

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Kamila Černá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence

Kamila Černá

**PŘIPRAVENOST PORODNÍCH ASISTENTEK V PÉČI
O NOVOROZENCE NA NEONATOLOGICKÉ JIP/JIRP**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Hrachovcová Hana, DiS.

PLZEŇ 2023

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Černá Kamila

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Přípravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. et Mgr. Hrachovcová Hana, DiS.

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: porodní asistentka, novorozenec na jednotce intenzivní péče, nedonošený novorozenec, nemocný novorozenec, připravenost, péče, adaptační proces

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na péči porodních asistentek o novorozence na neonatologické JIP/JIRP, kdy cílem je zjistit připravenost porodních asistentek před a po ukončení adaptačního procesu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zaměřujeme na problematiku neonatologie, která souvisí s pobytem novorozence na neonatologické JIP/JIRP, dále se zabýváme adaptačním procesem a věnujeme se připravenosti porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP. Tato část je vypracována na základě odborné literatury a odborných článků. V praktické části bakalářské práce plynule navazujeme na teoretickou část, která je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Výzkumného šetření se účastnily dvě porodní asistentky pracující na oddělení neonatologické JIP/JIRP.

Abstract

Surname and name: Černá Kamila

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Preparedness of midwives in the care of newborns in the neonatological JIP/JIRP

Consultant: PhDr. Mgr. et Mgr. Hrachovcová Hana, DiS.

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 42

Keywords: midwife, newborn in intensive care unit, premature newborn, sick newborn, readiness, care, adaptation process

Summary:

The bachelor thesis focuses on the care of midwives for newborns in the neonatal ICU/ICU, where the aim is to determine the readiness of midwives before and after the adaptation process. The thesis is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part, we focus on the neonatology issues related to the neonatal stay in the neonatal ICU/ICU, we also discuss the adaptation process and the readiness of midwives in the care of newborns in the neonatal ICU/ICU. This section is based on literature and professional articles. In the practical part of the bachelor thesis we smoothly follow the theoretical part, which is developed in the form of qualitative research. Two midwives working in the neonatology ward of the ICU/ICU participated in the research investigation.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Mgr. et Mgr. Haně Hrachovcové, DiS. za laskavé a trpělivé vedení odborné práce a za poskytování rad a podkladů. Dále děkuji participantkám za ochotné a otevřené sdílení jejich zkušeností z praxe a za čas, který mi věnovaly.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VHLED DO OBORU NEONATOLOGIE.....	13
1.1 Klasifikace novorozence	13
1.1.1 Klasifikace novorozence podle gestačního věku.....	13
1.1.2 Podle porodní hmotnosti.....	13
1.1.3 Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku	14
1.2 Rozdělení novorozence dle jeho stavu.....	14
1.2.1 Fyziologický novorozenec.....	14
1.2.2 Rizikový a patologický novorozenec	14
1.3 Předčasný porod.....	15
1.3.1 Dělení předčasného porodu	15
1.3.2 Rizikové faktory předčasného porodu	15
1.3.3 Příčiny předčasného porodu	16
1.3.4 Prevence předčasného porodu	16
1.3.5 Léčba předčasného porodu	16
1.4 Vybraná onemocnění novorozence na JIP/JIRP	17
1.4.1 Syndrom dechové tísně.....	17
1.4.2 Nekrotizující enterokolitida.....	17
1.5 Prostředí JIP/JIRP	18
1.5.1 Hluk	18
1.5.2 Světlo.....	19
1.5.3 Spánek a polohování.....	19
1.5.4 Bolest.....	19
1.6 Týmová spolupráce ve zdravotnictví	20
2 PŘÍPRAVA PORODNÍCH ASITENTEK	21
2.1 Studium porodní asistence	21
2.1.1 Předmět neonatologie	21
2.2 Předpoklady porodních asistentek na pracovní zátěž JIP/JIRP	22
2.3 Adaptační proces.....	23
2.3.1 Mentorství.....	23
2.3.2 Průběh adaptačního procesu	23
2.3.3 Rizika adaptačního procesu.....	24

3	NOVOROZENEC NA NEONATOLOGICKÉ JIP/JIRP.....	25
3.1	Předčasně narozený novorozenec	25
3.1.1	Ošetření nezralého novorozence.....	25
3.1.2	Známky nezralosti	26
3.2	Resuscitace novorozence	26
3.2.1	Hodnocení poporodní adaptace	26
3.2.2	Provedení resuscitace	26
3.2.3	Ukončení resuscitace	28
3.3	Invazivní přístupy novorozence na JIP/JIRP	28
3.3.1	Přístupy do žilního systému.....	28
3.3.2	Přístupy do arteriálního systému	29
3.4	Výživa novorozenců na JIP/JIRP	30
3.4.1	Parenterální výživa	30
3.4.2	Enterální výživa.....	31
3.4.3	Alternativní metody krmení novorozence	32
3.5	Zavádění gastrické sondy.....	33
3.6	Péče o ventilovaného novorozence.....	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
4	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	35
5	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	36
5.1	Hlavní cíl.....	36
5.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/předpoklady.....	36
5.3	Výzkumné otázky	36
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
7	METODIKA PRÁCE	39
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	40
9	ZPRACOVÁNÍ DAT	40
10	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	41
10.1	Kategorie: Získávání znalostní a dovedností v oboru neonatologické JIP/JIRP...	41
10.1.1	Subkategorie: Přípravenost porodních asistentek v práci na neonatologické JIP/JIRP	42
10.1.2	Subkategorie: Důležitost adaptačního procesu.....	42
10.2	Kategorie: Délka a způsob ukončení adaptačního procesu.....	43
10.3	Kategorie: Nejproblémovější oblasti adaptačního procesu.....	44
10.3.1	Subkategorie: Resuscitace novorozence.....	44
10.3.2	Subkategorie: Odběr krve nezralému/nemocnému novorozenci.....	45
10.3.3	Subkategorie: Zavádění NGS novorozenci na JIP/JIRP	46

10.3.4	Subkategorie: Práce s přístrojovou technikou	46
10.3.5	Subkategorie: Náročnost komunikace s rodiči	47
10.4	Kategorie: Prožitky z adaptačního procesu	49
10.4.1	Subkategorie: Pocity během adaptačního procesu	49
10.4.2	Subkategorie: Přístup personálu během adaptačního procesu.....	49
10.4.3	Subkategorie: Přístup k adaptačnímu procesu.....	49
10.5	Kategorie: Návrhy na zlepšení připravenosti absolventek	50
10.6	Subkategorie: Doporučení pro nově nastupující absolventky.....	50
DISKUZE		52
ZÁVĚR.....		61
SEZNAM LITERATURY.....		63
SEZNAM PŘÍLOH		67
PŘÍLOHY		68

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Získávání znalostí a dovedností	52
Tabulka 2 Délka a způsob ukončení adaptačního procesu	53
Tabulka 3 Nejproblémovější oblasti adaptačního procesu	54
Tabulka 4 Prožitky z adaptačního procesu	57
Tabulka 5 Návrhy na zlepšení připravenosti absolventek	58

SEZNAM ZKRATEK

AGA	Appropriate for gestational age
SGA	Small for gestational age
LGA	Large for gestational age
ATD	A tak dále
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
Např.	Například
PICC	Periferní implantovaná centrální kanyla
RTG	Rentgen
PVC	Polyvinylchlorid
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
RDS	Respiratory Distress Syndrome
NEC	Nekrotizující enterokolitida
GIT	Gastro intersticiální trakt
NGS	Nazogastrická sonda
PAS	Porodní asistentka
VVV	Vrozená vývojová vada

ÚVOD

Hospitalizace novorozence na neonatologické JIP/JIRP je velmi stresující situací, jak pro rodiče těchto novorozenců, tak i pro ošetřující personál. Je pochopitelné, že je mnoho prací zaměřeno právě na informovanost a pocity rodičů, související s tímto tématem. Pro rodiče je hospitalizace jejich potomka náročným životním obdobím, o to více jsou kladeny vysoké nároky na ošetřující personál, který stráví s novorozenci a jejich rodiči první dny, týdny a v některých případech i měsíce života. Proto jsme se rozhodli v rámci této bakalářské práce věnovat porodním asistentkám, u kterých jejich připravenost hraje důležitou roli v péči o novorozence hospitalizovaných na oddělení neonatologické JIP/JIRP.

Věnujeme se primárně příchodem absolventek ze studia porodní asistence, nebo z jiných oddělení na neonatologickou JIP/JIRP. Aby mohla nově příchozí porodní asistentka na neonatologické JIP/JIRP pracovat samostatně, musí projít cíleným adaptačním procesem, proto se mu také věnujeme v teoretické části. Dále se věnujeme obecně oboru neonatologie, a předčasnému porodu, který značně souvisí s nedonošenými novorozenci, kteří jsou hospitalizováni na oddělení JIP/JIRP. V další kapitole se zaměříme na studium porodních asistentek, které sehraje důležitou roli s připraveností pečovat o novorozence na neonatologické JIP/JIRP a v neposlední řadě stěžejním oblastem neonatologické ošetrovatelské péče.

V praktické části bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů se dvěma porodními asistentkami, pracujícími na oddělení neonatologické JIP/JIRP. Rozhovory mapují pohled, jak nezkušené, tak zkušené porodní asistentky s průběhem adaptačního procesu.

Informace využitá v bakalářské práci jsme vyhledávali v odborné literatuře, internetových člancích, vědeckých člancích a kvalifikačních pracích. Rešeršní zdroje byly vyhledávány ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje. Použité zdroje jsou uvedeny abecedně v seznamu literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VHLED DO OBORU NEONATOLOGIE

Předmětem této kapitoly je seznámení se s pojmy v neonatologii jako jsou klasifikace novorozenců, riziková a patologičtí novorozenci. Dále v této kapitole uvádíme obecně oddělení neonatologické JIP/JIRP, příjem novorozence na neonatologickou JIP/JIRP a spolupráci mezi porodními asistentkami z oddělení neonatologie a z porodního sálu. Dotýkáme se zde i oboru porodnictví, kde se stručně věnujeme problematice předčasného porodu, vzhledem k úzké vazbě mezi neonatologií a porodnictvím.

1.1 Klasifikace novorozence

Je důležité, aby se porodní asistentka dokázala orientovat v klasifikaci novorozenců, proto se v této podkapitole téhle problematice věnujeme.

Gestační věk, porodní hmotnost a vztah mezi gestačním stářím a porodní hmotností slouží k charakteristice novorozence. Gestační věk se vyjadřuje v týdnech a dnech, porodní hmotnost se uvádí v gramech (Roztočil, 2020, s. 524).

1.1.1 Klasifikace novorozence podle gestačního věku

- a) Donošený novorozenec = narozený blízko předpokládaného termínu porodu v rozmezí 37+1 až 41+6
- b) Přenášený novorozenec = narozený 42+0 a více
- c) Nedonošený novorozenec = narozený před 37+0

Hranice životaschopnosti je v České republice dána dokončeným 24. týdnem těhotenství (24+0). Období nedonošenosti (24+0 až 37+0) se dále dělí na nedonošenost mírnou (32+0 až 37+0), střední (28+0 až 31+6), těžkou (26+0 až 27+6) a extrémní (novorozenec narozený pod 26+0). Dělení má význam jak organizační, tak medicínský (Roztočil, 2020, s. 524).

1.1.2 Podle porodní hmotnosti

- a) Novorozenec s velkou porodní hmotností (makrosomie) = 4500 g a vyšší
- b) Novorozenec s normální porodní hmotností = 2500–4500 g
- c) Novorozenec s nízkou porodní hmotností = pod 2500 g
- d) Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností = pod 1500 g
- e) Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností = pod 1000 g

1.1.3 Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku

- a) Eutrofie = hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří (AGA)
- b) Hypotrofie = hmotnost je pod 5. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku (SGA)
- c) Hypertrofie = hmotnost je nad 95. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku (LGA) (Roztočil, 2020, s. 524).

1.2 Rozdělení novorozence dle jeho stavu

Je důležité, aby porodní asistentka rozpoznala anomálie od fyziologie a mohla tak včas reagovat na případné rizikové a patologické stavy u novorozenců, které se nacházejí na oddělení intenzivní péče.

1.2.1 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je definován jako novorozenec donošený, eutrofický, s normální poporodní adaptací a bez přítomnosti vrozených vývojových vad. U fyziologického novorozence se věnuje největší pozornost oblastem jako je výživa, hojení pupečního pahýlu, adekvátní provedení screeningových vyšetření, prevence hemoragické nemoci a detekce náhlých komplikací v období poporodní adaptace, kde probíhají funkční a anatomické změny při přestavbě fetální cirkulace na cirkulaci definitivní (Roztočil, 2020, s. 524-525).

1.2.2 Rizikový a patologický novorozenec

Většina novorozenců se rodí z bezproblémových těhotenství a nemají žádné potíže s adaptací na mimoděložní prostředí. O to větší pozornost věnujeme těhotenstvím a dětem, jejichž stav není ideální a zvyšuje riziko nebo přímo přináší komplikace ohrožující tělesný a duševní vývoj jedinců. Rizikovými novorozenci jsou děti pocházející z mnohočetných těhotenství, z operačních porodů, novorozenci s porodními úrazy, s poruchami poporodní adaptace, s nízkou porodní hmotností, s vrozenými vadami a novorozeneckými infekcemi (Klíma a kol., 2016, s. 96).

Za patologické novorozence považujeme novorozence předčasně narozené, u kterých je dysfunkce orgánových systémů. Druhou skupinou jsou novorozenci donošení s patologiemi vzniklými v průběhu těhotenství nebo zdraví novorozenci, kteří onemocní v průběhu novorozeneckého období. Mezi nejčastější patologické stavy řadíme perinatální asfyxii (Vymazal, Michálek, Klementová, 2021, s. 683).

1.3 Předčasný porod

Předčasný porod je v hospodářsky rozvinutých zemích světa nejzávažnější porodnický problém. V zemích, kde zdravotnický systém není na dostatečné úrovni (např. v Západní Africe) představuje nejzávažnější porodnický problém vykrvácení matky při porodu. Předčasně, tzn. před týdnem 37+0 gravidity, se v ČR v posledních letech rodí zhruba 7 % dětí z celkového počtu novorozenců. Z tohoto počtu se jich přibližně 2 % narodí velmi předčasně, tzn. před 32. týdnem gravidity (Marková, Chvílová – Weberová, 2020, s.13).

1.3.1 Dělení předčasného porodu

Podle délky trvání gravidity dělíme předčasný porod do čtyř základních podskupin:

- Extrémně předčasný = porod před 28. týden
- Velmi předčasný = od týdne těhotenství 28+0 do 31+6
- Středně předčasný = od týdne těhotenství 32+0 do 33+6
- Pozdně předčasný = od týdne 34+0 do 36+6

Předčasný porod dále rozdělujeme na dvě podskupiny, kterými je v 70–80 % spontánní předčasný porod a v 20–30 % iatrogenní předčasný porod. Spontánní předčasný porod se dále rozděluje na spontánní předčasný porod se zachovalým vakem blan (40–50 %) a předčasný porod po předčasném odtoku vody plodové (20–30 %). Spontánní předčasný porod začíná samovolným nástupem kontrakcí. Za iatrogenní neboli indukovaný předčasný porod se označují případy, kdy je gravidita předčasně ukončena, nejčastěji z důvodu ohrožení zdraví, nebo dokonce života matky a plodu (Marková, Chvílová – Weberová, 2020, s.13 a 14).

1.3.2 Rizikové faktory předčasného porodu

Rizikové faktory se dají rozdělit na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory řadíme zejména předchozí předčasný porod, afroamerickou rasu, věk pod 18 nebo nad 40 let, nízkou hmotnost před těhotenstvím, zákroky na děložním hrdle, nadměrně rozepjatá děloha zapříčiněna vícečetným těhotenstvím nebo nadbytkem množství plodové vody. K ovlivnitelným faktorům můžeme řadit například kouření, abúzus drog, absence prenatalní péče, anémie a stres těhotné (Dubová, Zikán, 2019, s. 736). Existuje mnoho rizikových faktorů pro předčasný porod. Zvláštní pozornost by měla být věnována právě životnímu stylu těhotných žen během těhotenství a měla by být posílena zdravotní

výchova pro těhotné ženy, aby si vytvořily správné životní návyky a snížily výskyt předčasných porodů (YE Chang-Xiang, CHEN Sheng-Bao, WANG Ting-Ting a kol., 2021).

1.3.3 Příčiny předčasného porodu

Hlavní roli v etiologii předčasného porodu je infekce. Mnoho mikrobiologických studií ukazuje jasnou souvislost mezi bakteriální kolonizací amniální dutiny a předčasným porodem. Nejčastějšími původci, které vyšetřujeme kultivací pochvy a hrdla děložního, jsou streptokoky skupiny B (GBS) např. *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, mykoplazmata, trichomoniáda a bakteriální vaginóza. Chronické kolonizování genitálu ženy těmito mikroorganismy se očekává ještě před otěhotněním. Náhlá aktivace infekce nebo reinfekce dále souvisí s dilatací a délkou děložního hrdla a s cervikálním hlenem, jenž je jakousi překážkou vstupu infekce k plodovému vejci. Nejčastěji se mikroorganismy dostávají do plodového vejce ascendentní cestou přes pochvu a cervix. Vzácná je cesta přes z peritoneální dutiny, nebo zanesení infekce při některých diagnostických výkonech (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 246-247).

1.3.4 Prevence předčasného porodu

Zkušenosti s asistovanou reprodukcí naznačují, že při snížení počtu transportovaných embryí mohou snížit riziko předčasného porodu. Užívání kyseliny listové před těhotenstvím je indikováno, aby se zabránilo vrozeným vývojovým postižením. Rovněž výzkum ukazuje, že doplňky kyseliny listové před otěhotněním mohou snížit pravděpodobnost předčasných porodů. K dalším preventivním krokům spadá kontrola rizikových faktorů předčasného porodu, vhodná lékařská péče, zdravé stravování a zamezení kouření (Khan-dre V, Potdar J, Keerti A, 2022).

1.3.5 Léčba předčasného porodu

K indikaci porození předčasně narozeného dítěte jsou stavy jako závažné krvácení, hrozící hypoxie plodu, HELLP syndrom a pokročilý vaginální nález. Při neakutních stavech se snažíme co nejdéle udržet těhotenství. Předčasný porod lze v některých případech zastavit tokolytiky a cílem je získání času pro podání kortikosteroidů k maturaci plicní tkáně. Ideální čas, aby byl efekt co největší je 48 hodin. K dalšímu využití tokolytik řadíme včasný a bezpečný transport plodu in utero do perinatologického centra, kde se o ženu a nezralého novorozence postará zkušený personál, který má veškeré vybavení k intenzivní péči (Procházka, 2020, s. 694). Mezi nejčastější využívaná tokolytika spadají betamimetika především gynipral v intravenózní podobě. Jako další tokolytika, která přicházejí do úvahy jsou antagonisté kalcia hlavně nifedipin a antagonisté oxytocinových receptorů především

atosiban. Mezi využívanými kortikosteroidy v dnešní době jsou k dispozici dva přípravky. Jednak betamethason neboli diprophos a dexamethason neboli dexona (Koucký, Smíšek a kol. 2014, s. 91-94). K dalšímu tokolytiku, které se dá využít k léčbě předčasného porodu spadá magnezium sulfát, ale jeho působení je v současnosti spíše popíráno. Je spíše vhodný, když jsou ostatní tokolytika kontraindikována a v posledních studiích je vyzdvihován pro jeho neuroprotektivní efekt, kde byl, v případě jeho podání prokázán nižší výskyt DMO u dětí narozených před 32. týdnem gestace. Další farmaka využívané u předčasného porodu jsou antibiotika, které se podávají různě v závislosti na gestačním týdnem a výskytu zánětlivých markerů (Fait, Zigán, Mašata, 2017, s. 341-344).

1.4 Vybraná onemocnění novorozence na JIP/JIRP

Nemocí novorozenců spojené s hospitalizací na JIP/JIRP je mnoho a souvisí již se zmíněnými rizikovými a patologickými novorozenci. V následující podkapitole se věnují hlavně onemocněním dýchacího a trávicího systému.

1.4.1 Syndrom dechové tísně

Syndrom respirační tísně (RDS), dříve také syndrom hyalinních membrán, vzniká nejčastěji u nezralých novorozenců na základě nedostatku surfaktantu, který společně s vysokou poddajností hrudníku, svalovou hypotonií a pomalejším vstřebáváním plicní tekutiny negativně ovlivňuje udržení dostatečného plicního objemu. Dochází tak k tvorbě atelektáz obklopených ložisky hyperinflační tkáně, které vytváří typickou granulární kresbu na rentgenovém snímku (Dort a kol., 2018, s. 43-48). Opakovaná expanze alveolů a následně jejich selhání v expíriu vedou k poškození epitelu a tvorbě hyalinních membrán. Dalšími příčinami RDS mohou být různé formy pneumopatií, ale také mimoplicní příčiny (např. neuroinfekce) a vrozené vývojové vady (např. hypoplazie plic) (Straňák, Janota, 2015, s. 415-416). Typické projevy RDS jsou tachypnoe, dyspnoe, apnoe, cyanóza a problémy s krmením. Základní terapií je teplo, tekutiny, výživa, antibiotika, ventilační podpora a surfaktant. V současné době je nejčastěji podáván exogenní surfaktant, který je vyráběný z prasečích plic. Po jeho podání dochází k pohotové změně poddajnosti plic s nutností snížení parametrů ventilačního režimu. Zavedením této léčby koncem 90. let 20. století se významně snížila incidence komplikací a smrti hlavně u extrémně nezralých novorozenců (Janota, Straňák, 2013, s. 362-364).

1.4.2 Nekrotizující enterokolitida

Jedná se o závažné postnatální onemocnění charakteru náhle příhody břišní, kdy dochází k ischémii a zánětlivé nekróze střeva. Nekrotizující enterokolitida (NEC) postihuje

především nezralé novorozence, u kterých se zahájí enterální výživa. Příčinou může být nezralost GIT, nezralost slizniční imunity, kolonizace střeva patogeny a hypoxicko – ischemické poškození střeva. Projevy NEC jsou distenze břicha, intolerance stravy, porucha pasáže ve střevech, zvracení, krev ve stolici, rozvoj šoku a poruchy prokrvení kůže. K diagnostice se využívá klinické zhodnocení dítěte s využitím laboratorních a zobrazovacích vyšetření. Léčba je konzervativní a chirurgická, kdy konzervativní spočívá ve vysazení enterální stravy, dekomprese žaludku otevřenou nasogastrickou sondou, zahájení parenterální výživy, antibiotické léčby a ventilační a oběhové podpory. Chirurgická léčba spočívá v resekci nekrotické části střeva a dospěje k ní cca 50 % dětí s NEC (Procházka, 2020, s. 712).

1.5 Prostředí JIP/JIRP

Na jednotce intenzivní péče je novorozencům poskytována vždy komplexní a individuální péče. Jde o pacienty s poruchou nebo nutnou podporou vitálních funkcí, po operacích či v bezprostředním ohrožení života. Oddělení intenzivní péče je technologicky moderní a nachází se zde velice náročná přístrojová technika, která vyžaduje přítomnost speciálně vyškolené lékařské i nelékařské osoby (Šálková, 2021, s. 12). Je důležité, aby prostředí na JIP/JIRP bylo vlídné, protože zlepšuje adaptaci novorozenců. Novorozenec na jednotce intenzivní péče je velmi náchylný k působení stresorů prostředí jako jsou hluk, prudké světlo, změny teploty prostředí a během pobytu na tomto oddělení je často vystavován nepříjemným a někdy i bolestivým výkonům (odsávání, intubace atd.). Mnoho studií dokázalo, že tyto rušivé elementy a podněty vyvolávají fyziologické změny s negativním dopadem na stav dítěte, které ovlivňují dýchání, kardiovaskulární funkce, endokrinní systém a metabolismus (Dort a kol., 2013, s. 42).

1.5.1 Hluk

Hlučnost je na všech odděleních intenzivní péče velký problém. Zdrojem je nejen přístrojová technika, ale v neposlední řadě i samotný personál těchto oddělení. Nedonošený novorozenec nemá zcela vyvinutý sluch a centrální nervový systém, tudíž velký hluk ho vyleká a vede k nestabilitě vitálních funkcí. Maximální hladina zvuku by neměla překročit 45 dB, ale již použití některých přístrojových technik tuto hranici převyšuje. Cílem ošetřujícího personálu je omezit hlučnost na oddělení, a to opatřeními jako jsou snížení hlasitosti nastavených alarmů přístrojové techniky, poučení veškerého personálu, časná reakce personálu na zvukové alarmy, vizuální „hlídač“ hlučnosti a také poučení rodičů novorozenců (Procházka, 2020, s. 706-707).

1.5.2 Světlo

Sice je kvalitní osvětlení na jednotce intenzivní péče důležité pro poskytování péče, ale pro novorozence je stresorem. Novorozenci nemají zcela vyvinuté zrakové ústrojí, neboť jeho vývoj se dokončuje až v dětství. Stejně jako u hluku, tak i světlo novorozence léká a může způsobovat například tachykardii nebo bradykardii, desaturaci, poruchy spánku nebo celkově neprospívání. Těmto stavům lze snadno předejít opatřeními, kterými jsou např. zastínění oken žaluziemi, přírodní a tlumivé barvy stěn oddělení, překrytí inkubátorů přehozy, využívání bodových světel nad inkubátory, použití ochranných brýlí u nestabilního novorozence a po očním vyšetření (Procházka, 2020, s. 707).

1.5.3 Spánek a polohování

Udržování vhodné polohy novorozence na jednotce intenzivní péče vede nejen k jeho komfortu, zklidnění a spánku, ale také pozitivně ovlivňuje mechaniku dýchání, snižuje výskyt apnoických pauz a podporuje trávení. Novorozenci tráví většinu dne spánkem a pokud dojde ke spánkové deprivaci, tak dojde i k neklidu, únavě a zvýšenému vnímání bolesti novorozence. Na polohování v inkubátorů se využívají měkké pomůcky navozující ohraničený prostor kolem těla novorozence (Procházka, 2020, s. 708).

1.5.4 Bolest

Bolest je nepříjemný sensorický či emocionální prožitek, spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkání. I novorozenci na oddělení intenzivní péče bolest vnímají, což bylo dokázáno několika studiemi, které prokázaly, že plod má ve 20. týdnu těhotenství anatomické, fyziologické a neurochemické predispozice k percepci bolesti. Na předním místě v prevenci bolesti je sledování a hodnocení projevů bolesti pomocí skórovacích systémů, ve kterých se kombinují behaviorální (obličejová mimika, pláč, pohyby končetin) a fyziologické (srdeční akce, dechová frekvence, saturace) indikátory bolesti (Procházka, 2020, s. 708-709). Samotná léčba bolesti u novorozence se dá rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. K nefarmakologickým metodám lze zařadit využití sebeuspokojujících aktivit dítěte (cucání prstů, dudlíků), hlazení po hlavičce, držení za ruku nebo chování kůže na kůži (klokánkování) s matkou či otcem dítěte nebo odpoutání pozornosti od bolesti pomocí mateřského mléka či sacharózy. Farmakologická léčba by měla být zajištěná ve všech případech, kdy se bolest předpokládá. Léčba bolesti u novorozenců je důležitá hlavně proto, aby se zabránilo nebo alespoň snížilo působení nepříznivých účinků nocicepce, protože vnímání bolesti vede ihned k fyziologické, hormonální a metabolické

reakci. Při léčbě bolesti kooperuje sestra s lékařem a pomocí hodnotících škál ho informuje nejen o bolesti takové, ale také o účinku medikace (Fendrychová, 2018, s. 79-82).

1.6 Týmová spolupráce ve zdravotnictví

Týmová spolupráce ve zdravotnictví je velice důležitá ve všech oborech, především v oboru porodnictví a neonatologie, kdy je spolupráce mezi porodními asistentkami velmi důležitou součástí jejich pracovní rutiny.

Zaručení kvality současné zdravotní péče nejde bez týmové spolupráce. V českém zdravotnictví je týmová spolupráce naplňována v různých formách, často v závislosti na povaze zdravotnické organizace. Pro tým je důležitá vzájemná odpovědnost za výsledek, přičemž se tým definuje jako menší počet lidí, kteří se navzájem doplňují ve svých dovednostech a zaměřují se na společný cíl. Primárním cílem aktivit je splnění předem stanovených cílů, ale téměř vždy zahrnují řešení speciálního nebo náročného úkolu, kdy je tým tvořen nejčastěji pracovníky z různých odborností. V týmu zásadně neexistuje určená dělba práce, členové týmu pracují na základě své odborné způsobilosti a vzájemné dohody, není zde nadřízenost a podřízenost. To znamená, že postavení všech členů týmů je rovnoprávné. Využívání spolupráce týmů vede k prohlubování interdisciplinární spolupráce, ke zkrácení doby hospitalizace i snížení nákladů. Ve fungujícím týmu si všichni uvědomují důležitost vzájemné spolupráce, nemají snahu o prosazení individuálních zájmů. Pracovní vztahy jsou jedny z nejdůležitějších aspektů atmosféry na pracovišti. Je zapotřebí podporovat komunikaci a spolupráci členů zdravotnického týmu, jehož zájmem je především zdravotní stav pacienta (Vévoda, 2013, s. 40-42).

2 PŘÍPRAVA PORODNÍCH ASISTENTEK

Aby porodní asistentka dobře zvládala péči o novorozence, je důležité, aby byla kvalitně připravená, proto se v této kapitole věnuji hlavně přípravě porodních asistentek v péči novorozence na intenzivní péči. K přípravě slouží studium a praxe na vysoké škole, kde se porodní asistentka připravuje na péči o fyziologického a patologického novorozence. K tomu, aby mohla porodní asistentka pracovat na oddělení intenzivní péče, musí nejprve projít adaptačním procesem a následně si prohloubit kvalifikaci specializačním vzděláním.

2.1 Studium porodní asistence

Studium neboli vzdělání porodních asistentek v České republice je tříleté vysokoškolské, po dokončení studia získá absolventka titul bakalář. Obor porodní asistence lze studovat v prezenční nebo kombinované formě dle dané vysoké školy. Tříleté studium obsahuje jak teoretickou, tak i praktickou část, kde je minimálně 1800 hodin praxe. Při praktické výuce musí studenti zvládnout mnoho dovedností jako je například poradenství poskytované fyziologicky těhotným ženám, sledování rizikového těhotenství, samostatné vedení porodů, asistence u patologického porodu, ošetření novorozence a ženy po porodu, dohled v šestinedělí na ženu a novorozence, asistence u resuscitace novorozence a v neposlední řadě péče o ženu v gynekologii. U těchto výkonů je jasně daný počet, který studentka musí do konce studia splnit. Cílem tohoto studia je, aby byla absolventka schopna na základě teoretických vědomostí, dovedností z praxe, základních vědních oborů a společenských věd identifikovat holistické potřeby v období fyziologického těhotenství, fyziologického porodu, šestinedělí a v neposlední řadě biopsychosociální potřeby vzniklé ve všech obdobích života žen a zároveň potřeby fyziologického novorozence. Studium je zakončené státní závěrečnou zkouškou a absolventky bakalářského studia mají možnost dále pokračovat v navazujícím magisterském studiu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018, s. 1-7).

2.1.1 Předmět neonatologie

Předmět „péče porodní asistentky v neonatologii“ je odborným teoreticko-praktickým předmětem. Zahrnuje komplexní vědomosti z péče o novorozence, včetně anatomie a fyziologie novorozence. Nabízí znalosti o klinickém stavu fyziologického, rizikového i patologického novorozence. Minimální počet teoretické výuky neonatologie je stanoven na 40 hodin. Součástí předmětu je praktická výuka umožňující získat praktické dovednosti v péči o fyziologického, rizikového i patologického novorozence. Studenti

porodní asistentce se setkávají s péčí o novorozence v rámci dalších předmětů jako jsou první pomoc a akutní stavy, kde jim je teoreticky a prakticky vysvětlena resuscitace novorozence, dále například v předmětu porodnictví, edukace v porodní asistenci anebo psychologie, kde se probírá psychologická charakteristika novorozeneckého období. Studenti musí v rámci praktické výuky splnit alespoň 100 poporodních ošetření a vyšetření novorozenců v časném poporodním období, 1 asistenci u resuscitace novorozence, dohled, péči a edukaci alespoň u 100 matek a zdravých novorozenců v průběhu šestinedělí, včetně laktačního poradenství. A v neposlední řadě dohled a péči o matku a novorozence vyžadujícího zvláštní péči včetně nedonošeného, přenošeného novorozence, novorozence s nízkou porodní hmotností a patologického novorozence, avšak minimální počet výkonů není stanoven (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018, s. 8-30).

2.2 Předpoklady porodních asistentek na pracovní zátěž JIP/JIRP

Zátěž je významný faktor, který může ovlivnit bezpečnost pacientů a kvalitu ošetrovatelské péče v nemocničním prostředí. Ošetrovatelská pracovní zátěž je známa jako nezbytný stupeň základních klinických znalostí požadovaných při výkonu každodenních ošetrovatelských činností. Vyžadované dovednosti a znalosti se budou lišit podle typu klinického poskytování, kde je nelékařský zdravotnický personál nasazen v nemocničním prostředí. Kromě toho, že porodní asistentky a sestry pracují na jednotce intenzivní péče, tráví také více času poskytováním přímé péče o pacienty a mají mnoho povinností, včetně kontaktu s příbuznými pacientů, neustálého věnování pozornosti potřebám pacientů a rozhodováním v kritických situacích. V důsledku toho jsou vystaveni vyšší zátěži než ošetrovatelský personál na jiných odděleních.

Vysoká pracovní a psychická zátěž může mít negativní důsledky pro personál a pacienty na jednotce intenzivní péče. Zvýšená pracovní zátěž může být příčinnou syndromu vyhoření, a tím může způsobit snížení pohody ošetrovatelského personálu. Zvýšená zátěž může vést ke zkrácení času na provádění pečovatelských výkonů na jednotce intenzivní péče, což vede k negativním dopadům pro pacienty, včetně rostoucích chyb v medikaci, nozokomiálních infekcí a úmrtnosti pacientů. Mentální zátěž obsahuje přijímání, porozumění a interpretaci informací, dále rozhodování, koncentraci a interakci s pacienty a jejich rodinami. Subjektivní procesy spojené s psychickou zátěží mohou zasahovat do fyzických schopností, což vede k únavě a funkčním chybám (Kolsoom a kol., 2021, s. 1625-1626).

2.3 Adaptační proces

Profesionální adaptace ve zdravotnictví začíná studiem na odborné škole a pokračuje nástupem do zdravotnické instituce. Všichni pracovníci musí absolvovat období adaptace na pracovní prostředí a na práci, kterou vykonávají. Existuje mnoho různých profesí a jejich náročnost se liší, proto jsou i odlišné podmínky, za kterých probíhá adaptace člověka (Mellanová, 2017, s. 81).

V adaptačním procesu jde především o zařazení nového pracovníka na pracovní prostředí, tedy o přizpůsobení jednotlivce na práci, pracovnímu prostředí a pracovním podmínkám (Zítková a kol., 2015, s. 24).

Adaptační proces poskytuje podporu sestře v době adaptace, která začíná v okamžiku přijetí zdravotnického pracovníka. Cílem adaptačního procesu je usnadnit začlenění a zvládnutí výkonů na pracovišti. Je potřebné, aby porodní asistentka svoji práci prováděla dobře a měla znalosti o pokynech, standardech a směrnicích dané společnosti. Měla by vědět, jaká je hierarchie společnosti, aby uměla rozpoznat, kdo je její nadřízený a kdo je naopak podřízený. Další důležitou součástí adaptačního procesu je odpovědnost za činnosti, které nově přichází zdravotnický pracovník vykonává. Na počátku adaptačního procesu je novému pracovníkovi přidělena zkušená sestra, která je v organizaci již začleněná a plně orientovaná a stává se z ní tzv. školící pracovník (Špirudová, 2015, s. 72).

2.3.1 Mentorství

Termín mentor pochází z klasické řecké literatury, kde mladí muži běžně přebírali zkušenosti od svých osobních zkušených rádců. Mentorství je proces, při kterém vybraná, školená a zkušená osoba v oboru dobrovolně podporuje a předává zkušenosti nezkušené osobě. Tento proces napomáhá k zajištění příslušné praxe, je řízený a založený na důkazech. Mentorování je velmi důležitý nástroj pro rozvoj lidských zdrojů, napomáhá vývoji osobního potenciálu a schopností. Účelem je učení se při výkonu práce, které je nejlepším způsobem osvojování si konkrétních dovedností a vědomostí, který nezkušený zaměstnanec potřebuje. Mentor slouží jako školitel, kouč, průvodce, zprostředkovatel, hodnotitel, ochránce a vzor. Aby bylo mentorování efektivní, musí být vybudován mezi školitelem a začínajícím jedincem rovnocenný vztah založený na vzájemné důvěře (Špirudová, 2015, s. 60-61).

2.3.2 Průběh adaptačního procesu

Podle pokynů MZČR je doporučená délka adaptačního procesu 3–12 měsíců. Na konci adaptačního procesu, který je předem stanoven a určuje ho zaměstnavatel následuje

samotné vyhodnocení celého procesu. Hlavním kontrolujícím parametrem je, zvládnání svých úkolů samostatně a bezpečně. Samotná podoba zakončení adaptačního procesu může být různá, záleží na typu oddělení. Může to být pohovor nového pracovníka s vedoucím pracovníkem, dochází zde nejen k hodnocení, ale také ke zpětné vazbě a hodnocení jeho spokojenosti s celým procesem. Další možností může být zadání práce na předem stanovené téma a její následná obhajoba před vedoucím pracovníkem, dále praktická ukázka činností a výkonů spojených s pracovní pozicí. Po samotném ukončení adaptačního procesu by měl mít nově příchozí pracovník i nadále podporu ze strany vedení i spolupracovníků (Špirudová, 2015, s. 76-79).

2.3.3 Rizika adaptačního procesu

Špatně řízený adaptační proces přispívá ke špatným pracovním návykům a ke zvýšení fluktuace nově příchozích pracovníků. Nejdůležitější pomoc v celém adaptačním procesu je podpora ze strany zaměstnavatele, který může řešit nedostatečný výkon tak, že mu obě strany dokážou popsat a určit problém, který nastal. Následuje společné stanovení dalších kroků a vyhodnocování zpětné vazby. Příchod nového zaměstnance do pracovního kolektivu s sebou nese velká rizika, z nichž největší může být chybovost například v dokumentaci. Špatně je řešit chybovost postihem nového pracovníka a ukládání například pokut a jiných trestů, poté hrozí další riziko záměrného zamlčování chyb a zhoršení pracovního výkonu. Naopak žádoucí formou řešení pro pracovníka je nekárat ho, ale ve všech oblastech ho podpořit (Zítková a kol., 2015, s. 58–63).

3 NOVOROZENEC NA NEONATOLOGICKÉ JIP/JIRP

Novorozenců na neonatologické JIP/JIRP může být mnoho, dají se sem zařadit nemocní novorozenci, donošení novorozenci se špatnou poporodní adaptací, novorozenci s VVV atd., ale největší obsaženou skupinou jsou nedonošení novorozenci neboli předčasně narození novorozenci. V této kapitole se zaměřuji obecně na péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP, a především na péči o předčasně narozeného novorozence.

3.1 Předčasně narozený novorozenec

Předčasně narozený novorozenec je narozený před ukončeným 37. týdnem těhotenství. V rozvojových zemích je nejčastější příčinou morbidit a mortality novorozenců jejich nezralost. Takřka třetina zesnulých novorozenců skoná právě na komplikace předčasněho porodu (Procházka, 2020, s.693).

Spousta přeživších navíc vzdoruje zdravotním problémům, nevyjímaje sluchových, zrakových, kognitivních poruch a poruch učení. Prakticky ve všech zemích, jenž mají platné a poctivé systémy sběru dat, se uvedlo, že přítomnost předčasných porodů stoupá. Mezi příčiny se řadí vícečetná těhotenství, zvyšující se věk těhotných žen a používání nových metod umělé reprodukce (Sevil Hakimi, 2020).

3.1.1 Ošetření nezralého novorozence

Porod nezralého novorozence by měl být veden na pracovišti, kde je k dispozici jednotka novorozenecké intenzivní péče, porod novorozence s porodní váhou pod 1500 g má být veden v perinatologickém centru. Porodnická pracoviště musí zachovávat systém diferencované péče. V indikovaných případech musí zajistit transport „in utero“. Na začátku předčasněho porodu se provádí tokolyza, z důvodu získání času k provedení maturace plic plodu podáním kortikoidů matce. Pokud je u matky zjištěná infekce, podávají se antibiotika. Velmi důležité je šetrné vedení porodu. Po porodu se pečuje o udržení tělesné teploty, zajištěním termoneutrálního prostředí v inkubátoru nebo vyhrávaném lůžku. Monitoruje se poporodní adaptace. Ohleduplně se polohuje, zachází a ošetřuje nezralý novorozenec. Péče zahrnuje aplikaci exogenního surfaktantu, oxygenoterapii a ventilační podporu v případě syndromu dechové tísně. Podporuje se krevní oběh, podává se parenterální výživa a postupně se dle stavu zavádí enterální výživa (Dort a kol., 2013, s. 40-41). U extrémně nezralého novorozence (narození pod 26. týden těhotenství nebo porodní hmotnost pod 1000 g) se po uložení novorozence na lůžko celé tělo zabalí do plastického obalu. Novorozence

po porodu neotíráme a necháváme v plastickém vaku až do bodu ustálené teploty (tzn. 1 - 2 hodiny po porodu, po zavedení všech invazivních vstupů) (Janota, Straňák, 2013, s. 90-94).

3.1.2 Známky nezralosti

Ke známkám nezralosti řadíme například tenkou, jemnou, sytě červenou kůži s prosvítajícími cévami. Dále je viditelný nedostatek podkožního tuku, husté lanugo (jemné ochlupení). Končetiny jsou dlouhé, tenké a natažené, nejsou v klasické pozici jako u donošeného novorozence. U chlapců nejsou sestouplá varlata a u dívek velké stydké pysky nepřekrývají malé stydké pysky. Často je zde absence rýhování na ploskách nohou nebo je jen slabě naznačené. Ušní chrupavka je měkká a nedrží svůj tvar (Procházka, 2020, s. 695).

3.2 Resuscitace novorozence

Resuscitace novorozence je sled intervencí, které mají vést k návratu a udržení dýchání a krevního oběhu, zabezpečit přísun kyslíku a krve do srdce, mozku a ostatních orgánů. Cílem resuscitace je, aby pacient nezemřel nebo neutrpěl poškození mozku v důsledku nedostatku kyslíku ve tkáních (Janota, Straňák, 2013, s. 374).

3.2.1 Hodnocení poporodní adaptace

První zhodnocení novorozence se posuzuje dle Apgarové (Apgar skóre). Tento hodnotící systém se používá rutinně během narození dítěte. Vyhodnocuje zdravotní stav novorozence hned po porodu a zjišťuje, zda dítě potřebuje pomoc a zda je pomoc účinná. Principem je zhodnocení pěti projevů novorozence v časovém sledu 1., 5., a 10. minuty po narození. Posuzuje se srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže, svalový tonus a reakce na podráždění. Každý bod může být ohodnocen 0, 1 nebo 2 body. Vyhodnocení by mělo začít 55 sekund po narození, ale pokud má dítě zjevné potíže, neměla by se resuscitace odkládat celou minutu (Fendrychová, 2013, s. 24).

3.2.2 Provedení resuscitace

Resuscitace je proces, při kterém se opakuje zhodnocení stavu, rozhodnutí o způsobu řešení a provedení. Rozlišujeme 5 fází, které na sebe plynule navazují.

1. Iniciální kroky

Do úvodních kroků řadíme zabránění tepelných ztrát jako je uložení pod zdroj tepla, osušení, přikrytí. Dále uvolnění dýchacích cest pomocí polohování (střední záklon hlavičky) a odsátí z úst, hltanu a nosu v případě obstrukce hlenem nebo mekoniem. Patří sem také taktilní stimulace, která se nejvíce využívá masáží zad nebo poklepem na chodidlo. A

posledním krokem, které patří do iniciálních kroků patří zhodnocení stavu novorozence a rozhodnutí o dalším postupu. Hodnotí se především přítomnost spontánního dýchání, barva kůže a činnost srdce, to vše v průběhu cca 30 sekund.

2. Dýchání vakem a maskou

Indikací k dýchání vakem a maskou je pomalé a nepravidelné spontánní dýchání nebo jeho úplná absence a srdeční akce pod 100/min. Přiloží se maska vhodné velikosti na ústa a nos, provede se 5 vdechů (prodloužené inspirium 2–3 sec) zvýšeným přetlakem k zavedení funkční reziduální kapacity plic. U nedonošených novorozenců se provádí inflace plic prodlouženým vdechem (10 s.). Hodnocení se provádí každých 30 sec. Nedojde-li k nástupu pravidelného spontánního dýchání, pokračuje se frekvencí 30 dechů/min.

3. Nepřímá srdeční masáž

Žádná srdeční akce nebo srdeční akce pod 60/min a méně, při správné ventilaci po dobu 30 sec., to vše jsou indikace k provedení nepřímé srdeční akce. Provedení spočívá v kompresi hrudní kosti dvěma prsty nebo oběma palci, stlačení do 1/3 předozadního průměru hrudníku v dolní třetině sternu. Frekvence je 3:1, celkově 120 cyklů/min, tzn. výsledný počet kompresí 90 a počet dechů 30/min.

4. Endotracheální intubace

Indikací je kvalitní zajištění dýchacích cest při potřebě déletrvající umělé ventilace, dále nutnost odsátí dolních cest dýchacích po aspiraci plodové vody. Zavádí se endotracheální rourka vhodného průměru v přímé laryngoskopii do trachey. Je nutná bezpečná fixace, opakovaným poslechem plic se vylučuje endobronchiální intubace.

5. Farmakoterapie

Nejčastěji se v resuscitaci novorozence používá adrenalin. Je indikován při bradykardii pod 60/min nebo v případě žádné srdeční akce přetrvávající při řádné prováděné ventilaci a nepřímé srdeční masáži. Dále se využívá fyziologický roztok k doplnění cirkulujícího objemu při známkách hypovolémie. Při změřené nebo předpokládané metabolické acidóze se využívá bikarbonát (Dort a kol., 2013, s. 35-36).

3.2.3 Ukončení resuscitace

Doporučuje se přerušit resuscitaci, pokud není srdeční aktivita zjištěna 10 minut po porodu nebo není detekována vůbec. Určité okolnosti jako je předchozí přání rodičů, reverzibilita stavu, etiologie nebo gestační věk, mohou umožnit pokračování resuscitace. Po resuscitaci nebo závažné asfyxii je dobré udržet normoglykémii, ventilační a cirkulující podporu, parenterální výživu a korekci dysbalancí vnitřního prostředí (Janota, Straňák, 2013, s. 382).

3.3 Invazivní přístupy novorozence na JIP/JIRP

V intenzivní péči v neonatologii jsou nejčastěji používanými invazivními vstupy periferní žilní kanyly, centrální žilní katetry a arteriální katetry. Periferní žilní katetr může zavádět sestra nebo porodní asistentka, arteriální katetr lékař nebo sestra s kompetencí k provedení tohoto výkonu, ostatní invazivní přístupy zavádí lékař a sestra mu asistuje (Kapounová, 2020, s. 73).

3.3.1 Přístupy do žilního systému

Nejčastěji se přístupy do žilního systému využívají na aplikaci léků, k odběru krve, měření tlaku, aplikace tekutin a aplikace parenterální výživy. Řadíme sem periferní žilní kanyly, centrální žilní katetry, intraoseální přístup, intratracheální přístup, tunelizované centrální venózní katetry a venózní port. Přístup prostřednictvím periferního žilního systému řadíme mezi základní výkony v naléhavých situacích tam, kde je potřeba okamžitého a jednoduchého přístupu do žilního řečiště (Fendrychová, Klimovič a kol., 2018, s. 232).

První volbou pro zavedení periferních venózních vstupů u novorozence by měly být žíly na hřbetu ruky, které jsou snadno viditelné, dají se dobře fixovat a komplikace je možné brzo rozpoznat. Dále to může být vena basilica, která je na ulnární straně předloktí a paže a je relativně velká a dobře plněná. Mezi další nejčastěji využívané vstupy patří žíly na nártu nohy a žíly na hlavičce uprostřed čela, na spánku nebo za uchem. Žíly na hlavičce novorozence by měli být až poslední možností pro využití. Zavedenou kanylu sestra nebo porodní asistentka kontroluje vizuálně i palpačně každou hodinu. V případě objevení komplikace každých 5–10 minut. Bez přítomnosti komplikací se v místě vpichu kanyla ponechává dle potřeby, ale pokud se ponechá déle než 72 hodin, musí se kontrola i stav dítěte dokumentovat v denním dekurzu. Nejčastější komplikace při zajišťování periferních žilních vstupů je hematoma, který se většinou rychle a bezproblémově zahojí. Další komplikace mohou být spasmus cévy, flebitida, infiltrace a infekce (Fendrychová, 2020, s. 70-79).

Přístup prostřednictvím centrálního žilního systému obecně využíváme v případě nemožnosti zajištění periferní žilní kanyly, nutnosti rychlé objemové náhrady, parenterální výživy nebo k měření centrálního venózního tlaku (Fendrychová, Klimovič a kol., 2018, s. 232-233).

Centrální žilní systém můžeme dělit podle předpokládané doby trvání na krátkodobé (1–3 týdny), střednědobé (midline 1–3 měsíce, PICC 1 - 12 měsíců) a dlouhodobé (tunelizované a porty déle než rok). Volba místa pro zavedení závisí na klinickém stavu novorozence, na stavu a dostupnosti žil, druhu výkonu, délce terapie a druhu podávaných přípravků. Některé roztoky a léky mohou dráždit endotel žíly a měli by se aplikovat převážně do centrálních žilních vstupů. Pro PICC (periferní centrální žilní katetr končící 0,5 - 2 cm před vstupem do pravé srdeční síně) může být místo vstupu vena basilica pro svůj dostatečně velký vnitřní průměr a plynulý vstup do vena subclavia. Místo pro vstup centrálního žilního systému je vena subclavia v horní části hrudníku, vena jugularis na krku dítěte a vena femoralis v třísle. Dále se v neonatologii využívá katetrizace veny umbilicalis. Výhoda zavedení umbilikálního venózního katetru je průchodnost až jeden týden po narození, proto ji lze katetrizovat i 2–3. den po porodu. Nejčastěji se využívá pro podání léků a roztoků při resuscitaci novorozence, monitorace centrálního žilního tlaku, výměnná transfuze nebo nutnost častých vzorků, pokud nelze zajistit arteriální přístup. Implantabilní venózní port se využívá k dlouhodobé léčbě bolesti nebo podání výživy u novorozence se syndromem krátkého střeva. Lze jej zavádět centrálně přes podklíčkovou, jugulární nebo femorální žílu a periferně přes bazilickou nebo cefalickou žílu. Mezi nejčastější komplikace centrálních žilních systémů řadíme pneumotorax, hemotorax, vzduchová embolie, punkce trachey, poranění plexus brachialis, infekce a krvácení (Fendrychová, 2020, s. 83-85).

3.3.2 Přístupy do arteriálního systému

Arteriální přístup je relativně invazivní metoda, která má své využití v resuscitaci novorozence, ale i v intenzivní péči o dětského pacienta. Indikace zavedení je nutnost invazivního měření arteriálního tlaku a nutnost odebrání arteriální krve k laboratornímu vyšetření nejčastěji aspirátu. Přístupy do arteriálního systému jsou arteria femoralis, arteria radialis a arteria cubitalis (preferuje se nedominantní ruka). Na kanylované končetině je vhodné měřit periferní saturaci pulzním oxymetrem. Komplikace arteriálního vstupu může být ruptura arterie se vznikem hematomu, disekce stěny arterie, spasmus s následnou neprůchodností a trombóza arterie (Fendrychová, Klimovič a kol., 2018, s. 235-236).

3.4 Výživa novorozenců na JIP/JIRP

U novorozenců na oddělení JIP/JIRP je riziko neschopnosti koordinovat dýchání, sání a polykání zároveň. Nezralí novorozenci mají vyšší riziko poruchy trávení (Kachlová a kol., 2022 s. 101). Výživa musí obsahovat dostatek vody, cukrů, tuků, bílkovin, vlákniny a minerálů. K zjištění stavu nutrice se používají biochemické parametry (urea, kreatinin, ionty, jaterní testy, bilirubin, cholesterol a triglyceridy) a nutriční parametry. Albumin je velmi užívaný ke zjištění stavu nutrice. Prealbumin je citlivý ukazatel nutrice, klesá už po čtyřdenním hladovění. Další ukazatel je bílkovina transferin. Cholinesteráza je dalším ukazatelem stavu výživy, její nízké hodnoty ukazují nedostatek bílkovin. Dítě je při přijetí na oddělení zváženo a změřeno. Lékař zhodnotí rozložení a vytvoření podkožního tuku a svaloviny (Fedrychová, Klimovič a kol., 2018, s. 307-314).

3.4.1 Parenterální výživa

Na oddělení JIP nebo JIRP má většina nedonošených novorozenců parenterální výživu, která je dle stavu novorozence nahrazena enterální výživou. Parenterální výživa zajišťuje přívod základních živin intravenózní cestou. Cílem parenterální výživy je udržet nebo upravit rovnováhu mezi vodou a elektrolyty a dodat potřebné kalorie. Nedonošení novorozenci mají větší obsah vody v těle, nižší glomerulární filtraci, snížený průtok ledvinami a větší ztráty vody. Také mají velmi nízké zásoby tuků a glykogenu. Indikací k parenterální výživě je těžká hypotrofie, extrémní nezralost, stabilní nedonošený novorozenec, kriticky nemocný novorozenec se závažným respiračním onemocněním nebo sepse.

Mezi základní živiny parenterální výživy patří glukóza, bílkoviny, minerální látky, stopové prvky a vitamíny. Glukóza je základní složkou parenterální výživy. Udržuje vnitřní prostředí a zajišťuje energii. Potřeba energie pro zajištění růstu při parenterální výživě je 80 až 90 kcal/kg/den. Jako zdroj bílkovin se podávají roztoky aminokyselin např. Pimene 10 %, které se podávají od 3 dne. Tuky zvyšují energetický příjem a jsou zdrojem esenciálních mastných kyselin. Podávají se formou tukové emulze např. Intralipid 20 % kontinuálně během 24 hodin. Preparáty jsou nejčastěji ze sójového nebo olivového oleje. Moderní přípravky jsou z kokosového oleje. Od prvního dne se přidává kalcium ve formě 10 % roztoku Calcia gluconica a magnezium formou 10 % MgSO₄ do roztoku glukózy. Stopové prvky jsou dodávány při dlouhodobé parenterální výživě. Podává se například Adamell, který obsahuje zinek, měď, mangan, chrom, molybden, selen, železo, fluor a jód. Novorozencům se může podávat multivitaminový preparát Soluvit N, podává se od 2. - 3.

dne a obsahuje vitamín B1, B2, B6, B12, C, kyselina pantothenová, biotin, kyselina listová a glycin. Také se podávají vitamíny rozpustné v tucích A, D, E, K v poměru 5:1. Při stanovení množství tekutin na 24 hodin se musí myslet na porodní hmotnost, gestační věk a den života novorozence. Je nutné počítat i se ztrátami tekutin. Fyziologický novorozenec má váhový úbytek v prvních dnech života 5 až 10 %. U nezralého novorozence je to 5 až 15 %. První den života je potřeba tekutin na 24 hodin 60–80 ml/kg/den. První až čtvrtý den 80–100 ml/kg/den a od pátého dne je to 150 ml/kg/den (Fedrychová, Borek a kol., 2012, s. 165–169).

U nezralého novorozence s hmotností pod 1500 g je indikovaná parenterální výživa. Parenterální výživa je zajištěna periferním žilním katetrem, centrálním žilním katetrem nebo umbilikálním venózním katetrem. Do periferního žilního katetru může být podávána parenterální výživa s koncentrací glukózy do 12,5 % a osmolalitou do 800mOs/kg. Více koncentrované roztoky se aplikují do centrálního žilního katetru nebo do umbilikálního venózního katetru. Umbilikální katetr se využívá obvykle 3 až 7 dní po porodu (Kachlová a kol., 2022, s. 101).

3.4.2 Enterální výživa

Po stabilizaci zdravotního stavu nedonošeného novorozence je velmi důležité časné zahájení enterální výživy. U těžce a extrémně nezralých novorozenců je počáteční výživa malými dávkami enterální výživy jen doplňkem parenterální výživy, nazývá se trofické krmení nebo priming, začíná se s ní 3 – 12 hodin po porodu v dávce 1ml/kg/hod. Urychluje přechod k plné enterální stravě a stimuluje zrání střeva a jeho peristaltiku. Kolostrum a nativní mléko vlastní matky je pro nezralého novorozence nejoptimálnější. Pokud je enterální výživa kontraindikovaná mělo by být kolostrum aplikováno na bukalní sliznici, zvlhčuje dutinu ústní a minimalizuje infekce (Kachlová a kol., 2022, s. 101).

Podmínky enterální výživy je zachování funkce trávicího ústrojí. Cílem enterální výživy je zajistit i přirozenější cestou nutriční stav. Enterální výživa je bezpečnější a má menší množství komplikací. Ideálně by směs pro enterální výživu měla být isoonkotická (300 mosm/l). Měla by obsahovat 1 – 1,5 kcal/ml, z toho 45–60 % cukrů, 20–35 % tuků a 15–20 % bílkovin. Neobsahuje gluten a laktózu. Enterální výživa je fyziologická, nedochází k narušení střevní bariéry, má pozitivní vliv na udržení střevní integrity, chrání před vznikem stresových zánětů a krvácení ze sliznic trávicího ústrojí a má méně metabolických komplikací. Nevýhodou enterální výživy je riziko aspirace hlavně při umělé plicní ventilaci.

Další nevýhodou je horší snášenlivost u akutně nemocných (Fendrychová, Klimovič a kol., 2018, s. 315-317). Pokud dítě není schopno přijímat mléko sáním, je výživa zajištěna nazogastrickou nebo orogastrickou sondou. U spontánně ventilujících nedonošených novorozenců s respirační insuficiencí nebo při distenzní terapii se zavádí orogastrická sonda. V ostatních případech se zavádí nasogastrická sonda (Kachlová a kol., 2022, s. 102).

Způsob podání enterální výživy je buď enterální pumpou nebo pomocí gravitačního spádu. Enterální pumpy zajišťují přesné, rovnoměrné a bezpečné dávkování enterální výživy různého objemu a různé viskozity u nestabilních novorozenců. Přívod pomocí gravitačního spádu je nejjednodušší způsob podávání enterální výživy. Režimy podávání enterální výživy jsou bolusové, intermitentní nebo kontinuální. Při bolusovém podání sestra podává výživu po dávkách každých 3 až 6 hodin pomalu stříkačkou. Při intermitentním režimu je výživa podávána po celých 24 hodin v různých intervalech. Nejčastěji se jedná o tříhodinový přívod enterální výživy pomocí enterální pumpy do sondy a následně je dvouhodinová pauza bez enterální výživy. Při kontinuálním podání je výživa podávána nepřetržitě celých 24 hodin. Zpočátku je rychlost podání minimální a postupně se dávka zvyšuje. Komplikace enterální výživy mohou být časné nebo pozdní. Mezi časné komplikace patří obtížné zavedení nebo špatná pozice sondy, dislokace sondy, ucpání sondy a komplikace ze strany enterální pumpy a setu. Mezi pozdní komplikace patří gastroezofageální reflux, stenóza pyloru, aspirace enterální výživy, průjem, dyspeptické potíže, eroze nebo otlaky v místě zavedení sondy. Dalšími komplikacemi mohou být hyperhydratace, dehydratace, elektrolytická nerovnováha, hypoglykémie nebo hyperglykémie (Fendrychová, Klimovič a kol., 2018, s. 320–324).

U nezralých novorozenců je možnost nonnutritivního sání nebo-li sání z prázdného prsu. Výhodou je podpora kardiopulmonální stability a podpora orálně – motorických kompetencí dítěte a podpora laktace matky. Nutritivní sání lze zahájit okolo 32. týdne gestace. dítě by už mělo být schopno koordinovat sání, dýchání a polykání (Kachlová et al, 2022, s. 102).

3.4.3 Alternativní metody krmení novorozence

Jsou to metody, které nahrazují kojení, pokud to není možné ze strany dítěte nebo ze strany matky. Dítě by se nemělo dokrmit z lahve, z důvodů úspěšného pozdějšího kojení. Jednou z alternativních metod je krmení lžičkou. Je nutné dítě držet ve svislé poloze a přikládat lžičku s mlékem ke rtům. Až začne dítě provádět sací pohyby rtů, lžičku nakloníme.

Další alternativní metodou je krmení kapátkem nebo stříkačkou. Dítě opět musí být ve svislé poloze. Dítěti se stlačí jemně brada dolů k hrudníku, následně se vloží kapátko nebo stříkačka do úst dítěte, konus stříkačky s mlékem se přiloží k dolní dásni a velmi pomalu se podává mléko tak, aby dítě stačilo polykat (Fedrychová, Borek a kol., 2012, s. 163).

3.5 Zavádění gastrické sondy

Sonda se zavádí do žaludku z diagnostických nebo terapeutických důvodů. Mezi diagnostické důvody řadíme odběr žaludečního obsahu na vyšetření nebo k odhadnutí množství a charakteru rezidua před podáním výživy. K terapeutickým důvodům spadá podávání výživy, tekutin nebo léků, pokud není pacient schopný polykat nebo přijímat cokoli per os při zachovalé činnosti ostatních částí gastrointestinálního traktu. Zavádění a vytahování gastrické sondy může způsobovat řadu komplikací jako je bolest u dítěte, poranění dítěte v místě vstupu sondy, riziko chybného zavedení sondy např. do dýchacích cest, plic, perikardu, dutiny břišní, hrudní a také lebeční. Riziko komplikací stoupá u nedonošených novorozenců, dětí s neurologickým onemocněním, u kriticky nemocných a tam, kde je z nějaké příčiny snížen polykací reflex. Při zavádění sondy si nejprve připravíme všechny pomůcky (sondu, lubrikační gel nebo sterilní vodu, stříkačku, ochranné krytí a fixaci) do blízkosti novorozence, poté uložíme dítě do vhodné polohy, jako jsou záda nebo bok v mírně zvýšené poloze a provedeme dezinfekci rukou. Před zavedením nejprve odměříme správnou délku zavedení metodou NEMU, což je délka měřená od špičky nosu k uchu a do poloviční vzdálenosti mezi koncem sternu a pupkem nebo metodou dle hmotnosti dítěte, kdy se hmotnost dítěte v kilogramech násobí třemi a přičte se třináct, tato metoda se využívá především pro novorozence s velmi a extrémně nízkou porodní hmotností. Sondu zavádíme kolmo a zvlhčenou do dutiny nosní, čekáme až dítě polkne a potom pokračujeme, dokud nedosáhneme odměřené vzdálenosti. Během zavádění kontrolujeme stav dítěte. Po zavedení ověříme správnou polohu aspirací žaludečního obsahu nebo po ordinaci lékařem RTG snímkem, a nakonec gastrickou sondu zafixujeme. Doba zavedení závisí na materiálu, ze kterého je sonda vyrobena, na dodržení asepse při jejím zavádění a na příčinách zavedení gastrické sondy. U materiálů je třeba se řídit doporučením výrobce, vzhledem k tomu, že sondy z PVC v žaludku tuhnou, což je zapříčiněno kyselým pH je doporučeno je ponechat nejdéle 3 dny. Sondy silikonové i polyuretanové mohou být zavedené až 30 dnů. Obecně je novorozenců doporučeno měnit sondu nejpozději po 7 dnech (Fendrychová, 2020, s. 39-52).

3.6 Péče o ventilovaného novorozence

Dýchání v případě potřeby zajistíme u novorozence částečnou nebo úplnou umělou plicní ventilací. Cílem je zajistit nebo vylepšit oxygenaci a eliminaci CO₂. Indikací umělé plicní ventilace je apnoe, cyanóza při léčbě kyslíkem, nadměrná dechová práce, alterovaná cirkulace anebo nespolutrácení při léčbě. Nejpoužívanější způsoby mechanické ventilace u dětí je ventilace s pozitivním tlakem v dýchacích cestách (CPAP, IPPV), u intubovaného nebo tracheostomovaného pacienta. Metody mechanické ventilace lze rozdělit na kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách, podpůrnou ventilaci a řízenou ventilaci. U CPAP je kontinuálně při spontánní ventilaci pacienta aplikován pozitivní přetlak v dýchacích cestách, nejčastěji pomocí endotracheální kanyly. Podpůrná ventilace je přechodem mezi spontánním dýcháním a řízenou ventilací, to znamená, že pacient spontánně dýchá a jeho nádech je podpořen ventilátorem. Během řízené ventilace zajišťuje ventilaci i oxygenaci ventilátor. Porodní asistentka pravidelně pečuje o ventilované dítě, a to tak, že pravidelně sleduje oxygenaci pacienta a podle potřeby dítě odsává z dutiny ústní, nosní a nosohltanu, protože jestli dítě nepolyká hromadí se mu sekret v hypofaryngu a v prostoru nad manžetou tracheální kanyly. Sekret se odstraní sterilní odsávací cévkou a sestra nebo porodní asistentka dbá na tom, aby bylo odsátí vždy šetrné a za pomoci ochranných pracovních pomůcek. Dodržuje se správný postup a začíná se nejprve z dutiny ústní, potom z dutiny nosní a nosohltanu, aby dítě při podráždění nevdechlo to, co má v ústech (Fendrychová, Klimovič, 2018, s. 248-257).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Péče o novorozence na neonatologické JIP/JIRP klade vysoké nároky na pečující personál. Přejechod absolventek ze školy do praxe je náročný. Proto prochází každá porodní asistentka cíleným adaptačním procesem, po jehož úspěšném absolvování má být schopná poskytovat ošetrovatelskou péči všem novorozencům, jenž jsou k léčbě na neonatologické JIP/JIRP indikováni. Adaptační proces je v dnešní době velmi aktuální a diskutované téma nejen v oblasti zdravotnictví. Při nástupu na oddělení se musí porodní asistentka zaškolit, protože je nutné se s tímto zařízením seznámit. Musí pochopit systém fungování, provádění jednotlivých činností a seznámit se s kolektivem. Adaptační proces na každém pracovišti trvá jinou dobu, určitě je to dáno i náročností jednotlivých oddělení. K tomu všemu je většinou přiřazen pracovník, který je v pozici školitele/mentora. Adaptační proces navazuje na školní studia, protože je první, co nás potká při nastoupení do zaměstnání po námi ukončených studiích. Připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP považují za velmi důležitou, a proto se jí věnují ve své bakalářské práci.

„Jaká je připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu?“

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření je posoudit připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/předpoklady

1. Zjistit teoretické a praktické znalosti porodních asistentek v oboru neonatologické JIP/JIRP.
2. Posoudit připravenost porodních asistentek k práci na neonatologické JIP/JIRP po ukončení studia.
3. Poukázat na přínos adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP.
4. Zjistit, jaká byla u porodních asistentek délka a způsob ukončení adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP.
5. Identifikovat nejproblémovější oblasti adaptačního procesu z pohledu porodních asistentek.
6. Posoudit, jaké pocity měly porodní asistentky v průběhu adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP.
7. Zmapovat, jak se k porodním asistentkám choval zkušenější personál při absolvování adaptačního procesu, zda jim byl oporou.
8. Zjistit, jaký postoj mají porodní asistentky k adaptačnímu procesu.
9. Zjistit, jaké mají porodní asistentky návrhy na zlepšení připravenosti absolventek.
10. Zjistit, co by porodní asistentky doporučily nově příchozím absolventkám, na oddělení neonatologické JIP/JIRP.

5.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou znalosti porodních asistentek po ukončení studia?
2. Je porodní asistentka připravená na práci v oboru neonatologické JIP/JIRP?
3. Jaká byla délka a způsob ukončení adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP?
4. Které oblasti adaptačního procesu jsou z pohledu porodních asistentek nejproblémovější?

5. Jaké pocity prožívaly porodní asistentky během adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP?
6. Byl personál oporou pro porodní asistentky při absolvování adaptačního procesu?
7. Jak hodnotí porodní asistentky adaptační proces?
8. Považují porodní asistentky adaptační proces za přínosný?
9. Jaké mají porodní asistentky návrhy na zlepšení připravenosti absolventek?
10. Co by porodní asistentky doporučily nově nastupujícím absolventkám?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů byl záměrný. Do výzkumu byla zahrnuta nezkušená porodní asistentka krátce po absolvování adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP a dále porodní asistentka, která na neonatologické JIP/JIRP již pracuje a má několik let po ukončení adaptačního procesu.

Výzkumný soubor tvořily celkem dvě porodní asistentky v současné době pracující na oddělení neonatologické JIP/JIRP. Jedna porodní asistentka pracuje ve FN Plzeň a druhá ve všeobecní fakultní nemocnici, v porodnici u Apolináře. Obě participantky dobrovolně podepsaly informovaný souhlas s použitím získaných informací, který jsem prázdný pro ochranu osobních údajů, přiložila ke své práci.

7 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Zkoumání a chápání sociální reality prostřednictvím kvalitativního výzkumu je nenumerické. Jeden ze základních paradigmat kvalitativního výzkumu je fenomenologie (obecné zkoumání jevů) a úsilí pochopit, z jakých vnitřních zkušeností a zdrojů lidé ve svých interpretacích vycházejí. Cílem kvalitativního výzkumu je tvorba nových hypotéz, nové teorie, které lze následně testovat pomocí kvantitativních technik. Kvalitativní výzkum obvykle pracuje se slovy s cílem zachytit individualitu člověka, skupiny, jevů nebo situace. Získává se mnoho informací o velmi nízkém počtu jednotlivců. Charakteristikou kvalitativního výzkumu je vysoká validita a nízká reliabilita. Výsledky výzkumu nelze aplikovat na celou populaci (Plevová, 2018, s. 220-221).

Cílem výzkumu bylo zjistit hloubkové informace od dvou participantek, zmapovat připravenost jejich péče o novorozence na neonatologické JIP/JIRP, zjistit úroveň znalostí, a to prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda byla použita, protože pomáhá udržet obsahovou stránku rozhovoru a zároveň participantky zde uplatnily své vlastní názory, postřehy, zkušenosti a pocity.

Rozhovory byly zaměřeny na připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po skončení adaptačního procesu. Převážně jsem se zaměřili na pocity, které je provázely během adaptačního procesu, dále jaký mají porodní asistentky postoj k adaptačnímu procesu, jestli pro ně byla nějaká fáze problémová, anebo jestli mají nějaké doporučení, jak připravenost absolventek zlepšit.

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval otevřené otázky. Struktura rozhovoru je vložena v příloze práce. Jeho celý průběh byl se souhlasem participantek nahrán na diktafon v mobilním telefonu. Nahráný záznam rozhovoru byl následně přepsán do elektronické podoby. Pro doplnění či upřesnění informací byla použita emailová komunikace.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od listopadu 2022 do února 2023 ve dvou nemocnicích v Plzni a v Praze – ve fakultní nemocnici Plzeň a ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, v porodnici u Apolináře. Před samotným zahájením výzkumu jsem podala oficiální žádost o souhlas s výzkumem v daných zařízeních. Ve Fakultní nemocnici Plzeň jsem podanou žádost vyřizovala se zástupkyní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči paní magistrou Světlouš Chabrovou. Ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze v porodnici u Apolináře mi žádost schválila paní magistra Petra Camprová, zástupce náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání. Kontakt na parcipitantky jsem získala během své praxe na oddělení neonatologické JIP/JIRP.

S oběma parcipitantkami se uskutečnilo jedno setkání a další komunikace pro doplnění či upřesnění informací proběhla přes emailovou formu. S porodní asistentkou pracující ve fakultní nemocnici Plzeň probíhal rozhovor přímo na oddělení neonatologické JIP/JIRP v průběhu listopadu a trval zhruba 55 minut. S porodní asistentkou pracující v porodnici Apolinář probíhal rozhovor v průběhu prosince v kavárně a trval zhruba hodinu.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Záznam rozhovorů jsem provedla pomocí diktafonu. Výsledky byly zpracovány metodou přepisu rozhovoru z hlasové nahrávky do Microsoft office Word. Délka přeepsaného textu činila 18 normostran. V textu byly odstraněny některé často se opakující parazitní výrazy, pokud to neměnilo význam výpovědi. Následně byla využita metoda otevřeného kódování a kategorizace dat k obsahové analýze textu. Kódování pomáhá při popisu dat. Pro klasifikaci nebo kategorizaci části dat je kód symbol, který je přiřazen k úseku dat. Kódy by měly být podstatný pro výzkumné otázky, koncepty a témata (Hendl, 2005, s. 228). Otevřené kódování probíhalo v přeepsaném textu pomocí barevných značek, abychom mohli odpovědi zařadit do daných kategorií a subkategorií. Jednotlivé kategorie a subkategorie jsou vytvořeny na základě hlavních i dílčích cílů a otázek.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Participantka, se kterou jsem dělala rozhovor jako první, porodní asistentka 1 (dále označena jako PAS1) je vystudovaná diplomovaná sestra a porodní asistentka. Je jí 39 let, je vdaná a má dvě děti. Po vystudování porodní asistence nastoupila na oddělení fyziologických novorozenců, kde pracovala 5 let, poté byla přesunuta na oddělení neonatologické JIRP, kde strávila 3 a půl roku, než šla na mateřskou dovolenou. Po mateřské dovolené se vrátila znovu na oddělení neonatologické JIRP, kde pracuje již rok a půl na částečný úvazek. Po vystudování chtěla nastoupit na porodní sály, kde byl nedostatek personálu, ale nevyhověli si vzájemně v požadavcích, a tak její cesta následovala k dětem, které pro ni byly vždy první volbou. Práce na neonatologické JIRP se z počátku bála, ale zároveň to pro ni byla nová zkušenost a výzva, a tak neváhala a s nabídkou souhlasila.

Druhá porodní asistentka, se kterou jsem dělala rozhovor (dále označena jako PAS2) v roce 2019 dokončila bakalářské studium porodní asistence, následně pracovala 3 roky na fyziologických novorozencích, kde již působila 2 roky během studia. Je jí 26 let, je svobodná a bezdětná. Její původní plány byly jít na medicínu a věnovat se pediatrii, na kterou se bohužel nedostala, a tak šla studovat porodní asistenci. Po roce studia porodní asistence znovu zkusila medicínu, kam se nakonec dostala a přerušila studium porodní asistence. Po necelém roce na medicíně kvůli těžké zkoušce studium ukončila a vrátila se k porodní asistenci. Návratu k porodní asistenci nelituje a je ráda, že se tak nakonec rozhodla. Během práce na fyziologických novorozencích začala studovat ještě fyzioterapii a kvůli bakalářské práci si hledala praxe v různých nemocnicích. Během hledání narazila na nabídku práce na neonatologické JIRP u Apolináře. Kvůli nejistotě v práci na fyziologických novorozencích, neváhala a s vrchní sestrou se domluvila na nástupu. V dubnu tohoto roku to bude rok od nástupu.

10.1 Kategorie: Získávání znalostní a dovedností v oboru neonatologické JIP/JIRP

V první kategorii jsem se ptala porodních asistentek na teoretickou a praktickou výuku v rámci studia porodní asistence, zda je podle nich dostačená či nikoliv. V návaznosti na tuto kategorii byly vytvořeny 2 subkategorie – připravenost porodních asistentek v práci na neonatologické JIP/JIRP a důležitost adaptačního procesu

PAS1 uvedla, že během výuky na diplomované dětské sestře bylo o hodně více času věnováno neonatologii, jak v teoretické, tak v praktické výuce oproti studiu porodní

asistence. „*Takové ty základy o novorozenci, například kojení jsme ve škole na porodní asistenci probírali, ale co se týče oddělení neonatologické JIRP si popravdě nepamatuji, že bychom se tomu věnovali*“. Zároveň doplnila, že porodní asistentka může hned po škole nastoupit na JIP/JIRP s tím, že si dodělá specializaci. „*Takže, to, co neumí ze školy, k tomu jim pomůže ten adaptační proces a ta specializace*“.

PAS2 vyprávěla, že škola poskytuje dobrý teoretický základ, ale že je během studia příliš hodně praxí na porodních sálech oproti praxím na neonatologických oddělení, hlavně na JIPU/JIRPU. „*Bud'to teda, aby to bylo půl napůl anebo, aby se rozdělil třeba alespoň třetí ročník, na holky, co chtějí spíš nastoupit na neonatologii, a holky, který chtějí spíš být v tom porodnictví, aby si mohly ty praxe vybrat. Asi se to nemůže změnit kvůli akreditaci, že je to prostě daný ministerstvem a musí to tak být, ale přijde mi to nefér*“.

10.1.1 Subkategorie: Přípravenost porodních asistentek v práci na neonatologické JIP/JIRP

V následující subkategorii jsem zjišťovala, jak se porodní asistentky cítily být připravené na práci na neonatologické JIP/JIRP, zda jejich příprava během studia byla dostačující. PAS1 a PAS2 se shodly, že připravenost není dostačující, ale zároveň poukázaly na důležitost adaptačního procesu. PAS1: „*Co se týče tohoto oddělení, tak **určitě ne***“. PAS2: „*Ne, jak už jsem se zmiňovala, škola si myslím poskytuje dobrý teoretický základ, ale tolik potřebnou praxi získá porodní asistentka až s nástupem na oddělení a **po dokončení adaptačního procesu**. Takže já jsem se úplně připravená necítila. Cítila jsem se připravená již nebyť studentkou a nastoupit někam na oddělení a začít samostatně pracovat. Ale co všechno práce na neonatologické JIP/JIRP obnáší, jsem si plně neuvědomovala*“.

10.1.2 Subkategorie: Důležitost adaptačního procesu

V následující subkategorii mě zajímala, jaká je důležitost adaptačního procesu po předešlých zmíněných subkategoriích.

PAS1 pospala, že před nástupem na mateřskou dovolenou si byla jistá ve všech výkonech. „*Než jsem otěhotněla, tak vlastně jsem se dostala už do fáze, kdy jsem měla nejtěžší případy dětí. Člověk dokázal udělat úplně všechno u těch dětí, **získala jsem takovou trošičku jistotu**. Byla jsem orientovaná, kde, co je, znala jsem dobře tu přístrojovou techniku, a dokonce si vzpomínám, že moje poslední služba byla hodně nemocná holčička, které se taky právě dávalo všechno a byla připojená na veškeré přístroje, co jsou, takže jsem si ji přijmula a měla jsem ji na starosti celou dobu. Tak to byl asi nejtěžší případ, který jsem tady*

měla, a ještě takhle před mateřskou“. Doplnila, že po návratu z rodičovské dovolené přibylo spoustu nových přístrojových technik a je si nejistá v určitých oblastech. „*Ted', když se člověk vrátí po té mateřské nebo rodičovské, kdy se tady spousta věcí změnilo, a hlavně ta přístrojová technika je tedy úplně jiná, tak můžu říct, že v tom adaptačním procesu jsem pořád a jsem za to ráda. Já jsem tady ted' po mateřské rok a půl, takže bych řekla, že jsou určitý nedostatky, jak to tady člověk nevidí a tím pádem si to nemůže zase osvojit. Takové ty základní věci samozřejmě jo, ale ty složitější už jsou pro mě horší*“.

PAS2 uvedla: „*Bez adaptačního procesu by to nešlo, ukáže vám, jak funguje to oddělení, ať už jdete ze školy nebo z fyziologie, tak je to úplně něco jiného*“

10.2 Kategorie: Délka a způsob ukončení adaptačního procesu

V následující kategorii jsem zjišťovala, jak u participantek probíhal adaptační proces, jak dlouho trval a jakým způsobem byl ukončený. Odpovědi PAS1 a PAS2 jsou trochu odlišné.

PAS1 popsala, jak to chodí u nich na klinice: „*Tady se to dělá standardně tak, když nastoupí nová sestřička, tak dostane školitelku (tj. sestra, která měla na starosti můj adaptační proces), která ji zaučuje. Bohužel já jsem takové štěstí neměla a měla jsem každou chvíli jinou školitelku, což pro mě upřímně nebylo úplně lehké. Potom dostane otázky, ty s ní školitelka musí probrat a provést tím vším a absolventka si je vyplní, je to asi 10 otázek na tomhle oddělení. Pak ještě vypracuje téma, které jí zadají, a když to vypracuje, tak jde k vrchní a k primáři a předvádí před nimi resuscitaci. Takže na konci adaptačního procesu děláte takovou zkoušku, která se skládá z resuscitace, k tomu odevzdáváte tu práci a oni se vás potom ptají na různé otázky, třeba na léky a tak. Mělo by to být po půl roce, ale záleží, kdy se na vás dostane řada, já si myslím, že jsem byla asi po 7 měsících*“

PAS2 uvedla: „*Tak každému nově přichozímu zaměstnanci nebo absolventce je přidělena školitelka, takže i mně byla. U Apolináře máme 3 školitelky pro neonatologii, a když školitelka neměla čas, tak jsem byla buďto pod vedoucí naší směny, co máme, protože stejně jako v jiných nemocnicích, jsou skupinky, které pracují pořád spolu, když nejsou nějaký požadavky, dovolené a tak. Takže za mě zodpovídala vedoucí té směny, nebo holky, se kterými jsem zrovna byla na boxu. Já jsem měla adaptační proces na půl roku, to je takový minimum, ale tím, že jsem byla na té fyziologii a že jsem porodní asistentka, tak jsem ho měla zkrácený. Holky, co jsou třeba ze záchranáře nebo všeobecné sestry, který jsou fakt jako absolventky hned po škole, tak to mají ten třičtvrtě rok až rok. No já tím, že jsem nebyla*

úplně nezkušená, tak jsem neměla žádný ukončení. Já jsem dokončovala adaptační proces teď v září. Takže od 1. října mě tak jako vypustili a pracovala jsem sama. Ale jinak tam je většinou teď zpracování nějaké seminární práce. Holky tam třeba předělávaly kartičky pro rodiče, co máme se základními informacemi, tak to přepracovávaly do nějaké hezčí podoby, nebo se vytvářela tabulka s léky, kde bylo napsaný ředění a dávkování, jak se to má podávat, jak se to uchovává a tak. A dřív měly holky přezkoušení, jak sesterský, tak lékařský. Ted' už to není, asi za to může i covid nebo nevím. My jsme měly všechny ty důležité výkony jako je třeba resuscitace v rámci školení. Měly jsme i praktický nácviky, ale z toho nás nezkoušeli“.

10.3 Kategorie: Nejproblémovější oblasti adaptačního procesu

V následující kategorii jsem se porodních asistentek ptala na výkony, které se často provádějí na neonatologické JIP/JIRP a mohly by být pro PAS problémové. V návaznosti na tuto kategorii byly vytvořeny 4 subkategorie – resuscitace novorozence, odběr krve nezralému/nemocnému novorozenci, zavádění nasogastrické sondy (NGS) novorozenci na JIP/JIRP a práce s přístrojovou technikou.

10.3.1 Subkategorie: Resuscitace novorozence

U této subkategorie jsem se PAS1 a PAS2 ptala, jestli už někdy novorozence resuscitovali a pokud ano, tak jestli si vzpomínají na jejich první resuscitaci, dále mě zajímalo, jaké pocity během krizové situace, jako je resuscitace měly.

PAS1 uvedla: *„Tak na těch fyziologických novorozencích přijdete k porodu a nikdy nevíte, co se může stát. Takže tam to bylo takový, že si jdete pro křičící dítě, ale ne vždycky to tak je, takže už tam jsem se s resuscitací setkala několikrát. A tady na jednotce intenzivní péče to bylo jiný v tom, že ty děti jsou narozený o dost dříve a všechno u nich už zajišťujete, rovnou intubujete a tak dále. Samozřejmě se někdy stane, že se resuscitují děti, kteří jsou už stabilizovaný a nějakým způsobem se zhorší, ale to se nestává moc a většinou pomůže taktilní stimulace a je to dobré. Na svou první resuscitaci si už nevzpomenu, asi je to i tím, že děti jsou na našem oddělení resuscitovány poměrně často. Samozřejmě jsem vždy nervózní, jak to dopadne, ale snažím se vždy udržet si nadhled a pracovat na 100 %“.*

PAS2 popisovala: *„Já jsem ještě kompletní resuscitaci nedělala. Když vezmeme resuscitaci jako s taktilní stimulací a s prodechy tak to už jo, ale úplně i farmakologickou s masáží tak to ještě ne. Na fyziologickém oddělení se mi to vyhnulo, třeba jsme jenom prodechli, těmi pěti iničiálními vdechy a bylo to hned dobrý. Na JIRPU jsem byla třeba už i u intubace, ale tam je výhoda, že u toho nikdy nejste sama a ani bych neřekla, že bych byla*

třeba ve stresu při tom, ale spíš potom, až když je po všem, tak vám dojde, co se vlastně stalo. Myslím, že mi pomohly nácviky resuscitace a modelové situace, potom to šlo tak nějak samo.“ Ale kdybych měla mít nějaký to přezkoušení z resuscitace a teď si někde sednout a říkat, co bych dělala, tak by to bylo podle mě horší, ale jakmile ta situace nastane, tak jedu tak nějak automaticky. Takže mi přijde jednodušší to vykonávat, než kdybych měla vysvětlovat, jak bych to dělala“.

10.3.2 Subkategorie: Odběr krve nezralému/nemocnému novorozenci

U této subkategorie jsem se u PAS1 a PAS2 zajímala, jestli si vzpomínají na jejich první odběry a jak složité pro ně byly.

PAS1 uvedla: „*Na svůj úplně první odběr si nevzpomínám, ale s odběry jsem problémy neměla. Například nabírání ASTRUPŮ z paty novorozence jsem měla natrénované z fyziologických novorozenců, člověk akorát držel menší nožičku, než byl zvyklí. Ale třeba pro mě, co byla novinka, tak bylo odebírání z pupku, když měli zavedené katetry, nebo když měli centrály, tak odebírání z toho. Muselo mi to být zvlášť vysvětlované, protože je tam přesný postup, jak se to má dělat. A když jsem si to zkoušela, tak jak jsem to ještě neměla ohrabaný, tak to pro mě bylo složitější, ale jinak, co se týče nabírání ze žíly a z paty tak to bylo v pohodě“.*

PAS2 vyprávěla: „*Ano, vzpomínám si, bylo to pro mě strašné. Ať už náběr z kanyly nebo jenom přes jehličku ze žíly, tak obojí pro mě bylo složité, protože z té kanyly se třeba u hemokultury musí odebrat krev najednou. Nemůže se s tou jehlou vyjet ven a zase jí strčit zpět do kónusu té kanyly, takže nabrat 0,5 ml krve najednou a zároveň se nikde nedotknout pro mě bylo strašné. A potom z té jehličky zase nabírat do kapiláry na ASTRUPA, když jenom odkapávají pomalu ty kapky z té jehličky, tak to bylo taky těžké. No, ale nějak jsem to zvládla (směje se). Jinak klasický náběr z patičky na ASTRUPA byl taky krásný. Ten jsem neměla ráda, nebo neměla ráda, že začátku jsem s tím měla totiž problém i u těch donošených dětí. A pak, když jsem měla držet tu malinkou patičku, tak jsem si říkala, jak to mám prostě odebrat, vždyť tady nemám co mačkat. Ale paradoxně se nabírají lépe než ty velcí buřtíci. I nabírání ze žíly nebo u zavádění kanyly je to výhoda, protože žíly jsou zase lépe vidět, jak nemají právě moc toho tuku, ale zároveň jsou hodně tenoučké, to je zase nevýhoda. Musím říct, že obdivuji všechny sestřičky“.*

10.3.3 Subkategorie: Zavádění NGS novorozenci na JIP/JIRP

U následující subkategorie jsem se vyptávala PAS1 a PAS2 na složitost zavádění NGS a na vzpomínky z prvního zavádění.

PAS1: „*Ano, na to si vzpomínám, **to mi nedělalo problém**, zaváděla jsem je **hned ze začátku**. Dříve jsme měli jeden typ sondy, říká se jim CNK a tam je důležitý jenom si spočítat nebo prostě změřit vzdálenost nos – ucho – sternum a zavést, potom jenom vyzkoušet, jestli jste v žaludku, to tam bylo nejdůležitější, ale jinak na tom nic nebylo. Tyhle typy sond se využívají u stabilnějších dětí nebo u dětí, kde se často mění ty rourky do nosu. A teď máme poměrně nové a ty se dávají podle váhy dítěte a jsou na delší dobu. Ty CNKA klasický, tak ty se můžou měnit v podstatě po 24 hodinách a ty novější můžou být 3 dny“.*

PAS2: „*Podle mě jsem ji zaváděla hned **ty první služby**, co jsem tam byla. A vlastně **na tom není nic těžkého**. Ten první den, co jsem tam byla ten, tak jsem i odsávala a ono to je víceméně stejný. A není to tak těžké. Ani nevím, jak bych to měla udělat, abych se trefila do plic místo do žaludku, ono to tam tak sklouzne samo. To dítě ani nevzdoruje a jde to tam zastrkat hezky, horší pro mě bylo třeba to zafixovat, všechno je tak titěrné a malinké“.*

10.3.4 Subkategorie: Práce s přístrojovou technikou

V otázkách zaměřených na přístrojovou techniku jsem se zajímala PAS1 a PAS2 na náročnost této problematiky a jestli jim přišly obzvláště složité nějaké další výkony.

PAS1: „*Pro mě, jelikož jsem teď na částečný úvazek, tak je práce s přístrojovou technikou **asi nejtěžší**. Přijde mi, že se to furt mění. Když přijdu po nějaké době do práce, tak je zase něco nového, něco je u těch přístrojích jinak. K těmto přístrojům patří například přístroj zvaný NO, což je nejtěžší typ ventilace a dává se, když na tom dítě není dobře, je to vlastně poslední možnost, jak mu pomoci. No a tenhle typ přístroje se skládá úplně jinak, než ty, na které jsem zvyklá, a navíc mi přijde, že se pořád v něčem mění, tak si to **musím neustále osvojit**“.*

Pro PAS1 byla nejtěžší hlavně práce s přístrojovou technikou, ale ze začátku také počítání antibiotik a spoustu dalších výkonů, které se nedělají, tak často: „*Co bylo pro mě úplně nové a nepochopitelné **bylo počítání antibiotik**. Až když člověk přijde do praxe a vidí to malé miminko, pochopí, jaká malá dávka se mu musí dát. Jak už jsem zmiňovala, na fyziologických novorozencích jsme maximálně podávali Kanavit a občas nějakou infuzi, což se s množstvím léku zde na JIRP nedá srovnat. Člověk se tu opravdu musí naučit **spoustu nových věcí**. Proto jsem **byla velice ráda za adaptační proces**, díky kterému jsem měla*

dostatek času se seznámit s chodem oddělení a novými věcmi. No a jako další jsou to **výkony, které jsem dlouho nedělala**, tak samozřejmě si to člověk jenom musí jako nahodit do hlavy nebo jsou tady manuály, že si to rychle přečtu a pak podle toho jedu, a navíc **je k vám vždy někdo k ruce**. Nikdy to nedělá ta sestra sama, takže spíš je to jenom o tom si to zopakovat, nebo to dělat hodně často, aby to člověk dostal do hlavy“.

PAS2: „**Náročná pro mě byla a pořád je**, hlavně třeba na JIPU a na JIRPU máme jiné perfuzory (tj. pumpa na jídlo a léky). Takže já, když teď přijdu na JIP, tak vůbec neumím nastavit perfuzor, když ho tam náhodou někdo má. Na JIPU mají pumpy jen na jídlo a my přes to dáváme i léky. A ventilátory máme taky každý jiný, máme na vysoko průtokové nosní kanyly, máme jiný na CPAP a ventilaci máme taky jinou“.

PAS2 dále popsala, že byli na jedné exkurzi v Pražské nemocnici a měli na vše jeden přístroj. Myslí si, že pro sestry je to určitě výhodné, ale dále také uvedla: „*Bavila jsem se o tom s našimi doktory a oni mi to vysvětlili tak, že každý ten přístroj je lepší na něco jiného. Sice bychom mohli mít CVAP a ventilátor na tom jednom přístroji, ale tím, jak má jeden přístroj všechno, tak ta jeho funkce nebude dokonalá. Proto máme různé přístroje, aby z toho přístroje bylo využito to, co mu jde nejlépe. Teď naposledy jsem sestavovala přístroj na vysoko průtokové nosní kanyly na vapo therm (tj. umožňuje podávat ohřátý a perfektně zvlčený průtok kyslíku) a byl to ten starý, klasický, **tak jsem nevěděla, jak se to dělá**, protože jsem to od adaptačního procesu neskládala“.*

Později PAS2 dále poslala, že ji ze začátku přišly těžké všechny výkony, např. i sondování, které ji teď přijde jako jedno z nejlépejších: „*Mně přišlo **těžké všechno**, když jsem tam přišla. Jenom dát sondu dítěti mi třeba přišlo úplně jako nadlidský výkon, protože jsem to zkoušela ve škole poprvé na modelu. To sice pomůže, ale u toho modelu je odříznutá hlava, takže tam jde vidět, kam se to strká. Přišlo mi jako nadlidský výkon i od asistovat zavádění kanyly doktorovi a zalepit tu kanylu. Moje první lepení kanyly vypadalo úplně strašně“.*

10.3.5 Subkategorie: Náročnost komunikace s rodiči

Komunikaci s rodiči popsaly porodní asistentky odlišně. PAS1 popsala obecně, jaká je a jaká by měla být komunikace s rodiči. PAS2 popsala, složitost této problematiky a uvedla příklad.

PAS1: „*Komunikace s rodiči je **někdy snadná a někdy velmi obtížná**. Hodně to souvisí s jejich očekáváními. Jsou i situace, kdy si na nás vybijejí svou „zlost“, že se jim*

narodilo dítě, které má potíže. Toto je ale spíše vzácné. Více se tu setkávám s rodiči, kteří mají „strach“ se svého dítěte dotknout, aby mu neublížili. **Potřebují naši podporu** a mají na ni samozřejmě i nárok. A je pak krásné sledovat rodiče, který poprvé klokánuje své dítě. V rámci komunikace s rodiči **je důležité pracovat jako tým**. Respektovat, že informace o zdravotním stavu dítěte smí podávat jen lékař. Já, jako porodní asistentka, je můžu informovat o tom, jak např. jejich dítě spalo, jedlo, jak reagovalo na koupání.... Prostě o oblastech, které se týkají ošetrovatelské péče“.

PAS2: „Tak ze začátku pro mě **byla hodně náročná**, hlavně ze začátku jsem pořádně neznala ani to oddělení, jak to tam chodí, tak jsem úplně nevěděla, co jim mám říkat. Takže nejdřív jsem to **naposlouchala od těch ostatních**, abych neplácala úplně nesmysly. Potom **záleží hodně na rodičích**, jaký jsou. Někteří rodiče, jsou skvělí a dokážou se smířit s tím, že se jim narodilo nezralé dítě, ale někteří se s tím úplně neumí smířit a jsou na tom jako psychicky hodně špatně a vlastně jakákoliv změna, která s tím dítětem je, tak jim strašně vadí, i změna k lepšímu“.

Dále PAS2 popisuje případy rodičů, s kterými se setkala a kteří vlastně nebyli rádi nebo je nějakým způsobem rozhodilo to, že se jejich dítě zlepšilo a nepotřebovalo takovou intenzivní péči. „My jsme třeba teď extubovali dítě na CPAP a je to vlastně pro to dítě lepší, je tam posun, dýchá samo a nepotřebuje ventilátor a **jedna maminka z toho byla úplně špatná**. Jistě změna chápu, ale je to změna k lepšímu. Někdy to bývá paradox, že **rodiče hodně malých dětí jsou na tom lépe**, než když mají rodiče třeba 1300 gramové dítě. Nedávno jsme tam měli rodiče, kteří měli holčičku 31. týden bez ventilační podpory, měla jenom infuzi, kterou ji měli vysazovat a byla na ARU. **A rodiče ji nechtěli nechat přeložit na jiné oddělení, na mediální třeba**. A říkáme „ta holčička nepotřebuje intenzivní péči, ona dýchá sama, bude jíst sama, jako přes sondu dobře, ale nebude ani potřebovat mít žilní vstup“. A ta maminka to prostě nechtěla pochopit a byla proti tomu, aby to dítě šlo na lepší oddělení nebo ne lepší, ale ne tak intenzivní. Přišlo mi to tak, že to brala jako lepší péči, že je to takový jistější, když to dítě bude na ARU. Já jsem jí nakonec překládala na ten medial a potkala jsem tam maminku právě od holčičky, o kterou jsem se starala. A ta holčička byla moje první nejmenší dítě, měla 550 g a zhubla na 460 g, teď má kolem 2 kil. Tak jsme si hezky popovídali a ona říkala, že na nás pořád vzpomíná a bylo takové pěkné“.

10.4 Kategorie: Prožitky z adaptačního procesu

V této kategorii jsem se zaměřovala na celkový prožitek z adaptačního procesu. V návaznosti na tuto kategorii byly vytvořeny 3 subkategorie – pocity PAS1 a PAS2 během adaptačního procesu, přístup k adaptačnímu procesu, přístup ostatního personálu během adaptačního procesu.

10.4.1 Subkategorie: Pocity během adaptačního procesu

V této subkategorii jsem zajímala u PAS1 a PAS2 na pocity, které prožívaly během adaptačního procesu.

PAS1: *„Po mém přesunutí z fyziologických novorozenců na oddělení JIRP, jsem se cítila upřímně dost bezradně. Práce na fyziologických novorozencích byla v podstatě především o kojení, edukaci maminky a péči o zdravé miminko.*

PAS2: *„Bylo to **opravdu náročné**, vše vnímat a vše se naučit, kolikrát už mě bolela i hlava z těch všech informací.“*

10.4.2 Subkategorie: Přístup personálu během adaptačního procesu

V otázkách zaměřených na přístup personálu během adaptačního procesu jsem se zajímala, zda byl personál oporou PAS1 a PAS2.

PAS1: *„Musím říct, že jsem v kolegyních **měla obrovskou oporu**. Vždy jsem věděla, že se mohu na cokoli zeptat, říct si o pomoc a nechat si poradit. Nikdy se mi nestalo, že bych musela něco dělat sama nebo naopak, že by mě k práci nepustili, protože něco nevím. Vždy mi vše perfektně vysvětlily a názorně ukázaly. I přesto, jak tato práce pro mě byla ze začátku náročná, měla jsem obrovskou podporu od svých kolegyně, **za což jsem vděčná**.*

PAS2: *„**S kolegyněmi jsem moc spokojená**, bála jsem se toho, ale máme super kolektiv, i v Plzni na fyziologii, jak jsem pracovala, jsme měli. Obecně se říká, že na ARU jsou namyšlené sestry, že jsou arogantní, a do toho se tady dělá po skupinkách, a ještě k tomu v Praze. Úplně jsem si říkala, kam to jdu, budu tam úplně sama a nikoho tam neznám. Ale vážně jsem tam **moc spokojená**. Vím, že se na ně můžu kdykoliv obrátit, jako to bylo u adaptačního procesu.“*

10.4.3 Subkategorie: Přístup k adaptačnímu procesu

V poslední subkategorii mě zajímalo, jaký mají PAS1 a PAS2 přístup k adaptačnímu procesu.

PAS1: „Ze začátku jsem nad sebou měla dozor, za což jsem byla opravdu ráda, protože ta zodpovědnost je tady obrovská. Takže je mám velice kladný přístup k adaptačnímu procesu.“

PAS2: „Jako **zlatý adaptační proces**, to bylo krásný, že mě furt někdo hlídal a kontroloval.“

10.5 Kategorie: Návrhy na zlepšení připravenosti absolventek

V této kategorii jsem se ptala porodních asistentek, jestli mají nějaké návrhy na zlepšení připravenosti porodních asistentek – absolventek. Obě porodní asistentky se shodují na tom, že by mělo být více praxí na odděleních novorozenecké intenzivní péče. Na tuto kategorii jsem vytvořila subkategorii – doporučení pro nově nastupující absolventky.

PAS1 uvedla: „Věřím, že kdybych měla již na škole **více hodin praxe na JIP či JIRP**, cítila bych se klidnější. Určitě by to pomohlo i ostatním po psychické stránce, kdyby se s tímto oddělením setkaly více v rámci studia, protože to pro ně může být takový šok, když se rozhodnou po škole nastoupit na JIRP. Například na sálech mají mnohem více praxí, tak jsou v tom více zajetý. Takže porodní asistentka, co se týče tohoto oddělení, tak vlastně prakticky nemá žádnou zkušenost. Mělo by být i **více přednášek o tom všeobecně**. Tu resuscitaci berete tak jako tak a ta je tady v podstatě stejná, takže spíše víc zapojit. No, ale jak říkám, já jsem studovala porodní asistentku a nevěděla jsem o práci na JIPU nebo JIRPU skoro nic“.

PAS2: „Tak podle mě, jak už jsem zmiňovala **je zbytečně hodně praxe na porodních sálech** oproti neonatologii, a hlavně na odděleních intenzivní péče. Chtělo by to nějak **upravit, aby to bylo vyrovnanější**. V tom bych viděla ten návrh a taky věřím, že by **pomohla simulační výuka**, ale ta si myslím je pro školy, příliš drahá“.

10.6 Subkategorie: Doporučení pro nově nastupující absolventky

V poslední subkategorii jsem se porodních asistentek ptala na to, co by doporučily čerstvým absolventkám, které se rozhodly pro práci na neonatologické JIP/JIRP.

PAS1: „Co bych doporučila, **no at' se jim tady hlavně líbí** (směje se). Taky bych jim doporučila, **aby se nebály se zeptat**, když neví. A to klidně i opakovaně. Lepší je 100x se zeptat než jednou udělat chybu, která může dítě vážně poškodit. Zároveň bych jim doporučila, **aby na sebe nebyly příliš náročné**. Je jasné, že nemůžou vědět/umět tolik, co

*porodní asistentky, které tu pracují už několik let. A pokud zjistí, že práce na neonatologické JIP/JIPR je pro ně příliš, **nebát se změnit oddělení**. Někdy je třeba do neonatologické JIP/JIRP dozrát“.*

PAS2: *„Aby začaly na fyziologii a aby si vybrali **nemocnici, kde budou spokojení**, protože já vím, že bych v určitých nemocnicích spokojená nebyla a tím nemyslím, že bych nebyla spokojená například s péčí, ale celkově s filozofií toho oddělení. Ať je kdekoliv a v jakýkoliv práci člověk nespokojený, tak **tu práci nemůže dělat kvalitně**. Myslím si, že by to takhle měla mít většina, že by měli projít přes fyziologický novorozence, protože mi to hodně pomohlo. Tím, že jsem věděla, jak se chovají fyziologický novorozenci, tak jsem mnohem dřív a líp **dokázala odhalit nějakou patologii**, ať už jsou donošení nebo nedonošení, ale prostě jsou nemocní, takže tím spíš se odhalí nějaká patologie. Protože vím, jak vypadá fyziologie“.*

DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce je posoudit připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu. Z něj vyplývá hlavní výzkumná otázka – Jaká je připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu? Rozhovoru se účastnily dvě porodní asistentky – PAS1, která je zkušená a má dlouholeté zkušenosti na neonatologické JIP/JITP a PAS2, která je nezkušená a je krátce po absolvování adaptačního procesu.

Získávání znalostí a dovedností v oboru neonatologické JIP/JIRP

Výzkumná otázka č. 1, 2, a 9: Jaké jsou znalosti porodních asistentek po ukončení studia? Je porodní asistentka připravená na práci v oboru neonatologické JIP/JIRP? Považují porodní asistentky adaptační proces za přínosný?

Tabulka 1 Získávání znalostí a dovedností

	PAS1	PAS2
Teoretické a praktické znalosti	Nevzpomíná si na cílenou výuku, k práci na neonatologii se dostávala více na diplomované dětské sestře	VŠ poskytuje dobrý teoretický základ, ale praxí na neonatologii, hlavně na JIPU a JIRPU je podle ní příliš málo oproti praxím na porodních sálech
Zhodnocení připravenosti	Co se týče oddělení neonatologické JIP/JIRP tak shledává připravenost za nedostačující	Připravená si rozhodně nepřipadala, „ <i>tolik potřebnou praxi získá porodní asistentka až s nástupem na oddělení a po dokončení adaptačního procesu. Takže já jsem se úplně připravená necítila</i> “.
Důležitost adaptačního procesu	Před nástupem na mateřskou dovolenou si byla jistá ve všech výkonech, ale po návratu se hodně věcí změnilo a	Uvedla, že bez adaptačního procesu by to nešlo, „ <i>ukáže vám, jak funguje to oddělení, ať už</i>

	pozorovala na sobě určité nedostatky, takže za adaptační proces byla opravdu ráda.	<i>jdete ze školy nebo z fyziologie, tak je to úplně něco jiného.“</i>
--	--	--

V rámci pregraduálního vzdělání si PAS1 nevybavuje výuku plánovaně cílenou na neonatologickou JIP/JIRP, PAS2 považuje za dobré teoretické základy ze studií na VŠ, ovšem ve výuce podle ní chybí více hodin praktický výuky na oddělení neonatologické JIP/JIRP. Obě porodní asistentky se shodly v tom, že se necítily dostatečně připravené a považují adaptační proces za velmi důležitý. Také v iránském výzkumu je popsáno nedostatečné vzdělání v oboru neonatologické JIP/JIRP, nedostatečně připravené porodní asistentky pak zažívají strach a úzkost, která zvyšuje pracovní a psychickou zátěž. Vnímají potřebu pomáhat porodním asistentkám rozvíjet a zlepšovat jejich odborné schopnosti, které jim pomůžou získat sebedůvěru a pocity z dobře odvedené práce (Mohamadi a kol., 2019).

Délka a způsob ukončení adaptačního procesu

Výzkumná otázka č. 4: Zjistit, jaká byla u porodních asistentek délka a způsob ukončení adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP.

Tabulka 2 Délka a způsob ukončení adaptačního procesu

	PAS1	PAS2
Délka adaptačního procesu	Vzpomíná, že by ukončení mělo být asi po půl roce: <i>„záleží, kdy se na vás dostane řada, já si myslím, že jsem byla asi po 7 měsících“</i>	<i>„Já ho měla na půl roku“</i>
Způsob ukončení adaptačního procesu	PAS pospala, jak to chodí u nich na klinice. Nejprve je setře přiřazena školitelka, poté jí jsou dány otázky, které se musí naučit, a ještě ji přiděleno téma na zpracování. Po uplynuté době adaptace jde nově přichozí porodní asistentka na	PAS žádné ukončení neměla: <i>„tím, že jsem byla na té fyziologii a že jsem porodní asistentka mě tak jako vypustili“</i>

	přezkoušení k vrchní sestře a k primární oddělení.	
--	--	--

Obě porodní asistentky měly adaptační proces na stejnou dobu, s výjimkou jedno měsíce. Způsob ukončení se však lišil. PAS1 byl ukončen zkouškou u vrchní sestry a primáře oddělení, u PAS2 nebyl ukončen žádným způsobem, vzhledem ke zkušenostem z fyziologického oddělení. Posledním krokem adaptačního procesu byl podle výzkumu Stloukalové buď pohovor, nebo obhajoba závěrečné práce. U ukončení adaptačního procesu byli vedoucí pracovník, mentor, nový pracovník (Stloukalová, 2017, s. 38). Podle výzkumu Šubrtové není vždy adaptační proces oficiálně ukončen a k samotnému hodnocení nových pracovníků začalo docházet až v nedávné době (Šubrtová, 2021, s. 45). Dle článku Morawitzové se tříměsíční zkušební doba shoduje s délkou adaptačního procesu. Obecně však uvádí, že úplná adaptace v novém pracovním prostředí trvá dle náročnosti profese nejméně šest měsíců až jeden rok (Morawitzová, 2017).

Nejproblémovější oblasti adaptačního procesu

Výzkumná otázka č. 5: Které oblasti adaptačního procesu jsou z pohledu porodních asistentek nejproblémovější?

Tabulka 3 Nejproblémovější oblasti adaptačního procesu

	PAS1	PAS2
Resuscitace novorozence	PAS se setkala s resuscitací již mnohokrát už na fyziologických novorozencích. Na svou první resuscitaci si nevzpomíná.... „Samozřejmě jsem vždy nervózní, jak do dopadne, ale snažím si udržet nadhled a pracovat na 100 %.“	PAS se nikdy s kompletní resuscitací nesetkala, ale již byla přítomna u složitého výkonu jako je intubace... „Ani bych neřekla, že bych byla ve stresu, to spíš potom, až mi dojde, co se vlastně stalo. Myslím, že mi pomohly nácviky resuscitace a modelové situace, potom to šlo tak nějak samo.“

Odběr krve nezralému/nemocnému novorozenci	Na svůj první odběr si nepamatuje, ale vzpomíná, že ji to problémy nedělalo... <i>„Co pro mě byla novinka, tak bylo odebrání z pupku nebo ze zavedeného centrálu, to pro mě bylo složitější.“</i>	PAS si pamatovala na svůj první odběr a nebylo to pro ji jednoduché... <i>„Ať už náběr z kanyly nebo ze žíly, tak obojí pro mě bylo složité.“</i>
Zavádění NGS novorozenci na JIP/JIRP	Zavádění NGS oběma porodním asistentkám nedělalo problémy. Zaváděly je hned první dny v práci.	
Práce s přístrojovou technikou	Pro PAS je práce s přístrojovou technikou nejtěžší... <i>„Přijde mi, že se furt něco mění, takže si to musím nestále osvojit.“</i>	S prací s přístrojovou technikou problémy měla a pořád má. Dále poslala, že na vše mají jiné typy přístrojů.
Náročnost komunikace s rodiči	PAS popsala, že komunikace s rodiči je někdy snadná a někdy velmi obtížná... <i>„hodně to souvisí s jejich očekáváními.“</i> Ale také zdůraznila, že rodiče novorozenců na JIP/JIRP potřebují podporu a zároveň zdůraznila důležitost pracovat jako tým při komunikaci s rodiči.	PAS popsala, že komunikace pro ni byla těžká hlavně ze začátku adaptačního procesu... <i>„úplně jsem nevěděla, co jim mám říkat.“</i> Dále zmínila, že záleží hodně na rodičích, jací jsou.

PAS1 se s resuscitací setkala již mnohokrát a PAS2 se naopak s kompletní resuscitací ještě nesetkala. Při krizové situaci jako je resuscitace přiznala PAS1, že je sice nervózní, ale snaží se udržet si nadhled. PAS2 uvedla, že ve stresu je až po tom, když si uvědomí, co se stalo. Kvantitativní výzkum ve Švýcarsku nezjistil vážnou zátěž pro sestry a porodní asistentky během resuscitace dospělého, zároveň ale poukázal, že situace jako je resuscitace dítěte nebo novorozence již vyšší míru stresu způsobuje. Domnívají se, že většinu těchto stresových situací by bylo možné snížit lepší organizací práce, zdravým pracovním prostředím, pravidelným školením a dalším vzděláváním (Koželj a kol., 2022). PAS2

zmínila, že jí nácviky a simulace pomohly, aby nebyla tolik ve stresu. Stejně tak v německém výzkumu popsaly, že je simulace slibný nástroj ke zlepšení bezpečnosti pacientů a výkonnosti týmu (Yousef a kol., 2022). PAS1 uvedla, že jí klasické odběry nezralému/nemocnému novorozenci nedělaly problémy, složitější a novější pro ni byly odběry ze zavedeného centrálního katetru a zavedené kanyly v pupku. Naopak pro PAS1 nabírání nebylo jednoduché. Obě porodní asistentky se shodují, že zavádění NGS není některak těžké. Porodní asistentky se také shodly v tom, že práce s přístrojovou technikou je velmi náročná, pro PAS1 je ze všech složitých výkonů nejtěžší. Kuchtová ve své diplomové práci uvedla, že práce s přístrojovou technikou má v intenzivní medicíně nezpochybnitelné místo a rovněž získala odpovědi, že práci s přístrojovou technikou shledávají participantky za nejsložitější. Práce zdravotníků, kteří přístrojovou techniku obsluhují, je z části automatizovaná, a to vytváří prostor pro pochybení. Uvádí, že nejčastější pochybení v ošetrovatelské péči souvisí se špatně vedeným obdobím orientace nového pracovníka a nedostatečným dohledem. To je důvodem, proč je významné kvalitní předávání informací v období adaptačního procesu, a to nejen v prostředí intenzivní péče (Kuchtová, 2015, s. 55-57). PAS1 a PAS2 se shodly, že v komunikaci s rodiči závisí hodně na tom, jací rodiče jsou a jaké mají očekávání. Zároveň PAS1 zdůraznila, že je potřeba pracovat jako tým v komunikaci s rodiči a zajistit jim tím dostatečnou podporu. PAS2 zmínila určité nedostatky v komunikaci s rodiči hlavně na začátku adaptačního procesu. Podle švédského výzkumu je komunikace mezi rodiči a personálem na jednotce intenzivní péče nezbytnou součástí podpory nabízené rodičům a může snížit jejich emoční stres (Wigert a kol., 2014, s. 1). V norském výzkumu ukázali, že krátký kurz komunikačních technik zlepšil schopnost porodních asistentek reagovat empatií na pocity vyjádřené rodiči a zvýšil jejich pozornost ke spokojenosti rodičů. Díky lepším komunikačním dovednostem může být zkušenost s jednotkou intenzivní péče pro rodiče uspokojivější a zároveň může snížit stres sester pracujících na JIP (Bry a kol., 2016, s. 405).

Prožitky z adaptačního procesu

Výzkumné otázky č. 6, 7 a 8: Jaké pocity prožívaly porodní asistentky během adaptačního procesu na neonatologické JIP/JIRP? Byl personál oporou pro porodní asistentky během absolvování adaptačního procesu? Jak hodnotí porodní asistentky adaptační proces?

Tabulka 4 Prožitky z adaptačního procesu

	PAS1	PAS2
Pocity během adaptačního procesu	Po příchodu z fyziologických novorozenců se cítila dost bezradně.	Pro PAS to bylo opravdu náročné.
Přístup personálu během adaptačního procesu	<i>„Musím říct, že jsem v kolegyních měla obrovskou oporu. Nikdy se mi nestalo, že bych musela dělat něco sama.“</i> Dále PAS uvádí, že měla v kolegyních obrovskou podporu a je jim, za to vděčná.	S kolegyněmi byla moc spokojená, měla sice určité obavy, ale ve finále je moc šťastná. Ví, že se na ně může kdykoliv obrátit.
Přístup k adaptačnímu procesu	<i>„Ze začátku jsem nad sebou měla dozor“</i> ... za což byla opravdu ráda ... <i>„protože ta odpovědnost tady je fakt obrovská, takže já mám velice kladný přístup k adaptačnímu procesu.“</i>	<i>„jako zlatý adaptační proces, to bylo krásný, že mě pořád někdo hlídal a kontroloval.“</i>

Obě porodní asistentky prožívaly obdobné pocity z příchodu na oddělení intenzivní péče. PAS1 se cítila bezradná a pro PAS2 to bylo opravdu náročné. Zároveň měly porodní asistentky v ostatním personálu oporu a podporu. Stejně jako PAS2, tak i sestry v belgickém výzkumu byly spokojeny především s komunikací se zkušenějším personálem (Vermeir, 2018, s. 22). PAS1 má k adaptačnímu procesu kladný přístup, protože dozor, který je nově příchozímu personálu poskytován je podle ní potřebný, protože odpovědnost na oddělení JIP/JIRP je opravdu veliká. I když dokončila PAS2 adaptační proces nedávno, vzpomínala, že bylo krásné, když ji někdo neustále hlídal a kontroloval.

Návrhy na zlepšení připravenosti absolventek

Výzkumná otázka č. 9 a 10: Jaké mají porodní asistentky návrhy na zlepšení připravenosti absolventek? Co by porodní asistentky doporučily nově nastupujícím absolventkám?

Tabulka 5 Návrhy na zlepšení připravenosti absolventek

	PAS1	PAS2
Návrhy na zlepšení připravenosti	PAS by navrhla více praxí na oddělení neonatologické JIP/JIRP a více teoretických přednášek o novorozenci na JIP/JIRP.	PAS by také doporučila více hodin praxí, podle ní je zbytečně hodně praxí na porodních sálech oproti neonatologii. Také věří, že by pomohla simulační výuka... „ <i>ale je pro školy asi příliš drahá</i> “
Doporučení pro nově nastupující absolventky	... „ <i>no, ať se jim tady hlavně líbí</i> “... dále by doporučila, ať se nebojí zeptat, když něco neví a aby na sebe nebyly příliš náročné, pokud zjistí, že je na ně práce příliš náročná, aby se nebály změnit oddělení.	PAS doporučila ať po škole absolventky začnou na fyziologii a také, aby si vybraly nemocnici, ve které budou spokojené.

Obě porodní asistentky se shodly, že je příliš mnoho praxí na porodních sálech a chtělo by to více hodin praxí na neonatologii. PAS1 také uvedla, že by zavedla více přednášek o tématu všeobecně. PAS2 by ještě doporučila simulační výuku, ale myslí si, že je pro školu příliš drahá. Pro nově nastupující absolventky by PAS1 doporučila ať se nebojí na nic zeptat, když něco nebudou vědět a také, aby na sebe nekladly vysoké nároky. Oproti tomu PAS2 by doporučovala začít po škole na fyziologickém oddělení a také výběr pracoviště, kde budou spokojené.

LIMITY VÝZKUMU

U všech kvalitativních výzkumů je zobecnění zjištěných výsledků problematické. V tomto výzkumu participantky netvořily náhodný vzorek populace. V prvním případě se jednalo o porodní asistentku (PAS1) s výraznější znalostí problematiky a významným množstvím zkušeností, v případě PAS2 se jednalo o nezkušenost s menšími znalosti problematiky. Vzhledem k těžkému získání v mnoha nemocnicích souhlas na provádění výzkumu, byl limitem pro náš výzkum příliš malý výběr oddělení neonatologické JIP/JIRP, příliš malý počet participantek a také nebyla sehnána porodní asistentka před nástupem na

neonatologickou JIP/JIRP nebo před ukončením adaptačního procesu (pouze PAS2, která měla krátce po adaptačním procesu). Výsledky výzkumu nemůžeme generalizovat na všechny. Zároveň jsou pohledy participantek výhodou, neboť díky nim se ukázaly některé problémy, na které porodní asistentky můžou v praxi narazit.

Další problém typický pro kvalitativní výzkum je subjektivita a osobnost výzkumníka, která mohla výzkum ovlivnit, jak při vedení rozhovorů, tak při interpretaci výsledků, i přes úsilí o objektivní přístup.

Pro další zkoumání by možná bylo vhodné provést rozhovory s mentorkami, které vedou adaptační proces a měli bychom tak navíc pohled osoby, která má s adaptačním procesem největší zkušenosti.

Celá práce je zaměřená na připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP. V teoretické části chybí rozsáhlejší specifika o novorozencích, kteří se na oddělení JIP/JIRP vyskytují a také zaměřenost více na osobnost porodní asistentky, která souvisí s připraveností na neonatologické JIP/JIRP.

SEBEREFLEXE

Mě jako výzkumníka samotný výzkum velmi obohatil, protože se jedná o téma, o které se zajímám. Po dokončení studia bych chtěla nastoupit právě na oddělení neonatologické JIP/JIRP. Tvorbu okruhů rozhovoru jsem probírala s vedoucí práce. Participantkám byla nabídnuta volba prostředí rozhovoru a také byl kladen důraz na dobrovolnost v odpovídání na dotazy a možnost kdykoliv rozhovor přerušit. Samotným rozhovorům předcházelo základní seznámení se s participantkami, s PAS1 během zimní praxe ve třetím ročníku a s PAS2 prostřednictvím emailu. Takže při prvním setkání jsme o sobě znaly některé základní informace. Během rozhovorů jsem se snažila, abych byla objektivní, a abych v žádném případě nezasahovalo do výpovědí participantek svými názory, aby tím rozhovor nebyl ovlivněn. Jsem si však vědoma, že to nejde dodržet na sto procent. Mé pocity při rozhovoru byly pozitivní. Obě participantky byly otevřené, příjemné a na vše mi bez problému odpověděly.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Z prezentace a interpretace výsledků výzkumů vyplynulo několik zjištění pro praxi.

- Doporučujeme větší informovanost ve studiu porodních asistentek s péčí o novorozence na neonatologické JIP/JIRP
- V rámci praxe na neonatologické JIP/JIRP by bylo vhodné, kdyby se studentce věnovala trpělivá sestra nebo porodní asistentka, která by nechala studentku nahlédnout k práci na neonatologické JIP/JIRP
- Studentkám na praxích, které jsou na porodním sále by bylo vhodné, v případě předčasného porodu, umožnit nahlédnout na ošetření nezralého novorozence v prvních minutách jeho života
- Délka a ukončení adaptačního procesu stanovená individuálně s přihlédnutím na individuální zkušenosti nově příchozí porodní asistentky
- Doporučujeme při vedení adaptačního procesu pouze jednoho mentora/školitele, aby nedocházelo k tomu, že se budou u nového pracovníka střídat pouze kolegové nebo vedoucí směny.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá připraveností porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je věnována obecně pojmům, které souvisí s neonatologií. Mezi tyto pojmy patří klasifikace novorozence, objasnění fyziologického, rizikového a patologického novorozence. Dále je první kapitola zaměřena předčasný porod, který úzce souvisí s novorozenci hospitalizovanými na neonatologické JIP/JIRP. Na podkapitolu předčasného porodu navazují vybraná onemocnění novorozence na JIP/JIRP, a dále prostředí JIP/JIRP, na kterém se novorozenec nachází. Druhá kapitola je věnována připravenosti porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP, jejich studiu, předpokladům na pracovní zátěž na neonatologické JIP/JIRP a adaptačnímu procesu. V poslední kapitole je rozebrána péče porodních asistentek o novorozence na neonatologické JIP/JIRP. Zabývá se ošetřením nezralého novorozence, resuscitací, invazivními přístupy, výživou, zaváděním NGS a péčí o ventilovaného novorozence.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu. Cíle práce byly naplněny pomocí rozhovorů se dvěma porodními asistentkami, z nichž jedna porodní asistentka je zkušená a druhá nezkušená v oboru neonatologické JIP/JIRP. Zjištěné pohledy, zkušenosti a názory není možné generalizovat, přesto jsou pohledy porodních asistentek přínosem pro kvalitnější připravenost porodních asistentek, které se rozhodnou nastoupit na neonatologickou JIP/JIRP. Participantky popsaly problémy, na které mohou absolventky porodní asistence narazit a navrhovaly některá zlepšení. Hlavní zjištění plynoucí z této práce ukazují, že připravenost porodních asistentek je před absolvováním adaptačního procesu nedostačující – jsou rezervy ve vzdělání, chybí přednášky zaměřené na novorozence na JIP/JIRP, simulační výuka a velmi chybí více hodin praxí na oddělení neonatologické JIP/JIRP. Připravenost porodních asistentek po absolvování adaptačního procesu se zdá být dostačující s pár výhradami – u PAS2 z výzkumu vyplývá, že délka adaptačního procesu bude individuální s přihlédnutím na předešlou praxi a je podle ní důležité i ukončení a hodnocení procesu řešit individuálně. PAS1 očekává, že v průběhu celého procesu bude provázet absolventky jeden zkušený mentor/školitel.

Výsledky našeho výzkumu potvrzují i některé knihy a odborné články, které jsou uvedené v diskuzi. Samotné dotazované porodní asistentky se shodují v tom, že adaptační proces je velmi přínosným začátkem pro nově nastupující personál.

Na základě získaných výsledků, prožitků participantek a jejich návrhů byla vypracována doporučení pro praxi.

Zpracování této bakalářské práce bylo pro mě velmi přínosné. V první řadě mě obohatila praxe na neonatologické JIRP, kde jsem si práci na tomto oddělení mohla vyzkoušet. Poznala jsem, že pracovat na tomto oddělení představuje psychickou zátěž, hlavně pro nezkušený personál. V druhé řadě mě obohatily rozhovory s porodními asistentkami, které mě ujistily, že si s prací vždy pomáhají a nově nastupujícím absolventkám pomůže zároveň adaptační proces.

SEZNAM LITERATURY

1. BRY, Kristina, BRY, Maija, WIGERT, Helena. Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992): Wiley-Blackwell, John Wiley & Sons* [online]. 2016, **105**(4), 397-406 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.1111/apa.13295
2. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
3. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 118 s. ISBN 978-80-246-3936-9.
4. DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, [2019]. Jessenius. 863 s. ISBN 978-80-7345-599-6.
5. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, [2017]. Jessenius. 624 s. ISBN 978-80-7345-482-1.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Adaptované doporučené postupy v péči o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2020. 166 s. ISBN 978-80-7013-605-8.
7. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 112 s. ISBN 978-80-7013-560-0.
8. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Ošetřování ran a stomií u novorozenců a kojenců*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 158 s. ISBN 978-80-7013-593-8.
9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
10. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Vydání: druhé přepracované a rozšířené. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 420 s. ISBN 80-7013-592-1.
11. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

12. HAKIMI, Sevil. Midwives' capacity for improvement of preterm newborns' health. *European journal of midwifery* [online]. May 2022, 31(6), 1-2 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.18332/ejm/147445>.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
14. JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta, 2013. Aesku-lap. 575 s. ISBN 978-80-204-2994-0.
15. KACHLOVÁ, Miroslava, Jana KUČOVÁ a Veronika PETRÁŠOVÁ. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada Publishing, 2022. 184 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3176-1.
16. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
17. KHANDRE, V., POTDAR, J., KEERTI, A. Preterm Birth: An Overview. *Cureus* [online]. 2022, December 27, 2022, 14(12), 5 [cit. 2023-01-30]. ISSN e33006. Dostupné z: doi:[10.7759/cureus.33006](https://doi.org/10.7759/cureus.33006)
18. KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
19. KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK. Spontánní předčasný porod. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. 736 s. ISBN 978-80-7345-416-6.
20. KOŽELJ, Anton, POGAČAR, Maja, STRNAD, Matej. Exploring the Feelings of Nurses during Resuscitation-A Cross-Sectional Study. *Healthcare: Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)* [online]. 2022, **10**(1), 5 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:[10.3390/healthcare10010005](https://doi.org/10.3390/healthcare10010005)
21. KUCHTOVÁ, V., 2015. *Přístrojová technika v intenzivní péči pohledem všeobecné sestry v adaptačním procesu*. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.
22. MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče – kdy začíná a kdy končí?* Praha: Grada Publishing, 2020. 736 s. ISBN 978-80-271-1745-1.
23. MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.

24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018. [online]. *Kvalifikační standard porodní asistentka*. [cit. 2023-03-18]. 31 s. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kvalifikacni-standard-porodni-asistentka/>
25. MOHAMADI, Maryam, NAMNABATI, Mahboobeh, AARABI, Akram. Reduced Mental Workload of Neonatal Intensive Care Unit Nurses through a Self-designed Education Class: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2019, **24**(1), 50-55 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_83_17
26. MORAWITZOVÁ, Sabina, *Adaptační proces: Jak efektivně začlenit nového zaměstnance* [online]. Česká republika: Superkariera, 2017 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.superkariera.cz/poradna/pro-zamestnance/adaptacni-proces-jak-efektivne-zaclenit-noveho-zamestnance.html>
27. NASIRIZAD MOGHADAM, Kolsoom, et al. Nursing physical workload and mental workload in intensive care units: Are they related? *Nursing Open* [online]. 2021, **8**(4), 1625-1633 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.785>
28. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
29. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
30. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
31. STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. *Neonatologie. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. 637 s. ISBN 978-80-204-3861-4.
32. STLOUKALOVÁ, K., 2017. *Adaptační proces sester specialistek na jednotkách intenzivní a resuscitační medicíny*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství
33. ŠÁLKOVÁ, Jana. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2021. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.
34. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
35. ŠUBRTOVÁ, T., 2021. *Adaptační proces na jednotkách intenzivní péče z pohledu všeobecných sester*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta

36. VERMEIR, Peter et al. Communication satisfaction and job satisfaction among critical Care nurses and their impact on burnout and intention to leave: A questionnaire study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2018, 48: 21-27. [online]. 2018, **58**, 21-27 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.iccn.2018.07.001
37. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
38. VYMAZAL, Tomáš, Pavel MICHÁLEK a Olga KLEMENTOVÁ. *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. Praha: Grada Publishing, 2021. 1254 s. ISBN 978-80-271-1230-2.
39. WIGERT, Helena, DELLENMARK BLOM, Michaela, BRY, Kristina. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC pediatrics* [online]. 2014, **14**(304), 1-30 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.1186/s12887-014-0304-5
40. YE CHANG-XIANG, CHEN SHENG-BAO, WANG TING-TING ET AL. Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study[J]. *CJCP* [online]. 2021, 23(12), 1242-1249 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2108015>.
41. YOUSEF, Nadya, MOREAU, Romain, SOGHIER, Lamia. Simulation in neonatal care: towards a change in traditional training? *European Journal of Pediatrics* [online]. 2022, **181**(4), 1429-1436 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.1007/s00431-022-04373-3
42. ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem
- Příloha č. 2 – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem
- Příloha č. 3 – Informovaný souhlas
- Příloha č. 4 – Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem

Vážená paní
Kamila Černá
Studentka oboru Porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Neonatologickém oddělení (NEON) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Přípravenost porodních asistentek v péči o nezralého novorozence na neonatologické JIP/JIRP*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovoru s porodními asistentkami NEON.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra NEON souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. *Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.*
- ***Rozhovory budete provádět pod odborným vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je paní Špidlenová Dana, Bc., vrchní sestra NEON FN Plzeň.***
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být zcela anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pociťovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas, a dále pokud by spolupráce s vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců. Účast všech jmenovaných osob na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
Manažerka pro vzdělávání nelékařů
Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň
Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň
Tel: 377 401 663
E-mail: chabrovas@fnplzen.cz

16. 11. 2022

Příloha č. 2 – Žádost o udělení souhlasu s výzkumem



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | F-VFN-075 | strana 1 z 2 | verze 4

ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVOU AKCI

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Kamila Černá	
Kontaktní adresa		Lesní 9 Cheb	
Telefon	739 108 126	e-mailová adresa	kamila.1cerna@seznam.cz
Škola / fakulta	Západočeská univerzita - Fakulta zdravotnických studií		
Obor studia	Porodní asistence		
Téma závěrečné práce			
Připravenost porodních asistentek v péči o nezralého novorozence na neonatologické JIP/JIRP			
Termín sběru dat	Listopad - Prosinec 2022		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Neonatologická JIP/JIRP			
Zjišťované informace			
Posoudit připravenost porodních asistentek v péči o nezralého novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu. Pro sběr dat bude použit polostrukturovaný rozhovor s porodními asistentkami pracujícími na neonatologické JIP/JIRP.			
Forma prezentace dat:			
Bakalářská práce			
Nahlížení do ZD: /			
Poučení žadatele:			
Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	14.11.2022	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření <i>kychní sestry / primáře / přednosta</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum	14.11.2022	Podpis	Bc. Michaela Kolářová
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Částka

14. 11. 2022

Mgr. Petra Cimprová

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
NÁMĚSTEK PRO NELEKÁŘSKÁ
ZDRAVOTNICKÁ POKROKY
128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Přípravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP

STUDENT

Kamila Černá

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: kamila.1cerna@seznam.cz

VEDOUcí BP:

PhDr. Mgr. et Mgr. Hrachovcová Hana, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: hanajosefa@gmail.com

CÍL STUDIE

Cílem studie je posoudit připravenost porodních asistentek v péči o novorozence na neonatologické JIP/JIRP před a po ukončení adaptačního procesu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 4 – Otázky k rozhovoru

Připravenost porodních asistentek v péči o nezralého novorozence na neonatologické JIP/JIRP

Po absolvování vysoké školy, oboru porodní asistentka, jste se rozhodla nastoupit na oddělení neonatologické JIP/JIRP. Můžete mi říci, proč jste si vybrala právě toto oddělení? V čem Vás péče o nezralé/nemocné novorozence oslovila?

V době, kdy jste úspěšně ukončila studium a stala jste se porodní asistentkou, cítila jste se ze školy dostatečně připravená, na péči o nezralé/nemocné novorozence na neonatologické JIP/JIRP? Pokud jste pociťovala určité obavy, můžete mi prosím říci jaké?

Když si vzpomenete na svůj první pracovní den na neonatologické JIP/JIRP, jak byste ho popsala.

V rámci adaptačního procesu, jste si musela osvojit řadu náročných specializovaných postupů, které souvisejí s ošetrovatelskou péčí na neonatologické JIP/JIRP. Je nějaký výkon/postup, který jste považovala za obzvláště těžký? Co Vám pomohlo jej zvládnout?

- Vzpomenete si na Váš první odběr krve u nezralého/nemocného novorozence?
- Vzpomenete si na Vaše první zavádění NGS u nezralého/nemocného novorozence?
- Vzpomenete si na Vaší první resuscitaci novorozence?
- *Tady můžeš pokračovat,...*

Bylo pro Vás náročné naučit se pracovat s přístrojovou technikou, která souvisí s ošetrovatelskou péčí na neonatologické JIP/JIRP?

Nedílnou součástí péče o nezralého/nemocného novorozence je zajisté i komunikace s rodiči. Byla pro Vás komunikace s rodiči náročná? Pokud ano, v čem konkrétně.

Jak dlouho trval Váš adaptační proces?

V čem považujete adaptační proces za přínosný?

Nyní poté, co jste úspěšně absolvovala adaptační proces na neonatologické JIP/JIRP, považujete připravenost porodních asistentek ze školy k práci na neonatologické JIP/JIRP za dostatečnou?

Máte nějaké návrhy, jak připravenost absolventek, v rámci studia na vysoké škole, zvýšit?

Co byste doporučila čerstvým absolventkám, které se rozhodly pro práci na neonatologické JIP/JIRP?