zdraví. (Holčík, 2011)

6.1 Co je zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost je definována jako osobní, kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců, získat přístup, pochopit a využívat informace pro podporu a udržení dobrého zdraví. (Nutbeam, 2000)Zdravotní gramotnost však znamená více, záleží také na dovednostech, preferencích a očekávání a rovněž na poskytovateli informací a služeb. (Riveros, Martins, 2008)

Zdravotní gramotnost je tvůrčí přístup, což znamená získávat informace, kriticky je hodnotit, jednat pro zdraví a pomáhat těm, kteří v této oblasti pomoc potřebují, protože zdraví se týká každého člověka a nikdo by neměl zůstat stranou. (Holčík, 2011)

Zdravotní gramotnost se netýká pouze zdraví fyzického. Oblast duševního zdraví se zaměřuje na uznání specifické poruchy, psychického stresu na postoje usnadňující hledání pomoci a informací týkající se duševního zdraví, rizikové faktory, svépomocné zásahy až

po odbornou pomoc. V Austrálii byl zaveden termín duševní zdravotní gramotnost pro podporu uznání, k pokrytí poznání, vedení a prevenci duševních chorob. Zásahy ke zlepšení duševní zdravotní gramotnosti jsou například programy Beyond the Blu nebo CompassStrategy. (Riveros, Martins, 2008)

Zlepšením porozumění informacím o zdraví dostávají jednotlivci i skupiny osob moc zachovávat si styl života, který přispívá k maximalizaci lidského zdraví. Podpora zdravého životního stylu je v přímém vztahu s podporou veřejného zdraví. Definice zdravotní gramotnosti ve vztahu k veřejnému zdraví byla diskutována na workshopu Health Literacy na 5. WHO Global Conference on Health Promotion, který rozhodl o rozšíření definice včleněním dimenzí společensko-rozvíjejících a zdraví se týkajících schopností a chápání zdravotní gramotnosti ne pouze jako osobní charakteristiky, ale jako klíčové determinanty zdraví společnosti. (Kickbusch, 2001) Nejnovější definice byla vytvořena na European Health Literacy Consorciu 2012: *Zdravotní gramotnost je spojena s gramotností a představuje lidské znalosti, motivace a kompetence pro přístup, chápat, hodnotit a aplikovat zdravotní informace, tak aby úsudky a přijímání rozhodnutí v každodenním životě zahrnovaly péči o zdraví, prevenci chorob a podporu zdraví a vedly k udržení nebo zlepšení kvality života v průběhu celého života.*

Program, který poprvé zahrnul cíle, pro zvyšování zdravotní gramotnosti v politice byl program s názvem Healthy people 2010. V současnosti i v ČR platí program s názvem Zdraví 2020. V roce 1998 přijala světová zdravotnická organizace na svém zasedání program *„Zdraví pro všechny v 21. století“*. Je to komplexní strategie jak dosáhnout v prvních dvou desetiletích 21. století podstatného zlepšení zdraví obyvatel evropských zemí. Nejde o nařízení, ale o doporučení a návod jak dosáhnout zlepšení a pokroku na úrovni zdraví a zdravotní péče. (Wasserbauer, 2000)

Tento program akceptovala i Česká republika a aplikovala jej do Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel Česká republika – Zdraví pro všechny v 21. století. Tento dokument, který je běžně označován zkráceným názvem Zdraví 21. upozorňuje, že pouhé zvýšení počtu zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků nemůže současné zdravotní problémy vyřešit a zvládnout. Proto zdůrazňuje nezbytnost výchovy ke zdraví, zdravotní výchovy, prevence, meziresortní spolupráce a zapojení široké veřejnosti do péče o zdraví. (Zdraví 21, 2002)

Časovým upřesněním programu Zdraví 21 je program Zdraví 2020, což je politický rámec péče o zdraví, na němž se dohodlo 53 členských států WHO v Evropském regionu, a stanovili společné cíle.

Témata pro rozvoj aktivit v rámci národního programu Zdraví 2020

Horizontální

1. Dostatečná pohybová aktivita populace

2. Správná výživa a stravovací návyky populace

3. Zvládáni stresu a duševní zdraví

4. Omezeni zdravotně rizikového chování

5. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí

6. Zvládání infekčních onemocnění, zejména nově a znovu se objevujících infekci, infekcí spojených s poskytováním zdravotní peče, opatřeni proti antimikrobiální rezistenci a vakcinační programy

7. Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity, identifikace nových možnosti

8. Zlepšeni dostupnosti a kvality zdravotní péče, včetně následné a dlouhodobé

9. Zajištěni kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb

10. Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků

11. Elektronizace zdravotnictví

Vertikální

12. Zdravotní gramotnost

13. Snižování nerovností ve zdraví

14. Evidence-based přístupy

15. Podpora zdraví během celého života

16. Ekonomika zdraví

(Zdraví 2020, 2014)

Problémy, kterým v oblasti zdravotní gramotnosti čelíme, jsou podle Kickbusch (2001):

- Vytvoření reliabilního měření zdravotní gramotnosti pro společnosti, národy, skupiny
- Vědecká kvantifikace vlivu zdravotní gramotnosti na zdraví a kvalitu života
- Navrhnout opatření v oblasti veřejného zdraví, která signifikantně zvýší zdravotní gramotnost v jejích variabilních dimenzích

6.2 Úroveň zdravotní gramotnosti

Podle dosavadních výzkumů může úroveň zdravotní gramotnosti ovlivňovat zdraví a zdravotní systém, který poskytuje zdravotní péči. Kvalitní studie prokázaly, že lidé s nízkou zdravotní gramotností mají méně informací o zdraví, nízké a neúplné chápání vlastních zdravotních problémů a léčby, méně preventivní péče, jsou častěji hospitalizováni a nejčastěji používají nákladné zdravotnické služby a zdravotnické prostředky. Důsledky nízké úrovně zdravotní gramotnosti vznikají rovněž při nezdravých volbách v supermarketech, restauracích nebo dokonce, když hovoří se svým lékařem. Důsledky jsou tedy často multifaktoriální a mohou zahrnovat zpoždění při vyhledání lékařského ošetření, nadužívání nebo naopak nízkou spotřeba zdravotnických služeb, zneužívání, nebo nedostatek příjmu léků, problémy s porozuměním zdravotnickým informacím, nedostatek znalostí svého zdravotního stavu atd. Toto zvyšuje riziko selhání léčby, dalších hospitalizací a tudíž zvyšování nákladů na péči, které mohou být až čtyřikrát větší než u ostatní populace.(Riveros, Martins, 2007)

Pacient s adekvátní zdravotní gramotností podle WHO, umí:

- Číst formuláře pro informovaný souhlas, lékařské etikety, předpisy a ostatní lékařské informace
- Porozumět psaným a mluveným informacím přijatým od lékařů a zdravotníků
- Dodržuje nezbytné procedury a nařízení jako je medikace a stanovený plán léčby. (Kempner, 2003)

V ČR je zdravotní gramotnost nízká, což neznamená, že máme horší nemocnice nebo léky, ale že jsme zřejmě pozadu v chápání významu hodnoty zdraví a v úrovni zdravotní gramotnosti. V ČR se nedaří pomáhat lidem, aby si uvědomili hodnotu zdraví a v potřebné míře si osvojili zdravý životní styl. Nedaří se také uhlídat veřejné peníze a efektivně je věnovat na péči o zdraví. Stále u nás převládá názor, že zdraví vzniká v nemocnicích, že zdravotní problémy se mají řešit ve zdravotnických zařízeních pod dohledem odborníků. Je však potřeba si uvědomit, že v nemocnicích se s velkým úsilím napravuje to, co již bylo pokaženo, že u nás lidé nejsou nemocní rakovinou, proto, že máme málo onkologických center a neumírají na infarkt kvůli nedostatku koronárních jednotek. Jde o pochopení hodnoty zdraví a myšlení na zdravotní důsledky rozhodování a jednání jednotlivců, rodin, vlády, veřejné správy a ministerstev. (Holčík, 2011)

Dotazníkové šetření Zdravotní gramotnosti v naší zemi momentálně proběhlo a vyhodnocují se jeho výsledky. (Přínos Světové zdravotnické organizace pro zdravotní politiku, seminář 11. 2. 2015) K šetření byl použit stejný nástroj jako u měření v osmi evropských zemích v roce 2011. Dotazník byl přeložen z anglického jazyka. Dr. Kučera měl prozatím vyhodnocení výsledků z těchto oblastí:

1. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče:

- Neadekvátní 16,2%
- Problematická 33,3%
- Dostatečná 36,3%
- Excelentní 15,5%

2. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence**:**

- Neadekvátní 20,6
- Problematická 33,5
- Dostatečná 30,3
- Excelentní 15,6

3. Oblast podpory zdraví:

- Neadekvátní 30,8
- Problematická 33,5
- Dostatečná 24,2
- Excelentní 13,5

Zdravotní gramotnost není však nízká pouze v ČR například v Americe, je nízká zdravotní gramotnost běžná. Téměř polovina všech dospělých Američanů má obtíže s porozuměním a řízením se dle zdravotních informací. 40 milionů neumí číst složité texty a 90 milionů má obtíže se čtením složitých textů týkajících se zdraví. Je důležité vědět, že i lidé s dobrými schopnostmi v literatuře a managementu mohou mít potíže pochopit a používat složitější informace o zdraví. Zdravotní gramotnost může pomoci změnit tyto problémy. (Paéz, 2007)

6.3 Vliv edukace na zdraví

Mnoho odborníků považuje edukaci za zásadní komponentu v akci pro podporu zdraví a prevenci nemoci v průběhu tohoto století. Kampaně na podporu zdraví matek a dětí, prevenci přenosných onemocnění a podporu imunizace a další preventivní zdravotnické služby mají dlouhou historii. V rozvojových zemích zdravotní výchova – edukace směřující k dosažení těchto cílů zůstává základním nástrojem v podporování zdraví a prevenci nemocí. (Nutbeam, 2001)

Technická manažerka WHO zmínila, že vstupním bodem pro projekty v Africe a na středním východě je funkční zdravotní gramotnost žen. V rámci projektu WHO, byly ženy v zaostalých zemích Afriky školeny instruktory o nejdůležitějších zdravotních problémech, které způsobují mortalitu a morbiditu dětí a žen. Projekt měl velký úspěch a koncepce zvyšování funkční gramotnosti byla přijata za strategii WHO. (Kempner, 2003)

Pro kvalitní edukaci v oblasti zdraví je nutná literární gramotnost (tj. schopnost osob nad 15let číst a psát). Organizace Save the Children (State of the Worldś Mothers by Save the Cildren) identifikovala úroveň literární gramotnosti dospělých žen jako jeden z deseti klíčových indikátorů k odhadnutí „well-being“ u žen. Bylo zjištěno, že dvě třetiny z 960 milionů negramotných obyvatel světa jsou ženy. Země, kde byl well-being žen zařazen do top desítky měly počet gramotných žen 90% a více. Latinská Amerika dosáhla 80% gramotnosti u žen a zařadila se k nejvyšším mezi rozvojovými státy. Protikladem je Afrika, která měla nejnižší počet gramotných žen a značné rozdíly (Jižní Afrika nebo Zimbabwe okolo 80% a Nigérie nebo Burkina Faso jen 10%). (Kicbusch, 2001)

Organizace Save the Children rovněž upozorňuje na důležitou spojitost, že úroveň edukace žen velmi úzce souvisí s rizikem úmrtí dítěte do dvou let. Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že v rozvojových zemích, kde bylo dosaženo zvýšení úrovně gramotnosti matek z 70% na 83%, dosáhly rovněž snížení mortality dětí o 50 na 100 000 žen, nebo i nižší. Dále z výsledků vyplynulo, že vzdělanější matky mají vyšší příjem, častěji odkládají manželství a porod, lépe pečují o zdraví rodiny, posílají děti do škol a celkově přispívají k celkovému růstu ekonomiky. (Save the Children, 2000)

Parker (1995) rovněž na základě svých výzkumů považuje čtení, psaní i numerické schopnosti za velmi důležité pro správná rozhodnutí ohledně zdraví a pro úspěšné plánování terapie a implementaci terapeutického režimu. Pacient má být schopen rozumět mluveným i psaným informacím ohledně svého zdravotního stavu, řídit se psanými i numerickými pokyny doprovázející terapii a diagnostiku, klást zdravotnickému personálu adekvátní dotazy, reportovat základní podmínky a léčbu a řešit problémy, které se v průběhu léčby vyskytnou. Adekvátní funkční zdravotní gramotnost je podle něj schopnost aplikovat gramotnostní schopnosti do materiálů týkajících se zdraví, jako jsou předpisy, návštěvní karty, štítky na lécích a nařízení pro domácí péči.

Edukace zejména v rozvojových zemích je však stále velký problém. Rozdělení zájmu mezi zdraví, edukaci a digitální technologii je velmi nerovnoměrné. Globální zdravotní problémy si v průběhu posledních let získaly velkou pozornost, která se týká zejména obavy z šíření globálních epidemií a jejich sociálních a ekonomických vlivů v Africe. Bohužel nelze to samé říct o problémech edukace. Dokladem bylo Světové fórum o edukaci organizovaném UNESCO, které nemělo zdaleka takovou mezinárodní

viditelnost a bylo dokonce považováno za neúspěch, protože nedošlo k žádným závazným dohodám, k žádným závazkům poskytnout finanční prostředky a nebyl vytvořen časový harmonogram opatření. V kontrastu k tomu však hlavní titulky naplňuje pravidelně nerovný přístup k informačním technologiím. Například Global Information Summit v Tokiu, který trval několik dnů a byl naplněn jak obchodními vedoucími tak akademiky, kteří vyjadřovali své obavy nad znepokojující digitální propastí, protože například 88%všech uživatelů internetu žije v industrializovaných zemích, které čítají jen 15% světové populace. Dále čtyři z pěti webových stránek jsou v angličtině, i přes to že pouze jeden člověk z 10 na světě hovoří tímto jazykem. Afrika má 12% celosvětové populace, ale jen 2% telefonních linek. 90% všech připojení na africkém kontinentu je v Jihoafrické republice. Toto rozdělení je podobné globálnímu zdravotnímu rozdělení, kdy 90% celkových finančních zdrojů jde na zdraví v rozvinutých zemích. Co je téměř vždy opomíjeno v těchto hardware řízených debatách, které doufají, že přinesou do nejodlehlejších částí světa informační technologie je, že jeden bilion nejchudších obyvatel planety dosud nedosáhlo edukačního věku, 876 milionů dospělých lidí je negramotných a majoritu tvoří ženy a dívky. 8 bilionů dolarů by bylo ročně potřeba k dosažení vzdělání všech. (Kicbusch, 2001)

Multi-efektivní vliv edukace a obecné gramotnosti na zdraví je tedy již známý a probádaný. Nicméně podrobné analýzy současných HIV/AIDS epidemií zejména v Africe ukazují komplexní rozhraní mezi obecnou gramotností a zdravotní gramotností. Jižní Afrika a Zimbabwe, přes to, že mají nejvyšší procento gramotnosti obyvatel, patří k nejvíce těžce napadeným zemím HIV/AIDS a majoritu napadených tvoří ženy a další zjištěnou výraznou disproporcí je vysoká incidence HIV/AIDS u subsaharských afrických učitelek. Vysoká incidence a úmrtnost učitelek zřetelně poukazuje na to, že obecná gramotnost a zdravotní gramotnost nemusí jít nutně ruku v ruce. Tyto výsledky otevírají cestu ke společnému programu mezi zdravím a edukací se zaměřením na vzájemné vztahy a závislosti mezi investováním do gramotnosti a zdravotní gramotnosti ve školách a ve společnosti celkově. Zatím co edukace a gramotnost jsou důležité determinanty zdraví, zdravotní gramotnost se stává stále důležitější pro sociální a ekonomický rozvoj. (Kicbusch, 2001),

Podle Paéz (2007) rovněž není problém pouze ve vzdělání, protože osoba, která ukončila střední školu, nemusí být schopná orientace v systému zdravotní péče. Zdravotní gramotnost vidí jako konvergenci vzdělání, kulturních a sociálních faktorů a zdravotních služeb. Čtení, psaní a matematické schopnosti jsou součástí zdravotní gramotnosti, ale důležité jsou další dovednosti jako mluvení a schopnost komunikace, poslech, dostatečná informační základna a znalost systému zdravotní péče. Schopnosti čtení a počítání je nutné využít k porozumění informacím o zdraví, jako jsou etikety na lécích, recepty či formuláře a dokumenty zdravotních pojišťoven. Zlepšení vidí ve vládě, školství a zdravotním systému.

Pedagogové se většinou shodují na tom, že u zdravotní gramotnosti jde o složitý vztah mezi znalostmi a dovednostmi, které jedinec potřebuje k jejímu dosažení. Informace o zdraví – každý má právo na přístup k informacím o zdraví a jejich pochopení, jako klíčového faktoru pro rozhodování v oblasti zdraví musí být propojeny. Úloha pedagogů je klíčová a pedagogové by vždy měli podporovat zdravé chování. (Riveros, Martins, 2008)

Na druhé straně někteří vědci nesouhlasí s tím, že existuje silný kauzální vztah mezi edukací matky a zdravím dítěte. Následkem toho považují investice veřejné politiky do edukace matek jako důležité cesty ke zvýšení zdraví dětí za málo efektivní ačkoli takové investice mohou přinést další sociální benefity. Zjistili nízký vliv edukace na zdraví dítěte, ale naopak prokazatelný vliv edukace na imunizaci dítěte. Tedy vzdělané matky se častěji zapojují do zdraví hledajícího chování, což ovlivňuje aktuální výsledky zdraví. Je ovšem důležité vzít v úvahu, že přežití dítěte se pojí s edukací matky, pak jsou zkoumané děti matek vzdělaných. Vliv edukace na imunizaci je u primárního vzdělání signifikantní v 9 zemích z 20 a u sekundárního vzdělání u 11 zemí z 20. (Desay, 1998)

Jiní odborníci vidí původ problémů jako je kojenecká úmrtnost, mrtvě narozené děti a předčasné porody, které jsou základní priority v oblasti veřejného zdraví v rozdílech založených na rase a etnickém původu. Na základě výzkumu Spong et al., (2011) dospěla ke zjištění, že existují velké rozdíly, které při hodnocení míry za posledních 30 až 50 let přetrvávají ve všech třech prioritách a jsou pozoruhodně konzistentní. Počty dětí u uvedených priorit jsou u Nehispánských afrických Američanů výrazně vyšší. Téměř dvojnásobek byl zjištěn u dětské úmrtnosti, téměř dvojnásobek u mrtvorozenosti a o třetinu

vyšší počet zjistili u předčasných porodů. Přes četné konference, semináře, články a výzkumy se zaměřením na tento problém, rozdíly přetrvávají a v některých případech rostou. Výzkum byl zaměřen také na identifikaci faktorů, které způsobují tyto rozdíly, jako jsou genetické faktory, zdravotní podmínky, ale také že rasismus, chronický stres, a sociální a ekonomické prostředí významně přispívá k rasovým rozdílům u předčasného porodu a k dalším špatným výsledkům, jako je například nízká porodní hmotnost.

6.4 Lékaři a ošetřující personál

Každá návštěva pacienta ve zdravotnickém zařízení zahrnuje velký počet rolí, jako jsou formuláře o zdravotním stavu, anamnestické údaje, informovaný souhlas atd., následně procesní pokyny a recepty. Lékaři a sestry poskytují stručná vysvětlení a očekávají, že pacienti, kteří umí číst, budou postupovat správně. Většinou je pacientům ponecháno málo času na vyplnění a na případné dotazy je odpovídáno ve spěchu. Lékaři předpokládají, že pacient umí přečíst, pochopit a realizovat informace o zdravotní péči, která je mu poskytována. Studie však většinou ukazují opak. Materiály týkající se zdravotní péče (brožury, procedury, formuláře) jsou často psány na vyšší čtenářské úrovni než je průměrná úroveň pacientů, což je ještě složitější pro skupiny přistěhovalců. (Kempner, 2003)

Informovaný souhlas se při lékařských výkonech stává stále častěji užívaný. V některých zemích zákonodárci vyžadují, aby byly informace pro pacienty jednoduché, rozumné a jasné. Splňují však tyto požadavky? Informované souhlasy se stále prodlužují a zahrnují nejen medicinský žargon, ale také legislativní a pojišťovací slang. Dokumenty jsou stále složitější pro pochopení i pro mnoho náročných a vzdělaných pacientů. (Kempner, 2003)

Parker (1995) uvádí, že většina lékařů pravděpodobně předpokládá u všech svých pacientů funkční gramotnost, přestože výsledky výzkumu ukazují opak. Test, který Parker prováděl, prokázal prevalenci nízké zdravotní gramotnosti u pacientů ve dvou veřejných nemocnicích a demonstroval, že mnoho pacientů není schopno plnit základní úkoly v oblasti zdraví, které jsou po nich požadovány. Prevalence nízké zdravotní gramotnosti má obrovský význam pro poskytování zdravotní péče a může být důležitou neoficiální bariérou přijímání vysoce kvalitní péče.

Pacienty s nižší úrovní zdravotní gramotnosti je však těžké rozpoznat, protože většina z nich má průměrnou inteligenci, dobře mluví a jsou přizpůsobeni dobře fungovat ve společnosti. Problém je, že tito pacienti mají potíže s dodržením vlastních omezení a často se stydí a své problémy skrývají před ostatními. Pracovníci ve zdravotnictví mohou tak být šokováni tím, jak málo někteří pacienti v současnosti rozumí zdravotní prevenci, chronickým podmínkám nebo jak mohou sami sobě pomoci. (Kempner, 2003)

Proto je nezbytné, aby zúčastněné strany, které komunikují s pacientem, jako jsou lékaři a další personál, lékárníci, výrobci léčiv, sociální pracovníci a další si uvědomily, že nízká zdravotní gramotnost je obrovský celosvětově rozšířený problém, který ovlivňuje špatné úsudky o zdravotních možnostech a zneefektivňuje léčbu a rehabilitaci. (The Patientś Network, 2003)

Lékaři by měli svá doporučení vyjadřovat jednoduše a přímočaře, používat názorné příklady a ověřovat si porozumění. Například u láhve s léky by si měli ověřit, jak bude pacient léky užívat a podle toho diskrétně posoudit zdravotní gramotnost a pokyny přizpůsobit její úrovni. (Riveros, Martins, 2008)

Podle WHO je potřeba užívat prosté jazykové prostředky komunikace, že posluchač nebo čtenář může pochopit význam, když informace poprvé slyší nebo si přečtěte. Poskytovat smysluplné a spolehlivé informace nezbytné k vytvoření zdravotní gramotnosti. Informační materiály týkající se zdraví by měly být citlivé na rozdíly a rozmanitost v kultuře, pohlaví, věku jedince v jejich obsahu a formátu. (WHO Regional Office for Europe, 2013)

Zdravotnická veřejnost je významným subjektem zdravotní gramotnosti rovněž podle Holčíka. Právě na ní do velké míry záleží, jak se daří občany motivovat k péči o zdraví. Tato role však podle něj není v potřebné míře zdravotnickou veřejností přijímána. Prováděl proto výzkum se studenty LF. Při diskuzích a během výuky se studenti často vyjadřují, že pacienti jsou neposlušní, nedbají pokynů lékařů, neváží si vlastního zdraví, nejsou ochotní vzdát se svých špatných návyků a nezdravého životního stylu. Pokud mají studenti lékařství navrhnout nějaké řešení, obvykle je to potrestání pacientů nejčastěji formou ekonomických postihů. Pokud se řeší otázka, kdo by měl pacientům pomoci, většinou studenti namítají, že lékaři nemají na takové věci čas, že dělají důležitější věci, jako

zachraňují životy pacientů. Kteří si jejich pomoc zaslouží. Holčík ovšem namítá, že obtížnější pacienti ani jinou pomoc než od zdravotnických pracovníků ani očekávat nemohou. Proto považuje za velmi důležité, aby se studenti lékařství seznamovali s významem výchovy ke zdraví, aby chápali pojem zdravotní gramotnost, aby dokázali využívat komunikační dovednosti, aby zmíněné problematice věnovali potřebný čas a zejména, aby přijali svou část osobní odpovědnosti za to, že pacienti budou opravdu respektovat jejich doporučení. (Kaňová, Holčík, 2006)

6.5 Informace jako základ zdravotní gramotnosti

Matky a rodina potřebují informace. Důležitost informovanosti rodičů je nedocenitelná. V době krize jim informace dávají sílu a umožňují jim pochopit, co se stalo. Nedostatek informací rodiče oslabuje a vede ke sklíčenosti. Rodiče potřebují mít informace o tom, co se jim a jejich dítěti děje, co se již stalo a co se může stát. Dále potřebují znát, jaké mají možnosti a jak se mohou rozhodnout. Potřebují být informováni o všech praktických záležitostech, úkonech, postupech a formách řízení. Dokud rodiče informace neobdrží, nemohou chápat, co se jim a dítěti děje a pokud to nepochopí, nemohou to přijmout. Proto by s rodiči odpovědní pracovníci nemocnic měli sdílet všechny informace, které vědí, ale i to, co se snaží zjistit a ještě zatím nevědí. (Kohner, Henley, 2013)

Mnoho odborníků dnes kromě dlouhodobého sledování rizikových dětí a včasné intervence poukazuje rovněž na důležitost pomoci rodině dítěte. Důraz by měl být kladen na podporu vzájemné interakce s dítětem, která by měla být zahájena co nejdříve po porodu. Interakce pomáhá dítěti k uzdravení a rodičům k překonání stresu a zátěže a podpoře sebedůvěry a převzetí rodičovské role. Kapacita nemocnic neumožňuje často matkám pobývat s dítětem na oddělení, ale je nezbytné motivovat rodiče k co nejčastějším návštěvám JIRPN. Rodiče by měly být obeznámení s prostředím oddělení, neboť znalost jim umožní orientovat se v neznámém prostředí plném přístrojů a ošetřujícího personálu. Neznalost a neinformovanost často u rodičů vyvolává stres a napětí. Klid a vyrovnanost naopak přispěje k lepšímu soustředění na dítě a zapojení do péče o něj. (Kohner, Henley, 2013)

Osmdesát procent populace žije v orálních a vizuálních kulturách, což znamená, že se učí prostřednictvím poslechu a pozorování ne čtením a psaním. Někteří lidé předpokládají, že rozvinuté země se pohybují tímto směrem lépe a že čtení a psaní bylo historicky

provizorním jevem. Média, která se stávají klíčovým zdrojem pro zdravotní informace pro většinu lidí, opětovně vytváří a ovlivňují kulturu v rozvojových i rozvinutých zemích. Nové informace mohou poskytovat příležitost být více vizuální a interaktivní než brožury, letáky a starší didaktické formy zdravotních pokynů. (Kicbusch, 2001)

Světová zdravotnická organizace uvádí, že na internetu existuje 100 tisíc zdravotnických webových stránek. Tyto stránky stále přibývají, je však otázkou, zda je pacienti a jejich lékaři dokážou využívat. Inteligentní aplikace, které přenáší zdravotnické informace spotřebitelům, mohou pomoci při dosažení rovnováhy mezi spolehnutím se na sebe a vyhledáním profesionální pomoci. Elektronické informace však nikdy nemohou nahradit živou komunikaci se zdravotnickými profesionály. (The Patientś Network, 2003)

Mnohé studie se však dnes zabývají nebezpečným dopadem internetu na pacienty a upozorňují například na internetový prodej léků, který se podle nich pojí s rizikem vlastních nesprávných diagnóz. Chybí lékařská rada a varování a takový způsob nákupu léku nemusí zlepšit stav a léčit příčiny nemoci. Kvalita zdravotnických informací přenášených přes internet zůstává tedy problematická. (The Patientś Network, 2003)

Na druhé straně se internet ukázal jako významný zdroj informací pro ženy, který jim odpovídá na spoustu otázek a nejasností týkajících se početí, těhotenství a porodu. Není zatím jasné jakou roli má internet v posílení odpovědného rozhodování žen a schopnosti odolat dominantním biomedicínským paradigmatům. Ženy na cestě k těhotenství a porodu dnes čelí přívalu otázek a nejistoty, která narůstá s nárůstem počtu možností týkajících se reprodukce, plodnosti a porodu. Dříve byly tyto informace předávány jinými ženami v rodinách a komunitách, dnes jsou informace filtrovány z knih, časopisů, televizních pořadů a poslední dobou internetu. Odpovědná rozhodnutí jsou komplikována také sociálními tlaky na matky v souladu s kulturním očekáváním. Matky se proto často obrací na internet, aby jim pomohl při rozhodování o zdraví. Ženy disponují vyšší úrovní při vyhledávání informací než muži a to zejména informací o výše uvedených tématech. Podle výsledků výzkumu vykazují ženy z nižších vrstev více rezignovaný přístup k početí a porodu, zatím co ženy střední vrstvy považují vědomou kontrolu nad svou situací za samozřejmou. Výsledky dále ukazují, že motivace k hledání informací na internetu je rozmanitý komplex. U žen střední vrstvy bylo zjištěno, že u mnohých spoléhání se na internet nenaznačuje opuštění tradičních vztahů s lékařem, ale nepochybně některé ženy

považují online diskuze s jinými ženami a jejich zkušenosti za smysluplné a posilující. Nicméně většina žen se obrací na internet proto, že hledá ujištění a kontrolu při nejistých okolnostech a spoléhá na zdroje, které potvrzují tradiční lékařskou autoritu při vytváření svých rozhodnutí. Znalosti nabyté online doplňují důvěru, kterou investovaly do svých lékařů. Podle autorů výzkumu je vhodné věnovat dále pozornost tomu, jak internet usnadňuje a omezuje ženy v jejich smysluplném rozhodování o zdravotní péči. (Wu Son et al. 2012)

Dohledané informační zdroje pro pacienty

The Patientś Network, IAPO 2003 – patiend-centered health care worldwide - je časopis, který se zaměřuje na globální problémy a otázky týkající se pacientů v celém světě. Je čten tisíci profesionály, politiky, vědci a pacienty ve více než 100 zemích.

www.Healthteacher.com – Anita Davisová je tvůrcem vlastního webu komplexního zdravotně edukačního kurikula na internetu, které splňuje standardy americké národní zdravotní edukace.

Španělský manuál „Manual para padres con niños prematuros“ vytvořený Ibáñez&Plaza Asociados S. L. dostupný na www. Prematuros.info. Manuál je velmi přehledný a velmi dobře se v něm každý zorientuje a najde si odpovědi na své otázky. Najdeme v něm i nejčastější otázky rodičů včetně odpovědí a diskuzí.

The Text4baby Program Arlene P. Remick, MPH; Juliette S. Kendrick, MD- zvyšování zdravotní gramotnosti prostřednictvím textových zpráv. Pacient uvede svůj problém, například těhotenství a dostává průběžně textové zprávy, které ho informují jak postupovat a co dělat.

V ČR proběhl projekt, jehož výstupem byl cyklus na sebe navazujících seminářů na podporu zdravotní gramotnosti, webináře s lektorem a e-learning pro všechny, kteří semináře nestihli. Základními tématy je zdravá výživa, zdravé prostředí, zdravý pohyb, životní styl, životní pojištění a vnitřní pohoda. Vstupní test zachytí znalosti před zahájením vzdělávání a výstupní test napoví, jaký jste udělali posun. Dostupné z (http://www.gramotnost.cz/zdravotní)

Projekt KROKUZ (Krok ku zdraví) se v ČR zaměřuje na klientky azylových domů s cílem naučit je, jak pečovat o své zdraví a zdraví svých dětí. Dostupné z (http//www.zdravky.cz/zpravodajství-pro-vasi-praxi/klientky-azylovych-domu-ohrozuje-nedostatek-zdravotni-gramotnosti)

Farmaceutický průmysl není dosud jednotně zahrnut do společného úsilí zvyšování zdravotní gramotnosti. Jednotlivé společnosti, i když sledují společný cíl, stále pracují na svých individuálních programech. The Patientś Network, IAPO 2003) U nás se jedná například o projekty lékárenské péče Pharmia. (www.pharmia.czúprojekty-LP)

6.6 Zdravotní gramotnost matek s PND

Zdravotní gramotnost matek, tedy jejich kognitivní a sociální schopnosti a dovednosti, které determinují jejich motivaci a schopnosti získat přístup k pochopení a užití informací způsobem, který podporuje jejich zdraví a zdraví dítěte zkoumali například Renkert a Nutbeam (2001). Vyšetřovali uskutečnitelnost a proveditelnost užití konceptu zdravotní gramotnosti v předporodních kurzech. Z výsledků focus groups a rozhovorů vedených s poskytovateli zdravotnické péče, těhotnými ženami a čerstvými matkami byl získán realistický pohled na to, co získávají ženy v současných předporodních kurzech a jak by se to mohlo zlepšit. Bylo zjištěno, že v kurzech je problémem závažné časové omezení. Toto omezení v kombinaci s přirozenou úzkostí a zvědavostí týkající se porodu obecně způsobuje, že obsah kurzů se omezuje na těhotenství a porod. Časové omezení je rovněž důvod ve výběru učebních metod, které jsou proto zatíženy faktickými informacemi odlišnými od rozvíjení praktických schopností a dovedností pro porod a rodičovství. Výsledek ukazuje, že předporodní kurzy nejsou schopné pokrýt vše, co je potřeba znát o těhotenství, porodu a časném rodičovství. Jestli je smyslem těchto kurzů zvyšovat zdravotní gramotnost matek, pak by měly matky opouštět tyto kurzy se schopnostmi a důvěrou, jistotou, že dostaly řadu informací, které přispívají k úspěšnému těhotenství, porodu a rodičovství, což zahrnuje znalost, kam se obrátit pro další informace a kriticky je analyzovat. Autoři výzkumu dodávají, že by to znamenalo náročnou změnu v orientaci kurzů pro vzdělavatele i pro matky zahrnuté do této studie.

V ČR úroveň zdravotní gramotnosti zkoumala Wilhelmová a Hrubá (2013) u těhotných žen a zjistily, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání se zvyšuje zdravotní

gramotnost a je lepší u žen, které jsou v těhotenství v dlouhodobém kontaktu s porodní asistentkou. Služeb porodních asistentek však mnoho žen u nás nevyužívá. Zdravotní gramotnost je podle autorek článku významnou determinantou zdraví ženy a jejího dítěte a měla by být hlavním cílem primární prevence v prenatální péči. Podle nich je výsledkem zdravotní gramotnosti u rodičů zdravý způsob života, který podporuje fyziologický prenatální i postnatální vývoj dítěte. Naopak zdravotní negramotnost má pro společnost nedozírné následky v podobě zdravotních komplikací, vad a onemocnění jak v průběhu těhotenství, tak porodu i později v životě ženy i dítěte.

B. PRAKTICKÁ ČÁST

7 Formulace řešeného problému a oblast výzkumu

Na základě hlavního cíle a podcílů diplomové práce budou zjišťovány názory na zdravotní gramotnost matek s předčasně narozeným dítětem od lékařů, kteří o takové děti a matky pečují. Jak ukázala podrobně teoretická východiska zjišťování úrovně zdravotní gramotnosti, není jednoduché vzhledem k odlišné úrovni ZG. U matek s PND je navíc situace velmi problematická a citlivá, neboť se jedná o život dítěte a jeho budoucnost. ZG nelze často rozpoznat, protože zatím není vhodný měřící nástroj, který by mohli lékaři využívat. Lékaři si proto často neuvědomují, že pacient nerozumí jejich pokynům a vysvětlením. Pacienti se naopak bojí na mnoho věcí zeptat, protože je nenapadnou ve správnou chvíli, aby nevypadali hloupě, aby zbytečně neobtěžovali stále zaměstnaný zdravotnický personál apod.

Počet PND každoročně stoupá nejen u nás, ale i ve světě.(Blencowe et al. 2012) I přes stále se zvyšující kvalitu péče a technického vybavení porodnic se nedaří počty předčasných porodů snížit. V ČR má neonatologická péče špičkovou úroveň a v postkomunistických zemích patří k nejlepším.(Plavka, 2011) Šanci na přežití mají dnes i děti velmi nezralé. To však znamená, že se zvyšuje i počet matek, které pečují a mají starost o tyto děti. Péče, která je pro matku psychicky i fyzicky velmi náročná, ji často zastihne zcela nepřipravenou. Porozumění zdravotnickým informacím a orientace v problematice je velmi důležitá, jak pro matku a její psychický stav, ale rovněž pro vývoj dítěte. Pokud bude matka v tomto období žít v nejasnostech a nejistotě, může to jen zhoršit už tak tíživou a stresující situaci. Nedonošenost je problém složitě strukturovaný a pro dítě a jeho rodiče je celoživotním tématem. Přes to se dosavadní publikace věnují této problematice spíše okrajově. (Dokoupilová, 2009)

U předčasných porodů je zdravotnická péče odborníků soustředěna především na PND, u nichž je riziko zdravotních problémů mnohonásobně vyšší než u donošených dětí. Jejich matky, pro něž je situace velmi náročná, však nejsou součástí neonatologické péče. Podle primáře Lumíra Kantora si je zdravotnický personál oddělení pro PND vědom nelehké situace matek a většinou se snaží jim v rámci svých omezených možností pomáhat, ale žádná jednotná, ucelená a organizovaná péče pro tyto ženy zatím není. Přitom pro zdravý

vývoj každého dítěte, a u PND to platí dvojnásobně, je dobrý fyzický a psychický stav matky nezbytný. Podle Dokoupilové (2009) Matky s PND nejčastěji prožívají pocity nejistoty, zoufalství, bezmoci a často také viny.

7.1 Cíle výzkumu

Cíl: Popsat objektivní úroveň zdravotní gramotnosti matek s PND a stanovit oblasti, které jsou pro matky s PND nejvíce problematické.

Operacionalizace zdravotní gramotnosti: typologie matek s PND, zdraví a zdravotní problémy PND, informace, edukace, dovednosti, komunikace lékaře s klientem.

Podcíle:

Zjistit, zda existuje obecná charakteristika matky s PND.

Zjistit jaká je obecně ZG matek s PND z pohledu lékařů, kteří pečují o matky a PND (neonatologů, neurologů, perinatologů)

Zjistit které oblasti jsou v určitém období pro matky nejvíce problematické.

Zjistit, proč jsou tyto oblasti problematické.

Zjistit, jaký typ informací matkám s PND nejčastěji chybí. Zda jich mají málo nebo moc a umí je vytřídit.

Jaké dovednosti nejčastěji matky s PND postrádají?

Na základě zjištění navrhnout témata kurzu pro matky s PND

8 Design výzkumu

Výzkumná strategie má kvalitativní charakter. Zvolen byl kvalitativní typ výzkumu, protože bylo potřeba zkoumat menší počet respondentů a více proměnných. Dále proto, že kvalitativní strategie umožnila získat podrobnější popis a zejména vhled do zkoumané oblasti, proniknout co nejvíce do hloubky zkoumaného procesu, odhalit za pomoci názorů respondentů slabá místa a navrhnout možná zlepšení.

Oproti kvantitativnímu výzkumu je kvalitativní výzkum časově náročnější a získává data „měkká“, jejichž interpretace je složitější. (Silverman, 2005, Hendl, 2005)

Cílem kvalitativního výzkumu není získané údaje zevšeobecnit, ale pochopit je, uvědomit si souvislosti mezi nimi a tím zprostředkovaně proniknout do tématu. Je založen především na aktivním zapojení výzkumníka v průběhu celého zkoumání problému a na jeho empatickém vcítění se do situace druhého, které mu umožňuje a usnadňuje chápání souvislostí a způsobů jednání zkoumaných osob. (Hendl, 2005, Miovský, 2006)

Kvalitativní výzkumník je Hendlem (2005) porovnáván s detektivem, protože vyhledává a analyzuje veškeré informace, které by mohly přispět k osvětlení výzkumných cílů. Nesestavuje ze získaných dat skládanku, jejíž konečný tvar zná, spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru dat a upřednostňuje postupné poznávání jeho částí. (Hendl, 2005, s. 39, 50).

8.1 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byla v práci zvolena metoda rozhovoru, konkrétně metoda polostrukturovaného interview, kterou Miovský (2006) označuje za nejrozšířenější podobu z metody rozhovoru, protože potlačuje nevýhody jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Tato forma rozhovoru vyžaduje náročnější technickou přípravu a spočívá ve stanovení pevné struktury. Potřebné je mít zachované „jádro interview“, což je minimum témat a otázek, které jsme povinni s respondentem probrat. Metoda představuje možnost dostat se pomocí doplňujících otázek hlouběji do problematiky vzhledem k cílům, přičemž předem stanovené části struktury zajišťují srovnatelnost odpovědí respondentů a přitom nesvazují výzkumníka v případech, kdy je

vhodné doptat se respondenta na relevantní informace. Tím vzniká prostor pro fantazii a nápady respondentů, aniž by jim byly podsouvány různé možnosti. (Miovský, 2006, s. 159). Typ rozhovoru byl zvolen narativní, což znamená, že by měl mít podobu volného vyprávění a výzkumník respondenta k volnému vyprávění vede a stimuluje.

Rozhovory v této práci jsou expertní, tedy s expertem, který se ve zkoumané problematice vyzná, je na něj odborník. (Hendl, 2005) Informace jsou získávány na předem dané téma, kdy bylo předem vytvořeno určité schéma nebo struktura Na základě cíle a podcílů bylo tedy stanoveno několik otázek, které byly pro všechny respondenty stejné. (viz příloha č. 1). Nejsou to však otázka za otázkou, ale spíše okruhy, které mne zajímaly a k nimž je možné v průběhu rozhovoru získávat další informace, které vyplynou z dané situace. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru pro tuto práci se jevila možnost zaměňovat a upravovat pořadí okruhů otázek a to, že záleží na tazateli, u kterých otázek ponechá pevnou strukturu a které pozmění včetně jejich znění. Rovněž bylo výhodou, že metoda je flexibilní
a umožňuje situační reakci výzkumníka na případné nové skutečnosti, které se objevili mimo předem danou strukturu a jejich objasnění. Otázky, které byly použity mimo strukturu, jako doplňující se odvíjely od informací, které respondenti poskytli.

Přínos této metody pro tento výzkum byl zejména v tom, že na rozdíl od dotazníkových šetření není tak snadné říci nevím, neodpovědět nebo nad odpovědí nepřemýšlet a také to, že pokud výzkumník respondenta vhodně motivuje, může se dotazovaný více snažit vzpomenout si. Pozitivní byla také možnost odchýlit se od pevné struktury, vcítit se do role dotazovaného, vést přirozenou komunikaci, vysvětlit lépe otázku, případně navést dotazovaného, zjistit vlastní názory a nápady respondentů. Otázky z předem připravené osnovy (viz příloha č. 1) byly pak pokládány v tom pořadí, jak byly zapsány, ne však vždy v doslovném znění, jelikož bylo snahou působit autenticky a uvolněně, navazovat na řečené, přizpůsobit se tázaným lékařům a neklást otázky jako stroj.

Během interview byl také plně využit potenciál polostrukturovaného rozhovoru, který umožnil klást různé doplňující otázky, jež se jevily jako smysluplné či byly potřebné z hlediska dovysvětlení řečeného. U některých lékařů se rozhovor podobal více nestrukturovanému interview, jelikož ve svých odpovědích zahrnuly i informace vztahující se k ještě nepoloženým otázkám, které tak mohly být „přeskočeny“.

Respondentům umožnila tato metoda mluvit volně o své práci a vlastních zkušenostech a doplnit je i příklady z praxe. Otázky, které byly stanoveny pro všechny dotazované stejné, zase naopak zajistily možnost porovnání odpovědí a hledání shodných nebo obdobných výpovědí.

Marshall a Rossman řadí mezi výhody polostrukturovaného rozhovoru rovněž získání velkého množství dat z širšího kontextu a v krátkém čase, spolupráci s respondenty, sběr dat v přirozeném prostředí a výbornou metodu k odkrytí subjektivních postojů k organizačním procesům (Marshall, Rossman, 1995, s. 100).

Za nevýhodu metody je považováno obtížné vyhodnocování, složité srovnávání respondentů, vliv tazatele, náročnější tvorba záznamu, náročnější technická příprava, spoléhání na upřímnost a pravdomluvnost dotazovaných. (Miovský, 2006, s. 159). Vliv výzkumníka nelze zcela potlačit, ale pro zmírnění bylo voleno spíše nenápadné oblečení a otázky byly kladeny tak, aby nenaváděly k určeným odpovědím. Kromě tazatele, ale mohou mít vliv rovněž okolní faktory, které mohou výsledky ovlivnit. Některé faktory ovlivnit můžeme a jiné nikoliv. Nelze například ovlivnit okolnosti, jakými jsou osobní problémy respondenta, události, které se odehrály před rozhovorem nebo stres či časovou tíseň. V prostředí nemocnice a zejména při práci na oddělení jednotky intenzivní a resuscitační péče o novorozence je potřeba s takovými faktory počítat. Takové ovlivňující faktory však hrozí i u jiných metod během jakéhokoli výzkumu. Odbornost zvolených respondentů, kteří byli doporučeni předsedou neonatologické komise v ČR, zajistila validitu získaných informací.

Východiskem při přípravě otázek do polostrukturovaného rozhovoru byly výstupy z teoretické části práce, hlavní cíl práce a podrobné podcíle. Bylo vytvořeno šest základních otázek, které tvoří pevnou strukturu pro všechny rozhovory. Poté bylo zvoleno uspořádání otázek. Jako první otázky jsou voleny takové, které se týkají popisu situace, jsou relativně bezproblémové a mají spíše širší, obecnější záběr. Další fáze jsou otázky, které vyžadují interpretaci respondenta, jde o vyjádření jeho názoru – ty se mohou jevit jako problematičtější, ale atmosféra důvěry, navozená v předchozí fázi může pomoci.

Otázky vždy směřují ke znalostem, názorům a zkušenostem zvolených respondentů. Snahou bylo, aby otázky nebyly příliš specifické, a nezpůsobily uzavření tématu do úzkých

mantinelů. Jsou formulovány jako otevřené, tak, aby respondentům umožnily jakýkoli směr a volbu odpovědi. Při jejich sestavování bylo dbáno na to, aby byly otázky jasné, neutrální a nemanipulativní, ale také ne příliš dlouhé a bez složitých či abstraktních výrazů.

Prvním otázka se zaměřuje na obecnou charakteristiku matky s předčasně narozeným dítětem. Zjišťuje, zda je z pohledu lékařů možné takovou obecnou charakteristiku vůbec stanovit, zda nějaká obecná charakteristika z pohledu odborníků existuje. V práci je uvedena za účelem obeznámení se situací.

Druhá otázka je zaměřena na současnou úroveň zdravotní gramotnosti matek s předčasně narozeným dítětem a snaží se zjistit, jak vidí úroveň zdravotní gramotnost matek odborníci, kteří jsou s matkami v kontaktu. Zda si zdravotní gramotnosti u matek všímají a sami ji hodnotí. Otázka je rovněž spíše obecná.

Třetí otázka je věnována nejvíce problematickým oblastem ve zdravotní gramotnosti matek. Tato otázka je již zaměřena na konkrétní zjištění, co činí matkám největší problém a proč tomu tak je, a jaký postoj k těmto problémům matek mají lékaři.

Čtvrtá otázka konkrétně zjišťuje informace, které matkám s předčasně narozeným dítětem chybí. Zajímalo mne, jaký typ informací by podle lékařů tyto matky měly mít a zda je mají.

Pátá otázka se zaměřila na dovednosti. Tato otázka je spíše praktického charakteru. Zajímalo mne, zda si matky s předčasně narozenými dětmi potřebují osvojit určité dovednosti pro péči o nedonošené dítě a jaké to konkrétně jsou a zda jsou něčím odlišné či specifické na rozdíl od dětí narozených v termínu.

Poslední šestá otázka zjišťuje možnosti, o nichž si lékaři myslí, že by mohly zlepšit situaci matek s PND a měla by nasměrovat, kudy se bude ubírat praktický kurz, který by měl být výsledkem mého šetření.

8.2 Soubor respondentů

Protože cílem práce bylo zjistit objektivní ZG (viz cíl výzkumného šetření), proto byly dotazováni lékaři, kteří s matkami v kritickém období nejvíce přicházejí do styku. V České

republice je 12 perinatologických center s třístupňovou péčí (viz příloha č. 4) Respondenty výzkumného šetření byli neonatologové z těchto perinatologických center, jeden perinatolog a jeden neonatolog-neurolog. Celkem tvořilo skupinu 9 respondentů, z čehož byly 3 ženy a 6 mužů. Všichni respondenti byli středního věku s minimálně desetiletou praxí v oboru. Z celkového počtu byly 4 respondenti primáři neonatologických oddělení v perinatologických centrech, jejichž délka praxe je okolo 20 let. Dále byla jedna respondentka vedoucí lékařkou neonatologického oddělení perinatologického centra. Dva respondenti byli lékaři na neonatologickém oddělení perinatologického centra, kteří navíc provozují i vlastní lékařskou praxi. Jeden respondent pracuje jako vedoucí lékař perinatologického centra a jeden je neurolog, který jednak působí na neonatologickém oddělení perinatologického centra a jednak sleduje další vývoj rizikových dětí v poradně pro následnou péči pro rizikové novorozence při perinatologickém centru.

Výběru respondentů předcházel úvodní rozhovor s primářem MUDr. Lumírem Kantorem, který je osobně znám vedoucí práce a spolupracuje s ní v jiných typech výzkumu. Jeho výpověď se stala základem popisu zkoumaného problému.

Bylo projednáno téma výzkumu a objasněna základní problematika a možnostmi, které se pro výzkum nabízí. Zazněly první důležité informace, které výzkum nasměrovaly a pomohly zvolit hlavní cíl a podcíle a následně otázky pro respondenty. Na základě tohoto rozhovoru byla rovněž zvolena metoda pro výběr respondentů. Metoda se nazývá sněhové koule. Technika sněhové koule se zakládá na výběru jedinců, při němž nás původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny. Disman ji považuje za ideální možnost, pokud chceme dosáhnout „teoretické nasycenosti vzorku“, kdy už se noví jedinci neobjevují.(Disman, 2002, s. 114)

Získat rozhovor od špičkových odborníků v oboru neonatologie je bez doporučení a kontaktů většinou nemožné. Metodou sněhové koule se však podařilo takové kontakty získat.

Proces výběru začíná u jednoho (případně více jedinců), o kterém víme, že splňuje námi požadovaná kritéria. S vybraným jedincem je provedeno interview. Na konci rozhovoru je tento jedinec požádán, aby nominoval další osobu, případně osoby, které zná a které také splňují příslušná kritéria a zprostředkoval s nimi kontakt. S těmito nominovanými osobami

je následně rovněž provedeno interview a celý proces se dále opakuje. Výběrový soubor se tímto uvedeným způsobem může dále rozrůstat. (Hartnoll et al., 1997)

V tomto případě byl již předem dohodnut výše zmíněný přednosta Neonatologického oddělení v FN Olomouc, s nímž byl proveden také první rozhovor. Na konci rozhovoru primář Kantor doporučil další čtyři neonatology. Tito byli na základě jeho doporučení osloveni a podařilo se získat pro rozhovor dalšího odborníka, který byl na konci rozhovoru opět požádán o doporučení, případně kontakt na dalšího vhodného kandidáta. Tímto způsobem byli postupně získání všichni respondenti.

V okamžiku, kdy se začaly informace opakovat, a došlo k nasycení vzorku, byl ukončen výzkum s neonatology a byl zvolen perinatolog, aby bylo možné zjistit ještě další možná data. Vzhledem k tomu, že i výpovědi perinatologa byly v mnohém shodné s informacemi neonatologů, byl výzkum ukončen.

K výhodám metody patří tzv. purposing sampling, což znamená záměrný výběr, který eliminuje potřebu rozsáhlých výběrových souborů používaných při populačních šetřeních. Poskytuje nám výběrový soubor, který je širší a reprezentativnější než soubory institucionální. Relativně malý výběrový soubor dotazovaných nám poskytne základní profil mnohem většího počtu kandidátů a také množství cenných informací o skupině kandidátů i o jednotlivcích. (Hartnoll et al., 1997)

Sněhová koule sama o sobě je tedy technikou získávání výběrového souboru. Jakmile je vybraný jedinec kontaktován, dotazování může probíhat stejným způsobem, se kterým se setkáváme při populačních šetřeních založených na osobním kontaktu. Po tom, co je dokončeno interview a navázán další kontakt s nominovanými osobami, nemusí již k dalšímu kontaktu dojít a výzkumník již nepotřebuje další osoby v daném sociálním prostředí. (Hartnoll et al., 1997, Hendl, 2005)

Mezi nevýhody metody sněhové koule se většinou uvádí jako obtížná otázka reprezentativita, náročnost pro terénní pracovníky zejména při náhodném výběru kandidátů a nebezpečí naddimenzovaného zastoupení přátel ve výběru. (Hartnoll et al., 1997) V tomto výzkumu reprezentativita nebyla problémem, neboť primář Kantor, jako předseda neonatologické komise pro ČR, všechny odborníky, které doporučil, osobně zná. Tito pak

doporučili, koho bude možné oslovit dál. Další odborníci byli vždy doporučeni právě na základě znalosti jejich odbornosti a praktických zkušeností. Přátelství mezi doporučenými odborníky rovněž není v tomto případě považováno za nevýhodu, protože je spíše pracovního charakteru a nemělo by ovlivňovat jejich vlastní názory na zdravotní gramotnost matek s předčasně narozeným dítětem. Náročnost pro terénní pracovníky byla zaznamenána v tom, že bylo nutné navštěvovat jednotlivá perinatologická centra buď autem, nebo vlakem a cesty zabraly mnoho času a rovněž byly i finančně náročné.

8.3 Průběh výzkumu

Na začátku výzkumu bylo možné se díky primáři MUDr. Lumíru Kantorovi seznámit s daným prostředím jednak při úvodním rozhovoru a jednak prohlídkou celého novorozeneckého oddělení, včetně JIRPN (Jednotka intenzivní a resuscitační péče o novorozence) a intermediárního úseku. Před zahájením výzkumu byla ve vyhledaných zdrojích zmapována dosavadní teoretická východiska, včetně zahraničních výzkumů, které se problematikou zabývaly. Bylo nezbytné, jít do terénu s určitými znalostmi, abych bylo možné rozumět vyprávění neonatologů, některým odborným termínům a také systému péče o nedonošené děti. Na jedné straně to byla výhoda, na druhé straně je nutné se vyvarovat snahám potvrdit si předem dané předpoklady, proto bylo snahou vystupovat co nejvíce neutrálně.

Po seznámení se s terénem a teorií bylo nezbytné přistoupit k základní otázce, co je na problému nejasné, co je potřeba zjistit a postupovat od tématu k otázkám.

Podoba a průběh rozhovoru:

Rozhovory probíhaly na pracovišti respondentů, tedy na novorozeneckém oddělení perinatologických center, buď na inspekčním pokoji, v pracovně primáře nebo na jiném klidném místě, například v prázdné učebně pro studenty LF. Pouze primář MUDr. Lumír Kantor se dostavil na Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty UP v Olomouci a rozhovor byl realizován v pracovně vedoucí mé práce, která umožnila nerušený průběh. Prostředí tedy bylo zkoumaným osobám známé a bylo součástí jejich pracoviště a nebyli ničím rozptylováni. Rozhovory byly realizovány v dopoledních i odpoledních hodinách, podle časových možností lékařů. Primáři měli možnost věnovat

čas na rozhovor dopoledne, po vizitách, další lékaři spíše po obědě, protože dopoledne jsou velmi vytížení. Bylo nezbytné přizpůsobit se zcela jejich časovým možnostem. Oblečení, účes a líčení bylo zvoleno tak, aby nepůsobilo rušivým dojmem a nebudilo nedůvěru, tedy velmi přirozené a nenápadné. Ve vystupování bylo snahou projevit zájem, neutrálnost a nezaujatost. Každý dotazovaný lékař byl nejdříve stručně obeznámen se základními informacemi o výzkumu a výzkumníkovi, jak a proč byli vybráni a proč jsou žádáni o rozhovor i přes to, že tyto informace obdrželi již telefonicky nebo elektronickou formou, když byli o rozhovor požádání. Každému z nich byl předložen také písemný formulář, který je přílohou této práce (viz příloha č. 1), kde je stručně vysvětleno o jaký problém se jedná, co je cílem práce a jak bude postupováno a nakládáno se získanými informacemi, včetně žádosti o nahrávání rozhovoru. Součástí předloženého formuláře je šest otázek pro rozhovor. Každý respondent byl ještě ústně dotázán, zda bude možné rozhovor nahrávat na diktafon. Všichni s nahráváním bez problému souhlasili. Nikdo z respondentů nežádal o anonymitu, což je možné si vysvětlit tím, že o své práci běžně hovoří a rovněž někteří z nich publikují odborné články. Nakonec však bylo rozhodnuto, že nikdo nebude jmenován a anonymita zůstane zachována. Anonymita je v některých případech důležitá. Konkrétně v tomto případě se jednalo o rozhovory s lidmi, kteří vystupují ve funkci lékaře a hovoří o tématu, které není tajné, ale některé hodnotící věci by mohly být potencionálně „nebezpečné“. Vzhledem k nahrávání rozhovorů na diktafon byla v počátku rozhovoru zaznamenána malá nervozitu, pak však všichni na nahrávání zapomněli a uvolnili se. Důvod k nahrávání rozhovorů byl jednak ten, aby respondenti nebyli zdržováni dlouhým zaznamenáváním odpovědí do archu a rovněž celkové přepisy rozhovorů umožnily lepší možnost zachycení informací pro vyhodnocování a analýzu rozhovorů. Pro tazatele je to u dlouhých rozhovorů nejspolehlivější metoda. Pro výzkumníka byl připraven formulář se stejnými otázkami, jaké byly předloženy respondentům, ale doplněný o podotázky, které měly pomoci, pokud by bylo nutné otázku lépe objasnit. Některé důležité informace, které respondenti sdělili před zapnutím diktafonu nebo po jeho vypnutí, například při prohlídce oddělení, byly ještě zapisovány do formuláře v krátkých poznámkách nebo bodech.

Průběh rozhovorů se lišil kromě otázek z pevné struktury, která byla, pro všechny shodná. Vždy byla položena pouze jedna otázka. Sondáž, nebo doplňující otázky, byly pokládány jakoby mimochodem v průběhu rozhovoru. Využity byly také prostředky nonverbální

komunikace, jako pokývání hlavou, vyjadřování zájmu, aby byl respondent povzbuzen k odpovědi. Malá obtíž byla zaznamenána, pokud se rozhovor začal ubírat jinam. Nebylo vždy jednoduché odborníky nasměrovat zpět k tématu. První otázka byla vždy přečtena nahlas. U dalších otázek již byl průběh různý. Někteří dotazovaní odborníci plynule odpověděli na více otázek najednou a další otázka nemusela být položena, jiní odpovídali postupně na jednotlivé otázky podle předloženého formuláře. Někteří byli postupně na jednotlivé otázky dotazováni. Podotázky byly využívány u každého respondenta jinak, podle toho, zda byly informace dostačující nebo ne. U některých respondentů nebylo potřeba podotázky použít, neboť jejich odpovědi byly naprosto výstižné. Otázky mimo strukturu, které volně vyplynuly z konverzace, se v mnoha případech ukázaly jako velmi přínosné. Díky těmto otázkám se objevily důležité informace, na jejichž základě bylo možné uvažovat o zlepšení situace z více úhlů.

Všichni dotazovaní odpověděli na všechny otázky z pevné struktury. V průběhu rozhovoru bylo občas nutné kontrolovat, zda se hovor nahrává. Na závěr bylo všem dotazovaným odborníkům poděkováno za ochotu, sdílnost a strávený čas. Nejkratší rozhovor trval 24 minut a nejdelší 102 minut. Po skončení každého rozhovoru bylo nutné se přesvědčit, zda se rozhovor nahrál, zkontrolovat poznámky a zaznamenat ještě některé dojmy, které by mohly být pro výzkum přínosné.

8.4 Způsob zpracování a analýza dat

V první části kvalitativního výzkumu byla získána výzkumná data. Na první část navazuje druhá, která zahrnuje analytické a interpretační postupy, pomocí nichž pak docházíme k závěrům. Pro analýzu dat byly zvoleny přepisy nahrávek rozhovorů. Pro tuto práci se nahrávání rozhovorů a přepisy ukázaly jako velmi přínosné. Při studiu nahraných rozhovorů se tímto způsobem můžeme zaměřit na skutečné detaily. Další výhodou přepisů rozhovorů je možnost zpřístupnění nahrávek vědecké komunitě, což poznámky z terénu neumožňují. Nahrávky se dají znovu přehrávat a přepisy se dají vylepšit a analýzu můžeme dělat jiným způsobem, aniž bychom omezili původní přepisy. Třetí výhodou podrobných přepisů je, že pokud chceme, je možné zkoumat sekvence řeči a nemusíme se omezovat na extrakty vybrané prvním výzkumníkem. Příprava přepisů není tedy pouhým technickým detailem, který předchází hlavní analýze, ale je to zásadní výzkumná činnost. (Silverman, 2005) Vzhledem k tomu, že všechny zkoumané osoby souhlasily, aby byl rozhovor nahrán

na diktafon, bylo možné přepsat všech devět rozhovorů. Každý nahraný rozhovor byl přepsán co nejdříve. Rozhovory byly přepsány doslovně. Tato část výzkumu byla časově velmi náročná.

Vzhledem k tomu, že dotazovaní odborníci věnovali rozhovoru většinou dost času a problematika matek s předčasně narozeným dítětem je složitá, bylo důležité si rozhovory víckrát přehrát, aby bylo možné všechny informace zachytit a pochopit. Přepisy rozhovorů umožnily lépe a přehledněji porovnávat výpovědi a hledat shody či rozpory mezi nimi. Podstatné výpovědi, rozptýlené v textu ale významově související byly selektovány a svázány k sobě.

8.5 Vyhodnocování

Pro analýzu dat byla zvolena metoda vytváření trsů, která obvykle slouží k utváření skupin podle podobnosti určitých jevů. Skupiny, trsy neboli kategorie vznikají opakujícími se určitými znaky a určitým charakteristickým uspořádáním v odpovědích respondentů týkajících se stejných jevů. Překryv může být tematický, prostorový nebo časový či personální. (Miovský, 2006) V této práci je touto podobností tematický překryv, který se tak stal společným znakem identifikovaných jednotek v jednotlivých trsech. Princip této metody je založen na srovnávání a agregaci dat a jejich hierarchizaci, kdy prostřednictvím utvořených kategorií vytváříme obecnější jednotky. (Miovský, 2006) Tímto procesem postupně vznikaly obecnější, induktivně zformované kategorie, ke kterým v některých případech náležely také podkategorie pro zpřesnění významu. Vymezení některých kategorií není zcela ostré a částečně se prolíná s jinými identifikovanými trsy. Jasná diferenciace však zde není ani možná, protože otázky jsou vzájemně provázané a týkají se všechny komplexně stejné problematiky.

Zpracování dat bylo započato několikerým pročtením přepisů, během kterého byly texty graficky zpřehledněny pomocí barevného vyznačování těch částí, které se jevily podstatné s ohledem na výzkumný problém. Tím došlo k redukci dat, během níž byly vyděleny z rozhovorů jednotky nesoucí relevantní informaci vzhledem k cíli a podcílům práce. V přepsaných rozhovorech byla pozornost zaměřena na tematický překryv.

V datech, která byla získána transkripcí a zredukována, byly analyzovány určité kategorie, to znamená typy odpovědí, které byly roztříděny, tak aby bylo možné přehledně popsat získané poznatky. S přibývajícími rozhovory se postupně začaly vytvářet jednotlivé kategorie. Ke každé výzkumné otázce vznikly kategorie. Byl zvolen prostý výčet identifikovaných kategorií, do kterých byla zorganizována relevantní data, autentické výpovědi jednotlivých respondentů, z nichž byly vybrány ty nejzajímavější, a jsou uvedeny pod každou kategorií.

U některých kategorií vznikly ještě podkategorie. Předem stanovená struktura rozhovoru byla užitečná při vzájemné komparaci. Data byla vyhodnocována pouze jedním výzkumníkem a nejprve byl vždy vyhodnocen každý rozhovor zvlášť a poté byly všechny srovnávány vzájemně mezi sebou. Byla vyhledávána shoda v odpovědích na jednotlivé otázky. Dále byla pozornost zaměřena na nejvýznamnější výpovědi respondentů, i pokud se u jiných neobjevily. Názvy některých rozpoznaných trsů vycházejí přímo z pojmenování, která byla použita respondenty, jelikož nejpřesněji vystihovala společné téma významových jednotek.

V prezentaci výsledných kategorií bylo zvoleno souhrnné zpracování. Vyhodnocení jednotlivých respondentů je součástí přílohy této práce (viz. příloha č. 3). Výzkumné otázky jsou označeny arabskými čísly. Jednotlivé kategorie, které byly analyzovány u každé výzkumné otázky, jsou značeny čísly římskými a podkategorie malými písmeny abecedy. Respondenti jsou označeni písmeny velkými A-I. U každé kategorie je uvedeno, kteří respondenti ve výpovědích překrývali. Pro ilustraci jsou pod jednotlivými kategoriemi uvedeny některé autentické výroky.

9 Výsledky

1 - Je možno stanovit obecnou charakteristiku matky s PND (předčasně narozeným dítětem)?

I. Demografická charakteristika

a. neexistuje

Respondenti C, D, E, F, G

U této podkategorie se 5 respondentů shodlo na tom, že není možné stanovit obecnou charakteristiku matek s PND z demografického hlediska, neboť matky jsou z velmi širokého spektra, že tedy demografická charakteristika neexistuje.

C: „ (…) *jsou z tak širokého spektra, například jsou ženy z nižších socioekonomických vrstev, některé jsou ženy střední třídy, vyšší třídy a jako nedá se ani říct, že by byly z jednotného regionu nebo jestli je víc matek třeba romského původu.“*

E: „ (…) *ale obecně, já nevím, já nedokážu obecně charakterizovat je to nehomogenní skupina.“*

b. horší sociální anamnéza

Respondenti A, E, F, H

Čtyři respondenti v souvislosti s charakteristikou matky s PND mluvili o horší sociální anamnéze.

A: „ (…) existuje nějaká statistika, kterou jsem někde četl, ale je to už hodně dlouho, že typická matka předčasně rodící je svobodná, s nízkým socioekonomickým statusem. Někde jsem na to narazil a zase jsem to vypustil, protože ono je to všechno jinak, protože člověk takové informace nepoužije, nedá se to použít, nemůžu toto těm maminkám říkat.“

H: „Hrozně záleží na regionu, je to masakr proti Praze“

c. rizikové faktory

Respondenti A, C, G, I

Čtyři dotázaní se v souvislosti s charakteristikou matky s PND zmiňují o rizikových faktorech.

G: „ (…) samozřejmě, že i u předčasného porodu lze stanovit určité rizikové faktory, jako je vyšší nebo příliš nízký věk matky, nižší sociální status, nižší vzdělání apod., ale jde jen o statistiku.“

I: „V dnešní době přibývá předčasných porodů, je vyšší procento umělých oplodnění, rodičky jsou starší, jsou nemocnější. PP ze strany plodu, to odteče plodová voda, ale řada těch pp je vynucená ze stavu matky, protože mají vysoký krevní tlak, jsou závažně kardiologicky nemocné a nejsou schopné donosit plod do termínu porodu. Ten trend je vzrůstající, určitě.“

II. Stres, strach, šok

Respondenti A, B, C, D, E, H, I,

7 respondentů uvedlo jako charakteristiku stres, strach a šok.

I: „Zcela zásadní je rozlišit jestli ta maminka je pp ohrožena primárně, tedy že se jedná o první těhotenství nebo už má zkušenost. Tyto dvě skupiny se asi chovají trošku odlišně. Ty co jsou ohroženy pp primárně, tak ty ještě neporodily a v zásadě si asi neumí představit, co takový porod obnáší. Kdežto maminky, které už předčasně porodily a nedej bože s nějakým takovým negativním prožitkem morbidity nebo mortality, tak si myslím, že jsou na řadu věcí vnímavější, citlivější. Obecně obavy jsou tam pokaždé a u těchto mohou být ještě akcentovány až téměř do patologické formy.“

H: „Tam asi opravdu záleží na tom týdnu toho těhotenství, ale takový to gro toho je strach a pocit selhání. Protože se bojí. A je jedno jestli miminko má půl kila nebo 2 kila, ale to miminko vnímá pořád stejně. Strach z tý nejistoty, že se něco stalo a co bude dál. Tak že takový to dominantní je obava strach nejistota.“

III. Fáze vývoje situace

Respondenti A, B, D

3 respondenti uvádí jako charakteristiku matky s PND fáze.

A: „ (…) charakteristika z obecného psychologického hlediska, ty fáze, stres, popření …Matky si projdou všemi fázemi přijetí.“

B: „ (…) řekla bych, že ty maminky prochází určitými fázemi, to znamená, že jsou vyděšené, neví, co je čeká, jak to bude probíhat, pak když jim vysvětlíme, která hadička k čemu dítěti pomáhá, tak jsou klidnější.“

2 - Jaká je současná úroveň zdravotní gramotnosti matek s PND?

I. Vzdělání (je poznat)

a. vyšší

Respondenti A, B, C, D, E, F, G, H, I

Všichni respondenti uvedli, že poznají na matce vyšší vzdělání.

D: „ (…) to člověk tak samo sebou vidí, i jak je upravená a tak. A když má ta maminka vyšší inteligenci, tak chce vědět víc a ptá se. Když je vzdělanější, tak ji víc věcí napadne“

F: „ (…) dá se poznat, protože jsou rodiče, kteří přijdou diskutovat a přináší informace, které získali na internetu nebo jiném zdroji a jsou schopný pochopit, že se to týká jejich dítěte

b. nižší vzdělání

Respondenti B, C, D, G, H, I

6 respondentů se zmiňuje o tom, že s klienty s nižším vzděláním je z pohledu lékaře lepší spolupráce.

C: „ (…) když jsou rodiče z nižších vrstev, tak nic neřeší, neptají se, věří nám a neprožívají to tak. Nepřipouští si žádná rizika.“

D: „ (…) niekedy ta méně vzdělaná vrstva je tvárnějšia a majů vyšší complains k té spolupráci než ludia, ktorý velmi rozmýšlajů. Ty maminky nechci říct na nižší úrovni, třeba středoškolák, tak jim stačí taková jednoduchá heslovitá informace a jsou více méně spokojení.“

H: „ (…) ale zas na druhou stranu, ty lidi jsou hrozně hodný a hrozně milí, nejdou do konfliktu a je s nimi mnohem jednodušší spolupráce. Pak ty informace je potřeba hodně dávkovat, když je míň vzdělaná.“

c. technici a inženýři

Respondenti A, C, F, G, H

5 respondentů se v souvislosti se vzděláním zmiňuje o technickém vzdělání.

H: „ (…) než ony přebalí to dítě, to je věc. Ony u toho hrozně přemejšlej, potřebujou na to návod, podle kterého postupujou. Během 20 minut zlikviduje 4 pleny, 4 podložky a dítě pořád není přebalený. „

G: „ (…) rodič s technickým vzděláním nejsou schopní pochopit, že se lidský organismus nechová jako stroj podle všech předpokladů a může mít „chyby“.

A: „ (…) to je zajímavé, jsou zvyklí mít všechno spočítané, naddimenzované a ještě navrch zabezpečené a teď jak je to možné, když bylo všechno v pořádku. Někde se musela stát chyba. Hledají viníky.“

d. jiné vzdělání

Respondent A

Jeden respondent mluvil v souvislosti se vzděláním o jiném typu.

A: „ (…) hodně se to týká absolventek filozofických fakult, někdy i pedagogické někdy nějaká doktorka a to jsou i porody doma. No, a tyto zažívají ten předčasný porod hypersenzitivně. Často se bojí zeptat, zdá se jim to přízemní.

II. Hodnocení úrovně ZG

a. dobrá

Respondenti A, C, D, E, F, I

6 respondentů hodnotí úroveň ZG kladně a zaznamenávají její zvýšení.

F: „ (…) myslím si, že se ta úroveň za poslední léta zvýšila, že je PND nenaplňuje takovou hrůzou díky medializaci a ví se, že ty výsledky jsou jedny z nejlepších ve světě, tak ty matky nemají tolik pochybností v tom, že by ta péče nebyla kvalitní, ale neví, kde v té péči se to jejich dítě nachází.“

I: „Zvyšuje se. Určitě. Obecně dnes jsou gramotné matky, umí číst, psát a počítat, tak si najdou řadu informací. Myslím si i o předčasném porodu, protože v okamžiku, kdy je vyslovená diagnóza hrozící pp, tak ona sedne na internet a za 5 minut má informace. Kdekoli, na mobilu. Tak že ta gramotnost se určitě zvyšuje, ale jaká je těžko říct.“

b. špatná

Respondenti B, H

Podle 2 respondentů není úroveň ZG dobrá.

B: „ (…) většinou nevědí nic o předčasném porodu, nedonošenosti, postižení, to jenom, pokud jsou zdravotníci. Nejlepší by byla zlatá střední cesta.“

H: „ Jsem se tady v regionu setkala i s úplně negramotnýma matkama a to jsem si myslela, že to v dnešním vzdělávacím systému ani není možný, ale je. A nebyly to romky.“

III. Komunikace s klientem

Respondenti A, B, C, D, E, F, G, H, I

Všichni respondenti v souvislosti s úrovní ZG mluví o komunikaci s klientem.

C: „ (…) ty maminky jsou dneska jiný, než byly před 20-30 lety, i ten pacient je jiný neboť on vyžaduje spíše komunikaci s tím lékařem a s tím, že chce být spoluúčasten na té léčbě

toho dítěte a ve chvíli, kdy se cítí jako partner, tak ta komunikace s těmi lidmi je podstatně lepší.“

A: „Stále trpělivé vedení rozhovoru s nimi, tak to dělám já.“

E: „ (…) ono záleží, kdo podává informace, já jsem se třeba naučil, že to podávám co nejstručněji, s vědomím toho, že to podávám laikovi a se snahou, aby mi maximálně rozuměl. Myslím si, že se mi to daří, ale co jsem vypozoroval, že v tom se lišíme. Tak u mě se to vyvinulo tak, že se snažím, co nejstručněji a asi přiblížit se tomu rodiči. Tak, že k těm rodičům musíme přistupovat individuálně a to člověk pozná na základě té komunikace s nimi.“

3 - Které oblasti a v které určité době jsou pro matky s PND nejvíce problematické a proč?

I. Postižení

Respondenti A, B, C, D, E, F, G, H, I

Všichni respondenti uvedli jako problematickou oblast pro matky možnost postižení PND.

C: „ (…) to je zajímá, ale to my jim nedokážeme říct.“

F: „ (…) jestli to dítě bude postižený a co to pro ně bude znamenat. Žádnou konkrétní představu nemají, ale tu my nemáme taky. S nějakou větší pravděpodobností je informujeme jen, když je to extrémně dobrý nebo naopak špatný, tam jsme konkrétnější.“

H: „ (…) záleží na inteligenci, jestli je napadne spojitost s pp, ale čím je dítě nezralejší, tím více se ptají nebo, když je problém, třeba těžká hypoxie nebo krvácení. Ty dotazy na postižení přichází většinou s komplikacemi a taky pak, když jdou domů. Myslím si, že některý se neptaj z nevědomosti a některý ze strachu, že to jako nechtěj slyšet. Ale pak to přijde, když jdou domů.“

G: „ (…) určitě je to jedna z nejdůležitějších věcí, které maminky zajímají“

II. Hospitalizace před porodem

a. zlepšuje situaci

Respondenti A, B, C, D, E, F, G, H,

8 respondentů uvedlo, že hospitalizace před předčasným porodem zlepšuje situaci matek s PND a dává jim možnost lépe se připravit na porod PND.

E: „ (…) samozřejmě to těhotenství se snažíme udržet co nejdéle a ten neonatolog tý mamince vysvětlí ty perspektivy a způsob péče, pokud se narodí předčasně, tak ty základní informace získají na tom oddělení rizikových gravidit, tak, že už může být na tu situaci připravena, když se to dítě narodí předčasně a ty, kterým se to stane náhle, tak je to samozřejmě mnohem horší. A taky je to lepší pro to dítě pokud se zahájí léčba kortikoidy.“

F: „ (…)myslím, že jim to dává šanci to snášet líp a taky mají možnost, že zauvažujou, jestli chtějí po nás, pokud je to na hranici viability abychom v té resuscitaci pokračovali nebo ne a zvolili observační metody.“

b. nezlepšuje situaci

Respondent I

Jeden respondent uvedl, že hospitalizace i vzhledem k její dnešní délce situaci nezlepšuje.

I: „Podle mne délka hospitalizace není nijak významná, protože dnes je jen tři dny a prostě ta situace je stejná, protože se pořád rodí předčasně a to jako nehraje roli. Tak že je to vždy předčasný porod, a čím je to dřív, tím je to závažnější.“

III. Krmení - kojení

Respondenti C, D, H

3 respondenti uvádí jako problematickou oblast kojení.

D: „ (…) ony odstříkají 300-400ml kolostra a ptají se jestli to miminko to mohlo a ono sní jen 3ml, ale na tom mají ony postavený celý svůj úspěch a to je velmi důležité.“

C: „ (…) maminky jsou neustále masírovány v té společnosti, že kdo nekojí je špatná matka, tak potom za každou cenu, třeba to dítě má dechové problémy a ony to propagují to kojení a nedají si vysvětlit, že to je věc, kterou v té chvíli dítěti ubližují.“

H: „A dnes to kojení. Je to vynášené zbytečně do oblak a ty matky jsou pak hysterický. To dítě je na dýchacím přístroji a ona by mu už cpala to prso. A myslím si, že se to dá dělat i normálně a s pohodou.“

IV. Bude v pořádku

Respondenti A, B, C, D, E, G, I,

Celkem 7 respondentů uvedlo jako problematickou oblast, zda bude dítě v pořádku.

B: „ (…) vysvětlujeme jim, na co má kterou hadičku a rizika a oni se ptají, jestli bude v pořádku.“

A: „ (…) komunikace je v tom stavu problém, ony to nepojmou, všechno si poslechnou a pak se zeptají, jestli bude v pořádku a myslí jako úplně v pořádku.“

I: „Ony se na sebe vůbec neptají, ony se ptají, co s miminem.“

V. Propuštění

Respondenti B, C, D, G, H, I

7 respondentů zmínilo u problematických oblastí propuštění.

H: „Víte, jaká je první otázka? Kdy půjdou domů a já jsem z toho vždycky úplně paf i po těch letech je to furt stejný. 90% matek, když jim řeknete, narodilo se miminko, má todle, todle a dáte jim takový ten základ informací a první otázka je kdy půjdeme domů.“

I: „ (…) dříve tu ležely od 20. týdne, ale dnes to tak není, pokud neporodí, po 3 dnech jde domů.“

VI. Komunikace s lékařem

Respondenti A, C, D, G, H

5 respondentů vidí problém v komunikaci s lékařem.

A: „ (…) komunikační bariera, to je problém, neví, že se mohou na cokoli zeptat, bojí se, připadají si hloupé.“

G: „Problém je velké množství informací, které musíme matce na počátku života dítěte podat, nejen o prognóze, ale také organizační věci o chodu oddělení podávání informací. Je toho mnoho a mnoho.“

D: „ (…) taky tam může být, že kolega je po službě, unavený, tak je trošičku odbije komunikačně.“

VII. Přežití

Respondenti D, E, F, G, I

5 respondentů uvádí jako problematickou oblast přežití PND.

I: „ (…) ale nejvíce je zajímá jak to je a bude s miminem po porodu, jakou má šanci, že přežije.“

G: „ (…) jestli jejich dítě bude schopno (u extrémně nezralých dětí) přežít. Pp porod je mimochodem vůbec nejčastější příčinou úmrtí dětí do 5 let věku na světě.“

F: „ (…) vyjadřujeme nějaké zásadní statistiky, přes to že není nikdy jisté, že přežije, i když má 90% šanci, může být v těch 10% a pořád to odpovídá tý statistice, ale ty informace jsou důležité, aby ti rodiče pochopili, že to dítě je na správném místě pro tu danou situaci, že ten člověk rozumí své věci“

VIII. Sebeobvinění

Respondenti A, B, C, E, H, I

6 respondentů považuje za problémovou oblast sebeobvinění.

A: „ (…) potřebují slyšet, že za to nemohou.“

I: „ (…) další věc, kterou chtějí vědět je, proč k tomu došlo, proč rodí předčasně. Nevědí, jestli neudělaly chybu. Ale to my nevíme. Nejčastěji je to infekce. Někdy mají pocit viny. A říkaj si, jéžiš, já jsem neměla chodit na ten nákup, já jsem neměla vařit tu svíčkovou. Ale tak to není. To obvinění postrádá smysl a většina z nich k tomu dospěje, že to tak je, že s tím nikdo nic neudělá a žádná vina není.“

E: „ (…) většinou se začnou chovat podobně, začnou pátrat, proč porodily předčasně, mají obavy ze svého selhání.“

IX. Nahoru dolů

Respondenti A, C, E, F

4 respondenti uvádí jako problém kolísání situace.

A: „ (…) ono to jde nahoru a dolů, je to těžké.“

E: „ (…) ta hospitalizace, pokud je to těžce nezralé dítě, tak trvá třeba 3 měsíce a přijdou další problémy, komplikace, tak že ta euforie zase opadne a jde to zase dolů a zase se propadá do nějakých obav.“

C: „ (…) teď si vemte ROPje to tam vysvětleno?, v 27. týdnu uděláme vyšetření a ona tam žádná není, to je prostě proces, který započal díky té nezralosti a jako maximum toho onemocnění se projeví ve 32. -37. týdnu a vemte si, že ona ta maminka překlene to období, kdy dítě je na ventilátoru, pak se odpojí, rozkojí se a je i bez kapačky a my jí za 6 týdnů řekneme, vaše dítě má ROP a musí na operaci.“

X. Způsob vedení porodu

Respondent I

Jeden respondent uvádí jako problematickou oblast pro matky s PND způsob porodu.

I: „ (…) ptají se, jestli to bude porod spontánní nebo císařským řezem.“

4 - Jaký typ informací matkám s PND nejvíce chybí?

I. Postižení

Respondenti A, B, C, D, E, F, G, H,

8 respondentů se zmiňuje o informacích o postižení PND.

A: „ (…) často prarodiče, babička, má názor, že lepší je dítě přidusit, aby nebylo postižené. To raději smrt.“

F: „ (…) jestli to dítě bude postižený a co to pro ně bude znamenat. Žádnou konkrétní představu nemají, ale tu my nemáme taky. S nějakou větší pravděpodobností je informujeme jen, když je to extrémně dobrý nebo naopak špatný, tam jsme konkrétnější.“

E: „ (…) když se narodí extrémně nezralé dítě, tak je nutné je upozornit, že mohou nastat komplikace.“

C: „ (…) ty nuance ani, když jim to člověk řekne, tak oni si to neumějí představit.“ „ (…) dobré by bylo vědět, jak ty děti mohou být postižený a jak s nimi pracovat a zase naopak a tím začít, jak mohou být v pořádku.“

II. Sjednocení, ucelení a míra

Respondenti A, C, D, E, F, G, H, I

8 respondentů uvádí sjednocení, ucelení a míru informací.

C: „ (…) ony na ty články by potřebovaly i odborníka k tomu, aby jim tak trochu dopomohl to sjednotit a pak aplikovat“

A: „ (…) určitě by pomohlo sjednocení informací“

G: „ (…) je důležité tomu dát rámec a nepodávat informací ani moc ani málo.“

C: „ (…) když je ten doktor dobrý a komunikativní, tak je dobré, když ty informace podává jen on a ucuceleně.“

III. Rozlišení a třídění

Respondenti A, C, E, F, G, H, I

7 respondentů považuje u matek s PND za důležité rozlišení a třídění informací.

F: „ (…) no, já si myslím, že když chodí na ty kontroly, tak není problém, aby přinesla tu stránku a řekla, já jsem to načetla z tohohle a ten zdravotník by to měl bez problémů rozlišit a korigovat. Asi se to nedá úplně rozlišit ty oficiální a méně oficiální stránky a proto by to měl posoudit právě ten, kdo tu odbornost dělá.“

G: „ (…) výhodou internetu je obrovské množství informací, nevýhodou je jejich filtrace.“

I: „ (…) tak jak to platí ve společnosti obecně, buď umí filtrovat informace a nevěří všemu, co je psáno a dáno, to znamená, že třeba umím ty informace filtrovat a to, co je on line, pro mě není tak zásadní a raději si přečtu fundovaný článek o tom, co to je pp. Informace nemohou stresovat, pokud je člověk umí filtrovat. A to si myslím ani nemusí souviset se vzdělaností. Může být vzdělaný a v tom vyhledávání se může chovat jako negramot. Je to na tom personálu, aby jim to utřídil.“

IV. Internet negativní vliv

a. ano

Respondenti A, B, C, H, I

5 respondentů vidí vliv internetu jako negativní.

B: „ (…) ty informace jsou negativní a oni to začnou srovnávat a vidí to z té horší stránky.“

C: „ (…) to na ty stránky, když se podíváte, nejsou tam informace, se kterými člověk zrovna souhlasí. Sama asi víte, když si dáte načíst nějaké informace do googlu, tak vám vyjedou samé negativní, taková ta nejhorší varianta.“

H: „ (…) já to úplně nesnáším, ale není to jen internet, ale taky kamarádky a taky ta stará generace, ty mýty a pověry, že inkubátor je spojený se slepejma dětma. S tím se setkáváme pořád, jestli nebude slepý.“

b. ne

Respondenti E, F, G

3 respondenti nepovažují vliv internetu za negativní.

E: „Ne, já si myslím, že je to dobře, že si to ty maminky vyhledávají“

F: „Ne, já jsem se s tím moc nesetkal, že by ty rodiče měli informace úplně zavádějící“

V. Internet jako hlavní zdroj

Respondenti A, C, D, E, F, H, I,

7 respondentů považuje internet za hlavní zdroj informací pro matky s PND.

C: „ (…) obrovský fenomén internet.“

F: „ (…) hlavně internet, i když je mnoho odborných učebnic, nedomnívám se, že pokud je to laik, tak bude vstupovat na tuhle půdu.“

VI. Nevnímání informací

Respondenti A, B, C, E, H

5 respondentů považuje za problém nevnímání informací.

H: „Vytěsňování, zvlášť to negativní. Strávíte s nimi o víkendu spoustu času a ona po víkendu přijde a ptá se a tvrdí, že nic neví.“

B: „ (…) oni vědí riziko, vědí, že může být postižené, ale vytěsňují to.“

C: „ (…) já mám ověřeno i na studentech, že jsou schopni zaznamenat tak 30% toho, co jim říkám.“

VII. Nestrašit, pozitivní přístup

Respondenti B, C, D, E, F, G, H

7 respondentů zmiňuje, že je důležité nestrašit rodič předem a přistupovat k situaci pozitivně.

E: „ (…) nestrašíme je dopředu, spíš se na to chceme dívat optimisticky“

D: „ (…) pozitivní přístup z naší strany, my jim taky nemůžeme říkat všechny komplikace, které je mohou potkat, to bychom jim brali veškeré naděje do života.“

H: „Víte, ony si sice pak ty matky stěžujou, že jsme jim nic neřekli, ale ony by ty informace neunesly, co všechno se může stát, toho je tolik, že by si to dítě ani nevzaly domů. To nejde odhadnout, jde to paprsčitě, od úplných ležáků po úplně normální“

VIII. Kontrola lékařů

a. negativní

Respondenti B, C, D, E, H

5 respondentů vnímá kontrolu lékaře ze strany pacienta za negativní a mají pocit, že jim pacient nedůvěřuje a jejich názory porovnává a ověřuje.

E: „ (…) já nevím, jestli proto, že nám nerozuměli, spíše proto, že nám nedůvěřují, že mají pocit, že mi jim neříkáme plnou pravdu a tomu prostředníkovi ji řekneme. To já nevím, to si myslím.“

C: „ (…) a pak taky nás zkouší, zjišťují u jiných kolegů a ověřují si to co jsme řekli a ten kolega může volit jiná slova a pak jsou z toho problémy.“

B: „ (…) lékař není partner, ale spíš nepřítel, kontrolují nás na základě informací z internetu a srovnávají s jiným lékařem

b. pozitivní a normální

Respondenti F, G

2 respondenti ověřování informací nevnímají negativně. Jeden to považuje v náročné situaci, v níž se rodiče nachází za normální a jeden respondent dokonce za pozitivní, protože tímto způsobem můžou rodiče získat objektivní pohled na problém.

G: „ (…) ale rodič, a u rodičů s PND je to velmi časté, že hledají informace, kde se dá. Je to dáno tím velmi těžkým obdobím.“

F: „ (…) já si myslím, že je to dobrá možnost, aby rodiče získali informace i od jiných odborníků, protože pokud je opakovaně informuje jeden člověk nebo tým, tak oni můžou mít pocit, že je to spiknutí. Musí se jim dát pocit, že to není uzavřený kruh, přizvat lidi z jiných pracovišť, pak mají pocit, že ten jejich problém, že je objektivní.“

IX. Zdroje

a. nedoporučuji

Respondenti A, B, D, E, F

5 respondentů uvádí, že nedoporučují matkám, žádné zdroje informací nebo organizace. 3 z nich doporučují zdroj pouze, pokud se matka přímo zeptá. Jeden nedoporučuje, protože se matky neptají a podle jeho názoru si matky tyto zdroje vyhledají sami. Jeden respondent zdroje nesleduje, protože je to už nad rámec jeho časových možností.

A: „ (…) jsou dobré weby, třeba Nedoklubko, ale já jim ho nedoporučuju, jen když se ptají.“

B: „ (…) nedoporučujeme, jen když se ptají tak Nedoklubko a mámy pro mámy.“

E: „ (…) to se neptají, vyhledávají si to sami. A takové ty vzdělanější maminky se pak kontaktují na takové ty občanské sdružení, Nedoklubko a já nevím, zakládají pak blogy, kde si sdělují své zkušenosti.“

C: „ (…) to ony si pak spozorujů, když chce ta maminka, tak si to vyhledá, já běhám, já to moc priznám sa ani neznám.“

b. doporučuji

Respondent H

H: „ (…) doporučuju Nedoklubko.“

5 - Jaké dovednosti matky s PND nejčastěji postrádají?

I. Rehabilitace

Respondenti A, B, C, D, E, F, H

7 respondentů uvádí, že se matka musí naučit rehabilitační cviky. 2 z těchto dotazovaných zmiňuje, že se dnes nerehabilituje automaticky se všemi nedonošenými dětmi, ale jen pokud jsou k rehabilitaci indikovány a pokud se zvládnou ji naučit.

B: „ (…) fyzioterapeuti chodí každý den a ukazují cviky.“

D: „ (…) no a pak ta rehabilitace Vojtovou metodou, to se musí naučit a to je těžké.“

C: „ (…) z těch specifických je to Vojtova metoda, to se začínají učit tady, když to dítě je stabilní.“

F: „ (…) dnes je odklon od toho, aby všechny PND byly indikovány k rehabilitaci, je to zbytečné přetěžování. Ty, co jsou, tak se to matky musí naučit.“

H: „ Učí se to tady, ale musíte odhadnout, že to ta matka zvládne. Špatně dělaná rehabilitace spíš ublíží. Ten trend posílat všechny na rehabilitaci, to si myslím, že to není dobře. Cvičí se v Evropě, Amerika, Asie necvičí. Já jsem odpůrce toho plošného, když je rizikové, tak cvičí. Ale myslím si, že umí pomoct, tam, kde je to indikovaný. Například u romských dětí, tam to ani nevyžadujeme, ony to nedaj.“

II. Laktace, krmení

Respondenti D, E, F, H

4 respondenti uvádí jako dovednost, která je pro matky s PND důležitá laktaci a krmení dítěte. Jeden respondent tuto dovednost zmiňuje v souvislosti s určitým režimem, který je potřeba si osvojit. Jeden z respondentů uvádí, že je důležité, aby si matky zejména prvorodičky osvojily udržení laktace. Jeden respondent uvedl, že tato dovednost je důležitá, ale je v kompetenci specializovaného personálu. Jeden respondent u této dovednosti zmiňuje jako podstatnou úroveň inteligence.

F: „ (…) je důležité, aby tam byl zácvik a nějaký režim.“

D: „ (…) na to kojení máme laktační sestřičku a ta jim v tom pomáhá.“

E: „ (…) my je edukujeme, protože ony to postrádají, hlavně prvorodičky, jak budou odstříkávat, udržovat hygienu, uchovávat a transportovat k nám.“

H: „Trochu je i problém, že ony musí odsávat a tam záleží taky na inteligenci, protože, když to dítě v noci pláče, tak ona vstane a dá mu napít, ale, když má jen odsávat, tak pak řekne, že spala a nevzbudila se. Tak i když to říkáte všem stejně, tak jen ty inteligentní si uvědomí, tu kvalitu a všechna ty pozitiva.“

III. Obratnost a chvaty

Respondenti A, B, C, D, E, F, G, H

8 dotázaných se shodlo, že mezi dovednosti, které by si matky s PND měly osvojit patří obratnost a chvaty, protože děti jsou menší a křehčí. Někteří z respondentů uvedli, že jsou matky méně a více šikovné. Jeden respondent uvedl, že mají některé matky s touto dovedností obtíže.

A: „ (…) musí se naučit určité chvaty, dítě je malé, bojí se, že mu ublíží, ale naučí se všechny.“

E: „ (…) jsou šikovnější matky a méně šikovné, ale je to zvládnutelné.“

H: „A zbavit se toho strachu sáhnout na dítě, tak je potřeba, aby byly k tomu vedené, ale některé se to nenaučí ani, když jdou domů.“

IV. Kompletní zacvičení

Respondenti A, B, C, D, E, F, H

7 respondentů mluvilo v souvislosti s dovednostmi o komplexním zacvičení matky s PND na oddělení, kdy je matka přijata před propuštěním dítěte na několik dnů a učí se od vyškoleného personálu péči o dítě.

B: „ (…) učí je to sestry. Těsně před propuštěním je matka přijatá a kompletně zacvičená.“

A: „ (…) pak když jde dítě z intenzivní na intermediární péči, kde se vykrmují do určité váhy, tak matku před propuštěním přijmeme na tři dny. Učí je to sestry.“

V. První pomoc

a. ano

Respondent F

Pouze jeden respondent se u dovedností zmínil o základech první pomoci pro dítě.

F: „ (…) matka by měla mít základní informace o resuscitaci. Všechny děti rizikové dostávají při propuštění leták o první pomoci o resuscitaci.“

b. ne

Respondent B

Jeden dotázaný uvádí, že není potřeba, aby byla matka poučena a školena v první pomoci, protože se vším se mohou obrátit na oddělení.

B: „ (…) žádný speciální výcvik nemají, obrátit se mohou vždy na nás.“

VI. Trpělivost

Respondenti F, H

2 respondenti považují za důležitou dovednost u matek PND trpělivost.

F: „ (…) trpělivost to si myslím, že je důležité. Je tam jakoby málo prostoru pro ten klid.“

H: „ (…) spíš mentální dovednosti, trpělivost.“

VII. Specifika

a. nejsou

Respondent G

1 respondent uvádí, že žádné zvláštní specifické dovednosti v péči o PND nejsou.

G: „ (…) zdravé nedonošené dítě obvykle nevyžaduje příliš odlišné zacházení.“

b. jsou

Respondenti A, B, C, D, F

5 dotázaných zmiňuje některá specifika nedonošených dětí, zejména zdravotní rizika a nutnost častějších lékařských kontrol.

A: „ (…) měla by být správně ambulance následné péče, mohou mít jakýkoli problém, dýchací, neurologický, trávicí. Vývoj se musí hlídat.“

B: „ (…) musejí častěji na kontroly, protože mají hlavně první rok dechové problémy, neurologické, trávicí.“

F: (…) ty děti mají paralelně spoustu dalších sledování, tak aby ta matka to zvládla, protože jako na víc míst se s dítětem musí dostat. Ty děti jsou dráždivější a problematičtější v příjmu potravy, mohou mít dechové obtíže a ty stavy kolísaj.“

VIII. Orientace v systému

Respondent I

Jeden z respondentů uvádí jako důležitou dovednost orientaci matky ve zdravotnickém systému.

I: „ (…) aby se taky zorientovaly v tom systému, protože před lety zde ležely od 20 týdne, ale dnes to už tak není, ta situace je jiná, medicína šla dopředu, zjistilo se, že to nemá vliv na ty miminka. Ta orientace v tom zdravotnickém systému chybí určitě všem a chybí kolikrát i nám.“

6 - Co by konkrétně přispělo ke zlepšení situace matek s PND?

I. Psychologická intervence

a. pro matky

Respondenti A, B, C, D, E, F, H

7 respondentů uvádí, že situaci matek s PND by zlepšila psychologická pomoc pro matky, která by však musela probíhat přímo na oddělení.

F: „Většina nemocnic dnes nemá klinického psychologa na oddělení, a pokud se v nemocnici vyskytuje klinický psycholog, tak tohle to není jeho dominantní obor. Ten by prostě musel pracovat přímo na oddělení, chodit na vizity.“

C: „ (…) my se snažíme jí ho doporučit, ale ne každá je schopná si uvědomit, že potřebuje tu péči. To ale taky vyžaduje dobrého psychologa, který zná tu situaci, zná tu problematiku“

b. pro lékaře

Respondent G

Jeden z respondentů považuje za důležité, aby byla psychologická péče věnována lékařům.

G: „ (…)ideálně by každý pracovník měl mít možnost rozebrat situace (komunikační problémy s klientem, na pracovišti, úmrtí klienta) s odborníkem. Pravidelné supervize, individuální i skupinové.“

c. nechybí

Respondent I

Jeden respondent řekl, že na oddělení je psychologická péče dostatečná a také matkami využívaná.

I: „Psycholog je na oddělení gynekologicko porodnickém běžně k dispozici a je využíván i maminkami před i po pp. Využívají ho, protože pokud jde o toho člověka, tak se možná stydí, že má nějaký problém psychický, ale tady jde o to dítě, tak pokud ten člověk není nějaký asociál a není mu všechno jedno, tak vyhledat psychologickou poradu, není přeci nic, za co by se měl stydět.“

II. Podpora rodiny

a. partnerství

Respondenti D, H

2 respondenti vidí možnost zlepšení situace v podpoře partnerských vztahů.

D: „ (…) pokial funguje ten partnersky vztah a ta maminka na to není sama, tak si myslím, že to hodně udělá. Tak si myslím, že ta práce s nimi i potom propuštění. Jedna věc je hospitalizace tady a pak taky ten přechod domů.“

H: „ Záleží hrozně i na charakteru rodiny a na vztahu partnerů. Jestli se podrží navzájem nebo jestli ten chlap se nezapojuje.“

b. <u>tým</u>

Respondenti E, F

2 respondenti vidí možnost zlepšení v týmové multidisciplinární spolupráci.

E: „ (…) ale co si myslím, že jsme dlužni těm maminkám, viděl jsem to v Drážďanech, tým lidí, kteří pomáhají těm rodičům a dětem, podpůrný tým, kteří těm rodičům dokážou pomoct. Tak to já tady postrádám.“

F: „ (…) tým, skupina jako klinický psycholog, ošetřující lékař, někdo z těch zájmových skupin, sestra. Já si myslím, že by nebylo špatný nejen to těm rodičům nabídnout, ty organizace, protože oni sami, když jsou ve stresu, tak o tom s nikým nechtějí mluvit a na ty organizace nenavážou, ale aby to bylo součást léčby nebo péče, nejen to dítě a jeho životní funkce, ale i ti rodiče.“

c. <u>zapojení do péče</u>

Respondenti: A, B, E, H

4 dotázaní vidí možnost řešení situace v zapojení rodičů do péče o dítě již na oddělení.

A: „ (…) rád bych zavedl NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment). O miminka se starají doktoři a rodiče. Nejsou na to doktoři a sestry zvyklí. Pokud se někde Midcap zavede, polovina personálu odejde.“

B: „ (…) zapojovat rodiče do péče, hned jak to jde. Oni chtějí dělat vše pro dítě.“

E: „ (…) aby mohly být s dítětem na pokoji, to jsme tu měli a z kapacitních důvodů nemáme a to postrádám.“

d. empatie a vztahy

Respondent G

Jeden z respondentů vidí řešení v empatickém přístupu lékařů a ve vztazích.

G: „ (…) myslím si, že neprávem jsou opomíjeny vztahy a vyjádření podpory a empatie rodině.“

III. Informovanost

Respondenti A, B, C, D, I

5 dotázaných klade důraz na lepší informovanost matek. Jeden respondent klade důraz na sjednocení informací, jeden na kvalitu, jeden jmenuje konkrétní oblast, kde je potřeba více informací. Jeden dotázaný vidí zlepšení v tom, že informacím od lékařů budou klienti více naslouchat.

A: „ (…) pomůže informovat, ale určitě sjednotit ty informace.“

I: „Informace, a kvalitní informace, aby věděly, co je smyslem léčby, co se snažíme těm maminkám dát a pak je to otázka u těch novorozenců, oni musí vědět, proč je někdo píchá do žíly, proč jim tam dává antibiotika nebo léky utlumující děložní činnosti a léky na zrání plic a pokud jim ty informace dáte a řeknete jim proč je to dobrý a k čemu je to dobrý, proč ten management je takovej, těch dalších 48 hodin.“

C: „ (…) více v té šedé zóně, s nima více probrat pokud to jde tu problematiku, zda zachraňovat nebo ne.“

D: „Taky je důležité do jaké míry je informovat. Tak, že informovat určitě jo, ale otázka druhá je do jakej míry.“

B: „ (…) více naslouchat lékaři.“

IV. Komunikace s klientem

Respondent B, G

Dva z dotázaných lékařů vidí možnost zlepšení v oblasti komunikace s klienty.

G: „ (…) zvládání krizových situací. V ČR je naprosto technicky skvělá zdravotnická péče, téměř ve všech oblastech, ale co není naprosto skvělé a co výrazně pokulhává za vyspělým světem, je dovednost zdravotníků v oblasti komunikace s klienty. Důvod je jednoduchý, jednak to není věc, která je managementem nějak zvlášť ceněna, jednak to personál nikdo neučí.“

B: „ (…) zdravotníci by potřebovali stále kurzy komunikace s pacientem.“

V. Vzdělávací materiál

Respondenti C, D

Dva respondenti zmínili přímo nějaký vhodný vzdělávací materiál pro rodiče s PND

C: „ (…)my na ně nemáme tolik času, kolik bychom potřebovali. Myslím, že by základ informací mohli dostat od lékaře a zbytek si dostudovat v nějaké příručce. Informace by měly být vhodně zpracované, nejlépe audiovizuální formou.“

D: „(…) takový časopis pro miminka s obrázky.“

10 Diskuze

V kapitole je uvedena celková syntéza výsledků a jejich srovnání s dosavadními závěry z výzkumů, týkajících se problematiky zdravotní gramotnosti matek s PND.

Pozornost je věnována bližšímu poznání identifikovaných kategorií k jednotlivým výzkumným otázkám. Některé zjištěné kategorie korespondují s poznatky uvedenými v teoretické části nebo s dohledanými existujícími výzkumy a literaturou. Kategorie byly tvořeny vlastním způsobem se snahou o odstup od teoretické znalosti a vyplývají z výpovědí lékařů. U některých kategorií (trsů), byly analyzovány ještě podkategorie. Kategorie jsou v následujícím textu psány v uvozovkách a podkategorie kurzívou.

Z kategorií, které byly zjištěny u první otázky, je možné usoudit, že z pohledu lékařů demografická charakteristika matky s PND není většinou pozorována, přesto se někteří dotázaní lékaři zmínili o horší sociální anamnéze, která je však, jak řekli další z nich, běžně uváděným rizikovým faktorem předčasného porodu. To potvrzují údaje o předčasném porodu, který je nejčastější v zemích s nízkým sociálním statusem.(Blencowe et al., 2010)

Pro většinu lékařů je matka s PND charakteristická zejména svým chováním a pocity. Typickým projevem je strach, šok, obava a nejistota, přičemž podle některých lékařů je to proces, jednotlivé fáze, kdy se postupně vyrovnává se situací. Tyto fáze mohou odpovídat fázím podle Kübler-Rossové (1992), ale matky je nemusí prožít všechny a mohou mít různé pořadí. Tato zjištěná kategorie koresponduje s tvrzením například Sobotkové, Ditrichové (2009) které uvádí, že je předčasné narození náročnou situací nejen pro dítě, ale pro jeho celou rodinu, která na problémy nebyla vhodně připravená a prožívá navíc strach, úzkost, pocity nejistoty a často viny. Často se přidá vyčerpání a depresivní ladění.

V odpovědích na otázku týkající se úrovně zdravotní gramotnosti se lékaři shodují na tom, že poznají úroveň vzdělání matky již při prvním kontaktu a komunikaci. Určili navíc některé obory vzdělání, které jsou z jejich pohledu specifické svým chováním a projevy. Uvedli ve velké míře technické vzdělání, ale byly zmíněny i absolventky filozofických a někdy pedagogických fakult. Překvapivé bylo zjištění, že lékařům se dobře spolupracuje s klienty s nižším vzděláním, protože podle jejich vyjádření více lékaře poslouchají, méně se ptají, méně ověřují jeho slova a berou situaci tak jak je, což je možné, protože podle

výsledků výzkumu Felicie Wu Son (2012) vykazují ženy z nižších vrstev více rezignovaný přístup k početí a porodu zatím co ženy střední vrstvy považují vědomou kontrolu nad svou situací za samozřejmou. Podle Paéz (2007) není u zdravotní gramotnosti problém pouze ve vzdělání, protože osoba, která ukončila střední školu, nemusí být schopná orientace v systému zdravotní péče. Zdravotní gramotnost vidí Paéz jako konvergenci vzdělání, kulturních a sociálních faktorů a zdravotních služeb. Čtení, psaní a matematické schopnosti jsou součástí zdravotní gramotnosti, ale důležité jsou další dovednosti jako mluvení a schopnost komunikace, poslech, dostatečná informační základna a znalost systému zdravotní péče. Podle El-Sayeda a Galei (2012) uvedených také v teoretické části, kteří zkoumali vztah vzdělání matky a riziko předčasného porodu v letech 1989 – 2006 a zjišťovali, jak se vztah edukace matek a předčasného porodu měnil v průběhu času, se riziko předčasného porodu v průběhu času posouvá od méně vzdělaných žen k ženám s vyšším vzděláním.

Co se týká kategorie, která byla nazvána jako hodnocení ZG, považuje většina lékařů ZG spíše za dobrou a ze svého pohledu vnímají zvyšování její úrovně. V The Patientś Network se však píše, že pacienty s nižší úrovní zdravotní gramotnosti je těžké rozpoznat, protože většina z nich má průměrnou inteligenci, dobře mluví a jsou přizpůsobeni dobře fungovat ve společnosti. Problém je, že tito pacienti mají potíže s dodržením vlastních omezení a často se stydí a své problémy skrývají před ostatními.(Kempner, 2003). Parker (1995) na základě výzkumu uvádí, že většina lékařů pravděpodobně jen předpokládá u všech svých pacientů funkční gramotnost, přesto, že výsledky výzkumu ukazují opak. Je tedy otázkou, zda jsou lékaři opravdu schopni úroveň ZG u matek poznat.

U otázky týkající se úrovně ZG začali všichni dotazovaní lékaři hovořit o tom, jak komunikují s klientem oni sami, případně jejich kolegové. Shodli se na důležitosti komunikace. Uvedli nezbytnost individuálního přístupu, opakování důležitých informací, ověřování porozumění. Přes to někteří zmínili, že ne všichni lékaři takto postupují. Zjištěné výpovědi o komunikaci s klientem odpovídají některým doporučením, které se komunikací s rodiči, nebo pacienty zabývají. Podle Straňáka 2014, s. 77-78) by komunikace s rodiči měla probíhat pravidelně po celou dobu jejich pobytu dítěte na oddělení. Riveros a Martins, 2008 říkají, že v komunikaci s klientem by lékaři měli svá doporučení vyjadřovat jednoduše a přímočaře, používat názorné příklady a ověřovat si porozumění.

U otázky týkající se nejvíce problematických oblastí matek s PND vzniklo více jednotlivých kategorií (trsů). Na první kategorii s názvem „postižení“ se shodli všichni dotázaní lékaři. Matky se podle výpovědí lékařů nejčastěji ptají na to, zda dítě může být postižené. Tuto otázku kladou již před porodem gynekologům, v průběhu hospitalizace dítěte i při odchodu domů. Z výsledků vyplývá, že matky s PND o možnostech postižení dítěte vědí a lékaři je rovněž o této možnosti informují. Problém dle výpovědí lékařů je zejména v tom, že matky by chtěly vědět, jak bude nebo může být dítě postižené, ale v raném období jim to lékaři nemohou sdělit, protože se to nedá tak brzy zjistit.

U kategorie „hospitalizace před porodem“ se všichni neonatologové shodli, že pobyt v porodnici matce situaci usnadňuje jednak tím, že se seznámí s prostředím, také ji přijde informovat neonatolog a rovněž má čas si promyslet některé zásadní otázky jako je zahájení nebo nezahájení resuscitace. Perinatolog však tento názor nepotvrdil. Naopak uvedl, že v dnešní době je pobyt na oddělení před předčasným porodem pouze tři dny a navíc se domnívá, že jde vždy o závažnou a náročnou situaci. Závažnost se ještě vždy podle něj zvyšuje tím, čím dříve porod hrozí.

Kategorie krmení a kojení ukazuje, že matky považují kojení za velmi důležité, v čemž jejich názor koresponduje s dnešním trendem, kdy je kojení značně propagováno. Například Mydlilová z Národního laktačního centra, Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze uvádí, že v metodickém doporučení pro ČR jednou ze základních potřeb dítěte je výživa. Současná věda považuje přirozenou výživu mateřským mlékem za nejlepší. Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Matka a dítě mají pak právo na odpovídající péči před porodem i po porodu včetně podmínek, které usnadňují kojení. Právo dítěte na kojení je zakotveno v Úmluvě o právech dítěte, která u nás vstoupila v platnost v roce 1991, sbírka zákonů č. 104/1991, článek 24. Dále, že kojení je součástí našeho Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století. WHO/UNICEF doporučují výlučné kojení po dobu 6 měsíců a v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do dvou roků věku dítěte i déle. V roce 2001 WHO vyhlásilo Globální strategii výživy kojenců a malých dětí ke zkvalitnění výživy dětí s podporou výlučného kojení do šesti měsíců s možností v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do dvou roků a déle. WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) označila nemocnice jako nejdůležitější článek

v podpoře kojení. Už během těhotenství by žena měla být informována o zásadách kojení a po propuštění z porodnice by praktický lékař pro děti a dorost měl znát hlavní zásady úspěšného kojení a umět řešit problémy při kojení. (www. pediatriepropraxi.cz) U nedonošených dětí, které jsou navíc v kritickém stavu je však kojení problém, který matky podle výpovědi lékařů nejsou schopné akceptovat, právě díky přílišné propagaci v médiích a množství informací zaměřujících se na kojení.

Další problematická oblast se utvořila v kategorii nazvané „bude v pořádku“ na níž se shodlo více respondentů. Tato kategorie zřejmě úzce souvisí s kategorií postižení a patří mezi nejčastější dotazy matek a jejich rodin.

Zajímavou kategorií je z pohledu lékařů „propuštění“. Dotázaným lékařům přijde většinou zvláštní, že když matku těsně po předčasném porodu informují o závažném stavu dítěte, položí jim otázku, kdy půjde domů. Domnívám se, že matky se touto otázkou spíše laicky snaží zjistit, jak vážný je stav, protože si mohou délku hospitalizace s vážností situace spojovat.

Za problematickou oblast označili někteří dotázaní „komunikaci s lékařem“. Problém vidí nejen v komunikační bariéře ze strany matky, která se často bojí zeptat nebo si připadá hloupá, ale také ve velkém množství informací, které matky dostávají po předčasném porodu. V časopise pro pacienty The Patientś Network, 2003 je obecně k této problematice doporučováno, aby všechny zúčastněné strany, které komunikují s pacientem, jako jsou lékaři a další personál, lékárníci, výrobci léčiv, sociální pracovníci a další si uvědomily, že nízká zdravotní gramotnost je obrovský celosvětově rozšířený problém, který ovlivňuje špatné úsudky o zdravotních možnostech a zneefektivňuje léčbu a rehabilitaci. Další možný problém byl již zmíněn v kategorii „komunikace s klientem“ u druhé otázky, kdy jsou někteří lékaři unavení, přetížení nebo také méně komunikativní a matky mohou komunikačně odbývat, což je pak pro ně problém.

Kategorie „přežití“ se úzce pojí s kategorií „bude v pořádku“ a „postižení, přesto přesně tyto výroky lékaři zmiňovali zvlášť, pokud měli mluvit o problematických oblastech. Kategorie souvisí také s další kategorií, která byla vytvořená u první otázky a to „strach, stres a šok. Matky se podle výsledků bojí o život dítěte a o jeho zdravotní stav. Lékaři jim

na tyto otázky však nedokáží přesně odpovídat a uvádí většinou statistické údaje, které mají k dispozici.

Problematickou oblastí je „sebeobvinění“. Matky se lékařů ptají, proč porodily předčasně. Domnívají se, že udělaly chybu, že za předčasný porod mohou ony. Lékaři jim většinou opět neumí odpovědět přesně, protože u 50% předčasných porodů je příčina neznámá. Binder (2011) označuje předčasný porod za syndrom, způsobený řadou příčin. Sobotková (1996) ve svých výzkumech rovněž zjistila, že matky nedonošených dětí ve významně vyšší míře zažívají v prvních měsících po narození dítěte pocity viny a selhání.

Další kategorií, která vznikla k problematickým oblastem, je kategorie „nahoru dolů“. Vyjadřuje náročnost průběhu hospitalizace dítěte, kdy stav často kolísá a postupně se nabalují diagnózy, jak bylo podle Dokoupilové (2009) uvedeno v teoretické části v kapitole neonatologie. Pro rodiče to znamená, že původní euforie z přežití dítěte zase opadne a znovu přijdou další obavy a strach.

Poslední kategorií ke třetí otázce je kategorie nazvaná „způsob vedení porodu“. Vznikla jako významná výpověď lékaře porodníka. Matky se podle něj porodníků často ptají, jak bude probíhat porod.

K otázce, která zjišťovala, jaký typ informací podle lékařů matkám nejvíce chybí, se téměř všichni respondenti zmínili opět o postižení. Byla tedy analyzována první kategorie s názvem „postižení“. Z výpovědí vyplývá, že postižení je ve společnosti stále spojováno s množstvím mýtů a pověr, zejména u starší generace. Dále, že matky a jejich rodiny mají o postižení jen velmi mlhavé představy. Postižení pro ně znamená nějaký problém, ale nejsou schopni žádné diferenciace. Lékaři je o možnostech postižení detailněji informují, až pokud dojde u PND k určitým komplikacím. I v tomto případě si rodiče, pokud nejsou zdravotníci nebo nemají již podobný případ v rodině, vůbec nedokážou představit, jak by to mohlo vypadat. V názoru, zda rodiče o možnostech postižení obecně více informovat či edukovat se lékaři rozcházejí. Většina lékařů se vyjádřila, že takové informace by ještě více rodiče stresovaly. Jeden z lékařů uvedl, že by bylo vhodné rodiče více o této problematice informovat, ale právě v pozitivním duchu, jak je dnes již možné situaci ovlivnit.

Další kategorie, která vznikla u otázky ohledně informací, je nazvaná „sjednocení, ucelení a míra“. Kategorie zahrnuje názory lékařů na vhodnou míru informací, na jejich ucelení a sjednocení. Téměř všichni lékaři považují sjednocení informací a vhodnou míru za velmi důležitou. Z jejich výpovědí vyplývá, že si uvědomují, že informace jsou často roztříštěné a je jich příliš mnoho.

Kategorie „rozlišení a třídění“ souvisí s předešlou kategorií. Lékaři považují za důležité, aby uměl klient informace správně filtrovat. Někteří lékaři uvedli, že je úkolem zdravotníků s tímto problémem klientům pomáhat. Uvést informace na pravou míru a posoudit jejich odbornost. Jiní se vyjádřili, že nemají na takové věci dostatek času: „my na ně nemáme tolik času, kolik bychom potřebovali“ Tato zjištění korespondují s výzkumem Kaňové a Holčíka (2006), kteří považují zdravotnickou veřejnost za významný subjekt zdravotní gramotnosti, protože právě na ní do velké míry záleží, jak se daří občany motivovat k péči o zdraví.

Další dvě následující kategorie u otázky týkající se informací se dotkly internetu. První z nich „ internet negativní vliv“ se dělí ještě na dvě podkategorie. V první podkategorii se překrývají výpovědi, které označují vliv internetu za negativní. V druhé méně zastoupené kategorii respondenti negativní vliv internetu nepozorují. Mnohé studie se dnes zabývají nebezpečným dopadem internetu na pacienty a kvalita zdravotnických informací přenášených přes internet zůstává problematická. (The Patientś Network, 2003)

Kategorie „internet jako hlavní zdroj“ ukazuje, že většina lékařů se domnívá, že matky získávají informace zejména z internetu, což koresponduje se zjištěním Felicie Wu Son (2012), kdy se internet ukázal jako významný zdroj pro ženy, odpovídající na spoustu otázek a nejasností týkajících se početí, těhotenství a porodu. Není zatím jasné jakou roli má internet v posílení odpovědného rozhodování žen a schopnosti odolat dominantním biomedicínským paradigmatům.

Další uvedená kategorie k otázce týkající se informací je „nevnímání informací“, kdy se lékaři zmiňují o problému, že i přes to, že matkám informace sdělí, ony později tvrdí, že žádné neobdržely. Rovněž Opatřilová, Nováková, Vítková et al. (2012 s. 18) se zmiňují o výzkumu Faistové (2009), která zjistila, že matky se nejčastěji zmiňovaly o nedostatku informací právě v nejranějším věku dítěte. Tento problém řeší také Sobotková a Ditrichová (2009) a uvádějí, že rodiče odmítají přijmout informaci o zdravotním stavu dítěte a přeruší

s odborníky kontakt nebo odborníky střídají v naději, že uslyší lepší informace. Fendrychová a Klimkovič (2005, s. 49-50) vysvětlují, že u kritických stavů mívají rodiče zúžené vědomí, jsou buď lehce ovlivnitelní, nebo naopak nepřístupní. Pamatují si jen částečné nebo zkreslené informace. Proto je nutné se průběžně informovat, že rodiče daným informacím rozumí, popřípadě jim to zopakovat

Lékaři se dále shodují na tom, že by se rodiče neměli strašit možnými komplikacemi a přístup by měl být pozitivní. Tato kategorie byla nazvaná „nestrašit – pozitivní přístup. Kohnerová, Henley, (2013, s. 72-78) však říká, že by s rodiči odpovědní pracovníci nemocnic měli sdílet všechny informace, které vědí, ale i to, co se snaží zjistit a ještě zatím nevědí.

Předposlední kategorie analyzovaná u otázky o informacích je „kontrola lékařů“. K této kategorii vznikly ještě dvě podkategorie. První z nich zahrnuje negativní vnímání kontroly lékařů, kdy lékaři vnímají ověřování informací, které podali klientovi za nepříjemné a považují to za projev nedůvěry k lékaři. Druhá kategorie naopak zahrnuje pozitivní vnímání takového chování, které je podle jednoho respondenta v takové situaci naprosto přirozené a podle jiného dokonce důležité, protože klient díky ověřování podaných informací získá na problém objektivní náhled. Kontrola lékařů zmíněná dotazovanými koresponduje s tím, co bylo již zmíněno výše, že rodiče odborníky střídají v naději, že uslyší lepší informace. (Sobotková, Ditrichová, 2009)

Poslední kategorie, která byla analyzována k této otázce má název „zdroje“ a dělí se na dvě podkategorie. V první podkategorii lékaři matkám sami od sebe žádné zdroje informací na internetu nedoporučují. Pokud se však matka sama zeptá, doporučují Nedoklubko, které, jak uvedli, považují za vhodný zdroj.

Druhá podkategorie „doporučuji“ znamená, že lékař doporučuje zdroj informací sám, aniž by ho matka požádala. Opět je doporučováno Nedoklubko, zřejmě proto, že do něj někteří odborníci z oboru neonatologie přispívají.

U páté otázky, která zjišťovala, jaké dovednosti matky s PND nejčastěji postrádají, byly analyzovány následující kategorie (trsy): rehabilitace; laktace, krmení; obratnost a chvaty; kompletní zacvičení, první pomoc, trpělivost, specifika, orientace v systému. V kategorii „rehabilitace“ se lékaři zmiňují jako o potřebné dovednosti osvojení si některých

rehabilitačních cviků, které budou matky s dítětem provádět i po propuštění domů. Nejčastěji s dětmi cvičí Vojtovou metodou. Někteří z dotázaných lékařů navíc uvedli, že dnes již není trendem, aby cvičili všechny PND, ale jen ty, které rehabilitaci potřebují. Jeden z lékařů uvedl, že některé matky a především matky romského původu nejsou schopné se rehabilitaci naučit. Je proto pak lepší, když raději s dítětem necvičí, protože špatně provedená rehabilitace je podle tohoto lékaře horší než žádná.

Další analyzovanou kategorií je „laktace, krmení“. Lékaři považují za důležitou dovednost u matek s PND udržení laktace, protože matky nemohou nezralé dítě většinou hned kojit a mléko se musejí naučit pravidelně odstříkávat, aby se stále tvořilo. Musejí být poučeny, jak zachovávat hygienu, jak mléko uchovávat a jak ho dopravovat na oddělení. Podle výpovědí jednoho lékaře je tato dovednost spojena s inteligencí, kdy si inteligentní matka důležitost udržování laktace uvědomuje proti matkám s nižší inteligencí, které, pokud je nebudí křik dítěte, kvůli odstříkání mléka v noci nevstávají. Zmíněnou dovednost učí na odděleních speciálně vyškolené laktační sestry.

V kategorii „obratnost a chvaty“ se lékaři zmiňují o dovednosti manipulovat vhodně s dítětem, které je menší a křehčí než donošený novorozenec. Matky podle výpovědí lékařů mají většinou z počátku strach na tak malé dítě sahat a musejí se to postupně učit. Kategorie „laktace, krmení“ a „obratnost a chvaty“ najdeme například u Straňáka (2014, s. 77-78), který uvádí, že rodiče se zaučují zejména v problematice krmení, které může být u PND obtížnější, dále v základní péči – koupání, polohování, přebalování.

Kategorie „kompletní zacvičení“ se překrývá s výše uvedenými kategoriemi, ale protože o kompletním zacvičení matek lékaři v mnoha případech hovořili, byla rovněž analyzována. Matky jsou podle výpovědí před propuštěním dítěte přijaty na oddělení, kde se učí pod dohledem školeného personálu o dítě pečovat. Z nemocnice odchází kompletně zacvičené. Tato kategorie koresponduje s tím, co píše například Peychl, který tvrdí, že edukace rodičů by měla předcházet propuštění dítěte z JIRPN do domácí péče. Matka by měla být zacvičena v praktických dovednostech nutných ke správnému domácímu ošetřování dítěte. Ideálním způsobem edukace je společný pobyt matky s dítětem v nemocnici po celou dobu trvání. (Peychl 2005, s. 23) Dokoupilová však dodává, že tento způsob z finančních důvodů a kapacity lůžek není většinou možný. Doporučuje se proto, alespoň přijetí matky na neonatologické oddělení několik dnů před propuštěním dítěte. (Dokoupilová, 2009)

Kategorie „první pomoc“ byla analyzována dále na dvě podkategorie, kdy v první podkategorii jeden z dotázaných lékařů, uvedl, jako důležitou dovednost poskytnutí první pomoci dítěti. Na oddělení, kde působí, jsou matky poučeny o první pomoci a při propuštění dítěte do domácí péče dostanou leták s nejdůležitějšími informacemi o resuscitaci a telefonních kontaktech. V podkategorii druhé je zařazena výpověď lékaře, že v této dovednosti matky školeny nejsou a v případě jakýchkoli obtíží se obracejí na neonatologické oddělení. Tato podkategorie je v rozporu například s tvrzením Peychla (2005, s. 23), který upozorňuje na důležitost edukace rodičů o možnostech prevence SIDS (syndrom náhlého úmrtí kojence), který se u nedonošených dětí vyskytuje častěji než u donošených. V této souvislosti je podle něj nezbytné seznámit rodiče se zásadami neodkladné resuscitace. Rovněž Straňák (2014, s. 77-78) uvádí, že rodiče musí být poučeni o kardiopulmonální resuscitaci.

V kategorii „trpělivost“ se lékaři zmiňují o této schopnosti nebo dovednosti, protože je podle jejich názoru pro péči o PND nezbytná. Tato kategorie se pak vztahuje k další kategorii nazvané „specifika“, v níž lékaři uvádějí, v čem se podle jejich názoru liší nedonošené děti od donošených. První podkategorie obsahuje výpověď, že specifika z pohledu lékaře žádná nejsou. V druhé kategorii se naopak někteří lékaři shodují na tom, že nedonošené děti specifické jsou. V této podkategorii se jako nejčastější specifika objevují zdravotní rizika a časté lékařské kontroly. Tato podkategorie se shoduje například s tvrzením Sobotkové a Ditrichové (2009), že nedonošené nebo nemocné děti mohou být více dráždivé, labilní a mohou hůře reagovat na podněty a hůře ovládat projevy chování i tělesné pohyby. Pro rodiče, kteří s problematikou nejsou obeznámeni, mohou být projevy nesrozumitelné.

Peychl ke specifikům jako pediatr říká, že PND je pro rodiče často těžká situace, obzvláště pokud je po porodu v kritickém stavu, ale i po propuštění domů, klade na rodiče často vysoké nároky. Shoduje se s psychology v tom, že dítě nepůsobí vždy šťastně při snaze o hru a učení, častěji křičí a neochotně komunikuje. Proto považuje za nutné, aby pediatr organizoval týmovou péči o dítě s rizikovým vývojem. Doporučuje rovněž spolupráci s centry, která se podporou rodin postižených dětí zabývají. (Peychl, 2005, s. 133-4)

K otázce týkající se dovedností byla analyzována významná výpověď jednoho z dotázaných lékařů, která byla nazvána „orientace v systému“. Zmíněný lékař uvedl, že za důležitou dovednost u matky s PND v dnešní době považuje, to, že je schopná vyznat se

ve zdravotnickém systému. Dále uvedl, že je to podle jeho názoru dovednost, kterou neovládá většina společnosti.

Poslední otázka se snažila zjistit, co by konkrétně přispělo ke zlepšení situace matek s PND.

První analyzovanou kategorií k této otázce je „psychologická intervence“. K této kategorii se vytvořily tři podkategorie. První z nich je psychologická pomoc „pro matky“, kdy se většina lékařů shoduje, že tato pomoc je pro matky nezbytná a na neonatologických odděleních chybí. Psycholog, který působí na gynekologickém nebo jiném oddělení je lékaři považován jako nevhodný, protože nerozumí neonatologické problematice. Ve výzkumu Faistové (2009 in Opatřilová, Nováková, Vítková et. al., 2012 s. 18) bylo zjištěno, že matky stále vnímají nedostatek psychologické podpory v období po porodu. O této problematice se zmiňuje například Jahnová a Sobotková (2003, s. 226-228), které doufají, že postupně dojde jak k prohloubení vzájemné spolupráce psychologů s neonatology, pediatry, neurology a dalšími odborníky, tak k rozšíření sítě pracovišť, která psychologickou péči o děti raného věku a jejich rodiče mohou nabídnout.

Druhá podkategorie obsahuje analyzovanou významnou výpověď lékaře, který považuje za velmi potřebné, aby byla psychologická péče a supervize na oddělení také *pro lékaře*. Zdůvodňuje tuto potřebu tím, že lékaři často musí hovořit s klienty o závažných diagnózách, úmrtí dítěte, mohou se dostat do konfliktu s rodiči nebo i kolegy a potřebují své jednání rozebrat a zpětně vyhodnotit.

Třetí podkategorie *nechybí* je významnou výpovědí perinatologa, který uvádí, že na gynekologicko-porodnickém oddělení psycholog působí a matky mohou jeho pomoc před porodem a těsně po něm využít.

Další analyzovanou kategorií k otázce, co by přispělo ke zlepšení situace matek s PND je „podpora rodiny“, která se dělí do podkategorie *partnerství*, kdy lékaři uvádí, že je potřeba podpořit nejen matku, ale také její partnerský vztah. K této problematice se vyjadřuje již v roce 1996 například Sobotková, která upozorňuje na důležitost psychosociální podpory nejen matek, ale také otců a širší rodiny. Ve svých výzkumech zjistila, že matky nedonošených dětí ve významně vyšší míře zažívají v prvních měsících po narození dítěte pocity viny a selhání a jejich psychické rozpoložení nejvíce souvisí s podporou partnera a širší rodiny. (Sobotková, 1996, s. 302-305)

V podkategorie *tým,* lékaři uvedli, že postrádají na oddělení multidisciplinární tým odborníků, kteří by poskytovali péči, pomoc a podporu rodinám. Jeden z lékařů uvedl, že by přivítal, kdyby taková péče byla přímo součástí léčby. V tomto se výpovědi lékařů shodují například se Sobotkovou a Ditrichovou (2009), které tvrdí, že komplexní péče by neměla být zaměřená pouze na dítě, ale také na jejich rodiče, neboť ne všichni odborníci si uvědomují, že pokud mají rodiče dobře vychovávat své děti, musejí mít splněny určité podmínky. Autorky kladou do popředí dobrou psychickou pohodu a klidnou rodinnou atmosféru. Dále uvádějí, že v případě narození dítěte s problémy tyto podmínky splněny nejsou a platí to zejména po narození dítěte a v období útlého dětství. Rovněž Juríčková, Kliment a Ivanová uvádějí, že je důležité, aby pomoc měla kontinuální charakter, aby byl vytvářen multidisciplinární přístup a princip případového vedení (case manegement). V další analyzované podkategorii *zapojení do péče* vidí někteří lékaři možnost zlepšení situace ve větším zapojení rodičů do péče o nezralé novorozence. Tato podpora se v zahraničí nazývá NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment). NIDCAP Nursery je certifikační program (NNCP) pod záštitou NIDCAP federace International (NFI). Oddělení, která dostanou certifikát, poskytují dynamické prostředí pro plnou integraci odbornou lékařskou a ošetřovatelskou péči bezpečně vloženou v rámci aktivního sledování vzájemného respektu, pečování, nurturance (teplá a milující fyzická a emocionální podpora a péče) a spolupráce s kojenci a rodinou, a mezi všemi odborníky a zaměstnanci. (www. nidcap.org.en)

Poslední podkategorie, která byla analyzována u kategorie „podpora rodiny“ je *empatie a vztahy,* která je významnou výpovědí jednoho z lékařů, který vidí zlepšení zejména v empatickém přístupu lékařů a ve vztazích s rodiči. Takovou kategorii můžeme najít například pod názvem „sympatizující postoj v postupu zdravotnického zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče MZ ČR, kde je uvedeno, že je třeba dát najevo účast s bolestí rodičů, nabídnout pomoc, nepřehánět, přijmout kritické projevy, které jsou součástí obranných tendencí. (Straňák, 2014)

Třetí významnou kategorií je „informovanost“. Lékaři uvádí, že by situaci matek s PND mohlo zlepšit, pokud by byly matky a jejich rodiny lépe a vhodněji informovány. Důraz byl ve výpovědích kladen na sjednocení informací a také na vhodnou míru informací. Jeden lékař konkretizoval informovanost a to ohledně problematiky resuscitace na hranici viability. Jeden dotázaný uvedl, že lékaři informují klienty nejvhodněji, ale oni jim málo

naslouchají, proto by podle jeho názoru pomohlo zvýšit informovanost lepším naslouchání lékařům. Tato kategorie koresponduje s názorem Kohnerové, Henleyho (2013, s. 72-78), která tvrdí, že rodiče potřebují informace. Důležitost informovanosti rodičů je podle jejího názoru nedocenitelná. V době krize jim informace dávají sílu a umožňují jim pochopit, co se stalo. Nedostatek informací rodiče oslabuje a vede ke sklíčenosti. Rodiče potřebují mít informace o tom, co se jim a jejich dítěti děje, co se již stalo a co se může stát. Dále potřebují znát, jaké mají možnosti a jak se mohou rozhodnout. Potřebují být informováni o všech praktických záležitostech, úkonech, postupech a formách řízení. Dokud rodiče informace neobdrží, nemohou chápat, co se jim a dítěti děje nebo, co se stalo, a pokud to nepochopí, nemohou to přijmout. (Kohnerová, Henley, 2013, s. 72-78)

Rovněž Sobotková (1996, s. 302-305) tvrdí, že rodiče by měly být obeznámení s prostředím oddělení, neboť znalost jim umožní orientovat se v neznámém prostředí plném přístrojů a ošetřujícího personálu. Neznalost a neinformovanost často u rodičů vyvolává stres a napětí. Klid a vyrovnanost naopak přispěje k lepšímu soustředění na dítě a zapojení do péče o něj. Podle Sobotkové, by tedy informovanost měla jít ruku v ruce se zapojením rodičů do péče o nezralé dítě.

Někteří lékaři vidí možnost zlepšení v oblasti „komunikace s klientem“, což je další analyzovaná kategorie. Podle výpovědí lékařů je stále v ČR nedostatek kurzů, které se komunikaci lékaře s klientem věnují.

Poslední kategorie, která byla k poslední otázce analyzována je „vzdělávací materiál“, kdy se lékaři zmiňovali o nedostatku a potřebě vhodných vzdělávacích materiálů pro rodiče, kde by byly informace přehledné, ucelené a týkající se problematiky nezralých dětí a jejich rodin. K této kategorii se ovšem The Patients Network (2003) zmiňuje o problému, kdy lékaři předpokládají, že pacient umí přečíst, pochopit a realizovat informace o zdravotní péči, která je mu poskytována. Studie však většinou ukazují opak. Při tvorbě vzdělávacích materiálů pro rodiče je tudíž nezbytné na takové věci myslet. Problematikou proč je důležité vzdělávat rodiče nezralých dětí, se zabývá také Sobotkova a Ditrichová (2009) další závažný důvod proč se věnovat rodičům psycholožky zdůrazňují, že rodiče mívají tendence podněcovat děti s velmi nízkou porodní hmotností, které jsou drobné a opožďují se ve vývoji na nižší úrovni, než je pro dítě vhodné a mohou tudíž zbytečně vývoj zpomalovat. Opačným případem může být, že se rodiče snaží o stimulaci dítěte za každou

cenu, čímž ho mohou přetížit a dítě může reagovat pasivitou a může se začít odtahovat, čímž dochází k narušení vzájemné interakce s rodiči. Také podle Ditrichové, Papouška a Paula (2004) je neméně důležité zvyšování znalostí rodičů o vývoji dítěte, o jeho chování a také o možnostech jejich ovlivnění.

11 Závěr

Diplomová práce je zaměřena na problematiku zdravotní gramotnosti matek s předčasně narozeným dítětem. Na počátku tvorby diplomové byl stanoven hlavní cíl práce - Popsat objektivní úroveň ZG matek s PND a stanovit oblasti, které jsou pro matky s PND nejvíce problematické.

V práci byla zdůrazněna nezbytnost zaměření pozornosti také na matku s PND a chtěla poukázat na nutnost komplexního přístupu k celé rodině. Matky a jejich rodiny jsou vystaveny obrovskému stresu, který je způsoben neočekávaným předčasným porodem a prožívají strach o své dítě, strach z blízké i vzdálené budoucnosti. Neonatologické oddělení se často na dlouhou dobu stává jejich druhým domovem a to, co zde zažijí, si odnáší do života nejen svého, ale i dítěte. Oblast péče o matky a rodiny cítí většina dotázaných lékařů jako něco, co by se mělo zlepšit: *„V tom jsme asi něco dlužní těm rodičům. Je toho hodně, stále řešíme nějaké problémy, ale určitě v tomhle jsme něco dlužní těm rodičům.“*

Principem udržitelnosti diplomové práce je další rozvíjení zdravotní gramotnosti. Na základě zjištěných výsledků byla navržena témata pro praktický, interaktivní kurz pro matky s PND zaměřeného na zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti, ve kterém by matky mohly získat nejen základní informace o problematice PND, ale obecně o zdraví, jeho významu a možnostech jak ho udržovat nejen u svých dětí, ale u celé rodiny. Kurz by pak mohl rovněž posloužit ke snazšímu zapojení do péče o dítě a k získání větší sebejistoty zejména v prvních dnech po porodu.

Návrh témat:

- Edukace týkající se vývoje a zdravotních rizik PND
- Zdravotní gramotnost
- Relaxační a kompenzační techniky
- Pohybová aktivita v životě matky s PND
- Kojení
- Základy první pomoci zaměřené na dítě s PND
- Komunikace s partnerem
- Zvládání stresu, copping strategie
- Jak se připravit na další „bezpečné“ těhotenství (prevence špatných návyků)

12 Seznam použitých informačních zdrojů

1. AUGER, N. et al. Increasing educational inequality in preterm birth in Québec, Canada 1981-2006. *J Epidemiol Community Health.* 2010, 65(12):1091-1096
2. BINDER, Tomáš a kol. *Porodnictví.* Praha: Karolinum, 2011, 297 s., ISBN 978-80-246-1907-1
3. CAROLAN, Mary. Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Blackwell Publishing Ltd.
4. ČECH, Evžen. *Porodnictví.* 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s., ISBN 80-247-1303-9
5. DE WALT et al. Literacy and Health Outcomes: Systematic Review, *J Gen Intern Med*. 2004, vol. 19
6. DESAY,Sonalde a Soumya ALVA. Maternal Education and Child Health: Is there a strong causal relationship? *Demography*. 1998, vol. 35, no. 1, p. 71-81
7. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele.* Praha: Karolinum, 1993. 374 s. ISBN 80-706-6822-9.
8. DITRICHOVÁ, Jaroslava, PAPOUŠEK, Mechthild a Karel PAUL, et al. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče.* Praha: Grada, 2004. S. 139-155,
9. DOKOUPILOVÁ, Marie. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 315 s. ISBN 9788073675523.
10. DORT, J., Chvojková, E., Hejdová A. *Prognostický rozdíl mezi intraventrikulárním mozkovým krvácením 3. A 4. Stupně.* Neonatologické listy 1999, ročník 5, s. 65)
11. DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie.* 2. upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013, 116 s., ISBN 978-80-246-2253-8
12. DROBNÁ, H. a M. Čihař. Dieťa drogovo závislej matky. *Česká gynekologie* 2013, ročník 78, ISSN 1210-7832
13. EL-SAYED, Abdulrahman a Sandro GALEA.Temporal Changes in Socioeconomic Influences on Health: Maternal Education and Preterm Birth. *Annerican Journal of Public Health.* 2012, vol. 102, no. 9

14. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 447 s. ISBN 9788070135471.
15. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2. přeprac. A rozš. Vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 112 s., ISBN 978-80-7013-560-0
16. GOMELLA, Tricia Lacy. *Neonatology : management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs.* New York: McGraw-Hill, 2009, 894 s., ISBN 978-0-07-163848-7
17. HÁJEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství.* Praha: Grada, 2004, 443. s., ISBN 80-247-0418-8
18. HARTNOLL, Richard et al. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule.* Rada Evropy, 2003, 108 s., ISBN 80-86734-08-0
19. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
20. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.* 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 294 s. ISBN 978-80-210-5239-0, MSD ISBN 978-80-7392-129-3
21. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví.* 1.vyd. Brno: MSD, spol. s r.o. 2009. 150 s. ISBN 978-80-7392-089-0
22. ILONA Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. *The solid facts of health literacy*. WHO Regional Office for Europe, 2013, ISBN 978 92 890 00154
23. JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK a kol. *Neonatologie.* Praha: Mladá fronta, 2013, 575 s., ISBN 978-80-204-2994-0
24. JURÍČKOVÁ, Lubica, KLIMENT, Pavel a IVANOVÁ Kateřina. Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku. In *Týmová péče o seniory.* Zlín, 2009, 109 s. ISBN 978-80-7318-895-5
25. KALIBOVÁ, Květa, PAVLÍK, Zdeněk a Alena VODÁKOVÁ. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. přeprac. vyd., Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2009, 241s., ISBN 978-80-7419-012-4.

26. KAŇOVÁ, Pavlína a Jan HOLČÍK. Zdravotní gramotnost pohledem studentů LF MU v Brně. *Zdravotnictví v ČR*. Praha: Asoc. pro rozv. soc. lék. a řízení péče, 2006, roč. 9, č. 4, s. 160-162. ISSN 1213-6050
27. KEMPNER, Naomi. Health literacy in a changing world. *The Patientś Network*. IAPO, 2003
28. KICBUSCH, Ilona S. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health promotion International.* Oxford University press 2001, vol.16, no. 3.
29. KOHNER, Nancy a Alex HENLEY. Když dítě zemře: zkušenosti se spontánním potratem v pozdním stadiu těhotenství, narozením mrtvého dítěte a úmrtím novorozence. Praha: Triton, 2013, 349 s., ISBN 978-80-7387-2
30. MACKO J., a J. Zach. *Postup péče o novorozence streptococcus agalactiae(GBS) negativních, pozitivních nebo nevyšetřených matek.* Česká gynekologie 2013, ročník 78 s. 80, ISSN 1210-7832)
31. MACHOVÁ, Jitka a Jaroslav GUTVIRTH. *Tělesný a duševní vývoj nedonošených dětí.* Praha, 1977, cnb000412549
32. MARSHALL, Catherine a Gretchen B. ROSSMAN. *Designing qualitative research.* 2. vyd. Thousand Oaks : SAGE Publications, 1995. 178 s. ISBN 0-8039-5249-X.
33. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
34. MORTENSEN, H et al., Income-related and educational inequality in small-for-gestational age and preterm birth in Denmark and Finland 1987-2003. *Scand J Public Health*. 2010, 38(1) 40-45
35. NUTBEAM, Don. Health Literacy as public health goal. *Health Promotion International*. 2000
36. OPATŘILOVÁ, Dagmar, NOVÁKOVÁ, Zita a Marie VÍTKOVÁ et. al. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku.* Texty k distančnímu vzdělávání, Brno: Paido, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6
37. PAÉZ, Ximena. Como mejorar la practica médica. *Institute of Medicine*. Nacional Academy of Science, 2007.
38. PARKER, Ruth M. et al. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. *J Gen Inter Med*. 1995, vol. 10, p. 537-541

39. PETERSEN, C. B. et al. Socioeconomic inequality in preterm birth: a comparative study of the Nordic countries from 1981 to 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2009, 23(1):66 -75

40. PEYCHL, Ivan. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra.* Praha: Galén, 2005,164 s., ISBN 80-7262-283-8

41. RENKERT Susan a John NUTBEAM. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*. Oxford University Press, 2001, vol. 16, no. 4

42. RIVEROS, Julia Escodo a Felipe Terrazas MARTINS. *La alfabetización de la Salud en el Systema de salud pública en Chile*. Santiago, Chile, 2008. Diplomová práce. Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile,Escuela de Economía y Administración**.** Vedoucí diplomové práce Enrique Manzur Mobarec, PhD.

43. ROM, A. L. et al. A comparative study of educational inequality in the risk of stillbirth in Denmark, Finland, Norway and Sweden 1981. *J Epidemiol Community Health.* 2012, 66(3):240-246.

44. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví.* Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2

45. SAVE THE CHILDREN 2000. State of the Worldś Mothers. *Save the Children, Westport*. CT, USA.

46. SCHILLINGER, D. et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. 2002, vol. 8, 24-31;288(4):475-82

47. SILVERMAN, David. *Ako robiť kvalitatívny výskum.* Bratislava: Ikar a.s., 2005, 327s. ISBN 80-551-0904-4

48. SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. *Narodilo se s problémy, a co bude dál?* Praha: Triton, 2009, 107 s., ISBN 978-80-7387-141-3

49. SPONG, Catherine Y. et al. Disparities in Perinatal Medicine, Preterm Birth, Stillbirth, and Infant Mortality. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* Lippincott Williams & Wilkins. 2011, vol. 117, no. 4. ISSN: 0029-7844/11

50. STRAŇÁK, Zbyněk et al. *Základy neonatologie pro porodní asistenty.* Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2014, 132 s. ISBN 978-80-7414-727-2

51. ŠTEMBERA, Zdeněk, DITTRICHOVÁ Jaroslava a SOBOTKOVÁ Daniela. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte.* Praha: Karolinum, 2014, 659 s., ISBN 978-80-246-2168-5

52. THOMPSON, J. M. et al. Secular trends in sodo-economic status and the implications for preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*.2006, 20(3):182-187

53. TROUPOVÁ, Jitka a Milan HANZL. *Standardy ošetřovatelské péče v neonatologii.* České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2010, 227 s., ISBN 978-80-254-8982-6

54. WASSERBAUER, Stanislav, a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy*. 2. upravené vydání. Praha: Ekon. 2000. 47 s. ISBN 80-7071-145-0

55. WHO pro Evropu. *Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2014. ISBN: 978-80-85047-47-9

56. WHO. *MKN – 10, instrukční příručka*.(II. Díl), aktualizovaná verze k 1. 4. 2014, Praha: ÚZIS ČR, 2014, 221 s., ISBN 978-80-7280-846-5

57. WHO. Zdraví 21- zdraví pro všechny do 21. Století. *Úvod k osnově politiky zdraví pro všechny v evropském regionu WHO*. Nadace CINDI, MZ ČR. Praha: Atypo, spol. s.r.o., 2002, 27 s. ISBN 80-85047-15-2

58. WILHELMOVÁ, Radka a Daniela HRUBÁ. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. *Praktická gynekologie*. Brno, Ambit Media, 2013, roč. 17, č. 3, s. 244-251. ISSN 1211-6645

59. WU SON, Felicia et al. Women, Pregnancy, and Health Information Online: The Making of Informed Patients and Ideal Mothers. *Gender and Society*. 2012, vol. 26.

Jiné zdroje

1. Seminář na téma: *Přínos Světové zdravotnické organizace pro zdravotní politiku*. Pořádaný: Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, Společností

sociálního lékařství a řízení péče o zdraví a Kanceláří Světové zdravotnické organizace v ČR, Praha, 11. Února 2015, Velký lékařský dům.

2. XXX. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP. Pořádaná: Sekcí perinatální medicíny, Českou gynekologickou a porodnickou společností ČLS JEP, Českou neonatologickou společností ČLS JEP, LF UP Olomouc, Porodnicko-gynekologickým oddělením nemocnice Jeseník, Jeseník – lázně, 10. – 12. 4. 2013
3. VELEBIL, Petr a Zdeněk ŠTEMBERA. *Výsledky perinatální péče v České republice za rok 2012*. Prezentace. XXX. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP, 2013
4. MARŠÁL, Karel. *Vícečetná těhotenství – doporučené postupy ve Skandinávii.* Prezentace. XXX. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP, 2013

Elektronické zdroje

1. BLENCOVE, H., et al. *National, regional and worldwide estimates of preterm birth*. [online]. WHO International, 2010. [cit. 2014 -12 -18, 12:50 EST]. Dostupné z: (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/)
2. BLENCOWE, H et al. Preterm birth. [online]. *WHO Mediacentre*, 2012 [cit. 2014 -12 -18, 12:50 EST]. Dostupné z:(http://www. who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/)
3. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. [online]. *Basic Documents.*Supplement, 2006, 45(10). [cit. 2015 -1 -8, 12:15 EST]. Dostupné z: (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf#page=10&zoom=auto,-147,498)
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Porodnost a plodnost 2006 až 2010.* [online]. ČSÚ, 2011 [cit. 2014 -12 -18, 15:44 EST]. Dostupné z:(http://csugeo.i-server.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/4008-11-n_2011)
5. DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Analýza: Definice související s ukončením těhotenství. [online]. *Demografie.* Demografické informační centrum,

2012, ISSN 1801-2914. [cit. 2014 -12 -18, 13:44 EST]. Dostupné z: (http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=849&)

6. DEMOGRAFICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Porodnost. [online]. *Demografie* Demografické informační centrum. 2004-2014, [cit. 2014 -12 -18, 12:44 EST]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: (http://www.demografie.info/?cz_porodnost=)
7. HOLČÍK, Jan. Když uvažuji o zdraví, jsem snící romantik. In: *Zdraví.e15*. [online] Zdravotnictví a medicína, 2.3.2011 12:14:00 [cit. 2014 -12 -18, 12:15 EST]. Dostupné z: (http://zdraví.e15.cz/rozhovory/predstavujeme/445786)
8. HOLČÍK, Jan. Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. [online]. *Škola a* zdraví 21, 2011, [cit. 2014 -12 -18, 12:15 EST]. Dostupné z: (http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/38/texty/holčik.pdf)
9. CHCS. Center of Health Care Strategies, Inc. *Who Has Health Literacy Problems.* 2013. [citace 1. 3. 2013, 20:20] (http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Fact_Sheets.pdf)
10. PAVLÍK, Zdeněk a Květa KALIBOVÁ. Mnohojazyčný demografický slovník. [online]. *Český svazek.* Praha: Česká demografická společnost, 2005, 2. Vyd., 184 s.. [cit. 2014 -12 -18, 12:40 EST].Dostupnéz: (https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/ceska-demograficka-spolecnost/ke-stazeni/acta-demographica-xv)
11. PLAVKA Richard.Česká neonatologie na špičce. A co dál? [online]. *Česká neonatologická společnost 2011-2015*[cit. 2014 -12 -18, 12:55 EST]. Dostupné z:(http://www.neonatology.cz/odborne-clanky)
12. PLAVKA, Richard. K problematice vytyčování hranic viability plodu. [online]. Medical tribune CZ, 2007, 4. [cit. 2014 -12 -20, 16:44 EST] Dostupné z: (http://www.tribune.cz/clanek/10080-k-problematice-vytycovani-hranic-viability-plodu)
13. PLAVKA, Richard. Trendy v neonatologii a novinky resuscitace novorozenců. [online]. Zdravotnictví a medicína. 2013, 28. 1. [cit. 2014 -12 -20, 16:50 EST] Dostupné z: (http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/trendy-v-neonatologii-a-novinky-resuscitace-novorozencu-468773)

14. PŘÍBOVÁ, Marie a Jiří VOTINSKÝ. Zdravotní gramotnost. [online]. *Mamma Help*. 2012 [cit. 2014 -12 -18, 12:50 EST]. Dostupné z:(http://old.mammahelp.cz/zdravotni-gramotnost.php)

15. PŘÍRUČKA DEMOGRAFICKÉ STATISTIKY. Narození. [online]. Český statistický úřad, 2001, [cit. 2015 -1 -8, 12:10 EST] Dostupné z: (http://www.czso.cz/cz/cisla/0/02/020100/narozeni.htm)

16. RAMBOUSKOVÁ, Lucie. Zhodnocení vývoje dětí s nízkou porodní váhou. [online]. *Zdraví e 15. Sestra*. 2011, [cit. 2014 -12 -12, 18:55 EST]. Dostupné z: (http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zhodnoceni-vyvoje-deti-s-nizkou-porodni-vahou-457225)

17. STEEN, Emma Elsmén a Karel MARŠÁL. Impact of sex on perinatal mortality and morbidity in twins. [online]. *Journal of Perinatal Medicine*. 2013, Vo. 42, Issue 2, p. 225–231, ISSN (Online) 1619-3997, ISSN (Print) 0300-5577, DOI: 10.1515/jpm-2013-0147

18. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Rodička a novorozenec 2012*. [online]. ÚZIS, 2013, [cit. 2014 -12 -17, 12:55 EST]. Dostupné z:(http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec)

19. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zpráva o novorozenci 2012*. [online]. ÚZIS, 2013, [cit. 2014 -12 -17, 12:50 EST]. Dostupné z:(http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-novorozenci-2012)

20. ZÁVAZNÉ POKYNY NZIS. *Národní registr reprodukčního zdraví. Novorozenci*. [online]. ÚZIS ČR, 2013, [cit. 2014 -12 -17, 13:55 EST]. Dostupné z: (http://www.uzis.cz/system/files/zpok_nar_003_20120701.pdf)