

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Michaela Melníková

Zapojení rodičů/zákonných zástupců do péče o předčasně narozené dítě v době jeho hospitalizace na JIP/jednotce intermediární péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Věra Dostálíková

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 9. května 2024

Podpis

Poděkování

Poděkování bych chtěla věnovat především Mgr. at Mgr. Věře Dostalíkové za profesionální vedení diplomové práce, za její ochotu, cenné rady a čas.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Zapojení matek do procesu péče o nedonošeného novorozence v době jeho hospitalizace

Název práce: Zapojení rodičů/zákonných zástupců do péče o předčasně narozené dítě v době jeho hospitalizace na JIP/jednotce intermediární péče

Název Práce v AJ: Involvement of parents/legal guardians in the care of the preterm infant during his/her hospitalization in the ICU/intermediate care unit

Datum zadání: 31.01.2023

Datum odevzdání: 9.05.2024

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Michaela Melníková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Věra Dostálíková

Oponent práce: MUDr. Lasák Jakub

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se věnuje zapojení rodičů/zákonných zástupců (ZZ) do procesu péče o předčasně narozené dítě v době jeho hospitalizace. Teoretická část práce předkládá informace o ošetrovatelském procesu při péči o nezralé novorozence a jeho jednotlivých oblastech. Popisuje dopad předčasného porodu na rodinu a tvorbu nových rodinných vztahů. Pojednává o komunikaci mezi zdravotnickým personálem a rodiči/ZZ a podává základní přehled vybraných podpůrných organizací. Hlavním cílem práce bylo zmapovat praktické zapojení rodičů/zákonných zástupců do procesu péče o nedonošené novorozence na oddělení JIP/intermediární péče (IMP). Toho bylo dosaženo za pomoci stanovených dílčích cílů (zjistit rozsah informovanosti rodičů/zákonných zástupců o možnostech zapojení do procesu poskytování péče nedonošenému novorozenci během hospitalizace, zjistit konkrétní činnosti ošetrovatelského procesu o nedonošeného novorozence, které rodiče sami vykonávali a v jakém rozsahu, zjistit názory rodičů na spolupráci a komunikaci se zdravotníky v rámci zapojení do péče o jejich novorozence) metodou kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo v období od prosince 2023 do února 2024. Ke sběru dat byl

využit individuální polostrukturovaný rozhovor, jež byl veden s 10 cíleně vybranými respondenty z Brna a okolí, kteří byli rodiči/ZZ novorozenců hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Brno na neonatologických odděleních intenzivní a intermediální péče.

Z výzkumu vyplynulo, že zapojení rodičů/ZZ, zejména matek, do ošetrovatelského procesu je v celku široké a ve velké míře je podporováno i zdravotnickým personálem, avšak jistý deficit byl zaznamenán v oblasti předávání informací o průběhu hospitalizace dítěte a zapojení do jednotlivých vyšetření. Deficit se týkal především žen, jejichž dítě bylo hospitalizováno na jednotce intermediální péče, jelikož nebyly schopny navázat dostatečný vztah se zdravotnickým personálem, kdy celkovou příčinou byla především nezvládnutá komunikace mezi oběma stranami.

Abstrakt v AJ:

The master thesis focuses on the involvement of parents/legal guardians in the process of caring for the premature baby during his/her hospitalization. It presents information about the nursing process in the care of premature newborns and its different areas. It describes the impact of preterm birth on the family and the formation of new family relationships. Discusses communication between health care personnel and parents/caregivers and gives a basic overview of selected support organizations.

The main objective of the master thesis was to map the practical involvement of parents/legal guardians in the process of care of preterm newborns in the ICU/intermediate care unit. This was achieved with the help of the set sub-objectives (to find out the extent of awareness of parents/legal guardians about the possibilities of involvement in the process of providing care to the premature newborn during hospitalization, to find out the specific activities of the nursing process of the premature newborn that parents themselves performed and to what extent, to find out the views of parents about the cooperation and communication with health care professionals in the process of involvement in the care of their newborn) by using qualitative research method. The qualitative research investigation was conducted between December 2023 and February 2024. An individual semi-structured interview was used to collect data, which was conducted with 10 purposively selected respondents from Brno and the surrounding area who were parents/guardians of newborns hospitalized at the University Hospital Brno in the neonatal intensive and intermediate care units.

The research showed that the involvement of parents/ legal guardians, especially mothers, in the nursing process is generally broad and to a large extent supported by the medical staff, but a certain deficit was noted in the area of information transfer about the

course of the child's hospitalization and involvement in individual examinations. The deficit was mainly related to women whose child was hospitalized in the intermediate care unit, as they were not able to establish a sufficient relationship with the medical staff, with the overall cause being mainly a failure of communication between the two parties.

Klíčová slova v ČJ: předčasně narozený novorozenec, neonatologická JIP, ošetrovatelský proces, zapojení rodičů/ZZ do ošetrovatelského procesu, family centered care, vývojová péče v neonatologii, předčasný porod, poporodní trauma, tvorba vztahů

Klíčová slova v AJ: premature newborn, neonatal intensive care unit, nursing process, parent/caregiver involvement in the nursing process, family centered care, developmental care in neonatology, preterm birth, postpartum trauma, relationship building

Rozsah: 80 stran / 3 přílohy

Obsah

ÚVOD	9
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	11
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
2.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES (OP) PŘI PÉČI O NEZRALÉ NOVOROZENCE.....	13
2.1.1 Vývojová péče v neonatologii.....	13
2.1.2 Family centered care (péče zaměřená na rodinu).....	13
2.1.3 Vytváření „léčebného prostředí“.....	14
2.1.4 Ochrana spánku	17
2.1.5 Denní aktivity zaměřené na vývoj.....	18
2.1.6 Eliminace stresu	25
2.2 RODINA	26
2.2.1 Předčasný porod a trauma.....	27
2.2.2 Specifika zátěže rodičů/ZZ předčasně narozených dětí.....	27
2.2.3 Vztah mezi novorozencem a rodiči/ZZ	29
2.2.4 Vztah mezi sourozencem a předčasně narozeným dítětem	30
2.2.5 Vztah mezi rodiči/ZZ (partnerský vztah).....	31
2.2.6 Komunikace a spolupráce s rodinou.....	32
2.3 PODPŮRNÉ ORGANIZACE	35
2.3.1 Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny.....	35
2.3.2 Společnost pro ranou péči.....	35
2.3.3 Nedoklubko	36
3 VÝZKUM.....	37
3.1 CÍLE PRÁCE	37
3.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
3.3 METODIKA VÝZKUMU	38
3.3.1 Popis výzkumné metody.....	38
3.3.2 Popis výzkumného nástroje.....	38
3.3.3 Charakteristika rozhovoru.....	39
3.3.4 Pilotní studie.....	39
3.3.5 Metoda sběru dat.....	40
3.3.6 Charakteristika zkoumaného vzorku a kritéria selekce respondentů.....	41
3.3.7 Limity výzkumu.....	41
3.3.8 Postup realizace a analýzy výsledků	41
3.3.9 Analýza a interpretace dat.....	43
4 DISKUSE	58

ZÁVĚR.....	62
REFERENČNÍ SEZNAM LITERATURY	64
SEZNAM ZKRATEK.....	74
SEZNAM TABULEK	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76
PŘÍLOHY.....	77

Úvod

Za nezralého novorozence je označen novorozenec narozený před dokončeným 37. týdnem gravidity (t.g.). I přes poměrně velký technologický i medicínský pokrok, zejména ve vyspělých zemích světa, zůstává předčasné narození dítěte jednou z hlavních příčin neonatální mortality a morbidit (Procházka, 2020). Poměrně důležitým, ačkoli eticky složitým tématem týkajícím se předčasného narození je hranice viability, která je v současnosti v České republice stanovena na dokončený 24. t.g., případně na porodní hmotnost 500 g. Předčasné narození mezi 22. – 24. t.g., je spojeno s vysokým rizikem mortality (cca 50 %) i vysokým rizikem trvalých následků, avšak zbylých cca 50 % předčasně narozených dětí v tomto rozmezí těhotenství nemá závažné trvalé následky (Procházka, 2020)(*Když přichází na svět miminka do dlaně*, 2022). Dle tiskové zprávy Českého statistického úřadu z roku 2021 dochází k poklesu podílu předčasně narozených dětí. V roce 2020 se předčasně narodilo 7,2 tisíce dětí, což je ve srovnání s rokem 2011 o 1,5 tisíce méně. Nejvíce nedonošených dětí se dle statistiky rodí nezletilým rodičkám (10,2 %) (Český statistický úřad, 2021).

Současným trendem v péči o předčasně narozené děti by mělo být časně zapojení rodičů/ZZ do ošetrovatelského procesu poskytovaného dítěti, tedy využívání tzv. family centered care (péče zaměřené na rodinu). Tento koncept zjednodušuje součinnost rodinných příslušníků dítěte a zdravotnického týmu, uznává rodiče/ZZ jako rovnocenné partnery v rámci ošetrovatelského procesu, respektuje individualitu rodičů/ZZ, předpokládá sdílení úplných a jasných informací a přizpůsobuje se přítomným potřebám daných rodičů/ZZ/rodinných příslušníků. (Královcová, c2024)

Diplomová práce předkládá znalosti o ošetrovatelském procesu při péči o nezralé novorozence, popisuje jednotlivé části tohoto procesu a jeho dopady na stále se vyvíjejícího novorozence. Zdůrazňuje psychologickou stránku předčasného porodu a jeho dopadu na rodinu zejména v oblasti formování nových vztahů. Neopomíná ani komunikaci s rodinou předčasně narozeného dítěte. Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat praktické zapojení rodičů/zákonných zástupců do procesu péče o nedonošené novorozence na oddělení JIP/intermediární péče.

Využitá vstupní literatura

BENZIES, Karen M., Vibhuti SHAH, Khalid AZIZ, et al. Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* [online]. 2017, 18(1) [cit. 2023-01-18]. ISSN 1745-6215. Dostupné z: doi:10.1186/s13063-017-2181-3

FINLAYSON, Kenneth, Annie DIXON, Chris SMITH, Fiona DYKES a Renee FLACKING. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units [online]. 2014, 5(3), 119-124 [cit. 2023-01-18]. ISSN 18775756. Dostupné z: doi:10.1016/j.srhc.2014.06.003

CRAIG, JW, CGLICK, RPHILLIPS, SLHALL, JSMITH a JBROWNE. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology* [online]. 2015, 35(S1), S5-S8 [cit. 2023-01-18]. ISSN 0743-8346. Dostupné z: doi:10.1038/jp.2015.142

ALVES, E., M. AMORIM, S. FRAGA, H. BARROS a S. SILVA. Parenting roles and knowledge in neonatal intensive care units: protocol of a mixed methods study. *BMJ Open* [online]. 2014, 4(7), e005941-e005941 [cit. 2023-01-18]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2014-005941

BRIERE, Carrie-Ellen, Jacqueline M. MCGRATH, Xiaomei CONG, Elizabeth BROWNELL a Regina CUSSON. Direct-breastfeeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants. *Applied Nursing Research* [online]. 2016, 32, 47-51 [cit. 2023-01-18]. ISSN 08971897. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnr.2016.04.004

1 Popis rešeršní činnosti

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVAJÍCÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: předčasně narozený novorozenec, neonatologická JIP, ošetrovatelský proces, zapojení rodičů/ZZ do ošetrovatelského procesu, family centered care, vývojová péče v neonatologii, předčasný porod, poporodní trauma, tvorba vztahů

Klíčová slova v AJ: premature newborn, neonatal intensive care unit, nursing process, parent/caregiver involvement in the nursing process, family centered care, developmental care in neonatology, preterm birth, postpartum trauma, relationship building

Jazyk: český, anglický

Období: 2013–2024

Další kritéria: vědecké a přehledové články, studie, recenzovaná periodika



DATABÁZE

EBSCO, Scopus, Medline, PubMed, ScienceDirect, Medvik



NALEZENO 210 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicitní články, kvalifikační práce, nerecenzovaná periodika, dokumenty nesplňující kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO - 3, Medline - 5, Scopus - 6, ScienceDirect - 7, PubMed - 13, Medvik - 8, Google books - 3, Další zdroje - 15

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Česká periodika a dokumenty:

Florence (1), FI MUNI (1), Český statistický úřad (1), Nedoklubko (3), Pediatrie pro praxi (3), Nadační fond pro předčasně narozené děti (2), Psychiatrie pro praxi (1), Společnost pro ranou péči (2), Perinatální ztráta (1), MZČR (1), Asociace neúplných rodin (1),

Zahraniční periodika a dokumenty:

International Journal of Environmental Research and Public Health (3), Newborn and Infant Nursing Reviews (1), Jornal de Pediatria (1), WHO (3), Journal of Perinatology (1), Psychoneuroendocrinology (1), Applied Nursing Research (1), Türk Pediatri Arşivi (1), Sexual & Reproductive Healthcare (1), International Journal of Environmental Research and Public Health (1), European standards of care for newborn health (1), Early Human Development (2), Attachment & Human Development Journal (1), Systematic Reviews (1), Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition (2), BMC Pregnancy and Childbirth (1), MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing (1), Sri Lanka Journal of Child Health (1), Nursing Research (1), Nationwide Children's (1), North Midlands: University hospital of North Midlands (1), Children- Basel (1), Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (1), Journal of Drugs in Dermatology (1), SoundEar (1), Journal of Pediatric Psychology (1), Nursing Outlook (1)



Pro tvorbu diplomové práce bylo celkem využito 34 dohledaných článků, 11 knižních publikací a 15 dokumentů.

2 Teoretická východiska

2.1 Ošetrovatelský proces (OP) při péči o nezralé novorozence

2.1.1 Vývojová péče v neonatologii

Vývojová péče představuje speciální ošetrovatelské postupy, jež v nejvyšší možné míře chrání a podporují fyziologický neurologický vývoj nezralého novorozence a zároveň snižují negativní dopady stresorů na zdravý vývoj dítěte. Koncept vývojové péče zahrnuje individualizovanou péči o dítě, uniformní přístup personálu, adaptaci prostředí a vnímání rodičů/zákonných zástupců jako společníků v péči o dítě. (Kučová, 2022), (*Vývojová péče v neonatologii*, [2024]) Jednotlivé zásady a postupy tohoto konceptu lze rozdělit do několika sfér:

- péče zaměřená na rodinu
- vytváření „léčebného prostředí“ (fyzická a smyslová oblast, soukromí a bezpečí)
- ochrana spánku
- denní aktivity zaměřené na vývoj (manipulace/polohování, hranice, bonding, klokánkování, výživa, ochrana kůže – koupel)
- hodnocení a léčba stresu a bolesti (nefarmakologické postupy)

Respektováním zásad individualizované vývojové péče dochází k prokazatelnému snížení stresu a bolesti dítěte, k uznávání jeho potřeb, zkrácení hospitalizace dítěte a maximálnímu zapojení rodičů/ZZ do péče. (Macko & Pumprlová, 2022)

2.1.2 Family centered care (péče zaměřená na rodinu)

Pojem family centered care (FCC) je charakterizován jako model zdravotní péče, jehož podstatou je zapojení rodiny – především rodičů/ZZ do ošetrovatelského procesu, čímž dochází k významné podpoře pocitu pohody a bezpečí u hospitalizovaného předčasně narozeného dítěte (Finlayson et al., 2014).

Současné pojetí tohoto modelu péče tkví především v možnosti nepřetržitého kontaktu (24 hod./denně) matka/otec/ZZ s dítětem, za předpokladu vytvořeného účinného terapeutického vztahu se zdravotnickým personálem, který by měl rodiče/ZZ podporovat v samostatném a informovaném zapojování do ošetrovatelského procesu poskytovaného nedonošenému dítěti a zároveň by měl napomoci tvorbě vzájemně respektujícího prostředí pro rodiče/ZZ tak, aby se nebáli péči dítěti poskytovat. Při aplikaci FCC se tak logicky vyvíjí role zdravotníků i rodičů/ZZ, ti se stávají součástí týmu pečujícího o tzv. well-being dítěte (Gómez-Cantarino et al., 2020).

Doporučení pro podporu rodičů/ZZ jako hlavních pečovatelů o předčasně narozené dítě (Kenner & Lott, 2021) (Craig et al., 2015):

1. Rodiče/ZZ by se měli stát plnohodnotnou součástí týmu pečujícího o zdraví novorozence

- Měli by dítěti poskytovat praktickou péči včetně časného, frekventovaného a dlouhodobého kontaktu kůže na kůži pod vedením a instruktáží odborného zdravotnického personálu.
- Měli by se účastnit lékařských vizit a předávání informací v rámci změny směn.
- Měli by respektovat provozní řád a bezpečnostní opatření oddělení.
- Měli by mít plný přístup ke zdravotnické dokumentaci dítěte.

2. Péče ze strany rodičů/ZZ a blízké rodiny by měla zahrnovat

- Vytvoření pocitu jistoty a bezpečí u dítěte prostřednictvím jejich konzistentní přítomnosti
- Rozpoznání behaviorálních vzorců chování dítěte tak, aby dokázali co nejlépe interpretovat potřeby dítěte a zároveň na ně adekvátně reagovat
- Podporu udržení léčebného prostředí s ohledem na vyvíjející se smysly dítěte
- Polohování a manipulaci s dítětem, krmení – darovaným mlékem či kojením, klokánkování, dotyky dítěte, spolupráci s personálem v rámci minimalizace stresu a bolesti dítěte
- Ochranu spánku dítěte a uvědomění si jeho důležitosti z hlediska růstu a vývoje dítěte
- Ochranu pokožky dítěte a jejích funkcí

2.1.3 Vytváření „léčebného prostředí“

Léčebné prostředí může být rozděleno na oblast fyzickou, smyslovou, oblast soukromí a bezpečí. Je vytvářeno za účelem minimalizace následků mimoděložního vývoje stále se vyvíjejícího dítěte, zejména na centrální nervovou soustavu (CNS), a také za účelem podpory rychlejšího uzdravení a stabilizace dítěte. Fyzická oblast zahrnuje prostor jako takový a jeho vlastnosti. Ty ovlivňují motorický vývoj, polohu či pohyb dítěte. Smyslová oblast zahrnuje všechny sensorické systémy – hmatový, sluchový (hluk), čichový, chuťový, zrakový (světlo) a vestibulární (rovnováha, propiocepce a pohyb). Základem podpory následného

fyziologického vývoje všech smyslů je umožnění časného, opakovaného a dlouhodobého kontaktu kůže na kůži dítěte s matkou/otcem/ZZ/rodinným příslušníkem. Pokud budou na dítě dlouhodobě působit nepříznivé smyslové inzulty, dojde k narušení neurovývoje, což může způsobit celoživotní změny ve funkci jeho mozku. (Procházka, 2020) (Kenner & Lott, 2021) (Altimier, 2015)

Fyzické prostředí

Fyzické prostředí jednotky intenzivní péče (JIP) by mělo být přizpůsobené potřebám a vývojovému stadiu nezralých novorozenců. Základem fyzického prostředí neonatologické jednotky intenzivní péče je dodržení standardu neurovývojové péče, poskytnutí dostatečného soukromí, prostoru a zázemí pro potřeby tzv. family centered care (péče zaměřené na rodinu) a také vytvoření prostoru pro kvalitně a bezpečně prováděnou odbornou péči personálu JIP. Obecně by mělo fyzické prostředí neonatologické JIP odpovídat nejnovějším doporučeným standardům The European Standards of Care for Newborn Health. (Fröst et al., 2023), (Kenner & Lott, 2021), (Altimier, 2015)

Smyslová oblast – taktilní stimulace, vestibulární systém, chuť, čich, sluch, zrak

Taktilní stimulace

Taktilní stimulace neboli dotekové podněcování je forma komunikace s předčasně narozeným dítětem. Spadá do ní široké spektrum činností, které nemůže dítě nijak ovlivnit a vnímá je jako stresující či bolestivé, pokud jsou provedeny nesprávně – doteky personálu, průběh vyšetření, teplotní rozdíly či samostatná změna polohy v inkubátoru. Proto je nutné, při manipulaci s dítětem, využívat jemné ale pevné doteky. Veškeré úkony provádět v termoneutrálním prostředí (= prostředí, ve kterém je novorozenec schopen udržet svoji tělesnou teplotu stabilní bez zvýšených nároků na jeho metabolismus, a tím tak docílit minimální spotřeby kyslíku a energie) a dítě ukládat do polohy, která je pro něj pohodlná a prospěšná, a která zároveň umožňuje zdravotnickému personálu využití přístrojového či neinvazivního monitorování. (*Vývojová péče v neonatologii*, [2024])(Kenner & Lott, 2021), (Altimier, 2015)

Vestibulární systém

Vestibulární systém zajišťuje detekci polohy i pohybu hlavy, celého těla a udržování rovnováhy. U novorozenců v děloze je toto vnímání a změny polohy těla ovlivněno přítomností plodové vody, ohraničením tělíčka děložní stěnou a polohou matky. Na předčasně narozeného novorozence působí gravitace, a také mechanické vlivy zdravotnických a polohovacích pomůcek, kterým vzhledem k nedostatečně vyvinutému svalovému a kosternímu systému jen s obtížemi odolává. Proto je vhodné polohování a šetrná manipulace

s novorozencem důležitá nejen jako prevence vzniku dekubitů či svalových kontraktur, ale i jako podpora a ochrana vestibulárního systému, který informuje novorozence o jeho poloze a pohybech. Tato podpora je zajištěna pomocí pomalého a postupného polohování dítěte bez náhlých pohybů, vytvářením tzv „hranic“ při jeho polohování, používáním polohovacích pomůcek – pelíšků, zajištěním rozdělení péče do období spánku a bdění, pokud to situace umožňuje. (Kenner & Lott, 2021)(Altimier, 2015)

Chuť

Prvními podněty chutí novorozence jsou chuť plodové vody a mateřského mléka, které jsou po porodu dále podporovány podáváním štetiček s odstříkaným kolostrem či mateřským mlékem, přikládáním k prsu a kojením. Při samotném polohování je novorozenec uložen tak, aby měl ruce volně v blízkosti obličeje či úst. Negativní vnímání chuti může způsobit užívání adheziv v oblasti úst a nosu. (Kenner & Lott, 2021)

Čich

V rámci podpory pozitivních čichových vjemů dítěte by měly být eliminovány na oddělení zdroje výrazných vůní či zápachů. Těmi ovlivnitelnými jsou například nevhodně zvolené dezinfekce, prací prostředky, ale i výrazné parfémy rodičů či personálu (Kenner & Lott, 2021). Podpora čichových vjemů a zároveň tvorba citové vazby mezi matkou, otcem a novorozencem je zajištěna již samotným bondingem či časným kontaktem po porodu, dále pak klokánkováním a neomezenou přítomností rodičů u dítěte. Také jako zdroj vůně a zároveň i pocitu bezpečí může být k dítěti umístěna prsní vložka, šátek či látková plena, kterou nosila matka dítěte na svém těle.

Sluch (hluk)

Vzhledem k nedostatečně vyvinuté sluchové a centrální nervové soustavě předčasně narozeného novorozence vyvolávají příliš hlasité zvukové podněty úlekové reakce, které mohou způsobit následnou fyziologickou nestabilitu novorozence. Ta se projevuje desaturací, hypoxémií, tachykardií či apnoickými pauzami. Pokud příliš hlasitý zvukový podnět působí na dítě periodicky, může dojít k porušení spánkového vzorce a vývoji nespavosti, což zapříčiní jeho celkové neprospívání. Obecně by hladina zvuku na oddělení novorozenecké JIP neměla překročit 45 dB. Toho je dosaženo zavedením několika následujících opatření: snížením nastavitelné hlasitosti alarmů monitorační techniky, časnou reakcí personálu při spuštění alarmu, využíváním inkubátorových přehozů vyplněných izolačním dutým vláknem a důslednou edukací veškerého personálu i rodičů o zásadách dodržování hlasitosti na daném oddělení. K monitoraci hladiny zvuku na oddělení je možné využít SoundEar monitor, který

vizuálně zobrazuje dosaženého hluku. (*SOUNDEAR 3 SERIES: Take full Control of your Noise Levels*, c2024) (Procházka, 2020) (Kenner & Lott, 2021)(Altimier, 2015)

Zrak (světlo)

Stejně jako ostatní systémy je i zrakový systém předčasně narozeného novorozence nevyvinutý, jeho vývoj se dokončuje až v dětství. Tím, že není zrakový systém dostatečně vyvinut působí nadměrná světelná stimulace úlekovou reakci, a stejně tak, jako nadměrné působení hluku může způsobit fyziologickou nestabilitu novorozence. Ochrana před světelným stresem novorozence je zajištěna pomocí několika opatření: vyhýbání se cílené zrakové stimulaci novorozence do 32. t.g. (záměrné umísťování předmětů, obrázků či kolotočů do zorného pole novorozence), zakrytím očí novorozence během vyšetření a léčebných procedur, zakrýváním inkubátorů přehozy, používáním okenních žaluzií, zvolením tlumených zemitých barev stěn oddělení, využitím bodového osvětlení a respektováním cirkadiálního rytmu jednotky, především u dětí starších než 31 týdnů. (Šaňáková, & Staníčková, 2022) (Procházka, 2020)(Altimier, 2015)(Kenner & Lott, 2021)

2.1.4 Ochrana spánku

Bdělý stav a aktivita jsou u novorozenců minimální, převládajícím stavem je odpočinek a spánek. Extrémně nezralý novorozenec prospí téměř celý den, kdy cca 80 % tvoří rapid eye movement (REM) spánek, jehož procenta se s postupným vývojem dítěte snižují a přibývá fáze non-rapid eye movement (non-REM) spánku. Jak REM, tak i non-REM fáze spánku jsou velmi důležité pro správný neurosenzorický vývoj funkcí centrální nervové soustavy dítěte. (Šaňáková, & Staníčková, 2022) (Firmino et al., 2022)

K utváření smyslových systémů je nutná endogenní stimulace, ta vzniká pouze v průběhu REM fáze spánku, během které, se utváří i topografické seřazení somatosenzorického, zrakového a sluchového systému a zároveň dochází k jejich propojení do limbických struktur a do kortexu. Příjem stimulů z vnějšího prostředí je možný až po vytvoření senzorických systémů, tyto stimuly jsou poté zpracovány během non-REM fáze spánku. Zdravý spánek a spánkový cyklus jsou klíčové pro udržení plasticity mozku, schopnosti mozku reorganizovat své nervové dráhy, tedy měnit strukturu a funkci, při reakci na okolní podněty či potřeby. (Šaňáková, & Staníčková, 2022) (Firmino et al., 2022)

Pokud novorozenec nemá dostatek spánku, může tato situace vyústit až ke zmenšení kůry mozkové a k problémům s chováním. Proto je ochrana spánku považována za zásadní při poskytování neuroprotektivní péče na neonatologické JIP. Spánek novorozence je chráněn především sloučením ošetrovatelské a lékařské péče novorozenci poskytované a také

sladěním stimulačních podnětů s rytmem spánku a bdělosti. Pro adekvátní podporu spánku je využíván i tzv. minimal handling (v průběhu spánku novorozence je vykonáváno nejmenší možné množství intervencí) a zavinování novorozence (tvorba hranic těla), jež poskytuje hmatovou stimulaci a zároveň snižuje srdeční frekvenci, zmírňuje bolest a zabraňuje podchlazení. (Šaňáková, & Staníčková, 2022) (Griffiths et al., 2019) (Lucas, 2015)

2.1.5 Denní aktivity zaměřené na vývoj

Handling a polohování: V průběhu nitroděložního vývoje je plod obklopen dělohou, ta mu vytváří přesně dané hranice, zprostředkovává nepřetržité dotykové, kinestetické, proprioceptivní podněty a určuje jeho polohu a postavení – překřížené a ohnuté končetiny, ohnutá páteř a mírný předklon hlavy. Tento habitus je velmi důležitý pro fyziologický vývoj svalů a nervosvalových spojení. Předčasně narozené dítě nemá dostatečně vyvinutý svalový aparát – svalový tonus se vytváří do 36. t.g., díky tomu je novorozenec negativně podroben působení gravitačních sil a zaujímá dlouhotrvající nekomfortní polohu vleže. Pokud novorozenec setrvává v nesprávných až patologických polohách, dochází k podpoře nefyziologických nervových spojení a může dojít i k opožděnému vývoji a trvalému postižení dítěte. (Šaňáková, & Staníčková, 2022)(Lucas, 2015) Handling a správné polohování novorozence jsou důležitou součástí podpory fyziologického vývoje předčasně narozeného novorozence. Personál a rodiče/ZZ poskytující péči novorozenci by si měli být vědomi možného poškození dítěte v případě neadekvátně zvoleného přístupu.

Handling (manipulace): Základem manipulace s novorozencem je jemnost, plynulost, dostatek času a šetrnost. Extrémně nezralí novorozenci vnímají až 90 % doteků negativně, což u nich vyvolává spuštění stresové reakce či nepříjemné pocity. Negativně vnímanými doteky jsou především ty od personálu. Doteky od matky/otce/ZZ vnímají novorozenci pozitivně, proto by měla být každá manipulace počata a ukončena iniciálním dotekem, rozdílným pro personál a rodiče/ZZ. Novorozenec je schopný si tyto doteky zapamatovat a na základě nich rozlišit, zda se jedná o rodiče/ZZ nebo zdravotnický personál a zda bude následovat interakce pozitivní (rodič/ZZ) nebo negativní (personál). (Macko & Pumprlová, 2022) Správně provedený iniciální dotek je vykonáván klidně, pomalu, celým povrchem dlaně s mírným tlakem, alespoň 1 až 2 minuty a je o něm informovaný celý multidisciplinární tým (Kučová, 2022)(Macko & Pumprlová, 2022).

Změna polohy dítěte (zvedání/pokládání) by měla být vykonávána přes bok nebo přes polosed, jelikož dítě nepřichází o orientaci v rámci vlastního těla, a zároveň tím dochází k pozvolnému rozproštění hmotnosti a přeměně zátěže. Rychlá a neobratná změna polohy

bez podpory těla a končetin novorozence vede k podráždění vestibulárního aparátu, což se projevuje motorickým neklidem, kdy se dítě pokouší o stabilizaci o pevný povrch. Pokud k takové manipulaci dojde, je pravděpodobné, že se u dítěte projeví chaotické chování trvající až desítky minut, při kterém může dojít k nevolnosti, závratí či desaturaci dítěte, kolísání srdeční frekvence a dalším projevům stresové zátěže. Šetrným handlingem a technikou containmentu (= hand hugs, obejmutí rukama) snižujeme riziko diskomfortu a stresu a novorozenec je schopen kontrolovat vlastní tělo. Technika containmentu představuje jemný a aktivní způsob podpory těla novorozence pomocí rukou personálu/rodičů/ZZ, jíž je zajištěna opora ve flexní středové poloze. Ruce personálu či rodičů/ZZ by měly vyvíjet jemný ale pevný tlak na ruce a nohy nebo hlavičku a zadeček dítěte, což napomáhá uklidnění a utišení novorozence. Pro optimální manipulaci a polohování dítěte je vhodné techniku vykonávat ve dvou. Techniku containmentu lze využívat při jakémkoliv druhu manipulace s dítětem včetně procedur a ošetrovatelské péče. (Lockridge, 2018), (Šaňáková, & Staníčková, 2022), (Kučová, 2022) (Nationwide children's, 2020)

Polohování: Při polohování by mělo být dítě umístěno do takové polohy, která jej neohrožuje, podporuje jeho dýchání, trávení, svalový i kosterní aparát, a kterou dobře snáší. Splněním těchto podmínek je zajištěno příznivé ovlivnění odpočinku a spánku, což povede k fyziologické stabilitě, pohodlí a pozitivnímu vnímání sociálních interakcí. (Kučová, 2022), (*Neonatal guidelines 2022-2024 Bedside Clinical Guidelines*, 2022). Nesplněním podmínek bezpečného polohování dochází k ohrožení zdravotního stavu dítěte, jelikož se zvyšuje riziko rozvoje gastroezofageálního refluxu, snížení průtoku krve mozkem, zvýšení intrakraniálního tlaku, poruchám dýchání a termoregulace či diskomfortu novorozence. Mimo jiné může nevhodná poloha dítěte způsobit i narušení integrity kůže, zploštění a protáhnutí hlavičky či posturální deformity. (*Neonatal guidelines 2022-2024 Bedside Clinical Guidelines*, 2022)

K zajištění fyziologického vývoje pohybového aparátu a dosažení komfortu novorozence je využíváno množství pomůcek usnadňujících jeho polohování, které zajišťují ohraničení jeho těla v případě hnízd, příkrývek a polohovacích rukou nebo podporu jednotlivých částí těla, jako je vypodložení hrudníku či krční páteře nebo končetin. Tyto pomůcky poskytují pocit bezpečí, opory, vytvářejí hranice těla a zároveň novorozenci umožňují volný pohyb, díky čemuž může novorozenec zaujmout polohu podobnou té, kterou v děloze zaujímal. (Šaňáková, & Staníčková, 2022)(Macko & Pumprlová, 2022)

Nejčastějšími polohami využívanými u předčasně narozených novorozenců jsou: poloha pronační, supinační nebo poloha na boku. V určitých případech se před propuštěním novorozence využívá i tzv. sedačkový test, který je prováděn především u malých a předčasně

narozených dětí, jež mají větší riziko kardiorespiračních obtíží při cestování v dětské sedačce (*Neonatal guidelines 2022-2024 Bedside Clinical Guidelines*, 2022).

Časný kontakt, bonding a klokánkování: Pro podporu vznikajícího vztahu mezi rodiči a novorozencem a zároveň i stabilizaci jeho klinického stavu by u všech novorozenců měl proběhnout v první hodině po porodu kontakt kůže na kůži s matkou či otcem/ZZ (“Care of the newborn: Skin-to-skincontact”, 2018). Prvotní kontakt kůže na kůži je velmi důležitý nejen z hlediska vývoje citové vazby, ale prokazatelně vede k termostabilitě dítěte a v případě kontaktu s matkou pak k rychlejšímu nástupu laktace a kojení. A i když se hlubší vztah mezi matkou a dítětem vyvíjí již prenatálně pomocí podvědomé harmonie jejich autonomního nervového systému, schopnost raného učení je hlavním činitelem, jenž napomáhá novorozenci ve tvorbě citového vztahu k matce i otci/ZZ. (Aftyka et al., 2023) Bohužel předčasně narozené děti jsou mnohdy z důvodu nezralosti po porodu nestabilní a vyžadují neodkladnou péči, a tak je bonding trvajících zpravidla jednu až dvě hodiny po porodu nemožný. V takovém případě je možné provést alespoň časný kontakt po zajištění nezralého novorozence. Časný kontakt pomáhá zlepšit výsledky kojení, podporuje tvorbu prvotní vazby – tzv. attachment mezi matkou a dítětem, zmírňuje pláč a podporuje kardiorespirační stabilitu (Mrowetz & Peremská, 2013).

Modelem podporujícím časný kontakt matka-dítě je např. tzv. **kangaroo-mother care method (KMC)** – klokaní mateřská péče (*Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper*, 2023).

Model KMC se skládá z kontaktu kůže na kůži, kdy je dítě v supinační poloze uloženo na hrudník matky či otce, což umožňuje novorozenci bezpečný pobyt mimo inkubátor. Lze jej popsat jako model péče o předčasně narozené novorozence či novorozence s nízkou porodní hmotností, který spočívá v nepřerušovaném a dlouhodobém kontaktu kůže na kůži (8 až 24 hod./den). Dle doporučení je vhodné s KMC začít co nejdříve po porodu, v momentě, kdy je dítě stabilní. (Gadapani Pathak et al., 2023) (*Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper*, 2023) (Campanha et al., 2023) Přiložení novorozence na kůži je většinou zahájeno před kojením a je považováno za jednu z nejúčinnějších metod podpory zahájení a pokračování v kojení. Podávání umělého mléka by při KMC mělo být zvaženo pouze ve výjimečných situacích. Poměrně velkou výhodou je možnost zapojení rodiny do péče. KMC mohou poskytovat otcové ale i další členové rodiny. Zapojení otce je velmi důležité zejména v případě, kdy je matka dítěte zdravotně nestabilní. Tím, že se střídá např. matka s otcem a s babičkou či starším sourozencem je možné zajistit až 24 hod. KMC, což je pro nezralého novorozence velkým přínosem. (*Kangaroo mother care: a*

transformative innovation in health care. Global position paper, 2023(Campanha et al., 2023)

KMC by neměla být zaměňována s rutinním kontaktem kůže na kůži při porodu. Rutinní kontakt kůže na kůži je doporučovaný u všech stabilních novorozenců v průběhu první hodiny po porodu k zajištění tepla a podpoře časného kojení. KMC oproti tomuto rutinnímu kontaktu zahrnuje dlouhodobý a trvalý kontakt kůže na kůži u předčasně narozených novorozenců či novorozenců s nízkou porodní váhou společně s podporou výlučného krmení mateřským mlékem. (*Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper, 2023*)

Dle Evidence based medicine (EBM) přináší KMC ve srovnání se standardní péčí mnohé benefity jako např.: snížení novorozenecké mortality, nižší riziko neonatální sepse, snížený výskyt hypotermie a hypoglykémie. Dále dřívější propuštění z JIP, ale i nemocnice, snížení rehospitalizací novorozenců, vyšší podporu kojení, lepší vztah matka-dítě, snížení fyziologických reakcí na bolest, lepší růst a motorický i kognitivní vývoj. (Campanha et al., 2023)

Výživa: Nejideálnějším typem stravy pro novorozence fyziologické i předčasně narozené je z hlediska složení i dostupnosti zpočátku mlezivo (proteiny, imunoglobuliny, minerály a stopové prvky, nízký obsah sacharidů a lipidů) a posléze mateřské mléko, které jsou dítěti podávány co nejdříve po porodu, vždy s ohledem na jeho zdravotní stav. Zpočátku je nezralým novorozencům pro nedostatečně vyvinuté reflexy strava podávána pomocí gastrické sondy, ale vždy je stimulována i chuť a čich pomocí štětičky s mlékem. Po stabilizaci zdravotního stavu se začíná s aktivní snahou o přisátí. Sání je zpočátku nenutritivní, novorozenec se seznamuje s bradavkou, uvědomuje si chuť i vůni mléka. Alternativními způsoby krmení jsou krmení ze stříkačky, kojení s cévkou u prsu, krmení kádinkou či lžičkou. Přejít z výživy pomocí gastrické sondy na kojení je individuální záležitostí přizpůsobené na dané schopnosti, dovednosti a zdravotní stav dítěte. Předčasně narozené dítě musí mít vyvinutou koordinaci sání, polykání a dýchání, aby mohlo být plně kojeno, ta je obvykle dobře vyvinuta od 37. gestačního týdne, ačkoliv její vývoj začíná již kolem 32. týdne gestace.(Procházka, 2020) (Macko & Pumprlová, 2022) Dostatečný kalorický příjem a prospívání novorozence je kontinuálně sledováno a při nedostatečné nutrici je možné mateřské mléko fortifikovat, zejména bílkovinami(Kenner & Lott, 2021). Časně a pravidelné podávání kvalitní stravy snižuje riziko hypoglykemie i poporodní růstové restrikce, podporuje imunitní systém novorozence a jeho vytvářející se mikrobiom a je prevencí dalších možných zdravotních komplikací. Zároveň naplňuje genetický růstový

potenciál novorozence a optimalizuje jeho zdraví a pohodu. (Lapillonne et al., 2019)(Procházka, 2020)(Moltu et al., 2021)

Vzhledem k tomu, že předčasně narozené dítě není schopno po narození plně sát a tím stimulovat tvorbu mléka, je velmi důležitá podpora kojení matky. Laktace je u matek předčasně narozených dětí zahajována zejména odstříkáváním (ruční/elektrickou odsávačkou) a pro úspěšný nástup a následné udržení laktace je potřeba dobrá souhra mezi personálem a matkou.

Základní strategie podpory kojení:

1. Edukace matky o odsávání mateřského mléka a poskytnutí instrukcí k odsávacím technikám (ruční odsávání, manuální/elektrická odsávačka).
2. Zahájení odsávání do 6 hodin po porodu.
3. Podpora kontaktu kůže na kůži co nejdříve po porodu.
4. Odsávání mateřského mléka alespoň 8x za 24 hodin.
5. Poskytnutí emocionální podpory a uvědomění si rozdílů mezi odsáváním a kojením dítěte.
6. Zahájení kojení před zahájením krmení z lahví.
7. Podpora kojení na žádost dítěte (novorozenec přiložen k prsu při projevu hladu či probuzení a není krmen dle rozvrhu) (Kenner & Lott, 2021)

Hygienická péče o novorozence (hodnocení stavu kůže, koupel, péče o nehty, přebalování, péče o pupeční pahýl použití adheziv a dezinfekcí):

Kůže je největším orgánem těla a jako taková vytváří rozhraní mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu, což poskytuje ochranu před vlivy vnějšího prostředí. Kůže předčasně narozeného novorozence se však liší morfologicky i funkčně od kůže dospělého člověka i donošeného novorozence. Nezralá kůže nedonošeného novorozence je křehká, náchylná ke vzniku erozí či puchýřků. Obsahuje malé množství keratinu, což se odráží na vyšších ztrátách tělesného tepla i vody zejména v prvním týdnu života. Mimo nízký obsah keratinu je i svrchní ochranná část pokožky nedonošených novorozenců velmi tenká, což dále podporuje vyšší ztráty tepla a vody a špatnou tepelnou izolaci pak způsobuje i nízké procento podkožního tuku. (Procházka, 2020) Srovnání kůže termínového novorozence a předtermínového novorozence:

- Kůže nezralého novorozence je o 40 % tenčí, má pouze 2–3 vrstvy.
- Kožní kolagen a elastin jsou nezralé, což má vliv na pružnost a odolnost kůže předčasného novorozence.

- Kůže předtermínového novorozence je nadměru jemná a citlivá zejména na dezinfekční prostředky a určité zdravotnické materiály.
- Celkově, je předčasně narozený novorozenec více predisponovaný ke vzniku kožního poškození -> kategorie velmi rizikových pacientů. (Antoničková & Žáková, 2023)(Schachner et al., 2021)

K základní péči o pokožku novorozence patří hodnocení stavu kůže, které je prováděno alespoň 2x denně ve stejnou dobu, a to při převzetí dítěte do péče či zhoršení jeho stavu. Postup hodnocení je kefalokaudálním směrem, tedy od hlavy ke končetinám, se zaměřením na rizikové faktory (low birth weight (LBW)), imobilita, invazivní vstupy, operace, rány, kožní vedlejší účinky podávaných léčiv), celkový vzhled kůže dítěte, barvu pokožky, kožní turgor, kapilární návrat, kvalitu kožních adnex a výskyt patologických jevů. Veškerá zjištění jsou dokumentována písemnou formou v dokumentaci dítěte, případně je pořízena fotoarchivace. (Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZCR], 2020), (Procházka, 2020), (Antoničková & Žáková, 2023)

Koupele nezralého novorozence a péče o nehty: Z hlediska dělení lze koupele rozlišit na první koupele po porodu a běžnou (denní) koupele. Oba druhy koupele mají být prováděny v termoneutralní místnosti s teplotou 26°C a bez průvanu, s vodou v teplotním rozmezí 37 až 39 °C, s použitím předeřhřátého textilu (pleny, oblečení, ručník, polohovací pomůcky) a s pomůckami ke koupeli buď jednorázovými nebo dobře dezinfikovatelnými (vanička, kartáček na vlasy, nůžky na nehty, čtverečky buničiny). Koupele ať již první či běžná nemá být dlouhého trvání, neboť může ohrozit dítě hypotermií. Z hlediska techniky provedení existují tři možnosti koupele: sprchování, otírání nebo ponoření novorozence do vody. U nezralých novorozenců je nejvhodnější volit techniku ponoření cca 1x za 4 dny, kdy je u dětí mladších než 32. g.t. použita pouze čistá voda, u starších novorozenců se do vody přidává olejové emulze, která předchází nadměrnému vysušování pokožky. Jako další ochranu před nadměrnou ztrátou vody přes kůži a před narušením kožní integrity jsou používána neparfémovaná emolienca, na bázi vazelíny nebo minerálních olejů, kdy se obvykle po koupeli lehce rozetře 0,5 až 1,5 ml na celé tělo, kromě vlásků a obličeje dítěte. (Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZCR], 2020), (Procházka, 2020), (Schachner et al., 2021) Provedení *první koupele* novorozence není časově doporučeno a její načasování je ovlivněno přáním rodičů, klinickým zdravotním stavem dítěte nebo matky, komplikacemi po porodu a kulturními důvody. Nejdříve by měla být první koupele provedena po časné adaptaci novorozence, tedy za dvě hodiny po porodu. Jsou ovšem situace, při kterých by dítě mělo být vykoupáno co nejdříve, s ohledem na ochranu zdraví dítěte, ale i zdravotního personálu. Tyto

situace zahrnují např. mateřskou nákazu HIV virem, značně zkalenou plodovou vodu nebo závažné až život ohrožující infekční stavy. Při první koupeli není cíleně odstraňován vernix, který novorozenci poskytuje účelnou ochranu proti rozvoji infekčních stavů (podporuje acidifikaci, a tím brání množení mikroorganismů), snižuje propustnost pokožky a ztráty vody kůží. Obvykle se samovolně do 5 dnů po porodu vstřebá. (Procházka, 2020)(Schachner et al., 2021)(Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZCR], 2020) **Běžná koupel** obecně vysušuje pokožku novorozence, proto ji stačí provádět 1-2 x za týden. Každodenně jsou oplachována a ošetřována predilekční místa a místa možné zapáčky jako jsou: oblasti krku a axily nebo oblasti perianální a genitálu. Pokud je zdravotní stav dítěte stabilní, je možné využít i tzv. swaddle bathing, kdy je dítě zavinováno teplou mokrou plenou. (Procházka, 2020), (Schachner et al., 2021), (Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZCR], 2020) U novorozenců extrémně nezralých je koupel prováděna formou otírání sterilní vodou a gázou, následným osušením a jemným promazáním. Tato koupel je prováděna šetrně v prostoru inkubátoru. **Péče o nehty** je u předčasně narozených dětí velmi podobná té u termínově narozených. Zpočátku sice nehty nepřesahují nehtové lůžko, ale mají tendenci velmi rychle růst. To zvyšuje riziko třepení nebo jejich zalomení a případné narušení integrity kůže. Úprava nehtů je prováděna pomocí pilníku, dětských nůžek nebo kleštiček, na rukou do obloučku a na nohou rovně. V rámci péče o nehty je vhodné rodiče/ZZ informovat o správné péči (neokusovat, neodlamovat) aby nezvyšovali riziko poranění novorozence a vzniku infekce. (Procházka, 2020), (Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZCR], 2020)

Dále je součástí hygienické péče a péče o pokožku novorozence i **přebalování novorozence**, které je také nástrojem pro sledování bilance tekutin. V rámci neonatologických jednotek jsou používány pleny jednorázové, různých velikostí. Prakticky by výměna plen měla probíhat v rámci dalších úkonů. Při samotném přebalování nemá dojít ke zvednutí zadečku nad úroveň hlavičky, jelikož tak dochází ke zvýšení intrakraniálního a intraabdominálního tlaku a zvyšuje se tak riziko nitrolebního krvácení, zvracení či aspirace žaludečního obsahu, proto by měl být nezralý novorozenec přebalován v poloze na boku. Také nemá být pánev zvedána od podložky za tah dolních končetin, ale s celkovým nadzvednutím oblasti pánve. Prostředky používané k výměně plen mají být opět bez parfemace, a zvláště u nezralých novorozenců by měla být upřednostněna čistá voda s gázou před vlhčenými ubrousky. (Procházka, 2020)(Kenner & Lott, 2021), (McInerney et al., 2017)

2.1.6 Eliminace stresu

Hospitalizace a péče o předčasně narozené děti na JIP je odlišná od péče o termínové novorozence. U předčasně narozených dětí se hospitalizace může stát velmi stresující záležitostí, jež představuje specifickou formu toxického stresu, jelikož jsou novorozenci v průběhu hospitalizace podrobeni desítkám stresujících či bolestivých procedur za den, což může negativně a bohužel i nevratně ovlivnit vývoj mozku. (Weber & Harrison, 2019)(D'Agata et al., 2019) Centrální nervový systém předčasně narozených dětí je nezralý morfologicky i funkčně, což vede k jeho výrazné senzitivitě a jakákoliv narušení jeho dozrávání se mohou odrazit i do následného neurologického vývoje. Dle EBM toxický stres prokazatelně zvyšuje riziko výskytu autismu, hyperaktivity, poruch učení a pozornosti, deprese či úzkosti v pozdějším věku u dětí s předchozím anamnestickým údajem prematurity spojené s hospitalizací. (Malin et al., 2023)

Stres působící na novorozence je dle schopnosti vyvolání trvalých fyziologických poruch dělen do tří kategorií:

1. Eustres (pozitivní stres)
2. Tolerovatelný stres
3. Distres (negativní, dlouhotrvající, toxický stres) (Weber & Harrison, 2019)(Kožíňová, 2022)

Jednotlivé stresové úrovně mají různé trvání, intenzitu a frekvenci stresové reakce, tudíž i odlišnou schopnost způsobit trvalé poškození. Na JIP jsou novorozenci vystaveni komplexním, multisenzorickým i bolestivým podnětům a mohou být zároveň ochuzeni o podněty podporující vývoj. Tímto dochází k vývoji významných stresorů, které většinou pocházejí z technického prostředí JIP (jasné osvětlení, škodlivé pachy či hlasité zvuky), psychosociálního prostředí JIP (nedostatek vývojově příznivých interakcí, nekonzistentní reakce pečovatелů na signály dítěte) nebo klinického prostředí JIP (klinické postupy, bolest). (Dutková, 2023)(D'Agata et al., 2019)(Weber & Harrison, 2019)

Z výše zmíněných důvodů je při péči o předčasně narozené děti kladen důraz na snížení vlivu toxického stresu na co nejmenší míru. Novorozenci jsou hospitalizováni v tzv. léčebném prostředí (viz str. 14), které snižuje stresory pocházející z okolního vnějšího prostředí. Bolest je posuzována pomocí vhodné hodnotící škály bolesti a řešena nefarmakologickým či farmakologickým přístupem, přičemž na nefarmakologickém způsobu tlášení bolesti se ve velké míře mohou podílet rodiče/ZZ dítěte (Kučová, 2022)(Griffiths et al., 2019). Těm má být umožněn nejen 24 hodinový přístup na oddělení, ale i aktivní zapojení do péče o vlastního potomka s cílem snížit negativní dopad separace matka/otec/ZZ-dítě,

podporovat vývoj vztahu matka/otec/ZZ-dítě a zároveň pomáhat udržovat dítě i rodiče/ZZ v psychické pohodě. K péči, kterou mohou provádět u svého novorozence rodiče/ZZ patří nejen výměna plen, polohování, měření tělesné teploty, asistence u krmení, konejšení a klidnění dítěte, ale protože jsou prováděné diagnostické i terapeutické intervence častým zdrojem bolesti či diskomfortu, mohou se rodiče/ZZ velmi aktivně zapojit do nefarmakologického tlumení bolesti a stát se tak důležitými partnery zdravotnického týmu. Nefarmakologické tišení bolesti a tím i stresu je založené na fyzikálních a behaviorálních technikách. Mezi základní techniky jsou řazeny například objetí dítěte matkou/otcem/ZZ v náručí, kontralaterální dotek, zavinování, přiložení k prsu, polohování dítěte do klubíčka nebo orální podání sacharózy. Pokud rodiče/ZZ nejsou přítomni je nutné, aby jejich roli zastoupil zdravotnický pracovník. (Kučová, 2022)(De Clifford-Faugère et al., 2019) Speciálním typem nefarmakologického snižování stresu je také minimální handling, který představuje období klidu bez jakýchkoliv intervencí až po dobu 6 hodin, čímž je zajištěna nejen dostatečná doba odpočinku a tím i podpora vývoje centrální nervové soustavy, ale i stabilita klinického stavu a vitálních funkcí, kterou může narušovat právě neustálé vyrušování a manipulace s novorozencem. Podstatou minimálního handlingu je zachování alespoň 60 minutových intervalů mezi jednotlivými intervencemi. Ke správné funkci takto koncipované péče musí zdravotníci a rodiče/ZZ u dítěte dobře rozeznat stav bdění a spánku, díky čemuž může být péče sjednocená do jednotlivých bloků. (Kučová, 2022)

Farmakologická terapie bolesti odráží dostatečné a správné hodnocení bolesti u novorozence a také předcházení vzniku bolesti při plánovaných bolestivých intervencích. Nejčastěji jsou ordinována analgetika s obsahem paracetamolu, ibuprofenu, tramalu nebo opioidní analgetika či opiáty. Při farmakologické terapii bolesti musí být u nezralých novorozenců vzhledem k jejich nezralému metabolismu posouzen poměr benefitu a rizika podání léčiv. Také musí být hodnocen jejich účinek a výskyt případných vedlejších účinků. (Griffiths et al., 2019)

2.2 Rodina

Předčasný porod je neplánovaná a traumatická událost, která má velice významný dopad na život rodičů/ZZ, sourozenců i širší rodiny. Rodiče/ZZ se musejí s nechtěnou situací vypořádat, což může v mnohých případech narušit integritu vztahu partnerů i sourozence dítěte. Fyziologickou odpovědí, zejména u rodičů/ZZ, na předčasný porod je v mnohých případech posttraumatická stresová reakce – výsledek strachu a nejistoty týkající se

předčasného porodu a následné hospitalizace dítěte na JIP. Rozsah, hloubku a délku posttraumatické stresové reakce mohou velmi pozitivně ovlivnit časné intervence, dostatečná a vhodná komunikace, dostatek informací a aplikace family centered care, tedy metody zvyšují rodičovské kompetence v ošetrovatelském procesu a zároveň tím snižující stres po propuštění dítěte do domácího prostředí. (Marková & Chvílová-Weberová, 2020)

2.2.1 Předčasný porod a trauma

Předčasný porod naruší fyziologický proces těhotenství, vývoj a růst plodu. Žena není na tuto událost připravena a často se u ní rozvíjí negativní emoce. Ty nabírají na síle s klesajícím gestačním týdnem novorozence, obzvláště rizikovou situací je předčasný porod na hranici viability. Nejčastější reakcí na takovou událost, nejen u žen je šok, strach, pocit selhání a viny, kdy matka obviňuje sama sebe za to, že předčasně porodila, a že tím dítěti způsobila bolest či zdravotní problémy. Také představa rodičů o dítěti většinou není shodná s realitou a v momentě prvního kontaktu s předčasně narozeným potomkem, se tak rodiče mohou cítit zaskočení, zklamaní či šokovaní. Situaci nepodporuje ani druh péče, který může matka svému dítěti poskytovat. Obecně jsou matky nastaveny na intimní péči, ta jim často kvůli nutnosti pobytu dítěte v inkubátoru není dovolena v takovém rozsahu, ve kterém by ji mohly a chtěly vykonávat. Do situace vstupuje i vzdálenost zdravotnického zařízení od místa bydliště rodiny. Pokud je dítě hospitalizováno ve vzdáleném zařízení, dochází k narušení chodu rodiny, jelikož matka i otec chtějí být hospitalizovanému dítěti nablízku a zároveň chtějí plnit role v domácnosti a zaměstnání. (Chvílová-Weberová, 2022)(Řehořová & Fialová, 2022)(Marková & Chvílová-Weberová, 2020)

2.2.2 Specifika zátěže rodičů/ZZ předčasně narozených dětí

Hospitalizace dítěte na JIP je vysoce zátěžovou situací nejen pro matku, ale i pro otce, prarodiče či sourozence novorozence. Rodiče/ZZ mají velmi často tendenci své potřeby upozadovat z čehož se následně vyvíjí specifická zátěž ovlivňující nejen je samotné, ale i jejich partnerský, rodinný či společenský život. Po předčasném porodu se nejčastěji do popředí negativních pocitů dostávají pocity strachu, selhání, viny, smutku či nejistoty a pro rodiče/ZZ bývá bez podpory ze strany zdravotníků pečujících o jejich dítě, velmi těžké tuto novou životní etapu správně vybalancovat. Předčasným porodem se rodiče/ZZ dostávají do **nové životní role i situace**, která je spojená se zkrácenou přípravou na narození nefyziologického potomka, kterého neočekávali. Příprava nesouvisí pouze v pořízení výbavy

a potřeb pro novorozence, ale také se zajištěním a přípravou starších sourozenců na příchod nového člena rodiny, naplánováním chodu domácnosti či úpravou pracovních podmínek v zaměstnání těhotné ženy. Tím může být přerod z ženy/muže na matku/otce pro tyto páry složitější. Ne zcela připravení rodiče/ZZ mohou mít z příchodu nového potomka smíšené, někdy až negativní pocity. Ty u nich pak mohou být odpovědné za vyvolání pocitu separace a následně komplikují vývoj vazby matka-dítě, otec-dítě. V určitých případech se u některého z rodičů/ZZ může projevit až pocit absence rodičovského instinktu. Žena je po předčasném porodu a hospitalizaci nedonošeného dítěte vytrhnuta buď zcela nebo na větší část dne z domácího rodinného prostředí a plnění rolí matky dalších dětí a manželky je omezená. Otec hospitalizovaného novorozence přebírá úkoly za matku a zároveň plní své role otce doma, v rámci návštěv v nemocnici, ale většinou musí také nadále chodit do zaměstnání. Tato nastalá situace může vést při delším trvání k odcizení partnerů, v případě matky pak k výčitkám, že tráví čas s hospitalizovaným dítětem v nemocnici, ale neplní své role partnerky manželovi a matky ostatním dětem, zatímco otec je vyčerpaný. Vnímání celé této situace ještě výrazně ovlivňují další faktory, mezi které patří např. kvalita partnerského vztahu před předčasným porodem, plánované a chtěné těhotenství, předchozí zkušenost s předčasným porodem apod. Pokud o jejich novorozence plně pečují pouze zdravotnický personál a rodiče/ZZ jsou vnímáni jen jako pozorovatelé poskytování péče a léčby, je možné, že se u rodičů/ZZ navíc vyvine i pocit nekompetence a žárlivosti. Toto smíšené až negativní vnímání nastalé situace může být pozitivně ovlivněno časným a aktivním zapojením rodičů/ZZ do ošetrovatelského procesu a podporou jejich nepřetržité přítomnosti u svého dítěte. **Strach o dítě** je další výraznou přirozenou reakcí rodičů/ZZ na předčasné narození dítěte. Strach vychází především z nejistoty – z nejistoty o budoucnost jejich dítěte, a to jak v otázce samotného přežití, tak i dalšího vývoje a přítomnosti případných postižení. Aktuální nejistota spojená s hospitalizací není jediným zdrojem strachu rodičů/ZZ, často se již během hospitalizace obávají, že mu nebudou sami schopni po propuštění poskytnout kvalitní péči, a že dojde ke zhroucení budoucích plánů spojených s rodičovstvím. Vhodně vedená komunikace a pravdivá informovanost rodičů/ZZ pomáhá pocity strachu mírnit a udržet ve „fyziologickém rozmezí“. Ke snížení obav z budoucnosti a zároveň pravdivé informovanosti lze využívat statistické údaje vyjadřující mortalitu a morbiditu vztahující se k jednotlivým gestačním týdnům novorozence a zároveň zohledňujících další ovlivňující faktory jako je pohlaví, přítomnost infekce, dokončení maturace plic, onemocnění matky, trofika plodu, porod v perinatologickém centru atd. Samotné zapojení rodičů/ZZ do péče a předání kontaktů na organizace zaměřující se na další péči po propuštění dítěte přispívá k rozptýlení obav

z nevládnutí péče v domácím prostředí. Přestože **širší rodina** nebývá zasažena v tak velkém měřítku jako rodiče/ZZ, nevyhne se zvýšená psychická zátěž ani jí. Všeobecně bývá širší rodina, prarodiče případně i sourozenci rodičů, zasažena pocity bezmoci a strachu podobně jako rodiče/ZZ. V případě prarodičů jde o výrazný zdroj stresu, kdy mají obavy o své vnouče a zároveň prožívají zármutek a nejistotu s vlastním dítětem, tedy rodičem/ZZ nedonošence. Nejen nejbližší rodinní příslušníci, často také přátelé či spolupracovníci rodičů/ZZ neví, jak na vzniklou situaci reagovat a jak rodiče/ZZ podpořit. Často omezí návštěvy či telefonní kontakt s rodiči/ZZ, protože neví, jak s nimi hovořit. Rodiče/ZZ se tímto dostávají do sociální izolace a stres ze situace se ještě více prohlubuje. **Hospitalizace dítěte a prostředí JIP** není místem, kde by matka/otec chtěli trávit svůj čas. Pohled na jejich nemocné dítě, přístrojové vybavení a techniku, které jsou zdrojem zneklidňujících zvuků či prováděné intervence, které jsou často zdrojem diskomfortu dítěte společně s pocity bezmoci, mohou také přispívat k výraznému stresu a pocitu, že jsou na oddělení navíc, nebo že, jim personál dává situaci za vinu.(Řehořová & Fialová, 2022) (Marková & Chvílová-Weberová, 2020) (Roque et al., 2017)(Takács, Sobotková & Šulová, 2015)

2.2.3 Vztah mezi novorozencem a rodiči/ZZ

Tvorba vztahu, tzv. attachment, je rozhodující pro optimální růst a vývoj CNS nezralého novorozence. Bohužel je při srovnání termínového a předčasného novorozence zaznamenána častější porucha tvorby attachmentu právě u nezralých novorozenců. To je způsobené především velkou stresovou zátěží a mnohdy i traumatem rodičů/ZZ/rodiny, časnou separací dítěte a rodiče/ZZ, prostředím, invazivními výkony na dítěti či narušením fyziologie rodičovské role. (Kim & Kim, 2022)(Givrad et al., 2021)(Kim et al., 2020)

Trauma rodičů/ZZ je v souvislosti s předčasným porodem často vyjádřené jako akutní stresová reakce, stresová porucha nebo posttraumatická stresová porucha (PTSD). Rodiče/ZZ předčasně narozených dětí své potomky často vnímají jako velice křehké, bojí se jejich ztráty a mnohdy nejsou schopni vnímat je jako krásné či bezchybné. Tyto pocity bývají umocněny, pokud jsou rodiče/ZZ pod vlivem silného stresu či strachu, v takové situaci nejsou schopni vnímat a správně rozeznat potřeby dítěte, což vede k jejich neadekvátní reakci na tyto signály. Zejména u matek se prodlužuje doba reakce na potřebu dítěte. Na druhé straně se u otců častěji setkáme s pocity bezmoci. Ta se u nich vyvíjí zejména kvůli častější separaci a nedostatečnému zapojení do péče o dítě. Zvýšená stresová zátěž dále u rodičů/ZZ způsobí nižší míru fyzického i verbálního kontaktu s dítětem či krátký interval očního kontaktu. Pro pozitivní ovlivnění této situace je rozhodující včasná intervence ze strany zdravotnického

personálu, ať už jen tím, jak o novorozenci mluví, povzbuzováním rodičů/ZZ v péči o dítě či celkově aplikováním modelu tzv. family centered care. (Givrad et al., 2021), (Marková & Chvílová-Weberová, 2020), (Roque et al., 2017) Nejčastějším traumatem v souvislosti s předčasným porodem je časná separace, ke které dochází z důvodu nutnosti stabilizace stavu matky a dítěte a zároveň nepodporujícího stavebního uspořádání zdravotnických zařízení, která současné poskytování péče matce i dítěti neumožňují. Pokud k separaci dojde je v různé míře, dle délky separace, narušena tvorba vazby matka-dítě a vnímání signálů, které dítě vysílá do okolí. U matky se může projevit úzkost, pocity selhání či pocity neschopnosti, a také negativní vliv na počátek laktace. Z dlouhodobého hlediska může tato separace narušit tvorbu vazby matka-dítě a žena může v průběhu života dítěte postrádat i výchovné kompetence. Dle studie Early Mother-Child Separation, Parenting, and Child Well-Being in Early Head Start Families z roku 2011 souvisí časná separace i s obdobím dětského vzdoru ve třech letech a agresí, také ve třech ale i v pěti letech dítěte. Z dlouhodobého hlediska však dle studie nemá separace vliv na mateřskou lásku, náklonost či cit. Snížit negativní vliv separace pomáhá zajištění novorozence po porodu na pupečníku nebo alespoň v přítomnosti matky, snaha o odložený podvaz a bonding či časný a pravidelný kontakt kůže na kůži. (Li et al., 2024), (Givrad et al., 2021), (Marková & Chvílová-Weberová, 2020), (Howard et al., 2011) Bonding nebo časný kontakt skin to skin může plnohodnotně převzít otec dítěte, popřípadě jiná rodiči určená osoba. Podpora rodičovské interakce, blízkosti s dítětem, kontaktu kůže na kůži a časné zapojení rodičů do péče, a tím snižování emočního stresu rodičů/ZZ, podporuje fyziologickou tvorbu attachmentu (Kim et al., 2020).

2.2.4 Vztah mezi sourozencem a předčasně narozeným dítětem

Sourozenecký vztah bývá jedním z nejsilnějších, které si dítě v průběhu života vytvoří. Tento vztah obvykle formuje osobnost i identitu dítěte. Pokud je však v rodině jeden ze sourozenců zdravotně ohrožený, mívá tato skutečnost poměrně velký vliv na psychický stav zdravého dítěte. Tento sourozenec může mít sklony k duševním onemocněním zejm. úzkostem, depresím či PTSD. Mnohdy prožívá závažnou separační úzkost a své pocity projevuje prostřednictvím smíšených emocí (agrese, zmatek, pocit viny a izolace, stáhnutím do sebe). Na změny v rodinném životě může reagovat přehnaně a s rostoucím pocitem osamocení se u něj může vyvinout nízké sebevědomí, porucha sebepojetí a problémy s učením. Na druhou stranu zdraví sourozenci častěji participují v učení nemocného sourozence, projevuje se u nich velká snaha učit je novým dovednostem a schopnostem či adaptaci na nové nebo neočekávané situace. Obecně jsou zdraví sourozenci citlivější a

smyslnější k potřebám druhých a oplývají vlastnostmi, jako je např. trpělivost, empatie či soucit. (Rad et al., 2023) (Marková & Chvílová-Weberová, 2020) (Dinleyici & Sahin Dagli, 2019), (Stephenson et al., 2017)

Přístup rodičů/ZZ je v této situaci klíčový, neboť může pozitivně ovlivnit a snížit dlouhodobé dopady na zdravého sourozence. Rodiče/ZZ by měli dle věku a dovedností dítěte určit, co dokáže dítě pojmout. Problém mohou mít rodiče/ZZ zejména v oblasti podávání informací dítěti, avšak každé dítě by mělo být dostatečně poučené o situaci a zdravotním stavu sourozence, vždy adekvátně k jejich psychickému vývoji. To jim pomůže situaci lépe uchopit a zpracovat. Pro pochopení situace a uvědomění si fyzické přítomnosti nového sourozence jsou vhodné návštěvy novorozence během hospitalizace. Neméně důležitou součástí rodičovské péče by měl být i kvalitně strávený čas rezervovaný pouze pro zdravého sourozence. Pokud si rodiče/ZZ se situací neumí poradit sami, je vhodné absolvování rodinné terapie, přínosná může být i terapie individuální či spolupráce s dětským psychologem. (Marková & Chvílová-Weberová, 2020)(Dinleyici & Sahin Dagli, 2019), (Stephenson et al., 2017)

2.2.5 Vztah mezi rodiči/ZZ (partnerský vztah)

Jak již bylo několikrát v textu zmíněno, je předčasné narození dítěte situací neočekávanou, velmi stresující až traumatizující. Každý člověk má svoji osobnost a se zátěžovou situací se vypořádává individuálně, z čehož vyplývá, že pro sebe partneri v této etapě nemusí být náležitou oporou. To se promítne do společného sdílení strachu, obav, smutku či viny, které je neadekvátní. Potřeby jednoho mnohdy bývají pro druhého partnera nejasné. Důvodem nedostatečné partnerské opory však není pouze individualita jedince, ale mnohdy i partnerské problémy, jež vznikly již před těhotenstvím a předčasným porodem. Velký podíl na partnerských problémech má i separace matka + dítě versus otec v momentě, kdy je žena s potomkem hospitalizovaná a muž s nimi nemá dostatečný kontakt. Nižší míra kontaktu rodičů/ZZ může způsobit odcizení a u otce i ztížené přijetí a vybudování vztahu k předčasně narozenému dítěti. Způsob, jakým se rodiče/ZZ se situací vypořádávají je rozdílný a závisí na mnoha faktorech, jako jsou osobnost jedince a jeho charakter, předchozí zkušenosti, výchova, kulturní zvyklost, komunitní vlivy, sociální status a často i společností očekávané prožívání a chování v dané situaci. U mužů se často genderově předpokládá, že na sebe převezmou roli – silného muže, živitele, ochránce a soběstačného muže. Bývají článkem vztahu, který musí často komunikovat jako prostředník mezi ženou a personálem či rodinou, mají tendenci vtáhnout se do sebe a své pocity si nepřiznávat. U žen je obecně očekávána

otevřenější reakce, kdy většinou nepotlačují své pocity a jasně je vyjadřují – pláč, hněv, strach, obviňování se. (Kasalová et al., 2020), (Marková & Chvílová-Weberová, 2020), (Takács, Sobotková & Šulová, 2015)

V rámci zdravotnické péče lze rodičům/ZZ nabídnout službu terapeutického provázení, jejíž cílem je snaha o společné prožívání situace rodiči/ZZ, to je zprostředkováno pomocí sjednocení jejich pocitů tak, aby pro ně byly pochopitelné i přes jiné copingové strategie. Neméně důležitou součástí je i společně strávený čas, který rodiče/ZZ věnují pouze sobě v rolích partner – partnerka, a ne jako otec – matka. Pokud není žena schopna odprostit se od role matky a zůstává v ní neustále, může se tato situace stát problémem i do budoucna. Proto by měl zdravotnický personál akceptovat, že žena stráví noc či víkend v domácím prostředí, a ne s dítětem, jelikož se musí na chvíli vymanit z role matky a přejít do role ženy/partnerky. (Kasalová et al., 2020), (Marková & Chvílová-Weberová, 2020)(Takács, Sobotková & Šulová, 2015) Měnění těchto rolí sníží dopad na partnerský život, muž se nebude cítit tolik opomíjený a nedojde k významné partnerské separaci.

2.2.6 Komunikace a spolupráce s rodinou

Ve zdravotnictví je zpravidla využívána verbální ale i nonverbální komunikace, díky čemuž je důležité nejen slovní vyjadřování personálu, ale i jeho mimika. Základem verbální komunikace by měl být individuální přístup, úcta k pacientovi/rodičům/ZZ, navázání pozitivního vztahu s pacientem/rodiči/ZZ a empatie (Zacharová, 2016). Nonverbální komunikace se na druhé straně odvíjí od mimiky zdravotníka, proxemiky – vnímání prostoru, posturiky – postoje, držení těla, haptiky – komunikace dotekem, kineziky – pohyby těla a gestiky – pohyby rukou (Zacharová, 2016), (*Verbální a neverbální komunikace*, c2011-2016). Základem komunikace dobrého zdravotníka je mimo vlastní verbální projev i trpělivost a empatie. Zdravotník by neměl chování a jednání rodičů posuzovat, odsuzovat a hodnotit a dávat najevo negativní emoce, pokud se rodiče projevují jinak, než předpokládal nebo něco nepochopí hned. Každý jedinec se ve stresových situacích může chovat zcela odlišně a zároveň právě vysoký stres, může snižovat kapacitu krátkodobé paměti rodičů. Proto po každém sdělení nových informací je důležité si ověřit, zda rodič rozuměl a dostatečné sdělení pochopil. Sdělované informace by měly být vždy pravdivé a neměly by obsahovat nesplnitelné sliby a neověřené předpovědi, neboť jejich fabulace bude pro rodiče velkým zklamáním a také ztrátou důvěryhodnosti v informace od zdravotníků. (Zacharová, 2016), (Takács, Sobotková & Šulová, 2015)

Doba bezprostředně po porodu a první návštěva dítěte první osobou, která předčasně narozené dítě vidí je většinou otec. Matka dítěte je v prvopočátku stále ještě na porodním nebo operačním sále a otec na sebe toto první setkání přebírá. Zdravotnický personál se snaží dítě otci představit co nejdříve a hned jak je to možné, jej přivádí k inkubátoru. V případě prvního setkání je na místě otce informovat o vzhledu miminka, o tom, jaké přístroje jsou u něj využívány a celkově ho připravit na to, co uvidí. Tím, že většina rodičů není na předčasné narození dítěte dostatečně psychicky připravená, se promítá tento strach, zaskočení i nejistota do prvního setkání s potomkem. Primární reakce otce je většinou zděšení, zděšení z přístrojového vybavení a hadiček, které jsou k dítěti připojeny, i přes předchozí edukaci. V této situaci je nutné otci věnovat dostatek času, nebránit projevu jeho emocí a v případě dotazu z jeho strany komunikovat krátce a stručně. Pro muže je velmi důležitý technický aspekt. Zdravotník nejprve započne konverzaci – např. kolik gramů dítě váží, poté přejde k technické stránce přístrojů, kterou muži vysvětlí – co jaká křivka znamená, jaké by měly na přístroji být hodnoty. Po tomto úvodu následuje lékařský pohovor, kdy lékař popíše zdravotní stav dítěte a jeho předpokládanou prognózu. Po lékařské části následuje nabídka prvního kontaktu s dítětem – pohlazení, dotyk a návrh k pořízení prvních fotografií miminka. Prvotní setkání matky s miminkem bývá velmi citově vypjatou situací. Ženy mají tendenci samy sebe z předčasného porodu obviňovat, proto je velmi důležité jejich časné zapojení do ošetrovatelského procesu. V počátku je matce poskytovaná pomoc především s odstříkáváním mléka, tato činnost v ní vzbuzuje pocit potřeby a její do určité míry nenahraditelnosti. Matky, které se cítí provinile, tak mají pocit, že pro své dítě dělají něco pozitivního, co mu pomůže. Tím, že matky nosí odstříkané mléko na oddělení jsou podporovány i v pravidelných návštěvách miminka a vývoji vazby matka-dítě. Rodiče/ZZ jsou postupně zaučeni i do dalších činností ošetrovatelského procesu – koupání, přebalování, měření teploty, čímž se dále prohlubuje a vytváří pouto matka/otec-dítě. (Dostalíková, 2022),(Roque et al., 2017),(Takács, Sobotková & Šulová, 2015) Prvotní informace, které rodiče/ZZ v rámci edukace obdrží musí být zpravidla opakovány. V počáteční fázi jsou rodiče/ZZ v těžké stresové situaci, která markantně narušuje jejich schopnost vnímání informací a krátkodobou paměť, a tak mnohdy pořádně nevnímají to, o čem jsou v danou chvíli informováni nebo to záhy zapomenou. Vše musí být rodičům/ZZ vysvětleno srozumitelně – léčebné postupy, přístroje a jejich funkci. Na místě je opakování informací, ověření toho, že rodiče/ZZ informaci chápou. Pozitivní je i nabídka informačních brožurek, letáků či manuálů, které si mohou rodiče/ZZ vzít s sebou domů a v klidu si informace ve známém prostředí zpracovat. Ze strany personálu, ačkoli to v některých situacích není jednoduché, je nutné respektovat pocity a emoce rodičů/ZZ. Na

místě je ujištění, že traumatická reakce je zcela fyziologickou odpovědí na danou situaci, a že se za ni nemusí rodiče/ZZ stydět. V rámci komunikace by měli být rodičům/ZZ opakovaně podávány i otázky týkající se jejich běžného života – jak to teď v rodině je, jak reagují sourozenci, jak situaci zvládají prarodiče, jaký mají doma režim, jak se celkově mají, jak situaci zvládají, jak se obvykle vypořádávají se stresem a nepříjemnými situacemi. Pokud je z běžné konverzace vytěženo podezření na počínající psychický problém, je na místě kontaktování psychologa. Pomoc v psychické oblasti by měla být běžnou součástí konverzace. Rodiče/ZZ by měli být informovaní o sociálních, svépomocných či psychologických podpůrných skupinách. Neméně důležitou součástí komunikace je i vysvětlení chodu a pravidel oddělení. (Dostalíková, 2022), (Marková & Chvílová-Weberová, 2020), (Roque et al., 2017)(Zacharová, 2016), (Takács, Sobotková & Šulová, 2015)

V rámci hospitalizace může dojít také k **překladu dítěte** na jiné oddělení či do zcela jiného zdravotnického zařízení ať již kvůli poskytnutí jiné péče nebo z důvodu návratu do spádové oblasti. Před překladem je důležité s předstihem rodičům vysvětlit důvod překlada a jeho naplánování a provedení. Také je vhodné předat kontakt na zařízení, do kterého bude dítě převezeno, aby se mohli již před transportem dítěte s oddělením seznámit a tím získali možnost informací co nejvíce zpracovat. Překlad do spádové oblasti by měl být vždy se souhlasem rodičů. Před překladem dítěte je vhodné umožnit rodičům se s dítětem rozloučit a nabídnout rodičům možnost, v případě potřeby, kontaktovat původní zdravotnické zařízení. (Zacharová, 2016), (Takács, Sobotková & Šulová, 2015)

Hospitalizace dítěte končí **propuštěním** do domácího prostředí. Pro rodiče je samotné propuštění na jedné straně očekávanou a radostnou událostí, ale na straně druhé může být pro rodiče zdrojem další stresové situace, protože mají obavy z možného nezvládnutí péče o své dítě. Plánovat propuštění je vhodné předem, v řádu dnů až týdnů, kdy jsou rodiče opakovaně informováni o podmínkách, které musí být ke zdárnému propuštění splněny. Jde hlavně o klinický stav dítěte, jeho prospívání na váze, ale také o zvládnutí komplexní péče o novorozence ze strany rodičů/ZZ. I přes naplánovaný termín propuštění je důležité, aby se rodiče/ZZ s propuštěním ztotožnili, a pokud k němu mají výhrady z hlediska obav nezvládnutí, neměli by být do propuštění nuceni, ale měla by jim být nabídnuta podpora ve formě opakované podpory a dohledu v péči a odsunutí termínu propuštění. Prospěšné je zjistit, zda jim bude někdo zpočátku pomáhat a zda by o nějakou pomoc měli zájem. Dále by měli být rodiče/ZZ informováni o nadcházejícím plánu péče a o místech, na která se mohou obrátit, pokud nastanou potíže. Při odchodu by měli být rodiče připraveni na možné komplikace – opožděný vývoj dítěte či časté návštěvy specializovaných lékařů a poraden. Na

to, že zde cesta nekončí ale naopak začíná, a že je čeká ještě dlouhý a nelehký kus cesty. Rodiče by měli vědět, že stejně tak, jako je důležitá péče o jejich dítě, je důležitá i péče o ně samotné a o jejich psychické i fyzické zdraví. (Roque et al., 2017) (Takács, Sobotková & Šulová, 2015)

2.3 Podpůrné organizace

Podpůrné organizace jsou neodmyslitelnou součástí předčasného narození novorozence. Z tohoto důvodu je nutné, aby měli rodiče/ZZ v oblasti podpory alespoň základní přehled, i přes to, že v daném okamžiku nechtějí využít pomoc třetí strany. Organizace mohou rodinám poskytnout finanční, materiální, sociální i psychickou podporu a snížit tím rozsah dopadu na rodinou strukturu.

2.3.1 Nadační fond pro předčasně narozené děti a jejich rodiny

Nezisková organizace, jež vznikla v roce 2013 z iniciativy rodičů předčasně narozených dětí, která je primárně zaměřena na poskytnutí finanční a materiální pomoci rodinám, do kterých se dítě narodilo předčasně. Podpora je vždy poskytována dané rodině a je přizpůsobena jejím individuálním potřebám, což organizaci činí v České republice (ČR) unikátní. Organizace se dlouhodobě snaží o stejnoměrné rozdělení financí mezi rodiny, jež tuto pomoc potřebují. (*O nadačním fondu, c2024*)

Finanční podporu poskytuje nadace např. v oblasti příspěvku na cestovní výlohy a ubytování rodičů po celou dobu hospitalizace dítěte, příspěvku na speciální stravu, na hygienické potřeby nebo na zdravotnické pomůcky pro dítě. Nadace dále poskytuje i pomoc při hledání a zabezpečení psychologické, rehabilitační i následné péče. O podporu může požádat rodina prostřednictvím žádosti o individuální příspěvek, kterou posuzuje správní rada nadačního fondu, součástí žádosti musí být i kopie lékařské zprávy. (*Informace pro rodiny, c2024*)

2.3.2 Společnost pro ranou péči

Nestátní organizace, jež se zabývá podporou a prosazováním péče, služeb či aktivit poskytovaných dětem s jakýmkoliv zdravotním hendikepem, dětem s ohroženým vývojem v raném věku a jejich rodinám. Hlavním záměrem organizace je úplné odstranění nebo snížení dopadu hendikepu na dítě i rodinu a jejich následné sociální začlenění do společnosti s důrazem na včasnou diagnostiku i následnou péči. (*Kdo jsme, c2024*)

Mezi individuální cíle organizace spadá: zajištění adekvátní pomoci v oblasti rozvoje u cílové skupiny dětí a zprostředkování odborných služeb v rodinném domácím prostředí, včasné a dostatečné informování rodičů/ZZ/pečovatelů, podpora psychické pohody i jejich kompetentnosti či jejich začleňování do rozhodování v procesu péče o dítě. Celoplošná edukace společnosti v oblasti hendikepovaných dětí žijících v domácím prostředí a nutnosti sociální podpory rodin těchto dětí. (*Poslání, cíle a zásady, c2024*)

2.3.3 Nedoklubko

Nezisková rodičovská organizace založená v roce 2002, zaměřující se na pomoc rodičům/ZZ předčasně narozených dětí zejména v psychosociální oblasti. Spolupracuje s perinatologickými centry a neonatologickými jednotkami po celé ČR, s Českou neonatologickou a gynekologicko-porodnickou společností a neonatologickou částí České asociace sester. Mimo jiné je i jedním ze zakládajících členů Evropské nadace pro péči o novorozence. (*O Nedoklubku, b.r.*)

Nedoklubko se účastní zejména poskytování dostatečného množství relevantních informací rodičům/ZZ (předčasný porod, příčiny a prevence), podporuje perinatologická centra ČR, prohlubuje soudržnost rodičů/ZZ a zveřejňuje a sdílí jejich individuální zkušenosti, podporuje vztahy mezi rodiči/ZZ a zdravotníky, šíří osvětu v oblasti předčasného porodu a neonatologie, zlepšuje internacionální kooperaci v sféře pomoci rodinám předtermínových dětí. (*O Nedoklubku, b.r.*)

Své cíle organizace realizuje např. prostřednictvím darování terapeutických balíčků či tiskovin pro rodiče/ZZ do perinatologických center nebo poskytnutím potřebného vybavení, jež zdokonaluje péči o předčasně narozené děti i jejich rodiče/ZZ. Dále organizace vydává publikace a finančně podporuje výzkum v oblasti odhalení zdroje předčasných porodů, do kterého vyhledává i dobrovolníky. Periodicky vydává příběhy rodin, které jsou určeny pro podporu dalších rodičů a je aktivní i v oblasti sociálních médií. Pořádá programy pro zdravotníky, rodiny i podpůrce organizace a snaží se zvyšovat vzájemnost zdravotníků i rodin. V neposlední řadě pořádá kampaně, díky kterým zvyšuje osvětu (předčasný porod, faktory, prevence, péče o předčasně narozené dítě) v rámci laické i odborné veřejnosti a provozuje dobročinný obchod Nedoklubka. (*O Nedoklubku, b.r.*)

3 Výzkum

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat praktické zapojení rodičů/zákonných zástupců do procesu péče o nedonošené novorozence v době jejich hospitalizace na JIP/intermediární jednotce. Převážně se jedná o celkové zhodnocení a identifikaci slabin v zapojování rodičů/zákonných zástupců do ošetrovatelského procesu, jejichž zmapování by mohlo zlepšit péči poskytovanou rodiči/zákonnými zástupci i zdravotníky.

Hlavní cíl

- Zmapovat praktické zapojení rodičů/zákonných zástupců do procesu péče o nedonošené novorozence na oddělení JIP/intermediární péče.

Dílčí cíle

- Zjistit rozsah informovanosti rodičů/zákonných zástupců o možnostech zapojení do procesu poskytování péče nedonošenému novorozenci během hospitalizace.
- Zjistit konkrétní činnosti ošetrovatelského procesu o nedonošeného novorozence, které rodiče sami vykonávali a v jakém rozsahu.
- Zjistit názory rodičů na spolupráci a komunikaci se zdravotníky v rámci zapojení do péče o jejich novorozence.

3.2 Výzkumné otázky

- Jaká je informovanost rodičů/zákonných zástupců o možnostech zapojení do procesu péče poskytované nezralému novorozenci v době jeho hospitalizace?
- Jaké konkrétní činnosti ošetrovatelského procesu o nedonošeného novorozence a v jakém rozsahu vykonávají rodiče/zákonní zástupci?
- Jaké jsou názory rodičů/zákonných zástupců na spolupráci a komunikaci se zdravotníky v rámci zapojení do péče o předčasně narozeného novorozence?

3.3 Metodika výzkumu

3.3.1 Popis výzkumné metody

K vypracování diplomové práce byla využita kvalitativní metoda výzkumu, jelikož umožňuje individuální přístup a dovolila autorce práce zachytit detailní informace.

Kvalitativní výzkum, zaměřený na hlubší pochopení dané problematiky, je využíván zejména v sociálních vědách, nicméně se v posledních cca 20 až 30 letech začal značně uplatňovat i ve zdravotnictví (Beharková et al., 2019). Na jeho počátku si musí výzkumník stanovit téma a na něj navazující výzkumné otázky. Ty může v průběhu výzkumu upravovat a doplňovat. Cílem tohoto přístupu je objasnění výzkumných otázek metodou indukce nebo dedukce. (Hendl, 2023)

Získávání dat je založeno na výjezdu výzkumníka do terénu a následném kontaktu s respondentem, skupinou či situací. Data, která v rámci kvalitativního výzkumu získává jsou převážně písemné povahy (přepisy rozhovorů, deníky, poznámky z pozorování) a výzkumník je musí systematicky analyzovat a interpretovat. Na počátku analýzy musí výzkumník stanovit její rámec. Buď bude data analyzovat realistickým přístupem, což s sebou přináší riziko slepého přebírání výpovědí dotazovaných, jelikož počítá s důvěryhodností získaných dat, a tudíž je nutné využít metody triangulace k zajištění kvality výzkumu. Nebo využije narativistický přístup, při kterém se snižuje riziko slepého přejímání výpovědí, avšak dochází i ke značnému omezení získaného množství informací a k odsunu lidské subjektivity do pozadí. (Švaříček & Šed'ová, 2014) (Hendl, 2023)

Předností kvalitativního výzkumu je přímé zapojení výzkumníka do průběhu výzkumu a holistický přístup, který zajišťuje komplexní nahlédnutí na danou problematiku. Flexibilita v průběhu sběru dat, jejich průběžná analýza a následná formulace postupů, určení konce sběru dat. (Beharková et al., 2019)

Nevýhodou je časová náročnost výzkumu, nemožnost zobecnitelnosti výsledků na širší populaci, snadnější ovlivnění výsledků subjektivními preferencemi výzkumníka, či obtížné testování hypotéz a teorií (Hendl, 2023).

3.3.2 Popis výzkumného nástroje

S ohledem na nutnost získání základních dat a udržení určité volnosti v rámci výpovědí respondentů byl výzkumným nástrojem zvolen polostrukturovaný rozhovor, který má jasně stanovenou kostru, jež výzkumníkovi zaručuje probrání všech oblastí výzkumu (Beharková et al., 2019).

Využitím polostrukturovaného rozhovoru dochází k vyloučení nedostatků nestrukturovaného i strukturovaného rozhovoru (heterogenost podkladů, velké množství nevalidních dat, malý důraz na individualitu respondenta, jednotvárná odezva a odpovědi respondentů) a kombinace jejich komponentů nebo užití doplňujících otázek. (Beharková et al., 2019)

Pokud je polostrukturovaný rozhovor veden náležitě, tak může docílit vyšší exaktnosti a výtěžnosti dat. Získaná data (odpovědi respondentů) je vhodné verifikovat, aby nedošlo k jejich zkreslenému pochopení a následné špatné interpretaci. (Beharková et al., 2019)

3.3.3 Charakteristika rozhovoru

Pro účely výzkumu byl tedy zvolen individuální polostrukturovaný rozhovor (příloha 3), jež byl rozdělen do čtyř oblastí:

1. **Informovanost rodičů/zákonných zástupců o procesu péče o nedonošeného novorozence** – oblast zahrnující otázky ohledně způsobu zapojení do péče o dítě, počátku a zácviku do péče, zapojování do péče o dítě po ukončení zácviku, druhu podávaných informací, porozumění a opakování informací, jednotnosti informací a dohledu při provádění jednotlivých činností
2. **Oblasti nejčastějšího zapojení v ošetrovatelském procesu o nedonošené dítě (kojení, přebalování, klokákování, hygiena...)** – tento okruh je složen z otázek zaměřujících se na jednotlivé aktivity zapojení, nejtěžší oblast ošetrovatelského procesu, deficit zapojení a ověřování správnosti provedení úkonů
3. **Vnímání reakcí předčasně narozeného dítěte na ošetrovatelský proces poskytovaný rodiči/zákonnými zástupci** – se zabývá dotazy na pocity a jejich změnu během hospitalizace dítěte, reakce dítěte při péči poskytované rodiči a zdravotníky a na schopnost dítěte rozeznat rodiče
4. **Opora ve zdravotnících** – zahrnuje otázky související s důvěrou k personálu, se způsobem sdělování informací ohledně průběhu hospitalizace dítěte, s podporou ze strany zdravotníků a s prožitím negativní zkušenosti

3.3.4 Pilotní studie

Před samotným sběrem dat byla provedena pilotní studie se třemi respondentkami. Na podkladě těchto rozhovorů došlo k úpravě sady rozhovorových otázek a časové dotace

rozhovoru, díky čemuž byla vytvořena konečná podoba struktury rozhovoru. Změny se týkaly zejména reformulace, přemístění a snížení počtu otázek. Respondentky z pilotní studie nebyly do analýzy a hodnocení výsledků zahrnuty.

3.3.5 Metoda sběru dat

Předčasné narození dítěte je pro rodiče/ZZ velmi intimní a stresující životní zátěží. S ohledem na tuto skutečnost a potřebu získat výzkumná data holistickým přístupem bylo klíčové využití metody kvalitativního výzkumu – rozhovoru. Tato metoda umožnila autorce práce osobitý přístup k dotazovaným, což napomohlo hlubšímu pochopení problematiky a zkušeností respondentů. A následně umožnila efektivní zhodnocení a zpracování získaných údajů. Při sběru dat byl využit individuální polostrukturovaný rozhovor, jež spojoval otevřené a uzavřené otázky s libovolným pořadím. Struktura rozhovoru respektovala výzkumné otázky stanovené na počátku diplomové práce. Samotné pořadí jednotlivých otázek se v průběhu rozhovoru odvíjelo od reakcí respondentů, jejich výřečnosti a schopnosti zpracovávat události v čase. V průběhu rozhovoru byly dle potřeby pokládány i doplňující otázky, které napomohly odpovědi respondentů dotvořit, čímž bylo podpořeno komplexní zachycení celé problematiky. Konečná podoba rozhovoru byla tvořena sadou devatenácti otázek, jež byly kladeny rodičům/zákonným zástupcům předčasně narozených dětí.

Před samotným zahájením výzkumu byla podána žádost o vyjádření etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce, která byla schválena. Poté byla autorkou kontaktována organizace Nedoklubko s žádostí o pomoc při hledání respondentů, prostřednictvím krátkého příspěvku zveřejněného na jejich oficiálních Facebookových stránkách.

Před realizací rozhovorů obdržel každý respondent informovaný souhlas, který s autorkou práce prošel, a který před zahájením rozhovoru svobodnou vůlí podepsal. V rámci informovaného souhlasu byl každý respondent seznámen s problematikou a cíli výzkumu, zároveň byl dotázán, zda souhlasí s tvorbou audiozáznamu rozhovoru. Audiozáznam byl tvořen kvůli zachování exaktnosti získaných dat při jejich následném přepisu, po němž byl smazán.

Sběr dat probíhal v období od 2. prosince 2023 do 28. února 2024. Rozhovory byly realizovány ve volném čase respondentů po předešlé domluvě v klidném a tichém prostředí vyhovujícím oběma stranám. Majorita rozhovorů proběhla osobně, minorita proběhla pomocí online rozhovoru prostřednictvím aplikace Google Meet. Dotazovaní byli informováni o sběru dat potřebných k vyhotovení diplomové práce a výzkumu se účastnili na základě svobodného rozhodnutí s vědomím, že mohou účast kdykoliv ukončit. S ohledem na zachování anonymity

respondentů nejsou v diplomové práci zmiňována jména respondentů. V transkriptech rozhovorů jsou uváděna pouze oddělení, na nichž bylo dítě hospitalizované (JIP/intermediární jednotka), jež jsou doplněny o číslo respondenta 1 až 10.

Časové rozmezí rozhovorů bylo po pilotní studii stanoveno na 30 až 60 minut, měnilo se dle časové dotace respondenta a jeho výřečnosti. Tímto časovým rozmezím chtěla dát autorka práce respondentům dostatečný prostor pro sdílení informací, myšlenek i pocitů, ale zároveň jím chtěla omezit sběr dat pro tento výzkum nevalidních.

3.3.6 Charakteristika zkoumaného vzorku a kritéria selekce respondentů

Pro získání dat byla zvolena metoda záměrného výběru respondentů, ti byli osloveni pomocí sociálních sítí Facebook a Instagram s pomocí organizace Nedoklubko, která zveřejnila příspěvek autorky práce na jejich oficiální facebookové stránce a přímým kontaktem v sociálním kruhu autorky práce. Výzkumný soubor byl tvořen rodiči/zákonnými zástupci předčasně narozeného dítěte. Vybraní respondenti museli splňovat několik kritérií: matka/otec starší 18 let, zkušenost s péčí o předčasně narozené dítě hospitalizované na JIP/jednotce intermediární péče, dítě již propuštěné z nemocnice. Všichni respondenti na výzkumu participovali dobrovolně a s výzkumem souhlasili. Z hlediska anonymity a analýzy dat jsou informanti označováni pořadovým číslem 1 až 10.

3.3.7 Limity výzkumu

Pro účely výzkumu byli zvoleni respondenti jejichž novorozenci byli hospitalizováni ve Fakultní nemocnici Brno na Obilním trhu a v Dětské nemocnici. Získané výsledky se vztahují pouze k těmto dvěma pracovištím. I přes snahu oslovit respondenty mužského pohlaví, nedošlo k přímému zapojení těchto respondentů. Je možné, že z hlediska výzkumu došlo k jisté restrikci ve výpovědích respondentů, která souvisí s délkou hospitalizace dítěte, jejich psychickým rozpoložením a zkušenostmi s určitým zdravotníkem, i přes zodpovědný výběr respondentů a naplánovanou a uvážlivě realizovanou analýzu.

3.3.8 Postup realizace a analýzy výsledků

Po provedení rozhovorů byly vytvořené audiozáznamy poslechnuty autorkou práce a posléze převedeny do písemné formy za využití programu fireflies.ai. Vyhotovený transkript dat není součástí diplomové práce, je archivován u autorky, jelikož byl kladen velký důraz na zachování anonymity všech respondentů.

Přepis dat byl po vyhotovení opakovaně přečten a posléze analyzován pomocí otevřeného kódování. „Otevřené kódování je v metodě zakotvené teorie analytickým procesem, jimiž jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny ve smyslu jejich vlastností a dimenzí“ (Kutnohorská, 2009, s. 66). Nejvíce vyhovujícím způsobem otevřeného kódování byla pro autorku práce metoda kódování v ruce. Pomocí této metody rozdělila autorka přepis dat na jednotky – sekvence slov, ty dále seskupovala a barevně rozdělovala dle analogie a obsahu (významu) do okruhů, jež vystupovaly z výzkumných otázek (informovanost, oblasti nejčastějšího zapojení, reakce předčasně narozeného dítěte, opora ve zdravotnicích). Tyto okruhy autorka dále prostudovala a znovu seskupovala, tím vytvořila kategorizační systém, díky kterému byla určena centrální kategorie, kategorie a subkategorie. Z důvodu lepšího uspořádání byla z kategorizačního systému vytvořena tabulka pomocí programu Microsoft excel 365. (viz níže).

Dále následovala analýza dat za využití techniky „vyložení karet.“ Tu Šed'ová popisuje následovně: „...výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií“ (Švaříček & Šed'ová, 2014, s. 226). Tato technika umožnila vznik následné individuální interpretace získaných dat, jež se vztahovala k jednotlivým kategoriím a subkategoriím.

Tab. 1 Kategorie a subkategorie

Centrální kategorie	Kategorie	Subkategorie
Zapojení rodičů/ZZ do procesu péče o nedonošené dítě	Informovanost rodičů/ZZ	Počátek a způsob zácvičku do péče
		Druh poskytovaných informací
		Porozumění informacím a jejich opakování
		Jednotnost informací
	Oblasti nejčastějšího zapojení do ošetrovatelského procesu	Aktivity OP
		Nejsložitější oblast OP
		Deficit zapojení v OP
		Ověření způsobu provedení činností
	Vnímání reakcí předčasně narozeného dítěte	Pocity rodiče/ZZ při poskytování péče v průběhu hospitalizace
		Reakce dítěte na rodiče a personál
		Rozpoznání rodiče dítětem
	Opora ve zdravotnicích	Důvěra v personál
		Informace o průběhu hospitalizace dítěte
		Podpora ze strany zdravotníků
		Negativní zkušenost s personálem

3.3.9 Analýza a interpretace dat

Profil respondentů

Do výzkumu bylo cíleně vybráno 10 respondentů: matky předčasně narozených dětí. I přes to, že je výzkum zaměřen na rodiče a zákonné zástupce se výzkumu přímo neúčastnili otcové, zřejmě z důvodu nižší potřeby sdílení informací, avšak jejich zkušenosti byly mapovány pomocí výpovědí matek. Sběru dat se respondentky účastnily z vlastní iniciativy. Všechny oslovené respondentky měly zkušenost se zapojením do ošetrovatelského procesu poskytovaného nezralému novorozenci, a zároveň již byly s dítětem propuštěny do domácího prostředí.

Tab. 2 Základní přehled respondentů

Číslo respondenta	Týden porodu	Hospitalizace	Pohlaví dítěte
Respondent 1	34 + 2 t.g.	Obilní trh – IMP	Děvče
Respondent 2	33 + 0 t.g.	Dětská nemocnice Brno – JIP	Chlapec
Respondent 3	33 + 0 t.g.	Obilní trh – IMP	Děvče
Respondent 4	31 + 6 t.g.	Obilní trh – JIP a IMP	Chlapec
Respondent 5	36 + 0 t.g.	Obilní trh – IMP	Chlapec
Respondent 6	25 + 6 t.g.	Obilní trh – JIP	Dvojčata – chlapci
Respondent 7	30 + 2 t.g.	Obilní trh – JIP	Chlapec
Respondent 8	34 + 4 t.g.	Obilní trh – IMP	Chlapec
Respondent 9	35 + 4 t.g.	Obilní trh – IMP	Děvče
Respondent 10	26 + 3 t.g.	Obilní trh – JIP	Chlapec

Respondent 1 – žena, která se stala v roce 2022 matkou holčičky narozené ve 34 + 2 týdnu gestace. Novorozená holčička byla hospitalizovaná v Brněnském perinatologickém centru (Obilní trh), na oddělení intermediární péče. Účast na výzkumu respondentka vnímala velmi pozitivně, byla ráda za možnost sdílení svých zkušeností s ostatními rodiči předčasně narozených dětí. Samotný pobyt v nemocnici, hospitalizaci dcery a zapojení do ošetrovatelského procesu hodnotila takto: „Jsem ráda že jsem tam byla, a že jsem viděla, že jsem v dobrých rukou. Vybavenost nedonošených je v Brně výborná.“

Respondent 2 – žena, jíž se nečekaně narodil ve 32 + 4 týdnu gestace chlapeček s atrezií jícnu, který byl po narození převezen do Brněnské dětské nemocnice na novorozeneckou JIP.

Účast na výzkumu respondentka přijala zejména z důvodu sdílení zpětné vazby na péči poskytovanou jejímu synovi. V průběhu hospitalizace chlapečka si všimla poměrně velkých rozdílů mezi lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky: *„Ze strany lékařů nemám jedinou výtku a ze strany sestřiček, je výjimka narazit na nějakou milou sestřičku.“*

Respondent 3 – žena hospitalizovaná od 32 + 3 týdne gestace z důvodu předčasného odtoku plodové vody se stala matkou dcery narozené v 33 + 0 týdnu gestace, jež byla následně hospitalizovaná na oddělení intermediární péče v Brně na Obilním trhu. Za hospitalizace dcery si všimla nesouladu v podávaných informacích: *„Jedna mi řekla, že můžu malou přebalovat v inkubátoru, druhá mi řekla, že v žádném případě v inkubátoru ne.“*

Respondent 4 – žena, jejíž dítě se narodilo v týdnu gestace 31 + 6 a zpočátku bylo hospitalizované na neonatologické JIP v Brně (Obilní trh), posléze bylo přesunuto na jednotku intermediární péče. V péči o dítě byla podporovaná již ode dne porodu: *„Měla jsem kanylu, a chlapečka jenom hladila. Druhý den, mě sestřička všechno ukázala, krok za krokem mě říkala, co mám dělat.“*

Respondent 5 – žena, která porodila dítě na hranici zralosti v týdnu gestace 36+0. Novorozенец byl následně hospitalizovaný na jednotce intermediární péče v Brně na Obilním trhu. Své pocity shrnuje respondentka do jedné věty: *„Bylo to postupné, jelikož tam byl opravdu přetlak, na hodně věcí jsem se musela doptávat výslovně, ale zároveň jsem chtěla dělat hned všechno, protože to je moje miminečko a nejradši bych ho hned vzala domů.“*

Respondent 6 – žena sekundipara, která porodila v týdnu gestace 25 + 6 dvojčata. Ta byla hospitalizovaná na neonatologické JIP v Brně (Obilní trh). Respondentka popisovala podporu ze strany zdravotníků v komunikaci se starším synem a vlastní frustraci z nemožnosti být na dvou místech najednou: *„Říkali, že mám doma ještě jednoho syna, který mě taky potřebuje. Byli fakt milí, ale mě to samozřejmě drtilo. Chtěla jsem, aby ten starší syn, nebral kluky jako vetřelce. Takže je strašně důležitý tam navázat ten kontakt, abych byla se všema těma klukama v pohodě.“*

Respondent 7 – žena, jež porodila chlapečka ve 30 + 2 týdnu gestace. Chlapeček byl hospitalizovaný na neonatologické JIP v Brně (Obilní trh). Respondentka zpětně vzpomíná na první pocity v momentě, kdy poprvé přišla navštívit své dítě a zároveň se měla zapojit do

ošetřovatelského proces: „*Já jsem se toho obávala a ve výsledku to bylo úplně nenásilný... postupně mi vysvětlovali, co je na co, úplně nenásilnou formou jsem se o něj najednou starala já.*“ Své zapojení do výzkumu popisuje respondentka jako formu „terapie“ a je ráda, že si o tom s někým mohla popovídat.

Respondent 8 – žena, jejíž dítě se narodilo ve 34 + 4 týdnu gestace a bylo hospitalizované na jednotce intermediární péče v Brně na Obilním trhu. Respondentka vypichuje zapojení partnera do péče o dítě: „*Partner tam mohl být jen párkrát, protože to blokovalo cizí kojení, anebo už pak nemohl na pokoj. Takže se ode mě učil všechno doma. Ale když to šlo, tak to bylo podporováno od personálu, aby se tatínci zapojili. Nebyl u všeho, nebyl u koupání určitě, ne. Ale byl u přebalování, oplachování a oblíkal.*“

Respondent 9 – žena sekundipara, jež porodila ve 35 + 4 gestačním týdnu dceru, ta byla posléze hospitalizovaná na jednotce intermediární péče v Brně na Obilním trhu. Hospitalizace dcery byla pro respondentku velkým šokem, zejména kvůli nedostatečné informovanosti: „*Já jsem vůbec nevěděla, že mi malou nedají k sobě. Já jsem po porodu byla strašně v šoku, že mě dají někam jinam a jí budou mít u sebe.*“ Účast na výzkumu pojala respondentka jako možnost pomoci dalším rodinám.

Respondent 10 – žena multipara, jež ve třetím těhotenství náhle porodila ve 26 + 3 týdnu gestace. Novorozenec byl hospitalizovaný na neonatologické JIP v Brně (Obilní trh). Zde měla ve zdravotnicích respondentka velkou oporu: „*Vždycky tam s náma byla sestřička, když jsem něco nevěděla a poradila. Ohledně personálu tam fungovalo všechno. Oni se fakt snažili, pomáhali se vším. I když třeba některé z nás nešlo přisátí, tak všem pomohli a ukázali všechno.*“

Informovanost rodičů/ZZ

V kategorii informovanost rodičů/ZZ byly určeny čtyři subkategorie: *Počátek a způsob zácvičku do péče, Druh poskytovaných informací, Porozumění informacím a jejich opakování, Jednotnost informací.*

Počátek a způsob zácviku do péče

Způsob zapojení žen/matek do péče se v rámci hospitalizace dítěte odvíjel především od psychického nastavení rodičky a jejího zdravotního stavu. Většina žen (respondent 2, 3, 5, 6, 8, 9) se do péče chtěla zapojit sama a tuto péči iniciovala, jak uvádí respondent 2: „*Asi spíš sama jsem se chtěla zapojit. Takže jsem to iniciovala já,*“ podobně odpověděla i respondentka 5: „*Chtěla jsem se zapojit já sama a v podstatě na všechno jsem se ptala já sama.*“ Ve dvou případech (respondent 1 a 7) bylo zapojení do ošetrovatelského procesu iniciováno oboustranně, což potvrzuje výpověď respondenta 1: „*To bylo asi oboustranný. Byla jsem vyzvaná jak zdravotníky, tak i sama. Já jsem se chtěla zapojit hned po porodu. Mě řekli, že mám přijít až další den ráno, ale já jsem chtěla prakticky hned. Tak jsem tam šla hned, ale jinak to bylo takové fakt oboustranný, že to nebylo žádný nucení nebo že bych nemohla,*“ respondent 7 popisuje situaci stručněji: „*Z naší strany to bylo asi obojí dohromady.*“ Pouze ve dvou případech (respondent 4, 10) se ženy nezapojily samostatně, ale byly vyzvány zdravotníky. Výpověď respondenta 4 uvádí: „*Byla jsem vyzvaná zdravotníky, protože jsem byla po císaři a mě ty sestřičky z té JIPky zavolaly, že už se můžu přijet podívat na miminko, a tam mě vysvětlily, že se můžu o miminko starat a začaly mi ukazovat péči v inkubátoru,*“ respondentka 10 prožila situaci následovně: „*Oni nám řekli, že se to budeme postupně učit, protože jsem se toho miminka bála hrozně, protože byl malinkatý bála jsem se, na něho šáhnout, všeho jsem se bála.*“

U devíti respondentek pak zácvik do péče pokračoval hned druhý poporodní den, případně časně po porodu. Např. respondentka 1 uvádí: „*Ten zácvik probíhal hnedka druhý den po porodu. Hnedka ráno jsem přišla a už jsem dceru mohla přikládat k prsu, mohla jsem jí zkoušet přebalovat.*“ Téměř stejnou zkušenost má i respondent 3: „*Hned druhý den ráno jsem za ní začala chodit a už mi ukázali přebalování.*“ I přes to, že se z počátku respondenti báli do péče plně zapojit, zjistili, že je zácvik podáván nenásilnou formou. Ženy do ničeho nebyly nuceny a všem dovednostem se učily postupně. Respondent 7 uvedl: „*Já jsem se toho dost obávala a ono to ve výsledku bylo úplně nenásilný, vždycky přišla sestřička, něco dělala a říkala chcete si to zkusit. Takže mi postupně vysvětlovali, co je na co a vlastně úplně nenásilnou formou jsem se najednou o něj starala já.*“ Zajímavý je i pohled respondenta 4: „*To bylo ten první den, co jsem měla kanylu, to jsem si chlapečka jenom hladila, protože to bych nic s tou jednou rukou nezvládla. No a pak druhý den, když jsem tam přišla, mě sestřička všechno ukázala. Každý krok za krokem mě říkala, co mám dělat.*“ Pouze respondentka 2 měla se zapojením do péče jiné zkušenosti. To bylo způsobeno zdravotním stavem dítěte, a také zdravotnickým zařízením, ve kterém bylo dítě hospitalizované. Výpověď respondentky

2: „*On byl v umělém spánku, takže já jsem si ho mohla pochovat až nějaký desátý den a nějak jsem do té péče úplně zapojovaná nebyla. Ale až se přesunul do další místnosti, tak tam už mě zapojovali. Tam už nás vyzvali třeba, ke koupání. Ale to mohlo být třeba až 20. den.*“

Po zácvičku se již všichni respondenti zapojovali do péče sami, bez vyzvání zdravotníkem. Byla na ně přenesena z velké části zodpovědnost, což brali pozitivně, jelikož to pro ně byla přirozená věc. Např. respondent 3 uvádí: „*Ne, sama. Vyloženě tam nám nikdo neřikal, že teď už by měla být vykoupána. Nechávali nás být trochu flexibilní, ale strašně se tam dodržovalo to, že musíte odstříkávat mlíko co 3 hodiny.*“ Respondent 6 má obdobnou zkušenost: „*Já jsem potom automaticky přišla a věděla jsem, že mám odstříkat to mlíčko. Pozdravila jsem vždycky u toho kluky a vrhla se na ně. Tam to mělo být víc náročné, ale byla jsem fakt překvapená, že se o ně můžu starat sama.*“ Situaci moc pěkně popisuje i respondent 7: „*No jasně, už by mě spíš překvapilo, kdyby sestřička přišla a řekla, že chce dělat něco jako ona.*“

Druh poskytovaných informací

Všem respondentkám byly poskytnuty jak teoretické, tak i praktické informace. V případě většiny respondentek (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10) byly teoretické znalosti cíleně doplňovány předvedením daného úkonu v rámci péče poskytované dítěti. Respondent 3 uvádí: „*Ano, no, poprvé, když jsem přebalovala a poprvé, když jsem koupala, tak jo, potom už ne. Já jsem necítila, že potřebuju, mně přišlo, že zrovna mně to šlo tak jako od ruky.*“ Respondent 9 má podobnou zkušenost: „*Samozřejmě mi to ukázali, člověk to po těch letech zapomene a má úplně stejný strach, jak když to bylo poprvé. Oni i přišli, jestli potřebujeme pomoc nebo jestli chceme s něčím pomoci.*“ Zkušenost respondenta 10 je obdobná jako zkušenosti respondentů 3 a 9, avšak respondent 10 si raději nechal poradit od lékařky než od dětských sester či porodních asistentek: „*Když jsem něco nevěděla, tak jsem se zeptala doktorky. Hlavně jedna paní doktorka to říkala a vysvětlila laicky, protože já jsem něčemu třeba nerozuměla nebo jsem to nechápala a ona to říkala tak, že jsem všechno pochopila.*“ Respondentům 2 a 5 nebyly praktické informace poskytovány cíleně. K jejich podání došlo náhodně, v rámci některého z úkonů vykonávaných u dítěte. Respondent 2 popisuje situaci následovně: „*Při tom krmení to vyplynulo postupně samo. Neřekli, vemte si ho a teď ho krmte, ale viděla jsem třeba sestřičku, jak ho krmí a ta mi řekla, chcete si to zkusit? Tak jsem to zkusila a pak už se o mě v podstatě nestarali.*“ Respondent 5 následující pocit: „*Na začátku v rámci přebalování, když už nebyl v inkubátoru, mi to bylo ukázáno úplně náhodně, protože mi to přišlo náročnější*

na ty manipulace. A když už byl na postýlce, tak s převlíkáním mi bylo akorát ukázáno, jak si ho lépe chytit.“

Respondenti dále uvádí, že zpočátku vykonávali úkony pod dohledem zdravotnického personálu, což vnímali vesměs pozitivně, jelikož si pak v jednotlivých činnostech byli jistější. Respondent 1 uvádí: *„Určitě ano, určitě ano. Sestřičky mě kontrolovaly úplně při každé činnosti. Už jenom kvůli tomu, že jsem byla mladá mamka, tak se bály, abych to dělala všechno dobře. Co se týče plenek, zavazování dečky, aby mi z toho malá nevypadla nebo koupání, to se mě klepaly ruce, že jsem to nemohla ani zvládnout sama.“* Tuto skutečnost dále potvrzuje i zkušenost respondenta 4: *„I potom, když už jsme byli zacvičení, tak vždycky sestřička přišla, jestli nepotřebuju pomoc a podpořit. Vždycky tam někdo byl ochotný pomoc.“*

Porozumění informacím a jejich opakování

Všichni respondenti se shodují, že podávaným informacím ve výsledku rozuměli, ale ne u všech byly informace personálem spontánně opakovány. Pokud se však ženy doptaly, byly jim informace zopakovány: *„Určitě jo, ale když jsem tam třeba něčemu nerozuměla, tak jsem měla možnost se zeptat,“* uvádí respondent 1, avšak respondent 8 měl pocit, že bude při opakování otázek spíše přítěží: *„Jak který, mi byly opakovány. Třeba s koupáním jsem se cítila hrozně neohrabaně a bylo mi to ukázáno jednou. Mě to pak znovu ukazovaly maminky na pokoji, které tam byly se mnou už dlouho. Asi kdybych se zeptala vícekrát, tak mě to ukázaly i sestřičky, ale měla jsem pocit, že je budu zdržovat a podobně. Možná jsem to já málo iniciovala.“* Na rozdíl od respondenta 8 měl respondent 5 pocit, že má málo informací: *„Já jsem byla zvědavá, takže jsem se vyptávala, a když mi něco nebylo jasné, tak jsem se snažila vyptávat znova. Ale nebyly mi vůbec spontánně podávány informace po vizitě. A vlastně já do teďka nevím, jaké všechny procesy nebo vyšetření byly udělané, ale očividně byly všechny v pořádku. Nebylo mi toho podáváno hodně, na co jsem se nezeptala, jsem nevěděla.“*

Jednotnost informací

Většina respondentů (1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10) souhlasí, že informace podávané zdravotnickým personálem byly vesměs jednotné a shodovaly se v tom podstatném: *„Myslím si, že jo. Sestřičky tam jedou stejnou vlnu,“* uvádí respondent 4. S výrokem souhlasí i respondent 10: *„Shodovaly se, určitě jo. To byla stejná rutina, takže jsme pořád dělali to stejných dokola.“* Jiný názor na jednotnost informací měl respondent 3: *„Upřímně moc ne. Jedna mi řekla, že můžu malou přebalovat v inkubátoru, druhá mi řekla, že v žádném případě*

v inkubátoru ne. Ale mě hlavně štválo to, že jedna sestřička řekla tohle je správně, druhá řekla tohle rozhodně není správně.“ S tímto tvrzením se ztotožňoval i respondent 8: „Určitě ne. Co se sestra, to jiný názor. Ať v kojení nebo koupání.“

Oblasti nejčastějšího zapojení do ošetrovatelského procesu

V kategorii oblasti nejčastějšího zapojení do ošetrovatelského procesu byly určeny čtyři subkategorie: *Aktivity OP, nejsložitější oblast OP, deficit zapojení v OP, Ověření způsobu provedení činnosti.*

Aktivity OP

Aktivity, do kterých byly respondenti v rámci ošetrovatelského procesu zapojeni se vesměs shodují. Nejčastější aktivity zapojení byly: iniciální dotek, klokánkování, orální stimulace, polohování dítěte, kojení/krmení samospádem přes sondu/stříkačkou po prstu/lahvičkou, přebalování, koupání, převlékání, zavinování, péče o kůži/pupeční pahýl, podávání vitamínů/inhalace, měření tělesné teploty, polohování saturačního čidla, úprava nostril u CPAP. Výpověď respondenta 2 uvádí: „*Mohla jsem krmit, zapisovala jsem, kolik snědl ze stříkačky, z lahvičky a kolik jsem mu dávala do nasogastrické sondy. Podávala jsem léky, přebalovala, někdy koupala, měnila to čidlo, měřila teplotu a mazala břicho.*“ Respondent 6 měl následující zkušenosti: „*Člověk přijde k inkubátoru, pozdraví, dáváme ruce na čelíčko. Pak přebalování, měření teploty, čidlo, všechno jsem dělávala já. Když jsme chtěli klokánkovat, i s tou plicní ventilací, tak satureoval špatně. Koupání, na to přišlo trochu později, ale chtěla jsem hrozně. Jedno odpoledne jsme kluky šli koupat trochu dřív, tak jsme si to zkusili, bylo to hrozně fajn. Takže zapojili nás do všeho,*“ respondent 10 tato zjištění doplňuje informacemi o podávání stravy novorozenci: „*Sama jsem otáčela, dávala ty čidla a většinou mlíko. Mlíko se nakojilo přes Medelu a tím měl po každé čerstvý přísun. Každý tři hodiny jsme tam chodili a dělali jsme tam vše.*“

Nejsložitější oblast OP

Pro majoritu respondentů (1, 2, 3, 4, 5, 8) se nejtěžší činností jevílo koupání, jak uvádí respondent 5: „*To koupání. Určitě to koupání. To, že jsem ho měla v té jedné ruce, mě přišlo extrémně nekomfortní.*“ S ním se shoduje i respondent 8: „*To koupání. Tím, že se koupe v ruce, a ne ve vaničce a člověk na to byl sám, to mi přišlo nejsložitější. Jak ho mám držet, a přitom řešit všechno okolo, jak ho správně jistit.*“ Pro respondenty (6, 7, 9 a 10) byly

nejsložitější následující činnosti: „*Nejsložitější? Manipulace. Toho jsem se hrozně bála, otočit ze zádiček na břicho,*“ uvádí respondent 6. Z pohledu respondenta 7: „*... bylo nejtěžší to inhalování, protože mně přišlo, že ho tím dusím,*“ respondent 9 měl velké problémy s: „*... nejsložitější bylo to odloučení*“ a respondent 10 špatně nesl: „*Jak ho píchali, protože mu ty žilky hrozně praskaly a on měl pořád ty ruce hrozně nateklý.*“

Deficit zapojení v OP

Největší deficit pocítovali respondenti ve spojitosti se zapojením do jednotlivých vyšetření novorozence a vizit: „*Asi bych chtěla být u vyšetření. Když nás propouštěli, tak se šlo na kardiologii a na kyčle a tam jsem byla. Byly ale vyšetření, kde bych chtěla být, ale třeba jsem zrovna šla na oběd. Říkala jsem, že bych chtěla jít a nepočkali na mě, i když jsem řekla, že se vrátím za 15 minut,*“ uvádí respondent 2. Jeho tvrzení podporuje i zkušenost respondenta 3: „*Mrzí mě, že nevím, jak probíhají jednotlivá vyšetření. Na nějaké vyšetření, malou odnášeli i vedle. Možná to bylo skrz to dýchání, ty plíce, ale já nevím proč, nebyl u toho přítomen ani přítel.*“ Ani respondent 5 neměl se zapojením do jednotlivých vyšetření pozitivní zkušenost: „*To byly určitě vizity a s tím spojené vyšetření. Já jsem nebyla u žádného jeho vyšetření, ani u patičkového testu. Zpětně si říkám, že za A je špatně, že jsem tam nebyla a za B se to určitě dalo udělat jinak, tak aby se i on cítil komfortněji a já věděla, jak to probíhá. Taky prostě náhodně jsem přišla na to, že byl na ultrazvuku mozku.*“

Majorita respondentů (1, 4, 6, 7, 9, 10) při zapojení do péče nepocítovala žádný deficit: „*U všech různých odběrů, a tak jsem nakonec byla. Kromě těch prvních, když jsem ještě byla na sále,*“ popisuje respondent 7. S ním souhlasí i respondent 9: „*To asi nemám takovej pocit, že by mě do něčeho nezapojili.*“

Ověření způsobu provedení činností

Respondenti se obecně shodují, že zdravotníci ověřovali správnost prováděných činností u dítěte pouze na počátku péče: „*Dokud byl, u těch sestřiček, a já jsem za ním docházela tak určitě,*“ uvádí respondent 8. V průběhu péče byl na oddělení personál přítomen, ale přímo respondenty nekontroloval. Přítomnost zdravotníků vnímali respondenti pozitivně, jelikož měli pocit jistoty a věděli, že se mohou kdykoliv na cokoli zeptat: „*Já jsem hlavně věděla, že ten zdravotník je tam x let a má x zkušeností a já jsem prvorodička, která je ráda, že je mu dobře a že mu nic není,*“ uvádí respondent 5. Pozitivní zkušenost má i respondent 6: „*Kolikrát, jsme si tam povídali, já jsem o kluky tak nějak pečovala, přebalovala a všechno. To*

bylo hrozně super, protože na cokoliv jsem se v tu chvíli fakt mohla zeptat a popřípadě mi i oni pomohli.“

Vnímání reakcí předčasně narozeného dítěte

V této kategorii byly identifikovány tři oblasti: *Pocity rodiče/ZZ při poskytování péče v průběhu hospitalizace, Reakce dítěte na rodiče a personál a Rozpoznání rodiče dítětem.*

Pocity rodiče/ZZ při poskytování péče v průběhu hospitalizace

Respondenti se shodují, že se jejich pocity v průběhu hospitalizace dítěte velmi významně měnily. V počátku se respondenti ocitli v situaci, které mnohdy nevěřili i přes to, že o ní byli, v některých případech, informovaní s určitým předstihem. Cítili se vystrašeně, nervózně či nejistě. S postupným zapojováním do procesu péče, se u nich prohlubovali pocity jistoty, snižoval se stres a strach: *„Já jsem se cítila hrozně, protože jsem si říkala, že jsem nedokázala donosit dítě, že na tom není nic těžkého, ale potom už to tak nějak přišlo, zvykla jsem si na to, že prostě se tohle děje,“* popisuje respondent 1. Obdobně situaci prožíval i respondent 4: *„Z toho začátku největší pocit byl strach. Jak na něj šáhnout, aby ho neškrábla, abych ho špatně nezvedla. To pak přešlo v jistotu, člověk to už má v ruce a začali jsme dávat tu lásku víc najevo a ten strach přešel v láskyplnou péči“* a respondent 10: *„Na začátku jsem měla obrovský strach, furt jsem plakala a vyčítala si to. Ale potom jsem ho viděla a řekla jsem si, budu se o tebe hodně dobře starat, abys viděl, jak moc tě mám ráda.“*

Reakce dítěte na rodiče a personál

Většina respondentů nebyla schopna rozpoznat rozdíl mezi reakcí dítěte na ně a na personál. Připisovali to např. větší spavosti dítěte: *„Ona byla strašně spavá, takže tam šlo o to, že ona to moc nevnímala,“* uvádí respondent 3 i respondent 4: *„No tak to si nemyslím. On furt spal. Myslím si, že tam v tu dobu ještě žádné reakce neprobíhaly, že by pod mýma rukama se choval jinak než pod rukama zdravotníka.“* Také tomu, že téměř nezažili dobu, kdy se o dítě staral personál: *„Když ještě pečovali oni, tak jsem rozdíl nezaznamenala a potom už jsem nebyla u toho, když pečovali spíš oni,“* popisuje respondent 5 i respondent 9: *„To nevím, protože já, když se o ní staral někdo jinej, jsem tam v podstatě nebyla.“* Reakce dětí na péči byly vesměs pozitivního charakteru, pokud respondenti nepočítali pláč při přebalování, kdy se mění teplota dítěte. Dva respondenti (6,7) však odlišné reakce dítěte vnímali. Respondent 6 popisuje situaci následovně: *„Jo, všimla jsem si, že na mě reagují pozitivně. Vždy přestali*

plakat a celkově se uklidnili, když jsem na ně začala mluvit,“ na tuto výpověď navazuje i respondent 7: „Určitě, jo. Musím říct, že vždycky se u mě víc uklidnil. Když jsme spolu cvičili, tak byl klidnější, než když mě to ukazovala ta paní sestřička.“

Rozpoznání rodiče dítětem

Většina respondentů měla pocit, že je dítě rozeznalo až s odstupem času, jelikož si prvních jasných reakcí začali všimnout až po propuštění do domácího prostředí. Jak vypovídá respondent 2: *„Já si myslím, že kdyby tam chodil kdokoliv jiný, jako pečující osoba, tak by to bylo stejné,“* podobně popisuje situaci i respondent 5: *„Až doma, on byl hodně spinkací v nemocnici“* a respondent 8: *„Tohle jsem nepozorovala. Až doma. Až když byl větší.“*

I v této subkategorii cítili respondenti (6, 7), že je dítě rozeznalo již při hospitalizaci. Respondent 7 má velmi kladné zkušenosti se stimulací sluchového i čichového ústrojí dítěte, díky čemuž měl pocit, že jej dítě poznalo: *„Já věřím, že jo. Když jsem byla těhotná, tak jsme spolu poslouchali moji oblíbenou skupinu. A jednou se poštěstilo, že na pokoji nikdo nebyl, tak jsem mu to pouštěla a bylo vidět, že je úplně spokojený a vůbec se nemlel. A když pak už nemusel být v inkubátoru, tak bylo vidět, že v té postýlce úplně být nechce. Sestřička mi poradila, abych mu tam dala svoje triko a potom spal krásně.“* Respondent 6 měl také kladné zkušenosti se stimulací sluchového ústrojí dítěte, avšak mírně jiného rázu: *„Jak mě slyšeli, tak jsem viděla, že reagují, že otáčí hlavičku. My jsme měli i rituál, chytala jsem je za ručičky a třikrát jim trošičku zmáčkla prstíčky. Oni mě potom začali mačkat taky chvilčkama.“*

Opora ve zdravotnících

V této kategorii byli určeny čtyři subkategorie: *Důvěra v personál, Informace o průběhu hospitalizace dítěte, Podpora ze strany zdravotníků a Negativní zkušenost s personálem.*

Důvěra v personál

Respondenti personálu 100% důvěřovali. *„Já jsem teda těm sestřičkám vždycky naplno důvěřovala,“* popisuje respondent 4 i 8: *„V pohodě, nebylo to tak, že bych byla neklidná, že na něho sahá někdo jiný, nebo, že se mu děje něco špatného“* a 10: *„To jsem byla ráda, protože jsem věděla, že je o něj postaráno úplně nejlíp.“* Avšak když péči dítěti personál poskytoval, měli mnohdy velký strach. Strach z toho, co jejich dítě čeká za vyšetření, z toho, jaké budou výsledky, z toho, že jejich výkon bude bolet. Měli strach z nejisté budoucnosti dítěte. *„... Ona měla komůrky na mozečku a trvalo tři dny, než ji přišli vyšetřit znova, aby*

viděli, jak se to posunulo. A já jsem měla tak velký strach, aby to nebylo vážné, naštěstí nebylo,“ popsal respondent 3 a 6: „...Bála jsem se, co mu všechno budou dělat.“

Informace o průběhu hospitalizace dítěte

Spontánní informace dostávali respondenti převážně od lékařů – pediatrů, a to nejčastěji po vizitě. „Spíš od pediatrů to bylo spontánně. Chodili za mnou a říkali mi veškeré informace,“ uvádí respondent 1 a 3: „Ano, vždycky za mnou, když byla vizita, přišla paní doktorka.“ S jejich tvrzením souhlasí i respondent 6: „Ano, informace mi lékaři i sestřičky předávali vždycky po vizitě. Ale když jsem se jich na něco zeptala, tak mi vždycky odpověděli“ a respondent 10: „Jo, jo, vždycky když přišel doktor, začal vykládat, co se dělalo, když jsem u toho nebyla.“ Ve větším měřítku měli ale respondenti pocit, že se na část informací musejí doptávat. Pokud se zeptali, informace jim byly vždy podány. „Sami mi po vizitě neřekli, udělalo tohle a tohle. Na co jsem se nezeptala, jsem nevěděla,“ uvádí respondent 5. Podobné prožitky měl i respondent 8: „Doptávala jsem se. Když jsem věděla, že byla vizita, to jsem tam nebývala, tak jsem se ptala“ a respondent 9: „Spíš jsem se ptala, když mě to zajímalo. Myslím, že oni potom sklouznou do rutiny, že třeba pro ně jsou ty věci automatické, ale mě, tím, že to neznám, to automatické nebylo.“ Někteří respondenti (5, 8, 9) nebyli spokojeni s informováním o následujících vyšetřeních dítěte, jelikož o nich vůbec nevěděli: „O vyšetření z patičky jsem se dozvěděla, až když jsem ho přebalovala. Viděla jsem zalepenou nebo fialovou nožku, a tak jsem si říkala, co se dělo, a musela jsem se na to ptat,“ uvádí respondent 8 i 9: „Nikdo mi neřekl dopředu, budeme to dělat. U patičky jsem ani nebyla a pak mě akorát dávali souhlas ke svalovým atrofiím.“

Podpora ze strany zdravotníků

Ze strany podpory mají respondenti odlišné zkušenosti, avšak většina ji pocítovala jako dostatečnou. Dotazovaní (1, 4, 6, 7, 9, 10) byli s podporou poskytovanou zdravotním personálem spokojeni a hodnotili ji mnohdy jako nadstandartní. „Byly tam dvě nebo tři sestřičky, které mě pořád podporovaly. S jednou si píšu do teď, ta mě objímala, říkala, že jsme to dokázali, že už jdeme domů. S některýma sestřičkami jsem se tam cítila jako doma,“ konstatuje respondent 1 a respondent 4 přidává: „Když jsem nevěděla kudy kam, tak mě vždycky sestřičky podržely a pěkně se mnou promluvily. A to mě stačilo.“ Podobně prožíval situaci i respondent 7: „Jo, určitě v našem případě klobouk dolů. Řekla bych, že úplně nadstandartní.“

Dotazovaní (2, 3) měli pocit dostatečné podpory ze strany lékařů, ale u podpory ze strany dětských sester/porodních asistentek měli smíšené pocity. „*Doktoři určitě, jakoukoliv jsem měla otázku, cokoliv jsem si našla na internetu, tak mě vždycky uklidnili, byli strašně milí, ochotní. Sestřičky, tam záleželo, na koho jste narazila,*“ popisuje respondent 2, respondent 3 se s ním shoduje: „*Co se týče doktorů, nemůžu si absolutně stěžovat. Ohledně zdravotních nebo dětských sester, to bylo tak půl na půl. Některý byly úplně zlatý a u některých, když je člověk viděl, měl pocit, že celou jejich službu nevyleze z pokoje.*“ Zbývající dotazovaní (5 a 8) podporu jako dostatečnou nevnímali. Největší nedostatky pocítovali v rámci procesu kojení: „*Velmi malou. V těch základních věcech – kojení a tak, ano, do určité míry. Ale necítila jsem se v tom maximálně podporována,*“ sdělil respondent 5. Bohužel podobnou zkušenost měl i respondent 8: „*Co se týká kojení, tak mě překvapilo, že by některé sestřičky nejradši daly flašku. Byl to nářez, asi jsem potřebovala víc učení a zpětné vazby – třeba děláte to dobře.*“

Negativní zkušenost s personálem

Přímou negativní zkušenost s personálem neprožil ani jeden respondent, avšak dotazovaní 2 a 3 byli svědky sporu mezi zdravotníkem a jinou ženou. „*Já jsem zažila jinou maminku, všechny sestřičky ji pomlouvaly, protože si stála za svým a nebála se to říct, co se týká jejího syna. Ony pak byly proti ní, házely jí klacky pod nohy. Tak jsem pochopila, že s nimi musím být za dobře, aby se tam malý měl taky dobře. Ony to dokázali dát sežrat I tomu dítěti, nechaly ho třeba plakat. Takže jsem pochopila, že s nimi není dobré vyjadřovat svůj názor,*“ uvádí respondent 2. Respondent 3 popisuje obdobnou situaci následovně: „*Konkrétně já ne, ale paní, co se mnou ležela na pokoji, to schytala od jedné sestry století za to, že zaspala v noci, a že se vzbudila o půl hodiny později, když měla před půl hodinou kojit.*“

I přes to, že zbylí respondenti neuvedli negativní zkušenost, popsali drobné nuance, díky kterým pro ně nebyla hospitalizace dítěte zcela komfortní. Respondent 4 pocítoval značný generační rozdíl mezi personálem: „*Je znát generační rozdíl u sestřiček,*“ respondent 5 zaznamenal uštěpačné poznámky ze strany personálu: „*Vyloženě negativní ne, to spíš uštěpačné poznámky*“ a pro respondenta 8 nebyl personál dostatečně empatický: „*...Ale bylo to nějaké, ten pocit neempatie.*“

Shrnutí jednotlivých kategorií

Informovanost rodičů/ZZ

Informovanost je nedílnou součástí procesu péče poskytované předčasně narozenému dítěti. Podávání informací začíná již se zapojením rodiče/ZZ do péče. V této primární fázi, je velmi důležité, jakým způsobem byl porod respondentů veden (sekce, vaginální porod) a v jakém psychickém rozpoložení se respondent ocitnul. Ve většině případů se respondenti do péče o dítě zapojili ze své vlastní vůle. Avšak ti, kteří porodili sekci nebo vnímali silný pocit strachu byli do péče zapojeni zdravotnickým personálem.

Další podávání informací, tedy teoretický i praktický zácvik do péče pokračoval u majority respondentů časně po porodu a probíhal nenásilnou formou. Respondenti byli do procesu péče zacvičení postupně, za asistence zdravotníka, při čemž se u nich zmírnily prvotní obavy, strach i stres a postupně přebírali zodpovědnost za markantní část výkonů. Praktická stránka úkonů byla ukázána všem respondentům, u některých však nebyla názorná ukázka cílená, ale došlo k ní náhodně v rámci procesu péče o dítě.

Podávaným informacím respondenti rozuměli, nicméně jistý nedostatek cítili v jejich opakování. Pokud personál poprosili o opakované vysvětlení informací, bylo jim vyhověno. Někteří respondenti bohužel opakované dotazování vnímali jako obtěžování personálu a z tohoto důvodu se posléze necítili dostatečně informovaní.

Většinově hodnotily respondenti podávané informace jako jednotné, s mírnými nuancemi, které byly spíše přínosem a dali jim větší rozhled a možnosti v péči o dítě. Menšina respondentů se shodla, že informace nebyly jednotné ani v základech a při následném poskytování péče dítěti pak byli zmatení a museli si najít vlastní způsob péče.

Oblasti nejčastějšího zapojení do ošetrovatelského procesu

Respondenti byli zapojeni do široké škály úkonů, která zahrnovala iniciální dotek, klokánkování, orální stimulaci, polohování dítěte, kojení/alternativní způsob krmení dítěte, zavinování, převlékání, přebalování, koupání, péči o kůži/pupeční pahýl, podávání léčiv/inhalace, měření tělesné teploty, polohování saturačního čidla či úpravu nostril u dětí na dechové podpoře CPAP.

S šířkou zapojení a s ověřováním správnosti prováděných úkonů byli respondenti vesměs spokojeni. Zdravotníci respondenty kontrolovali pouze na počátku péče a posléze jim byli k dispozici, pokud je potřebovali. Větší množství kompetencí u dotazovaných vyvolávalo pocit důležitosti a nápomocnosti dítěti, prohlubovalo pouto matka-dítě a zlepšovalo jejich

psychický stav. Pokud za respondentem docházel otec dítěte, měl mnohdy možnost se těchto výkonů účastnit také, což snižovalo míru separace matka – otec, otec – dítě a pomáhalo prohlubovat vztah. Nejsložitější částí péče bylo zpočátku pro majoritu respondentů koupání, a to zejména pro strach z manipulace a následného ublížení dítěti. I přes primární spokojenost v rámci jednotlivých úkonů, pocívali někteří respondenti deficit při zapojování do jednotlivých vyšetření dítěte. Tento deficit se týkal především dětí hospitalizovaných na intermediárním oddělení, kde respondenti nebyli dostatečně informováni o plánovaných vyšetřeních, jejich průběhu ani výsledcích a mnohdy o vyšetření ani nevěděli, a tudíž se do něj nemohli zapojit.

Vnímání reakcí předčasně narozeného dítěte

V počátku péče o dítě cítili respondenti především strach a nejistotu, které s prohlubováním péče postupně odeznívali. I přes prvotní nejistotu dotazovaní nezaznamenali negativní projevy emocí u dítěte vázané právě na ně. Většina respondentů však nedokázala popsat rozdíl v reakcích dítěte na péči poskytovanou rodičem/ZZ a zdravotníkem, to připisovali především velké spavosti dítěte při hospitalizaci a nepřítomnosti při vykonávání úkonů zdravotníkem. Obecně si respondenti všímali pozitivních i negativních reakcí dítěte v průběhu ošetrovatelského procesu, které neoznačovali jako reakce na určitého člověka, ale spíše na situaci a podmínky, ve kterých se dítě nacházelo. Stejně jako u reakcí dítěte, neměli většinově respondenti pocit, že by je dítě rozeznalo. Schopnost rozeznání dle respondentů nabyly děti až po propuštění do domácího prostředí s určitým odstupem času, kdy se začaly cíleně smát, otáčet a fixovat rodiče pohledem.

Opora ve zdravotnících

Respondenti jednohlasně cítili ke zdravotnickému personálu důvěru, věděli, že je dítě v rukou odborníků. I přes pocit důvěry ve zdravotníky, se respondenti potýkali s pocity strachu a stresu, když péči o dítě přebíral zdravotnický personál. Tento strach a stres připisovali nejistotě o budoucnosti jejich dítěte. Báli se především neznáma, a to: průběhu péče, vyšetření, bolesti dítěte, výsledků vyšetření či další prognózy stavu dítěte. Pokud pečovali o dítě pouze respondenti, tak tyto pocity ustaly, jelikož věděli, že dítě nečeká nic bolestivého, že dítěti neublíží, a že se má dítě dobře.

Nestejnorodý názor respondentů se objevil v oblasti sdílení informací o zdravotním stavu dítěte. Respondenti uvádí, že spontánně dostávali informace (zdravotní stav, prognóza) převážně od lékařů. V případě, že měli dotazovaní nedostatek informací měli možnost doptat

se zdravotnického personálu, který jim informace předal, avšak právě opakované dotazování hodnotili respondenti jako velké negativum. Pro některé, zejména ty z oddělení intermediární péče, bylo pokládání dotazů nepříjemné, jelikož měli pocit, že jsou pro personál přítěží.

Výše zmíněné negativní pocity daných respondentů se přenesly i do vnímání podpory. Tu nepovažovali za úměrnou, jelikož si s personálem nebyli schopni vybudovat dostatečný vztah. Negativní zkušenost se naštěstí netýkala všech dotazovaných. Ti, kteří si s personálem dostatečný vztah vybuodovali hodnotili podporu ze strany lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků jako adekvátní. Zejména se jim líbil lidský přístup personálu a skutečnost, že jsou personálem převážně ženy a hlavně matky. Mimo jiné ocenili respondenti i pozitivní zpětnou vazbu ze strany zdravotníků, již využívali ke zlepšení dovedností v rámci ošetrovatelského procesu.

V rámci hospitalizace dítěte se žádný respondent nedostal do přímého konfliktu s personálem, ale někteří respondenti byli jeho svědky. Všeobecně byl popisován spíše viditelný generační rozdíl mezi personálem. Přístup mladší generace byl obecně vnímán pozitivněji než přístup starší generace, zejména v komunikační rovině. Dále respondenti popisovali nevhodné poznámky personálu nebo pocit neempatie, což ale nepovažovali za negativní událost, spíše za přechodné individuální pochybení zdravotníka, které nezpůsobilo záporný pohled na celkovou hospitalizaci dítěte.

4 Diskuse

Diplomová práce se zabývá tématem zapojení rodičů/zákonných zástupců do péče o předčasně narozené dítě v době jeho hospitalizace na JIP/jednotce intermediární péče. Primárním cílem práce bylo zmapování praktického zapojení rodičů/zákonných zástupců právě do tohoto procesu. Limitaci ovlivňující validitu předloženého kvalitativního šetření může být subjektivní hodnocení respondentů, doba od ukončení hospitalizace, gestační týden a zdravotní stav novorozenců, a také omezení místem, kde byli děti respondentů hospitalizováni.

V České republice došlo v posledních deseti letech v rámci práv hospitalizovaných dětí k významným změnám, kdy je rodičům umožněna nejen neomezená přítomnost u dítěte, ale jsou i společně hospitalizováni a zapojováni do péče. Na neonatologických odděleních toto zapojení a přítomnost začíná více či méně hned po narození dítěte, a to i v případě porodu rizikových novorozenců. Díky sociálním sítím, výzkumům dle praxe založené na důkazech (EBP), osvětě neziskových organizací spojených s problematikou neonatologie mají budoucí rodiče ale i širší veřejnost, dostatek informací nejen v oblasti práv a povinností během hospitalizace jejich dítěte, ale jsou i informováni v možnostech zapojení se do péče již ve zdravotnickém zařízení. A právě informovanost a praktické zapojení se rodičů/ZZ do péče poskytované nezralému novorozenci byla hlavním tématem diplomové práce.

Po vyhodnocení rozhovorů bylo zjištěno, že **míra informovanosti rodičů/ZZ** se odvíjela od ochoty/přístupu, zapojení od zdravotnického personálu a naplněnosti oddělení. K podobnému závěru došli i autoři australské studie (Jones et al., 2015), kteří pomocí kvalitativního šetření zjistili, že pozitivní pohled na informovanost mají rodiče/ZZ, kterým bylo odpovězeno na všechny otázky, jež zdravotnický personál zpětně kontroluje, a které personál zapojuje do péče, a tím vznáší otázky, které by je samotné nenapadly. I španělská (Toral-López et al., 2016) kvalitativní studie s 23 respondenty potvrzuje, že rodiče/ZZ se cítí dostatečně informovaní, pokud je zdravotnický personál ochotný a neupořádá jejich obavy. Podobných závěrů dosáhla i irská kvalitativní studie (Franck et al., 2017) s 40 respondenty, která pojednává o důležitosti slovního podávání informací, což odráží ochotu a přístup personálu. Avšak respondenti této studie uvádí i to, že je velmi důležité podávání informací v písemné či digitální podobě. Negativní vnímání informovanosti ovlivňuje dle výše zmíněné australské (Jones et al., 2015) studie nedostatek informací zejména o zdravotním stavu dítěte, což koreluje i s výsledky výzkumu diplomové práce, jelikož právě oblast informovanosti o průběhu hospitalizace dítěte byla u většiny respondentů (6) vnímána jako nedostatečná.

Druhou problémovou oblastí je dle tohoto výzkumu nejednotnost informací, což bylo v diplomové práci zjištěno také, avšak pouze u minority (2) respondentů. Obdobná zjištění zmiňuje i již výše zmíněná španělská (Toral-López et al., 2016) kvalitativní studie, která se v této oblasti zaměřuje zejména na nejednotnost informací, ale zmiňuje i rozdílný přístup nelékařských zdravotnických pracovníků a lékařů, což bylo identifikováno i v této práci. Dle studie byly dětské sestry a porodní asistentky nejdůležitějším zdrojem informací a podpory, to bohužel s výzkumem diplomové práce zcela nekoreluje, jelikož množství respondentů popisuje kvalitnější a častější podávání informací ze strany lékařů, což ovšem odráží skutečnost českého prostředí zdravotnictví, kdy jsou zdrojem informací o zdravotním stavu dítěte pro rodiče či zákonné zástupce pouze lékaři.

Nejčastějšími konkrétními činnostmi ošetrovatelského procesu, které respondenti sami vykonávali, byly dle výzkumu diplomové práce: iniciální dotek, klokákování, orální stimulace, polohování dítěte, kojení/alternativní způsob krmení dítěte, zavinování, převlékání, přebalování, koupání, péče o kůži/pupeční pahýl, podávání léčiv/inhalace, měření tělesné teploty, polohování saturačního čidla či úprava nostril u dětí na dechové podpoře CPAP. V podobných aktivitách bylo zapojeno i 60 účastníků italské nerandomizované prospektivní pilotní studie (De Bernardo et al., 2017), kteří se účastnili koupání, přebalování, kojení a držení během bolestivých zákroků. Lze tedy konstatovat, že v základních činnostech se zapojení respondentů shoduje, avšak ve výzkumu diplomové práce se respondenti účastnili většího množství aktivit. Velmi zajímavá je v tomto ohledu americká studie (Haward et al., 2020), jejíž výstupem bylo naučné video. Tato studie zmiňuje, že zapojení rodičů/ZZ i v základních aktivitách jako přebalování, krmení, mluvení na dítě nebo dokonce dotýkání se a držení dítěte, může být pro rodiče psychicky náročná, jelikož je mnohdy novorozenec v kritickém stavu a rodiče se musí ptát na svolení poskytovat dítěti i tuto základní péči. Ve výzkumu diplomové práce se objevil pouze jeden respondent, který popisoval podobnou zkušenost. Jeho dítě bylo hospitalizované v dětské nemocnici a bylo zpočátku v kritickém stavu, což koresponduje i s výše zmíněnou studií. Účastníci výzkumu diplomové práce byly celkově se šíří zapojení do péče o dítě spokojeni. Množství kompetencí jim vyhovovalo, jelikož tím došlo k prohloubení pocitu důležitosti, nápomocnosti, pouta matka-dítě a zlepšení jejich psychického stavu. K podobnému závěru došla i nizozemská studie (van Veenendaal et al., 2022), kdy bylo aktivní zapojení rodičů, zejména matek do ošetrovatelského procesu asociováno se snížením projevu deprese a úzkostí, se zvýšením sebedůvěry a zlepšením vazby matka-dítě. Také korejská studie (Heo & Oh, 2019) jež se zabývala vývojem programu pro zlepšení účasti rodičů v péči o dítě, přichází s výsledky korelujícími s výzkumem diplomové

práce. Ty vypovídají o tom, že zapojení rodičů do péče zlepšuje tvorbu vztahu rodič-dítě, avšak přichází i se závěrem v diplomové práci nezjištěným, a to, že zapojení rodičů do procesu zlepšuje i vztah rodič – zdravotník. Další nizozemská studie (van Veenendaal et al., 2022) zabývající se především zapojením otců předčasně narozeného dítěte do procesu péče přichází se závěrem, že zapojení otců do péče je velmi benefiční, snižuje projevy deprese a zlepšuje tvorbu vztahu otec-dítě. To odpovídá výsledkům výzkumu diplomové práce, jež zmiňují, že zapojení otce do ošetrovatelského procesu prohlubuje vztah otec-dítě. Lze říci, že výsledky nizozemského výzkumu nepřímou potvrzují i další zjištění, a to, že zapojení otců do péče snižuje míru separace matka-otec. Výsledky studie potvrzují i výše zmíněný korejský výzkum (Heo & Oh, 2019), který vypovídá o tom, že zapojení otců do ošetrovatelského procesu významně podporuje tvorbu vztahu otec – dítě a vztah otec – matka, avšak přichází se zjištěním, že zapojením otců do ošetrovatelského procesu se podpora vztahu matka-otec u mužů prohlubuje méně než u žen.

Dalším benefitem zapojení respondentů do procesu péče byla dle výzkumu diplomové práce schopnost respondentů adekvátně odpovídat na potřeby svého dítěte. Respondenti však nebyli schopni rozeznat rozdíl v reakcích dítěte na personál a na ně, majoritně neměli pocit, že by je dítě za hospitalizace rozeznalo. Jistý deficit byl identifikován v oblasti zapojování respondentů do jednotlivých vyšetření dítěte. S tímto zjištěním koreluje i výzkum (Franck et al., 2017) v rámci, kterého si u části respondentů personál nepamatoval jméno dítěte, nezapojoval respondenty do léčby dítěte nebo je o intervencích a výkonech vůbec neinformoval.

Názory na spolupráci a komunikaci se zdravotníky jsou v rámci výzkumu diplomové práce nestejnorodé, a to zejména v oblasti komunikace se zdravotnickým personálem. I přes to, že respondenti tohoto výzkumu plně zdravotnickému personálu důvěřovali, potýkali se někteří s pocitem nejistoty z budoucnosti dítěte. O nejistotě pojednávají i studie (Rambod et al., 2023) či (Toral-López et al., 2016), ve kterých lze zjistit, že intolerance nejistoty je jedním z prediktorů narušení psychické pohody rodiče/ZZ, a také to, že rodičovská nejistota je silnější časně po předčasném porodu a u prvního potomka. Dle studie (Toral-López et al., 2016) je nejistota respondentů způsobená zejména tím, že jsou postaveni do pozice, při níž neví, co očekávat, a zároveň mají málo informací pro to, aby se s tak složitou situací vyrovnali. To částečně odpovídá i výzkumu diplomové práce, jelikož mnozí respondenti cítili, že měli časně po porodu nedostatečné množství informací o zdravotním stavu dítěte, vývoji situace a dalších vyšetřeních, což u nich vyvolalo pocit nejistoty. Ten se získáním dalších informací a zapojením do péče o dítě většinou odešel.

V rámci komunikace nebyla část respondentů diplomové práce schopna navázat dostatečný vztah se zdravotníky, což způsobilo, že nebyli schopni požádat o pomoc, jelikož se cítili jako přítěž, tím u nich došlo ke ztrátě pocitu podpory ze strany zdravotníků. K podobnému zjištění přišel i kolektiv autorů studie (Jones et al., 2015), kdy se někteří respondenti cítili nevyslyšeni nebo odmítnuti personálem, což se následně odrazilo v neschopnosti respondentů říct si o pomoc, i přes snahu efektivně komunikovat, a tím došlo ke ztrátě opory ve zdravotnících. S tím nepřímo souhlasí i kvalitativní retrospektivní nizozemská studie (Lorié et al., 2021), která pojednává o tom, že k narušení komunikace a vztahu matka – zdravotník, a tedy i opory ve zdravotníkovi dochází zejména v momentě, kdy personál nerespektuje názory rodičů nebo nedodrжуje domluvené plány. Avšak výše zmíněná negativní zkušenost se netýkala všech respondentů výzkumu diplomové práce. Pro respondenty, kteří si se zdravotníky na komunikační úrovni vybudovali dostatečný vztah, bylo vnímání podpory ze strany zdravotníků zachováno. Nejlépe byl hodnocen lidský přístup a pozitivní zpětná vazba podávaná zdravotníky, kterou respondenti využili ke zlepšení svých dovedností v rámci ošetrovatelského procesu. Toto zjištění podporuje i studie (Lorié et al., 2021), kdy respondenti vnímali pozitivní zpětnou vazbu jako nástroj pro zvýšení sebevědomí v rámci úkonů ošetrovatelského procesu a podporu v rodičovské roli. Studie (Heo & Oh, 2019), která se o zpětné vazbě zmiňuje, přichází s tvrzením, že zpětná vazba mění vnímání a hodnocení zdravotníků i rodičů a ovlivňuje stávající chování a reakce respondentů, což nepřímo potvrzuje zjištění výzkumu diplomové práce. V rámci komunikace se žádný respondent výzkumu diplomové práce nedostal do přímého konfliktu s personálem, avšak několik respondentů bylo takové situace svědkem. Respondenti si všímali především nemístných poznámek či neempatie zdravotníka, avšak tato situace u nich nezpůsobila záporný pohled na celkovou hospitalizaci dítěte. Na rozdíl od této skutečnosti zmiňují autoři studie (Lorié et al., 2021), že konflikty mezi respondenty a zdravotníky mnohdy vyústí žádostí respondentů o odvolání zdravotníka z péče o jejich potomka a v těch nejtěžších případech skončí konflikty podniknutím právních kroků.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo pomocí rozhovorů s rodiči/ZZ zjistit rozsah jejich účasti v péči o rizikové novorozence během hospitalizace na neonatologických odděleních, a také rozsah podpory a vhodné komunikace ze strany zdravotního personálu. V teoretické části diplomové práce jsou předložena specifika a jednotlivé části ošetrovatelského procesu při péči o nezralého novorozence, do nichž patří vývojová péče v neonatologii, péče zaměřená na rodinu, tvorba léčebného prostředí, ochrana spánku, denní aktivity zaměřené na vývoj a eliminace stresu novorozence. Navazující kapitola se věnuje rodině, zejména psychologickému dopadu předčasného porodu na rodinu, specifikům zátěže rodičů/ZZ předčasně narozených dětí, vlivu předčasného porodu na tvorbu nových vztahů a komunikaci a spolupráci s rodinou. V práci nejsou opomenuty ani organizace zajišťující podporu rodičům/ZZ předčasně narozených novorozenců, jejichž základní přehled je zároveň poslední kapitolou teoretické části práce.

Výzkumným šetřením došlo ke zjištění, že rodiče/ZZ, zejména matky, jsou zapojovány do ošetrovatelské péče poskytované dítěti poměrně časně po porodu. Jejich zapojení je postupné ale široké, mají možnost vykonávat řadu úkonů – iniciální dotek, klokánkování, orální stimulace, polohování dítěte, kojení/alternativní způsob krmení dítěte, zavinování, převlékání, přebalování, koupání, péče o kůži/pupeční pahýl, podávání léčiv/inhalace, měření tělesné teploty, polohování saturačního čidla či úprava nostril u dětí na dechové podpoře CPAP. Rozpětí úkonů bylo upravováno individuálně, avšak vesměs se rodiče/ZZ cítili kompetentně k jejich výkonu. Toho bylo dosaženo zejména díky dobré informovanosti rodičů/ZZ v teoretické i praktické stránce ošetrovatelského procesu. Přijetí majoritní části kompetencí bylo pro rodiče/ZZ benefitní, podporovalo jejich psychickou pohodu a vazbu na dítě, díky čemuž zvládly zejména matky dobře identifikovat a odpovídat na individuální potřeby novorozence. Mírně kritickou oblastí výzkumu byla míra opory a komunikace se zdravotníky, kdy minoritní část respondentů necítila dostatečnou podporu ze strany zdravotníků, což bylo způsobené především neschopností vytvořit s nimi kvalitní a oboustranný vztah. Tito respondenti projeví i nespokojenost v předávání informací o průběhu hospitalizace dítěte a zapojení do jednotlivých vyšetření. Majorita respondentů však oporu vnímala jako nadprůměrnou a oceňovala zejména lidský přístup a pozitivní zpětnou vazbu zdravotníků. Zjištěné závěry šetření v oblasti zapojení rodičů do péče a ošetřování hospitalizovaného novorozence jsou srovnatelné s mnohými zahraničními studiemi, což prezentuje diskuse

diplomové práce, pouze v oblasti komunikace a konfliktů mezi zdravotníky a rodiči jsou výsledky zahraničních studií odlišné, ve prospěch českých zdravotníků.

Předložená práce může zvýšit povědomí o dané problematice a může být cenným zdrojem informací nejen pro širokou veřejnost, ale hlavně pro zdravotníky. Zjištění práce by měly posloužit k připomínce toho, že jsou rodiče předčasně narozených dětí postaveni do nepředvídatelné a velice těžké životní situace, na kterou nemusí umět adekvátně reagovat a zdravotnický personál pracující na neonatologických odděleních II. a III. stupně má být pro tyto rodiče empatickou oporou, kvalitním a srozumitelným zdrojem informací a rovnocenným partnerem v péči a v rozhodování o jejich novorozenci. Zjištění mohou být brána i jako určitý návod pro odstranění nedostatků zejména v komunikaci s rodiči. V rámci České republiky by však bylo potřebné, pro hlubší úroveň přezkoumání problematiky, provést podobný výzkum, s větším množstvím respondentů majících zkušenosti z různých nemocnic.

REFERENČNÍ SEZNAM LITERATURY

Aftyka, A., Rybojad, B., & Mędrzycka-Dąbrowska, W. (2023). Neonatal Pictures in a NICU as a Mode of Nursing Intervention to Enhance Parent-Infant Bonding: Parents' Experience during the COVID Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043576>

Altimier, L. B. (2015). Neuroprotective Core Measure 1: The Healing NICU Environment. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(3), 91-96. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.014>

Antoníčková, I., & Žáková, A. (2023). Novorozenecká kůže, prevence jejího poranění a některé kazuistiky. *Florence*, 19(3), 18-20. <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2023/3/novorozenecka-kuze-prevence-jejeho-poraneni-a-nektere-kazuistiky/>

Beharková, N., Juřeniková, P., Kratochvíl, J., Pešáková, E., Pospíšilová, A., Soldánová, D., Zítková, M., Dolanová, D., Knechtová, Z., Kyasová, M., Pokorná, A., Saibertová, S., & Šenkyříková, M. (2019). *Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory*. Masarykova univerzita. https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/index.html

Campanha, P. P. A., Magalhaes-Barbosa, M. C., Rodrigues-Santos, G., Prata-Barbosa, A., & Cunha, A. J. L. A. (2023). Maternal-fetal and neonatal characteristics associated with Kangaroo-Mother Care Method adherence. *Jornal de Pediatria*, 99(4), 355-361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2022.12.005>

Care of the newborn: Skin-to-skincontact. (2018). In *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* (p. 163). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S5-S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>

Český statistický úřad. (2021). *Podíl předčasně narozených dětí klesá*. ČSÚ. Retrieved December 8, 2023, from <https://www.czso.cz/csu/czso/podil-predcasne-narozenyh-deti-klesa>

D'Agata, A. L., Roberts, M. B., Ashmeade, T., Dutra, S. V. O., Kane, B., & Groer, M. W. (2019). Novel method of measuring chronic stress for preterm infants: Skin cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, *102*, 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.223>

De Bernardo, G., Svelto, M., Giordano, M., Sordino, D., & Riccitelli, M. (2017). Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. *Italian Journal of Pediatrics*, *43*(1), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0352-1>

De Clifford-Faugère, G., Aita, M., & Le May, S. (2019). Nurses' practices regarding procedural pain management of preterm infants. *Applied Nursing Research*, *45*(2019), 52-54. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.11.007>

Dinleyici, M., & Sahin Dagli, F. (2019). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Türk Pediatri Arşivi*, *53*(4), 205-213. <https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2018.6778>

Dostalíková, V. (2022). Novorozenecká intenzivní péče: pohled neonatologické sestry. In *Když přichází na svět miminka do dlaně* (pp. 163-167). Nedoklubko. <https://www.nedoklubko.cz/wp-content/uploads/2022/03/Kdyz-prichazi-na-svet-miminka-do-dlane-web.pdf>

Dutková, A. (2023). *Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu*. Grada. <https://www.bookport.cz/e-kniha/jak-vnimat-stres-1606029/>

Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. (2014). Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *5*(3), 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>

Firmino, C., Rodrigues, M., Franco, S., Ferreira, J., Simões, A. R., Castro, C., & Fernandes, J. B. (2022). Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal

Intensive Care Units: An Integrative Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(17), 1-11.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph191710953>

Franck, L. S., McNulty, A., & Alderdice, F. (2017). The Perinatal-Neonatal Care Journey for Parents of Preterm Infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 31(3), 244-255.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000273>

Fröst, P., White, R., Sizun, J., Bambang Oetomo, S., & Mohns, T. (2023). *General layout of the unit*. European Standards of Care for Newborn Health. Retrieved March 25, 2024, from <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/nicu-design/general-layout-of-the-unit/>

Gadapani Pathak, B., Sinha, B., Sharma, N., Mazumder, S., & Bhandari, N. (2023). Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 101(06), 391-402.
<https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977>

Givrad, S., Hartzell, G., & Scala, M. (2021). Promoting infant mental health in the neonatal intensive care unit (NICU): A review of nurturing factors and interventions for NICU infant-parent relationships. *Early Human Development*, 154, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105281>

Gómez-Cantarino, S., García-Valdivieso, I., Moncunill-Martínez, E., Yáñez-Araque, B., & Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2020). Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-22.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17197197>

Griffiths, N., Spence, K., Loughran-Fowlds, A., & Westrup, B. (2019). Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*, 139(2019), 1-8.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840>

Haward, M. F., Lantos, J., & Janvier, A. (2020). Helping Parents Cope in the NICU. *Pediatrics*, 145(6), 256-260. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3567>

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (5. dopl. vyd.). Portál.

Heo, Y. J., & Oh, W. -O. (2019). The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>

Howard, K., Martin, A., Berlin, L. J., & Brooks-Gunn, J. (2011). Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families. *Attachment & Human Development*, 13(1), 5-26. <https://doi.org/10.1080/14616734.2010.488119>

Chvířlová-Weberová, M. (2022). Každý den a týden vývoje v děloze má své zákonitosti. In *Když přichází na svět miminka do dlaně* (pp. 338-341). Nedoklubko. <https://www.nedoklubko.cz/wp-content/uploads/2022/03/Kdyz-prichazi-na-svet-miminka-do-dlane-web.pdf>

Informace pro rodiny. (c2024). Nadační fond pro předčasně narozené děti. Retrieved April 3, 2024, from <https://predcasnenarozenedeti.cz/informace-pro-rodiny/>

Jones, L., Taylor, T., Watson, B., Fenwick, J., & Dordic, T. (2015). Negotiating Care in the Special Care Nursery: Parents' and Nurses' Perceptions of Nurse-Parent Communication. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e71-e80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.03.006>

Kangaroo mother care: a transformative innovation in health care. Global position paper. (2023). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367626/9789240072657-eng.pdf?sequence=1>

Kasalová, P., Praško, J., Ocisková, M., Vaněk, J., Holubová, M., Grambal, A., Hodný, F., Bundárová, L., Nesnídal, V., Zmeškalová, D., & Kolek, A. (2020). Partners' relationship and depression. *Psychiatrie pro praxi*, 21(2), 90-95. <https://doi.org/10.36290/psy.2020.016>

Kdo jsme. (c2024). Společnost pro ranou péči. Retrieved April 3, 2024, from <https://www.ranapece.cz/kdo-jsme/>

Když přichází na svět miminka do dlaně. (2022). Nedoklubko.

Kenner, C., & Lott, J. W. (Eds.). (2021). *Neonatal nursing care handbook: an evidence-based approach to conditions and procedures* (3rd ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826135643>

Kim, A. R., Kim, S. -yeon, & Yun, J. E. (2020). Attachment and relationship-based interventions for families during neonatal intensive care hospitalization: a study protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01331-8>

Kim, S. -Y., & Kim, A. R. (2022). Attachment- and Relationship-Based Interventions during NICU Hospitalization for Families with Preterm/Low-Birth Weight Infants: A Systematic Review of RCT Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031126>

Kožinová, D. (2022). *Jak zvládnout stres a posílit odolnost.* Grada. <https://www.bookport.cz/e-kniha/jak-zvladnout-stres-a-posilit-odolnost-1606135/>

Královcová, M. (c2024). *Family Centred Care – Péče zaměřená na rodinu.* Informační portál o perinatální ztrátě pro zdravotnické a pečující profese: Praktické informace pro porodní asistentky, zdravotní sestry, lékařky a lékaře a pro všechny odborné profese. Retrieved April 27, 2024, from <https://www.perinatálniztrata.cz/family-centred-care-pece-zamerena-na-rodinu/>

Kučová, J. (2022). Prvky vývojové péče u nezralých novorozenců. *Pediatric pro praxi*, 23(4), 294-298. <https://doi.org/10.36290/ped.2023.010>

Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovatelství.* Grada.

Lapillonne, A., Bronsky, J., Campoy, C., Embleton, N., Fewtrell, M., Fidler Mis, N., Gerasimidis, K., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Molgaard, C., Moltu, S. J., Verduci, E., & Domellöf, M. (2019). Feeding the Late and Moderately Preterm Infant. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 69(2), 259-270. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002397>

Li, X., Li, Y., Qian, L., Han, P., Feng, H., & Jiang, H. (2024). Mothers' experiences of breast milk expression during separation from their hospitalized infants: a systematic review of qualitative evidence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06323-3>

Lockridge, T. (2018). Neonatal Neuroprotection. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43(2), 66-76. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000411>

Lorié, E. S., Wreesmann, W. -jan W., van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., & Labrie, N. H. M. (2021). Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (intensive) care unit: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1518-1525. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.12.007>

Lucas, N. (2015). Developmental care in the neonatal unit. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 44(1), 45-52. <https://doi.org/10.4038/sljch.v44i1.7962>

Macko, J., & Pumpřlová, M. (2022). Individualizovaná péče o předčasně narozené dítě. In *Když přichází na svět miminka do dlaně* (pp. 225-231). Nedoklubko. <https://www.nedoklubko.cz/wp-content/uploads/2022/03/Kdyz-prichazi-na-svet-miminka-do-dlane-web.pdf>

Malin, K. J., Gondwe, K. W., Fial, A. V., Moore, R., Conley, Y., White-Traut, R., & Griffith, T. (2023). Scoping Review of Early Toxic Stress and Epigenetic Alterations in the Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 72(3), 218-228. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000652>

Marková, D., & Chvířlová-Weberová, M. (2020). *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?* Grada Publishing.

McInerney, T. K., Adam, H. M., Campbell, D. E., DeWitt, T. G., Meschan Foy, J., & Kamat, D. M. (2017). *American Academy of Pediatrics Textbook of Pediatric Care* (2nd edition). American Academy of Pediatrics.

Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZCR]. Národní ošetrovatelský postup péče o kůži a pupeční pahýl novorozence, MZCR § (2020). MZCR. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/12/Vestnik-MZ_14-2020.pdf

Moltu, S. J., Bronsky, J., Embleton, N., Gerasimidis, K., Indrio, F., Köglmeier, J., de Koning, B., Lapillonne, A., Norsa, L., Verduci, E., & Domellöf, M. (2021). Nutritional Management of the Critically Ill Neonate. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 73(2), 274-289. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003076>

Mrowetz, M., & Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*, 14(3), 201-204. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

Nationwide children's. (2020). *Hand Containment: How Gentle Touch Can Calm Your Baby*. Nationwide children's. Retrieved April 22, 2024, from https://www.nationwidechildrens.org/family-resources-education/700childrens/2020/01/hand-containment?utm_source=facebook&utm_content=nch-post&utm_medium=referral&fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR1g0ow5t5QHC1JEv_enIajNINxBw9LM1BFlvrRi0IU19L0H_gaaS_fQBzY_aem_ATortTG2hnNnOJT8F52_O3HkIpWsswGCarsdP8tZLyAESpUOI1UwOrXF71kkgatvnSupdjiULmmavxmdN97aSSA8

Neonatal guidelines 2022-2024 Bedside Clinical Guidelines. (2022). North Midlands: University hospital of North Midlands. <https://www.edsho.com/post/neonatal-guidelines-2022-2024-bedsides>

O nadačním fondu. (c2024). Nadační fond pro předčasně narozené děti. Retrieved April 3, 2024, from <https://predcasnenarozenedeti.cz/nadacni-fond/>

O Nedoklubku. (b.r.). Nedoklubko. Retrieved April 3, 2024, from <https://www.nedoklubko.cz/o-nas/>

Poslání, cíle a zásady. (c2024). Společnost pro ranou péči. Retrieved April 3, 2024, from <https://www.ranapece.cz/poslani-cile-a-zasady/>

Procházka, M. (2020). *Porodní asistence.* Maxdorf.

Rad, F., Andrei, E. L., Irimie-Ana, A., Olteanu, I., Budişteanu, M., Mihailescu, I., Mînecan, E.-M., Manea, M. C., Coliţă, A., & Buică, A. (2023). Sibling Relationship Dynamics in Families with a Child Diagnosed with a Chronic Mental Disorder versus a Somatic Condition. *Children*, 10(3), 587. <https://doi.org/10.3390/children10030587>

Rambod, M., Pasyar, N., Mazarei, Z., & Soltanian, M. (2023). The predictive roles of parental stress and intolerance of uncertainty on psychological well-being of parents with a newborn in neonatal intensive care unit: a hierarchical linear regression analysis. *BMC Pediatrics*, 23(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04420-4>

Roque, A. T. F., Lasiuk, G. C., Radünz, V., & Hegadoren, K. (2017). Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(4), 576-587. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>

Řehořová, M., & Fialová, K. (2022). Jak to zvládnout? In *Když přichází na svět miminka do dlaně* (pp. 347-351). Nedoklubko. <https://www.nedoklubko.cz/wp-content/uploads/2022/03/Kdyz-prichazi-na-svet-miminka-do-dlane-web.pdf>

Schachner, L., Andriessen, A., Benjamin, L., Bree, A., Lechman, P., Pinera-Llano, A., Kircik, L., & Hebert, A. (2021). The Importance of Skincare for Neonates and Infants: An Algorithm. *Journal of Drugs in Dermatology*, 20(11), 1195-1205. <https://doi.org/10.36849/JDD.6219>

SOUNDEAR 3 SERIES: Take full Control of your Noise Levels. (c2024). Sound Ear A/S. Retrieved March 26, 2024, from <https://soundear.com/soundear-3/>

Stephenson, E., DeLongis, A., Steele, R., Cadell, S., Andrews, G. S., & Siden, H. (2017). Siblings of Children With a Complex Chronic Health Condition: Maternal Posttraumatic Growth as a Predictor of Changes in Child Behavior Problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(1), 104-113. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw053>

Šaňáková,, P., & Staníčková, Z. (2022). Zavádění postupů vývojové péče do praxe. In *Když přichází na svět miminka do dlaně* (pp. 232-240). Nedoklubko. <https://www.nedoklubko.cz/wp-content/uploads/2022/03/Kdyz-prichazi-na-svet-miminka-do-dlane-web.pdf>

Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vyd. 2). Portál.

Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (Eds.). (2015). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace* (Vydání první). Grada.

Toral-López, I., Fernández-Alcántara, M., González-Carrión, P., Cruz-Quintana, F., Rivas-Campos, A., & Pérez-Marfil, N. (2016). Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e99-e108. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.007>

van Veenendaal, N. R., van der Schoor, S. R. D., Broekman, B. F. P., de Groof, F., van Laerhoven, H., van den Heuvel, M. E. N., Rijnhart, J. J. M., van Goudoever, J. H. B., & van Kempen, A. A. M. W. (2022). Association of a Family Integrated Care Model With Paternal Mental Health Outcomes During Neonatal Hospitalization. *JAMA Network Open*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.44720>

van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Broekman, B. F. P., de Groof, F., van Laerhoven, H., van den Heuvel, M. E. N., Rijnhart, J. J. M., van Goudoever, J. B., & van der Schoor, S. R. D. (2022). Association of a Zero-Separation Neonatal Care Model With Stress in Mothers of Preterm Infants. *JAMA Network Open*, 5(3), 2-13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.4514>

Verbální a neverbální komunikace. (c2011-2016). Asociace neúplných rodin. Retrieved March 28, 2024, from <https://www.anr.cz/prace/verbalni-a-neverbalni-komunikace/>

Vývojová péče v neonatologii. ([2024]). Nedoklubko. Retrieved April 21, 2024, from <https://www.nedoklubko.cz/vyvojovapece/>

Weber, A., & Harrison, T. M. (2019). Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. *Nursing Outlook*, 67(2), 169-189.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.11.002>

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing.

Seznam zkratek

apod.	–	a podobně
°C	–	stupně Celsia
ČR	–	Česká republika
CNS	–	centrální nervová soustava
CPAP	–	continuous positive airway pressure
dB	–	decibel
EBM	–	evidence based medicine
EBP	–	evidence based practice
FCC	–	family centered care
FZV UP	–	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
g	–	gram
HIV	–	Human Immunodeficiency Virus
hod	–	hodina
IMP	–	oddělení intermediární péče
JIP	–	jednotka intenzivní péče
KMC	–	kangaroo mother care
LBW	–	low birth weight
MZČR	–	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ml	–	mililitr
Non-REM	–	non-Rapid eye movement
např.	–	například
OP	–	ošetřovatelský proces
PTSD	–	posttraumatická stresová porucha
REM	–	rapid eye movement
t.g.	–	týden gravidity
tzv.	–	takzvaně
zejm.	–	zejména
ZZ	–	zákonný zástupce

Seznam tabulek

Tab. 1 Kategorie a subkategorie	42
Tab. 2 Základní přehled respondentů.....	43

Seznam příloh

Příloha 1 – Vyjádření etické komise FZV UP	77
Příloha 2 - Informovaný souhlas	78
Příloha 3 - Návrh kostry rozhovoru	80

Přílohy

Příloha 1 – Vyjádření etické komise FZV UP



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 267201/FZV-2023

Vážená paní
Bc. Michaela Melníková

2023-11-07

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Zapojení zákonných zástupců do procesu péče o nedonošeného novorozence v době jeho hospitalizace na JIP/intermediální jednotce**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotinská 3, 775 15 Olomouc

Mgr. Simona Dobešová Cakirpaloglu, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotinská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Příloha 2 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce – Zapojení zákonných zástupců do procesu péče o nedonošeného novorozence v době jeho hospitalizace na JIP/intermediální jednotce

Období realizace: listopad 2023 až květen 2024

Řešitelé projektu:

Autor diplomové práce: Bc. Michaela Melníková

Vedoucí diplomové práce: Mgr. at Mgr. Věra Dostálíková

Vážený zákonní zástupci, rodiče,

obracím se na Vás s žádostí a prosbou o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je **Zmapovat praktické zapojení rodičů/zákonných zástupců do procesu péče o nedonošené novorozence na oddělení intenzivní nebo intermediální péče.** Výzkum bude s Vaším souhlasem realizovaný pomocí individuálních rozhovorů, ve kterých vám budou postupně pokládány otázky týkající se péče o vaše miminko, které se Vy sami účastníte. Rozvor bude trvat v rozmezí 40–50 minut. Z rozhovoru bude tvořen audiozáznam, který bude po přepsání ihned smazán. Z účasti na výzkumu pro Vás ani vaše miminka nevyplývají žádná rizika. Výhody, které můžete získat poskytnutím rozhovoru jsou následující: odvyprávěním Vašeho příběhu můžete přispět k lepšímu zapojování dalších rodičů do péče o vlastního hospitalizovaného novorozence a ošetřujícímu personálu pomůžete odhalit místa ke zlepšení komunikace s rodiči a jejich zapojování do péče. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem

informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____

Příloha 3 - Návrh kostry rozhovoru

Návrh rozhovoru:

- Hlavních otázek bude celkem devatenáct. Otázky rozhovoru budou zaměřeny na čtyři oblasti.
- **Informovanost rodičů/zákonných zástupců o procesu péče o nedonošeného novorozence**
 1. Do péče o novorozence jste byl/a/ vyzván/a/ zdravotníky nebo jste si aktivně o zapojení sama požádal/a?
 2. Jak a kdy probíhal zácvik do péče o vaše dítě?
 3. Po Vašem zácviku jste se zapojoval/a do péče sama/sám nebo jste čekal/a na vyzvání zdravotníka?
 4. Byl teoretický zácvik doplněn o praktické předvedení a následný dohled při vašem provádění?
 5. Rozuměl/a jste informacím, které Vám byly podány? Byly vám informace podávány opakovaně?
 6. Byly poskytované teoretické i praktické informace od zdravotníků jednotné?
- **Oblasti nejčastějšího zapojení v ošetrovatelském procesu o nedonošené dítě (kojení, přebalování, klokákování, hygiena...)**
 1. Do jakých aktivit jste byl/a/ zdravotníky zacvičen/a?
 2. Kterou z činností vámi prováděných u dítěte hodnotíte jako nejsložitější?
 3. Máte pocit, že byly činnosti, do kterých jste mohl/a být zapojen/a a vykonávat je, ale zacvičený/á jste do nich nebyl/a?
 4. Ověřovali si zdravotníci, zda prováděné činnosti vykonáváte správně?
- **Vnímání reakcí předčasně narozeného dítěte na ošetrovatelský proces poskytovaný rodiči/zákonnými zástupci**
 1. Jak byste popsal/a/ vaše pocity při poskytování péče? Byly rozdílné během délky hospitalizace dítěte?
 2. Jaké reakce dítěte jste vnímal/a/ při ošetrování? Byly rozdílné při ošetrování zdravotníkem a vašem ošetrování?
 3. Převažovaly při vaší péči o dítě pozitivní nebo spíše negativní reakce dítěte na péči?
 4. Měl/a jste pocit, že vás dítě po určité době poznalo? Jakým způsobem?
- **Opora ve zdravotnících**
 1. Jak byste popsal/a/ své pocity, když zdravotník poskytoval péči vašemu dítěti?
 2. Jak byste popsala/a/ své pocity, když jste stejné činnosti prováděl/a/ sám/sama/?
 3. Sdělovali Vám zdravotníci informace (o zdravotním stavu dítěte, o prognóze, o průběhu hospitalizace dítěte, o péči poskytované dítěti...) spontánně nebo jste se musel/a neustále dotazovat?
 4. Vnímal/a/ jste podporu zdravotníků v péči o vaše dítě jako dostatečnou?
 5. Měl/a jste negativní zkušenost se zdravotnickým personálem? Jakou?