

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Bc. Jana Kováčiková

**Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského
zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Věra Šibravová

Olomouc 2020

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

Olomouc 30. listopadu 2020

Podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. et Mgr. Věře Šibravové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce. Ráda bych také poděkovala personálu oddělení intenzivní a intermediární péče pro novorozence Fakultní nemocnice v Olomouci a Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně za spolupráci na výzkumném šetření.

Anotace

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Podpora rodičů v perinatologických centrech
Název práce:	Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech
Název práce v AJ:	Perception of provided support from the perspective of parents, paramedical staff and doctors in perinatology centers
Datum zadání:	2019-01-31
Datum odevzdání:	2020-11-30
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Bc. Jana Kováčiková
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Věra Šibravová
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Diplomová práce se zabývá podporou rodičů v perinatologických centrech, která je součástí vysoce kvalitní poskytované péče.

Cíl: Zjistit a porovnat vnímání míry poskytované podpory rodičům hospitalizovaných novorozenců z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech.

Metoda: Ke sběru dat byl použit měřicí nástroj NPST v papírové podobě. Matky hodnotily míru podpory, která jim byla poskytována NLZP a lékaři v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. Pro NLZP a lékaře byl dotazník upraven v českém jazyce takovým způsobem, aby došlo k sebehodnocení míry podpory, kterou zdravotníci poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. Dotazník vyplnilo celkem 142 respondentů z perinatologického centra Fakultní nemocnice Olomouc a Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. V 9 případech se jednalo o neúplné nebo chybné vyplnění dotazníku, a proto byly z výzkumného šetření vyřazeny. Dohromady výzkumný vzorek

tvorilo 133 respondentů z obou perinatologických center, a to 15 lékařů, 60 NLZP a 58 matek dětí hospitalizovaných na novorozeneckých intenzivních a intermediárních odděleních. K dosažení stanoveného hlavního a dílčích cílů byla získaná data statisticky zpracována a vyhodnocena. K ověření výzkumných hypotéz byl dle povahy konkrétních získaných dat použit statistický nástroj Shapiro-Wilk test normality, Kolmogorov-Smirnov test normality a neparametrický Mann-Whitney U-test.

Výsledky: Na základě statistického testování hypotéz bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory a podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru. Matky vnímaly nižší míru emocionální podpory a podpory rodičovské role od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. V případě lékařů bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru. Matky vnímaly vyšší míru informační podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. Celkem matky hospitalizovaných dětí hodnotily ve vybraných perinatologických centrech míru podpory od NLZP průměrnou hodnotou 4,32 a od lékařů 4,24, což značí vysokou míru poskytnuté podpory z jejich pohledu.

Závěr: Diplomová práce umožnila získat informace v aktuálním čase, které odhalily nedostatky v podpoře matek hospitalizovaných dětí personálem ve zvolených perinatologických centrech. Je potřeba věnovat zvýšenou pozornost duševnímu rozpoložení rodičů a jejich podpoře rodičovské role. Je důležité, aby poskytovatelé zdravotní péče své znalosti z oblasti komunikace a podpory rodičů neustále rozvíjeli. Dotazníkové šetření může být podnětem pro pravidelnou aplikaci měřicího nástroje NPST k získání komplexních výsledků kvality poskytované péče ve všech 12 perinatologických centrech v České republice či být aplikováno v jednotlivých perinatologických centrech pro získání pravidelné zpětné vazby a také možného srovnání mezi jednotlivými centry.

Abstrakt v AJ:

Introduction: Diploma thesis deals with the support of parents in perinatology centres which is part of high-quality care provided.

Aim: The thesis aim is to find out and compare the perception of the level of support provided to parents of hospitalized new-borns, from the point of view of the parents, paramedical staff, and the doctors in perinatology centres.

Method: The paper measuring instrument of NPST was used for collecting the data. Mothers assessed the level of support provided to them by NLZP and physicians during their child's hospitalization at the perinatology center. For NLZP and physicians, the questionnaire was modified in the Czech language in such a way as to self-assess the level of support provided by health professionals to parents during the hospitalization of their child in the perinatology center. The questionnaire was filled in by a total number of 142 respondents from the perinatology centre of Olomouc University Hospital and the Tomas Bata regional hospital in Zlin. In nine cases, an incomplete or incorrectly filled questionnaire was handed, therefore, they were excluded from the research survey. In total, the research sample consisted of 133 respondents from both perinatology centres, namely 15 doctors, 60 paramedical practitioners and 58 mothers of children hospitalized in neonatal intensive and Intermediary neonatal care units. To achieve the main and partial predetermined goals, the obtained data were statistically processed and evaluated. Depending on the nature of the specific data obtained, the statistical tool Shapiro-Wilk test of normality, Kolmogorov-Smirnov test of normality and non-parametric Mann-Whitney U-test were used to verify the research hypotheses.

Results: Based on statistic testing of the research hypothesis, the results say, that there is a significant difference in the perception of emotional and parental support between mothers of hospitalized children and paramedical practitioners in perinatology centre. Mothers perceived lower emotional and parental support from paramedical practitioners compared to their self-esteem the level of this support they provide to parents during the hospitalization of their child in a perinatology center. In the case of doctors, it was discovered that there is a statistically significant difference in perception of the level of information support among mothers of hospitalized children and the doctors in the perinatology centre. Mothers felt a

higher level of information support from doctors compared to their self-assessment esteem the level of this support they provide to parents during the hospitalization of their child in a perinatology center. In total, mothers of hospitalized children in selected perinatology centres rated the level of support from paramedical practitioners with an average value of 4,32 and 4,24 from doctors, which indicates a high level of provided support from their point of view.

Conclusion: The Diploma thesis made it possible to obtain information in the current time, which revealed shortcomings in the support of the mothers of hospitalized children by the personnel in selected perinatology centres. It is necessary to pay increased attention to the mental state of the parents and their support of the parental role as well. It is crucial for health care providers to regularly develop their knowledge in the area of communication and parental support. The questionnaire survey can become an impulse for regular application of the NPST measuring tool to obtain complex results of the quality of care provided in all 12 perinatology centres in the Czech Republic or it can be applied in individual perinatology centres to collect regular feedback and also for getting comparisons between individual centres.

Klíčová slova v ČJ: předčasně narozený novorozenec, jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence, rodiče, stres, potřeby, podpora, předčasný porod, NPST

Klíčová slova v AJ: preterm infant, neonatal intensive care unit, parents, stress, needs, support, preterm labor, NPST

Rozsah: 132 stránek/8 příloh

Obsah

Úvod	10
1 Rešeršní algoritmus	12
2 Perinatologická centra v České republice	13
2.1 Transport in utero.....	14
2.2 Problematika předčasných porodů.....	14
2.2.1 Stanovení etiologie	15
2.2.2 Diagnostika.....	16
2.2.3 Vedení porodu	17
2.3 Předčasně narozený novorozenec	17
3 Prožívání rodičů a jejich podpora.....	21
3.1 Pocity selhání matky	21
3.2 Zaměřeno na otce.....	23
3.3 Podpora časného kontaktu	24
3.3.1 Klokánkování.....	25
3.3.2 Masáže a jemné doteky.....	27
3.3.3 Kojení a krmení	27
3.4 Komunikace jako základ efektivní spolupráce	29
3.4.1 Potřeby rodičů.....	31
3.4.2 Krizová intervence.....	32
3.5 Spiritualita.....	32
3.6 Pocit být rodičem	33
3.7 Léčebné prostředí JIRPn	34
3.7.1 Faktory rodičovského stresu.....	35
3.7.2 Faktory ovlivňující návštěvnost.....	37
3.8 Rodičovské organizace a skupiny	38
3.9 Centrum vývojové péče	39
4 Praktická část.....	41
4.1 Výzkumné cíle a hypotézy	41
4.2 Charakteristika souboru	43
4.3 Metoda sběru dat.....	44
4.4 Realizace výzkumu	44
4.5 Metody zpracování dat.....	45
4.6 Interpretace výsledků výzkumu	46
4.6.1 Základní charakteristika výzkumného vzorku.....	46

4.6.2	Měření reliability jednotlivých dimenzí NPST	57
4.6.3	Výsledky hodnocení vnímání míry podpory respondenty.....	58
4.6.4	Statistická analýza výzkumných hypotéz	76
5	Diskuze.....	86
6	Závěr.....	95
	Referenční seznam.....	97
	Seznam zkratk.....	111
	Seznam tabulek.....	112
	Seznam grafů	115
	Seznam příloh.....	116

Úvod

Hospitalizace předčasně narozeného novorozence nebo novorozence vyžadujícího intenzivní péči z jiného zdravotního důvodu v perinatologických centrech představuje pro rodiče stresující situaci. Dá se říct, že se jedná doslova o extrémní šok, kdy se z nenadání ocitnou z komfortní zóny v nežádoucí životní etapě. Již několik desítek let jsou v prožívání rodičů hospitalizovaných novorozenců popsány stavy pocitu nebezpečí, emoční i fyzické zátěže a odraz dlouhodobého působení těchto aspektů na jejich fyzickém, duševním a také sociálním zdraví (Franck a Axelin, 2013, s. 590–591).

Rodinné pouto mezi rodiči a potomky není vytvářeno pouze pokrevním spojením, nýbrž citovým poutem, které je budováno v průběhu jejich přítomnosti u potomka. Z tohoto tvrzení vyplývá, že je potřeba vytvářet vhodné podmínky na odděleních nejen pro péči o novorozence, ale také pro přítomnost rodičů. Hlavní roli ve zmírnění jejich pocitů strachu a obav, usnadnění uchopení rodičovské role a podpoře vybudování láskyplného vztahu rodičů se svým potomkem zde sehrává nelékařský zdravotnický personál (dále jen NLZP) a lékaři (Valizadeh et al., 2012, s. 191–192). Tyto osoby by měly k rodičům přistupovat jako k rovnocenným partnerům, tedy sdílet s nimi za péči o dítě odpovědnost a zapojit je v co nevyšší míře do všech oblastí této péče, a to i při rozhodování o následující zdravotní péči dítěte. Dialog mezi poskytovateli zdravotní péče a rodiči je jedinečným nástrojem pro vybudování důvěrného vztahu a efektivní spolupráce mezi nimi (Bry a Wigert, 2019, s. 2). Možnostmi podpory rodičů se podrobněji zabývá teoretická část diplomové práce.

Pro zmapování a zlepšení kvality poskytované péče v perinatologických centrech je vhodné realizovat průběžná systematická zhodnocení. V souvislosti s tímto se empirická část diplomové práce zabývá vnímáním míry poskytované podpory z pohledu rodičů hospitalizovaných novorozenců, tak i NLZP a lékařů v perinatologických centrech. Empirická část umožňuje získat konkrétní informace v aktuálním čase, které jsou důležité pro analýzu a pochopení nedostatků či dopadů chování NLZP a lékařů na uspokojení potřeby podpory rodičů hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech. Je důležité, aby poskytovatelé zdravotní péče své znalosti z oblasti komunikace a podpory rodičů neustále rozvíjeli (Turner, Chur-Hansen a Winefield, 2014, s. 3158).

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit a porovnat vnímání míry poskytované podpory rodičům hospitalizovaných novorozenců z pohledu rodičů, NLZP a lékařů v perinatologických centrech. Na základě hlavního cíle bylo stanoveny 4 dílčí cíle:

- **Dílčí cíl 1:** Zjistit, do jaké míry vnímají matky hospitalizovaných dětí podporu (emocionální, informační, pečovatelskou a podporu rodičovské role), která jim byla poskytována NLZP a lékaři v perinatologickém centru.
- **Dílčí cíl 2:** Zjistit, do jaké míry NLZP a lékaři vnímají podporu (emocionální, informační, pečovatelskou a podporu rodičovské role), kterou poskytují rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru.
- **Dílčí cíl 3:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory (emocionální, informační, pečovatelské a podpory rodičovské role) mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **Dílčí cíl 4:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory (emocionální, informační, pečovatelské a podpory rodičovské role) mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Vstupní studijní literatura

BOREK, Ivo et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2., dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 327 s. ISBN 80-7013-338-4.

DORT, Jiří et al. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. 237 s. ISBN 978-80-7043-944-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.

ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2017. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

1 Rešeršní algoritmus

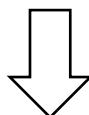
VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: předčasně narozený novorozenec, jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence, rodiče, stres, potřeby, podpora, předčasný porod, NPST

Klíčová slova v AJ: preterm infant, neonatal intensive care unit, parents, stress, needs, support, preterm labor, NPST

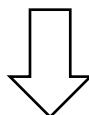
Jazyk: český, slovenský, anglický

Vyhledávací období: 2010-2020, 2 články a 1 knižní publikace z roku 2009, 1 článek z roku 2008, 1 knižní publikace z roku 2004 a 1 knižní publikace z roku 2001



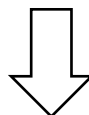
DATA BAZE:

BMČ, Google Scholar, ProQuest, PubMed



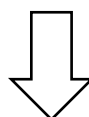
NALEZENO:

122 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

duplicitní články, kvalifikační práce, články neodpovídající tématu



PRO TVORBU PŘEHLEDU PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ BYLO POUŽITO:

celkem 83 zdrojů

- BMČ - 20 článků
- Google Scholar - 4 články
- ProQuest - 9 článků
- PubMed – 28 článků
- 18 knižních publikací
- Dále byl použit Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR a informace z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

2 Perinatologická centra v České republice

Interdisciplinární vědní obor perinatologie, jehož nedílnou součástí je obor zabývající se komplexní péčí o novorozence neonatologie, se soustřeďuje na zabezpečení zdravého vývoje nového jedince a včasné zachycení odchylek v průběhu perinatálního období. V České republice je perinatologická péče o těhotnou ženu a novorozence poskytována tzv. třístupňovým regionálním systémem (Fendrychová et al., 2012, s. 19).

Prvostupňová péče, realizována na novorozeneckých odděleních, zahrnuje péči o všechny fyziologické donošené novorozence, popřípadě novorozence s nevýznamnými anomáliemi poporodní adaptace neznemožňující pobyt s matkou systémem rooming-in (Fendrychová et al., 2012, s. 19). Dokoupilová s kolektivem (2016, s. 38) zde také zahrnuje, v případě bezproblémového poporodního období, hospitalizaci lehce nezralých dětí narozených nad 35. týden gestace.

Mezistupňová péče mezi základní a intenzivní a resuscitační péčí, nazývaná se intermediárním pracovištěm, řeší problematiku předčasných porodů a poskytuje péči novorozencům od 32. týdne gestace, u nichž je přítomný určený rozsah patologických stavů nevyžadující intenzivní péči (Roztočil et al., 2017, s. 521). Rovněž zde se Dokoupilová s kolektivem (2016, s. 38) zmiňuje o možnosti hospitalizace dítěte narozeného v nižším týdnu gestace za podmínky fyziologického poporodního období.

Pokud hovoříme o třetím stupni, je zde zahrnut první základní stupeň, intermediární pracoviště, a navíc intenzivní a resuscitační péče. Tento celek, spojující neonatologické oddělení spolu s porodnickým pracovištěm, je nazýván perinatologickým centrem. V centrech vysoce specializované intenzivní péče v perinatologii je na základě nejmodernějších poznatků vědy poskytována multidisciplinární péče, jejímž cílem je poskytnout co nejvyšší možnou úroveň kvality (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 13). Zde jsou přijímáni novorozenci narozeni v nízkém gestačním týdnu od 24. týdne gestace nebo bez ohledu na gestační týden mající závažnou abnormalitou zdravotního stavu splňující kritéria přijetí do centra (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 13; Věstník MZ ČR). Perinatologická centra, která zajišťují péči o riziková či patologická těhotenství a o novorozence, jež jsou v perinatálním období ohroženi, jsou v současné době ustanovena Ministerstvem zdravotnictví na pětileté období do 31. prosince roku 2024. V České republice se nachází dvanáct poskytovatelů vysoce intenzivní a resuscitační perinatologické péče. Jedenáct intermediárních pracovišť, ustanovených v minulém období, vzrostlo v roce 2019 na počet třináct (Věstník MZ ČR).

2.1 Transport in utero

Pokud těhotná žena začne předčasně rodit, je potřeba farmakologicky činnost dělohy tišit a transportovat ji urgentně sanitním vozem spolu s plodem v děloze na příslušné pracoviště (Šeblová et al., 2018, s. 315). Jedná se o tzv. transport in utero, který významně přispěl k historickému snižování perinatální úmrtnosti a ve srovnání s převozem do perinatologického centra v postnatálním období dosahuje lepších neonatálních výsledků. Na konci 20. století se Česká republika řadila mezi země s nejvyšším procentem uskutečněných převozů plodu v děloze s hmotností pod 1500 gramů (Štembera et al., 2014, s. 444–447).

V případech, kdy žena porodí ve zdravotnickém zařízení, v němž nemůže být poskytnuta odborná péče v závislosti na aktuálních potřebách novorozence, je dítě převezeno na vyšší stupeň pracoviště (Leifer, 2004, s. 365). Taková situace však nese s sebou mnohočetná rizika pro dítě. Proto je potřeba transport dítěte realizovat co nejrychlejší, ale zároveň co nejšetrnějším způsobem (Fendrychová et al., 2012, s. 176–177). Po telefonickém předání informací neonatologických pracovišť je připraven transportní inkubátor, přístroje a resuscitační kufr s pomůckami. Dle závažnosti zjištěného zdravotního stavu novorozence je transport realizován pozemní nebo leteckou záchrannou službou. Vozidlo, které realizuje transport novorozence na příslušné pracoviště odpovídající potřebám jeho aktuálního zdravotního stavu, musí být vybaveno nejen věcně, technicky, ale i personálně dle právních norem. Transportní tým je zpravidla tvořen personálem oddělení neonatologie a záchranářem, který je zároveň řidičem vozidla (Věstník MZ ČR). Před transportem novorozence je od ošetrovatelského personálu předávajícího neonatologického pracoviště nutná dávka empatie a pokud to neznemožňuje matčin zdravotní stav, dítě jí před odjezdem ukázat, popřípadě pořídit fotografie. V následujících okamžicích je potřeba zdůraznit nutnost poskytnutí zpětné vazby rodičům o úspěšném převozu a zdravotním stavu novorozence (Leifer, 2004, s. 365).

2.2 Problematika předčasných porodů

Dle Světové zdravotnické organizace je za předčasný porod považováno těhotenství trávající méně než 37 dokončených týdnů neboli méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace (Roztočil et al., 2017, s. 245). V České republice incidence spontánního předčasného porodu přes všechna úsilí dlouhodobě stagnuje okolo 8 % (Kacerovský et al., 2017, s. 161). Celostátně je v současné době ročně předčasně narozeno přes 9000 dětí, z toho

zhruba 1500 má hmotnost pod 1500 gramů (Dokoupilová et al., 2016, s. 9). Předčasný porod představuje však globální problém. Celosvětově se za rok předčasně narodí 15 milionů dětí a toto číslo se každý rok navyšuje. Komplikace související s předčasným porodem jsou ročně druhou hlavní příčinou úmrtí 1 milionu dětí do věku 5 let (Blencowe et al., 2013, s. 1–4). Vzhledem k tomu, že předčasné porody se až v 70 % podílí na problematice perinatální úmrtnosti, zvyšování ekonomických nákladů a nemocnosti, je potřeba tuto problematiku neopomíjet (Roztočil et al., 2017, s. 245). Předčasný porod vystavuje matku a novorozence jednak fyzické zátěži, ale také je velice intenzivním emočním zážitkem, jenž otřese celou rodinou (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 143).

2.2.1 Stanovení etiologie

Přesnou příčinu předčasného porodu nelze až u poloviny žen specifikovat, tudíž ji lze považovat za multifaktoriální. Z dosavadních poznatků jsou spouštěčem předčasného porodu označovány patologické stavy, jako je infekce, nadměrné rozepjetí a ischemie děložního svalstva, patologie děložního hrdla, abrupce placenty, neobvyklé uhníždění plodového vejce, genetika, stres, imunologický konflikt mezi matkou a plodem nebo endokrinní hormonální poruchy matky. K eliminaci brzkých porodů lze dohledat přítomnost ovlivnitelných a neovlivnitelných rizikových faktorů vyplývajících z anamnézy matky nebo těhotenských komplikací. Těhotná žena může předcházet riziku předčasného porodu abstinencí návykových látek, pravidelnou frekvencí návštěv prenatální poradny, duševní pohodou a adekvátní léčbou onemocnění představujících riziko předčasného zahájení porodu, jako je například anémie a infekce močových cest. Mezi faktory, které těhotná žena nemůže ovlivnit, je zahrnuta rasa, předčasný porod v anamnéze, pozdní potrat ve druhém trimestru v předchozím těhotenství, nízké BMI před gestací, špatné socioekonomické podmínky, vývojové anomálie nebo operativní výkony na děloze a děložním hrdle a onemocnění závěsného aparátu zubu. Riziko předčasného porodu se zvyšuje, je-li těhotné ženě pod 18 nebo nad 40 let (Kacerovský et al., 2017, s. 161–162; Roztočil et al., 2017, s. 246–247). Vavřínková (2009, s. 46–47) uvádí riziko opětovného zahájení předčasného porodu v dalším těhotenství, dle jeho frekvence v anamnéze matky, 15 %, 30 %, 45 % a dále. Avšak rovněž upozorňuje, že až 85 % předčasnou porodnost tvoří nulipary a ženy s donošenými plody v předchozích graviditách. Také trend zvyšujícího se výskytu vícečetných gravidit představuje zhruba o desetinásobek větší riziko předčasného porodu než u žen s jednočetným těhotenstvím. Riziko výskytu spontánního porodu před jeho stanoveným termínem může ovlivnit stejně tak pohlaví dítěte. Očekávání narození

mužského pohlaví plodu je prediktorem zahájení předčasného porodu s vyšším rizikem následného úmrtí novorozence než v případech ženského pohlaví stejného týdne gestace (Blencowe et al., 2013, s. 4–5). Dle statistiky počet narozených chlapců v České republice již několik let převyšuje počet dívek (Narození a zemřelí do 1 roku 2017, 2018, s. 9). Mimo spontánního zahájení může být předčasný porod indukován také lékařem na základě mateřských nebo fetálních příčin. Celosvětovým problémem je nárůst obezity a diabetu mellitu u žen v produktivní věku, který přispívá ke vzniku patologií vyžadující indukci porodu z lékařské indikace (Blencowe et al., 2013, s. 4–5).

2.2.2 Diagnostika

Detekce počátku předčasného porodu při zachovalé plodové vodě, stejně jako nalezení etiologie, je v praxi velmi obtížné. I přes přítomnost klinických symptomů nemusí k předčasnému porodu vůbec dojít. Přibližně u 80 % těhotných žen s diagnózou partus praematurus imminens, kdy dochází k objektivně měnící se konzistenci a délky hrdla děložního a k pociťování tlaků v podbříšku, bolestí v oblasti zad, je přítomen silný výtok z pochvy či špinění, není v konečném důsledku vyžadována žádná terapie (Koterová, 2008, s. 1).

V diagnostice je zpravidla využíváno pouze splnění klinických kritérií vyplývajících z vaginálního vyšetření, transvaginální ultrazvukové cervikometrie a indentifikace předčasného odtoku plodové vody (Kacerovský et al., 2017, s. 161). Kardiotokograf je využit k zachycení potencionálního předčasného děložního tonu. V případech, kdy žena vyhledá zdravotnické zařízení s myšlenkou odtékající plodové vody, lze k jejímu průkazu využít testů Actim PROM test nebo AmniSure test, které nevykazují tak falešnou pozitivitu jako Temešváryho činidlo (Hájek et al., 2014, s. 248). Riziko předčasného porodu lze u asymptomatické těhotné ženy odhalit shledáním pozitivní porodnické anamnézy a prokázáním zkrácení děložního hrdla ultrazvukovou cervikometrií před dosažením 30. týdne gestace. U symptomatických žen je rovněž odhaleno zkrácení hrdla děložního před dosažením 30. týdne gestace, a navíc jsou k odhalení rizika spontánního předčasného porodu stanoveny kvalitativní a kvantitativní laboratorní parametry fetálního fibronektinu, popřípadě Insulin-like growth factor binding proteinu 1, a přítomnost Placental alpha mikroglobulinu-1 v cervikovaginálním sekretu (Kacerovský et al., 2017, s. 161). Při hodnocení nálezu na děložním hrdle je nutné zohlednit, zda se jedná o nuligravidu či multigravidu (Hájek et al., 2014, s. 248).

V rámci probíhajícího pilotního programu QUIPP v České republice jsou vyšetřeny asymptomatické těhotné ženy s porodnickou zátěží v anamnéze. Cílem programu je včasné odhalení rizika předčasného porodu a zahájení adekvátní léčby. Screening se skládá ze tří parametrů, a to porodnické anamnézy, koncentrace fetálního fibronektinu a délky děložního hrdla. Výsledky studie, která bude ukončena v roce 2022, budou použity pro následná doporučení vytvoření fungujícího screeningového programu pro ženy s rizikem předčasného porodu v České republice (ÚZIS ČR).

2.2.3 Vedení porodu

Předčasné porody jsou situovány do centra takového stupně, který odpovídá příslušnému gestačnímu týdnu. Volba způsobu vedení porodu je totožná s indikacemi i kontraindikacemi způsobu vedení porodu v termínu. Výjimku tvoří individuální přístup v případě těhotné ženy spadající do zóny mezi 22. až 25. týdnem gestace (Kacerovský et al., 2017, s. 165). Provedení císařského řezu v nízkých týdnech těhotenství je po technické stránce velice riskantní pro nerozvinutý dolní segment dělohy. V nejhroších případech může dojít ke snížení šance k další graviditě. Samotné vedení porodu je rovněž však komplikovanou záležitostí. Nezralý novorozenec má větší sklon k hypoxii a přetrvávajícím závažným komplikacím. Porod nezralé hlavičky musí být proto veden co nejšetrněji a případná nadměrná děložní činnost má být tlumena parciální tokolýzou nebo epidurální analgezií, která je navíc benefitem pro relaxaci měkkých porodních cest (Koterová, 2008, s. 4).

2.3 Předčasně narozený novorozenec

Novorozenec, jenž se narodil před ukončením 37. týdne gestace, je označován jako nezralý, nedonošený nebo předčasně narozený. Novorozenec je dále kategorizován dle gestačního stáří, porodní hmotnosti nebo dle percentilových grafů zohledňující porodní hmotnost ke gestačnímu týdnu (Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 15–40). Poporodní adaptace novorozence závisí zejména na gestačním týdnu v době jeho narození, který odráží stupeň nezralosti jednotlivých orgánů, nežli na porodní hmotnosti (Dokoupilová et al., 2016, s. 32).

Zařazení nezralého novorozence do jedné z kategorií dle délky trvání těhotenství:

- lehká nezralost mezi 36.-37. týdnem těhotenství,
- střední nezralost mezi 32.-35. týdnem těhotenství,
- těžká nezralost mezi 28.-31. týdnem těhotenství
- extrémní nezralost před dosažením 28. týdne těhotenství (Dokoupilová et al., 2016, s. 32).

Zařazení novorozence do jedné z kategorií dle porodní hmotnosti:

- makrosomní porodní hmotnost nad 4500 gramů,
- normální porodní hmotnost nad 2500 gramů,
- nízká porodní hmotnost mezi 1500-2499 gramy,
- velmi nízká porodní hmotnost mezi 1000-1499 gramy,
- extrémně nízká porodní hmotnost méně než 999 gramů (Dort et al., 2011, s. 14).

Zařazení novorozence do jedné z kategorií dle percentilového grafu zohledňující porodní hmotnosti ke gestačnímu stáří:

- hypertrofický – porodní hmotnost dosahuje nad 90. percentil pro dané gestační stáří,
- eutrofický – porodní hmotnost odpovídá gestačnímu stáří,
- hypotrofický – porodní hmotnost dosahuje pod 10. percentil pro dané gestační stáří (Dort et al., 2011, s. 15).

Počet živě narozených novorozenců s váhou do 2500 gramů je ukazatelem sledující se od 70. let minulého století. Zpočátku jeho sledování převyšoval hodnoty 6 %. Postupně, díky rozvoji lékařské vědy a zdravotní péče, docházelo do 90. let 20. století k jeho postupnému snižování. Avšak v letech 2013-2017 počet dětí narozených s nízkou porodní hmotností zůstával mezi 7,4-8,0 %. Příčinu lze najít ve zvyšujícím se počtu umělých oplodnění, vícečetných těhotenství a v neustále rostoucím průměru věku rodiček. Komplex těchto jevů představuje rizikový faktor pro zahájení předčasného porodu. Vlivem vysoké úrovně poskytované kvality péče dochází také k vyššímu počtu zachráněných dětí narozených ve 26. a nižším týdnu gestace (Narození a zemřelí do 1 roku 2017, 2018, s. 8).

Zvyšující se kvalita poskytované péče ovlivňuje nárůst incidence závažných perinatálních rizikových anamnéz (Marková et al., 2012, s. 7). Děti narozené na hranici životaschopnosti do 28. týdne gestace mají nejzávažnější prognózu v šanci na přežití, která

je vyjádřena okolo 70 %. Závažnými zdravotními komplikacemi však trpí až 40 % z nich. Ve vyšším gestačním týdnu, mezi 28.-32. týdnem gestace, riziko morbidit klesá na 15 %, mezi 32.-34. týdnem gestace na 5 % (Chvílová-Weberová, 2009, s. 6). Nezralost je prediktorem komplikací všech orgánových systémů. Autoři Smíšek a Plavka (2018, s. 5–8) se zabývali prezentací statistiky, s využitím databázového systému eNewborn, přežití a incidencí zdravotních rizik extrémně nezralých novorozenců narozených mezi 22.-27. týdnem gestace v letech 2015 a 2016. Ve statistice nebyl brán zřetel na porodní hmotnost. Úmrtnost z celkových 728 živě narozených rizikových novorozenců činila 23 %. Největší procento zaujímali novorozenci narozeni ve 22. týdnu gestace, a to 77 %. Nejméně početnou skupinou byly děti narozené ve 27. týdnu gestace se 4 %. Všichni novorozenci se potýkali se syndromem dechové tísně. Závažné nitrokomorové krvácení se vyskytlo až u 23 % dětí na hranici viability. Se zvyšujícím se týdnem gestace se incidence snižovala, stejně jako incidence nekrotizující enterokolitidy, která postihla nejvíce novorozence narozené ve 23. až 25. týdnu těhotenství. U 20 % předčasně narozených dětí propuštěných z oddělení neonatologie byla diagnostikována bronchopulmonální dysplazie a u 8 % těžká retinopatie. Ze studie lze vyčíst, že s přibývajícím gestačním týdnem ubývá incidence neonatální mortality a morbidit. Nesmíme však zapomínat na předčasně narozené novorozence ze skupiny Late preterm, mezi 34.-36. týdnem gestace, kteří i přes masivní zastoupení mírně unikají pozornosti, jelikož jsou narozeni velice blízko termínu porodu. Je třeba však pamatovat na to, že tito novorozenci jsou stále funkčně i metabolicky méně zralí než v období předpokládaného porodu. Late preterm novorozenci mají vyšší výskyt komplikací, ve srovnání s donošenými novorozenci, již v období poporodní adaptace a rovněž jejich nezralost se promítá do období školního věku, kdy více trpí behaviorálními potížemi a poruchami učení (Marková et al., 2012, s. 7–8).

Kojenecká úmrtnost, tedy počet zemřelých v novorozeneckém a kojeneckém období na 1000 živě narozených, se v České republice dlouhodobě pohybuje na nízkých hodnotách. Tomuto výsledku předcházela téměř dvacetiletá stagnace do 80. let minulého století. Poté doházelo k jejímu pozvolnému poklesu (Narození a zemřelí do 1 roku 2017, 2018, s. 8). V roce 2018 do 1 roku života zemřelo 2,6 % dětí, což je méně než v letech 2016-2017, kdy počet kojenecké úmrtnosti byl 2,8 % a 2,7 % (Narození a zemřelí do 1 roku 2018, 2019, s. 15). Avšak v letech 2013-2015 kojenecká úmrtnost byla poněkud nižší, a to 2,4 %. Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 k nejčastějším příčinám úmrtí kojenců v minulých letech patří diagnózy,

jež jsou součástí kapitoly XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období. Nejčastěji se jednalo o specifické perinatální respirační problémy, problémy související s předčasným ukončením těhotenství a nízkou porodní hmotností, krvácivé a hematologické choroby. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily vrozené vývojové vady oběhové soustavy spadající do kapitoly XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality (Narození a zemřelí do 1 roku 2017, 2018, s. 8–11).

V současnosti se zájem ubírá k lehčím formám dlouhodobých morbidit, které mají čtenější výskyt než těžší formy, a můžou se projevit v pozdějším věku dítěte. Příkladem mohou být specifické poruchy učení nebo chování (Takács et al., 2015, s. 117). Předčasně narození novorozenci jsou ve většině případů, pro vznik somatických nebo vývojových poruch, dlouhodobě sledováni i po propuštění do domácího prostředí. Snížení morbidity vede ke zlepšení socializace jedince a v konečném důsledku příznivě ovlivňuje dopad na celou rodinu (Marková et al., 2012, s. 7).

3 Prožívání rodičů a jejich podpora

Uvědomění si počátek předčasného porodu je nejen pro matky, ale i pro otce velice emočně zatěžující životní situací. Náhlý zrod děložní bolesti, která neodvratně naznačuje blížící se porod, prohlubuje rodičovskou beznaděj a úzkost (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 1).

3.1 Pocity selhání matky

„Hlavně, aby bylo zdravé,“ je nejčastější výrok nastávajících rodičů očekávající příchod nového člena rodiny. I přes veškeré screeniny a vyšetření, kterými žena v průběhu těhotenství prochází, žádná osoba nedokáže splnit přání ženy bezkomplikovaného průběhu narození a zdraví potomka. Dychtivá touha rodičů mít záruku je nenaplněna. V některých případech, navzdory vysoké kvalitě péče, která je v našich nemocnicích poskytována, je těhotenství nutně akutně ukončit císařským řezem nebo dojde k porodu dítěte nezralého, poškozeného nebo nemocného. Dlouho prožívané napětí z očekávané radostné události narození potomka se náhle mění v noční můru provázející pocity obav a strachu. Každá těhotná žena je srozuměna a krůček po krůčku přirozenými procesy připravována na porod přibližně za 9 měsíců. Předčasný porod přichází neočekávan, průběh adaptace je přerušen a žena není schopna uchopit kontrolu nad danou situací. Díky těmto prožitkům se předčasný porod a jeho následky můžou stát psychotraumatickou nebo katastrofickou událostí, která ženě obrátí život naruby. Začarovaný kruh v hledání příčiny a obviňování sebe samé s neschopností odpuštění je patologický jev, jenž může vyústit v psychosomatické problémy různého charakteru (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 107-112). Žena si klade výčitky a má obavy ze zklamání a mínění manžela a ostatních příbuzných (Dokoupilová et al., 2016, s. 22). V situacích, kdy žena hledá útěchu svých tíživých pocitů viny ve svém okolí, se často setkává se zlehčováním a ignorujícím postojem k její situaci, jenž pramení z nepoznání a nepochopení vzniklé situace. Zjištění nemožnosti očekávat příchod podpory prohlubuje pocity selhání a samoty (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 107–112).

Po porodu nezralého novorozence je nutné, aby zdravotnický personál co nejvíce podpořil utváření vazby matka-dítě. V případě separace dítěte od matky se jedná o stresovou situaci, kdy díky zamezení raného kontaktu s dítětem matce přicházejí myšlenky, že přišlo na svět velice brzy. Pocit beznaděje a frustrace přibývá na síle. V prvních hodinách po porodu může dojít až k narušení senzitivního období utváření vztahu matka-dítě a intuitivního rodičovství. Z těchto důvodů by měl být matce po porodu umožněn, s ohledem

na zdravotní stav dítěte, časný kontakt se svým potomkem (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 1). Předčasným porodem náhle končí přirozený proces vývoje těhotenských změn, na který žena není ještě zcela připravena. Místo bujarých oslav narození nového života přicházejí návaly pocitů plných obav a strachu. Vizuální představy o dítěti uloženém v inkubátoru, které mají rodiče před první návštěvou oddělení neonatologie, se často velmi liší od reality a představují pro rodiče těžko přijatelný fakt (Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová, 2015, s. 7). Dle rozhovorů s 23 matkami předčasně narozených novorozenců se většina z nich při prvním setkání s dítětem obávala jej dotknout z důvodu způsobení bolesti nebo ublížení (Rossman et al., 2016, s. 4-7). Matky předčasně narozených dětí také více pochybují o své budoucí rodičovské roli. V případě, že je matka na několik měsíců hospitalizována spolu s dítětem, může prožívat negativní pocity bezmoci, úzkosti a izolace od okolního světa (Sobotková, Jungwirthová a Gabrielová, 2015, s. 7). Ovšem existují matky, které dávají přednost pohodlí domova a možnost pobytu jako doprovodu hospitalizovaného dítěte odmítají (Dortová, 2014, s. 47). Avšak dlouhodobá separace může vést až k zapření existence vlastního dítěte (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 1). Bolestivým uvědoměním je, že cit k dítěti je po porodu náhle ztracen. Tento pocit může přetrvávat i několik měsíců. Také velké stresové vypětí matky může vyústit k pocitům vyčerpání a podrážděnosti, ke kterým se často ještě přidávají obavy z budoucnosti, kdy jim nemůže být prognóza dítěte jednoznačně sdělena. Včasným zapojením matky do péče o dítě lze tíži těchto pocitů výrazně eliminovat (Dokoupilová et al., 2016, s. 21–23). Matka trpí také velkým strachem o život dítěte (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 1). Tento strach, pocit vlastního selhání a nemožnost ovlivnění zdravotního stavu novorozence v průběhu hospitalizace, matka prožívá jako pocit rukou svázaných v klíně. Prožívaná bezmoc však nemusí být na místě. Každá matka může být podporována k přítomnosti u dítěte, k mluvení na něj, k hlazení, ke klokánkování, k masírování a částečné spoluúčasti při ošetřování nedonošeného novorozence, a tím i k pozitivnímu ovlivňování jeho vývoje. Pocity zoufalství zatěžují i každodenní činnosti (Dokoupilová et al., 2016, s. 21-23).

Každá matka reaguje na okolnosti ohledně předčasného porodu nezralého novorozence zcela individuálně, a to dle schopnosti zvládnání stresu, předchozích zkušeností a vlastní osobnosti. Celá tato akutní stresová situace, která trvá delší dobu, může časem vyústit v chronickou stresovou reakci ovlivňující nejen chování matky, ale také její celkový zdravotní stav. Proto jsou preventivně matce, ale i otci hospitalizovaného novorozence aktivně nabízeny služby psychologa, interventa či duchovního, dle jejich vlastních preferencí. Účelem psychologické podpory rodičů je zachování jejich reálného pohledu na

probíhající skutečnost a zamezení spuštění krátkodobě účinných obranných mechanismů. Vnímání a pocity ženy se mohou během několika minut či dní lišit. Je proto žádoucí, aby zdravotnický personál vždy ke každé matce přistupoval s empatií a jejich chování bylo přizpůsobeno jejím individuálním požadavkům. Přetrvávající negativní pocity matky nepříznivě ovlivňují vývoj zdravotního stavu dítěte a přispívají k neproduktivní spolupráci se zdravotnickým personálem (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 1–3).

3.2 Zaměřeno na otce

Také otcům je potřeba věnovat dostatečnou pozornost. Otcové nejsou vzhledem ke své práci nebo péči o další děti v domácnosti v tak časté interakci s předčasně narozeným dítětem a je od nich tudíž očekáváno, že krizovou situaci zvládnou lépe a poskytnou oporu matce. Často je však pro ně situace extrémně náročná a mají rovněž potřeby své pocity a obavy ventilovat (Sobotková, Jungwirthová, a Gabrielová, 2015, s. 7). Často po narození dítěte, kdy se matka zotavuje po porodu nebo je separována v jiném zdravotnickém zařízení, jsou to právě oni, kteří prvně spatří své dítě a komunikují se zdravotnickým personálem na jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence (dále jen JIRPn), jenž je zdrojem prvotních klíčových informací (Chlebounová a Čermák, 2013, s. 310). Při zotavování matky po náročném porodu je pozornost otců v brzkém poporodním období soustředěna zejména na její zdravotní stav než na potomka, zatímco matky se po porodu zcela soustředí na vše, co se týká dítěte (Hagen, Iversen a Svindseth, 2016, s. 7). Proto je vhodné dát otcům příležitost zprostředkovat matce nejen informace o vývoji zdravotního stavu dítěte, ale i obrazové záznamy dítěte prostřednictvím fotografií nebo jeho zachycením na videozáznam (Brejstová et al., 2015, s. 160). Zdá se, že otcové předčasně narozených dětí vyžadují také delší časový úsek k pochopení a přijetí své nové životní role (Hagen, Iversen a Svindseth, 2016, s. 6–7).

Otcové mají tendenci spadnout do očekávané role silného partnera ukryvající své vlastní pocity a potřeby. Na JIRPn se cítí být více diváky než otci (Hagen, Iversen a Svindseth, 2016, s. 6–7). Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že jsou stejně kompetentní a důležití v péči o dítě totožně jako matky. Nedostatečná podpora vytvoření vztahu mezi nimi a dítětem může způsobit přetrvávající pociťování stresu otce jako rodiče, proto by měli být otcové podporováni a motivováni k vytváření citové vazby k dítěti, stejně jako je to praktikováno u matek, i přes poznatky, že zvýšení požadavků a očekávání od otců,

kromě tradiční role živitele, může představovat zátěž s vyšší mírou stresu (Noergaard et al., 2018, s. 413–418).

3.3 Podpora časného kontaktu

Prvotním prvkem podpory a hojení citových ran rodičů je umožnění co nejčastějšího a nejjintimnějšího kontaktu s dítětem zohledňující jeho zdravotní stav (Chvilová-Weberová, 2013, s. 39). Předčasným porodem končí jeho vývoj v lůně matky, nikoliv však potřeby slyšení tlukotu matčina srdce, hlasu a dechu. Pojem bonding, pocházející ze 70. let minulého století, ve svém významu ukrývá podporu emočního spojení, lepení či připoutání se matky se svým dítětem (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 18–24).

Novorozenec narozený se zdravotními problémy poporodní adaptace, který vyžaduje rychlé zajištění ideálního prostředí prostřednictvím inkubátoru, není obhajobou separace od rodičů. Ba naopak, bonding, který napomáhá s vyrovnáváním se s podmínkami extrauterinního prostředí, má u novorozence v inkubátoru nenahraditelný účinek. Léčivý časný kontakt je totiž prospěšný pro všechny novorozence, ať se již jedná o zdravého, nemocného nebo nezralého. Dle míry zdravotních problémů, lze u dítěte v jakémkoliv případě zajistit alespoň vizuální nebo taktilní kontakt. Navázání očního kontaktu s matkou je významným prediktorem rozvoje laktace. Vložením prstu do dlaně nebo hlazením nezralého novorozence je přispíváno k jeho lepšímu nabývání na hmotnosti a prospívání. Stejný efekt vyznačuje čichová stimulace dítěte vůní matky. Do inkubátoru se uloží osobní předměty matky s tělesnou vůní, jako je například šátek nebo noční košile (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 21–146).

Podpora raného kontaktu matka-dítě má také pozitivní vliv na hodnocení kvality prostředí a poskytované péče rodičkou. Ze studie Takács a kolektivu (2011, s. 16) vyplývá, že jen málo žen mělo bezprostředně po porodu nepřetržitý kontakt s dítětem, což se odrazilo na jejich názorech vnímání potřeby raného kontaktu při hodnocení prostředí porodnice. Matky, které měly možnost být s dítětem ihned po porodu, vnímaly tento proces jako klíčový faktor k nastolení jejich duševní pohody a sdělovaly, že záporné zkušenosti v souvislosti s pobytem v porodnici vnímaly s menší intenzitou. Mnohdy však matky po psychicky i fyzicky náročném porodu mají tendenci převést péči o novorozence na bedra zdravotnického personálu. Zdravotnický personál, i přes přání některých matek, by měl setrvat na podpoře vytváření rané vazby, a naopak neklást matkám, jež vyžadují nepřetržitý kontakt se svým dítětem, překážky.

Následkem odloučení matky od dítěte může dojít k patologickým psychickým stavům úzkosti nebo posttraumatické stresové poruše, které negativně ovlivňují rozvoj laktace (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 202). K posttraumatické poruše mají sklon ženy s předčasným porodem více než matky donošených novorozenců, a to ještě dva měsíce po porodu (Ghorbani et al., 2014, s. 72). Separace v brzkém poporodním období je důsledkem menšího zájmu o dítě, a ještě rok od této události příčinou odklánění očního kontaktu. Po traumatickém zážitku se ženy vyhýbají ale také dalšímu možnému těhotenství. V případě otěhotnění jsou zde četnější zdravotní komplikace a větší sklon k způsobu vedení porodu císařským řezem (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 201–203).

3.3.1 Klokánkování

Různorodé možnosti technik doteku jsou významným konceptem v podpoře vztahu rodič-dítě (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 2). Prvotním fyzickým kontaktem je položení dlaně na dětský hrudník nebo kontakt kůže na kůži (Brejstová et al., 2015, s. 160).

Jak již bylo mnohokrát zmiňováno, předčasný porod představuje pro matku i dítě velký psychický zásah, který se separací v prvních hodinách po porodu ještě více stupňuje. Pro rychlé zajištění tepelného komfortu, stabilizaci fyziologických funkcí a vytvoření ideálních podmínek pro poporodní adaptaci nezralého novorozence je většinou nutné matku ochudit o kontakt skin to skin neboli kůži na kůži. Metoda klokánkovi, která připomíná nošení nezralého mláděte v klokání kapse, byla vynalezena v 70. letech minulého století v Kolumbii jako alternativní možnost jdoucí ruku v ruce s inkubátory (Tvrzová a Ratiborský, 2018, s. 57). Ve většině vyspělých zemích je tato metoda využívána s podpůrným účelem zapojení do péče při rodičovských návštěvách (Holditch-Davis et al., 2014, s. 3). Náruč a přítomnost matky nahrazuje dítěti ztracené dny vývoje v jejím lůně (Chvílová-Weberová, 2015, s. 47).

Po důkladném zaškolení zdravotnickým personálem a přípravě vhodného prostředí je dítě uloženo a ponecháno mezi prsy matky či otce obnažené, pouze s plenkou, a při nutnosti neinvazivní nasální ventilace s nasazenou čepičkou. Pro zamezení tepelných ztrát je na závěr přikryto teplou dekou (Tvrzová a Ratiborský, 2018, s. 57–58). Hadičky infuzí a mechanická ventilace, které musí být i v průběhu klokánkování zachovány, můžou v rodičích vyvolat rozpaky (Holditch-Davis et al., 2014, s. 4). Tyto rozpaky lze částečně rozptýlit trpělivým a empatickým vysvětlováním výhod a přínosů klokánkování. Doba klokánkování, po kterou se vytváří citové pouto mezi dítětem a matkou, případně otcem, je individuální. Nejlépe je setrvat alespoň dvě hodiny pro ničím nerušený klidový režim dítěte.

Při neadekvátní reakci dítěte na danou metodu nebo zhoršení zdravotního stavu ošetřující sestra předčasně ukončí intervenci (Tvrzová a Ratiborský, 2018, s. 58–59).

Zahájení klokánkování neobsahuje hmotnostní kritéria dítěte a není zamezeno ani dětem vyžadující dechovou podporu, monitoraci nebo aplikaci léčiv. Výjimkou jsou medikamenty podporující krevní tlak. Další skupinu kontraindikací tvoří vrozené akutní stavy a potřeba řízené hypotermie. Ze strany matky je možnost klokánkování většinou hojně využívána. Příležitost přivinout dítě je znemožněno také v případě patologického poporodního období nebo separace v jiném zdravotnickém zařízení (Tvrzová a Ratiborský, 2018, s. 59). V praxi je často klokánkování umožněno až při dosažení adekvátní hmotnosti a nabytí tělesného tuku k udržení teploty těla dítěte i po vytažení z inkubátoru (Chlebounová a Čermák, 2013, s. 311). Tento postup je ovšem nesprávný a jak již bylo výše uvedeno, klokánkování má jen minimum kontraindikací, proto by mělo být běžnou a každodenní součástí péče o nezralého novorozence.

Pilotní studie Sikorové a Suszkové (2012, s. 497–503) předkládá výsledky výzkumného šetření o pozitivním vlivu klokánkování, v rámci českých podmínek, na vitální funkce předčasně narozených dětí s váhou pod 1800 gramů ve srovnání s kontrolní skupinou dětí ve stejné váhové kategorii bez proběhlé intervence. Z dosažených výsledků byl zcela prokázán pouze vzestup tělesné teploty novorozence. Avšak další stanovené cíle potvrdily pozitivní vliv v jiné sféře, a to zvýšení míry zájmu klokánkujících matek o potřeby dítěte a posílení jejich vzájemné vazby. O rok dříve se tytéž autorky (2011, s. 233–237) zaměřily na sumarizaci zveřejněných evropských, asijských i amerických studií sledujících benefity klokánkování po emoční, fyziologické i sociální stránce. Nejčtenější pozitivum, které je zaznamenáno, stejně jako výsledek výzkumného šetření výše, je udržení nebo vzrůst tělesné teploty, a navíc, vlivem snížení energetického výdeje dítěte, přírůstek hmotnosti. Dobré prospívání a zdravý vývoj vede ke kratšímu pobytu na JIRPn. Klokánkování dětí má také analgetický a sedativní účinek. Po přilnutí na hrudník matky či otce dítě většinou usíná klidným spánkem. Z klokánkování těží i matka. Somatická a citová interakce matka-dítě podporuje tvorbu mateřského mléka a pocit podílení se na péči snižuje míru depresivních projevů. Ve kvalitativní studii Rossman a kolektivu (2015, s. 7), kde bylo osloveno 23 žen hospitalizovaných dětí na JIRPn, tři čtvrtě z nich sdělilo, že teprve při přivinutí svého dítěte pocítily vědomý pocit být matkou a považují tento moment za důležitý milník při utváření láskyplného vztahu s dítětem. Matky i otcové v polostrukturovaných rozhovorech autorů Hagen, Iversen a Svindseth (2016, s. 5) bez cíleného dotázání na tuto metodu ji považovali za důležité zmínit, jelikož pro ně představovala významný aspekt ve vytváření citového

pouta rodič-dítě. Zdá se ale, že v průběhu provádění klokánkování trpí otcové větším strachem nežli matky.

3.3.2 Masáže a jemné doteky

Masírování a hlazení jsou přirozenou možností nalezení cesty rodiče k dítěti. Po předčasném nebo náročném porodu dítě vykazuje nadměrnou produkci stresového hormonu, který může být částečně snížen jemnými láskyplnými doteky. Odměnou pro obě zainteresované osoby je prohloubení a zintenzivnění citového pouta. Tělesná blízkost nahrazuje dříve ztracené hodiny v utváření jejich vztahu. Něžné doteky poskytují rodičům nabýt sebedůvěru a učí je reagovat na aktuální potřeby dítěte. Doteky dávají možnost zbavit se pocitu bludného kruhu bezmoci a úzkosti. Prostřednictvím dotýkání je rodiči vyjadřována také láska a přijetí vůči potomkovi. Profitující účinek proudící životní energie mezi rodiči a dětmi se projevuje aktivací samouzdravujících procesů, proto by se s masážemi mělo započít již v úvodu hospitalizace dítěte, nikoliv až po vymizení potřeby podpory přístrojové techniky (Dokoupilová et al., 2016, s. 230–241).

3.3.3 Kojení a krmení

Výživa je jedním z pilířů zdravého růstu a vývoje organismu. Požadavky a očekávání zdravého růstu a vývoje dítěte dokáže naplnit přirozená výživa mateřským mlékem do 6. měsíce života dítěte (Borek et al., 2001, s. 165). Mateřské mléko je nenahraditelnou tekutinou ve vývoji novorozence a rovněž je nepostradatelným prvkem v uspokojování sociálních potřeb. Nezralost je však prediktorem k neefektivní funkci zažívacího traktu, nevyvinutému sání, polykání a koordinaci reflexů. Kojení, které představuje jednu z forem doteku, je tedy velice obtížné a vyžaduje velkou trpělivost (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 2; Dokoupilová et al., 2015, s. 70). Plné kojení, původně nezralého novorozence, je často dlouhým a náročným procesem. K výsledkům hodnocení kvality poskytnuté péče při propouštění do domácnosti patří kojení dětí s porodní hmotností pouhého jednoho kilogramu (Janáčková a Kantor, 2015, s. 103–121).

Každá matka je v průběhu hospitalizace novorozence podporována a motivována k odsávání mateřského mléka. Vhodným příkladem motivace je odsávání u inkubátoru při vizuálním kontaktu s dítětem. Byť může být pro matky odsávání mateřského mléka zpočátku velmi obtížné, každá kapka této vzácné tekutiny je pro dítě nezbytná. Zdravotnický personál matce vysvětlí, jak podporovat tvorbu mléka, jak mléko odsávat, shromažďovat a správně

skladovat (Fendrychová et al., 2012, s. 158; Janáčková a Kantor, 2015, s. 113–121). K rozvoji a udržení laktace musí matky být rovněž vzdělávány ve vhodných stravovacích návycích a dostatečném pitném režimu v období šestinedělí, které jsou totožné pro všechny matky po porodu. Důležitost hraje i důraz na dostatečné množství odpočinku (Dort et al., 2011, s. 63–64). Jednotné poskytování informací o laktaci a kojení ze strany zdravotnického personálu a včasné zahájení odstříkávání mateřského mléka zvyšují následnou úspěšnost kojení (Takács et al., 2015, s. 122). Zmeškalová uvádí (2018), že úspěšnost kojení a krmení mateřským mlékem spočívá v kladení důrazu na rooming-in, podpoře přirozené výživy a kontaktu s dítětem. Pozornosti by nemělo uniknout ani psychické rozpoložení matek, které v důsledku nezdařilých prvotních pokusů kojení dítěte může negativně ovlivnit rozvoj a udržení laktace. Ke každé matce je proto potřeba přistupovat individuálně a zajímat se o její obavy a přání. Psychická pohoda matek a dětí jsou základem pro zvládnutí překážek v kojení (Takács et al., 2015, s. 122).

Při dosažení 28. týdne gestačního věku lze dítě zkoušet přikládat k odsátému prsu pro přičichnutí k vůni a ochutnání mateřského mléka (Dokoupilová et al., 2015, s. 79). V období okolo 31. týdne gestačního věku je dítě způsobilé, aby uchopilo prsní bradavku (Janáčková a Kantor, 2015, s. 114). Chvílová-Weberová (2009, s.11) uvádí, že dítě je schopno několik plných kojení ve 32.-34. týdnu a výlučného kojení od 35. týdne gestačního stáří, ale zcela záleží na jeho individuální zralosti a klinickém stavu. Přibližně již ale od 32. týdne gestačního věku dítě dokáže korigovat sání, polykání a dýchání, a tudíž je umožněno zahájit orální krmení. Do té doby je krmeno sondou zavedenou nosem do zažívacího traktu. Zpočátku krmení stříkačkou provádí personál, později jsou k tomuto způsobu krmení zacvičeni rodiče (Janáčková a Kantor, 2015, s. 84–121). Orální krmení dítěte znamená v kontextu více než poskytování výživy a zajištění nutričních potřeb, také rodiče zasahuje i po emocionální stránce, ať už pozitivně či negativně. Krmení dává příležitost se dítěte dotýkat, popřípadě jej držet, vnímat jeho potřeby a utvrzovat citovou vazbu. Negativní citění je spojováno s počátkem procesu učení techniky krmení nezralého novorozence (Stevens, Gazza a Pickler, 2014, s. 5–6). Matky považují poskytování mateřského mléka za velmi důležitou věc, kterou můžou pro své nezralé dítě udělat již během hospitalizace, protože věří, že právě tato tekutina je nezbytná pro jeho zdravý vývoj (Rossman et al., 2015, s. 7). Míra vzdělávání rodičů zdravotnickým personálem v oblasti výživy nezralého novorozence se odvíjí od jejich individuálních potřeb. Cílem je edukace v takovém rozsahu, který umožňuje bezpečné a pohodlné praktikování způsobu výživy v domácím prostředí (Stevens, Gazza a Pickler, 2014, s. 5–6). Také podpora prostřednictvím telefonické komunikace po

propuštění z nemocnice pomáhá usnadnit překážky v kojení a přispět ke snížení potencionálního výskytu akutních a chronických onemocnění předčasně narozeného dítěte (Ericson et al., 2013, s. 1–2).

3.4 Komunikace jako základ efektivní spolupráce

Rodič, jenž čelí emočně náročné životní zkoušce předčasně narození dítěte, prochází v průběhu hospitalizace dítěte na JIRPn zpravidla poslovně několika fázemi psychologického vývoje. Jako vzor jsou popsány tři fáze dle Darbyshirové. V případech, kdy se jedná pouze o krátkodobou hospitalizaci, je třeba pamatovat, že rodič nemusí projít všemi etapami, proto je nutné, aby kvalifikovaný zdravotnický personál byl schopen rozpoznat o jakou fázi se aktuálně jedná (Fendrychová et al., 2012, s. 184). Psychické rozpoložení rodičů se může měnit z minuty na minutu, a proto je žádoucí přistupovat v každé fázi psychologického vývoje k rodičům s empatií a osobitým přístupem (Ďuricová a Mimrová, 2011, s. 2).

Dle Darbyshirové je prvotní období v úvodu hospitalizace dítěte nazýváno „Naivní důvěřivostí“. Zpočátku období krize prožívají rodiče nezbytnou potřebu pocitu bezpečí, jistoty a podpory v jejich složité situaci. I přes vyžadování velkého množství informací mnohdy nejsou schopni zprávy zpracovat nebo nepříznivé informace odmítají úplně slyšet. Rodiče nechtějí přijmout reálnou představu o prognóze dítěte a mají pocit, že se jich tato informace netýká. V komunikaci je potřeba sdělení několikrát opakovat a užívat výrazy, které jim jsou blízké a srozumitelné. Vhodné je využít také písemné či vizuální formy (Fendrychová et al., 2012, s. 183–184; Chvílová-Weberová, 2013, s. 37–40). V případě nepříznivé diagnózy je prognóza vztahu rodič-dítě ovlivněna stylem oznámení této závažné informace lékařem. Podávání informací by mělo být v nejlepším případě v kompetenci pouze jednoho ošetřujícího lékaře. V komunikaci může být využito tzv. pravidlo pěti P, a to pochvala, pohodlné prostředí, přivolání důvěrné osoby, příprava ke konverzaci a poskytnutí sdělení. Toto pravidlo je následně v průběhu dalších dní opakováno. Při poskytování sdělení je také třeba myslet na vytvoření prostoru k vyjádření pocitů rodičů. Prvotní informace můžou v rodičích spustit traumatickou krizi, kdy dochází k zastření skutečnosti obrannými mechanismy. Běžnou reakcí je popírání daného problému včetně výsledků veškerých vyšetření. Sdělující lékař často také musí čelit rodičovskému agresivnímu chování, jelikož hledají viníka své tíživé situace. V průběhu hospitalizace dítěte na JIRPn je nutné rodičům umožnit neomezenou příležitost ke kontaktu se svým dítětem (Jungwirthová a Hradilková,

2015, s. 4–5). Ke zmírnění stresu, které pramení z prostředí JIRPn, je možno předat informace o chodu oddělení a pracovnících, kteří se podílejí na péči o dítě, nejen slovně, ale i tištěnou podobou. Při návštěvách je vhodné klást otázky směřující na jejich aktuální psychické rozpoložení a otázky na identifikaci případných stresorů, které na rodiče nejintenzivněji působí. Součástí komunikace s rodiči je také zjišťování, jakým způsobem se ve svém životě vypořádávají s nepříznivou životní situací a pokud si sami s touto situací nevědí rady, je vhodné rodičům doporučit či rovnou zprostředkovat vhodný druh podpůrných služeb, mezi které patří služby psychologa, kaplana, intervenanta nebo předání kontaktů na podpůrné skupiny a sdružení určené rodičům nezralých novorozenců (Takács et al., 2015, s. 132). Podpora, kterou zde rodiče dostanou, je základem pro zlepšení jejich adaptace na vzniklou situaci předčasného narození dítěte a následně se snaží nastolit v rodičích duševní pohodu, která se může poté příznivě odrážet na zdravotních výsledcích dítěte. Není vhodné k potlačení psychické krize tlumit matku léky, jelikož může dojít k přenesení a projevu negativních prožitků v budoucnosti (Jungwirthová a Hradilková, 2015, s. 5). Dlouhodobý proces přijetí dítěte s duševní nebo tělesnou vadou rodiči, lze usnadnit trpělivým nasloucháním jejich obavám a pocitům a oceněním rodičů jako partnerů, umožněním podílet se na péči i při vyšetření dítěte, vhodnou formulací a navozením pozitivní otázky a upřímností. Při sdělování negativních informací je vhodné se opakovaně ujistit, zda došlo k porozumění (Vidová, 2015, s. 8). Podání pomocné ruky ve formě podpory a empatie je v této fázi prožívání předpokladem další efektivní spolupráce (Jungwirthová a Hradilková, 2015, s. 5).

Ve druhé fázi, nazývané „Vystřízlivění“, postupně dochází ke směřování pozornosti rodičů na léčebnou a ošetrovatelskou péči, které jsou jejich dítěti poskytovány. I zde mohou nastat problémy v komunikaci, a to zejména pramenící z pracovní zátěže ošetrovatelského personálu, který se nemůže dostatečně rodičům věnovat. Ujmutí se role personálu jako hlavního představitele péče o dítě narušuje rodičovskou roli, upevňuje pocity selhání a vzbuzuje rodičovskou žárlivost. Ošetrující personál by se měl k rodičům stavět jako k rovnocenným partnerům, se kterými sdílí odpovědnost, pravomoci a činnosti v péči o dítě. Narušování rodičovské role v době, kdy je potřeba trpělivosti a empatického přístupu zdravotnického personálu k rodičům, může vést k jejich rozladění a nabytí pocitů vlastní přítěže. V rodičích přetrvává pocit, že přetížený personál budou tak sdělováním svých obav a pocitů obtěžovat (Fendrychová et al., 2012, s. 183–185; Chvílová-Weberová, 2013, s. 37–39; Takács et al., 2015, s. 130).

V poslední fázi, za účelem dosažení cílů, si vytváří rodiče s ošetřujícím personálem partnerský vztah, který přetrvává až do propuštění dítěte a mnohdy i po propuštění. Období dnů čekání na propuštění, kdy je dítě již ve stabilizovaném stavu, je provázáno netrpělivostí a náladovostí pramenící ze strachu z budoucnosti. Ze strany zdravotnického personálu často přicházejí reakce nepochopení této situace, jelikož zdravotníci očekávají rodičovskou vděčnost a radost. Role nadřazenosti ošetřujícího personálu a jeho souzení chování a přístupu rodičů ovšem nevede ke spolupráci obou stran v žádné fázi psychologického vývoje. Zájem zdravotnického personálu by se tedy v rámci kompletní péče měl zaměřovat nejen na potřeby dětí, ale také na potřeby rodičů (Fendrychová et al., 2012, s. 183–185; Chvilová-Weberová, 2013, s. 37–39).

3.4.1 Potřeby rodičů

Identifikace potřeb rodičů předčasně narozených dětí umožňuje eliminovat stresory a poskytnout kvalitní péči zohledňující rodičovské potřeby, která je srovnatelná s jejich rodičovským očekáváním. K tomu je potřeba navázat s rodiči efektivní komunikaci. Je udáváno, že mezi nejdůležitější potřeby rodičů hospitalizovaných dětí na JIRPn patří poskytování dostatečných a srozumitelných informací, možnost pečovat, dotýkat se, ochraňovat a být přítomen u dítěte, spoluúčast rodičů při realizaci prvků individualizované péče, vytvoření adekvátního vztahu rodič-personál a akceptace zdravotníků rodičovské role s jejich právy i povinnostmi. Aby bylo možné tyto potřeby uspokojit, je nutné rodiče podporovat, utvrzovat jejich rodičovské kompetence, vzdělávat je, a to vše v přátelském prostředí (Takács, 2015, s. 123).

Kvalita vztahu ošetřující personál-rodič se může odrazit na vytvoření vztahu k dítěti. Je vhodné, aby zdravotnický personál byl pravidelně vzděláván v oblasti mezilidských komunikací a podpory. Jedním z možných účinných řešení k odstranění bariér ve vzájemné komunikaci je zavedení tzv. kontaktní sestry, která je neustále na oddělení k dispozici jako primární zdroj podávání vysvětlení o postupech a stavu dětí a k zodpovězení případných dotazů. Tato pracovní pozice přináší uspokojení i personálu, který zbavuje vystavování opakované zátěži. V praxi se také osvědčila přítomnost ošetřující sestry vždy u všech rozhovorů mezi rodiči a lékařem. Tato sestra má plný přehled o podávaných lékařských informacích a může o nich během dalšího kontaktu s rodiči dále hovořit a zjišťovat, zda informacím zcela porozuměli (Takács et al., 2015, s. 123–127).

3.4.2 Krizová intervence

Rodiče předčasně narozených novorozenců trpí pocity bezmoci, viny a selhání. Speciální programy časné krizové pomoci pro rodiče nedonošených dětí, kteří prochází nepříznivou životní situací, by měly být realizovány ve zdravotnickém zařízení již od prvního týdne po porodu a zaměřovat se zejména na spouštěč svízelné situace, tedy rozebrání událostí týkající se předčasného porodu a průběhu prvních dní na JIRPn, a tím zamezit prohlubování nepříznivého krizového stavu, nastolit v rodičích duševní i fyzický well-being, tedy pomoci jim porozumět prožívání psychického traumatu a poskytnout jim podporu při hledání možných východisek z krizové situace vedoucích k jeho zvládnutí (Chvílová-Weberová, 2013, s. 37–39).

Součástí každého zdravotnického týmu by měl být proto odborník z oblasti psychologie, který umožní poskytnout v akutních situacích, jako je změna zdravotního stavu dítěte nebo jeho přeložení do jiného zdravotnického zařízení splňující jeho aktuální potřeby, psychickou podporu a pomoc. Klinický psycholog, jenž je součástí ošetrovatelského týmu, má být dokonale obeznámen s případem a rovněž s daným prostředím a zdravotnickým personálem (Takács, et al., 2015, s. 124). Začlenění psychologa do týmu jistě ocení i zdravotnický personál, který každodenně čelí nadměrnému stresovému vypětí rodičů (Chvílová-Weberová, 2013, s. 39).

3.5 Spiritualita

Spiritualitu lze chápat jako duchovní dimenzi lidského života, životní hnací sílu či energii, která dává všem oblastem našeho života smysl a jejíž základ tvoří naděje. Obrácení se k modlitbám je pro věřící matky jednou z důležitých strategií vyrovnávání se s nepříznivou situací a zmírnění pocitů napětí (Rossman et al., 2015, s. 8). Protože do potřeb rodičů patří mimo potřeby fyzické a psychické také potřeby spirituální, měl by se zdravotnický personál v rámci holistického pohledu zaměřit i na tyto potřeby. I když je zavedení rozhovoru na téma spirituality většinou pro zdravotníky těžké, na většině JIRPn v České republice je možné přivolat kněze nebo jiného duchovního přímo na oddělení. Zpověď nebo modlitba může mít pro rodiče posilující podnět ke zvládnutí dalších náročných okamžiků. Rodiče mohou ke zpovědi nebo modlitbě ve zdravotnickém zařízení přijít kdykoliv dle svých potřeb. Rodiče se rovněž mohou zúčastnit nedělní mše v kaplích nacházející se v areálech nemocnic. Nabízena je možnost poskytnutí spirituální péče zpravidla několika různými církvemi. V průběhu hospitalizace je také umožněno dítě pokřtít

knězem, v krajním případě osobou, která ctí tento úkon a je splněna podmínka přítomnosti dítěte v nebezpečí smrti (Janáčková a Kantor, 2015, s. 100).

3.6 Pocit být rodičem

V mnoha nemocnicích stále přetrvává trend, kdy je za hlavního poskytovatele péče o dítě považován zdravotnický personál a rodiče se tak mnohdy cítí být více jako diváci, kteří se pouze se svolením zdravotníků mohou podílet na péči o potomka (O'Brien et al., 2013, s. 1). Koncept Family centred care neboli péče zaměřená na celou rodinu spočívá v zakládání rovnocenného partnerského vztahu rodič-personál. Holistická péče je přínosem výhod nejen pro rodiče, personál, ale také pro dítě. Princip uznávání a podpora rodičovské role ve všech sférách terapeutické péče o dítě, který by měl započít již od počátku hospitalizace novorozence na JIRPn, přispívá k nastolení duševní rodičovské rovnováhy (Jakšová, Sikorová a Hladík, 2016, s. 396–397). Duševní pohoda rodičů zlepšuje jejich angažovanost v péči o dítě. Takto poskytovaná péče pozitivně ovlivňuje zdravotní stav dítěte a vede ke kratšímu pobytu v nemocnici snižující ekonomické výdaje hospitalizace (Takács et al., 2015, s. 122–124). Péče Family centred care má také pozitivní vliv na váhový přírůstek hospitalizovaného dítěte, který je jedním z ukazatelů zdravého vývoje jedince, a podporuje tak myšlenku zavedení systému do praxe za účelem zlepšení kvality poskytované péče. Zdárným předpokladem úspěšné realizace je edukace rodičů v péči o jejich potomka zdravotnickým personálem (De Bernardo et al., 2017, s. 10).

Podpora zapojení rodičů do péče spolu s kontaktem skin to skin má prokazatelně blahodárný vliv na novorozence. Matky předčasně narozených dětí však mají menší tendenci se dítěte dotýkat, zpívat mu a udržovat vizuální kontakt než matky donošených novorozenců (Stefana a Lavelli, 2017, s. 1–2). Proto právě u rodičů předčasně narozených dětí je nezbytná aktivní podpora jejich rodičovských rolí, v jejímž důsledku je zvyšována spokojenost rodičů, a tím i snadnější přilnutí k dítěti (Ghadery-Sefat et al., 2016, s. 4). Rodiče se učí, jak poskytnout péči o dítě, přičemž personál přebírá roli jejich pedagogů a trenérů (Benzies et al., 2017, s. 4). Dle studie De Bernardo a kolektivu (2017, s. 10) rodiče vykazují větší spokojenost s poskytováním informací personálem a také menší míru stresu v systému Family centred care než rodiče se standardní péčí. Rodič, který je dobře informovaný a zároveň časně zapojený do péče o nezralého novorozence, je méně úzkostný a také má pocit větší kontroly nad nastalou situací (Lee a O'Brien, 2014, s. 846).

V českých podmínkách není filosofie péče zaměřená na celou rodinu dostatečně propracována. Dosavadní systém umožňuje pouze snahu o poskytnutí takové kvality péče prostřednictvím časného kontaktu, jako je klokánkování, hlazení, terapeutická masáž nebo hlasová stimulace (Takács et al., 2015, s. 124). Pod dozorem sestry se postupně rodiče učí, jak měřit dítěti tělesnou teplotu, jak vyměnit plenku, jak pečovat o suchou kůži, jak manipulovat s dítětem a jsou zacvičováni na různé způsoby krmení dítěte. Rodiče mohou přinést dítěti potřebné věci v zajištění jeho péče, jako jsou plenky, kosmetické produkty a vlhčené ubrousky. Dítěti lze přinést také omyvatelnou nebo prateľnou hračku, vlastnoručně upletené oblečení nebo obrázek od sourozence (Janáčková a Kantor, 2015, s. 81–84).

3.7 Léčebné prostředí JIRPn

Při přechodu do extrauterinního života dochází k dramatickému přerušení mnoha vazeb. Prostředí v děloze poskytuje jednak tepelný komfort, příjem potravy a také ochrannou bariéru před světlem a hlukem. Zralý zdravý novorozenec se s touto razantní změnou velmi rychle vyrovná, ale adaptace nezralého novorozence na prostředí neodpovídající jeho požadavkům vážne (Fendrychová et al., 2012, s. 81). Vývoj v evolučně nepřírodném prostředí JIRPn může významně ovlivnit vývoj neurofyziologických, neuropsychických, emočních a psychosociálních funkcí dítěte (Chvilová-Weberová, 2015, s. 46). Prostředí JIRPn by mělo již na první pohled připomínat dětský pokojíček. Výběr vhodných měkkých barev, nižší počet lůžek, ochrana proti ostrému světlu a nadměrnému hluku, to vše jsou kritéria k zajištění optimálního prostředí při péči o novorozence (Fendrychová et al., 2012, s. 82). Přítomnost pohodlných křesel u každého inkubátoru pak umožní rodičům trávit co nejvíce možného času se svým potomkem (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 147).

První dojem hraje v případě první návštěvy JIRPn významnou roli. Pocity a myšlenky, jež se vybaví rodičům, kteří při prvním setkání se svým miminkem zažijí houkání a blikání přístrojů několika barvami, lze odhadovat za velice stresující a nepříjemný zážitek (Dokoupilová et al., 2016, s. 57). Milé uvítání rodičů již u vstupních dveří je prvním zdárným krokem ve zlepšená prožívání této emočně intenzivní situace. Aby nebyli rodiče zaskočení, je vhodné jim již v úvodu konverzace podat informace o stavu dítěte a rovněž se zaměřit na popis jednotlivých použitých přístrojů. Při prvním setkání rodičů s dítětem často právě přístrojová technika a invazivní vstupy zabírají největší část pozornosti, proto je vhodné sdělováním laskavých slov týkající se dítěte tuto tendenci regulovat (Takács et al., 2015, s. 131–132). Vhodnou alternativou pro rodiče spadající do rizikové

pravděpodobnostní skupiny hospitalizace dítěte po porodu na JIRPn je umožnit jim nahlédnout na oddělení v perinatálním období a odbourat tak možné bariéry (Fendrychová et al., 2012, s. 183).

3.7.1 Faktory rodičovského stresu

Prostředí JIRPn je z pohledu rodiče stresující z důvodu přítomnosti rozličného zdravotnického vybavení, neznámého zdravotnického personálu, vzhledu a zdravotního stavu dítěte nespĺňující jejich očekávání, nemocniční politice, narušení interakce rodič-dítě a rodičovské role (Melnik, Oswalt a Sidora-Arcoleo, 2014, s. 2). Tyto aspekty úzce souvisí s rodičovským pocíťováním úzkosti, deprese, únavy a poruchami spánku (Busse et al., 2013, s. 5). Je důležité, aby byly faktory rodičovského stresu na JIRPn aktivně vyhledávány a následně eliminovány na co nejnižší míru. Dle výzkumu Kučové a Sikorové (2012, s. 331–332), který proběhl v Ostravě v roce 2010, byly identifikovány jako nejzávažnější stresové podněty oblast rodičovské role a oblast vztahu s dítětem. I přes stresující faktory tzv. střední úrovně, jako je použití dýchacích přístrojů či opakované spouštění alarmů monitorů u hospitalizovaného dítěte, se zdá, že nejméně stresu vyvolává oblast zrakových podnětů a zvuků. Ztráta rodičovské role se jeví jako nejvýznamnější oblast způsobující stres rodičů na JIRPn ve většině provedených celosvětových výzkumů. Rozdíly však existují v poslední příčce. Například výzkum uskutečněný v sousedním Polsku autory Aftyka a kolektivem (2019, s. 71) tvrzení Kučové a Sikorové vyvrací. Za nejméně významný stresový faktor polské matky označily vzhled a chování dítěte. Dle tvrzení autorů je konečný výsledek poslední příčky ovlivněn zejména mírou příjemnosti a přátelským prostředím JIRPn. Také studie autorů Woodward a kolektivu (2014, s. 4–5) souhlasí s nejfrekventovanějším výsledkem a uvádí, že z této kategorie nejhůře byla vnímána separace od dítěte. Za nejméně stresující oblastí předkládají chování a komunikaci personálu.

Separace může mít mnoho podob. K zamezení oddělení rodičů od dítěte, kromě zřizování samostatných pokojů a umožnění nepřetržitých návštěv, lze také využít horkou telefonickou linku pro dotazy (Fendrychová et al., 2012, s. 184). Je důležité, aby matky mohly v kteroukoliv denní i noční hodinu na oddělení zavolat a ujistit se, že je o jejich potomka dobře postaráno (Janáčková a Kantor, 2015, s. 137). Emoční vazbu lze také podpořit využitím moderní techniky. Ve zdravotnických zařízeních je využíváno webového online přenosu dítěte v určený denní čas pomocí připevněných kamer nad každým inkubátorem. Aby byla zachována ochrana osobních údajů, není záznam nahráván a každá

kamera je rovněž opatřena specifickým osobním chráněným heslem pro dané dítě (Tošner, 2015, s. 126–127).

Tiché prostředí podporuje novorozenci v inkubátoru možnost hlubokého nerušeného spánku, jenž je důležitý k jeho posílení a odpočinku. Nadměrný hluk, jenž pramení z chodu přístrojů, alarmů, prováděných činností a hlasového projevu v jeho nejbližším okolí, negativně ovlivňuje stabilitu vitálních funkcí novorozence a může podněcovat vznik stresových reakcí, které na něj negativně působí. Proto by na JIRPn měla být zaváděna opatření, která provozní hlučnost sníží. Většinou jde o jednoduchá opatření, která jdou lehce zavádět do praxe. Hlučnost způsobená hlasovými projevy personálu i rodičů lze ovlivnit dostatečnou a opakovanou edukací o nutnosti tlumit hlas. Také předávání informací o novorozenci nemusí probíhat nad samotným inkubátorem. Nadměrný hluk způsobený alarmy monitorovacích přístrojů lze nastavit na sníženou hlasitost, avšak dostatečnou pro zachování bezpečné monitorace (Dokoupilová et al., 2016, s. 57; Fendrychová et al., 2012, s. 81). Při manipulaci s nástroji a pomůckami by nemělo docházet k jejich odkládání na víko inkubátoru. I otvírání a zavírání okének inkubátoru lze provádět téměř neslyšně. Hluk sníží také používání elektronicky zavíracích odpadkových košů a snížení vyzvánění všech telefonních linek na JIRPn (Dort et al., 2011, s. 111). K tlumení hluku při transportu novorozence nebo při potřebě vysokofrekvenční oscilační ventilace lze využít speciální ušní klapky (Fendrychová et al., 2012, s. 82).

Aplikace muzikoterapie je pro novorozence prokazatelně žádoucí, ale je třeba vybírat hudbu zcela individuálně, nejlépe pak lidský hlas (Dort et al., 2011, s. 111). Nahrávka hlasu rodičů spolu se sourozenci má uklidňující efekt nejen na novorozence, kterému jsou hlasy blízké, ale také na samotné rodinné příslušníky, kteří mají často při opouštění dítěte negativní pocity, že dítě zůstává osamoceno (Janáčková a Kantor, 2015, s. 126).

Ani pro zdravotnické pracovníky nadměrný a stálý hluk nepředstavuje ideální pracovní podmínky. Psychologická náročnost na JIRPn v kombinaci s expozicí hluku vede ke zvýšení rizika pracovních úrazů a pociťování stresu. Odrazit se může také na výkonnosti a zdravotním stavu personálu (Fendrychová et al., 2012, s. 82).

Stres, i když je negativní, je přirozenou součástí prožívání rodičů hospitalizovaných dětí na JIRPn. Studie Beheshtipour a kolektivu (2014, s. 240–249) předkládá možné řešení postupného zmírňování rodičovského napětí pomocí realizace vzdělávacích programů, které zahrnují prezentaci o vybavení a prostředí JIRPn, rozhovor s lékařem u lůžka o celkovém stavu a budoucích vyhlídkách dítěte, poskytnutí podpory a strategie v řešení problémů a vymezení prostoru k zodpovězení veškerých otázek rodičů. V rámci intervence

jsou využity a poskytnuty rodičům edukační materiály, které obsahují celou náplň vzdělávacího programu.

3.7.2 Faktory ovlivňující návštěvnost

Fyzický kontakt má jednu z nedůležitějších rolí v utváření vztahu rodiče s předčasně narozeným novorozencem a v podpoře nástupu mateřské identity. Je prokázáno, že matky v nepřítomnosti dítěte v domácím prostředí trpí nadměrným množstvím stresu a obavami, že dojde ke zhoršení zdravotního stavu dítěte právě ve chvíli, kdy u něj nejsou přítomny. Je tedy nutné motivovat a podporovat rodiče k pravidelným návštěvám JIRPn a také je povzbuzovat k udržování telefonické komunikace se zdravotnickým personálem (Chlebounová a Čermák, 2013, s. 309–313; Leifer, 2004, s. 364). Výzkumná studie autorů Green a kolektivu (2015, s. 1–10) odhalila, že s vyšší mírou psychických potíží se zvyšuje počet návštěv rodičů. Vyhledávání přítomnosti dítěte spolu se zapojením se do péče může vést ke zlepšení vzájemného vztahu a snížení míry psychických problémů matek. V prvních dvou týdnech života dítěte, kdy byla návštěvnost udávána jako nejvyšší, matka přijímá svou mateřskou roli, rozvíjí se láskyplný vztah mezi ní a dítětem, a tím je podpořeno zlepšení adaptace na proběhlou traumatizující situaci předčasného porodu. Je však možné, že ženy trpící úzkostnými stavy v důsledku traumatu z nepřitažlivého vzhledu dítěte navštěvují JIRPn méně často. Nižší míra návštěvnosti na počátku hospitalizace může vést k vyššímu riziku rozvoje deprese matky v pozdějším věku dítěte. Nejčastější bariérou v návštěvě dítěte byla udávána problematika dojíždění do zdravotnického zařízení. Dále lze za četné problémy označit také vystavení traumatické události a péče o další děti v domácnosti. Harris s kolektivem (2018, s. 6) zaznamenali výzkumným šetřením, že frekvence psychických problémů matek předčasně narozených novorozenců je čtenější než u matek donošených novorozenců a stoupá s nižší porodní hmotností novorozence nebo císařským řezem. Prostředí JIRPn, ztráta rodičovské role, vzhled a zdravotní stav dítěte představují časté stresové faktory snižující účast matek na péči o jejich potomky (Harris et al., 2018, s. 2). Přítomnost matky má také příznivý vliv na vývoj zdravotního stavu potomka, a tím na délku jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení, která se s vyšší frekvencí návštěv matky krátí. Návštěvnost se může odrazit na dlouhodobé psychické pohodě matek, a proto je třeba je co nejvíce podporovat a nezabraňovat jim v jejich přítomnosti na JIRPn (Green et al., 2015, s. 2).

V posledních letech dochází k přeměně konceptu JIRPn zakládáním jednotlivých rodinných pokojů umožňujících rodičům být s dítětem nepřetržitě, ať je den či noc, až do

samotného propuštění (Takács et al., 2015, s. 124). Tandberg s kolektivem (2019, s. 1–4) předkládají výsledky své výzkumné studie, že rodiče, kteří jsou hospitalizováni se svým dítětem, vykazují nižší míru deprese a stresu v průběhu hospitalizace než rodiče s neomezeným přístupem na JIRPn. Pozitivním dopadem společného pobytu matky a dítěte na oddělení je adekvátní edukovanost žen odborným personálem v péči o dítě před jeho propuštěním z nemocnice. Nabytí jistoty v péči o dítě umožňuje ženám lepší pohled na sebe jako matku a poté zvládnutí mateřské role v domácím prostředí (Takács et al., 2015, s. 124). I přes tyto poznatky v podmínkách českého zdravotnictví však chybí dostatek prostoru pro přítomnost vícero návštěvníků v místnosti a rovněž ve většině případů není možnost přijetí matky na oddělení po celou dobu hospitalizace dítěte (Janáčková a Kantor, 2015, s. 80–131). Hospitalizování matky, alespoň před ukončením hospitalizace dítěte, by však měla být rutinní záležitostí (Takács et al., 2015, s. 124).

3.8 Rodičovské organizace a skupiny

V prvních dnech po předčasném porodu se většina rodičů nalézt co nejvíce informací vztahujících se k problematice nezralého novorozence. Nejde vždy jen o odborné zdroje informací, ale rodiče často hledají i někoho, s kým mohou svoji novou životní etapu sdílet. Nejvíce podpory a porozumění lze nalézt v rodičovských organizacích, které sdružují rodiče s prodělanou podobnou zkušeností, a to ať se již jedná o rodiče předčasně narozených dětí, dětí s vrozenou vývojovou vadou, závažným onemocněním či rodiče po ztrátě dítěte (Janáčková a Kantor, 2015, s. 165). Některé rodičovské spolky se také podílí na distribuci informačních materiálů a publikací zaměřujících se na danou problematiku. Je vhodné, aby tyto materiály byly šířeny i v rámci JIRPn, jelikož podpora je jedním z důležitých aspektů usnadňující přijetí mateřské role. Kromě příznivého vlivu na rodiče, poskytují rodičovské organizace zdravotnickému personálu povědomí o rodičovských potřebách, které jsou základem k navázání nezbytné efektivní spolupráce (Takács et al., 2015, s. 127; Rossman et al., 2015, s. 5).

V České republice již několik let působí občanské sdružení Nedoklubko, které nabízí psychosociální pomoc a informace potřebné v péči o nezralé novorozence celé rodině. Jedná se o jednu z největších nestátních neziskových organizací na našem území z oblasti podpory rodičů předčasně narozených dětí (Janáčková a Kantor, 2015, s. 165). Dá se říct, že se jedná o společenství matek, které díky zvládnutí této životní zkoušky dozrály v osobnost, která jim umožňuje poskytnout oporu dalším rodičům (Dortová, 2014, s. 46–47). V rámci

svého působení se podílí publikační činností, projekty a výstavami na edukaci veřejnosti o problematice předčasného porodu. V akutních krizových situacích nabízí pomoc psychologickou a také poradenskou (Janáčková a Kantor, 2015, s. 165). K povzbuzení a podpoře překonání náročné životní etapy jsou například v rámci projektu Mámy pro mámy rozdávány v nemocnicích matkám malé dárečky s publikací obsahující skutečné příběhy předčasně narozených dětí a také osobním vzkazem vyjadřující sounáležitost (Novotná a Csirková, 2010, s. 23). Jejich činnost pokračuje i po propuštění dítěte z nemocnice sdružováním rodičů prostřednictvím realizování srazů a umožnění tak výměny informací mezi nimi (Janáčková a Kantor, 2015, s. 165).

3.9 Centrum vývojové péče

Jak již bylo zmíněno v kapitole Nezralý novorozenec, koordinace péče pokračuje i po propuštění z nemocnice do domácího prostředí, a to v centrech vývojové péče, které tvoří specializovaná ambulantní zařízení při neonatologických odděleních. Principem těchto zařízení je úzká spolupráce lékařských a nelékařských odborníků na poskytování komplexní, multidisciplinární, koordinované péče v různých formách pod jednou střechou s cílem zmírnit dopady perinatálního postižení. Návaznost péče umožňuje sběr dat o dlouhodobém zdravotním, mentálním a senzorickém vývoji dříve hospitalizovaných dětí na JIRPn, které mohou vést ke zlepšení výsledků v péči o další budoucí pacienty lůžkových částí neonatologického oddělení (Brejstová et al., 2015, s. 161–162).

Dítě je sledováno komplexně. Během kontrol podstupuje somatické, laboratorní, diagnostické, oftalmologické, neurologické, psychomotorické a antropometrické vyšetření. Při zjištění odchylek je u dítěte realizována časná intervence ve formě fyzioterapeutické, pedagogické, psychologické a logopedické specializované péče. Fyzioterapie má nenahraditelný blahodárný účinek při prvotních příznacích patologického průběhu psychomotorického vývoje dítěte. Speciální pedagog se věnuje péči o děti s mentálním nebo smyslovými poruchami vývoje a jejich zařazení do vzdělávacího procesu. Svými službami se podílí na rozvoji jejich komunikačních funkcí a také na vzdělávání rodičů ve využívání alternativních metod komunikace a odstranění bariér v dorozumívání se s jejich dítětem. Se speciálním pedagogem úzce spolupracuje také specialista v oblasti logopedie, který se, kromě logopedické péče při zpožděném vývoji řeči, zapojuje pomocí speciálních metod k posílení svalstva mimiky, jazyka a ústní dutiny, a tím napomáhá s nácvikem

správného sání a polykání stravy (Brejstová et al., 2015, s. 161–162; Dort, Dortová a Jehlička, 2018, s. 107).

Rodiče s dětmi přicházejí do ambulancí k lékařům, se kterými se většinou již znají a vytvořili si s nimi důvěrný vztah již v průběhu hospitalizace dítěte. Důvěra je klíčovým bodem k vytvoření vhodných podmínek k otevřenému rozhovoru a prostředí odstraňující pocity úzkosti z budoucího vývoje potomka. Frekvence sledování vývoje jedince se odvíjí dle potřeb. Pod dohledem jsou děti narozené jako nezralí, hypotrofičtí, s proběhlou porodní asfyxií nebo mající vrozenou vývojovou vadu či genetické onemocnění. Zpravidla se jedná v intervalech o tříměsíční kontroly. Pravidelná frekvence návštěv zmírňuje psychickou zátěž rodičů. Psychoterapeutickou péči celé rodině může také poskytovat specialista z oblasti psychologie, který by měl být aktivně nabízen dle potřeby rodičů v rámci pravidelných kontrol jejich dítěte (Brejstová et al., 2015, s. 161–162).

Po propuštění dítěte s postižením lze také pomoc najít ve střediscích pro ranou péči. Střediska nabízí skupině klientům, tvořenou členy celé rodiny, informace, poradenství a pomoc v péči o dítě. Výchova dítěte s tělesnou či mentální vadou je náročnou životní zkouškou. Raná péče bere ohledy na potřeby rodiny a poskytuje ji psychickou podporu, zapůjčení speciálních pomůcek k rozvoji smyslů dítěte, edukuje rodiče v péči o dítě s postižením a v případě zájmu rodičů zprostředkovává kontakty na další rodiny v podobné situaci. Raná péče bere v úvahu příležitosti rodičů i dětí z hlediska uskutečnitelných možností než soustředění se na nedosažitelné limity (Matyášová, 2015, s. 9).

Teoretická část představila činnost perinatologických center, nastínila problematiku předčasněho porodu a následně sumarizovala aktuální publikované poznatky v prožívání rodičů předčasně narozených novorozenců nebo novorozenců hospitalizovaných z jiného zdravotního důvodu na JIRPn a zmínila možnosti jejich podpory zde pracujícím personálem. Hlavní roli ve zmírňování jejich pocitů strachu a obav, usnadnění uchopení rodičovské role a podpoře vybudování láskyplného vztahu rodičů se svým potomkem zde sehrává právě zdravotnický personál (Valizadeh et al., 2012, s. 191-192).

4 Praktická část

Hospitalizace dítěte představuje pro rodiče velkou emoční zátěž. Personál by se měl proto zaměřit nejen na péči o předčasně narozeného novorozence, popřípadě novorozence vyžadující intenzivní péči z jiného zdravotního důvodu, ale také na rodiče. Podpora rodičů, která přispívá k posílení rodičovské role a ke zmírnění prožívání negativních emocí, je součástí vysoce kvalitní poskytované péče.

Většina výzkumných studií svůj zájem ubírá zejména na zjištění vnímání míry podpory, která byla rodičům poskytována v průběhu hospitalizace jejich dítěte v nemocničním zařízení, avšak již nebere ohledy na názor poskytovatelů péče. Empirická část diplomové práce je proto věnována nejen zjištění vnímání míry podpory poskytovanou personálem z pohledu rodičů hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru, ale rovněž z pohledu poskytovatelů péče, tedy NLZP a lékařů pracujících v perinatologickém centru. V případě znalosti názoru rodičů i poskytovatelů péče lze identifikovat shody či odchylky ve vnímání míry poskytování jednotlivých podkategorií podpory a nalézt tak příležitosti pro zkvalitnění poskytované péče.

4.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjištění a porovnání vnímání míry poskytované podpory rodičům hospitalizovaných novorozenců z pohledu rodičů, NLZP a lékařů v perinatologických centrech. Na základě hlavního cíle byly stanoveny 4 dílčí cíle:

- **Dílčí cíl 1:** Zjistit, do jaké míry vnímají matky hospitalizovaných dětí podporu (emocionální, informační, pečovatelskou a podporu rodičovské role), která jim byla poskytována NLZP a lékaři v perinatologickém centru.
- **Dílčí cíl 2:** Zjistit, do jaké míry NLZP a lékaři vnímají podporu (emocionální, informační, pečovatelskou a podporu rodičovské role), kterou poskytují rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru.
- **Dílčí cíl 3:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory (emocionální, informační, pečovatelské a podpory rodičovské role) mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **Dílčí cíl 4:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory (emocionální, informační, pečovatelské a podpory rodičovské role) mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Z výše definovaného 3. a 4. dílčího cíle bylo stanoveno celkem 8 nulových a 8 alternativních statisticky ověřitelných hypotéz:

- **H₀₁**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A1}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H₀₂**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A2}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H₀₃**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A3}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H₀₄**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A4}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H₀₅**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A5}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H₀₆**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A6}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H₀₇**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A7}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami a NLZP v perinatologickém centru.
- **H₀₈**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

- **H_{A8}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

4.2 Charakteristika souboru

Výběr respondentů dotazníkového šetření byl záměrný a vyplýval z předem stanovených zařazovacích a vyřazovacích kritérií. Výzkumný vzorek tvořily matky hospitalizovaných dětí, NLZP a lékaři v perinatologickém centru Fakultní nemocnice Olomouc a Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Otcové hospitalizovaných novorozenců byli rovněž osloveni, ale neprojevíli zájem o účast ve výzkumu, a proto byl výzkumný vzorek upraven pouze na matky.

Zařazovací kritéria:

- Matky hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru
- Matky, které alespoň jedenkrát navštívily perinatologické centrum nebo zde byly hospitalizovány jako doprovod dítěte
- Dětské sestry a porodní asistentky pracující v perinatologickém centru
- Lékaři pracující v perinatologickém centru

Vyřazovací kritéria:

- Matky, které nerozumí česky
- Nesouhlas s účastí ve výzkumu

Respondenti byli ústně a písemně seznámeni se všemi skutečnostmi uvedenými v Informovaném souhlasu (Příloha 5), a to např. o dobrovolné účasti ve výzkumu či zachování jejich anonymity. Účastníci výzkumného šetření byli také seznámeni s cílem, obsahem dotazníku, časovou náročností a instrukcemi k jeho vyplnění. Respondentům bylo umožněno zeptat se na případné nejasnosti. Dále byli informováni, aby vyplněné dotazníky vhodili do předem jim určených uzavřených boxů, které byly speciálně vytvořeny pro dotazníkové šetření.

Dotazník vyplnilo celkem 142 respondentů. V 9 případech se jednalo o neúplné nebo chybné vyplnění dotazníku, a proto byly z výzkumného šetření vyřazeny. Návratnost z celkových 153 distribuovaných dotazníků činila 93 %. Dohromady výzkumný vzorek tvořilo 133 respondentů z obou perinatologických center, a to 15 lékařů, 60 NLZP

a 58 matek dětí hospitalizovaných na novorozeneckých intenzivních a intermediárních odděleních.

4.3 Metoda sběru dat

K realizaci výzkumu byl přeložen do českého jazyka a v tištěné podobě použit měřicí nástroj Nurse Parent Support Tool (dále jen NPST). Překlad do českého jazyka a použití NPST v rámci diplomové práce, za účelem zjištění a porovnání vnímání míry poskytované podpory rodičům hospitalizovaných novorozenců z pohledu rodičů, ale také NLZP a lékařů v perinatologických centrech, bylo schváleno Margaret Shandor Miles (Příloha 2). NPST je primárně určen pro hodnocení míry podpory od poskytovatelů péče rodiči hospitalizovaných dětí v nemocničním zařízení. V rámci diplomové práce dotazník vyplnili i poskytovatelé péče v perinatologických centrech, tedy NLZP a lékaři. Celkem 21 položek měřicího nástroje NPST představuje 4 dimenze podpory, a to emocionální (3 položky), informační (9 položek), pečovatelskou (5 položek) a podporu rodičovské role (4 položky).

Pro matky byl dotazník strukturován do 3 částí. První část byla zaměřena na základní charakteristiku respondentky a dítěte, druhá část obsahovala 21 položek hodnotících vnímání míry podpory od NLZP a ve třetí části bylo 21 totožných položek hodnotících vnímání míry podpory od lékařů pracujících v perinatologickém centru (Příloha 6). Matky hodnotily míru podpory na pětistupňové hodnotící Likertově škále, kdy 1 znamenala minimum podpory „skoro nikdy“, naopak 5 maximum podpory „skoro vždy“. Pro NLZP a lékaře dotazník obsahoval 2 části, a to základní charakteristiku respondentů a 21 totožných položek jako u matek, které ale byly upraveny v českém jazyce takovým způsobem, aby došlo k sebehodnocení míry podpory, kterou zdravotníci poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru (Příloha 7 a 8). U personálu byla stejně tak použita pětistupňová hodnotící Likertova škála, kdy 1 znamenala minimum podpory „skoro nikdy“, naopak 5 znamenala maximum podpory „skoro vždy“.

4.4 Realizace výzkumu

Po schválení překladu do českého jazyka a použití měřicího nástroje NPST Margaret Shandor Miles (Příloha 2) a realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1) byla ke spolupráci oslovena Fakultní nemocnice Olomouc a Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Obě nemocnice písemným vyhotovením stanoviska souhlasily s realizací

výzkumného šetření (Příloha 3 a 4). Ve Fakultní nemocnici Olomouc byl empirický sběr dat umožněn od 15. listopadu 2019 do 30. dubna 2020, v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně od 27. listopadu 2019 do 30. dubna 2020. Sběr dat byl zajištěn osobní distribucí autorky diplomové práce a také distribucí proškoleného personálu pracujícího v uvedených perinatologických centrech.

4.5 Metody zpracování dat

Po ukončení sběru dat byly zpočátku dotazníky označeny identifikačním číslem, následně získané údaje z dotazníků číselně kódovány a přepsány do programu Microsoft Office Excel. Ke statistické analýze, po konzultaci se statistikem, byl použit program IBM SPSS Statistics 22.0 a Microsoft Office Excel. Základní charakteristika výzkumného vzorku a výsledky hodnocení vnímání míry podpory respondenty byly znázorněny deskriptivními statistickými metodami. Před ověřováním stanovených výzkumných hypotéz byly jednotlivé dimenze NPST podrobeny testu reliability, který prokázal dostatečně vysokou hodnotu, a tedy dobrou soudržnost otázek. V rámci statistické analýzy bylo dále z důvodu volby vhodného statistického testu ověřováno, zda se jedná v rámci jednotlivých výzkumných hypotéz o normální či nenormální rozložení proměnných Kolmogorov-Smirnov testem normality nebo Shapiro-Wilk testem normality. Vzhledem k povaze konkrétních dat, kdy v žádném případě nedošlo k normálnímu rozložení proměnných, byl vždy k statistické analýze jednotlivých výzkumných hypotéz použit neparametrický test, a to Mann-Whitneyho U-test pro 2 nezávislé výběry. Všechny výzkumné hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

4.6 Interpretace výsledků výzkumu

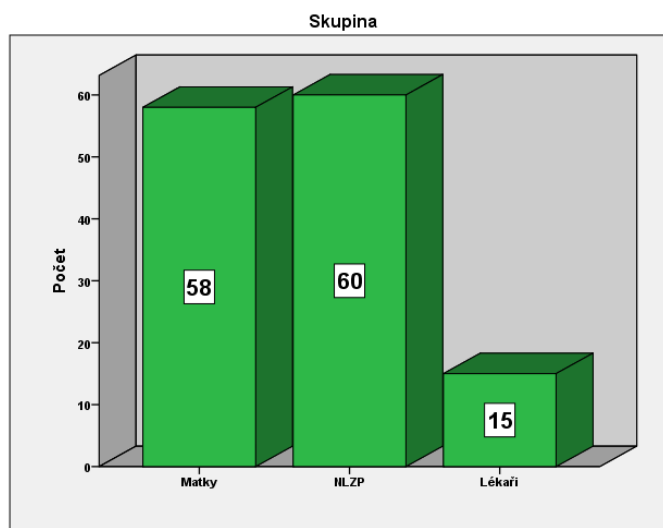
Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do 3 částí, a to na základní charakteristiku výzkumného vzorku, výsledky hodnocení vnímání míry podpory respondenty a statistickou analýzu výzkumných hypotéz.

4.6.1 Základní charakteristika výzkumného vzorku

Tabulka 1 Rozdělení respondentů dle výzkumné skupiny

Výzkumná skupina	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Matky	58	43,6
NLZP	60	45,1
Lékaři	15	11,3
Σ - celkem	133	100,0

Graf 1 Rozdělení respondentů dle výzkumné skupiny



Výzkumný vzorek tvořilo celkem 133 respondentů. Nejpočetnější skupinu ve výzkumném vzorku z hlediska výzkumné skupiny tvořil NLZP 45,1 % ($n = 60$), následovaly matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech 43,6 % ($n = 58$) a nejméně početnou skupinu tvořili lékaři 11,3 % ($n = 15$).

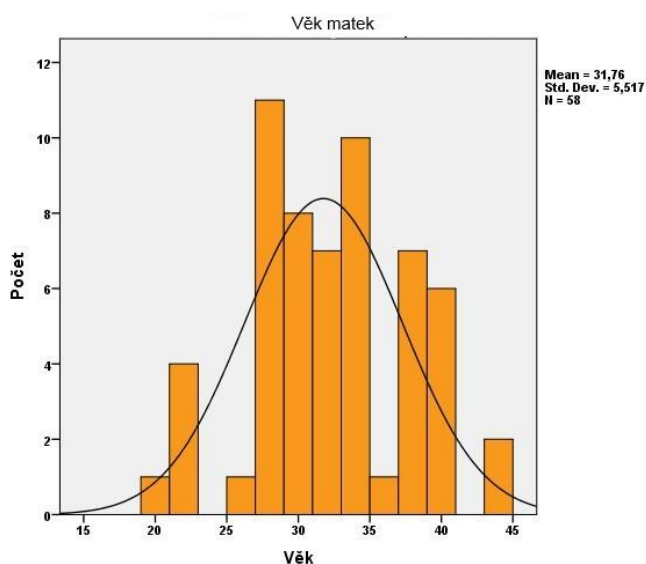
Tabulka 2 Rozdělení matek dle věkových kategorií

Věk	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Méně než 20 let	1	1,7
21-30 let	24	41,4
31-40 let	31	53,5
Více než 41 let	2	3,5
Σ - celkem	58	100,00

Tabulka 3 Věk matek

Věk matek	
N	58
Průměr	31,76
Medián	31,00
Modus	33,00
Std. odchylka	5,517
Šikmost	-,023
Špičatost	-,386
Rozpětí	23
Minimum	20
Maximum	43

Graf 2 Věk matek



Nejpočetnější skupinu z hlediska věku tvořily matky ve věkové kategorii 31-40 let 53,5 % ($n = 31$), následovaly matky ve věkové kategorii 21-30 let 41,4 % ($n = 24$), dále matky ve věkové kategorii více než 41 let 3,5 % ($n = 2$) a nejméně početnou skupinu tvořily matky ve věkové kategorii méně než 20 let 1,7 % ($n = 1$). Matky byly ve věkovém rozmezí 20 až 43 let. Věkový průměr matek byl po zaokrouhlení udáván 32 let (Průměr = 31,76) se směrodatnou odchylkou $\pm 5,517$ let, střední hodnota v souboru činila 31 let. Nejčetnějším udávaným věkem matkami bylo 33 let.

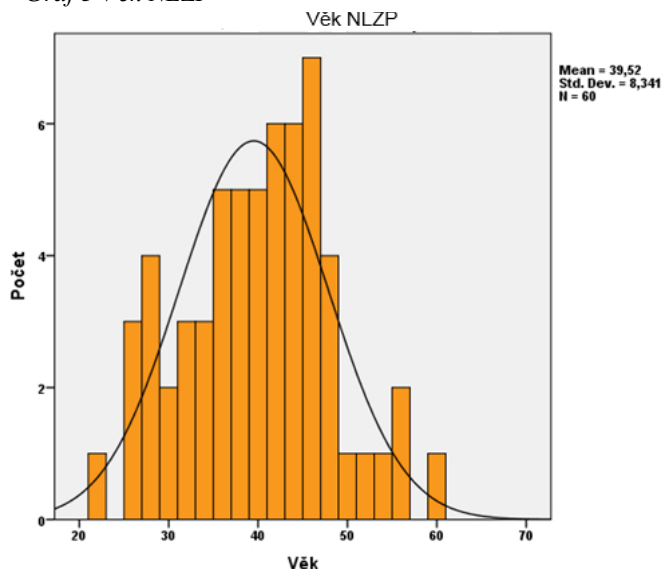
Tabulka 4 Rozdělení NLZP dle věkových kategorií

Věk	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
22-30 let	10	16,7
31-40 let	21	35,0
41-50 let	24	40,0
Více než 51 let	5	8,3
Σ - celkem	60	100,0

Tabulka 5 Věk NLZP

Věk NLZP	
N	60
Průměr	39,52
Medián	40,00
Modus	41,00
Std. odchylka	8,341
Šikmost	,070
Špičatost	-,263
Rozpětí	38
Minimum	22
Maximum	60

Graf 3 Věk NLZP



Nejpočetnější skupinu z hlediska věku tvořil NLZP ve věkové kategorii 41-50 let 40,0 % ($n = 24$), následoval NLZP ve věkové kategorii 31-40 let 35,0 % ($n = 21$), dále NLZP ve věkové kategorii 22-30 let 16,7 % ($n = 10$) a nejméně početnou skupinu tvořil NLZP ve věkové kategorii více než 51 let 8,3 % ($n = 5$). NLZP byl ve věkovém rozmezí 22 až 60 let. Věkový průměr NLZP byl po zaokrouhlení udáván 40 let (Průměr = 39,52) se směrodatnou odchylkou $\pm 8,341$ let, střední hodnota v souboru činila 40 let. Nejčtetnějším udávaným věkem NLZP bylo 41 let.

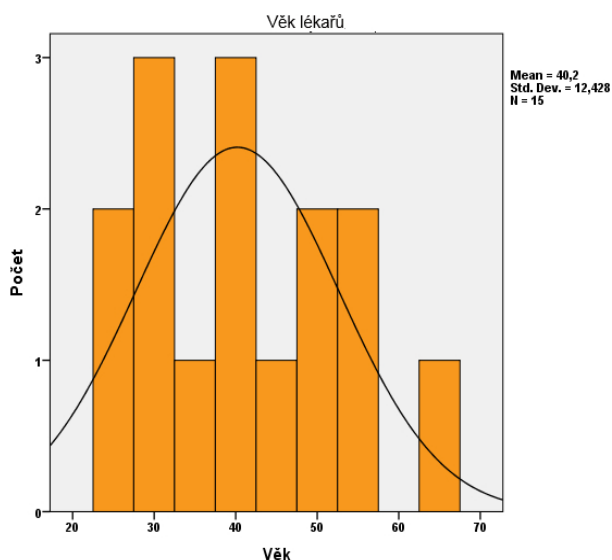
Tabulka 6 Rozdělení lékařů dle věkových kategorií

Věk	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
25-30 let	5	33,3
31-40 let	3	20,0
41-50 let	3	20,0
Více než 51 let	4	26,7
Σ - celkem	15	100,0

Tabulka 7 Věk lékařů

Věk lékařů	
N	15
Průměr	40,20
Medián	39,00
Modus	28,00
Std. odchylka	12,428
Šikmost	,446
Špičatost	-,926
Rozpětí	39
Minimum	25
Maximum	64

Graf 4 Věk lékařů

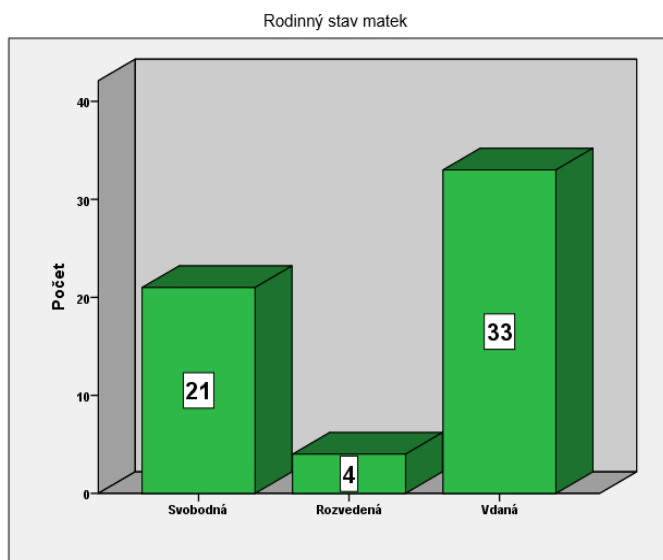


Nejpočetnější skupinu z hlediska věku tvořili lékaři ve věkové kategorii 25-30 let 33,3 % ($n = 5$), následovali lékaři ve věkové kategorii více než 51 let 26,7 % ($n = 4$) a nejméně početnou skupinu tvořili lékaři ve věkové kategorii 31-40 let a také ve věkové kategorii 41-50 let se shodným zastoupením 20,0 % ($n = 3$). Lékaři byli ve věkovém rozmezí 25 až 64 let. Věkový průměr lékařů byl po zaokrouhlení udáván 40 let (Průměr = 40,20) se směrodatnou odchylkou $\pm 12,428$ let, střední hodnota v souboru činila 39 let. Nejčtenějším udávaným věkem lékařů bylo 28 let.

Tabulka 8 Rozdělení matek dle rodinného stavu

Rodinný stav	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Svobodná	21	36,2
Rozvedená	4	6,9
Vdaná	33	56,9
Σ - celkem	58	100,0

Graf 5 Rozdělení matek dle rodinného stavu

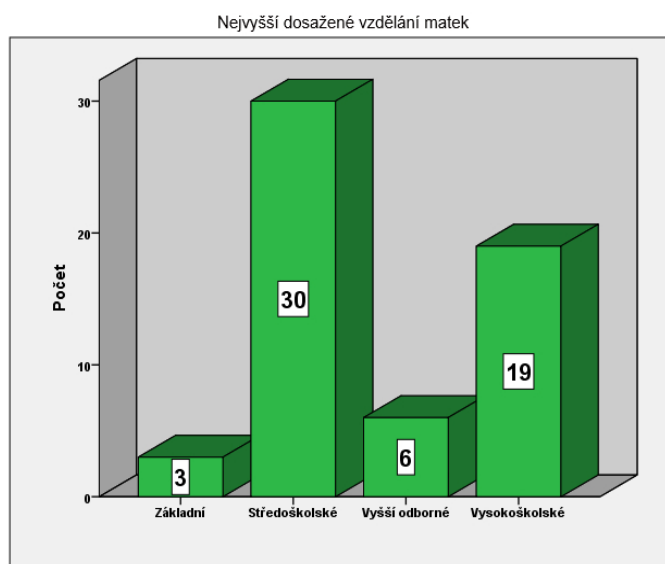


Nejpočetnější skupinu z hlediska rodinného stavu tvořily matky vdané 56,9 % ($n = 33$), následovaly matky svobodné 36,2 % ($n = 21$) a nejméně početnou skupinu tvořily matky rozvedené 6,9 % ($n = 4$).

Tabulka 9 Rozdělení matek dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Základní	3	5,2
Středoškolské	30	51,7
Vyšší odborné	6	10,3
Vysokoškolské	19	32,8
Σ - celkem	58	100,0

Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání matek

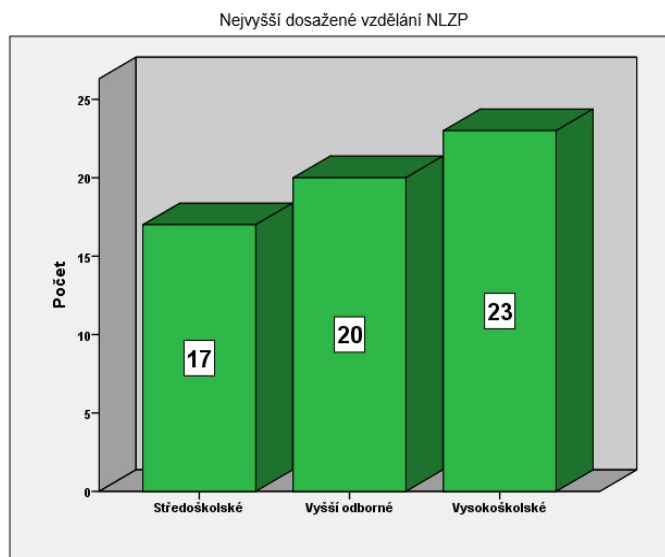


Nejpočetnější skupinu z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání tvořily matky středoškolsky vzdělané 51,7 % ($n = 30$), následovaly matky s vysokoškolským vzděláním 32,8 % ($n = 19$), dále matky s vyšším odborným vzděláním 10,3 % ($n = 6$) a nejméně početnou skupinu tvořily matky se vzděláním základním 5,2 % ($n = 3$).

Tabulka 10 Rozdělení NLZP dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Středoškolské	17	28,3
Vyšší odborné	20	33,3
Vysokoškolské	23	38,3
Σ - celkem	60	100,0

Graf 7 Nejvyšší dosažené vzdělání NLZP

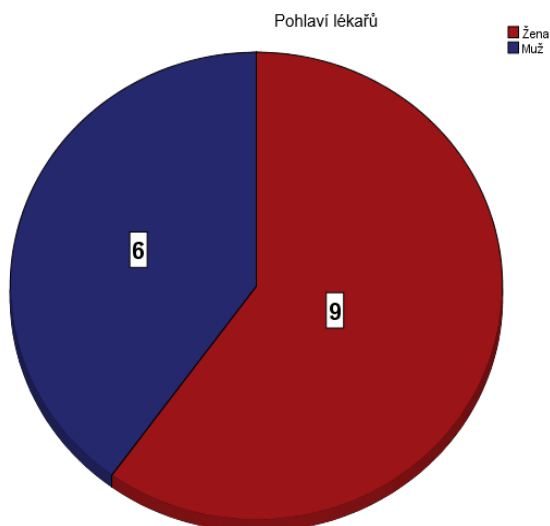


Nejpočetnější skupinu z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání tvořil vysokoškolsky vzdělaný NLZP 38,3 % ($n = 23$), následoval NLZP s vyšším odborným vzděláním 33,3 % ($n = 20$) a nejméně početnou skupinu tvořil středoškolsky vzdělaný NLZP 28,3 % ($n = 17$).

Tabulka 11 Rozdělení lékařů dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Žena	9	60,0
Muž	6	40,0
Σ - celkem	15	100,0

Graf 8 Pohlaví lékařů

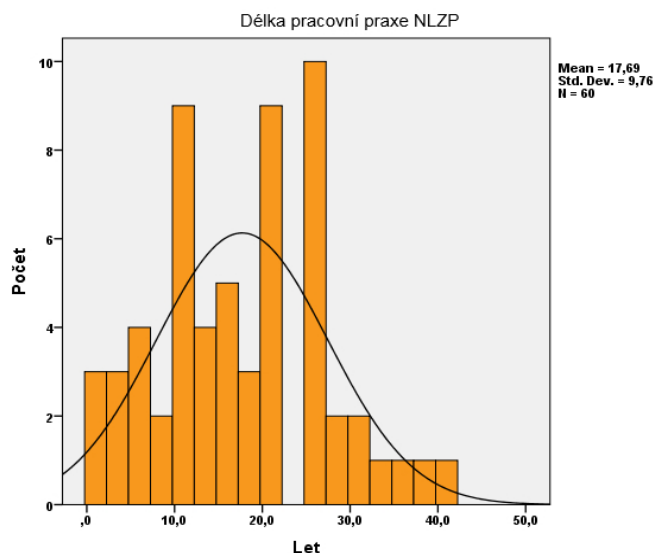


Z celkového počtu 15 lékařů pracujících v perinatologických centrech, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, tvořilo 60 % žen ($n = 9$) a 40 % mužů ($n = 6$).

Tabulka 12 Délka pracovní praxe NLZP

Délka pracovní praxe NLZP	
N	60
Průměr	17,69
Medián	17,50
Modus	12,00
Std. odchylka	9,760
Šikmost	,224
Špičatost	-,511
Rozpětí	40,0
Minimum	1,0
Maximum	41,0

Graf 9 Délka pracovní praxe NLZP

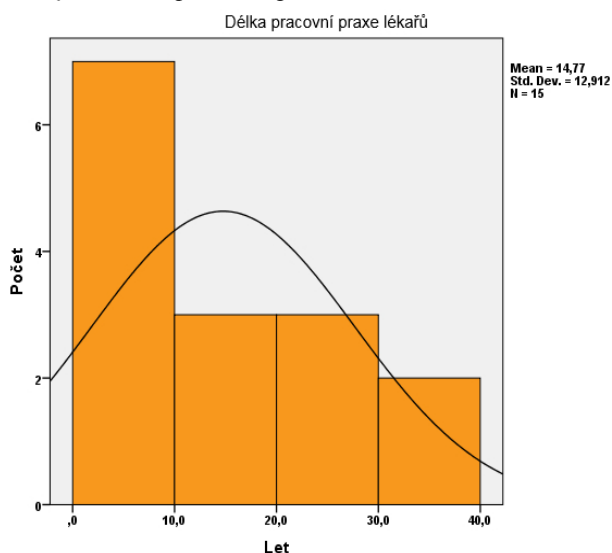


Průměrná délka pracovní praxe NLZP byla po zaokrouhlení 18 let (Průměr = 17,69) se směrodatnou odchylkou $\pm 9,760$ let, střední hodnota v souboru činila 17,50 let. Nejdelší pracovní praxe NLZP byla udávána 41 let, naopak nejkratší 1 rok. Nejčetněji byla udávána délka pracovní praxe NLZP 12 let.

Tabulka 13 Délka pracovní praxe lékařů

Délka pracovní praxe lékařů	
N	15
Průměr	14,77
Medián	13,00
Modus	13,00
Std. odchylka	12,912
Šikmost	,530
Špičatost	-1,072
Rozpětí	38,5
Minimum	0,5
Maximum	39,0

Graf 10 Délka pracovní praxe lékařů

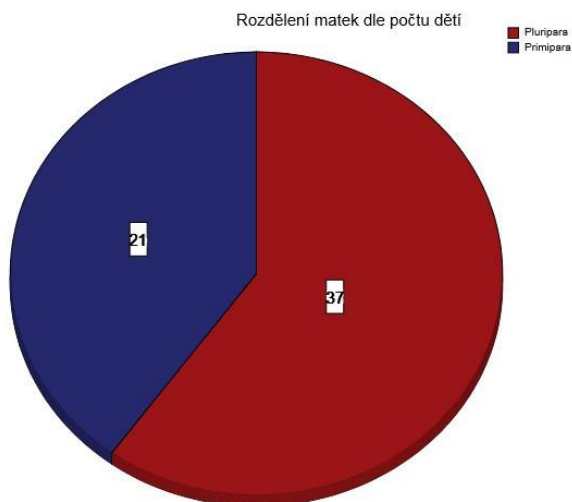


Průměrná délka pracovní praxe lékařů byla po zaokrouhlení 15 let (Průměr = 14,77) se směrodatnou odchylkou $\pm 12,912$ let, střední hodnota v souboru činila 13 let. Nejdelší pracovní praxe lékařů byla udávána 39 let, naopak nejkratší půl roku. Nejčetněji byla udávána délka pracovní praxe lékaři také 13 let.

Tabulka 14 Rozdělení matek dle počtu dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Jedno	21	36,2
Dvě	20	34,5
Tři a více	17	29,3
Σ - celkem	58	100,0

Graf 11 Rozdělení matek dle počtu dětí

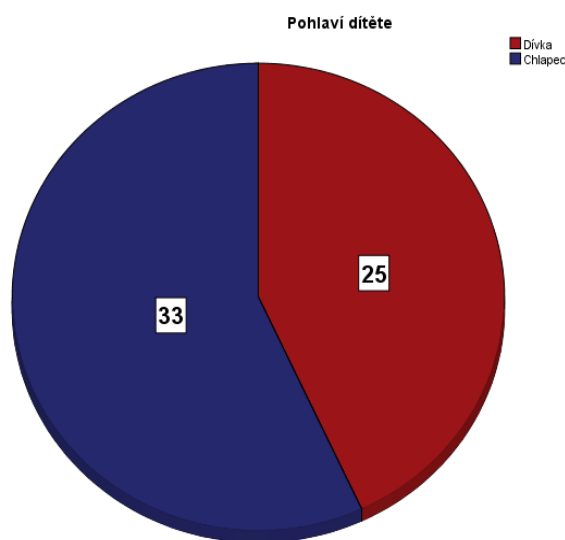


Více jak polovina matek hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech rodily v životě již více než jednou 63,8 % (n = 37), méně početnou skupinu tvořily matky, u nichž se jednalo o narození prvního potomka 36,2 % (n = 21). Z celkového výzkumného vzorku se u matek častěji jednalo o druhého potomka 34,5 % (n = 20), méně často o třetího a dalšího potomka 29,3 % (n = 17).

Tabulka 15 Rozdělení hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost v %
Dívka	25	43,1
Chlapec	33	56,9
Σ - celkem	58	100,0

Graf 12 Pohlaví dítěte



Více jak polovina matek hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech uváděla porod dítěte pohlaví mužského 56,9 % ($n = 33$), méně početnou skupinu tvořily matky, které uváděly porod dítěte ženského pohlaví 43,1 % ($n = 25$).

Tabulka 16 Charakteristika dítěte

Charakteristika dítěte	Průměr	Medián	Modus	Maximum	Minimum
Gestační týden	33	34	34	41	25
Porodní hmotnost	2143	1980	2750	3920	690
Počet dní hospitalizace v době dotazování	23	14	10	91	4

Novorozenci byli narozeni v rozmezí mezi 25. až 41. týdnem gestace. Gestační týden byl průměrně udáván 33, střední hodnota v souboru činila 34 gestačních týdnů. Nejčastějším udávaným gestačním týdnem matkami bylo také 34.

Porodní hmotnost novorozenců činila v rozmezí mezi 690 až 3920 gramy. Průměrná váha novorozence byla matkami udávána 2143 gramů, střední hodnota v souboru činila 1980 gramů. Nejčtenější udávanou porodní hmotností matkami bylo 2750 gramů.

Děti byly hospitalizovány v perinatologických centrech v den vyplnění dotazníku matkami od 4 do 91 dní. Průměrně se jednalo o 23 dní, střední hodnota v souboru činila 14 dní. Nejčteněji byla matkami udávána délka hospitalizace dítěte v den vyplnění dotazníku 10 dní.

4.6.2 Měření reliability jednotlivých dimenzí NPST

Před testováním hypotéz byla vypočítána reliability jednotlivých dimenzí dotazníku NPST.

Tabulka 17 Měření reliability dimenzí NPST

Podpora	N	Cronbach's Alpha
Emocionální podpora	3	0,677
Informační podpora	9	0,810
Pečovatelská podpora	5	0,796
Podpora rodičovské role	4	0,625

NPST obsahuje celkem 21 položek, které se zaměřují na míru poskytované podpory personálem rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v nemocničním zařízení. Tyto položky jsou dále rozděleny do 4 dimenzí či oblastí podpory. NPST obsahuje celkem 3 položky z oblasti emocionální podpory, 9 položek z oblasti informační podpory, 5 položek z oblasti pečovatelské podpory a 4 položky z podpory rodičovské role.

U všech dimenzí NPST byla prokázána dostatečně vysoká hodnota reliability. Všechny položky jsou tedy do jednotlivých oblastí podpory správně zařazeny a mají dobrou soudržnost.

4.6.3 Výsledky hodnocení vnímání míry podpory respondenty

Tabulka 18 Vnímání míry emocionální podpory z pohledu matek a NLZP

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	NLZP
Emocionální podpora	1	3,81	4,65
	12	4,47	4,63
	13	4,07	4,32

V oblasti emocionální podpory byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 12 „*Sestry odpovídaly na mé starosti a obavy*“ (Průměr = 4,47). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti emocionální podpory byla položka č. 1 „*Sestry si se mnou promluvily ohledně mých pocitů, starostí a obav*“ (Průměr = 3,81). Poslední položka z oblasti emocionální podpory č. 13 „*Sestry projeví zájem o moji osobní pohodu (např. o spánek či stravování)*“ se zařadila průměrným výsledkem (Průměr = 4,07) mezi předešlé položky.

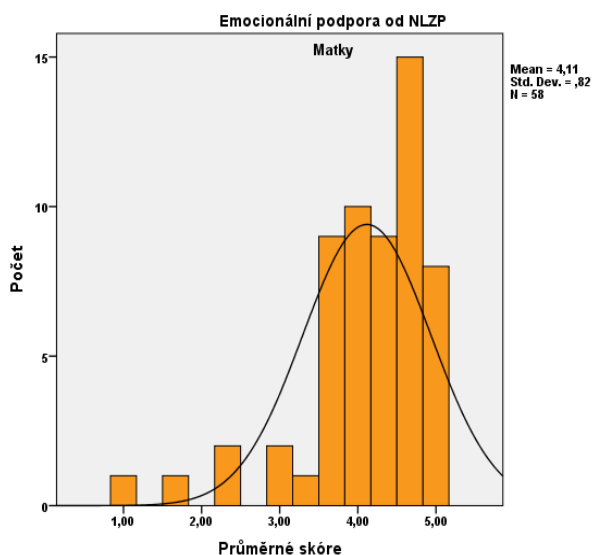
V oblasti emocionální podpory byla NLZP průměrně nejlépe hodnocena položka č. 1 „*S rodiči si promluví ohledně jejich pocitů, starostí a obav*“ (Průměr = 4,65), kterou matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech hodnotily průměrně nejhůře. Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka NLZP z oblasti emocionální podpory byla položka č. 13 „*Projevují zájem o jejich osobní pohodu (např. o spánek či stravování)*“ (Průměr = 4,32). Poslední položka z oblasti emocionální podpory č. 12 „*Odpovídám na starosti a obavy rodičů*“ se zařadila průměrným výsledkem (Průměr = 4,63) těsně za nejlépe průměrně hodnocenou položkou NLZP.

Matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech ve všech položkách z oblasti emocionální podpory vnímaly průměrně nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a NLZP znázorňovala položka č. 1 „*Sestry si se mnou promluvily ohledně mých pocitů, starostí a obav*“/„*S rodiči si promluví ohledně jejich pocitů, starostí a obav*“, kdy matky vnímaly nižší míru podpory než NLZP.

Tabulka 19 Emocionální podpora od NLZP z pohledu matek

Emocionální podpora	Matky
N	58
Průměr	4,11
Medián	4,33
Std.odchylka	,82
Šikmost	-1,717
Špičatost	3,743
Rozpětí	4,00
Minimum	1,00
Maximum	5,00

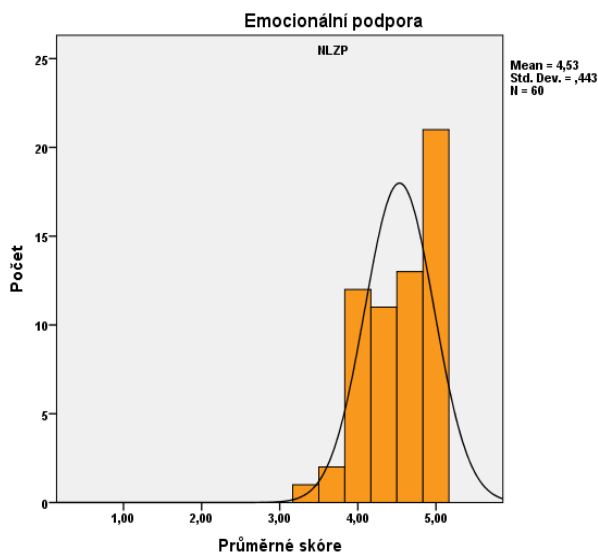
Graf 13 Emocionální podpora od NLZP z pohledu matek



Tabulka 20 Emocionální podpora z pohledu NLZP

Emocionální podpora	NLZP
N	60
Průměr	4,53
Medián	4,67
Std.odchylka	,443
Šikmost	-,558
Špičatost	-,639
Rozpětí	1,67
Minimum	3,33
Maximum	5,00

Graf 14 Emocionální podpora z pohledu NLZP



V tabulkách 19 a 20 a grafech 13 a 14 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti emocionální podpory u matek 4,11, zatímco u NLZP 4,53.

Tabulka 21 Vnímání míry emocionální podpory z pohledu matek a lékařů

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	Lékaři
Emocionální podpora	1	3,93	4,27
	12	4,45	4,67
	13	3,71	3,73

V oblasti emocionální podpory byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 12 „*Lékaři odpovídali na mé starosti a obavy*“ (Průměr = 4,45). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti emocionální podpory byla položka č. 13 „*Lékaři projevíli zájem o moji osobní pohodu (např. o spánek či stravování)*“ (Průměr = 3,71). Poslední položka z oblasti emocionální podpory č. 1 „*Lékaři si se mnou promluvili ohledně mých pocitů, starostí a obav*“ se zařadila průměrným výsledkem (Průměr = 3,93) mezi předešlé položky.

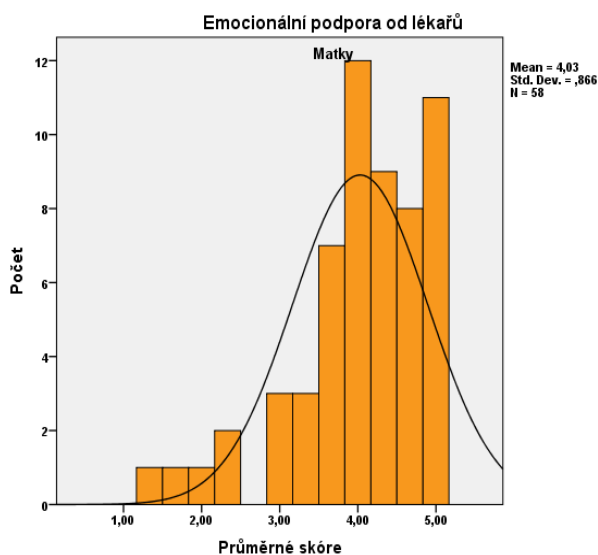
V oblasti emocionální podpory byla lékaři průměrně nejlépe hodnocena položka č. 12 „*Odpovídám na starosti a obavy rodičů*“ (Průměr = 4,67). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka lékaři z oblasti emocionální podpory byla položka č. 13 „*Projevují zájem o jejich osobní pohodu (např. o spánek či stravování)*“ (Průměr = 3,73). Poslední položka z oblasti emocionální podpory č. 1 „*S rodiči si promluvím ohledně jejich pocitů, starostí a obav*“ se zařadila průměrným výsledkem (Průměr = 4,27) mezi předešlé položky. Lékaři hodnotili všechny položky z této oblasti podpory ve stejném pořadí jako matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech.

Matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech ve všech položkách z oblasti emocionální podpory vnímaly průměrně nižší míru podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a lékaři znázorňovala položka č. 1 „*Lékaři si se mnou promluvili ohledně mých pocitů, starostí a obav*“/ „*S rodiči si promluvím ohledně jejich pocitů, starostí a obav*“, kdy matky vnímaly nižší míru podpory než lékaři.

Tabulka 22 Emocionální podpora od lékařů z pohledu matek

Emocionální podpora	Matky
N	58
Průměr	4,03
Medián	4,00
Std.odchylka	,866
Šikmost	-1,205
Špičatost	1,440
Rozpětí	3,67
Minimum	1,33
Maximum	5,00

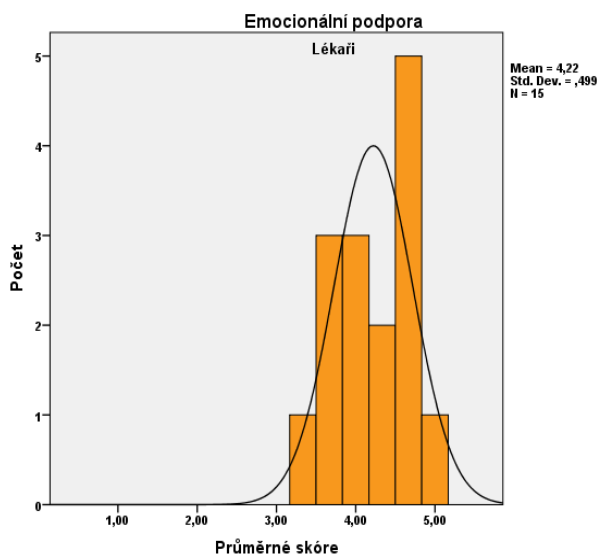
Graf 15 Emocionální podpora od lékařů z pohledu matek



Tabulka 23 Emocionální podpora z pohledu lékařů

Emocionální podpora	Lékaři
N	15
Průměr	4,22
Medián	4,33
Std.odchylka	,499
Šikmost	-,224
Špičatost	-1,142
Rozpětí	1,67
Minimum	3,33
Maximum	5,00

Graf 16 Emocionální podpora z pohledu lékařů



V tabulkách 22 a 23 a grafech 15 a 16 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti emocionální podpory u matek 4,03, zatímco u lékařů 4,22.

Tabulka 24 Vnímání míry informační podpory z pohledu matek a NLZP

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	NLZP
Informační podpora	2	4,60	4,52
	3	4,55	4,87
	6	4,76	4,75
	7	4,62	4,12
	8	3,90	4,03
	9	4,10	4,75
	10	3,84	4,73
	14	3,59	3,47
	16	4,21	4,23

V oblasti informační podpory byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 6 „*Sestry zodpověděly mé dotazy zcela dostatečně či vždy sehnaly zodpovědnou osobu*“ (Průměr = 4,76). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti informační podpory byla položka č. 14 „*Sestry mě obeznámily se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování mého dítěte*“ (Průměr = 3,59). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 10 „*Sestry mi pomohly naučit se, jak utěšit mé dítě během či po zdravotních zákrocích*“ (Průměr = 3,84), dále položka č. 8 „*Sestry mě přizvaly k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte*“ (Průměr = 3,90), položka č. 9 „*Sestry mi pomohly porozumět chování a reakcím mého dítěte*“ (Průměr = 4,10), položka č. 16 „*Sestry mě povzbuzovaly k otázkám ohledně mého dítěte*“ (Průměr = 4,21), položka č. 3 „*Sestry mě učily, jak se o své dítě starat*“ (Průměr = 4,55), položka č. 2 „*Sestry mi pomohly porozumět, čím mé dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)*“ (Průměr = 4,60) a poté položka č. 7 „*Sestry mi sdělovaly změny/zlepšení stavu mého dítěte*“ (Průměr = 4,62).

V oblasti informační podpory byla NLZP průměrně nejlépe hodnocena položka č. 3 „*Učím rodiče, jak se o dítě starat*“ (Průměr = 4,87). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka NLZP z oblasti informační podpory byla položka č. 14 „*Obeznamuji rodiče se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování jejich dítěte*“ (Průměr = 3,47). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 8 „*Přizvu rodiče k rozhovoru, kde se rozhoduje o další zdravotní péči jejich dítěte*“ (Průměr = 4,03), dále položka č. 7 „*Sděluji rodičům změny/zlepšení stavu jejich dítěte*“ (Průměr = 4,12), položka č. 16 „*Povzbuzuji rodiče k otázkám ohledně jejich dítěte*“ (Průměr = 4,23), položka č. 2 „*Pomáhám rodičům porozumět, čím jejich dítě*

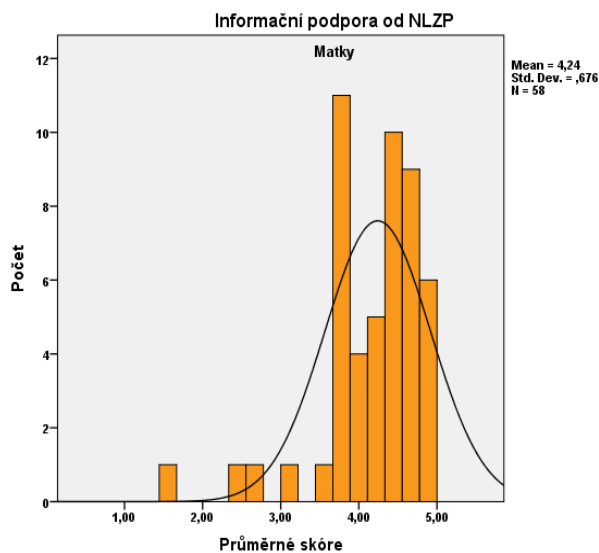
prochází (např. testy, zákroky a léky)“ (Průměr = 4,52), položka č. 10 „*Pomáhám rodičům naučit se, jak utěšit dítě během či po zdravotních zákrocích*“ (Průměr = 4,73), poté položka č. 6 „*Zodpovím dotazy rodičů zcela dostatečně či vždy seženu zodpovědnou osobu*“ (Průměr = 4,75) a také položka č. 9 „*Pomáhám rodičům porozumět chování a reakcím jejich dítěte*“ (Průměr = 4,75) se shodným průměrným výsledkem.

V oblasti informační podpory matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech vnímaly nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením v položce č. 3 „*Sestry mě učily, jak se o své dítě starat*“, v položce č. 8 „*Sestry mě přizvaly k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte*“, v položce č. 9 „*Sestry mi pomohly porozumět chování a reakcím mého dítěte*“, v položce č. 10 „*Sestry mi pomohly naučit se, jak utěšit mé dítě během či po zdravotních zákrocích*“ a také v položce č. 16 „*Sestry mě povzbuzovaly k otázkám ohledně mého dítěte*“. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a NLZP z oblasti informační podpory znázorňovala položka č. 10 „*Sestry mi pomohly naučit se, jak utěšit mé dítě během či po zdravotních zákrocích*“, „*Pomáhám rodičům naučit se, jak utěšit dítě během či po zdravotních zákrocích*“, kdy matky vnímaly nižší míru podpory než NLZP.

Tabulka 25 Informační podpora od NLZP z pohledu matek

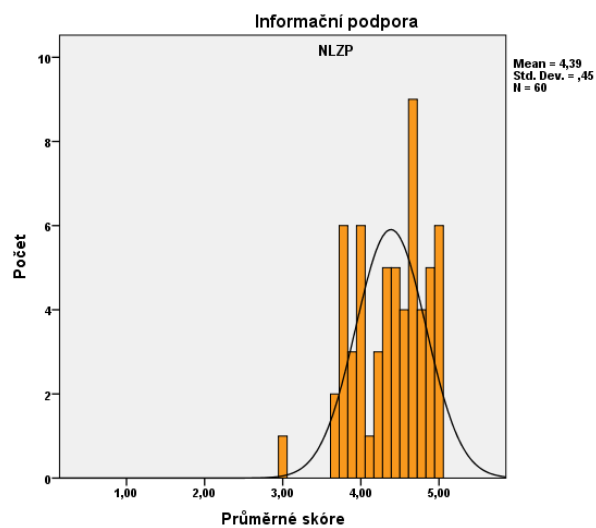
Informační podpora	Matky
N	58
Průměr	4,24
Medián	4,33
Std.odchylka	,676
Šikmost	-1,581
Špičatost	3,833
Rozpětí	3,44
Minimum	1,56
Maximum	5,00

Graf 17 Informační podpora od NLZP z pohledu matek



Tabulka 26 Informační podpora z pohledu NLZP

Informační podpora	NLZP
N	60
Průměr	4,39
Medián	4,44
Std.odchylka	,45
Šikmost	-,574
Špičatost	-,106
Rozpětí	2,00
Minimum	3,00
Maximum	5,00



V tabulkách 25 a 26 a grafech 17 a 18 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti informační podpory u matek 4,24, zatímco u NLZP 4,39.

Tabulka 27 Vnímání míry informační podpory z pohledu matek a lékařů

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	Lékaři
Informační podpora	2	4,74	4,73
	3	3,59	2,60
	6	4,64	4,80
	7	4,66	4,93
	8	3,86	4,27
	9	4,22	3,73
	10	3,62	2,80
	14	3,53	3,13
	16	4,34	3,60

V oblasti informační podpory byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 2 „Lékaři mi pomohli porozumět, čím mé dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)“ (Průměr = 4,74). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti informační podpory byla položka č. 14 „Lékaři mě obeznámili se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování mého dítěte“ (Průměr = 3,53). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 3 „Lékaři mě učili, jak se o své dítě starat“ (Průměr = 3,59), dále položka č. 10 „Lékaři mi pomohli naučit se, jak utěšit mé dítě během či po zdravotních zákrocích“ (Průměr = 3,62), položka č. 8 „Lékaři mě přizvali k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte“ (Průměr = 3,86), položka č. 9 „Lékaři mi pomohli porozumět chování a reakcím mého dítěte“ (Průměr = 4,22), položka č. 16 „Lékaři mě povzbuzovali k otázkám ohledně mého dítěte“ (Průměr = 4,34), položka č. 6 „Lékaři zodpověděli mé dotazy zcela dostatečně či vždy sehnali zodpovědnou osobu“ (Průměr = 4,64) a poté položka č. 7 „Lékaři mi sdělovali změny/zlepšení stavu mého dítěte“ (Průměr = 4,66).

V oblasti informační podpory byla lékaři průměrně nejlépe hodnocena položka č. 7 „Sděluji rodičům změny/zlepšení stavu jejich dítěte“ (Průměr = 4,93). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka lékaři z oblasti informační podpory byla položka č. 3 „Učím rodiče, jak se o dítě starat“ (Průměr = 2,60). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 10 „Pomáhám rodičům naučit se, jak utěšit dítě během či po zdravotních zákrocích“ (Průměr = 2,80), dále položka č. 14 „Obeznamuji rodiče se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování jejich dítěte“ (Průměr = 3,13), položka č. 16 „Povzbuzuji rodiče k otázkám ohledně jejich

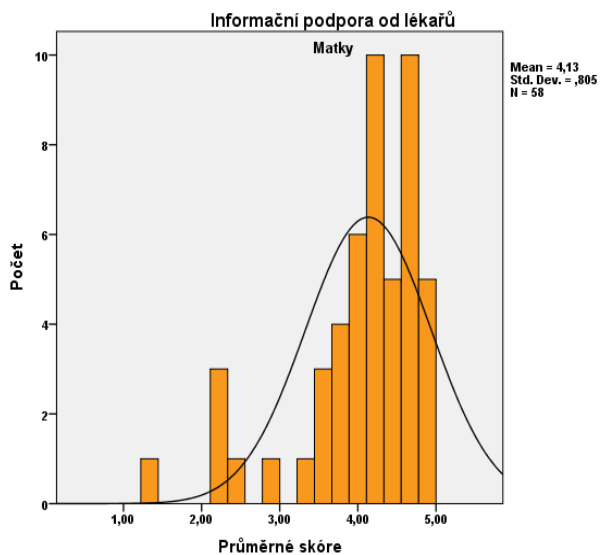
dítěte“ (Průměr = 3,60), položka č. 9 „*Pomáhám rodičům porozumět chování a reakcím jejich dítěte*“ (Průměr = 3,73), položka č. 8 „*Přizvu rodiče k rozhovoru, kde se rozhoduje o další zdravotní péči jejich dítěte*“ (Průměr = 4,27), položka č. 2 „*Pomáhám rodičům porozumět, čím jejich dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)*“ (Průměr = 4,73) a poté položka č. 6 „*Zodpovím dotazy rodičů zcela dostatečně či vždy seženu zodpovědnou osobu*“ (Průměr = 4,80).

V oblasti informační podpory matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech vnímaly nižší míru podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením v položce č. 6 „*Lékaři zodpověděli mé dotazy zcela dostatečně či vždy sehnali zodpovědnou osobu*“, v položce č. 7 „*Lékaři mi sdělovali změny/zlepšení stavu mého dítěte*“ a také v položce č. 8 „*Lékaři mě přizvali k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte*“. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a lékaři z oblasti informační podpory znázorňovala položka č. 3 „*Lékaři mě učili, jak se o své dítě starat*“, „*Učím rodiče, jak se o dítě starat*“, kdy matky vnímaly vyšší míru podpory než lékaři.

Tabulka 28 Informační podpora od lékařů z pohledu matek

Informační podpora	Matky
N	58
Průměr	4,13
Medián	4,22
Std.odchylka	,805
Šikmost	-1,575
Špičatost	2,610
Rozpětí	3,67
Minimum	1,33
Maximum	5,00

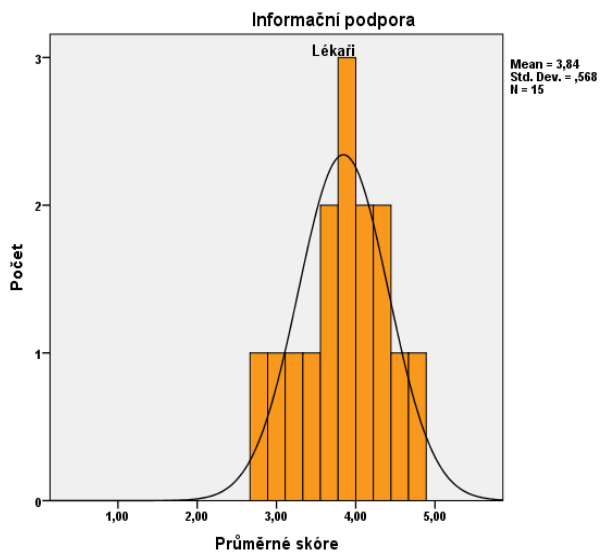
Graf 19 Informační podpora od lékařů z pohledu matek



Tabulka 29 Informační podpora z pohledu lékařů

Informační podpora	Lékaři
N	15
Průměr	3,84
Medián	4,00
Std.odchylka	,568
Šikmost	-,366
Špičatost	-,464
Rozpětí	2,00
Minimum	2,78
Maximum	4,78

Graf 20 Informační podpora z pohledu lékařů



V tabulkách 28 a 29 a grafech 19 a 20 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti informační podpory u matek 4,13, zatímco u lékařů 3,84.

Tabulka 30 Vnímání míry pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	NLZP
Pečovatelská podpora	15	4,88	4,93
	17	4,53	4,72
	19	4,79	4,88
	20	4,59	4,78
	21	4,59	4,67

V oblasti pečovatelské podpory byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Sestry se staraly svědomitě o mé dítě*“ (Průměr = 4,88). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti pečovatelské podpory byla položka č. 17 „*Sestry byly vnímavé ohledně zvláštních potřeb mého dítěte*“ (Průměr = 4,53). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 20 „*Sestry zareagovaly včas na potřeby mého dítěte*“ (Průměr = 4,59) a také položka č. 21 „*Sestry mi sdělily něco kladného ke stavu mého dítěte*“ (Průměr = 4,59) se shodným průměrným výsledkem, poté položka č. 19 „*Sestry mi dávaly najevo zájem o mé dítě*“ (Průměr = 4,79).

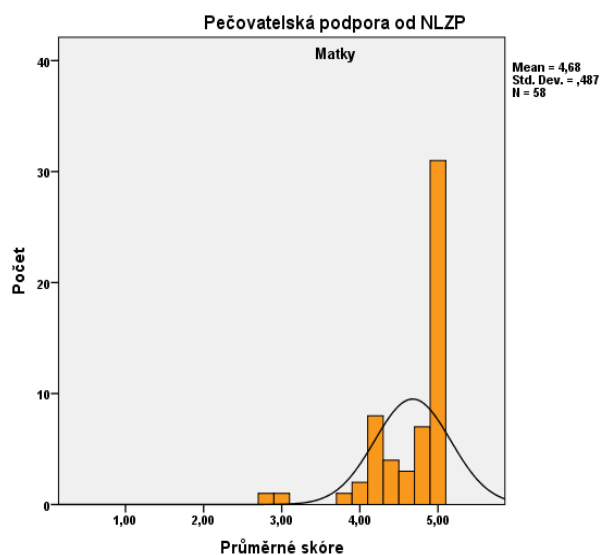
V oblasti pečovatelské podpory byla NLZP průměrně nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Starám se o dítě svědomitě*“ (Průměr = 4,93). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka NLZP z oblasti pečovatelské podpory byla položka č. 21 „*Rodičům sdělím něco kladného ke stavu jejich dítěte*“ (Průměr = 4,67). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 17 „*Jsem vnímavá ohledně zvláštních potřeb dítěte*“ (Průměr = 4,72), dále položka č. 20 „*Reaguji včas na potřeby dítěte*“ (Průměr = 4,78) a poté položka č. 19 „*Dávám najevo zájem o dítě*“ (Průměr = 4,88).

Matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech ve všech položkách z oblasti pečovatelské podpory vnímaly průměrně nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a NLZP znázorňovala položka č. 17 „*Sestry byly vnímavé ohledně zvláštních potřeb mého dítěte*“/„*Jsem vnímavá ohledně zvláštních potřeb dítěte*“ a také položka č. 20 „*Sestry zareagovaly včas na potřeby mého dítěte*“/„*Reaguji včas na potřeby dítěte*“, kdy matky vnímaly nižší míru podpory než NLZP.

Tabulka 31 Pečovatelská podpora od NLZP z pohledu matek

Pečovatelská podpora	Matky
N	58
Průměr	4,68
Medián	5,00
Std.odchylka	,487
Šikmost	-1,965
Špičatost	4,492
Rozpětí	2,20
Minimum	2,80
Maximum	5,00

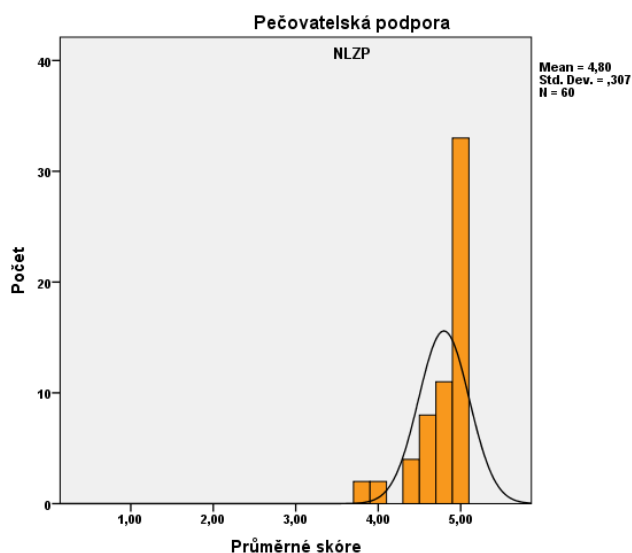
Graf 21 Pečovatelská podpora od NLZP z pohledu matek



Tabulka 32 Pečovatelská podpora z pohledu NLZP

Pečovatelská podpora	NLZP
N	60
Průměr	4,80
Medián	5,00
Std.odchylka	,307
Šikmost	-1,833
Špičatost	3,068
Rozpětí	1,20
Minimum	3,80
Maximum	5,00

Graf 22 Pečovatelská podpora z pohledu NLZP



V tabulkách 31 a 32 a grafech 21 a 22 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti informační podpory u matek 4,68, zatímco u NLZP 4,80.

Tabulka 33 Vnímání míry pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	Lékaři
Pečovatelská podpora	15	4,79	4,93
	17	4,76	4,53
	19	4,79	4,93
	20	4,72	4,47
	21	4,64	4,73

V oblasti pečovatelské podpory byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Lékaři se starali svědomitě o mé dítě*“ (Průměr = 4,79) a také položka č. 19 „*Lékaři mi dávali najevo zájem o mé dítě*“ (Průměr = 4,79) se shodným průměrným výsledkem. Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti pečovatelské podpory byla položka č. 21 „*Lékaři mi sdělili něco kladného ke stavu mého dítěte*“ (Průměr = 4,64). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 20 „*Lékaři zareagovali včas na potřeby mého dítěte*“ (Průměr = 4,72) a poté položka č. 17 „*Lékaři byli vnímaví ohledně zvláštních potřeb mého dítěte*“ (Průměr = 4,76).

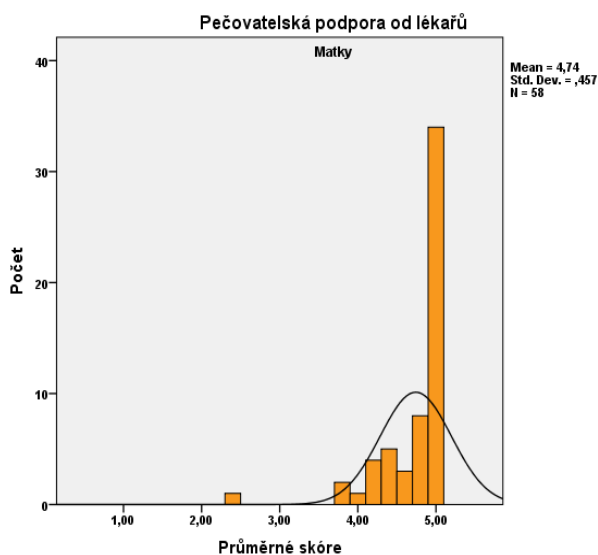
V oblasti pečovatelské podpory byla lékaři průměrně nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Starám se o dítě svědomitě*“ (Průměr = 4,93) a také položka č. 19 „*Dávám najevo zájem o dítě*“ (Průměr = 4,93) se shodným průměrným výsledkem. Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka lékaři z oblasti pečovatelské podpory byla položka č. 20 „*Reaguji včas na potřeby dítěte*“ (Průměr = 4,47). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 17 „*Jsem vnímavý/á ohledně zvláštních potřeb dítěte*“ (Průměr = 4,53) a poté položka č. 21 „*Rodičům sdělím něco kladného ke stavu jejich dítěte*“ (Průměr = 4,73).

V oblasti pečovatelské podpory matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech vnímaly nižší míru podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením v položce č. 15 „*Lékaři se starali svědomitě o mé dítě*“, v položce č. 19 „*Lékaři mi dávali najevo zájem o mé dítě*“ a také v položce č. 21 „*Lékaři mi sdělili něco kladného ke stavu mého dítěte*“. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a lékaři z oblasti pečovatelské podpory znázorňovala položka č. 20 „*Lékaři zareagovali včas na potřeby mého dítěte*“, kdy matky vnímaly vyšší míru podpory než lékaři.

Tabulka 34 Pečovatelská podpora od lékařů z pohledu matek

Pečovatelská podpora	Matky
N	58
Průměr	4,74
Medián	5,00
Std.odchylka	,457
Šikmost	-2,881
Špičatost	11,315
Rozpětí	2,60
Minimum	2,40
Maximum	5,00

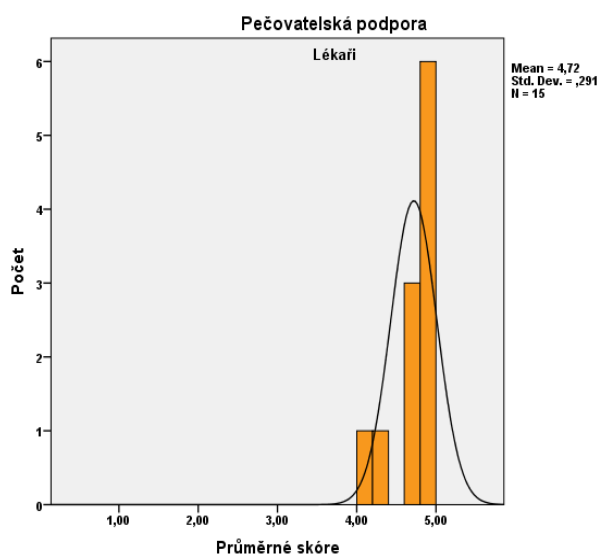
Graf 23 Pečovatelská podpora od lékařů z pohledu matek



Tabulka 35 Pečovatelská podpora z pohledu lékařů

Pečovatelská podpora	Lékaři
N	15
Průměr	4,72
Medián	4,80
Std.odchylka	,291
Šikmost	-1,435
Špičatost	1,874
Rozpětí	1,00
Minimum	4,00
Maximum	5,00

Graf 24 Pečovatelská podpora z pohledu lékařů



V tabulkách 34 a 35 a grafech 23 a 24 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti pečovatelské podpory u matek 4,74, zatímco u lékařů 4,72.

Tabulka 36 Vnímání míry podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	NLZP
Podpora rodičovské role	4	3,84	4,43
	5	4,26	4,57
	11	3,98	4,52
	18	4,83	4,88

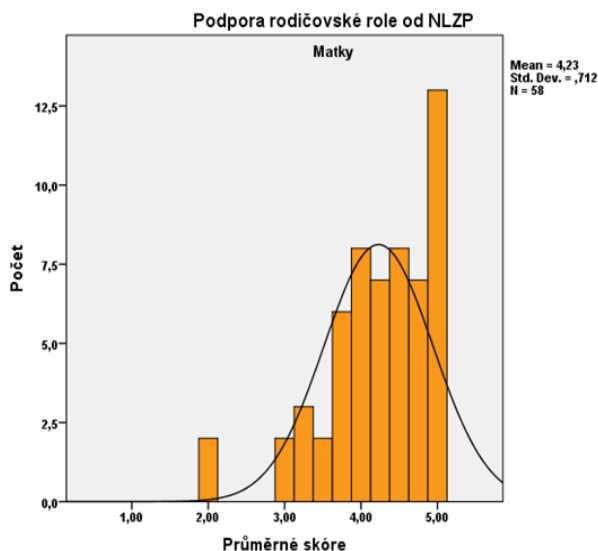
V oblasti podpory rodičovské role byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 18 „*Sestry mi dovolily podílet se na péči o mé dítě, kdykoliv to bylo možné*“ (Průměr = 4,83). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti podpory rodičovské role byla položka č. 4 „*Sestry mi dávaly najevo, jak je má role rodiče důležitá*“ (Průměr = 3,84). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 11 „*Sestry mi sdělovaly, že se starám o své dítě správně*“ (Průměr = 3,98) a poté položka č. 5 „*Sestry mi daly možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“ (Průměr = 4,26).

V oblasti podpory rodičovské role byla NLZP průměrně nejlépe hodnocena položka č. 18 „*Dovolím rodičům podílet se na péči o jejich dítě, kdykoliv je to možné*“ (Průměr = 4,88). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka NLZP byla položka č. 4 „*Dávám najevo, jak je jejich role rodiče důležitá*“ (Průměr = 4,43). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 11 „*Sděluji rodičům, že se starají o dítě správně*“ (Průměr = 4,52) a poté položka č. 5 „*Dávám rodičům možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“ (Průměr = 4,57). NLZP hodnotil všechny položky z této oblasti podpory ve stejném pořadí jako matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech.

Matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech ve všech položkách z oblasti podpory rodičovské role vnímaly průměrně nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a NLZP znázorňovala položka č. 4 „*Sestry mi dávaly najevo, jak je má role rodiče důležitá*“/„*Dávám najevo, jak je jejich role rodiče důležitá*“, kdy matky vnímaly nižší míru podpory než NLZP.

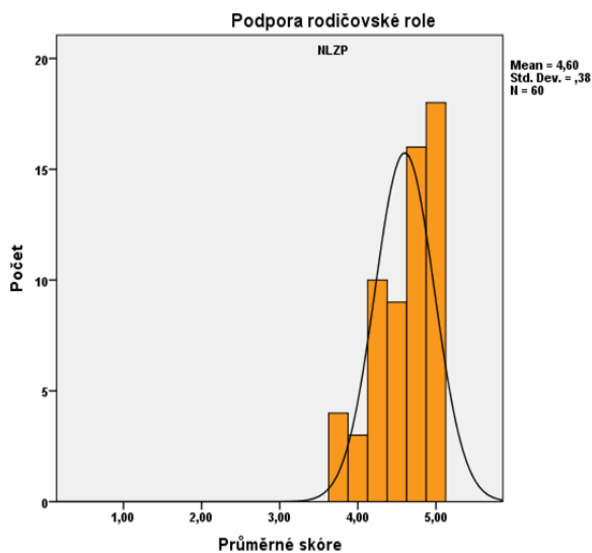
Tabulka 37 Podpora rodičovské role od NLZP z pohledu matek Graf 25 Podpora rodičovské role od NLZP z pohledu matek

Podpora rodičovské role	Matky
N	58
Průměr	4,23
Medián	4,25
Std.odchylka	,712
Šikmost	-1,160
Špičatost	1,586
Rozpětí	3,00
Minimum	2,00
Maximum	5,00



Tabulka 38 Podpora rodičovské role z pohledu NLZP Graf 26 Podpora rodičovské role z pohledu NLZP

Podpora rodičovské role	NLZP
N	60
Průměr	4,60
Medián	4,75
Std.odchylka	,380
Šikmost	-,746
Špičatost	-,376
Rozpětí	1,25
Minimum	3,75
Maximum	5,00



V tabulkách 37 a 38 a grafech 25 a 26 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti podpory rodičovské role u matek 4,23, zatímco u NLZP 4,60.

Tabulka 39 Vnímání míry podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů

Podpora	Položka	Průměr	
		Matky	Lékaři
Podpora rodičovské role	4	3,74	3,27
	5	4,02	4,60
	11	3,45	2,73
	18	4,74	4,80

V oblasti podpory rodičovské role byla matkami hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech průměrně nejlépe hodnocena položka č. 18 „*Lékaři mi dovolili podílet se na péči o mé dítě, kdykoliv to bylo možné*“ (Průměr = 4,74). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka matkami z oblasti podpory rodičovské role byla položka č. 11 „*Sestry mi sdělovaly, že se starám o své dítě správně*“ (Průměr = 3,45). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala č. 4 „*Lékaři mi dávali najevo, jak je má role rodiče důležitá*“ (Průměr = 3,74) a poté položka č. 5 „*Lékaři mi dali možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“ (Průměr = 4,02).

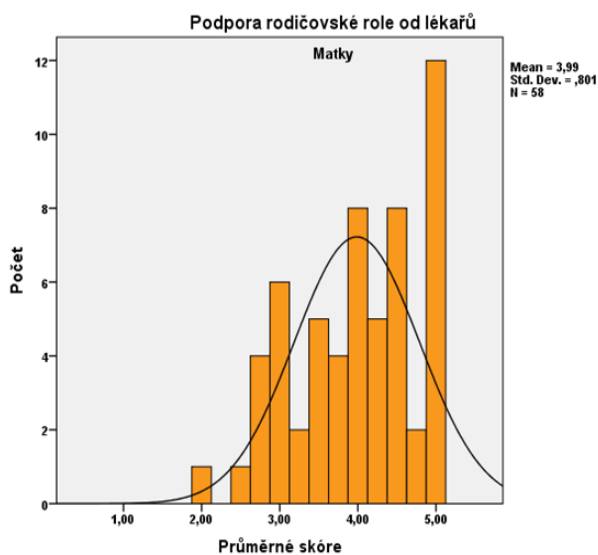
V oblasti podpory rodičovské role byla lékaři průměrně nejlépe hodnocena položka č. 18 „*Dovolím rodičům podílet se na péči o jejich dítě, kdykoliv je to možné*“ (Průměr = 4,80). Naopak nejhůře průměrně hodnocena položka lékaři z oblasti podpory rodičovské role byla položka č. 11 „*Sděluji rodičům, že se starají o dítě správně*“ (Průměr = 2,73). Vzestupně, od nejhoršího po nejlepší výsledek průměrných hodnot, následovala položka č. 4 „*Dávám najevo, jak je jejich role rodiče důležitá*“ (Průměr = 3,27) a poté položka č. 5 „*Dávám rodičům možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“ (Průměr = 4,60).

V oblasti podpory rodičovské role matky hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech vnímaly nižší míru podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením v položce č. 5 „*Lékaři mi dali možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“ a také v položce č. 18 „*Lékaři mi dovolili podílet se na péči o mé dítě, kdykoliv to bylo možné*“. Největší rozdíl průměrných výsledků mezi matkami a lékaři znázorňovala položka č. 11 „*Lékaři mi sdělovali, že se starám o své dítě správně*“/„*Sděluji rodičům, že se starají o dítě správně*“, kdy matky vnímaly vyšší míru podpory než lékaři.

Tabulka 40 Podpora rodičovské role od lékařů z pohledu matek

Podpora rodičovské role	Matky
N	58
Průměr	3,99
Medián	4,00
Std.odchylka	,801
Šikmost	-,403
Špičatost	-,780
Rozpětí	3,00
Minimum	2,00
Maximum	5,00

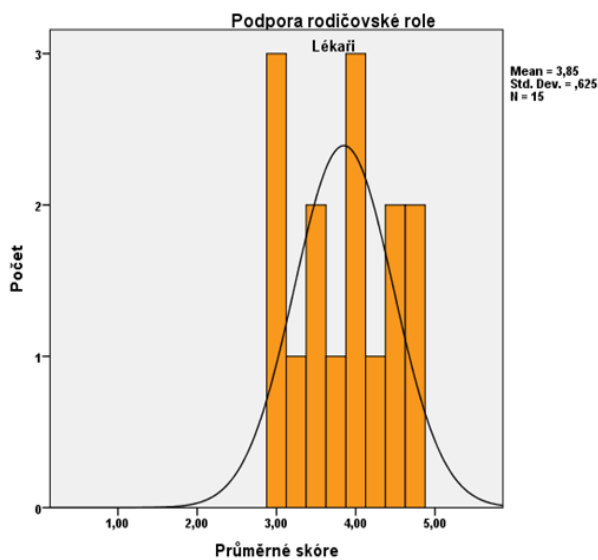
Graf 27 Podpora rodičovské role od lékařů z pohledu matek



Tabulka 41 Podpora rodičovské role z pohledu lékařů

Podpora rodičovské role	Lékaři
N	15
Průměr	3,85
Medián	4,00
Std.odchylka	,625
Šikmost	-,021
Špičatost	-,1310
Rozpětí	1,75
Minimum	3,00
Maximum	4,75

Graf 28 Podpora rodičovské role z pohledu lékařů



V tabulkách 40 a 41 a grafech 27 a 28 lze pozorovat, že průměrné skóre na stupnici od 1 do 5 bylo v oblasti podpory rodičovské role u matek 3,99, zatímco u lékařů 3,85.

4.6.4 Statistická analýza výzkumných hypotéz

Hypotéza 1

- **H₀₁**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A1}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Tabulka 42 Test normality dat emocionální podpory z pohledu matek a NLZP

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,172	58	0,000
NLZP	0,204	60	0,000

K určení, zda se jedná ve vnímání míry emocionální podpory z pohledu matek a NLZP o normální či nenormální rozložení dat, byl použit Kolmogorov-Smirnov test normality. Výsledek testu normality ukázal, že ani jedna skupina respondentů (Sig. = 0,000) nemá ve vnímání míry emocionální podpory normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 1 byl použit neparametrický test.

Tabulka 43 Mean Ranky emocionální podpory z pohledu matek a NLZP

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	49,78
NLZP	60	68,89

Tabulka 44 Mann Whitney U-test emocionální podpory z pohledu matek a NLZP

Emocionální podpora	
Mann-Whitney U	1176,500
Wilcoxon W	2887,500
Z	-3,096
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,002

Pro analýzu hypotézy 1 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 43 a 44 konstatovat, že mezi

matkami a NLZP existuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,002) ve vnímání míry emocionální podpory. NLZP vnímal vyšší míru poskytnuté emocionální podpory (Mean Rank = 68,89) ve srovnání s matkami hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru (Mean Rank = 49,78). Na základě výsledku zamítáme nulovou hypotézu H_{01} a přijímáme alternativní hypotézu H_{A1} , tedy existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Hypotéza 2

- **H₀₂**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A2}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Tabulka 45 Test normality dat emocionální podpory z pohledu matek

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,176	58	0,000

Tabulka 46 Test normality dat emocionální podpory z pohledu lékařů

Skupina	Shapiro-Wilk test normality		
	Statistic	df	Sig.
Lékaři	0,920	15	0,192

K určení, zda se jedná ve vnímání míry emocionální podpory z pohledu matek a lékařů o normální či nenormální rozložení dat, byl u matek použit Kolmogorov-Smirnov test normality a u lékařů, vzhledem k jejich malému počtu zastoupení, Shapiro-Wilk test normality. Výsledek testu normality ukázal, že matky (Sig. = 0,000) nemají ve vnímání míry emocionální podpory normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 2 byl použit neparametrický test.

Tabulka 47 Mean Ranky emocionální podpory z pohledu matek a lékařů

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	36,54
Lékaři	15	38,77

Tabulka 48 Mann Whitney U-test emocionální podpory z pohledu matek a lékařů

Emocionální podpora	
Mann-Whitney U	408,500
Wilcoxon W	2119,500
Z	-,366
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,714

Pro analýzu hypotézy 2 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 47 a 48 konstatovat, že mezi matkami a lékaři neexistuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,714) ve vnímání míry emocionální podpory. Na základě výsledku přijímáme nulovou hypotézu H_0 , tedy neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Hypotéza 3

- **H₀₃**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A3}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Tabulka 49 Test normality dat informační podpory z pohledu matek a NLZP

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,131	58	0,015
NLZP	0,134	60	0,009

K určení, zda se jedná ve vnímání míry informační podpory z pohledu matek a NLZP o normální či nenormální rozložení dat, byl použit Kolmogorov-Smirnov test normality. Výsledek testu normality ukázal, že ani matky (Sig. = 0,015) ani NLZP (Sig. = 0,009) ve

vnímání míry informační podpory nemá normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 3 byl použit neparametrický test.

Tabulka 50 Mean Ranky informační podpory z pohledu matek a NLZP

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	56,98
NLZP	60	61,93

Tabulka 51 Mann Whitney U-test informační podpory z pohledu matek a NLZP

Informační podpora	
Mann-Whitney U	1594,000
Wilcoxon W	3305,000
Z	-,789
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,430

Pro analýzu hypotézy 3 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 50 a 51 konstatovat, že mezi matkami a NLZP neexistuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,430) ve vnímání míry informační podpory. Na základě výsledku přijímáme nulovou hypotézu H_03 , tedy neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Hypotéza 4

- **H₀₄**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A4}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Tabulka 52 Test normality dat informační podpory z pohledu matek

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,160	58	0,001

Tabulka 53 Test normality dat informační podpory z pohledu lékařů

Skupina	Shapiro-Wilk test normality		
	Statistic	df	Sig.
Lékaři	0,970	15	0,860

K určení, zda se jedná ve vnímání míry informační podpory z pohledu matek a lékařů o normální či nenormální rozložení dat, byl u matek použit Kolmogorov-Smirnov test normality a u lékařů, vzhledem k jejich malému počtu zastoupení, Shapiro-Wilk test normality. Výsledek testu normality ukázal, že matky (Sig. = 0,001) nemají ve vnímání míry informační podpory normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 4 byl použit neparametrický test.

Tabulka 54 Mean Ranky informační podpory z pohledu matek a lékařů

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	39,62
Lékaři	15	26,87

Tabulka 55 Mann Whitney U-test informační podpory z pohledu matek a lékařů

Informační podpora	
Mann-Whitney U	283,000
Wilcoxon W	403,000
Z	-2,081
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,037

Pro analýzu hypotézy 4 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 54 a 55 konstatovat, že mezi matkami a lékaři existuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,037) ve vnímání míry informační podpory. Matky hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru vnímaly vyšší míru informační podpory (Mean Rank = 39,62) ve srovnání s lékaři (Mean Rank = 26,87). Na základě výsledku zamítáme nulovou hypotézu H_{04} a přijímáme alternativní hypotézu H_{A4} , tedy existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Hypotéza 5

- **H₀₅**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_{A5}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Tabulka 56 Test normality dat pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,282	58	0,000
NLZP	0,296	60	0,000

K určení, zda se jedná ve vnímání míry pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP o normální či nenormální rozložení dat, byl použit Kolmogorov-Smirnov test normality. Výsledek testu normality ukázal, že ani jedna skupina respondentů nemá ve vnímání míry pečovatelské podpory normální rozložení dat (Sig. = 0,000), jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 5 byl použit neparametrický test.

Tabulka 57 Mean Ranky pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	57,05
NLZP	60	61,87

Tabulka 58 Mann Whitney U-test pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP

Pečovatelská podpora	
Mann-Whitney U	1598,000
Wilcoxon W	3309,000
Z	-,836
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,403

Pro analýzu hypotézy 5 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 57 a 58 konstatovat, že mezi matkami a NLZP neexistuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,403) ve vnímání míry pečovatelské podpory. Na základě výsledku přijímáme nulovou hypotézu H₀₅,

tedy neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Hypotéza 6

- **H₀₆**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A6}**: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Tabulka 59 Test normality dat pečovatelské podpory z pohledu matek

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,300	58	0,000

Tabulka 60 Test normality dat pečovatelské podpory z pohledu lékařů

Skupina	Shapiro-Wilk test normality		
	Statistic	df	Sig.
Lékaři	0,814	15	0,006

K určení, zda se jedná ve vnímání míry pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů o normální či nenormální rozložení dat, byl u matek použit Kolmogorov-Smirnov test normality a u lékařů, vzhledem k jejich malému počtu zastoupení, Shapiro-Wilk test normality. Výsledek testu normality ukázal, že ani matky (Sig. = 0,000) ani lékaři (Sig = 0,006) nemají ve vnímání míry pečovatelské podpory normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 6 byl použit neparametrický test.

Tabulka 61 Mean Ranky pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	38,69
Lékaři	15	30,47

Tabulka 62 Mann Whitney U-test pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů

Pečovatelská podpora	
Mann-Whitney U	337,000
Wilcoxon W	457,000
Z	-1,451
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,147

Pro analýzu hypotézy 6 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 61 a 62 konstatovat, že mezi matkami a lékaři neexistuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,147) ve vnímání míry pečovatelské podpory. Na základě výsledku přijímáme nulovou hypotézu H_06 , tedy neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Hypotéza 7

- **H_07** : Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami a NLZP v perinatologickém centru.
- **H_A7** : Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami a NLZP v perinatologickém centru.

Tabulka 63 Test normality dat podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,139	58	0,007
NLZP	0,220	60	0,000

K určení, zda se jedná ve vnímání míry podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP o normální či nenormální rozložení dat, byl použit Kolmogorov-Smirnov test normality. Výsledek testu normality ukázal, že ani matky (Sig. = 0,007) ani NLZP (Sig. = 0,000) nemají ve vnímání míry podpory rodičovské role normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 7 byl použit neparametrický test.

Tabulka 64 Mean Ranky podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	50,41
NLZP	60	68,28

Tabulka 65 Mann Whitney U-test podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP

Podpora rodičovské role	
Mann-Whitney U	1213,000
Wilcoxon W	2924,000
Z	-2,885
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,004

Pro analýzu hypotézy 7 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 64 a 65 konstatovat, že mezi matkami a NLZP existuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,004) ve vnímání míry podpory rodičovské role. NLZP vnímal vyšší míru poskytnuté podpory rodičovské role (Mean Rank = 68,28) ve srovnání s matkami hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru (Mean Rank = 50,41). Na základě výsledku zamítáme nulovou hypotézu H_{07} a přijímáme alternativní hypotézu H_{A7} , tedy existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru.

Hypotéza 8

- **H_{08}** : Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.
- **H_{A8}** : Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

Tabulka 66 Test normality dat podpory rodičovské role z pohledu matek

Skupina	Kolmogorov-Smirnov test normality		
	Statistic	df	Sig.
Matky	0,118	58	0,042

Tabulka 67 Test normality dat podpory rodičovské role z pohledu lékařů

Skupina	Shapiro-Wilk test normality		
	Statistic	df	Sig.
Lékaři	0,921	15	0,197

K určení, zda se jedná ve vnímání míry podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů o normální či nenormální rozložení dat, byl u matek použit Kolmogorov-Smirnov test normality a u lékařů, vzhledem k jejich malému počtu zastoupení, Shapiro-Wilk test normality. Výsledek testu normality ukázal, že matky (Sig. = 0,042) nemají ve vnímání míry podpory rodičovské role normální rozložení dat, jelikož je Sig. <0,05, proto k testování hypotézy 8 byl použit neparametrický test.

Tabulka 68 Mean Ranky podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů

Skupina	N	Mean Rank
Matky	58	37,97
Lékaři	15	33,23

Tabulka 69 Mann Whitney U-test podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů

Podpora rodičovské role	
Mann-Whitney U	378,500
Wilcoxon W	498,500
Z	-,777
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,437

Pro analýzu hypotézy 8 byl po zohlednění testu normality rozložení dat a povaze proměnných použit neparametrický test, a to Mann-Whitney U-test pro 2 nezávislé výběry. Na hladině statistické významnosti alfa = 0,05 lze z tabulky 68 a 69 konstatovat, že mezi matkami a lékaři neexistuje statisticky významný rozdíl (Asymp. Sig. (2-tailed) = 0,437) ve vnímání míry podpory rodičovské role. Na základě výsledku přijímáme nulovou hypotézu H_0 , tedy neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru.

5 Diskuze

Diplomová práce se zabývala problematikou podpory rodičů hospitalizovaných dětí NLZP a lékaři v perinatologických centrech. Cílem bylo zjistit a porovnat vnímání míry poskytované podpory rodičům hospitalizovaných novorozenců z pohledu rodičů, NLZP a lékařů v perinatologických centrech. Po prostudování odborné literatury ke zvolenému tématu byl k naplnění tohoto cíle se svolením Margaret Shandor Miles (Příloha 2) využit měřicí nástroj NPST. Výzkumné šetření bylo po schválení Etické komise Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1) realizováno se souhlasem v perinatologickém centru Fakultní nemocnice Olomouc (Příloha 3) a Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně (Příloha 4). Výsledky byly následně zpracovány a vyhodnoceny statistickými metodami včetně ověření stanovených výzkumných hypotéz. Výsledky výzkumného šetření jsou následně srovnány s výsledky dalších aktuálních vědeckých studií zabývajících se podporou rodičů hospitalizovaných novorozenců.

V rámci zvoleného prvního dílčího cíle bylo zkoumáno, do jaké míry vnímají matky hospitalizovaných dětí podporu, a to emocionální, informační, pečovatelskou a podporu rodičovské role, která jim byla poskytována NLZP a lékaři v perinatologickém centru. Bylo zjištěno, že matky vnímaly nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením míry podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, ve všech položkách z oblasti emocionální podpory, pečovatelské podpory a podpory rodičovské role. Studie ve Velké Británii autorky Franck a Axelin (2013, s. 590–595) pomocí měřicího nástroje NPST srovnávala vnímání míry podpory mezi 227 rodiči, 178 NLZP a 43 lékaři na 4 odděleních JIRPn. Rodiče zde vnímali nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením ve všech oblastech podpory měřicího nástroje NPST. V případě diplomové práce však výjimku tvořila oblast informační podpory, kdy matky vnímaly nižší míru podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením pouze u poloviny položek, a to v položce č. 3 „*Sestry mě učily, jak se o své dítě starat*“, v položce č. 8 „*Sestry mě přizvaly k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte*“, v položce č. 9 „*Sestry mi pomohly porozumět chování a reakcím mého dítěte*“, v položce č. 10 „*Sestry mi pomohly naučit se, jak utěšit mé dítě během či po zdravotních zákrocích*“ a také v položce č. 16 „*Sestry mě povzbuzovaly k otázkám ohledně mého dítěte*“. V rámci diplomové práce a stejně tak v případě studie z Brazílie autorů Tosca, Rimolo a Breigeiron (2020, s. 49–52), které se zúčastnilo 127 rodičů hospitalizovaných dětí na JIRPn, byla nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Sestry se staraly svědomitě o mé dítě*“.

Naopak nejhůře hodnocenou položkou matkami byla položka č. 14 „*Sestry mě obeznámily se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování mého dítěte*“. Studie s 227 rodiči ve Velké Británii došla také ke stejnému závěru nejlépe hodnocené položky, avšak rozdílného výsledku nejhůře hodnocené položky, a to v jejich případě představovala položka č. 8 „*Sestry mě přizvaly k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte*“ (Franck a Axelin, 2013, s. 592–593). Sanjari s kolektivem (2009, s. 121–129) v prostředí Iránu naopak zjistili, že nejlépe podporu od NLZP hodnotilo celkem 230 rodičů v položce č. 21 „*Sestry mi sdělily něco kladného ke stavu mého dítěte*“, naopak nejhůře v položce č. 5 „*Sestry mi daly možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“. Matky ve vybraných perinatologických centrech v rámci diplomové práce, stejně jako 195 rodičů ve studii uskutečněné na 5 dětských odděleních v sousedním Polsku autorkou Aftyka a kolektivem (2017, s. 1015–1019), zmínily, že nejvíce jim byla NLZP v průběhu hospitalizace jejich dítěte poskytnuta pečovatelská podpora, nejméně pak podpora emocionální. S tímto tvrzením nesouhlasí iránská studie Jabraeili a kolektivu (2018 s. 163–165), které se zúčastnilo 120 matek hospitalizovaných novorozenců s gastrointestinálními anomáliemi, kdy matky vnímaly, že nejvíce jim NLZP poskytl podporu v oblasti informační podpory. V rozporu s výsledkem diplomové práce nejnižší míry podpory od NLZP je také výzkumná studie již zmíněné Sanjari a kolektivu (2009, s. 121–129) nebo Zavalgard a kolektivu (2017, s. 61), která byla realizována v Iránu a zúčastnilo se jí 160 matek hospitalizovaných dětí na JIRPn. V jejich případě se na posledním místě umístila podpora rodičovské role.

Matky vnímaly nižší míru podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením míry podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, ve všech položkách z oblasti emocionální podpory, dále v některých položkách z oblasti informační podpory, a to v položce č. 6 „*Lékaři zodpověděli mé dotazy zcela dostatečně či vždy sehnali zodpovědnou osobu*“, v položce č. 7 „*Lékaři mi sdělovali změny/zlepšení stavu mého dítěte*“ a také v položce č. 8 „*Lékaři mě přizvali k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte*“, z pečovatelské podpory v položce č. 15 „*Lékaři se starali svědomitě o mé dítě*“, v položce č. 19 „*Lékaři mi dávali najevo zájem o mé dítě*“ a v položce č. 21 „*Lékaři mi sdělili něco kladného ke stavu mého dítěte*“ a také v některých položkách z oblasti podpory rodičovské role, a to v položce č. 5 „*Lékaři mi dali možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“ a v položce č. 18 „*Lékaři mi dovolili podílet se na péči o mé dítě, kdykoliv to bylo možné*“. Ze všech oblastí podpory měřícího nástroje NPST byla v případě lékařů matkami

hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Lékaři se starali svědomitě o mé dítě*“ a také položka č. 19 „*Lékaři mi dávali zájem o mé dítě*“. Naopak nejhůře hodnocena položka matkami byla položka č. 11 „*Lékaři mi sdělovali, že se starám o své dítě správně*“. Matky vnímaly, že v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru jim byla lékaři nejvíce poskytnuta pečovatelská podpora, nejméně pak podpora rodičovské role.

V rámci zvoleného druhého dílčího cíle bylo zkoumáno, do jaké míry vnímá NLZP a lékaři podporu, a to emociální, informační, pečovatelskou a podporu rodičovské role, kterou poskytují rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru. Ze všech oblastí podpory měřicího nástroje NPST byla NLZP nejlépe hodnocena položka č. 15 „*Starám se o dítě svědomitě*“. V již zmiňované studii, která byla Franck a Axelin (2013, s. 592–593) uskutečněna ve Velké Británii a shromáždila 178 správně vyplněných dotazníků od NLZP, ze všech položek měřicího nástroje NPST NLZP hodnotil nejlépe také položku č. 15 „*Starám se o dítě svědomitě*“. Na rozdíl od této vědecké studie, kdy NLZP nejhůře hodnotil ze všech položek měřicího nástroje NPST položku č. 5 „*Dávám rodičům možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků*“, v případě diplomové práce se jednalo o položku č. 14 „*Obeznamuji rodiče se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování jejich dítěte*“. Ve Velké Británii NLZP vnímal, že nejvíce podporu rodičům poskytuje v oblasti pečovatelské podpory, naopak nejméně v oblasti emocionální podpory (Franck a Axelin, 2013, s. 590–595). Ve vybraných perinatologických centrech v rámci diplomové práce NLZP rovněž vnímal, že nejvíce poskytuje podporu rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru v oblasti pečovatelské podpory, nejméně však v oblasti informační podpory. V rozporu s výsledky diplomové práce je i studie Valizadeh a kolektivu (2012, s. 194), která sice zjistila, že NLZP vnímal, že nejvíce podporu rodičům hospitalizovaných dětí poskytuje také v oblasti pečovatelské podpory, nejméně však v oblasti podpory rodičovské role.

Celkem 43 lékařů v již zmíněné studii z Velké Británie hodnotilo ze všech položek měřicího nástroje NPST nejlépe pouze položku č. 6 „*Zodpovím dotazy rodičů zcela dostatečně či vždy seženu zodpovědnou osobu*“. V případě diplomové práce se jednalo o položku č. 7 „*Sděluji rodičům změny/zlepšení stavu jejich dítěte*“, položku č. 15 „*Starám se o dítě svědomitě*“ a také o položku č. 19 „*Dávám najevo zájem o dítě*“. Naopak v nejhůře hodnocené položce se ztotožňovali s názorem lékařů ve vybraných perinatologických centrech v rámci diplomové práce. Lékaři ze všech položek měřicího nástroje NPST nejhůře hodnotili položku č. 3 „*Učím rodiče, jak se o dítě starat*“. Lékaři vnímali, že nejvíce podporu

rodičům poskytují v oblasti pečovatelské podpory, naopak nejméně v oblasti informační podpory. Tento výsledek je shodný s výsledkem NLZP. Lékaři dosáhli sebehodnocením míry podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, ve všech oblastech podpory měřicího nástroje NPST nižších výsledků než v případě sebehodnocení NLZP. Tento výsledek je v souladu zmíněné studie z Velké Británie (Franck a Axelin, 2013, s. 592–593). Dle názoru Franck a Axelin (2013 s. 594–595) je příčinou sestavení dotazníku NPST, kdy položky z oblasti informační podpory značně převažují a jsou často směřovány spíše než k podávání informací rodičům o zdravotním stavu jejich dítěte na předávání informací, jak o dítě pečovat.

V rámci třetího a čtvrtého dílčího cíle, ze kterých byly následně stanoveny jednotlivé výzkumné hypotézy, bylo zkoumáno, zda existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory, a to emocionální, informační, pečovatelské a podpory rodičovské role, mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP nebo lékaři v perinatologickém centru. Emocionální podpora zahrnovala naslouchání, projev zájmu o pocity a obavy rodiče a nalezení možností, jak mu pomoci k nastolení duševní rovnováhy. Informační podpora, která zaujímá ze všech oblastí podpory největší část položek měřicího nástroje NPST, se zaměřila na poskytování informací o nemoci, léčbě, vývoji zdravotního stavu, péči o dítě a jeho potřebách a pomoc rodičům porozumět jeho chování a reakcím. Pečovatelská podpora zahrnovala fyzickou i psychosociální kvalitu péče, která byla poskytována personálem dítěti z pohledu rodiče. Podporu rodičovské role je možné definovat jako posílení vztahu rodiče s dítětem, poskytnutí zpětné vazby a respektování jeho rodičovské role v procesu ošetřování dítěte.

Nulové hypotézy H_{01} a H_{02} byly stanoveny tak, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP nebo lékaři v perinatologickém centru. V případě NLZP byla H_{01} zamítnuta a přijata alternativní hypotéza H_{A1} , tedy existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru. Matky vnímaly nižší míru emocionální podpory od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. V případě lékařů byla H_{02} přijata. Jabraeili s kolektivem (2018, s. 165–166) uvádí, že poskytovatelé péče se můžou domnívat, že informovanost je důležitější než emocionální podpora rodiče, avšak toto tvrzení je mylné, jelikož při poskytování informací o zdravotním vývoji dítěte se zvyšuje pocit úzkosti a frustrace rodičů, proto je zapotřebí, aby personál poskytl rodičům komplexní podporu, tedy i emocionální

podporu, vedoucí ke zmírnění stresu. Avšak matky v některých zahraničních vědeckých studiích považovaly emocionální podporu ze všech oblastí podpory za nejméně důležitou. Zavalgard s kolektivem (2017, s. 65–66) uvádí, že důvodem, proč matky podcenily důležitost emocionální podpory je, že dostávaly tuto podporu od svého manžela či rodiny. Toto tvrzení je v souladu s výsledky iránské studie autorů Valizadeh a kolektivu (2012, s. 193–194), kde se ovšem zmiňují, že se matky domnívaly, že než emocionální podpora je ještě méně důležitá podpora rodičovské role. Dle 27 rodičů ve výzkumné studii Bry a Wigert (2019, s. 3–11) k vytvoření důvěrného vztahu mezi nimi a NLZP je zapotřebí emocionální podpora ve smyslu rozhovorů o jejich pocitech. Důvěru rodičů k poskytovatelům péče navíc dle jejich názoru umocňuje zájem personálu o jejich dítě a rovněž projev zájmu o jejich osobní pohodu. Hall s kolektivem (2019, s. 490–497) uvádí, že mnoho poskytovatelů péče si uvědomuje důležitost podpory rodičů hospitalizovaných dětí, má však pocit nedostatečných dovedností a znalostí pro komunikaci s emočně rozladěnými rodiči. Proto na základě jejich uskutečněné výzkumné studie se 114 členy personálu pracujícího na JIRPn navrhli vytvoření intervenčních strategií a komunikačních programů. Zároveň se zmiňují o příznivém vlivu nejen na rodiče, ale také na zaměstnance, kdy obohacení komunikačních dovedností v oblasti citlivých situacích eliminuje stres poskytovatelů péče a předchází tak vzniku syndromu vyhoření. Ve švédské studii autorů Wigert, Dellenmark Blom a Bry (2014, s. 2–7) 27 rodičů hospitalizovaných novorozenců na JIRPn bylo toho názoru, že emocionální podpora jim byla poskytována více od NLZP než od lékařů. K tomuto závěru dospělo i výzkumné šetření v rámci diplomové práce. Dle domněnky Wigert, Dellenmark Blom a Bry (2014, s. 5–7) je pravděpodobným důvodem rozvržení typických rolí lékařů a NLZP, kdy NLZP je častěji přítomen u lůžka dítěte a je tedy fyzicky dostupnější pro poskytování emocionální podpory a k povzbuzení k podílení se na péči o dítě přítomných rodičů. S tímto tvrzením souhlasí i výsledky NLZP a lékařů ve výzkumném šetření diplomové práce, kdy NLZP hodnotil emocionální podporu, kterou poskytuje rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru, více než lékaři. Navzdory tomu, ve srovnání s jejich sebehodnocením míry emocionální podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, hodnotily matky NLZP i lékaře hůře.

Nulové hypotézy H_{03} a H_{04} byly stanoveny tak, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP nebo lékaři v perinatologickém centru. V případě NLZP byla H_{03} přijata. V případě lékařů byla H_{04} zamítnuta a přijata alternativní hypotéza H_{A4} , tedy existuje statisticky významný

rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru. Matky vnímaly vyšší míru informační podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. Výzkumná studie autora Mundy (2010, s. 159–163) zabývající se eliminací psychosociálních obtíží 60 rodičů na JIRPn v Gruzii zjistila, že nejdůležitější potřebou bylo rodiči považováno poskytování jasných, důvěryhodných a konzistentních informací a potřeba jistoty k roli pečovatele, tedy ujištění, že jejich dítě dostává kvalitní péči. V rozhovorech autorky Bry a Wigert (2019, s. 3–11) 27 rodičů extrémně nezralých novorozenců po propuštění z JIRPn potvrdili důležitost potřeby jasných a důkladných informací o změnách stavu dítěte, seznámení s lékařskými postupy, které budou uskutečněny a také jasné odpovědi personálu na jejich kladené otázky. V případech, kdy nedošlo k naplnění těchto potřeb rodičů personálem, docházelo k otřesu jejich důvěry vůči poskytovatelům péče, ale také k pocitu méněcennosti, a tím k narušení rodičovské role. V rozhovorech studie Guillaume a kolektivu (2013, s. 4) matky vyjadřovaly důležitost fyzické blízkosti, míru informovanosti a ponechání hračky či osobní věci nasáknuté vlastní vůní v inkubátoru. Otcové uváděli větší zdrženlivost ve fyzickém kontaktu pro strach z ublížení. Jejich hlavní upřednostňovanou potřebou byla interakce vizuální a pomocí slov. V obou skupinách, jako rozhodujícím aspektem k vytvoření citového pouta mezi rodičem a dítětem, byla zmíněna komunikace se zdravotnickým personálem. V případě výzkumného šetření diplomové práce matky hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru hodnotily lépe v této oblasti podpory NLZP než lékaře. Navzdory tomu, ve srovnání s jejich sebehodnocením míry informační podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, hodnotily matky NLZP hůře a lékaře lépe. Ve studii uskutečněné ve Velké Británii Franck a Axelin (2013, s. 594–595) bylo zjištěno, že se lékaři podhodnotili více než NLZP, což je v souladu s výsledky diplomové práce. Dle názoru autorů zmíněné studie bylo toto lékařské podhodnocení v oblasti informační podpory způsobeno tím, že zde převažují položky směřované spíše na předávání informací, jak o dítě pečovat než k podávání informací rodičům o zdravotním stavu jejich dítěte. Z tohoto důvodu můžeme i odůvodnit nižší sebehodnocení lékařů ve vybraných perinatologických centrech v rámci diplomové práce.

Nulové hypotézy H_{05} a H_{06} byly stanoveny tak, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry pečovatelské podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP nebo lékaři v perinatologickém centru. V případě NLZP i lékařů byly tyto hypotézy přijaty. V případě výzkumného šetření diplomové práce matky hospitalizovaných dětí

v perinatologickém centru hodnotily lépe v této oblasti podpory lékaře než NLZP. Ve srovnání s jejich sebehodnocením míry pečovatelské podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, hodnotily matky NLZP hůře a lékaře lépe. Zdá se, že pečovatelská podpora ve většině zahraničních studiích s použitým měřicím nástrojem NPST zaujímá první místo, tedy nejvyšší míru podpory od personálu, ve vnímání míry podpory rodiči (Aftyka et al., 2017; Sanjari et al., 2009; Zavalgard et al., 2017; Soudabeh et al., 2017; Valizadeh et al., 2012). Dle rozhovorů Reis a kolektivu (2012, s. 675) s 10 rodiči má vliv na spokojenost s poskytovanou péčí dítěti spolupráce a efektivní vztah s personálem. Dle studie Russell a kolektivu (2014, s. 3–7), které se zúčastnilo 37 rodičů předčasně narozených novorozenců, mají vliv na vnímání kvality poskytované péče dítěti rodiči nejen mezilidské vztahy s personálem, ale také péče o dítě a vyzařování sebevědomí poskytovateli péče, které u rodičů vyvolávalo pocit, že mají situaci pod kontrolou. Rodiče se cítili při opouštění dítěte také více v klidu, když viděli profesionální a důkladnou péči personálu, jako pravidelnou kontrolu stavu dítěte nebo pravidelné záznamy do zdravotnické dokumentace. Výzkumná studie Sawyer a kolektivu (2013, s. 639–641), které se zúčastnilo 39 rodičů předčasně narozených novorozenců, se zmiňuje o množství poskytnutých informací rodičům, odborných znalostí, zachování klidu v krizové situaci a o vzbuzování důvěry v rodičích, jako o faktorech ovlivňujících jejich vnímání kvality péče poskytované personálem dítěti.

Nulové hypotézy H_{07} a H_{08} byly stanoveny tak, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP nebo lékaři v perinatologickém centru. V případě NLZP byla H_{07} zamítnuta a přijata alternativní hypotéza H_{A7} , tedy existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru. Matky vnímaly nižší míru podpory rodičovské role od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. V případě lékařů byla H_{06} přijata. V případě výzkumného šetření diplomové práce matky hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru hodnotily lépe v této oblasti podpory NLZP než lékaře. Navzdory tomu, ve srovnání s jejich sebehodnocením míry podpory rodičovské role, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru, hodnotily matky NLZP hůře a lékaře lépe. Zdá se, že podpora rodičovské role často v zahraničních studiích s použitým měřicím nástrojem NPST zaujímá poslední příčku, tedy nejnižší míru podpory personálem, ve vnímání míry podpory rodiči (Zavalgard et al., 2017; Soudabeh et al., 2017;

Valizadeh et al., 2012). V mnoha nemocnicích stále přetrvává trend, kdy je za hlavního poskytovatele péče o dítě považován zdravotnický personál a rodiče se tak mnohdy cítí být více jako diváci, kteří se pouze se svolením zdravotníků mohou podílet na péči o potomka (O'Brien et al., 2013, s. 1). Proto právě u rodičů předčasně narozených dětí je nezbytná aktivní podpora jejich rodičovských rolí, v jejímž důsledku je zvyšována spokojenost rodičů, a tím i snadnější přilnutí k dítěti (Ghadery-Sefat, 2016, s. 4). Montirosso s kolektivem (2012, s. 140–141) pro odstranění potencionálního rizika pocíťování stresu doporučuje, aby se personál více zaměřil na podporu emocionální, informační a také podporu rodičovské role, kdy je potřeba dovolit rodičům se podílet na péči o jejich dítě. S tímto tvrzením souhlasí i studie z iránského prostředí autorů Sanjari a kolektivu (2009, s. 121–129). Autoři této studie zmiňují, že by se měli poskytovatelé péče neustále vzdělávat v oblasti komunikace s rodiči, a to zejména obohacovat své znalosti právě v oblasti podpory rodičovské role.

Celkem matky hospitalizovaných dětí ve vybraných perinatologických centrech hodnotily míru podpory od NLZP průměrnou hodnotou 4,32 a od lékařů 4,24, což značí vysokou míru poskytnuté podpory z jejich pohledu. Sanjari s kolektivem (2009, s. 121) v prostředí Iránu zjistili, že rodiče hospitalizovaných dětí celkem hodnotili podporu od personálu průměrnou hodnotou 4,1. Ve výzkumné studii uskutečněné v Turecku autory Akkoyun a Arslan (2019, s. 353-356) matky hodnotily celkovou podporu od personálu průměrně níže, a to 3,85. Autoři se domnívají, že vnímání míry podpory rodiči je ovlivněno počtem a úrovní vzdělání poskytovatelů zdravotní péče. Ještě nižší průměrnou hodnotou 3,79 hodnotili míru podpory od personálu rodiče na JIRPn ve studii Franck a Axelin (2013, s. 593) uskutečněné ve Velké Británii nebo průměrnou hodnotou 3,69 v Turecku ve studii Turan, Başkale a Öncel (2016, s. 1). Na základě výsledků zmíněných dohledaných zahraničních studií můžeme konstatovat, že ve vybraných perinatologických centrech byla poskytnuta vysoká míra podpory, tedy vysoká kvalita poskytnuté péče, ať už NLZP či lékaři, matkám hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru.

Limity studie

Budoucí výzkum by se měl zaměřit nejen na vnímání podpory matkami, tedy zapojit do výzkumného šetření i otce, a poskytovatelů péče, ale také na vnímání míry důležitosti a uspokojení potřeby podpory z pohledu matek a otců. Otcové hospitalizovaných novorozenců byli v rámci diplomové práce rovněž osloveni, ale neprojeвили zájem o účast ve výzkumu, a proto byl výzkumný vzorek upraven pouze na matky. Bylo by vhodné také

zohlednit potencionálně ovlivňující faktory, jako jsou osobnostní, sociální nebo kulturní faktory rodičů a dětí. Ke zkreslení výsledků mohlo dojít již při sběru dat, kdy nebyla stanovena jednotná doba dotazování a nebylo zohledněno aktuální psychické rozpoložení matek, popřípadě při sebehodnocení poskytovatelů péče nemuselo dojít ke zcela objektivnímu hodnocení. Výsledky výzkumného šetření byly získány ze dvou perinatologických center v různých krajích a není je možné zobecnit, lze je ale interpretovat pouze na konkrétním vzorku respondentů v aktuálním čase. Je třeba vzít v úvahu, že výsledky mohly být ovlivněny různorodou kvalitou poskytované péče a nemocničním prostředím ve vybraných perinatologických centrech.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou podpory rodičů hospitalizovaných dětí NLZP a lékaři ve dvou perinatologických centrech. Cílem bylo zjistit a porovnat vnímání míry poskytované podpory rodičům hospitalizovaných novorozenců z pohledu rodičů, NLZP a lékařů v perinatologických centrech. Teoretická část představila činnost perinatologických center, nastínila problematiku předčasného porodu a následně sumarizovala aktuální publikované poznatky v prožívání rodičů předčasně narozených novorozenců nebo novorozenců hospitalizovaných z jiného zdravotního důvodu na JIRPn a zmínila možnosti jejich podpory zde pracujícím personálem. Praktická část vyhodnotila informace získané dotazníkovým šetřením, do kterého bylo zařazeno celkem 133 respondentů ze dvou perinatologických center, a to z Fakultní nemocnice Olomouc a z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Po popisném zpracování základních údajů respondentů, jednotlivých otázek a oblastí podpory bylo následně statisticky testováno celkem 8 výzkumných hypotéz.

Matky vnímaly, že nejvíce jim v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru byla od NLZP i lékařů poskytnuta pečovatelská podpora, nejméně pak od NLZP emocionální podpora a od lékařů podpora rodičovské role. NLZP i lékaři také vnímali, že nejvíce poskytují rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru pečovatelskou podporu, nejméně však informační podporu. S výjimkou pečovatelské podpory, matky hodnotily ve všech oblastech podpory měřícího nástroje NPST NLZP lépe než lékaře. Celkem matky hospitalizovaných dětí hodnotily ve vybraných perinatologických centrech míru podpory od NLZP průměrnou hodnotou 4,32 a od lékařů 4,24, což značí vysokou míru poskytnuté podpory z jejich pohledu.

Na základě statistického testování hypotéz bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry emocionální podpory a podpory rodičovské role mezi matkami hospitalizovaných dětí a NLZP v perinatologickém centru. Matky vnímaly nižší míru emocionální podpory a podpory rodičovské role od NLZP ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru. V případě lékařů bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání míry informační podpory mezi matkami hospitalizovaných dětí a lékaři v perinatologickém centru. Matky vnímaly vyšší míru informační podpory od lékařů ve srovnání s jejich sebehodnocením míry této podpory, kterou poskytují rodičům v průběhu hospitalizace jejich dítěte v perinatologickém centru.

Diplomová práce umožnila získat informace v aktuálním čase, které odhalily nedostatky v podpoře matek hospitalizovaných dětí personálem ve zvolených perinatologických centrech. Z výsledků vyplývá, že je potřeba věnovat zvýšenou pozornost duševnímu rozpoložení rodičů a jejich podpoře rodičovské role. To v praxi znamená rodičům hospitalizovaných dětí v perinatologickém centru více naslouchat, projevat zájem o jejich pocity a obavy, podpořit je v jejich tíživé životní situaci, umožnit rodičům podílet se na péči, ocenit jejich snahu a zároveň respektovat jejich roli v procesu ošetřování dítěte. Je důležité, aby poskytovatelé zdravotní péče své znalosti z oblasti komunikace a podpory rodičů neustále rozvíjeli. Bylo by vhodné, aby se budoucí výzkumy na totožné téma zaměřily nejen na vnímání podpory matkami, tedy zapojit do výzkumného šetření i otce, a poskytovatelů péče, ale také na vnímání míry důležitosti a uspokojení potřeby podpory z pohledu matek a otců. Bylo by žádoucí také zohlednit potencionálně ovlivňující faktory, jako jsou osobnostní, sociální nebo kulturní faktory rodičů a dětí. Pro zlepšení kvality poskytované péče v perinatologických centrech je žádoucí provádět průběžná systematická hodnocení zaměřená na vnímání podpory rodičů, NLZP a lékařů. Dotazníkové šetření může být podnětem pro pravidelnou aplikaci měřicího nástroje NPST k získání komplexních výsledků kvality poskytované péče ve všech 12 perinatologických centrech v České republice či být aplikováno v jednotlivých perinatologických centrech pro získání pravidelné zpětné vazby a také možného srovnání mezi jednotlivými centry.

Referenční seznam

AFTYKA, Anna et al. Support provided by nurses to parents of hospitalized children – cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2017, **31**(4), 1012-1021 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/scs.12426. ISSN 1471-6712. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/scs.12426?casa_token=KQr_uG6x2cQAAAAA:pfBbWI_VyDSUgl50USKqqL4enqi0HYgMiiZrL9_WePm0dRYkSGmzAi1hb_OxRRCzdmU6E5RbbR3h1ouD

AFTYKA, Anna et al. Polish version of the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [online]. 2019, **26**(1), 67–72 [cit. 2020-01-23]. DOI: 10.26444/aaem/89769. ISSN 1898-2263. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30922032>

AKKOYUN, Sevinc a Fatma T., ARSLAN. Investigation of stress and nursing support in mothers of preterm infants in neonatal intensive care units *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2019, **33**(2), 351-358 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/scs.12630. ISSN 1471-6712. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12630>

BEHESHTIPOUR, Noushin et al. The effect of the educational program on Iranian premature infants' parental stress in a neonatal intensive care unit: a double-blind randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery* [online]. 2014, **2**(4), 240-249 [cit. 2020-01-20]. ISSN 2322-4835. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201207/pdf/ijcbtnm-2-240.pdf>

BENZIES, M. Karen 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), 1-10 [cit. 2020-01-20]. DOI: 10.1186/s13063-017-2181-3. ISSN 1745-6215. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017578/>

BLENCOWE, Hannah et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health* [online]. 2013, **10**(1), 1-12 [cit. 2020-01-30]. DOI: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2. ISSN 1742-4755. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1458815138/309B76AFE7CD4364PQ/1?accountid=15518>

BOREK, Ivo et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Vyd. 2., dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 327 s. ISBN 80-7013-338-4.

BREJSTOVÁ, Lucie et al. Význam kontinuity v péči o nedonošené a rizikové novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2015, **16**(3), 160–162 [cit. 2020-01-23]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/06.pdf>

BRY, Anna a Helena, WIGERT. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. *BMC Psychology* [online]. 2019, **7**(1), 1-12 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1186/s40359-019-0354-4. ISSN 2050-7283. Dostupné z: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40359-019-0354-4>

BUSSE, Morgan et al. Parent Responses to Stress: PROMIS in the NICU. *Critical care nurse* [online]. 2013, **33**(4), 1-7 [cit. 2020-01-23]. DOI: 10.4037/ccn2013715. ISSN 1940-8250. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394856/pdf/nihms670753.pdf>

DE BERNARDO, Giuseppe et al. Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. *Italian Journal of Pediatrics* [online]. 2017, **43**(1), 1-10 [cit. 2020-01-23]. DOI 10.1186/s13052-017-03521. ISSN 1824-7288. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1895120040/9361BE4F8F84A18PQ/1?accountid=15518>

DOKOUPILOVÁ, Milena et al. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2016. 317 s. ISBN 978-80-262-1072-6.

DORT, Jiří et al. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Vyd. 1. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. 237 s. ISBN 978-80-7043-944-9.

DORT, Jiří, DORTOVÁ, Eva a Petr, JEHLIČKA. *Neonatologie*. Vyd. 3. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 116 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-3936-9.

DORTOVÁ, Eva. Děti velké jen do dlaně rozhovor. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, **2014**(19), 46-47. ISSN 2336-2987.

ŘURICOVÁ, Michaela a Vladislava, MIMROVÁ. Psychologická problematika matek předčasně narozených novorozenců. In: *XX. celostátní konference ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence s mezinárodní účastí* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/neonatologie.web360.cz/xxkonference/psychologicka-problematika-matek-predcasne-narozenyh-novorozencu.pdf>

ERICSON, Jenny et al. The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics* [online]. 2013, **13**(73), 1-8 [cit. 2020-01-20]. DOI: 10.1186/1471-2431-13-73. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1353192860/6CC59277DEFC43B5PQ/1?accountid=15518>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.

FRANCK, Linda a Anna, AXELIN. Differences in Parents', Nurses' and Physicians' Views of NICU Parent Support. *Acta paediatrica* [online]. 2013, **102**(6), 590-596 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/apa.12227. ISSN 1651-2227. Dostupné z: https://www.academia.edu/33301025/Differences_in_parents_nurses_and_physicians_views_of_NICU_parent_support

GHADERY-SEFAT, Akram et al. Relationship between parent--infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian Journal of Nursing* [online]. 2016, **21**(1), 1-7 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.4103/1735-9066.174756. ISSN 1735-9066. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776563/>

GHORBANI, Maryam et al. Factors associated with posttraumatic stress disorder and its coping styles in parents of preterm and full-term infants. *Global Journal of Health Science* [online]. 2014, **6**(3), 65-73 [cit. 2020-01-10]. DOI: 10.5539/gjhsv6n3p65. ISSN 1916-9744. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825380/pdf/GJHS-6-65.pdf>

GREEN, M. Michelle et al. Maternal Psychological Distress and Visitation to the NICU. *Acta Paediatrica* [online]. 2015, **104**(7), 1-11 [cit. 2020-01-10]. DOI: 10.1111/apa.12975. ISSN 1651-2227. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792263/pdf/nihms-763094.pdf>

GUILLAUME, Sonia et al. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics* [online]. 2013, **13**(18), 1-7 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1186/1471-2431-13-18. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2431-13-18>

HAGEN, Hilde Inger, IVERSEN, C. Valentina a Marin F., SVINDSETH. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatrics* [online]. 2016, **16**(1), 1-8 [cit. 2020-01-23]. DOI: 10.1186/s12887-016-0631-9. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12887-016-0631-9>

HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HALL, L. Sue et al. Improving Staff Knowledge and Attitudes Toward Providing Psychosocial Support to NICU Parents Through an Online Education Course. *Advances in Neonatal Care* [online]. 2019, **19**(6), 490-499 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000649. ISSN 1536-0903. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6882527/pdf/ancr-19-490.pdf>

HARRIS, Rachel et al. Maternal Mental Health During the Neonatal Period: Relationships to the Occupation of Parenting. *Early Human Development* [online]. 2018, **120**(-), 1-10 [cit. 2020-01-30]. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2018.03.009. ISSN 0378-3782. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5951762/pdf/nihms957698.pdf>

HOLDITCH-DAVIS, Diane et al. Maternally Administered Interventions for Preterm Infants in the NICU: Effects on Maternal Psychological Distress and Mother Infant Relationship. *Infant Behavior and Development* [online]. 2014, **37**(4), 1-18 [cit. 2020-01-30]. DOI: 10.1016/j.infbeh.2014.08.005. ISSN 1934-8800. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262690/pdf/nihms-630226.pdf>

CHLEBOUNOVÁ, Michaela a Ivo, ČERMÁK. Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem. *Československá psychologie*. 2013, **57**(4), 307-316. ISSN 0009-062X.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. *Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*. Vyd. 1. Nové Veselí: OS Nedoklubko, 2009. 28 s.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy*. 2013, **19**(1), 37-40. ISSN 1211-1600.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena. Kongres vývojové péče, březen 2015, Florida, USA - Informace. *Neonatologické listy* [online]. 2015, **21**(2), 46-49 [cit. 2019-12-28]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20152.pdf>

JABRAEILI, Mahnaz et al. Correlation of perceived nursing support with stress and self-confidence among the mothers of infants with congenital gastrointestinal anomalies. *Nursing and Midwifery Studies* [online]. 2018, **7**(4), 163-166 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.4103/nms.nms_103_17. ISSN 2322-1674. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/327470850_Correlation_of_perceived_nursing_support_with_stress_and_self_confidence_among_the_mothers_of_infants_with_congenital_gastrointestinal_anomalies

JAKŠOVÁ, Kateřina, SIKOROVÁ, Lucie a Michal, HLADÍK. Role sestry v podpoře vztahů mezi rodiči a předčasně narozeným novorozencem v konceptu Family-Centered Care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2016, **7**(1), 396-401 [cit. 2020-01-06]. DOI: 10.15452/CEJNM.2016.07.0006. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2016-01/6-jaksova-sikorova-hladik-cz.pdf>

JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír, KANTOR. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. Vyd. 1. Brno: Grifart, 2015. 215 s. ISBN 978-80-906185-2-7.

JUNGWIRTHOVÁ, Iva a Tereza, HRADILKOVÁ. Sdělování nepříznivé diagnózy. In: *...Když není všechno tak, jak si přáli...": informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál*. 4., upravené vydání. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2015, s. 4-5. ISBN 978-80-906077-1-2.

KACEROVSKÝ, Marian et al. Spontánní předčasný porod. Doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2017, **82**(2), 160-165. ISSN: 1210-7832.

KOTEROVÁ, Kateřina. Předčasný porod. *Moderní babičtví*. 2008, **6**(15), 3-9. ISSN 1214-5572.

LEE, K. Shoo a Karel, O'BRIEN. Parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association Journal* [online]. 2014, **186**(11), 845-847 [cit. 2020-01-25]. DOI: 10.1503/cmaj.130818. ISSN 0820-3946. ISSN 1488-2329. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1552834948/fulltext/4E268E5E98BF4512PQ/1?accountid=15518>

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 952 s., [5] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0668-7.

MARKOVÁ, Daniela et al. Péče o předčasně narozené dítě: Kdy začíná a kdy končí? *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2014, **69**(1), 53-62 [cit. 2020-01-20]. ISSN 1805-4501. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/pece-o-predcasne-narozene-dite-kdy-zacina-a-kdy-konci-48811>

MATYÁŠOVÁ, Pavla. Raná péče. In: *...Když není všechno tak, jak si přáli...": informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál*. 4., upravené vydání. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2015, s. 9. ISBN 978-80-906077-1-2.

MELNYK, Bernadette, OSWALT, L. Krista a Kimberly, SIDORA-ARCOLEO. Validation and Psychometric Properties of the Neonatal Intensive Care Unit Parental Belief Scale. *Nursing Research* [online]. 2014, **63**(2), 1-9 [cit. 2020-01-20]. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000023. ISSN 1538-9847. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331881/pdf/nihms558646.pdf>

MONTIROSSO, Rosario et al. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica* [online]. 2012, **101**(2), 136-142 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x. ISSN 1651-2227. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x?casa_token=ihTjMI8YTjwAAAAA:FSC2tENYT5SYu1-DyAEncJeAZhX12BGX1WHjFMj_piewVJZu1O5zYKZwhiCwyd_9SyD1W9fmtDBNVRaV

MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a Ivana, ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Vyd. 1. Praha: DharmaGaia, 2011. 279 s., [64] s. obr. příl. Šťastné dítě. ISBN 978-80-7436-014-5.

MROWETZ, Michaela a Marcela, PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma –chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 201-204 [cit. 2020-01-22]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

MUNDY, A. Cynthia. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care* [online]. 2010, **19**(2), 156-163 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.4037/ajcc2010130. ISSN 1062-3264. Dostupné z: <https://aacnjournals.org/ajcconline/article-abstract/19/2/156/5791/Assessment-of-Family-Needs-in-Neonatal-Intensive?redirectedFrom=fulltext>

Narození a zemřelí do 1 roku 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018. 86 s. ISBN: 978-80-7472-176-2.

Narození a zemřelí do 1 roku 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2019. 74 s. ISSN 1211-071X.

NOERGAARD, Betty et al. Fathers' Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care* [online]. 2018, **18**(5), 413-422 [cit. 2020-01-06]. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000503. ISSN 1536-0911. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6155352/pdf/ancr-18-413.pdf>

NOVOTNÁ, Lenka a Klára, CSIRKOVÁ. Kdo jsou lidé z Nedoklubka a co Vám mohou nabídnout?. *Neonatologické listy*. 2010, **16**(2), 21-24. ISSN 1211-1600.

O'BRIEN, Karel et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2013, **13**(1), 1-7 [cit. 2020-01-25]. DOI: 10.1186/1471-2393-13-S1-S12. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>

REIS, D. Misty et al. Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. 2010, **39**(6), 675-683 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x. ISSN 1552-6909. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/47643168_Developing_NurseParent_Relationships_in_the_NICU_Through_Negotiated_Partnership

ROSSMAN, Beverly et al. The Role of Peer Support in the Development of Maternal Identity for "NICU Moms". *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [online]. 2015, **44**(1), 1-13 [cit. 2020-01-23]. DOI: 10.1111/1552-6909.12527. ISSN 0884-2175. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315745/pdf/nihms640155.pdf>

ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2017. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

RUSSELL, Gillian et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatrics* [online]. 2014, **14**(230), 1-10 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1186/1471-2431-14-230. ISSN 1471-2431. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190336/pdf/12887_2014_Article_1164.pdf

SANJARI, Mahnaz et al. Nursing support for parents of hospitalized children. *Issues in comprehensive pediatric nursing* [online]. 2009, **32**(3), 120-130 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1080/01460860903030193. ISSN 0146-0862. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01460860903030193>

SAWYER, Alexandra et al. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2013, **120**(5), 637-643 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/1471-0528.12104. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3613739/pdf/bjo0120-0637.pdf>

Screening rizika předčasného porodu zavedením programu QUIPP. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas--projekty&prid=13>

SIKOROVÁ, Lucie a Monika, SUSZKOVÁ. Benefity metody klokánkování pro nedonošeného novorozence – evidence based practice. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, **2**(3), 230-238 [cit. 2020-01-23]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/201103/1_sikorova_suszkova.pdf

SIKOROVÁ, Lucie a Monika, SUSZKOVÁ. Ověření benefitů metody klokánkování pilotní studie. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, **3**(4), 497-504 [cit. 2020-01-23]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-04/6_sikorova.pdf

SMÍŠEK, Jan a Richard, PLAVKA. Výsledky péče o extrémně nezralé novorozence v České neonatologické síti. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2018, **73**(1), 5-9 [cit. 2019-12-28]. ISSN 1805-4501. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesko-slovenska-pediatrie-clanek/vysledky-pecce-o-extremne-nezrale-novorozence-v-ceske-neonatologicke-siti-63215>

SOBOTKOVÁ, Eva, JUNGWIRTHOVÁ, Iva a Věra, GABRIELOVÁ. Nedonošené dítě a rodiče. In: *...Když není všechno tak, jak si přáli...": informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál*. 4., upravené vydání. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2015, s. 7. ISBN 978-80-906077-1-2.

STEFANA, Alberto a Manuela, LAVELLI. Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study. *BMJ Open* [online]. 2017, **7**(2), 1-7 [cit. 2020-01-20]. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013824. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293994/pdf/bmjopen-2016-013824.pdf>

STEVENS, E. Emily, GAZZA, Elizabeth a Rita, PICKLER. Parental experience learning to feed their preterm infants. *Advances in Neonatal Care* [online]. 2014, **14**(5), 1-9 [cit. 2020-01-20]. DOI: 10.1097/ANC.000000000000105. ISSN 1536-0911. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4139421/pdf/nihms590688.pdf>

ŠEBLOVÁ, Jana et al. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. dopln. a aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2018. 479 s., xii stran obrazových příloh. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠTEMBERA, Zdeněk et al. *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014. 659 s. ISBN 978-80-246-2168-5.

TAKÁCS, Lea et al. Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro praxi* [online]. 2011, **46**(3-4), 9-23 [cit. 2020-01-22]. ISSN 2336-6486. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/1004/PPP_3-4_2011_02_T.pdf

TAKÁCS, Lea et al. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

TANDBERG, Silnes Bente et al. Parent psychological wellbeing in a single-family room versus an open bay neonatal intensive care unit. *PLOS ONE* [online]. 2019, **14**(11), 1-15 [cit. 2020-01-30]. DOI: 10.1371/journal.pone.0224488. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/2312248263/fulltext/840E42F1CEAD4DCDPQ/1?accountid=15518>

TOSCA, F. Christina, RIMOLO, L. Maitê a Márcia K., BREIGEIRON. Support offered to newborns' parents by the nursing team. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2020, **20**(1), 47-54 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1590/1806-93042020000100004. ISSN 1806-9304. Dostupné z: <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v20n1/1519-3829-rbsmi-20-01-0047.pdf>

TOŠNER, Jindřich. AXIS kamery v inkubátorech předčasně narozených a nemocných dětí na Novorozeneckém oddělení FN Olomouc. *Gynekolog*. 2015, **24**(3), 126-127. ISSN 1210-1133.

TURAN, Türkan, BAŞKALE, Hatice a Gülay, ÖNCEL. Determining the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Nurse-Parent Support Tool and the Stress Levels of Parents of Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clinical Nurse Specialist* [online]. 2016, **30**(3), 1-10 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1097/NUR.0000000000000204. ISSN 1538-9782. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27055043/>

TURNER, Melanie, CHUR-HANSEN, Anna a Helen, WINEFIELD. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2014, **23**(21-22), 3156-3165 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1111/jocn.12558. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12558>

TVRZOVÁ, Ivana a Jan, RATIBORSKÝ. Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče. *Pediatric pro praxi* [online]. 2018, **19**(1), 57-59 [cit. 2020-01-23]. ISSN 2336-6486. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201801-0013_Metoda_klokankovani_u_predcasne_narozenyh_deti_na_jednotce_intenzivni_pece.php

VALIZADEH, Leila et al. Importance and Availability of Nursing Support for Mothers in NICU: A Comparison of Opinions of Iranian Mothers and Nurses. *Iranian journal of pediatrics* [online]. 2012, **22**(2), 191-196 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.3923/rjmsci.2012.222.225. ISSN 2008-2150. Dostupné z: <http://www.bioline.org.br/pdf?pe12034>

VAVŘINKOVÁ, Blanka. Předčasný porod. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 2009, 1(-), 45-49 [cit. 2020-01-20]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2009_13.pdf

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1990-. ISSN 1211-0868. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/vestniky_1768_11.htm

VIDOVÁ, Tímea. Situace rodiny s postiženým dítětem. In: *...Když není všechno tak, jak si přáli...": informace pro týmy porodnic a perinatologických center, pro praktické a odborné lékaře a zdravotnický personál*. 4., upravené vydání. České Budějovice: Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2015, s. 7-8. ISBN 978-80-906077-1-2.

WIGERT, Helena, DELLENMARK BLOM, Michaela a Kristina, BRY. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatrics* [online]. 2014, 14, 1-8 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.1186/s12887-014-0304-5. ISSN 1471-2431. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276021/pdf/12887_2014_Article_304.pdf

WOODWARD, J. Lianne et al. Very preterm birth: maternal experiences of the Neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology* [online]. 2014, 34(7), 1-6 [cit. 2020-01-23]. DOI: 10.1038/jp.2014.43. ISSN 1476-5543. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1540739509/DB60281C54D64638PQ/1?accountid=15518>

ZAVALGARD, Elyas et al. Viewpoint of Mothers of Premature Newborns about Nursing Supports in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* [online]. 2017, 27(1), 61-67 [cit. 2020-06-20]. DOI: 10.18869/acadpub.hnmj.27.1.61. ISSN 2588-3720. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/315732071_Viewpoint_of_Mothers_of_Premature_Newborns_about_Nursing_Supports_in_Neonatal_Intensive_Care_Units

ZMEŠKALOVÁ, Stanislava. Ve FN Brno pečují o nedonošené novorozence také matky.
Medical tribune. 2018, **14**(2), C5. ISSN 1214-8911.

Seznam zkratk

JIRPn	Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NPST	Nurse parent support tool

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rozdělení respondentů dle výzkumné skupiny	46
Tabulka 2 Rozdělení matek dle věkových kategorií	47
Tabulka 3 Věk matek.....	47
Tabulka 4 Rozdělení NLZP dle věkových kategorií	48
Tabulka 5 Věk NLZP	48
Tabulka 6 Rozdělení lékařů dle věkových kategorií	49
Tabulka 7 Věk lékařů	49
Tabulka 8 Rozdělení matek dle rodinného stavu.....	50
Tabulka 9 Rozdělení matek dle nejvyššího dosaženého vzdělání	51
Tabulka 10 Rozdělení NLZP dle nejvyššího dosaženého vzdělání.....	52
Tabulka 11 Rozdělení lékařů dle pohlaví	53
Tabulka 12 Délka pracovní praxe NLZP.....	54
Tabulka 13 Délka pracovní praxe lékařů.....	54
Tabulka 14 Rozdělení matek dle počtu dětí	55
Tabulka 15 Rozdělení hospitalizovaných dětí v perinatologických centrech dle pohlaví...	56
Tabulka 16 Charakteristika dítěte.....	56
Tabulka 17 Měření reliability dimenzí NPST	57
Tabulka 18 Vnímání míry emocionální podpory z pohledu matek a NLZP	58
Tabulka 19 Emocionální podpora od NLZP.....	59
Tabulka 20 Emocionální podpora z pohledu NLZP	59
Tabulka 21 Vnímání míry emocionální podpory z pohledu matek a lékařů	60
Tabulka 22 Emocionální podpora od lékařů.....	61
Tabulka 23 Emocionální podpora z pohledu lékařů.....	61
Tabulka 24 Vnímání míry informační podpory z pohledu matek a NLZP	62
Tabulka 25 Informační podpora od NLZP	64
Tabulka 26 Informační podpora z pohledu NLZP	64
Tabulka 27 Vnímání míry informační podpory z pohledu matek a lékařů	65
Tabulka 28 Informační podpora od lékařů	67
Tabulka 29 Informační podpora z pohledu lékařů	67
Tabulka 30 Vnímání míry pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP	68
Tabulka 31 Pečovatelská podpora od NLZP	69
Tabulka 32 Pečovatelská podpora z pohledu NLZP	69

Tabulka 33 Vnímání míry pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů	70
Tabulka 34 Pečovatelská podpora od lékařů	71
Tabulka 35 Pečovatelská podpora z pohledu lékařů	71
Tabulka 36 Vnímání míry podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP	72
Tabulka 37 Podpora rodičovské role od NLZP	73
Tabulka 38 Podpora rodičovské role z pohledu NLZP	73
Tabulka 39 Vnímání míry podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů	74
Tabulka 40 Podpora rodičovské role od lékařů z pohledu matek.....	75
Tabulka 41 Podpora rodičovské role z pohledu lékařů	75
Tabulka 42 Test normality dat emocionální podpory z pohledu matek a NLZP	76
Tabulka 43 Mean Ranky emocionální podpory z pohledu matek a NLZP	76
Tabulka 44 Mann Whitney U-test emocionální podpory z pohledu matek a NLZP	76
Tabulka 45 Test normality dat emocionální podpory z pohledu matek	77
Tabulka 46 Test normality dat emocionální podpory z pohledu lékařů	77
Tabulka 47 Mean Ranky emocionální podpory z pohledu matek a lékařů	78
Tabulka 48 Mann Whitney U-test emocionální podpory z pohledu matek a lékařů	78
Tabulka 49 Test normality dat informační podpory z pohledu matek a NLZP.....	78
Tabulka 50 Mean Ranky informační podpory z pohledu matek a NLZP	79
Tabulka 51 Mann Whitney U-test informační podpory z pohledu matek a NLZP	79
Tabulka 52 Test normality dat informační podpory z pohledu matek	79
Tabulka 53 Test normality dat informační podpory z pohledu lékařů	80
Tabulka 54 Mean Ranky informační podpory z pohledu matek a lékařů	80
Tabulka 55 Mann Whitney U-test informační podpory z pohledu matek a lékařů	80
Tabulka 56 Test normality dat pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP.....	81
Tabulka 57 Mean Ranky pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP	81
Tabulka 58 Mann Whitney U-test pečovatelské podpory z pohledu matek a NLZP	81
Tabulka 59 Test normality dat pečovatelské podpory z pohledu matek	82
Tabulka 60 Test normality dat pečovatelské podpory z pohledu lékařů	82
Tabulka 61 Mean Ranky pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů	82
Tabulka 62 Mann Whitney U-test pečovatelské podpory z pohledu matek a lékařů	83
Tabulka 63 Test normality dat podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP	83
Tabulka 64 Mean Ranky podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP	84
Tabulka 65 Mann Whitney U-test podpory rodičovské role z pohledu matek a NLZP	84
Tabulka 66 Test normality dat podpory rodičovské role z pohledu matek	84


Tabulka 67 Test normality dat podpory rodičovské role z pohledu lékařů	85
Tabulka 68 Mean Ranky podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů	85
Tabulka 69 Mann Whitney U-test podpory rodičovské role z pohledu matek a lékařů.....	85

Seznam grafů

Graf 1 Rozdělení respondentů dle výzkumné skupiny	46
Graf 2 Věk matek	47
Graf 3 Věk NLZP	48
Graf 4 Věk lékařů	49
Graf 5 Rozdělení matek dle rodinného stavu	50
Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání matek	51
Graf 7 Nejvyšší dosažené vzdělání NLZP	52
Graf 8 Pohlaví lékařů	53
Graf 9 Délka pracovní praxe NLZP	54
Graf 10 Délka pracovní praxe lékařů	54
Graf 11 Rozdělení matek dle počtu dětí	55
Graf 12 Pohlaví dítěte	56
Graf 13 Emocionální podpora od NLZP z pohledu matek	59
Graf 14 Emocionální podpora z pohledu NLZP	59
Graf 15 Emocionální podpora od lékařů z pohledu matek	61
Graf 16 Emocionální podpora z pohledu lékařů	61
Graf 17 Informační podpora od NLZP z pohledu matek	64
Graf 18 Informační podpora z pohledu NLZP	64
Graf 19 Informační podpora od lékařů z pohledu matek	67
Graf 20 Informační podpora z pohledu lékařů	67
Graf 21 Pečovatelská podpora od NLZP z pohledu matek	69
Graf 22 Pečovatelská podpora z pohledu NLZP	69
Graf 23 Pečovatelská podpora od lékařů z pohledu matek	71
Graf 24 Pečovatelská podpora z pohledu lékařů	71
Graf 25 Podpora rodičovské role od NLZP z pohledu matek	73
<i>Graf 26 Podpora rodičovské role z pohledu NLZP</i>	<i>73</i>
Graf 27 Podpora rodičovské role od lékařů z pohledu matek	75
Graf 28 Podpora rodičovské role z pohledu lékařů	75

Seznam příloh

Příloha 1 Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UPOL	117
Příloha 2 Souhlas Margaret Shandor Miles	118
Příloha 3 Souhlas vedení Fakultní nemocnice Olomouc	119
Příloha 4 Souhlas vedení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně	121
Příloha 5 Informovaný souhlas	122
Příloha 6 Dotazník pro rodiče	126
Příloha 7 Dotazník pro NLZP	129
Příloha 8 Dotazník pro lékaře	131



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-147087/1030-2019

Vážená paní
Bc. Jana Kováčiková

2019-31-10


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 zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

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

Genius loci

Příloha 2 Souhlas Margaret Shandor Miles

PERMISSION TO USE RESEARCH INSTRUMENT

FROM: Margaret S. Miles, RN, PhD, FAAN
Professor
School of Nursing
CB 7460 Carrington
The University of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, NC 27599-7460
Email: mmiles@email.unc.edu

RE: Use of instrument: Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech

To: Investigator's Name: Bc. Jana Kováčiková
Address: Dukelská 1055/10, 74221 Kopřivnice, Česká republika
E-mail: jana.kovacikova01@upol.cz

I hereby give my permission for you to copy (re retype) my instrument for use in your research. This permission is valid only for the study named in your letter.

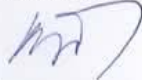
I request that you send me an abstract of the results of your study when completed.

I request that you use the appropriate reference when submitting proposals or papers for publication using the tool

Margaret S. Miles

I agree to the above conditions for use of the instrument.

Investigator



Please sign or type name and address and return via email (mmiles@email.unc.edu) or mail.

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

 Jméno a příjmení žadatele: Bc. Jana Kováčiková

 Datum narození: 21.11.1995 Telefon: 724843926 E-mail: jana.kovacikova01@upol.cz

 Kontaktní adresa: Dukelská 1055, Kopřivnice 74221

 Přesný název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

 Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

 Forma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxí:

 ANO na pracovišti: IMP a JIRP neonatologie v termínu od: 31.10.2019 do: 15.11.2019
 NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

 ANO na pracovišti: _____
 NE

 Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: IMP a JIRP neonatologie

Účel žádosti:

-
- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
-
-
- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
-
-
- sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uvedte):

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

 Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOL

 Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 200

 Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 15.11.2019 do: 30.4.2020
K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: _____

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____ povolání: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: _____

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce: Prezentace výsledků dotazníkového šetření v rámci diplomové práce a její obhajoby, odevzdání a zveřejnění ve STAGu Univerzity Palackého v Olomouci

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

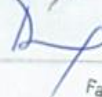
Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis):

8.11.2019 

Schválil (datum podpis):

11.11.2019


Ing. Andrea Drobiličová
Hlavní sestra
Odbor hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc

Poznámky:

Požadavek na:

Dotazníková akce pro rodiče hospitalizovaných dětí na oddělení IMP a JIRP neonatologie a zaměstnance FNOL.

Příloha 4 Souhlas vedení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY

Jméno a příjmení žadatele: Bc. Jana Kováčiková

Datum narození: 21.11.1995 Telefon: 724843926 E-mail: jana.kovacikova01@upol.cz

Adresa trvalého bydliště: Dukelská 1055, Kopřivnice 74221

Název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Forma studia: prezenční kombinovaná

Účel žádosti: sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové práce

Téma závěrečné práce: Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech

Požadavek na: dotazníková akce pro zaměstnance a rodiče hospitalizovaných dětí na oddělení IMP a JIRP neonatologie Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 27.11.2019 do: 30.4.2020

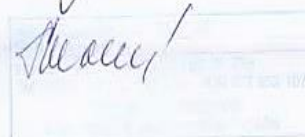
Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: IMP a JIRP neonatologie

Žadatel: 

Vyřádění nemocnice: Souhlasím Nesouhlasím

Datum: 24.11.2019

Razítko, podpis:





Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, zdravotních sester a lékařů v perinatologických centrech

Období realizace: 15.11.2019 – 30.4.2020

Řešitelé projektu: Bc. Jana Kováčiková

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit vnímání míry poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech a tyto pohledy porovnat. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky dotazníkového šetření mohou vést ke zkvalitnění poskytované péče. Délka testování se pohybuje mezi 10 až 15 minutami. Vyplněné dotazníky budou následně zpracovány statistickými metodami a výsledky dotazníkového šetření prezentovány pomocí grafů a tabulek. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení

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 projektu 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.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Vnímání poskytované podpory z pohledu rodičů, zdravotních sester a lékařů v perinatologických centrech

Období realizace: 27.11.2019 – 30.4.2020

Řešitelé projektu: Bc. Jana Kováčiková

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit vnímání míry poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech a tyto pohledy porovnat. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky dotazníkového šetření můžou vést ke zkvalitnění poskytované péče. Délka testování se pohybuje mezi 10 až 15 minutami. Vyplněné dotazníky budou následně zpracovány statistickými metodami a výsledky dotazníkového šetření prezentovány pomocí grafů a tabulek. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplyvají žádná rizika.

Prohlášení

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 projektu 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 zpracovány 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.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha 6 Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

dovolují si Vás oslovit za účelem spolupráce na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit vnímání míry poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech a tyto pohledy porovnat. Výsledky zhodnocení následujících zkušeností během přítomnosti u Vašeho dítěte mohou vést ke zkvalitnění poskytované péče. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a jehož délka trvání se pohybuje mezi 10 až 15 minutami. U každé otázky, prosím, zakřížkujte pouze jednu z nabízených odpovědí, popřípadě doplňte čísla.

Děkuji Vám za Váš čas.

Bc. Jana Kováčiková

Studentka 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Intenzivní péče v porodní asistenci Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

1. Zakřížkujte nebo doplňte čísla, prosím, následující informace o sobě a Vašem dítěti:

Ve vztahu k dítěti jsem:	<input type="radio"/> Matka	<input type="radio"/> Otec					
Rodinný stav:	<input type="radio"/> Svobodný/á	<input type="radio"/> Rozvedený/á					
	<input type="radio"/> Ženatý/vdaná						
Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání:	<input type="radio"/> Základní	<input type="radio"/> Vyšší odborné					
	<input type="radio"/> Středoškolské	<input type="radio"/> Vysokoškolské					
Váš věk:	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Pohlaví dítěte:	<input type="radio"/> Dívka	<input type="radio"/> Chlapec					
Gestační týden narození dítěte:	<input type="text"/>	Porodní hmotnost (v gramech):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Počet dní hospitalizace dítěte:	<input type="text"/>	Kolik máte dětí?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Na následujících stránkách, prosím, zhodnoťte škálou „Skoro nikdy“ – „Málokdy“ – „Občas“ – „Často“ – „Skoro vždy“ míru podpory, která Vám byla poskytnuta sestrami a lékaři během hospitalizace Vašeho dítěte. Zakřížkujte, prosím, pouze jednu z nabízených možností.

Sestry mi poskytly podporu:		Skoro nikdy	Málokdy	Občas	Často	Skoro vždy
1.	Sestry si se mnou promluvily ohledně mých pocitů, starostí a obav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sestry mi pomohly porozumět, čím mé dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sestry mě učily, jak se o své dítě starat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sestry mi dávaly najevo, jak je má role rodiče důležitá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sestry mi daly možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sestry zodpověděly mé dotazy zcela dostatečně či vždy sehnaly zodpovědnou osobu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Sestry mi sdělovaly změny/zlepšení stavu mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Sestry mě přizvaly k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Sestry mi pomohly porozumět chování a reakcím mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sestry mi pomohly naučit se, jak utešit mé dítě během či po zdravotních zákrocích	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Sestry mi sdělovaly, že se starám o své dítě správně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Sestry odpovídaly na mé starosti a obavy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Sestry projevily zájem o moji osobní pohodu (např. o spánek či stravování)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Sestry mě obeznámily se jmény personálu a jejich rolí v procesu ošetřování mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Sestry se staraly svědomitě o mé dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Sestry mě povzbuzovaly k otázkám ohledně mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Sestry byly vnímavé ohledně zvláštních potřeb mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Sestry mi dovolily podílet se na péči o mé dítě, kdykoliv to bylo možné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Sestry mi dávaly najevo zájem o mé dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Sestry zareagovaly včas na potřeby mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Sestry mi sdělily něco kladného ke stavu mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lékaři mi poskytli podporu:	Skoro nikdy	Málokdy	Občas	Často	Skoro vždy
1. Lékaři si se mnou promluvili ohledně mých pocitů, starostí a obav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Lékaři mi pomohli porozumět, čím mé dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lékaři mě učili, jak se o své dítě starat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Lékaři mi dávali najevo, jak je má role rodiče důležitá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Lékaři mi dali možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Lékaři zodpověděli mé dotazy zcela dostatečně či vždy sehnali zodpovědnou osobu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lékaři mi sdělovali změny/zlepšení stavu mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Lékaři mě přizvali k rozhovoru, kde se rozhodovalo o další zdravotní péči mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Lékaři mi pomohli porozumět chování a reakcím mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Lékaři mi pomohli naučit se, jak ušetřit mé dítě během či po zdravotních zákrocích	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Lékaři mi sdělovali, že se starám o své dítě správně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Lékaři odpovídali na mé starosti a obavy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Lékaři projevíli zájem o moji osobní pohodu (např. o spánek či stravování)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Lékaři mě obeznámili se jmény personálu a jejich rolí v procesu ošetřování mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Lékaři se starali svědomitě o mé dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Lékaři mě povzbuzovali k otázkám ohledně mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Lékaři byli vnímaví ohledně zvláštních potřeb mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Lékaři mi dovolili podílet se na péči o mé dítě, kdykoliv to bylo možné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Lékaři mi dávali najevo zájem o mé dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Lékaři zareagovali včas na potřeby mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Lékaři mi sdělili něco kladného ke stavu mého dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha 7 Dotazník pro NLZP

Vážené sestry,

dovoluji si Vás oslovit za účelem spolupráce na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit vnímání míry poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech a tyto pohledy porovnat. Výsledky zhodnocení následujících položek mohou vést ke zkvalitnění poskytované péče. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a jehož délka trvání se pohybuje mezi 10 až 15 minutami. U každé otázky, prosím, zakřížkujte pouze jednu z nabízených odpovědí, popřípadě doplňte čísla.

Děkuji Vám za Váš čas.

Bc. Jana Kováčiková

Studentka 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Intenzivní péče v porodní asistenci Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

1. Zakřížkujte nebo doplňte čísla, prosím, následující informace:

Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání:	<input type="radio"/> Středoškolské	<input type="radio"/> Vysokoškolské
	<input type="radio"/> Vyšší odborné	
Váš věk:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Délka pracovní praxe (v letech):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Na následující stránce, prosím, zhodnoťte škálou „Skoro nikdy“ – „Málokdy“ – „Občas“ – „Často“ – „Skoro vždy“ míru podpory, kterou poskytujete rodičům hospitalizovaných dětí. Zakřížkujte, prosím, pouze jednu z nabízených možností.

<u>Rodičům poskytují podporu:</u>	Skoro nikdy	Málokdy	Občas	Často	Skoro vždy
1. S rodiči si promluvím ohledně jejich pocitů, starostí a obav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pomáhám rodičům porozumět, čím jejich dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Učím rodiče, jak se o dítě starat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dávám najevo, jak je jejich role rodiče důležitá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dávám rodičům možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Zodpovím dotazy rodičů zcela dostatečně či vždy seženu zodpovědnou osobu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sdělují rodičům změny/zlepšení stavu jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Přizvu rodiče k rozhovoru, kde se rozhoduje o další zdravotní péči jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pomáhám rodičům porozumět chování a reakcím jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pomáhám rodičům naučit se, jak utešit dítě během či po zdravotních zákrocích	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sdělují rodičům, že se starají o dítě správně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Odpovídám na starosti a obavy rodičů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Projevují zájem o jejich osobní pohodu (např. o spánek či stravování)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Obeznamuji rodiče se jmény personálu a jejich rolí v procesu ošetřování jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Starám se o dítě svědomitě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Povzbuzuji rodiče k otázkám ohledně jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Jsem vnímavá ohledně zvláštních potřeb dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Dovolím rodičům podílet se na péči o jejich dítě, kdykoliv je to možné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Dávám najevo zájem o dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Reaguji včas na potřeby dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Rodičům sdělím něco kladného ke stavu jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha 8 Dotazník pro lékaře

Vážený lékaři,

dovoluji si Vás oslovit za účelem spolupráce na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit vnímání míry poskytované podpory z pohledu rodičů, nelékařského zdravotnického personálu a lékařů v perinatologických centrech a tyto pohledy porovnat. Výsledky zhodnocení následujících položek mohou vést ke zkvalitnění poskytované péče. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a jehož délka trvání se pohybuje mezi 10 až 15 minutami. U každé otázky, prosím, zakřížkujte pouze jednu z nabízených odpovědí, popřípadě doplňte čísla.

Děkuji Vám za Váš čas.

Bc. Jana Kováčiková

Studentka 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Intenzivní péče v porodní asistenci Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

1. Zakřížkujte nebo doplňte čísla, prosím, následující informace:

Jsem:	<input type="radio"/> Žena	<input type="radio"/> Muž
Váš věk:		
Délka pracovní praxe (v letech):		

1. Na následující stránce, prosím, zhodnoťte škálou „Skoro nikdy“ – „Málokdy“ – „Občas“ – „Často“ – „Skoro vždy“ míru podpory, kterou poskytujete rodičům hospitalizovaných dětí. Zakřížkujte, prosím, pouze jednu z nabízených možností.

<u>Rodičům poskytují podporu:</u>	Skoro nikdy	Málokdy	Občas	Často	Skoro vždy
1. S rodiči si promluvím ohledně jejich pocitů, starostí a obav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pomáhám rodičům porozumět, čím jejich dítě prochází (např. testy, zákroky a léky)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Učím rodiče, jak se o dítě starat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dávám najevo, jak je jejich role rodiče důležitá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dávám rodičům možnost rozhodnout se, zda zůstat či odejít během lékařských zákroků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Zodpovím dotazy rodičů zcela dostatečně či vždy seženu zodpovědnou osobu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sdělují rodičům změny/zlepšení stavu jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Přizvu rodiče k rozhovoru, kde se rozhoduje o další zdravotní péči jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Pomáhám rodičům porozumět chování a reakcím jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Pomáhám rodičům naučit se, jak utešit dítě během či po zdravotních zákrocích	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sdělují rodičům, že se starají o dítě správně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Odpovídám na starosti a obavy rodičů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Projevují zájem o jejich osobní pohodu (např. o spánek či stravování)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Obeznamuji rodiče se jmény personálu a jejich rolemi v procesu ošetřování jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Starám se o dítě svědomitě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Povzbuzuji rodiče k otázkám ohledně jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Jsem vnímavý/á ohledně zvláštních potřeb dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Dovolím rodičům podílet se na péči o jejich dítě, kdykoliv je to možné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Dávám najevo zájem o dítě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Reaguji včas na potřeby dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Rodičům sdělím něco kladného ke stavu jejich dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>