

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Adéla Kašparovská

**Vliv hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a
kvalitu života rodičů**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2021

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

Olomouc 13. května 2021

.....

podpis

Děkuji vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, podněty a připomínky, a Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D., za pomoc při statistickém zpracování dotazníků. Dále mé poděkování patří Fakultní nemocnici Olomouc a respondentům za ochotu a obětovaný čas při účasti na výzkumném šetření. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za podporu, kterou mi během studia poskytovali.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: diplomová práce

Téma práce: Vliv hospitalizace novorozenců na JIP na jejich rodiče

Název práce: Vliv hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů

Název práce v AJ: The effect of newborn hospitalization in the NICU on their parents' mental health and quality of life

Datum zadání: 2020-01-24

Datum odevzdání: 2021-05-13

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Adéla Kašparovská

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Radka Kozáková

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá vlivem hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje čtyři hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá poznatky o rizikovém novorozenci, komplikacemi u rizikového novorozence a prostředím novorozenecké JIP. Druhá kapitola se zabývá vlivem hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku rodičů, a to faktory, které psychiku rodičů ovlivňují, komunikací mezi rodiči a personálem, dále zde byly popsány rozdíly vnímání hospitalizace novorozence u matek a otců a srovnána psychika rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP a rodičů fyziologických novorozenců. Třetí kapitola se zabývala kvalitou života rodičů, zejména čím je kvalita života ovlivněna. Poslední kapitola teoretické části se zabývá péčí o rodinu jako celek, zapojením rodiny do péče o novorozence na JIP a metodou klokánkování. Praktická část byla vymezena třemi dílčími cíli. Prvním cílem bylo zjistit kvalitu života a míru deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP

s využitím dotazníků WHOQOL-BREF a BDI-II. Druhým cílem bylo zjistit vztah mezi kvalitou života a mírou deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP, načež byl zjištěn statisticky významný vztah. Posledním cílem bylo srovnat kvalitu života a míru deprese rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP s rodiči fyziologických novorozenců, a bylo zjištěno, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP vykazují statisticky vyšší míru deprese a mají sníženou kvalitu života v doméně fyzické zdraví a prožívání v porovnání s rodiči fyziologických novorozenců.

Abstrakt v AJ: The aim of this thesis was to determine the effect of newborn hospitalization in the NICU on their parents' mental health and quality of life. The thesis consists of a theoretical part and a practical part. The theoretical part includes four chapters. The first chapter contains the summary of newborn at risk, complications related with newborn at risk and the environment of the NICU. The second chapter determines the effect of newborn hospitalization in the NICU on their parents' mental health, especially factors which effect parents' mental health, communication between parents and medical staff, then the chapter describes how mothers and fathers feel about that situation differently, and compares mental health of parents whose newborns are hospitalized in NICU and parents whose newborns are healthy. The third chapter determines quality of life of parents whose newborns are hospitalized in NICU and its cause. The last chapter of the theoretical part describes family-centred care and kangaroo mother care. The practical part – research consists of three aims. The first aim was to discover quality of life and depression level of parents whose newborn were hospitalized in NICU by using two questionnaires WHOQOL-BREF and BDI-II. The second aim was to discover the correlation between quality of life and depression level of parents whose newborns were hospitalized in NICU, and the statistically significant correlation was found. The last aim was to compare quality of life and depression level of parents whose newborns were hospitalized in NICU with parents whose newborns were healthy. It was discovered that parents whose newborns were hospitalized in NICU have statistically higher levels of depression and lower quality of life in domain of physical health and psychological domain than parents whose newborns were healthy.

Klíčová slova v ČJ: novorozenecká JIP, předčasně narozený novorozenec, rodiče, deprese, úzkost, kvalita života, psychické potíže, zapojení rodičů do péče, klobákování

Klíčová slova v AJ: NICU, preterm infant, parents, depression, anxiety, quality of life, mental issues, family-centred care, kangaroo mother care

Rozsah: 78 stran / 6 příloh

OBSAH

ÚVOD	8
1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE	10
2 RIZIKOVÝ NOVOROZENEC	12
3 VLIV HOSPITALIZACE NOVOROZENCŮ NA PSYCHIKU RODIČŮ	16
3.1 Faktory ovlivňující psychiku rodičů hospitalizovaných novorozenců	17
3.1.1 Vliv komunikace na psychiku rodičů hospitalizovaných novorozenců	21
3.2 Rozdíly vnímání hospitalizace novorozence u matek a otců	24
3.3 Porovnání psychického stavu rodičů fyziologických a hospitalizovaných novorozenců	26
4 KVALITA ŽIVOTA RODIČŮ HOSPITALIZOVANÝCH NOVOROZENCŮ	28
5 PÉČE ZAMĚŘENÁ NA RODINU (FAMILY-CENTERED CARE)	33
5.1 Metoda klokánkování	37
5.2 Shrnutí teoretických poznatků	40
6 METODIKA VÝZKUMU VLIVU HOSPITALIZACE NOVOROZENCŮ NA JIP NA KVALITU ŽIVOTA A MÍRU DEPRESE RODIČŮ	44
6.1 Cíle a hypotézy diplomové práce	44
6.2 Metody výzkumného šetření a sběru dat	45
6.3 Organizace výzkumného šetření zkoumaného souboru	47
6.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru	48
6.4 Organizace výzkumného šetření a charakteristika kontrolní skupiny	48
6.5 Metody statistického zpracování dat	49
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	50
7.1 Interpretace výsledků k cíli 1	50
7.2 Interpretace výsledků k cíli 2	53
7.3 Interpretace výsledků k cíli 3	56
8 DISKUZE	60
ZÁVĚR	64
REFERENČNÍ SEZNAM	67
SEZNAM ZKRATEK	76
SEZNAM TABULEK	77
SEZNAM PŘÍLOH	78
PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Hospitalizace novorozence je psychicky náročnou situací pro každou rodinu. Rodiče většinou nejsou na tuto nepříjemnou situaci připraveni, jelikož neočekávají komplikace, a přesto na ně musí reagovat, proto je od začátku hospitalizace novorozence pro rodiče velmi náročná. (Yu, Zhang, Yuan, 2020, s. e48-e54) Rodiče novorozenců, kteří vyžadují dlouhodobou hospitalizaci na novorozenecké jednotce intenzivní péče (JIP), musí často čelit depresi, úzkosti, stresu nebo poruchám spánku. Tyto obtíže pramení z toho, že se rodiče vypořádávají s neobvyklým a neznámým prostředím na novorozenecké JIP a jsou vystavováni různým stresorům, jako např. prostředí novorozenecké JIP, vzhled a chování novorozence, nová životní role – role rodiče. Rodina funguje jako systém, kde probíhají sociální interakce, členové rodiny jsou na sobě vzájemně závislí, napodobují své chování a navzájem se velmi ovlivňují. Rodina přirozeně funguje navzájem i po emoční stránce, proto rodič, který musí zodpovídat za rozhodování a řešení problémů, co se týče rodiny, může být emočně ve velmi vypjaté situaci. Tento stav může mít často negativní vliv na správnou funkci rodiny, na kapacitu rodiče v řešení problémů a jeho emoční stabilitu. Často to může i negativně ovlivnit vznik vazby a vztah mezi rodičem a novorozencem. Psychický stav rodičů může také ovlivnit prostředí, ze kterého pochází nebo ve kterém žijí. Náboženství, kultura nebo sociální prostředí mohou silně ovlivnit, jak danou situaci rodiče zvládají a zažívání velkého stresu na denní bázi může negativně ovlivnit emoce i spánek. Mnoho kvantitativních výzkumů potvrdilo, že téměř každá hospitalizace novorozence na JIP vede ke zvýšení stresu u rodičů, a to bez ohledu na to, v jakém gestačním věku novorozenec právě je. Rozdíl se mohou objevovat v tom, jak zvládají náročnou situaci muži a ženy v rámci rodičovské role, což může někdy také souviset s kulturou či náboženstvím. Je ale prokázáno, že oba rodiče trpí mnoha psychickými potížemi, ať už více či méně, oproti rodičům fyziologických novorozenců. (Abdullah et al., 2017, s. 132-140)

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit vliv hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů. Záměrem bylo díky standardizovaným dotazníkům WHOQOL-BREF a BDI-II zjistit míru deprese a kvality života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP a zjistit vztah mezi mírou deprese a kvalitou života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP. Posledním cílem bylo srovnat

míru deprese a kvalitu života rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP a rodičů fyziologických novorozenců.

Před zahájením rešeršní strategie byla prostudována uvedená literatura:

- 1) CLEVELAND, L.M. 2008. Parenting in the neonatal intensive care unit. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 37, 666–691.
- 2) COLVILLE, G. et al. 2009. The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive Crit. Care Nurs.* 25, 72–79.
- 3) MUNDY, C.A. 2010. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *Am.J. Crit. Care.* 19, 156–163.
- 4) STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA. 2015. *Neonatologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 637 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4.
- 5) TAKÁCS, Lea. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Editor Daniela SOBOTKOVÁ, editor Lenka ŠULOVÁ. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: novorozenecká JIP, předčasně narozený novorozenec, rodiče, deprese, úzkost, kvalita života, psychické potíže, zapojení rodičů do péče, klokánkování

Klíčová slova v AJ: NICU, preterm infant, parents, depression, anxiety, quality of life, mental issues, family-centred care, kangaroo mother care

Jazyk: angličtina, čeština

Období: 2013-2021, 2 dokumenty z roku 2006 a 1 dokument z roku 1996

Databáze: PubMed, Google Scholar, EBSCO, Medvik, MEDLINE

Celkem nalezeno 149 dokumentů.

Vyřazující kritéria:

dokumenty, které nesplnily kritéria

duplicitní dokumenty

dokumenty netýkající se cílů

kvalifikační práce

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů

PubMed – 13 dokumentů

Google Scholar – 21 dokumentů

EBSCO – 9 dokumentů

Medvik – 6 dokumentů

MEDLINE – 3 dokumenty

Souborný katalog UPOL – 4 knihy

Další zdroje – 4

Sumarizace využitých periodik a dokumentů

Elektronická periodika – 52 článků

Monografie a e-monografie – 6 knih

Další internetové zdroje - 2

Sumarizace dohledaných periodik a využitých dokumentů

Česká periodika a dokumenty: Psychiatrie (1), Pediatrie pro praxi (3), Medical Tribune (1)

Zahraniční periodika: Journal of Pediatric Nursing (4), Journal of Neonatal Nursing (3), Quality of Life Research (2), Early Human Development (1), Acta Paediatrica (2), Advances in Neonatal Care (2), The Turkish Journal of Pediatrics (1), Infant Mental Health Journal (1), CoDAS (1), Journal of Neonatal-Perinatal Medicine (1), Patient Education and Counseling (2), BMC Pediatrics (1), Journal of Perinatology (2), Midwifery (1), Journal of Education and Health Promotion (1), The Lancet Global Health (1), Journal of Neural Transmission (1), Europe's Journal of Psychology (1), Primary Health Care Research & Development (1), International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (1), Newborn and Infant Nursing Reviews (1), Nursing Clinics (1), Current Treatment Options in Pediatrics (1), Journal of Clinical Psychology in Medical Settings (1), International Breastfeeding Journal (2), Child Development Perspectives (1), Nursing & Health Sciences (1), Food & Nutrition Research (1), Sexual & Reproductive Healthcare (1), Jama Pediatrics (1), Australian Critical Care (1), Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (1), The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine (1), Seminars in Perinatology (1), Frontiers in Public Health (1), Indian Pediatrics (1)

Pro tvorbu teoretických východisek diplomové práce bylo použito celkem 60 dohledaných dokumentů, z toho 47 dohledaných zahraničních článků, 5 českých článků, 6 monografií a e-monografií, a 2 webové stránky.

2 RIZIKOVÝ NOVOROZENEC

Většina novorozenců se po porodu adaptuje bez výrazných potíží, a i převážná většina těhotenství probíhá bez závažných komplikací, avšak pokud existuje zvýšené riziko nebo přímo komplikace ohrožující tělesný nebo duševní vývoj dítěte během těhotenství, porodu nebo po porodu, považujeme novorozence za rizikového. Díky komplexní zdravotnické péči, dispenzarizaci rizikových gravidit a nejnovějším poznatkům jsou v posledních desetiletích v péči o novorozence stále lepší výsledky. Zhruba 10-12 % všech novorozenců vyžaduje po porodu péči na novorozenecké jednotce intenzivní péče a mnoho jich zůstane i na delší dobu hospitalizováno. Průměrná délka hospitalizace trvá 2 týdny, ale může trvat až několik měsíců vzhledem ke gestačnímu věku a komplikacím u novorozence. Přibližně 50 % novorozenců hospitalizovaných na JIP se narodí předčasně (před 37. týdnem gestace), což s sebou přináší různé komplikace, ale i donošené novorozence mohou postihnout komplikace vyžadující intenzivní péči (např. vrozené vývojové vady – omfalokéla, poruchy poporodní adaptace, porodní úrazy, komplikace po operačním porodu, novorozenecké infekce). Mezi nejběžnější diagnózy, které se na novorozenecké JIP vyskytují, patří syndrom dechové tísně, bronchopulmonální dysplázie, vrozené vývojové vady, nekrotizující enterokolitida, intraventrikulární krvácení, plicní hypoplazie, infekce, sepse a tranzitorní tachypnoe. (Grunberg et al., 2019, s. 156-157; D'Agata et al., 2017, s. 308; Klíma, 2016, s. 96)

Předčasný porod (porod před ukončeným 37. týdnem gravidity) jakožto nejčastější důvod pro hospitalizaci novorozence na novorozenecké JIP tvoří celosvětově přibližně 11 % porodů, což znamená, že ročně se na celém světě narodí 15 miliónů dětí před termínem porodu. Incidence předčasných porodů v Evropě se dle WHO pohybuje kolem 8,7 %, v ČR 8,5 %. (Chawanpaiboon et al., 2019, s. e37-e46) U převážně většiny žen nastává předčasný porod spontánně (z neznámé příčiny nebo v souvislosti s předčasným odtokem plodové vody), pouze u 20 % žen je předčasný porod indikován lékařem kvůli komplikacím u matky nebo dítěte. 84 % předčasných porodů probíhá během 32.-36. týdne, 10 % předčasně narozených novorozenců se narodí během 28.-31. týdne a 5 % před 28. týdnem gravidity. U novorozenců se po předčasném porodu mohou objevit časně nebo dlouhodobé komplikace. Mezi časně komplikace patří podchlazení, jelikož předčasně narozený novorozenec nemá dostatečnou schopnost si teplo vytvářet sám a dochází k rychlým ztrátám tepla, proto

je nutné udržovat termoneutrální prostředí pomocí inkubátoru. Přítomnost surfaktantu v plicních sklípcích je jednou ze základních podmínek životaschopnosti novorozence, proto je zralost plic zásadním faktorem u předčasně narozených dětí. Při nedostatku surfaktantu v plicích se u novorozence rozvíjí syndrom dechové tísně, což vyžaduje léčbu oxygenoterapií. U velmi nezralých novorozenců je toto onemocnění nejčastější komplikací, jeho incidence je až 93 %, čím nižší je gestační týden narozeného novorozence, tím incidence stoupá. Dalšími komplikacemi jsou velmi nízký krevní tlak a otevřená tepenná dučej, nízká nebo naopak vysoká hladina glykémie, novorozenecká žloutenka a anemizace při nezralosti. Kvůli nezralosti trávicího traktu může dojít k další časné komplikaci – nekrotizující enterokolitidě, kdy dochází k nekróze střeva. Velmi často se může u nezralých novorozenců objevit i sepse. Vzácnějšími komplikacemi jsou intraventrikulární krvácení, poruchy sluchu, v souvislosti s nezralostí sítnice také hrozí poškození sítnice – retinopatie z nezralosti. Epilepsie, onemocnění plic nebo poruchy růstu patří mezi dlouhodobé komplikace, které se mohou objevit jako následek předčasného porodu. (Mandy, 2018; Procházka et al., 2020, s. 693-711)

Novorozenecká JIP není pro novorozence přirozeným prostředím, působí na ně různé stresory, např. prudké světlo, hluk, teplota prostředí, a často jsou vystavováni nepříjemným a bolestivým procedurám v rámci intenzivní péče. Mnoho studií prokázalo, že rušivé podněty (hluk, prudké světlo, necitlivá manipulace s dítětem a další) mohou negativně ovlivňovat stav dítěte a to dýchání, endokrinní systém, metabolismus i kardiovaskulární funkce. (Khalesi et al., 2017, s. 43-47; Shimizu, Matsuo, 2016, s. e149-e154; Zores et al., 2018, s. 1191-1197; De Oliveira Rodarte et al., 2019, s. 1-11; Casavant et al., 2017, s. 265-273; Venkataraman et al., 2018, s. 17-21) Nestabilní krevní oběh může vést ke vzniku intraventrikulárního krvácení nebo hypoxie mozku. Častá motorická aktivita a buzení spotřebovávají energii, která je důležitá pro růst. Pro vývoj mozku a růst je velmi důležitý spánek, který je rušivými podněty snadno rušen. Je proto nutné upravit prostředí novorozenecké JIP, aby byl stav novorozence co nejstabilnější. Hluk způsobený nepřetržitým používáním přístrojů monitorujících životní funkce, alarmujícími zařízeními nebo komunikací personálu a návštěv je velmi běžným rušivým podnětem, který zvyšuje riziko ztráty sluchu u předčasně narozeného novorozence a může mít negativní vliv na jeho krátkodobý i dlouhodobý vývoj. Intenzita hluku by neměla být mimo stanovenou hranici 45-50 dB,

jelikož vyšší intenzita hluku vyvolává u novorozence stres, který dále způsobí zvýšený krevní tlak, tachykardii, tachypnoe a desaturaci, což často vyústí v apnoe nebo bradykardii u novorozence, a jeho stav je ohrožen. Pokud hluk působí na novorozence dlouhodobě, hrozí únava a neprospívání novorozence, tudíž je nutné dodržovat opatření, které snižují hlučnost na celém oddělení novorozenecké JIP – snížení hlasitosti alarmujících přístrojů, včasná reakce personálu, poučení personálu i rodičů novorozenců, používání přehozů přes inkubátory, které snižují intenzitu hluku a zároveň chrání novorozence před nadměrným světlem. Světlo je totiž dalším rušivým elementem, protože nedonošený novorozenec nemá zcela vyvinuté zrakové ústrojí, a může způsobit stres, který dále opět vede k tachykardii, bradykardii, poruchám spánku a neprospívání. Prevencí je kromě překrytí inkubátorů přehozy zastínění místnosti žaluziemi, dodržení cirkadiálního rytmu oddělení, využití bodových světel nad inkubátory nebo použití ochranných brýlí pro novorozence. Nepříjemným podnětem, který může vést k tachykardii, hypertenzi, zvýšení intrakraniálního tlaku, poruchám spánku a neprospívání, je pro novorozence bolest. Ta je bohužel s intenzivní péčí často spojena, a proto je důležité zajistit dostatečné tlumení bolesti. Farmakologické tlumení bolesti je zvoleno dle ordinace lékaře, k nefarmakologickým metodám tlumení bolesti patří podání 24% sacharózy per os, úlevová poloha novorozence nebo podpora rodiče (konejšivý hlas, hlazení, přidržování novorozence). Cílem je vytvořit rovnováhu mezi intenzivní péčí o novorozence a jeho odpočinkem, poskytovat novorozenci individuální péči, ochranu před nepříznivými vlivy prostředí a před bolestí. (Dort, Dortová, Jehlička, 2018, s. 42; Procházka et al., 2020, s. 706-710; Laubach, Wilhelm, Carter, 2014, s. 329-333)

Zajištění komfortního prostředí může být provedeno i designem oddělení novorozenecké JIP. Čím dál více se rozšiřuje trend soukromých pokojů pro hospitalizované novorozence spolu s rodiči („single family rooms“), čímž jsou omezeny rušivé podněty a zajištěn častější kontakt s rodiči oproti oddělením, kde je vyhrazena jedna místnost pro všechny novorozence. I studie prokazují, že příznivější prostředí má na novorozence pozitivní vliv, protože novorozenci hospitalizovaní na těchto samostatných pokojích dosahovali vyšších hmotnostních přírůstků, lépe tolerovali enterální výživu, kojení probíhalo časně, bez komplikací a novorozenci byli kojeni výlučně po dobu minimálně 4 měsíců po propuštění do domácí péče, jejich neurobehaviorální vývoj byl optimálnější a vazba s rodiči na lepší úrovni oproti

novorozencům hospitalizovaných na oddělení se sdíleným prostorem. Naopak někteří rodiče hodnotili soukromé pokoje negativně, protože nebyli na péči připraveni a chtěli být neustále pod dohledem, někteří ale vnímali soukromí a zapojení do péče pozitivně. Je důležité zmínit i to, že dlouhodobý vývoj novorozence je samozřejmě ovlivněn dále i domácím prostředím, kde je o něj po propuštění z nemocnice pečováno. (Cheong et al., 2020, s. 4)

Novorozenci hospitalizovaní na novorozenecké JIP často čelí separaci od rodičů, což negativně ovlivňuje stabilitu jejich stavu a vývoj mozku, stejně tak jsou negativně ovlivněni rodiče a jejich psychický i fyzický stav. Nedostatek fyzické a emoční blízkosti mezi rodiči a novorozenci může negativně ovlivňovat vztah rodiče a novorozence a vést v nepříznivý sociální a emoční vývoj u novorozence. V zájmu novorozence je proto aplikována do praxe tzv. individualizovaná vývojová péče o novorozence, která zahrnuje pravidelnou stimulaci (vizuální, taktilní, sluchovou), zapojení rodičů do péče, podpora kojení, podpora rodičů v pravidelných a co nejčastějších návštěvách, fyzický kontakt mezi rodiči a novorozencem (skin-to-skin, metoda klokánkování) a management bolesti u novorozenců. Studie prokazují, že u předčasně narozených novorozenců, jejichž rodiče se podíleli na péči a byli s novorozenci v kontaktu, byla po propuštění do domácí péče zvýšená mozková aktivita a optimálnější neurobehaviorální vývoj než u novorozenců, kteří byli separováni. V australské studii bylo také prokázáno, že nedonošení novorozenci, jejichž péče zahrnovala skin-to-skin kontakt a individuální péči, byli ve věku 3 měsíců více kontaktní, méně temperamentní a jejich chování šlo lépe regulovat oproti nedonošeným novorozencům, kteří byli separováni od rodičů. Dále měla individuální péče pozitivní vliv na vývoj mozku, kognitivní funkce, řeč, sociální a emoční vývoj. Novorozenci měli k rodičům pevnou citovou vazbu a komunikace probíhala mnohem snadněji než s novorozenci, kterým nebyla individuální péče poskytnuta. (Montirosso, Tronick, Borgatti, 2017, s. 9-10; Lean et al., 2018, s. 59-62)

Intenzivní péče o hospitalizovaného novorozence na JIP vyžaduje kromě odborného vzdělání profesionální, empatický a individuální přístup, neboť péče je poskytována jak novorozenci, tak jeho rodičům a rodině. Pro rodiče je hospitalizace novorozence velmi náročnou situací a ovlivňuje jejich psychický stav, zvláště u matek, proto je psychologická podpora celé rodiny nedílnou součástí intenzivní péče o novorozence. (D'Agata et al., 2017, s. 308; Procházka et al., 2020, s. 709-710)

3 VLIV HOSPITALIZACE NOVOROZENCŮ NA PSYCHIKU RODIČŮ

Během hospitalizace novorozence na JIP mohou matky často zažívat rozporuplné pocity, jako např. smutek, pocit viny, strach, vztek, ztrátu sebeúcty a pocit selhání. Tato situace může být nesmírně náročná a některé matky mohou reagovat až tak, že se od svého dítěte emočně distancují. Tyto emoce mohou negativně ovlivnit myšlenky těchto matek a jejich představu, jak bude dítě vypadat a jak se bude chovat. Zejména matky předčasně narozených novorozenců mívají méně pozitivní očekávání než matky fyziologických novorozenců. Vnímání matek může být velmi ovlivněno traumatickými událostmi a může se tak stát, že rodič není schopen rozpoznat signály a potřeby dítěte. Tato situace představuje velmi závažné riziko při vytváření si vztahu mezi matkou a dítětem a může tak dojít k rozvoji pozdějších psychopatologií. Matky, které své dítě a nemocniční prostředí vnímají velmi negativně a nerealisticky, jsou více odtažité, méně citlivé, často až do 6. měsíce věku dítěte. Je proto velmi důležité zjistit a řešit emoční rozpoložení matky časně po předčasném porodu a během hospitalizace novorozence na JIP, aby se předešlo narušení vazby mezi matkou a dítětem a dalším komplikacím. Pro tento účel se využívá Klinického rozhovoru s rodiči vysoce rizikových novorozenců (Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants – CLIP), který umožňuje rodičům vyjádřit své pocity a obavy, a může tak včas zachytit riziko deprese rodičů a narušení vazby mezi rodičem a dítětem. (Trumello et al., 2018, s. 1-7)

V italské studii byly porovnávány dvě skupiny matek z celkového počtu 62 matek, kterým se narodilo dítě před 37. týdnem těhotenství, jednalo se tedy o předčasný porod. První skupina zahrnovala matky, kterým se narodilo dítě před 32. týdnem těhotenství, druhou skupinu tvořily matky, kterým se dítě narodilo ve 32. týdnu těhotenství nebo ve 32.-37. týdnu těhotenství. Obě skupiny vyplňovaly dva dotazníky v časovém období týden po porodu: Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti (STAI) a Edinburskou škálu postnatální deprese (EPDS). Jako druhý krok, když byli novorozenci ve stabilním stavu, byl proveden klinický rozhovor (CLIP), který se zaměřuje na aktuální stav novorozence, průběh těhotenství, porod, vztah s novorozencem a role rodiče, ohodnocení prostředí novorozenecké JIP a jejího personálu, vztahy s rodinou a podpora od okolí, propuštění a další průběh v domácím prostředí a závěrečné zhodnocení. Studie prokázala, že obě skupiny matek vykazovaly vyšší stupeň míry deprese a úzkosti, než je norma. Co se týče úzkosti,

první skupina vykazovala vyšší stupeň úzkosti než skupina druhá. Tyto výsledky se shodují s předešlými studiemi a dokazují, že matky velmi předčasně narozených dětí (pod 32. týden těhotenství) jsou starostlivější, úzkostnější a dělají si větší starosti, jestli jejich děti přežijí, ve srovnání s matkami předčasně narozených dětí, které se ale narodily po 32. týdnu těhotenství, tudíž mohou být méně rizikové. Jediný rozdíl mezi skupinami byl právě ve stavech úzkosti, v žádném jiném parametru se výrazně neodlišovaly, tudíž se můžeme domnívat, že gestační týden ovlivňuje psychický stav rodiče jen v určité míře. Z rozhovorů ale vyplývalo, že čím je dítě dříve narozeno, tím mají matky pocit, že je jejich dítě zranitelnější, více se bály propuštění a ztráty dítěte. Většina matek také pociťovala nejistotu v roli rodiče, necítily se být matkami, protože nemohly mít dítě u sebe a i přesto, že mohly trávit čas na novorozenecké JIP s jejich dětmi velmi často, kvůli nepřírozenému prostředí cítily psychickou i fyzickou separaci. (Trumello et al., 2018, s. 1-7)

3.1 Faktory ovlivňující psychiku rodičů hospitalizovaných novorozenců

Být rodičem novorozence hospitalizovaného na JIP často znamená neustálá adaptace na změny v rodičovské roli, vypořádávání se s tím, že porod nedopadl podle představ a miminko není úplně zdravé a bez komplikací, sebeobviňování a pocit viny za vystavování dítěte bolesti. Prostředí JIP je pro rodiče stresujícím prostředím charakterizované specifickým pachem a světlem, monitorujícími přístroji s alarmy a zvuky, nedostatkem soukromí a neustálou přítomností zdravotnického personálu. Stresová zátěž rodičů může být ovlivněna sociodemografickými, porodnickými i novorozeneckými aspekty. Vliv může mít věk rodičů, etnický původ, socioekonomický stav, stresující události v životě – plánované rodičovství, předchozí ztráta dítěte, potrat, předchozí psychické potíže nebo předchozí zkušenost s hospitalizací novorozence na JIP. Neopomenutelným stresorem bývá často i komunikace a chování personálu. (Baia et al., 2016, s. 3-9; Abdullah et al., 2017, s. 132-140)

Zjistit rizikové faktory pro vznik stresu a negativních pocitů a porovnat je u obou rodičů bylo cílem výzkumu, který probíhal v italské nemocnici v Miláně. Zapojilo se do něj celkem 43 matek a 38 otců novorozenců hospitalizovaných na novorozenecké JIP. Matky prokazovaly vyšší míru stresu ve srovnání s otci, a to ve třech kategoriích – vzhled prostředí a zvuky, chování a vzhled novorozence a změna rodičovské role, a dále v celkové míře stresu. Přičemž změna rodičovské role a chování a vzhled

novorozence způsobovaly stres více než vzhled prostředí a zvuky. Stejně tak to bylo u otců, změna rodičovské role je znepokojovala mnohem více než vzhled prostředí a zvuky. Matky ale pociťovaly oproti otcům ve větší míře napětí a úzkost, depresi a sklíčenost. Signifikantním rizikovým faktorem pro vznik stresu u matek byla podpora funkce dýchání pomocí přístrojů u novorozence a věk matek – čím mladší matka byla, tím vyšší míru stresu vykazovala. U otců tomu bylo podobně, čím nižší věk, tím stoupala míra stresu u otců, a více se projevovaly známky zmatenosti. Rizikovými faktory pro výskyt napětí a úzkosti u otců byly nižší věk otce, multiparita u ženy a Apgar skóre v 5. minutě. Gestační věk byl rizikovým faktorem pro vznik deprese a vzteku u otců, dále intubace dítěte a multiparita u ženy byly rizikovým faktorem pro vyčerpání u otců. Rizikové faktory by mohly upozornit na rodiče, u kterých je nutné dbát na včasnou prevenci vzniku psychických potíží kvůli hospitalizaci jejich novorozence na JIP. (Ionio et al., 2019, s. 1-6)

Podpora funkce dýchání pomocí přístrojů u novorozence byla také potvrzena v turecké studii jako rizikový faktor pro zvýšení míry stresu u rodičů. Zvýšená míra stresu byla i u rodičů, kteří měli více dětí oproti rodičům, jejichž hospitalizovaný novorozenec byl jejich jediné dítě. V tomto případě měli rodiče pocit viny z toho důvodu, že svoje další děti opouští a nevěnují se jim tak, jak by chtěli. Potvrzeno bylo i to, že se stresem se více potýkaly matky než otcové, což může být vysvětleno tím, že otcové vnímají rodičovskou roli z dlouhodobějšího hlediska a zaměřují se spíše na vývoj role rodiče. Vzhled prostředí a zvuky na novorozeneckých JIP bývají častým stresorem rodičů a přispívají k jejich psychické nepohodě, to bylo potvrzeno i v této studii. Dle Americké pediatrie akademie je doporučeno, aby standardní intenzita světla na novorozeneckých JIP nepřesáhla 646 lux, intenzita hluku by neměla přesáhnout během dne 50 dB, v noci 35 dB. Personál může rodiče dále edukovat za jakým účelem se monitory používají, kdy a proč alarmují, a co v takových situacích dělat. I samotná informovanost rodičů může často snížit míru stresu. (Çekin, Turan, 2018, s. 117-125)

Portugalská studie potvrdila, že nejčastěji u obou rodičů vyvolá stres změna v rodičovské roli, což může být zapříčiněno tím, že jako rodiče nejsou schopni zajistit dítěti primární péči a mohou se kvůli tomu cítit nekompetentní v jejich rodičovské roli. Od novorozenců je dělí bariéry, nemohou se jich vždy dotýkat nebo si je pochovat v náručí, rodiče mají často pocit, že nemohou své dítě ochránit. Matky označily

hospitalizaci svých novorozenců na JIP za velmi stresující událost, otcové ji vnímali jako stresující situaci. Multipary pociťovaly stres ze změny v rodičovské roli méně než primipary, tudíž parita byla charakteristickým znakem pro nižší míru stresu u matek. Zatímco u otců se potvrdilo, že s nižším věkem (v tomto případě <30 let) a velmi nízkou porodní hmotností novorozence stoupá riziko vyšší míry stresu. Nižší věk se opět potvrzuje jako rizikový faktor a tento poznatek může být využit v rámci prevence. (Baia et al., 2016, s. 3-9)

Ve studiích bývá velmi často prokázáno, že jedním z rizikových faktorů, který ovlivňuje u rodičů míru stresu, deprese a úzkosti je věk rodičů. (Baia et al., 2016, s. 3-9; Roque et al., 2017, s. 576-587; Enke et al., 2017, s. 710-719; Ionio et al., 2019, s. 1-6) Ve většině případů se potvrzuje, že mladší rodiče mívají tendenci k vyšší míře stresu, depresi a úzkostí. Dle řecké studie byla míra úzkosti naopak vyšší u rodičů ve věku 40 let a starších. Dále se potvrdilo, že matky trpěly úzkostmi a depresemi daleko více než otcové, což potvrzuje většina studií. Studie byla zaměřena i na sociodemografické ukazatele, které by mohly mít vliv na vznik deprese a úzkostí u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP. Ženy v domácnosti, nezaměstnaní rodiče a rodiče s bydlištěm na vesnicích mnohem více zažívali úzkosti a deprese. Rodiče, kterým se narodilo první dítě (67,5 % ze všech hospitalizovaných novorozenců), rodiče, kteří zažili komplikace už během těhotenství, matky hospitalizované během těhotenství, nebo rodiče novorozenců s více přidruženými onemocněními vykazovaly vyšší míru deprese a úzkostí. Jelikož ztráta dítěte je traumatickou událostí, a při hospitalizaci novorozence na JIP toto riziko hrozí, výskyt potratu v anamnéze zvyšuje míru deprese a úzkostí, což bylo v této studii potvrzeno. U rodičů, kteří podstoupili umělé oplodnění, se také vyskytovaly vyšší míry deprese a úzkostí, jelikož samotný proces umělého oplodnění je psychicky obtížnou situací, která může kvůli hospitalizaci novorozence pokračovat. Rodiče, kteří zažili podobnou situaci, která se týkala hospitalizace novorozence na JIP, odpověděli, že pociťují známky úzkosti, ale ne úplný stav úzkosti ani deprese. Pravděpodobně kvůli tomu, že předešlá podobná zkušenost je sice negativně ovlivnila, ale zároveň je připravila na aktuální situaci a nebyla úplně neznámá. Jak dobře se rodiče cítili informovaní, také ovlivnilo jejich psychický stav. Pokud rodiče cítili, že jsou dobře informovaní o stavu jejich novorozence, pociťovali nižší míru deprese a úzkostí. S informovaností roste pozitivní přístup rodičů k personálu a nemocnici, proto by měl personál dbát na individuální

potřeby každého z rodičů, snažit se o efektivní komunikaci a povzbudit rodiče v zapojení se do péče o jejich novorozence. (Alexopoulou et al., 2018, s. 273-276)

Mnoho novorozeneckých oddělení ve vyspělých zemích zareagovalo na potřeby rodičů tím, že zavedly neomezenou dobu návštěv, např. v USA je rodičům umožněno navštívit svého novorozence kdykoliv během dne (po celých 24 hodin), také ve Švédsku, Dánsku, Velké Británii, ve většině nemocnic v Belgii, Nizozemí a Francii. Avšak v Číně je běžným postupem, že rodiče dochází na novorozeneckou JIP pouze, aby jim byl sdělen aktuální stav jejich dítěte, a na veškeré péči se podílí zdravotnický personál. Právě z omezení návštěv a kontaktu rodiče s dítětem pramenil smutek a úzkost rodičů, jak bylo prokázáno ve kvalitativní čínské studii, kde 11 z 15 dotazovaných pociťovalo smutek a trápili se kvůli tomu, že nemohli vidět své dítě. K omezení návštěvních hodin nepřispěla ani čínská tradice „Zuo Yue Zi“, což znamená, že se od žen, které porodily, očekává, že následující měsíc budou odpočívat a prožijí období šestinedělí pouze v domácím prostředí. Matky dostávaly informace o hmotnostním přírůstku a výživě dítěte, nemohly se s ním setkat, a informace mnohdy nemohly dostat ony, ale pouze jejich manžel, což odkazuje i na další kulturní problém v Číně, který se odráží na psychice žen po porodu, zvláště když je novorozenec hospitalizovaný. Rodiče se vůbec necítili připraveni pečovat o novorozence a kvůli nezapojení do péče si nebyli jisti, že zvládnou postarat se o své dítě. Edukace od personálu a sdílení informací s ostatními rodiči ve stejné situaci probíhaly formou online konverzací, částečně to rodiče uspokojovalo, avšak blízký kontakt jim stále chyběl a zhoršovalo to jejich psychický stav. Samotná hospitalizace novorozence vzbuzovala v rodičích negativní pocity, přičemž je dokázáno, že blízký kontakt skin-to-skin, zapojení rodičů do péče a adekvátní komunikace jejich psychický stav zlepšuje, avšak kvůli výše zmíněným opatřením nebylo možné rodičům vyhovět. Ze studie vyplývá, že je nutné zakročit a změnit opatření týkající se omezení návštěvních hodin pro rodiče, protože má negativní vliv na psychiku rodičů. (Yu, Zhang, Yuan, 2020, s. e48-e54)

Jeden z nejčastějších důvodů hospitalizace novorozence je předčasný porod, jenž je značnou součástí příčin celosvětové neonatální morbiditě a mortality. Ze studií vyplývá, že předčasný porod je pro rodiče tak znepokojivou a stresující událostí, tudíž může často způsobit symptomy post-traumatické stresové poruchy na několik let. Dokonce i 5–6 let po předčasném porodu mohou mít matky velmi negativní vzpomínky

na perinatální nebo postnatální období. Je ale zaznamenáno, že i po předčasném porodu, mohou mít matky pozitivní zkušenosti, a oproti matkám s negativní zkušeností mají s dítětem daleko lepší vazbu. Rodiče předčasně narozených novorozenců musí čelit nejrůznějším komplikacím a náhlým změnám, přičemž se zároveň buduje vazba mezi rodiči a dítětem. Proces utváření vazby mezi novorozencem a rodiči může být právě předčasným porodem a následnou dlouhodobou hospitalizací na novorozenecké JIP narušen. Ačkoliv postupem času se prostředí novorozeneckých JIP mění k lepšímu a umožňují co nejčastější návštěvy rodičů, nadále zůstává pro rodiče stresujícím prostředím. Přítomnost monitorovacího zařízení, různých pomůcek k zajištění dýchacích cest, hluk a pachy chemických látek mohou rodiče také negativně ovlivňovat, ale hlavním stresovým faktorem je separace od novorozence a ztráta rodičovské role, což si rodiče vůbec nepředstavovali a nečekali. Pocity spojené s odloučením pravděpodobně souvisí s nedostatkem fyzické a citové blízkosti, která je velmi důležitým faktorem pro začátky budování si vazby mezi dítětem a rodiči. První okamžiky v poporodním období, tzv. bonding, jsou hlavním pilířem pro vznik pevné citové vazby mezi rodičem a novorozencem. (Trumello et al., 2018, s. 1-7) Bonding probíhá jako nepřerušovaný kontakt kůže na kůži (skin-to-skin) mezi matkou a novorozencem bezprostředně po porodu. Raný kontakt má velmi pozitivní přínos pro novorozence i matku, zlepšuje vytváření rané vazby (attachment) mezi matkou a dítětem, zlepšuje výsledky kojení, zmírňuje novorozenecký pláč a zvyšuje kardiorespirační stabilitu. Zajištění bondingu s matkou, nebo s otcem, pokud je matka v život ohrožující situaci, je základem kvalitní porodní péče. Pokud nelze bonding provést, zvyšuje se u matky pravděpodobnost rozvoje negativních prožitků, rozvoje akutní reakce na stres a může vzniknout posttraumatická stresová porucha. Matky jsou také ohroženy poruchou vztahu k dítěti nebo partnerovi, mívají sníženou důvěru ve své rodičovské schopnosti a často se vyhýbají dalšímu těhotenství. (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201-204)

3.1.1 Vliv komunikace na psychiku rodičů hospitalizovaných novorozenců

Důležitým faktorem pro vznik stresu a negativních pocitů u rodičů je vzájemná komunikace mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Rodiče hospitalizovaných novorozenců na JIP musí často zanechat svých běžných aktivit a tráví většinu svého času se svými dětmi na JIP. Rodiče jsou vystaveni neustálému stresu a myšlenkám na jejich dítě, které je v ohrožení života, proto je nutné, aby byli o všem informováni a

měli s personálem dobrý vztah a komunikovali spolu. (Ionio et al., 2016, s. 605-615) Pokud dochází mezi rodiči a personálem k adekvátní komunikaci, u rodičů klesá míra stresu, negativních pocitů a úzkost. Iránská studie dokázala, že čím je kontakt mezi lékařem/nelékařským zdravotnickým pracovníkem a rodičem častější, tím je míra stresu u rodičů nižší. V souvislosti s gestačním věkem novorozence, docházelo k tomu, že čím byl novorozenec starší, tím byla komunikace efektivnější. Zároveň čím byl rodič mladší, nebo měl vyšší dosažené vzdělání, tím docházelo k lepší komunikaci. Komunikace by měla probíhat otevřeně, aby obě strany mohly informace sdílet, ale zároveň naslouchaly. Častý kontakt rodiče s novorozencem, který je hospitalizován na JIP, snižuje ve velké míře stres rodičů. Rodiče by měli mít neomezený přístup k novorozencům, i přesto, že jsou hospitalizovaní, a pokud existuje možnost hospitalizace rodičů, popř. ubytování v blízkosti nemocnice, tak by jim měla být nabídnuta. (Hasanpour et al., 2017, s. 1-13)

Nizozemská studie, která se zaměřovala na komunikaci mezi rodiči a zdravotnickým personálem, probíhala formou polostrukturovaných rozhovorů a popisovala potřeby rodičů a zjištěné nedostatky v komunikaci, s cílem zajistit efektivní komunikaci na dalších nizozemských novorozeneckých JIP a předat poznatky dále. Rodiče vyžadovali od personálu především empatii a pochopení. Chtěli mít pocit, že jim někdo naslouchá, a touha po emoční podpoře zesilovala se zhoršujícím se stavem novorozence nebo s dlouhodobější hospitalizací. Podpora od personálu a vyjádření pochopení rodiče velmi pozitivně ovlivnila a pokud se k nim personál choval empaticky, jejich pozitivní pohled na tuto zkušenost přetrvával. Rodiče byli většinou s komunikací zdravotních sester spokojeni, někteří z nich byli nadmíru spokojeni a empatie některých zdravotních sester jim zpříjemnila tuto obtížnou událost, znepokojovala je však komunikace s lékaři. Většina z rodičů měla negativní zkušenosti, lékaři neměli na dostatečnou komunikaci čas a nedali jim prostor na vyjádření jejich emocí, vůbec s nimi jejich pocity neprobírali, což rodiče velmi mrzelo. Mezi rodiči a personálem se často objevovaly i různé neshody, většinou když se neshodli na určitém plánu nebo provedení péče, nenaslouchali si a nerespektovali se, což často vyústilo ve stížnost a novorozenci byla přidělena jiná zdravotní sestra/lékař. Častým nedostatkem byla neúplná informovanost rodičů a způsob předávání informací, často jim přišly informace nesrozumitelné a personál jim je dostatečně nevysvětloval. Během výzkumu odpovídali, že by byli spokojeni, kdyby jim byly podány komplexní informace, které jsou

srozumitelné, popř. dostatečně vysvětlené personálem, a v klidném prostředí. Často nerozuměli odborným výrazům a stavu dítěte a museli si informace hledat na webových stránkách. Všichni rodiče se shodli na tom, že měli potřebu být zahrnuti v rozhodování o stavu dítěte, především v neakutních stavech. Chápali, že v akutním případě musí rozhodnout vždy personál a není dostatek času na diskuzi, avšak v ostatních případech se často cítili obcházeni a přestávali personálu důvěřovat. Ve většině případů rodiče nakonec s personálem souhlasili, chtěli se pouze vyjádřit a být součástí procesu rozhodování. Naopak při vysvětlování praktických dovedností a péče o novorozence se rodičům od personálu dostalo dostatek informací a mohli se zapojovat do péče čím dál více. Na druhou stranu jim často chyběla pozitivní zpětná vazba od personálu, potřebovali dodat sebevědomí a být ujištěni, že zvládnou péči i po propuštění z nemocnice. Bohužel většina z nich si pamatuje pouze negativní zpětnou vazbu a po propuštění domů si nebyli vůbec jistí, jak danou situaci zvládnou, a necítili se připravení na péči o novorozence v domácím prostředí. (Lorié et al., 2021)

Na základě zjištění, že personál není dostatečně edukován ohledně efektivní komunikace, se rozhodlo vedení kanadské novorozenecké JIP navrhnout a provést školení svého personálu, aby došlo ke zlepšení komunikace mezi rodiči a personálem. Rodiče se dožadují informovanosti, empatie, chtějí, aby jim bylo nasloucháno, a aby se s nimi lépe komunikovalo. Dle průzkumu většina personálu potvrdila, že nemají možnost se v komunikaci dále vzdělávat, a že jim chybí školení v komunikačních dovednostech. Uvedli, že by bylo velmi užitečné, kdyby jim bylo nabídnuto školení, které by zahrnovalo i komunikaci v obtížných situacích, bez ohledu na to, jestli jsou v praxi několik let, nebo mají bohaté zkušenosti ve velmi emočně náročných situacích. Součástí školení bylo setkání s rodiči, kteří mají vlastní zkušenost s hospitalizací novorozence na JIP, což většina personálu hodnotila velmi pozitivně a doporučovala. Pomohla jim ujasnit si znovu jejich priority v péči, pochopit jednání rodičů, umožnila jim vhled do emocí rodičů a jejich pohledu na danou událost. Rodiče jim sdělili i svá doporučení a personál potvrdil, že i po letech praxe v oboru bylo školení velmi obohacující, rozšířilo jim obzory a pomohlo chápat situaci a rozpoložení rodičů. Díky nově zavedeným postupům na kanadském novorozeneckém oddělení se uskutečňují plánované setkání pro rodiny společně s personálem (hlavní ošetřující lékař a sestra), kde je dostatek času na diskuzi, kdy rodiče mohou sdělit své obavy a myšlenky. Zároveň jsou přizváni další zdravotničtí pracovníci (např. laktiční poradkyně,

fyzioterapeuti), kteří se na péči o novorozence podílejí, aby přispěli do diskuze svými poznatky, a rodičům mohly být zodpovězeny všechny dotazy. Nové postupy a zkušenosti z rozhovorů s rodiči by měly vést k efektivnější komunikaci a empatii personálu. (Macdonell et al., 2015, s. 142-149)

3.2 Rozdíly vnímání hospitalizace novorozence u matek a otců

Stres kvůli hospitalizaci novorozence vnímají matky i otcové velmi odlišným způsobem. Matky jsou ve většině případů považovány za primárního člověka, který poskytuje novorozenci péči, a pokud mají novorozence hospitalizovaného na JIP, o to víc se denně potýkají se stresem. Ve srovnání s otci tráví čas na novorozenecké JIP mnohem častěji, více se zapojují do péče a převážnou pozornost ve svém životě zaměřují na novorozence. Kdežto otcové si přirozeně dělají starost jak o novorozence, tak o svou partnerku, tak o svou práci, chtějí zabezpečit svou rodinu. Může to působit jako ochranný účinek, kdy otec vytěsňuje stres a snaží se zajistit podporu partnerce, komunikaci s personálem a práci vyhledává jako rozptýlení. Italská studie potvrdila, že existuje značný rozdíl v reakcích otců a matek vzhledem k hospitalizaci jejich novorozence. Možným vysvětlením bylo, že matky bývají spíše expresivnější a dávají své emoce více najevo než otcové. Ačkoliv mnohdy pociťují stres a negativní emoce ve stejné nebo velmi podobné míře jako matky a je třeba se jim věnovat stejně jako matkám. (Baia et al., 2016, s. 3-9; Abdullah et al., 2017, s. 132-140)

Přestože hospitalizace novorozence na novorozenecké JIP ovlivňuje oba rodiče, bylo zjištěno, že otec reaguje na tuto traumatickou událost jiným způsobem než matka. Otcové zvládají stres během hospitalizace většinou dobře, ale mohou začít pociťovat příznaky psychické nepohody až o pár měsíců později. Jelikož se otcové snaží být oporou svým partnerkám, mají tendenci potlačovat stres, a tak může docházet i k tomu, že svoje pocity projeví až po 18 měsících od doby, kdy novorozenec dosáhl korigovaného věku. Jakmile se u otců tyto symptomy objeví, bývají stejně závažné jako u matek. Dle francouzské studie bylo zjištěno, že hlavními spouštěči stresu u otců bylo nemocniční prostředí (vzhled a zvuky), rodičovská role a vzhled novorozence (křehkost, nestabilita). 65,8 % otců vykazovalo známky post-traumatické stresové poruchy už během hospitalizace novorozence, nejčastějšími byly ztráta koncentrace, poruchy spánku, zvýšená ostražitost a emoční labilita. Ve většině případů nadměra stresu vyvolala známky post-traumatické stresové poruchy. Otcové se se stresem a dalšími symptomy snažili vypořádávat zapojením rodiny do péče,

sociální a psychické podpory, konzultacemi s personálem a komunikací s ostatními rodiči. (Koliouli, Gaudron, Raynaud, 2016, s. 110-114)

Na otce hospitalizovaných novorozenců na JIP (narození před 28. týdnem těhotenství) se zaměřila americká studie. Vycházela ze sedmi rozhovorů, které byly s otci provedeny během hospitalizace jejich novorozenců. Otcové popisovali pocity, na které nebyli připraveni, především to, že musí novorozence opustit. Cítili vinu za to, že novorozence nechávají samotného na novorozenecké JIP a nemohli se smířit s pocitem, že odejdou z nemocnice bez něj, protože na tuto situaci nebyli připraveni. Všichni otcové pokračovali ve svém zaměstnání a povinnostech jako před porodem a pociťovali velký stres z toho, že se musí neustále pohybovat mezi domovem, zaměstnáním a novorozeneckou JIP. Někteří také zmiňovali, že povinnosti v domácnosti je omezovaly a nemohli své dítě navštěvovat tak často, jak by chtěli. Negativně ovlivnilo otce i neznámé prostředí novorozenecké JIP. I když měli určitou představu o nemocničním prostředí, vždy to pro ně byl šok a necítili se zde dobře. Alarmující zvuky, monitorující zařízení a vidět novorozence v inkubátorech pro ně bylo velmi znepokojivou zkušeností. Úzkost jim způsobovalo svěřit své dítě do péče personálu, který neznali, a důvěřovat novým a cizím lidem, naopak jejich stav zlepšovalo, když se postupně naučili medicínskou terminologii a rozuměli více zdravotnímu stavu jejich dítěte a mohli se do péče více zapojovat. Většina otců měla potíže ve své nové roli otce vzhledem k tomu, že zároveň podporovali své partnerky a měli pocit, že role matky je mnohem důležitější a nevěděli, jak reagovat, aby nedošlo ke konfliktům s jejich partnerkami kvůli péči o novorozence. Otcové často cítili tlak od společnosti, že musí být vždy oporou pro jejich partnerky, zajišťovat rodinu finančně a starat se o domácnost, mnohdy se pro ně zaměstnání stalo rozptýlením od obtížné situace, ale i přesto se u nich projevovala úzkost a negativní pocity. I když se snažili být oporou, často sami propadali smutku a vyčerpání. Velmi pozitivní vliv na psychický stav otců měl kontakt s novorozencem, jakmile ho mohli držet v náručí nebo se ho dotknout, úzkosti se neobjevovaly v takové míře a mnohem lépe přijímali roli otce. Až po fyzickém kontaktu se u většiny otců začala vytvářet vazba mezi otcem a dítětem, a konečně nepociťovali takovou bezmoc. (Logan, Dormire, 2018, s. 154-162)

3.3 Porovnání psychického stavu rodičů fyziologických a hospitalizovaných novorozenců

Pro většinu matek je porod velmi silným zážitkem, avšak pro matky předčasně narozených dětí nebo dětí, které potřebují intenzivní péči na oddělení novorozenecké JIP, je porod spojen s komplikacemi a stává se z něj zážitek, který doprovází obtížné následky jako hospitalizace dítěte na novorozenecké JIP. Od roku 1981 do roku 2015 se v USA počet předčasných porodů za rok zvýšil o 19,9 %, což vyústilo v obrovský vzrůst příjmů na novorozeneckou JIP. V některých případech není možné, aby si dítě pochovalo nebo se začaly začleňovat do péče, a proto si mohou připadat, že k dítěti nepatří. Nemožnost pečovat o své dítě a utěšovat ho může vést k pocitu bezmoci a ztráty kontroly. V USA proběhla studie, které se zúčastnilo 91 matek, jejichž dítě se narodilo mezi 32.-37. týdnem těhotenství a nebylo hospitalizováno déle než 6 měsíců. Během hospitalizace matky vyplnily 3 standardizované dotazníky, které se týkaly deprese, úzkosti a post-traumatické stresové poruchy, o 6 měsíců později byly kontaktovány, aby vyplnily dotazníky podruhé. Matky novorozenců hospitalizovaných na JIP byly srovnávány s matkami zdravých/v termínu narozených novorozenců dle poznatků z nejnovější literatury. U 31,1 % matek dětí hospitalizovaných na JIP byly zaznamenány známky deprese během hospitalizace, o 6 měsíců později u 21,1 % matek. U matek zdravých novorozenců se známky deprese vyskytly pouze u 6,5-12,9 % formou poporodní deprese. Úzkost během hospitalizace novorozence pocítilo 24,7 % matek, o 6 měsíců později 27,6 % matek, což je výrazně vyšší než u matek zdravých novorozenců, kdy úzkost pocítilo přibližně 7,4-8,7 %. Post-traumatická stresová porucha se objevila u 15,4 % během hospitalizace, po 6 měsících u 15,8 %, u matek zdravých novorozenců pouze v 2,3-6 % případů. Cílem této studie bylo vyvrátit fakt, že matky středně nezralých novorozenců (v tomto případě narození mezi 32.-37. týdnem těhotenství), kteří jsou hospitalizováni na novorozenecké JIP, zažívají pouze minimální emoční tíseň, což se podařilo. Deprese, úzkost nebo post-traumatická stresová porucha se objevovala ve velké míře i u těchto matek. Ze studie vyplývá doporučení nabídnout psychickou podporu i těmto rodičům, bez ohledu na stáří novorozence, mohou být kvůli tomu často přehlíženi. Je však nutné dodat, že hospitalizace dítěte v jakémkoliv věku může způsobit rodičům psychické potíže. (Lotterman, Lorenz, Bonanno, 2019, s. 116-122)

Italská studie dokazuje, že matky předčasně narozených dětí hospitalizovaných na novorozenecké JIP pociťují oproti matkám fyziologických novorozenců ve větší míře depresi, napětí až úzkost, vztek a únavu, stejně tak vykazují méně energie, necítí se dost silné. Otcové předčasně narozených dětí hospitalizovaných na novorozenecké JIP se odlišovali od otců fyziologických novorozenců tím, že mnohem častěji pociťovali vztek a byli více vyčerpaní a bez energie. Rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP se lišili v tom, že matky měly mnohem častěji vtíravé myšlenky, tendenci být hyperaktivní a pociťovaly větší míru stresu než otcové. Dále více prožívaly změnu rodičovské role a více je znepokojoval vzhled novorozence. Dalším signifikantním rozdílem bylo, že otcové pociťovali mnohem větší vztek ve srovnání s matkami. Ze studie také vyplývá, že čím vyšší gestační věk dítě má, tím je vztek a stres u obou rodičů nižší. Stres, vztek a negativní myšlenky byly častější s přibývajícím dnem hospitalizace novorozence na JIP. (Ionio et al., 2016, s. 605-615)

Deprese a úzkosti u rodičů předčasně narozených novorozenců a následně hospitalizovaných na novorozenecké JIP se prokázaly ve zvýšené míře i v australské studii, která porovnávala rodiče novorozenců narozených před 30. týdnem těhotenství a rodiče fyziologických novorozenců (narozených po 37. týdnu těhotenství). U 40–50 % rodičů hospitalizovaných novorozenců se prokázaly časně po porodu známky klinicky významné deprese a úzkosti, a i když se během dalších 12 týdnů stav rodičů většinou zlepšil, nebylo jich méně než 20 %, kteří trpěli depresemi a úzkostí. I 6 měsíců po porodu byli tito rodiče stále ve větším riziku pro vznik deprese nebo úzkosti oproti rodičům fyziologických novorozenců. Nečekaným zjištěním u rodičů hospitalizovaných novorozenců v této studii bylo, že otcové měli příznaky deprese a úzkosti ve srovnatelné míře jako matky. Během hospitalizace se u nich ovšem psychický stav velmi zlepšil, a to ve většině případů z důvodu využití služeb, které zajišťovaly psychickou podporu pro rodiče v rámci novorozenecké JIP. (Pace et al., 2016, s. 863-870)

4 KVALITA ŽIVOTA RODIČŮ HOSPITALIZOVANÝCH NOVOROZENCŮ

Porod dítěte je důležitou životní událostí, která ovlivňuje jak fyzický, tak duševní stav matky, a spolu s tím i kvalitu života. Studie se většinou zabývají kvalitou života novorozenců a jen zřídka se zkoumá kvalita života u rodičů, avšak pro ně je hospitalizace jejich právě narozeného dítěte nesmírně obtížnou novou situací, což má vliv i na kvalitu jejich života. Kvalita života může být ovlivněna v různých sférách a u každého rodiče je to velmi individuální. (Nordheim et al., 2016, s. 2-3)

Zdravotní stav rodiče (častěji matky) může mít na kvalitu života významný vliv, protože od něj se odvíjí veškeré činnosti rodiče, psychický stav a schopnost pečovat o novorozence. I u nekomplikovaného těhotenství se mohou u matek objevit symptomy, které snižují kvalitu života spojenou se zdravím, protože během období šestinedělí prochází žena fyzickými i psychickými změnami, a musí se adaptovat na novou životní roli a potřeby svého dítěte. Téměř všechny matky zažívají poruchy spánku a spánkovou deprivaci, únavu, vyčerpání nebo příznaky deprese. Komplikace v těhotenství nebo při porodu samozřejmě tyto stavy mohou zhoršit a způsobit nepříznivý zdravotní stav matky, což vyústí i ve sníženou kvalitu života. Zdravotní stav matky může nepříznivě ovlivnit hospitalizace novorozence na novorozenecké JIP. Nejčastější příčinou hospitalizace novorozence na JIP bývá předčasný porod, který ovlivňuje novorozence, matku, ale i celou rodinu. Předčasný porod může pro matku znamenat i závažné porodnické komplikace, které narušují její fyzický i psychický stav po porodu, stejně tak v dalších měsících po porodu, kdy prožívá strach o své dítě. V americké studii bylo zjištěno, že kvalita života matek hospitalizovaných novorozenců v souvislosti se zdravím byla ovlivněna rodinnou finanční situací, polovina dotazovaných se nacházela v nepříznivé finanční situaci (roční příjem činil <150 000 dolarů), tudíž se u nich prokázala i snížená kvalita života v souvislosti se zdravím. Naopak pozitivní vliv měly pravidelné gynekologické prohlídky v období šestinedělí a hospitalizace novorozence bez komplikací, v těchto případech byla kvalita života žen na velmi dobré úrovni, co se týče zdravotního stavu. Při dlouhodobější hospitalizaci novorozence se ženy cítily fyzicky lépe, nejspíše proto, že měly možnost rekonvalescence po porodu a pravidelných prohlídek u lékaře. Z tohoto důvodu je cílem zajistit dostupné možnosti, které umožní ženám, aby se fyzicky cítily lépe, a to v podobě domácích návštěv lékaře, online komunikace se zdravotnickým zařízením a

dostupnost zdravotní péče. Zhoršený fyzický stav matky může totiž negativně ovlivnit jednak ji, ale i dítě a celou rodinu, proto je velmi důležité, aby byla zajištěna adekvátní zdravotní péče a dbalo se na kvalitu života spojenou se zdravím. (Obregon et al., 2019, s. 1356-1361)

Velmi pozitivní vliv na kvalitu života rodičů v době hospitalizace jejich novorozenců na JIP má dle rozsáhlé review udržování kontaktů s ostatními rodiči hospitalizovaných nebo předčasně narozených novorozenců, stabilní manželství, optimistický pohled na život, náboženství, schopnost ocenit dítě a provedení několika změn v plánech do budoucna. Matky, které se denně na 12 hodin a více vystavovaly dennímu světlu, a vyznávaly křesťanskou víru, dosahovaly vyšší kvality života, zvláště v sociální sféře a fyzického vnímání sebe sama. Kvalita života zaměřená na zdraví a zdravotní potíže se u matek během poporodního období většinou zlepšovala. Pozitivní vliv na kvalitu života rodičů měla také adekvátní komunikace s personálem, což zahrnovalo sdělení dostatku informací, vysvětlování terminologie a zdravotního stavu dítěte. Další sférou zkoumání byla finanční situace rodičů, která měla vliv na kvalitu života, pokud neměli rodiče žádné potíže s financemi, které se týkaly zdravotní péče o novorozence, mělo to velmi pozitivní vliv na jejich kvalitu života, naopak u rodičů s velmi nízkým příjmem financí a těžkou finanční situací byla potvrzena i nízká kvalita života. Přerušovaný spánek, nadměrná únava během dne, vyčerpání a stres byly příčinami nižší kvality života u rodičů. Negativní vliv na kvalitu života měl také nedostatek podpory od příbuzných, dále pocity viny, větší fyzický zátěž spojená s péčí o novorozence, komplikace během těhotenství nebo při porodu. Naopak parita, počet samovolných potratů, fyzický stav rodiče, věk, barva pleti, vzdělání nebo zaměstnání neměly s kvalitou života spojitost. Faktory, které snižovaly kvalitu života rodičů, byly také vážné zdravotní problémy u dítěte (např. hydrocefalus, bronchopulmonální dysplázie, domácí oxygenoterapie a další) a nižší gestační věk u novorozence – porod mezi 24.-33. týdnem těhotenství. Dle review ale existují i výsledky studií, kdy nedocházelo k signifikantním rozdílům v kvalitě života mezi rodiči hospitalizovaných novorozenců a fyziologických (v termínu narozených se žádnými komplikacemi) novorozenců. Kvalita života rodičů hospitalizovaných novorozenců je převážně ovlivněna faktory spojené s rodinnými problémy, nemocničním prostředím a komplikacemi z pohledu matky. Především poruchy spánku, vyčerpání, stres, deprese a úzkosti negativně ovlivňují kvalitu života u matek, což souvisí s tím, že většina matek

během hospitalizace jejich novorozenců prožívá deprese a úzkosti a tím se tedy i snižuje kvalita jejich života. Proto je třeba zajistit intervence v rámci zlepšování psychického stavu a kvality spánku u rodičů. (Amorim et al., 2018, s. 1119-1131)

Jedním z dalších faktorů, který ovlivňuje kvalitu života, je spánek, a u rodičů hospitalizovaných novorozenců dochází ve většině případů k poruchám spánku, snížené době a kvalitě spánku kvůli velkému vystavení stresu. Narušení spánku může mít negativní dopad na interakci mezi rodičem a novorozencem, zdravotní stav rodiče a kojení u matek. Snížená kvalita a kvantita spánku nepříznivě ovlivňuje fyzické zdraví, stresovou reakci, kognitivní funkce, paměť a náladu. Částečná deprivace spánku – 5-6 hodin spánku denně, způsobuje u zdravých dospělých negativní náladu a nadměrnou denní únavu, pokud tento stav pokračuje 1-2 týdny, může vést ke zhoršení kognitivních funkcí jako u lidí, kteří nespali 48 hodin v kuse. Vzhledem k tomu, že hospitalizace novorozence může trvat několik týdnů až měsíců, existuje zde riziko, že dlouhodobější nekvalitní spánek u rodičů může také negativně ovlivnit schopnost pamatovat si veškeré informace o zdravotním stavu novorozence a podílet se na rozhodování, co se týče péče novorozence. V systematickém review bylo potvrzeno, že většina rodičů hospitalizovaných novorozenců spí méně hodin (<7 hodin), než je doporučeno a jejich spánek není velmi kvalitní. Nejzásadnějším faktorem, který negativně ovlivňoval spánek, byl nadměrný stres rodičů. Matky zdravých, v termínu narozených novorozenců mají běžně narušený spánek kvůli kojení, péči o novorozence, a i u nich je častá spánková deprivace v prvních týdnech a měsících, avšak matky hospitalizovaných novorozenců mají spánek narušený, i když jsou samy v domácím prostředí a nemají novorozence u sebe. Bylo dokázáno, že nadměrný stres a starosti v době před spánkem kvůli hospitalizovanému novorozenci, negativně ovlivnily kvantitu i kvalitu spánku rodičů. Dalšími důvody nekvalitního spánku rodičů, kteří mají hospitalizovaného novorozence, mohou být odstříkávání (odsávání) mateřského mléka během noci nebo hovory do nemocnice kvůli aktuálnímu stavu novorozence. Na dostatek spánku by měl být kladen větší důraz, protože nedostatek může rodiče dlouhodobě negativně ovlivnit fyzicky i psychicky, což jim může bránit v zapojení se do péče o novorozence. (Haddad et al., 2019, s. 35-48)

Negativní vliv hospitalizace novorozenců na spánek rodičů byl potvrzen i ve švédské studii, kdy rodiče udávali, že kvůli stresu a úzkostem pociťují nadměrnou fyzickou únavu a závratě, a psychickou únavu spojenou se zapomínáním a depresí.

Nedostatkem spánku trpěly více matky než otcové, nejčastěji se to přisuzovalo kojení a většímu vystavení stresu. Dalo by se předpokládat, že matky, kterým byla umožněna hospitalizace spolu s novorozencem a spánek v blízkosti novorozence, budou zažívat horší kvalitu spánku než matky, které zůstávají v domácím prostředí. Avšak tomu tak není, obě skupiny matek trpěly velmi podobnou mírou nespavosti způsobenou stresem, úzkostí a dalšími faktory. Kontakt mezi rodičem a novorozencem – skin-to-skin (klokánkování) byl považován za možné riziko nekvalitního spánku, i přesto že snižuje úzkosti a stres, protože mnoho rodičů jej provádělo po celou noc a spánek pro ně byl nepohodlný a nedostatečně kvalitní. Toto tvrzení se ale ve studii nepotvrdilo a nebyla nalezena žádná spojitost mezi nedostatkem spánku a klokánkováním. (Blomqvist et al., 2017, s. 223-228)

Z dlouhodobějšího hlediska se kvalita života matek hospitalizovaných novorozenců postupem času, až na výjimky, zlepšuje. Podle brazilské studie se po 6 a 12 měsících po propuštění výrazně zlepšila, obzvláště z fyzického a emočního hlediska. Příznaky deprese, stabilita manželství/partnerství, finanční situace, náboženství a zdravotní stav dítěte byly hlavními faktory, které ovlivňovaly kvalitu života u dotazovaných matek. Například diagnóza posthemoragického hydrocefalu a další neurologické komplikace u novorozence výrazně snižovaly kvalitu života matek, a to právě i z dlouhodobého hlediska – po třech letech matky stále udávaly nižší kvalitu života. Bronchopulmonální dysplázie u novorozence v době propuštění byla rizikovým faktorem pro kvalitu života z fyzického a psychického hlediska. Tento stav totiž může vyžadovat častější kontroly u lékaře, opakované hospitalizace v prvním roce života dítěte, domácí oxygenoterapie a další, což může rodičům způsobit depresivní až úzkostné stavy, stres, vyčerpání, a tím tak ovlivnit kvalitu života. Stabilní manželství mělo na kvalitu života velmi pozitivní vliv, to potvrdilo dřívější studie, ve kterých se ukázalo, že matky bez partnera zažívají stres a deprese v daleko větší míře, čímž byla negativně ovlivněna i kvalita života. Jednak jim chyběla psychická podpora už v tak obtížné situaci, dále finanční podpora a pomoc s dalšími dětmi v domácnosti. Posledním faktorem, který ovlivňoval kvalitu života, bylo pohlaví dítěte, v tomto případě ženské pohlaví pozitivně ovlivnilo kvalitu života matek. Tento poznatek zřejmě souvisí s kulturním prostředím Brazílie, kde výzkum probíhal. V porovnání s kulturním prostředím Číny a Indie, kde je naopak dítě ženského pohlaví považováno za rizikový

faktor pro vznik poporodní deprese a domácího násilí. (Moura et al., 2017, s. 1349-1360)

Kvalita života matek v souvislosti s předčasným porodem a hospitalizací novorozence je ve srovnání s kvalitou matek fyziologických novorozenců často sporná. Mnoho studií poukazuje na to, že kvalita života matek hospitalizovaných novorozenců se liší po 1 týdnu, 16 měsících, 2 letech, nebo 5 letech po porodu. Avšak některé studie nezaznamenaly žádné rozdíly mezi kvalitou života matek hospitalizovaných novorozenců po 6 a 18 měsících po porodu ve srovnání s matkami fyziologických novorozenců. Aspektem, který může ovlivnit kvalitu života matek, bývá často zdravotní stav dítěte, a negativní vliv mívá obzvláště výskyt bronchopulmonální dysplázie. Nicméně vliv ostatních a častějších zdravotních komplikací u novorozence (např. peri – intraventrikulární krvácení, hydrocefalus, retinopatie nedonošených) na kvalitu života matek nebyl dosud dostatečně prozkoumán, aby byl jasně prokázán negativní vliv. Kvalita života u matek v poporodním období je velmi důležitým ukazatelem kvality perinatální péče. Spokojenost s fyzickým vzhledem, sociálním životem a emoční stabilita u matek totiž dále ovlivňují péči o sebe, novorozence, další děti a celkovou péči o rodinu. (Moura et al., 2017, s. 1349-1360)

5 PÉČE ZAMĚŘENÁ NA RODINU (FAMILY-CENTERED CARE)

Péče o novorozence, kteří vyžadují intenzivní péči (např. riziková, předčasně narození, trpící chorobami), a jejich rodiče, se nazývá termínem „family-centered care“. Základem této péče je podpora rodičů zdravotnickým personálem v zapojování se do péče o novorozence od samého začátku. Rodiče se seznamují s chováním dítěte, jsou vzděláváni v problematice intenzivní péče a učí se rozeznávat potřeby novorozence, a jak na ně reagovat. Rodiče jsou podporováni v jejich rodičovské roli a bráni jako nejdůležitější osoby v životě novorozence, především pro fyzický, sociální a emoční vývoj. Takový přístup přináší nejen zlepšení psychického stavu rodičů, ale i zlepšení zdravotního stavu novorozenců, kteří poté bývají dříve propouštěni do domácí péče. Je důležité zajistit podporující přístup personálu a vstřícné prostředí, vzdělání rodičů se získáním nových praktických dovedností v péči o novorozence, dále aby byli rodiče emočně podporováni, zapojeni do péče a jejich kompetence byly posilovány. Důležitým krokem je i vzdělávání zdravotnického týmu na novorozenecké JIP v této problematice a rozšíření týmu o psychologické a psychosociální služby, které by byly zajišťovány klinickým psychologem a tzv. kontaktní sestrou („contact nurse“). Role speciálně vyškolené sestry, která by pracovala na novorozenecké JIP, by spočívala v komunikaci mezi rodiči a zdravotnickým personálem. Rodiče by se na kontaktní sestru obraceli s dotazy a byla by pro ně stabilním článkem, protože ošetřující personál se musí neustále střídat a rodiče oceňují spíše kontakt se stejnou osobou. Byla by průvodcem pro rodiče po celou dobu hospitalizace jejich novorozence a měla by na rodiče dostatek času, což by jistě uvítali. Spolupráce zdravotnického personálu, klinického psychologa a kontaktní sestry by přispěla ke zlepšování psychického stavu rodičů, vazby mezi rodičem a novorozencem, což vede i ke zlepšování stavu novorozence a dřívějšímu propuštění do domácí péče. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 120-128)

Jednou z nejvíce využívaných možností, jak se při péči zaměřit na celou rodinu a zapojit rodiče do péče, je nabídnout společný pobyt novorozence s matkou na oddělení, tzv. rooming-in, což znamená, že matky zůstávají na pokoji s novorozencem během dne, a i přes noc. Tato možnost by měla být samozřejmostí především v době přes propuštění novorozence do domácí péče, aby byli rodiče připraveni zvládnout následnou péči v domácím prostředí. Rodiče se mohou podílet na péči o novorozence

ve větší míře, jsou přítomni u výkonů a vyšetření novorozence, a především je posilována jejich kompetence od raného začátku. V zahraničí probíhá v rámci dlouhodobého plánu nahrazování společného prostoru na oddělení novorozenecké JIP soukromými pokoji pro novorozence s rodiči („single family rooms“). Plánem je zajistit každému novorozenci soukromý pokoj, kde bude hospitalizovaný se svými rodiči a jeho rodina ho může navštěvovat 24 hodin denně. Dle výzkumu v Kanadě je tato možnost rooming-in u rodičů velmi prospěšná, u rodičů se snížila míra stresu, zapojovali se do péče velmi brzy, což ocenili a navázali s novorozencem kontakt mnohem dříve, než kdyby za ním pouze docházeli. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 120-128; Theurich, McCool-Myers, Koletzko, 2021, s. 3; Feeley et al., 2020, s. 2-8) V České republice je tato možnost také v některých zařízeních nabízena, např. od roku 2017 ve Zlíně, kde je k dispozici několik pokojů, ve kterých pobývají matky spolu s novorozenci, i když musejí být v inkubátorech, dále i fakultní nemocnice v Brně a nemocnice v Českých Budějovicích nabízí tuto možnost, kdy je na pokoji matky možné připojit inkubátor spolu s ventilační podporou. Ve fakultní nemocnici v Brně se snaží zajistit péči pro celou rodinu, nejen pro novorozence, a to právě tím, že umožňují rooming-in i pro velmi nezralé novorozence vážící pod 1 500 g, kteří jsou stále v inkubátorech, ale na pokoji s matkami. Personál edukuje matky i otce a snaží se je zapojit do péče, co nejdříve to jde, což samozřejmě napomáhá psychice rodičů i vývoji novorozence. Rodinnou péči a včasné zapojení do péče preferuje i fakultní nemocnice Olomouc, která nabízí v rámci rooming-in čtyři lůžka pro matky novorozenců, u kterých se očekává brzké propuštění do domácí péče. (Nováková, Janoušková, 2020, s. 211-212; Zmeškalová, 2018; Fakultní nemocnice Olomouc)

Sebedůvěra ve zvládnání rodičovské role se výrazně zlepšuje, když je rodič v blízkém kontaktu se svým dítětem, pečuje o něj a je s ním v neustálé interakci. Bohužel hospitalizace na novorozenecké JIP nevykazuje příznivé podmínky pro splnění těchto činností v plné míře, proto rodiče pociťují ztrátu rodičovské role, pocit zodpovědnosti za zdravotní stav dítěte, bezmoc v péči – pouze podílení se na péči spolu s personálem, konzultace ohledně péče. Tyto pocity souvisí s vyšším rizikem dlouhodobějších psychických potíží, jako je deprese, úzkost, pocity odloučení a neustálý strach o zdraví dítěte. Z toho důvodu zapojování rodičů do péče o novorozence hraje velkou roli v budování vztahu mezi rodičem a dítětem a je nutné, aby jim personál poskytl dostatečnou podporu a zapojil je do péče, co nejvíce je to

možné. Je totiž prokázáno, že časné zapojení matek do péče může snížit známky deprese a úzkosti, a matky se cítí nápomocné a budují tak sebedůvěru v péči o dítě. (Trumello et al., 2018, s. 1-7)

Péče zaměřená na rodinu jako celek a zapojování rodičů do péče je v dnešní době běžným postupem téměř každého neonatologického oddělení intenzivní péče. Avšak stále existují určité limity, které omezují zapojení rodičů do péče, týká se to především individuálních pravidel každé nemocnice/oddělení a také aktuálních poznatků v intenzivní péči o novorozence. Kvůli hospitalizaci novorozence na JIP je narušena psychika rodičů, ale zároveň i novorozenec trpí separací, a kontakt novorozence s rodičem je velmi žádoucí. Role zdravotní sestry/PA je v zapojování rodičů do péče klíčová. Svým přístupem mohou zajistit dostatečnou podporu pro rodiče a edukovat je, aby byli schopni pečovat o svého novorozence, co nejdříve. Je dokázáno, že zapojování rodiče do péče může pozitivně ovlivnit zdravotní stav novorozence a jeho vývoj. Samotná přítomnost rodiče napomáhá prospívání novorozence a jeho vývoji, proto je doporučováno, aby byl umožněn co nejčastější kontakt rodiče s novorozencem, neomezené návštěvní hodiny a podpora rodičů v péči o novorozence ze strany personálu. Aktivní naslouchání rodičům je nedílnou součástí celého procesu zapojování rodičů do péče. Personál by měl aktivně naslouchat individuálním potřebám rodičů a považovat rodiče za součást týmu pečujícího o novorozence. Ve studii probíhající na 11 novorozeneckých JIP v Evropě se potvrdilo, že všichni rodiče chtěli trávit čas se svým novorozencem většinu dne a pravidelně docházeli na návštěvy. Matky docházely za svým novorozencem častěji než otcové, především kvůli tomu, že otcové docházeli do práce a museli zabezpečit domácnost (vliv měla péče o další děti v domácnosti), a také protože matky přicházely pravidelněji kvůli kojení, krmení novorozence. Matky byly většinou spokojené s dostatečným zapojením do péče, avšak otcové nebyli zapojováni do péče na stejné úrovni. Je nutné podpořit v péči o novorozence i otce, možným doporučením je zapojit otce včasné po porodu, kdy může být matka omezena svým zdravotním stavem (např. po císařském řezu, komplikacích po předčasném porodu) a není schopna se novorozenci věnovat. Celkový výsledek studie byl uspokojivý, rodiče se ve většině případů cítili zapojení do péče o novorozence, což zlepšilo i jejich psychický stav. Nicméně rodiče i personál pociťovali nedostatky v poskytování psychické podpory pro rodiče. Na tomto je třeba dále pracovat, např. pomocí edukačních programů pro zdravotnický personál, zajištění

psychologických konzultací nebo zajistit setkání s rodiči, kteří již mají zkušenost a chtějí ji sdílet. (Raiskila et al., 2016, s. 201-209)

Většina novorozeneckých JIP v Evropě zastává názor, že je třeba podpořit v zapojení do péče oba rodiče. Avšak v Itálii je zapojení rodičů do péče omezené. Činnosti, které zahrnují větší zodpovědnost, jako např. pomoc a podpora dítěte u složitějších výkonů, jsou běžně ve Švédsku, Anglii nebo Nizozemsku povoleny, v Itálii to však není samozřejmé. Kromě toho existují na spoustě italských novorozeneckých JIP pravidla, která určují frekvenci a délku času, který mohou rodiče s dětmi trávit, otcové bývají zpravidla zapojováni do péče méně, ať už se to týče čehokoliv, např. klokánkování. V jedné z milánských novorozeneckých JIP např. platí pravidlo, že rodiče smí přijít navštívit své dítě pouze v čase od 11 hodin dopoledne do 21 hodin večer. Oba rodiče mohou své dítě a činnosti personálu pouze sledovat, až se cítí opravdu připraveni, tak se mohou do péče postupně zapojovat. (Ionio et al., 2016, s. 605-615, Ionio et al., 2019, s. 1-6)

Pro zlepšení péče, která se zaměřuje na rodinu jako celek, byl původně v Kanadě vytvořen týmem rodičů a zdravotníků model (Family Integrated Care), který zajišťuje včlenění rodičů do týmu na novorozenecké JIP. Cílem je zlepšit psychický a celkový stav rodičů, podpora vztahu mezi rodičem a novorozencem, a také mezi rodiči a personálem. Rodiče jsou aktivně zapojováni do péče jako primární poskytovatelé péče o novorozence a jsou rovnocennými členy týmu novorozenecké JIP během hospitalizace. Jsou podpořeni v poskytování péče o novorozence, podle toho, jak se cítí, co je jim příjemné, v zapojování se do diskuzí se zdravotnickým týmem ohledně zdravotního stavu jejich novorozence a v aktivních účastech na vizitách. Model zahrnuje čtyři oblasti, na které se soustředí: zajistit vhodné prostředí novorozenecké JIP, aby zde mohli rodiče trávit čas, co nejdéle, edukace personálu, aby dokázali zapojit rodiče do péče, vést je a podpořit, edukace rodičů a pořádání podpůrných skupin, aby se zdokonalovali v medicínských termínech, získali potřebné dovednosti a sebedůvěru, zajistit rodičům psychosociální podporu. Adekvátní komunikace mezi rodiči a personálem je stěžejní napříč všemi čtyřmi oblastmi. (Lorié et al., 2021)

5.1 Metoda klokánkování

Je prokázáno, že včasný bonding po porodu přináší mnoho benefitů, avšak při hospitalizaci novorozence, nejčastěji po předčasném porodu, nelze provést metodu skin-to-skin, kdy je dítě položeno bezprostředně po porodu na nahé tělo matky, protože je dítě transportováno na oddělení novorozenecké JIP. Tato separace matky od dítěte bývá matkami vnímána velmi negativně a následná, většinou dlouhodobější, hospitalizace psychickému stavu matky nepřispívá. Je proto důležité, aby byly využity všechny možné prostředky k tomu, aby se matky cítily v psychické pohodě, např. díky zapojení do poskytování péče o jejich dítě. Zapojit se do péče o novorozence a tím se i podílet na procesu uzdravování umožňuje metoda klokánkování. Metoda klokánkování (Kangaroo Mother Care – KMC, Kangarooing) spočívá v kontaktu nahé kůže matky nebo otce s nahou kůží novorozence, kterému se nechává pouze plenka nebo i čepička v případě, že je napojen na oxygenoterapii. Novorozenec je ve vzpřímené poloze, nohy i paže má ve flexi, hlavičku otočenou na jednu stranu, a v této poloze je položen na matčin či otcův hrudník a přikryt jakoukoliv pokrývkou, např. dekou. Tato metoda je bezpečná i při nízké váze novorozence, oxygenoterapii nebo zavedených centrálních žilních katétrech, proto i když je dítě monitorováno a je mu poskytována intenzivní péče, nebrání to blízkému kontaktu s rodičem. Zdravotnický personál by měl rodiče podpořit a vždy jim tuto metodu nabídnout co nejdříve je to možné a novorozenec není v kritickém stavu. Novorozenci, kteří vyžadují okamžitou intervenci (srdeční vady, VVV) nebo s poporodní asfyxií na řízené hypotermii, není možné touto metodou podpořit a je nutné vyčkat, než bude jejich stav stabilnější. Stejně tak musí být příznivý i zdravotní stav rodiče, klokánkování nemůže proběhnout např. pokud jsou rodiče nemocní nebo to nedovoluje zdravotní stav matky po císařském řezu. (Tvrzová, Ratiborský, 2018, s. 57-59)

Benefity klokánkování plynou pro rodiče, ale i pro dítě, protože během blízkého kontaktu probíhá taktilně-haptická a vestibulární stimulace, dítě cítí tlukot srdce, hlas matky, cítí její vůni, a proto je jeho tepová frekvence stabilnější, klesá počet apnoických pauz. Novorozenci během klokánkování i klidněji spí, spotřebovávají méně energie, čímž klesá hmotnostní úbytek. Na rodiče má klokánkování velmi pozitivní vliv, mají totiž často pocit, že dítě nepoznávají, necítí se být jeho rodičem kvůli separaci, a při prvním klokánkování získávají jistotu, že jsou jeho rodičem a vzniká mezi nimi citová vazba. Díky pravidelnému klokánkování mají rodiče pocit, že se podílejí na péči o

novorozence, tím se zlepšuje jejich psychický stav, zvyšuje se jejich sebedůvěra a motivace. Příznivý vliv má klokánkování i na kojení, jelikož pozitivní emoce, které matka prožívá, zvyšují produkci mléka. Klokánkování je velmi vhodné i pro otce novorozenců, protože si díky tomu budují se svým dítětem pevný citový vztah. Dle studií je pro otce první kontakt s novorozencem velmi důležitý, protože i když své dítě vidí, až po prvním fyzickém kontaktu při klokánkování si uvědomují, že se stali otci a mají v životě novou roli. Častým klokánkováním si budují s novorozencem vztah a podílejí se na péči o něj, což jim přináší psychickou pohodu. Je také prokázáno, že klokánkováním se u otců snižuje míra stresu, který zažívají kvůli hospitalizaci novorozence. (Tvrzová, Ratiborský, 2018, s. 57-59; Dongre, Desai, Nanavati, 2020, s. 403-411; Logan, Dormire, 2018, s. 154-162; Nováková, Janoušková, 2020, s. 210-211)

Metoda klokánkování pomáhá rodičům přijmout svou novou roli rodiče a navázat kontakt s novorozencem. Zdravotnický personál musí rodiče tuto metodu naučit a podpořit je, protože rodiče mívají i určité obavy. Bojí se, že dítěti ublíží svým dotekem, protože na ně působí velmi zranitelně. Neví, jak s novorozencem manipulovat, jsou často fyzicky, duševně i emočně vyčerpaní a nemají dostatek síly, aby vydrželi klokánkovat delší dobu. Jakmile se ale pomocí personálu naučí s novorozencem manipulovat a osvojí si metodu klokánkování, je to pro ně důležitý přínos v rámci budování si citové vazby s novorozencem. Dle studie se u matek po prvním fyzickém kontaktu s novorozencem zmírnily bolesti způsobené poporodním poraněním nebo jizvou po císařském řezu, cítily se spokojenější a klidnější, snížil se u nich strach z neznámé situace a zesílily mateřské pudy. Je důležité podpořit v kontaktu s novorozencem i otce, protože díky klokánkování si lépe osvojí roli otce, cítí se nápomocní a jsou více sebejistí. Rodiče popisují během klokánkování pocity štěstí a radosti, což napomáhá sebejistotě při dalším kontaktu a péči o novorozence, naučí se díky tomu také naslouchat svému dítěti a rozpoznat jeho potřeby, umět ho uklidnit a zajistit mu bezpečí. Podpora od rodiny a přátel je pro rodiče také velmi důležitá, aby se měli na koho obrátit a necítili se sami. Je možné jim nabídnout i podporu od ostatních rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP, kteří jim mohou sdělit své zkušenosti s metodou klokánkování a podpořit je. (Mu et al., 2020, s. 154-159)

Většina matek má k metodě klokánkování pozitivní přístup, popisují ji jako přirozenou a příjemnou činnost, ve které se cítí bezpečně. Díky klokánkování

přestávaly mít obavy a cítily se sebejistější. Navzdory tomu, že byly často unavené a mnohdy pro ně bylo klokánkování vyčerpávající (snížená pohyblivost, nemožnost provádět ostatní aktivity, únava) shodovaly se, že je to pro ně důležité a nevzdaly se této možnosti kontaktu s novorozencem. Dle švédské studie pomohlo klokánkování matkám uvědomit si svou novou životní roli a lépe se na novou neznámou situaci adaptovat. Velký význam pro ně měl fakt, že klokánkováním pozitivně ovlivní i vývoj novorozence, a že jsou schopny svému novorozenci takto pomoci. Klokánkování hrálo velmi důležitou roli v budování vztahu s novorozencem a přispívalo k psychické pohodě matek. Podpora od personálu byla důležitým faktorem, protože při negativním přístupu od personálu nechtěly matky v klokánkování pokračovat, což mělo negativní vliv na novorozence ale i na ně. Zajistit klidné prostředí, dostatek soukromí a příjemnou atmosféru při klokánkování by mělo být pro personál samozřejmostí. (Norén et al., 2018, s. 181-185)

Snížená míra úzkosti u rodičů díky metodě klokánkování byla potvrzena i v americké studii. Především matky si díky klokánkování lépe budovaly citovou vazbu s novorozencem a rychleji se adaptovaly do nové životní role – role rodiče. Měly pocit, že zvládají péči o novorozence a v době propuštění z nemocnice necítily obavy a byly si jisté. Klokánkování mělo pozitivní vliv na kojení, přičemž matky, co klokánkovaly, kojily děti delší časové úseky a zvýšila se u nich tvorba mléka. (Sweeney et al., 2017, s. 151-158) Pozitivní vliv klokánkování na kojení potvrzují i ostatní studie, kdy v porovnání s matkami, které neprováděly metodu klokánkování, kojily matky během klokánkování mnohem častěji a efektivněji. Klokánkování mělo vliv i na nástup laktace, např. etiopská studie potvrdila, že matkám provádějící metodu klokánkování se spustila laktace o 2,6 dní dříve než matkám, co tuto metodu neprováděly. Taktéž z rozsáhlé čínské studie vyplývá, že klokánkování významně ovlivňuje tvorbu mléka a kojení. Matky hospitalizovaných novorozenců mají často pocit, že nemohou své dítě v žádném případě kojit, nemají dostatek sebejistoty, připadají si méněcenné, což často vyústí v depresi. Nabídnutím metody klokánkování spojené s kojením se psychika matek výrazně zlepšuje, a kojení samozřejmě přináší spoustu benefitů i pro hospitalizovaného novorozence. Pokud není matce umožněno dlouhodobě klokánkovat, i krátkodobé klokánkování může způsobit, že bude matka výlučně kojit a bude natolik podpořena v laktaci, že bude kojit i po propuštění z nemocnice, což potvrzují i studie. Matky, které klokánkovaly, kojily při propuštění i několik měsíců po

propuštění z nemocnice, zatímco matky, které tuto metodu odmítly, většinou nekojily ani při propuštění, ani další měsíce poté. (Kucukoglu et al., 2021; Mekonnen, Yehualashet, Bayleyegn, 2019, s. 1-6; Sharma et al., 2019, s. 135-142; Zhang et al., 2020, s. 5-8)

5.2 Shrnutí teoretických poznatků

Hospitalizace novorozenců na JIP má na jejich rodiče výrazně negativní dopad, a to především po psychické stránce, ale ovlivňuje i jejich kvalitu života. Hospitalizace novorozence je ve většině případů neočekávanou komplikací a rodiče na ni nejsou připraveni. Proto musí čelit stresu, depresím, úzkostem a velmi často je kvůli dlouhodobé hospitalizaci narušen vznik vazby mezi rodičem a novorozencem. (Abdullah et al., 2017, s. 132-140) Ze studií vyplývá, že čím je novorozenec v rizikovějším stavu, tím jsou rodiče úzkostnější, depresivnější, starostlivější a kvůli hospitalizaci zažívají psychickou i fyzickou separaci. (Trumello et al., 2018, s. 1-7) Zásadním faktorem, který má vliv na psychický stav rodičů během hospitalizace jejich novorozence, je prostředí novorozenecké JIP. Standardní intenzita světla by neměla přesáhnout 646 lux, a intenzita hluku by měla být udržována během dne na hodnotě 50 dB, v noci 35 dB. Rodiče by měli být seznámeni s prostředím novorozenecké JIP, které je pro ně neznámé a stresující, zároveň by měli být edukováni za jakým účelem se používají alarmující zařízení, a co v takových situacích dělat, jelikož jsou pro ně tyto situace velmi stresující. (Ionio et al., 2019, s. 1-6; Çekin, Turan, 2018, s. 117-125; Logan, Dormire, 2018, s. 154-162) Velmi významným rizikovým faktorem pro vznik stresu a deprese byla podpora funkce dýchání u novorozence pomocí přístrojů, rodiče pociťovali strach a vyšší míru stresu. (Ionio et al., 2019, s. 1-6; Çekin, Turan, 2018, s. 117-125) Ze studií vyplývá, že změna v životní roli – rodičovská role negativně ovlivňuje psychický stav rodičů hospitalizovaných novorozenců na JIP. Rodiče se cítí nekompetentní v péči o novorozence, mají pocit, že nemohou své dítě ochránit a často se nemohou se svou novou životní rolí ztotožnit, jelikož jsou od dítěte separováni. (Baia et al., 2016, s. 3-9; Ionio et al., 2019, s. 1-6) Dalším faktorem ovlivňujícím výskyt deprese a stresu u rodičů hospitalizovaných novorozenců byl zaznamenán věk. Ve většině studií se potvrzuje, že mladší rodiče mívají tendenci k vyšší míře deprese, stresu a úzkosti. (Ionio et al., 2019, s. 1-6; Baia et al., 2016, s. 3-9; Roque et al., 2017, s. 576-587; Enke et al., 2017, s. 710-719) Avšak řecká studie naopak poukázala na výskyt deprese a stresu ve vyšší míře u rodičů ve věku 40 let a starších. (Alexopoulou

et al., 2018, s. 273-276) Dále výskyt deprese negativně ovlivňovaly anamnestické údaje, a to komplikace během těhotenství, hospitalizace během těhotenství, ztráta dítěte, výskyt onemocnění u předešlého dítěte, podstoupení umělého oplodnění. Rodiče ve všech případech pociťovali vyšší míru deprese, strach, obávali se a byli úzkostnější. (Alexopoulou et al., 2018, s. 273-276) Důležitým faktorem, který ovlivňuje psychický stav rodičů, je kontakt s dítětem. Ve většině evropských nemocnic a USA jsou zavedeny pravidla, která neomezují kontakt rodiče s novorozencem, a rodič může přijít navštívit novorozence v jakoukoli dobu. Např. v Číně je tomu naopak, na veškeré péči se podílí personál a od matky se očekává, že bude dle čínské tradice odpočívat a s novorozencem se shledá až po ukončení jeho hospitalizace, což se velmi negativně odráží na její psychice. (Yu, Zhang, Yuan, 2020, s. e48-e54; Trumello et al., 2018, s. 1-7) Mnoho studií potvrzuje, že neopomenutelným faktorem, který výrazně ovlivňuje psychický stav rodičů, je komunikace s personálem. Pokud dochází k efektivní komunikaci mezi personálem a rodiči, rodiče jsou dostatečně informovaní, u rodičů klesá míra deprese a úzkosti, a cítí se jistější. (Ionio et al., 2016, s. 605-615; Hasanpour et al., 2017, s. 1-13; Lorié et al., 2021; Macdonell et al., 2015, s. 142-149) Přestože je hospitalizace novorozence na JIP náročnou situací pro oba rodiče, ze studií vyplývá, že otcové reagují odlišným způsobem než matky. Matky zaměřují svou veškerou pozornost na novorozence a jsou primárním poskytovatelem péče o novorozence. Otcové si dělají starost o novorozence, svou partnerku, svou práci, a chtějí zabezpečit a chránit svou rodinu. Často se snaží být oporou pro své okolí a nevnímají stres a úzkost v tak velké míře jako matky. Kvůli potlačování svých pocitů však často dochází k post-traumatické stresové poruše, a jejich symptomy se mohou objevit až za 18 měsíců od doby hospitalizace novorozence. (Baia et al., 2016, s. 3-9; Abdullah et al., 2017, s. 132-140; Koliouli, Gaudron, Raynaud, 2016, s. 110-114; Logan, Dormire, 2018, s. 154-162) Mnoho studií potvrzuje, že rodiče hospitalizovaných novorozenců na JIP zažívají deprese, úzkosti a jiné psychické potíže v mnohem větší míře oproti rodičům fyziologických novorozenců. Rodiče hospitalizovaných novorozenců se cítí více bezmocní, bez energie, vyčerpaní, pociťují mnohem více vzteku, pocitů viny a smutku. (Lotterman, Lorenz, Bonanno, 2019, s. 116-122; Ionio et al., 2016, s.605-615; Pace et al., 2016, s. 863-870)

Kromě psychických potíží trpí rodiče hospitalizovaných novorozenců i sníženou kvalitou života. Může být ovlivněna v různých sférách a u každého rodiče je to velmi

individuální. (Nordheim et al., 2016, s. 2-3) U rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP je kvalita života nejvíce ovlivněna ve dvou sférách, a to ve sféře fyzického zdraví a prožívání, tudíž je důležité se zaměřit hlavně na tyto dvě domény. Jelikož nejčastější příčinou hospitalizace novorozence na JIP bývá předčasný porod, může i matka trpět závažnými porodnickými komplikacemi, které ovlivňují její fyzické zdraví a prožívání, tudíž i kvalitu života. (Obregon et al., 2019, s. 1356-1361) Především poruchy spánku, vyčerpání, stres a deprese ovlivňovaly kvalitu života negativním způsobem. Jedním z důležitých faktorů dle studií byl právě spánek, který výrazně ovlivňoval kvalitu života rodičů, a byl by zařazen do domény fyzického zdraví. Rodiče hospitalizovaných novorozenců na JIP často trpí deprivací spánku nebo poruchami spánku, i přesto, že nemají novorozence u sebe, nejčastěji kvůli strachu o novorozence a nadměrnému stresu. (Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Haddad et al., 2019, s. 35-48; Blomqvist et al., 2017, s. 223-228) Úzkostné stavy a deprese spojené s hospitalizací novorozence spolu se sníženou radostí ze života přispívají dle studií ke snížené kvalitě života. (Moura et al., 2017, s. 1349-1360)

Aby docházelo ke snížení míry deprese a zlepšení kvality života u rodičů, je důležité zapojit do péče o novorozence celou rodinu. Je nutné rodiče vzdělávat v problematice intenzivní péče o novorozence a od samého začátku je zapojit do péče. Podporující přístup personálu a vstřícné prostředí má velmi pozitivní vliv na psychiku a kvalitu života rodičů. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 120-128) Jednou z možností je zajistit pro hospitalizované novorozence samostatné pokoje, aby je mohla rodina navštěvovat 24 hodin denně a mohla se zapojovat do péče co nejvíce. Ze studií vyplývá, že při zapojování se do péče a navazování kontaktu s novorozencem rodiče trpí depresemi mnohem méně, a snižuje se u nich míra stresu. (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 120-128; Theurich, McCool-Myers, Koletzko, 2021, s. 3; Feeley et al., 2020, s. 2-8; Trumello et al., 2018, s. 1-7; Raiskila et al., 2016, s. 201-209) Další metodou, jak snížit míru stresu a deprese u rodičů hospitalizovaných novorozenců, je metoda klokánkování, která spočívá v kontaktu skin-to-skin. Dle studií rodiče přijímají díky metodě klokánkování svou roli rodiče mnohem lépe, cítí se zapojeni do péče a snižuje se u nich míra deprese a úzkosti, a tím dochází i ke zlepšení celkového psychického stavu a zlepšení kvality života (Tvrzová, Ratiborský, 2018, s. 57-59; Dongre, Desai, Nanavati, 2020, s. 403-411; Logan, Dormire, 2018, s. 154-162;

Mu et al., 2020, s. 154-159; Norén et al., 2018, s. 181-185; Sweeney et al., 2017, s. 151-158)

Na základě shrnutých teoretických poznatků se lze domnívat, že existuje statisticky významný rozdíl v míře deprese a kvalitě života (v doménách fyzické zdraví a prožívání) mezi zkoumaným souborem rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP a kontrolní skupinou rodičů fyziologických novorozenců. Dále lze předpokládat, že bude existovat statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života (v doménách fyzické zdraví a prožívání) u zkoumaného souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

6 METODIKA VÝZKUMU VLIVU HOSPITALIZACE NOVOROZENCŮ NA JIP NA KVALITU ŽIVOTA A MÍRU DEPRESE RODIČŮ

Tato kapitola pojednává o cílech a hypotézách diplomové práce, metodách výzkumného šetření a celkové organizaci výzkumného šetření a sběru dat. Obsahuje rovněž charakterizaci zkoumaného souboru a kontrolní skupiny, a popisuje metody statistického zpracování dat.

6.1 Cíle a hypotézy diplomové práce

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má hospitalizace novorozenců na JIP na kvalitu života a míru deprese rodičů.

Na základě rešeršní strategie a získaných teoretických poznatků byly stanoveny následující dílčí cíle a hypotézy:

Cíl 1

Zjistit kvalitu života a míru deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

Cíl 2

Zjistit vztah mezi kvalitou života a mírou deprese rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

H10: Neexistuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života týkající se fyzického zdraví naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

H1A: Existuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života týkající se fyzického zdraví naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

H20: Neexistuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života týkající se prožívání naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

H2A: Existuje statisticky významný vztah mezi kvalitou života týkající se prožívání naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

Cíl 3

Srovnat míru deprese a kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H30: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se fyzického zdraví naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H3A: Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se fyzického zdraví naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H40: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se prožívání naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H4A: Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se prožívání naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H50: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI-II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H5A: Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI-II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

6.2 Metody výzkumného šetření a sběru dat

Pro účely diplomové práce bylo výzkumné šetření provedeno pomocí kvantitativního výzkumu s použitím dvou standardizovaných dotazníků, a to standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL-BREF (zkrácená verze dotazníku kvality života dle WHO) a standardizovaného dotazníku BDI-II (Beckova sebesuzovací škála deprese). Každá dotazníková baterie dále zahrnovala informovaný souhlas, který seznamoval respondenty s výzkumným projektem a šetřením, informoval o časové náročnosti, výhodách a rizicích, které z účasti na výzkumu vyplývají, a zajišťoval anonymitu a možnost kdykoliv od výzkumného šetření odstoupit. Na závěr byl respondentům poskytnut kontakt na autorku a školitelku výzkumného šetření v případě dotazů, informovaný souhlas zakončovalo prohlášení se souhlasem s účastí na výzkumném šetření. (Příloha č. 1) Součástí každé

dotazníkové baterie byly sociodemografické údaje, pomocí kterých bylo zjišťováno pohlaví, věk a parita u žen (kolikrát žena rodila).

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100, který vyvinula Světová zdravotnická organizace (WHO), se zaměřením na měření kvality života. Zkrácená verze dotazníku byla vytvořena na základě studií, které zjistily, že původní verze dotazníku WHOQOL-100 je pro respondenty příliš časově náročná a představuje pro ně zátěž. Z tohoto důvodu byla zkrácená verze dotazníku (WHOQOL-BREF) použita i v diplomové práci. Na základě výzkumných šetření byl dotazník standardizován i pro Českou republiku, načež je využívána jeho česká verze i v diplomové práci. (Dragomirecká, 2006, s. 68-73) Dotazník WHOQOL-BREF se skládá celkem z 26 položek, které slouží k sebehodnocení kvality života jedince za poslední dva týdny. První dvě položky dotazníku Q1 (celková kvalita života) a Q2 (zdravotní stav) jsou hodnoceny samostatně průměrným skórem, které vychází ze stupnice Likertovy škály 1 - 5, kdy čím je vyšší známka, tím je zaznamenána lepší kvalita života. Zbývajících 24 položek je rozděleno do čtyř oblastí (domén): fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Vyhodnocení dotazníků se provádí na základě výpočtu průměrného hrubého skóre jednotlivých domén. Pro doménu hodnotící fyzické zdraví se průměrný hrubý skór vyvozuje ze sedmi položek: q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18, pro doménu prožívání se hodnotí šest položek: q5, q6, q7, q11, q19 a q26. Oblast sociálních vztahů vychází ze tří položek: q20, q21 a q22, poslední doména hodnotící prostředí se skládá z osmi položek: q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25. Každá položka je hodnocena pomocí Likertovy škály 1 – 5 (1 = vůbec ne, velmi nespokojen/a; 5 = maximálně, velmi spokojen/a). Hodnoty průměrných hrubých skórů jednotlivých domén se pohybují v rozpětí minimální hodnoty 4 do maximální hodnoty 20, kdy vyšší hodnota ukazuje na lepší kvalitu života. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 13-25)

Poslední verzí standardizovaného dotazníku Beckovy sebehodnocovací škály deprese z roku 1996 je dotazník BDI-II, který zahrnuje 21 položek a využívá se ke zjištění depresivních symptomů a jejich závažnosti. Položky jsou zaměřeny na fyziologické, motivační, kognitivní a afektivní symptomy deprese (např. pocit viny, ztráta radosti, podrážděnost, ztráta energie, pesimismus, plačtivost a další). Respondenti volí v každé otázce pouze jeden výrok, který jejich psychický stav nejlépe vystihuje. Odpovědi se hodnotí na bodové škále od 0 do 3 bodů. Míru deprese lze

stanovit po celkovém sečtení bodů ze všech položek. Minimální hodnota dosahuje 0 bodů a maximální skóre dosahuje 63 bodů. Míra deprese se dále dělí dle celkové skóre do následujících cut-off skórů:

- 0 - 13 bodů – minimální projevy deprese
- 14 - 19 bodů – mírná deprese
- 20 - 28 bodů – středně silná deprese
- 29 - 63 bodů – těžká deprese (Beck, Steer, Brown, 1996, s. 5-15).

Předvýzkum

Před realizací výzkumného šetření bylo v rámci předvýzkumu osloveno 10 respondentů, aby byla zjištěna časová náročnost a srozumitelnost při zodpovídání otázek v dotaznících. Tyto dotazníky však nejsou zahrnuty ve výsledcích výzkumného šetření. Na základě předvýzkumu byla stanovena průměrná doba na zodpovězení všech otázek na 10-20 minut a potvrzena srozumitelnost otázek.

6.3 Organizace výzkumného šetření zkoumaného souboru

Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Olomouc na novorozeneckém oddělení na jednotce intenzivní a resuscitační péče. Toto zařízení bylo vybráno, protože je v Olomouckém kraji jako jediným perinatologickým centrem poskytujícím intenzivní péči v neonatologii. Před realizací výzkumného šetření byla zaslána žádost o vyjádření Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, zda je možné z etického hlediska výzkumné šetření provést. Etická komise na základě posouzení žádosti, která obsahovala metodologii diplomové práce, udělila souhlasné stanovisko s realizací výzkumného šetření (Příloha č. 2). Dále následovalo podání žádosti o povolení realizace výzkumného šetření na novorozeneckém oddělení – JIRP hlavní sestře Fakultní nemocnice Olomouc paní Bc. Drobiličové. Po domluvě hlavní sestry s vrchní sestrou novorozeneckého oddělení paní Mgr. Romanovou byla žádost schválena (Příloha č. 3). Pro získávání dat byla zvolena metoda prostého záměrného výběru skrze vybranou instituci. Dotazníkové baterie byly respondentům předávány na novorozeneckém oddělení na jednotce intenzivní a resuscitační péče přímo autorkou výzkumného šetření, což bylo jednou z podmínek ke schválení žádosti a realizaci výzkumného šetření. Vyplněné dotazníky respondenti vkládali do obálek a předem připraveného sběrného boxu, který byl umístěn na oddělení mimo dostupnost veřejnosti. Sběr dat pro výzkumné šetření

probíhal v období od prosince 2020 do března 2021. Z celkového počtu 75 rozdaných dotazníkových baterií (100 %) činila návratnost 60 dotazníkových baterií (80 %), z nichž byly všechny použity ke statistickému zpracování.

6.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření byli osloveni respondenti, kteří byli rodiči hospitalizovaného novorozence na novorozenecké jednotce intenzivní péče, což byl hlavní parametr pro výzkumné šetření. Kritérii pro výběr respondentů byl věk nad 18 let, souhlas s účastí na výzkumném šetření a délka hospitalizace novorozence pohybující se v rozmezí 14 dní od příjmu novorozence po dobu 6 týdnů hospitalizace. Sledovanými parametry, které charakterizovaly zkoumaný soubor byly:

- pohlaví
- věk
- parita u žen

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 60 (100 %) respondentů, z nichž celkový počet 53 (88,3 %) tvořily ženy a muži tvořili celkový počet 7 (11,7 %). Nejčastěji byla u žen zaznamenána věková kategorie v rozmezí 26-35 let (41 žen), dále v rozmezí 18-25 let (10 žen) a ve věkové kategorii 36-45 let pouze 2 ženy. Muži se nejčastěji pohybovali ve věkové kategorii 36-45 let (5 mužů) a zbylí ve věkové kategorii 26-35 let (2 muži). Ženy rodily ve většině případů poprvé (37 žen), 13 žen rodilo podruhé a pouze 3 ženy rodily potřetí.

6.4 Organizace výzkumného šetření a charakteristika kontrolní skupiny

Výzkumné šetření kontrolního souboru probíhalo taktéž pomocí dotazníkových baterií, které byly rozdávány respondentům, kteří splnili tři kritéria, a to: věk nad 18 let, souhlas s účastí na výzkumném šetření a byli rodiči fyziologických novorozenců v časovém období minimálně 14 dní a maximálně 6 týdnů po porodu. Do kontrolní skupiny respondentů byli vybráni náhodně rodiče fyziologických novorozenců, kteří splňovali kritéria, a rodiče, kteří v tomto období navštívili pediatrické ambulance v Olomouci, kde byli po domluvě s personálem osloveni a následně zanechali dotazníkové baterie v obálkách do předem připraveného sběrného boxu na místě mimo veřejný přístup, nebo je doručili osobně. Cílem bylo nalézt soubor respondentů, který odráží podobné vlastnosti jako zkoumaný soubor. Velikost kontrolní skupiny byla

konzultována, a i vzhledem k probíhající epidemiologické situaci schválena statistikem. Sběr dat pro výzkumné šetření byl prováděn v období od ledna 2021 do března 2021. Z celkového počtu 65 rozdaných dotazníkových baterií (100 %) činila návratnost 40 dotazníkových baterií (61,5 %), z nichž byly všechny použity ke statistickému zpracování.

Sledovanými parametry u kontrolní skupiny byly stejné jako u zkoumaného souboru – pohlaví, věk a parita u žen. Z celkového počtu 40 respondentů tvořily ženy 82,5 % (33 žen) a muži 17,5 % (7 mužů). Nejčastěji vybraná věková kategorie u žen byla v rozmezí 26-35 let (25 žen), věkovou kategorií v rozmezí 18-25 let vybralo 6 žen a pouze 2 ženy spadaly do věkové kategorie 36-45 let. Muži nejčastěji spadali do věkové kategorie v rozmezí 36-45 let (4 muži), do věkové kategorie v rozmezí 26-35 let byli zařazeni 3 muži. Ženy rodily nejčastěji poprvé (25 žen) a 8 žen rodilo podruhé.

5.5 Metody statistického zpracování dat

Ke zpracování a statistickému vyhodnocení získaných dat byl použit statistický softwarový program SPSS a program Microsoft Excel, pomocí něhož byly získány základní statistické proměnné – aritmetický průměr, medián, modus a směrodatná odchylka. Pro zjištění vztahů mezi vybranými proměnnými u zkoumaného souboru byl použit Spearmanův korelační koeficient. Mann-Whitney U test na 5% hladině významnosti byl použit pro statistické srovnání dat mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Následující kapitola obsahuje interpretaci výsledků k jednotlivým cílům, které byly zjištěny sběrem a vyhodnocením dat ve výzkumném šetření. Pojednává o tom, zda byly splněny dílčí cíle a potvrzeny či vyvráceny jednotlivé hypotézy.

7.1 Interpretace výsledků k cíli 1

Cíl 1

Zjistit kvalitu života a míru deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

Ke splnění cíle byly použity výsledky zjištěné dvěma standardizovanými dotazníky WHOQOL-BREF a BDI-II. U zkoumaného souboru – rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP byla kvalita života zjišťovaná pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Celková kvalita života je hodnocena samostatnou položkou Q1, která je však dle autorky dotazníku pouze orientační a není statisticky hodnotitelná. Jako velmi špatnou kvalitu života neoznačil z celkového počtu 60 respondentů (100 %) ani jeden, špatnou kvalitu života označilo 8 respondentů (13,33 %), ani špatnou, ani dobrou uvedlo 28 respondentů (46,67 %), dobrou kvalitu života uvádělo 23 respondentů (38,33 %) a velmi dobrou kvalitu života pouze 1 respondent (1,67 %). Průměrná hodnota výsledného skóre této položky činila 3,28. Přehled interpretovaných výsledků je uveden v *tabulce č. 1*. Přehled průměrných hrubých skór jednotlivých domén týkajících se kvality života, a samostatných položek pro celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravotním stavem je uveden v *tabulce č. 2*.

Tabulka č. 1 Přehled výsledků pro celkovou kvalitu života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP

Q1	n (%)	μ	Mod (x)	Med (x)	σ	Velmi špatná (%)	Špatná (%)	Ani špatná, ani dobrá (%)	Dobrá (%)	Velmi dobrá (%)
ZS	60 (100 %)	3,28	3	3	0,71	0 (0 %)	8 (13,33 %)	28 (46,67 %)	23 (38,33 %)	1 (1,67 %)

Q1 = celková kvalita života

ZS = zkoumaný soubor

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Mod (x) = modus

Med (x) = medián

σ = směrodatná odchylka

Tabulka č. 2 *Přehled průměrných hodnot pro jednotlivé domény a samostatné položky u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP*

ZS	n (%)	Q1 (μ)	Q2 (μ)	DOM 1 (μ)	DOM 2 (μ)	DOM 3 (μ)	DOM 4 (μ)
Celkem	60 (100 %)	3,28	3,80	14,30	14,30	16,76	15,92

ZS = zkoumaný soubor

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Q1 = celková kvalita života

Q2 = celková spokojenost se zdravotním stavem

DOM 1 = doména fyzické zdraví

DOM 2 = doména prožívání

DOM 3 = doména sociální vztahy

DOM 4 = doména prostředí

Pozn.: u položek Q1 a Q2 je rozpětí škály 1-5 (1 – velmi špatná; 5 – velmi dobrá), u jednotlivých domén je rozpětí hodnot v rozmezí 4-20 (4 – velmi špatná kvalita života; 20 – velmi dobrá kvalita života)

Ke zjištění míry deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP byl použit standardizovaný dotazník Beckovy sebesuzovací škály deprese (BDI-II). Z celkového počtu 53 žen (100 %) vykazovalo 18 žen (34 %) minimální projevy deprese, mírná deprese byla zjištěna u 19 žen (36 %), středně silnou depresí trpělo 16 žen (30 %) a těžkou depresí netrpěla žádná z žen (0 %). Minimální hodnota činila 9 bodů, maximální hodnota byla 25 bodů. Průměrná hodnota činila 16,25 bodů. Z celkového počtu 7 mužů (100 %) vykazovali všichni muži (100 %) minimální projevy deprese. Minimální hodnota činila 2 body, maximální hodnota byla 7 bodů. Průměrná

hodnota činila 4,14 bodů. Z interpretovaných výsledků je patrné, že nadpoloviční většina žen trpí depresí (mírnou až středně silnou), jelikož celkový skóre, který značí depresi je přítomen u 35 žen z celkového počtu 53 žen, což činí 66 % žen ze zkoumaného souboru. Je patrný i rozdíl v projevech deprese mezi ženami a muži ze zkoumaného souboru, kdy muži vykazují ve všech případech pouze minimální projevy deprese. Tento rozdíl však nelze statisticky hodnotit, jelikož je počet mužů ve zkoumaném souboru příliš nízký. Přehled interpretovaných výsledků je uveden v *tabulce č. 3*.

Tabulka č. 3 Výskyt deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP

ZS	n (%)	μ	Max	Min	0-13 bodů	14-19 bodů	20-28 bodů	29-63 bodů
Ženy	53 (88,3 %)	16,25	25	9	18 (34 %)	19 (36 %)	16 (30 %)	0
Muži	7 (11,7 %)	4,14	7	2	7 (100 %)	0	0	0
Celkem	60 (100 %)	14,83	25	2	25	19	16	0

ZS = zkoumaný soubor

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Max = maximální hodnota

Min = minimální hodnota

0-13 bodů = minimální projevy deprese

14-19 bodů = mírná deprese

20-28 bodů = středně silná deprese

29-63 bodů = těžká deprese

Cíl 1 byl splněn.

7.2 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2

Zjistit vztah mezi kvalitou života a mírou deprese rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

Ověření hypotézy H1

H10: Neexistuje statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se fyzického zdraví naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

H1A: Existuje statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se fyzického zdraví naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

Pro zjištění statisticky významného vztahu mezi proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky testu naznačují, že existuje slabá až střední souvislost mezi celkovou kvalitou života v doméně fyzické zdraví a mírou deprese, $r_s = 0,309$ ($p < 0,001$). Výsledné hodnoty korelace jsou uvedeny v *tabulce č. 4*. Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že existuje vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se domény fyzického zdraví a mírou deprese. Pokud vzrůstá míra deprese, klesá u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP celková kvalita života v doméně fyzické zdraví.

Tabulka č. 4 Výsledné korelace mezi doménou fyzické zdraví a skóre BDI-II

Correlations^a

			Doména fyzické zdraví - hrubé skóre (Q3, 4, 10, 15, 16, 17, 18)	Skóre Beckovy škály deprese (BDI-II)
Spearman's rho	Doména fyzické zdraví - hrubé skóre (Q3, 4, 10, 15, 16, 17, 18)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 60	-,309* ,016 60
	Skóre Beckovy škály deprese (BDI-II)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,309* ,016 60	1,000 . 60

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2 = Rodiče novorozenců na JIP

Nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní.

Ověření hypotézy H2

H20: Neexistuje statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se prožívání naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

H2A: Existuje statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se prožívání naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP.

Spearmanův korelační koeficient byl použit i pro zjištění statisticky významného vztahu mezi proměnnými vycházejícími z hypotézy H2. Výsledky testu naznačují, že existuje střední souvislost mezi celkovou kvalitou života v doméně prožívání a mírou deprese, $r_s = 0,430$ ($p < 0,001$). Výsledné hodnoty korelace jsou uvedeny v *tabulce č.*

5. Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že existuje vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se domény prožívání a mírou deprese. Pokud vzrůstá míra deprese, klesá celková kvalita života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP v doméně prožívání.

Tabulka č. 5 Výsledné korelace mezi doménou prožívání a BDI-II

Correlations ^a			Doména prožívání - hrubé skóre (Q5, 6, 7, 11, 19, 26)	Skóre Beckovy škály deprese (BDI-II)
Spearman's rho	Doména prožívání - hrubé skóre (Q5, 6, 7, 11, 19, 26)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 60	-,430** ,001 60
	Skóre Beckovy škály deprese (BDI-II)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,430** ,001 60	1,000 . 60

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2 = Rodiče novorozenců na JIP

Nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní.

Výsledky, které byly zjištěny pomocí Spearmanova korelačního koeficientu, upozorňují na existenci statisticky signifikantního vztahu mezi dvěma doménami kvality života zjištěné dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese stanovenou z dotazníku BDI-II. Byl zjištěn statisticky významný vztah mezi mírou deprese a doménou fyzické zdraví, který vykazuje slabou až střední souvislost ($r_s = 0,309$), dále byl zjištěn statisticky významný korelační vztah mezi mírou deprese a doménou prožívání, který vykazuje střední souvislost ($r_s = 0,430$). Z interpretace výsledků plyne, že se vzrůstající mírou deprese, klesá celková kvalita života v oblastech fyzické zdraví a prožívání.

Cíl 2 byl splněn.

7.3 Interpretace výsledků k cíli 3

Cíl 3

Srovnat míru deprese a kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Ověření hypotézy H3

H30: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se fyzického zdraví naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H3A: Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se fyzického zdraví naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Pro statistické srovnání míry kvality života v doméně fyzické zdraví mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou byl použit Mann – Whitney U test na 5% hladině významnosti (Příloha č. 4). Na jeho základě byl zjištěn signifikantní rozdíl.

Hodnota průměrného hrubého skóre celkové kvality života v doméně fyzické zdraví zjištěná pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF byla u zkoumaného souboru (rodičů hospitalizovaných novorozenců na JIP) snižená ve srovnání s kontrolní skupinou (rodiče fyziologických novorozenců). Hodnoty jsou uvedeny v *tabulce č.6*.

Tabulka č. 6 Srovnání celkové kvality života v doméně fyzické zdraví mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Doména fyzické zdraví	n	μ	Max	Min	Mod (x)	Med (x)	σ
ZS	60	14,30	18,29	9,14	13,71	14,3	2,11
KS	40	17,43	18,86	15,43	17,71	17,7	0,96

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Max = maximální hodnota

Min = minimální hodnota

Mod (x) = modus

Med (x) = medián

σ = směrodatná odchylka

Pro statistické ověření rozdílu byl použit Mann – Whitney U test a výsledky naznačují, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají signifikantně nižší skóre kvality života v doméně fyzické zdraví (MDN = 14,3) než kontrolní skupina (rodiče fyziologických novorozenců (MDN = 17,7)); $U = 2\,148,500$; $p < 0,001$. Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají ve srovnání s kontrolní skupinou sníženou kvalitu života v doméně fyzické zdraví.

Nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní.

Ověření hypotézy H4

H40: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se prožívání naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H4A: Existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se prožívání naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Dále byla mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou statisticky srovnávána míra kvality života v doméně prožívání. Pro vyhodnocení hypotézy byl opět použit Mann – Whitney U test na 5 % hladině významnosti (Příloha č. 5). Na jeho základě byl zjištěn signifikantní rozdíl.

Hodnota průměrného hrubého skóre celkové kvality života v doméně prožívání zjištěná pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF byla u zkoumaného souboru (rodičů hospitalizovaných novorozenců na JIP) snižena ve srovnání s kontrolní skupinou (rodiče fyziologických novorozenců). Hodnoty jsou uvedeny v *tabulce č. 7*.

Tabulka č. 7 Srovnání celkové kvality života v doméně prožívání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Doména prožívání	n	μ	Max	Min	Mod (x)	Med (x)	σ
ZS	60	14,3	18,66	10	14,00	14,0	1,95
KS	40	17,1	18,00	16	16,66	17,3	0,71

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Max = maximální hodnota

Min = minimální hodnota

Mod (x) = modus

Med (x) = medián

σ = směrodatná odchylka

Pro statistické ověření rozdílu byl použit Mann – Whitney U test a výsledky naznačují, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají signifikantně nižší skóre kvality života v doméně prožívání (MDN = 14,0) než kontrolní skupina (rodiče fyziologických novorozenců (MDN = 17,3)); $U = 2\ 160,500$; $p < 0,001$. Lze tedy konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají ve srovnání s kontrolní skupinou sníženou kvalitu života v doméně prožívání.

Nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní.

Ověření hypotézy H5

H50: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI-II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

H5A: Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI-II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

Pro statistické srovnání zkoumaného souboru a kontrolní skupiny v míře deprese a vyhodnocení hypotézy byl použit Mann – Whitney U test na 5% hladině významnosti (Příloha č. 6). Míra deprese byla zjišťována pomocí standardizovaného dotazníku Sebeuposuzovací škály deprese (BDI-II). Hodnota průměrného skóre u zkoumaného souboru činila 14,8, u kontrolní skupiny 4,50. Hodnoty, které srovnávají míru deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou jsou uvedeny v *tabulce č. 8*.

Tabulka č. 8 Srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Míra deprese	n	μ	Max	Min	Mod (x)	Med (x)	σ
ZS	60	14,8	25	2	16	15	5,80
KS	40	4,50	10	2	3	4	1,92

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

n = počet respondentů

μ = aritmetický průměr

Max = maximální hodnota

Min = minimální hodnota

Mod (x) = modus

Med (x) = medián

σ = směrodatná odchylka

Pro statistické ověření rozdílu byl použit Mann – Whitney U test a výsledky testu naznačují, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají signifikantně vyšší skóre deprese (MDN = 15) než kontrolní skupina (rodiče fyziologických novorozenců (MDN = 4)); $U=154,500$; $p < 0,001$. Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP vykazují statisticky významně vyšší míru deprese než kontrolní skupina.

Nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní.

Cíl 3 byl splněn.

8 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá vlivem hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů. Jak uvádí mnoho autorů, hospitalizace novorozence na JIP ovlivňuje v různé míře jak psychický stav, tak v různých sférách i kvalitu života. (Abdullah et al., 2017, s. 132-140; Ionio et al., 2019, s. 1-6; Çekin, Turan, 2018, s. 117-125; Logan, Dormire, 2018, s. 154-162; Ionio et al., 2016, s. 605-615; Hasanpour et al., 2017, s. 1-13; Lorié et al., 2021; Macdonell et al., 2015, s. 142-149; Obregon et al., 2019, s. 1356-1361; Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Haddad et al., 2019, s. 35-48; Blomqvist et al., 2017, s. 223-228; Moura et al., 2017, s. 1349-1360)

Hospitalizace právě narozeného dítěte je pro rodiče nesmírně obtížnou novou situací, a tudíž je ovlivněna i kvalita jejich života. (Nordheim et al., 2016, s. 2-3) Studie prokazují, že kvalita života rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP se snižuje především v doméně fyzické zdraví a prožívání. (Obregon et al., 2019, s. 1356-1361; Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Moura et al., 2017, s. 1349-1360; Blomqvist et al., 2017, s. 223-228) Fyzické zdraví rodičů (častěji matky) může mít na kvalitu života velký vliv, protože se od něj odvíjí veškeré činnosti rodičů, psychický stav rodičů a schopnost navštěvovat novorozence a pečovat o něj. (Obregon et al., 2019, s. 1356-1361) Mnoho rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP dle studií prožívá deprese a úzkosti, nejsou spokojeni se svým životem, nepociťují ze života radost, což právě snižuje kvalitu života v doméně prožívání. (Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Moura et al., 2017, s. 1349-1360) I výzkumné šetření této diplomové práce potvrzuje, že kvalita života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP v doméně fyzické zdraví a prožívání vykazuje nižší hodnoty oproti doméně sociální vztahy a prostředí. Dále jsou u obou domén průměrné hodnoty 14,30, což nemůžeme hodnotit jako velmi dobrou kvalitu života, proto ji můžeme považovat za sníženou.

Hospitalizace novorozence na JIP ovlivňuje psychický stav obou rodičů, což následně ovlivňuje průběh hospitalizace a péči o novorozence. (Trumello et al., 2018, s. 1-7) Deprese se u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP vyskytuje ve v nadměrné většině případů. Dle studie kolektivu autorů Abdullah et al. (2017, s. 132-140) trpí psychickými potížemi více než 70 % dotázaných rodičů, jejichž novorozenec je hospitalizovaný na JIP. Podobně je tomu v italské studii, kde trpělo příznaky deprese 60-68 % rodičů hospitalizovaných novorozenců oproti normě italské populace. (Trumello et al., 2018, s. 1-7) Psychické potíže u rodičů hospitalizovaných

novorozenců potvrdila i řecká studie, kde přibližně 90 % dotazovaných rodičů trpělo příznaky deprese nebo úzkosti. (Alexopoulou et al., 2018, s. 273-276) Podobným výsledkům dospělo i výzkumné šetření této diplomové práce, kdy depresí trpělo 66 % žen (58 % rodičů z celkového počtu dotazovaných).

Záměrem této diplomové práce bylo také zjistit, zda existuje vztah mezi jednotlivými doménami kvality života a mírou deprese. Na základě výsledků této diplomové práce byl zjištěn statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života v doméně fyzické zdraví a prožívání a mírou deprese. Obdobné výsledky byly zjištěny i v podobných studiích, kdy se rodiče necítily fyzicky dobře, a tím se u nich zvyšovala míra deprese. Zároveň pokud se necítily psychicky dobře a trpěli příznaky deprese, byla u nich snížena i kvalita života v doméně fyzické zdraví a prožívání. (Obregon et al., 2019, s. 1356-1361; Amorim et al., 2018, s. 1119-1131) Je potřeba zajistit intervenci v rámci zlepšování psychického stavu a kvality spánku u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP, protože to může výrazně zlepšit kvalitu jejich života a zároveň i psychický stav. Pozitivní vliv na zlepšení kvality života a zároveň psychického stavu měly včasné zapojení do péče o novorozence, psychická podpora od rodiny a přátel a adekvátní komunikace s personálem. (Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Haddad et al., 2019, s. 35-48)

Dalším ze záměrů této diplomové práce bylo srovnání míry deprese a kvality života u zkoumaného souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP s kontrolní skupinou rodičů fyziologických novorozenců. Na základě výsledků výzkumného šetření diplomové práce lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají sníženou kvalitu v doméně fyzické zdraví i prožívání ve srovnání s rodiči fyziologických novorozenců. Podobné výsledky potvrzuje i studie zabývající se kvalitou života rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP (Amorim et al., 2018, s. 1119-1131), avšak jsou známy i výsledky studií, kdy nedocházelo k signifikantním rozdílům mezi kvalitou života rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP a rodičů fyziologických novorozenců. Aby byl prokázán signifikantní rozdíl mezi kvalitou života rodičů hospitalizovaných novorozenců a rodičů fyziologických novorozenců, je třeba provést více výzkumných šetření, které dosud nebyly provedeny (Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Moura et al., 2017, s. 1349-1360)

Existuje mnoho faktorů, které dokážou snížit kvalitu života rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP. Velmi záleží, v jakém zdravotním stavu se matka nachází, jelikož poporodní komplikace mohou velmi negativně ovlivnit kvalitu života v doméně

fyzické zdraví, jak u matky hospitalizovaného novorozence, tak u matky fyziologického novorozence. Kvalitu života ovlivňují i další aspekty, např. finanční situace rodiny, dostupnost zdravotnické péče, náboženství, stabilní manželství, dále také zdravotní stav novorozence, vyčerpání, nedostatek spánku, stres a podpory od rodiny a příbuzných. (Obregon et al., 2019, s. 1356-1361; Amorim et al., 2018, s. 1119-1131; Haddad et al., 2019, s. 35-48) Velmi dobrá kvalita života v doméně fyzické zdraví a prožívání v poporodním období je velmi důležitým ukazatelem kvality perinatální péče. (Moura et al., 2017, s. 1349-1360) Role zdravotnického personálu je tudíž nenahraditelná, měli by rodičům aktivně naslouchat, edukovat je, zajistit efektivní komunikaci, dostatečně je informovat a přistupovat k nim empaticky, popř. jim zajistit psychologickou podporu. (Raikila et al., 2016, s. 201-209)

Na základě výsledků výzkumného šetření této diplomové práce lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP vykazují statisticky významně vyšší míru deprese než kontrolní skupina rodičů fyziologických novorozenců. Podobné výsledky byly zjištěny i v americké studii, kdy depresí trpělo 31,1 % matek novorozenců hospitalizovaných na JIP, oproti tomu známky deprese u matek fyziologických novorozenců se vyskytovaly pouze u 6,5-12,9 %, a to většinou formou poporodní deprese. (Lotterman, Lorenz, Bonanno, 2019, s. 116-122) I z dalších studií vyplývá, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP trpí depresemi v mnohem větší míře, oproti rodičům fyziologických novorozenců. (Ionio et al., 2016, s. 605-615; Pace et al., 2016, s. 863-870)

Deprese může být u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP způsobena mnoha faktory, avšak nejprimárnějšími jsou strach o novorozence, vzhled a chování novorozence, neočekávaná a stresující situace, změna v rodičovské roli a prostředí novorozenecké JIP. (Ionio et al., 2019, s. 1-6) Věk je dle studií jedním ze signifikantních rizikových faktorů, který může ovlivnit míru deprese. Ve většině studií je potvrzeno, že mladší rodiče mívají tendenci k vyšší míře deprese, stresu a úzkosti. (Ionio et al., 2019, s. 1-6; Baia et al., 2016, s. 3-9; Roque et al., 2017, s. 576-587; Enke et al., 2017, s. 710-719) Avšak řecká studie naopak poukazuje na výskyt deprese a stresu ve vyšší míře u rodičů ve věku 40 let a starších. (Alexopoulou et al., 2018, s. 273-276) Velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje míru deprese u rodičů je komunikace s personálem a zapojení do péče o novorozence. Jelikož rodiče pociťují ztrátu rodičovské role a objevují se u nich kvůli tomu známky deprese, je velmi důležité rodiče zapojit do péče od začátku hospitalizace novorozence na JIP. Rodiče si mohou budovat vztah

s novorozencem, cítí se více nápomocní a budují tak sebedůvěru v péči o novorozence. Je prokázáno, že zapojení do péče o novorozence snižuje známky deprese a úzkosti. (Hasanpour et al., 2017, s. 1-13; Trumello et al., 2018, s. 1-7)

Součástí intenzivní péče o novorozence by měla být i péče zaměřená na rodinu. Přítomnost rodiče napomáhá nejen prospívání a vývoji novorozence, ale velmi pozitivně ovlivňuje fyzický i psychický stav rodičů. Je doporučováno, aby byl umožněn, co nejčastější kontakt rodiče s novorozencem, podpořit rodiče ze strany personálu a umožnění neomezených návštěv novorozence. Personál by měl aktivně naslouchat individuálním potřebám rodičů a považovat rodiče za součást týmu, který pečuje o novorozence. Role zdravotní sestry/PA je v zapojování rodičů do péče klíčová. Může svým přístupem zajistit dostatečnou podporu rodičů, edukovat je a postupně zapojovat do péče o novorozence, a zlepšovat tak jejich psychický stav i kvalitu jejich života. (Raiskila et al., 2016, s. 201-209)

Limity studie

Mezi limity studie je nutné zařadit skutečnost, že výzkum byl proveden pouze regionálně a výsledky proto nelze zevšeobecňovat. Velikost zkoumaného i kontrolního souboru nebyla bohužel příliš velká, vzhledem k tématu a probíhající epidemiologické situaci. Dále byl limitem studie také menší počet respondentů mužského pohlaví, který nelze statisticky vyhodnotit, což lze přikládat epidemiologické situaci a s ní spojené nařízení v rámci omezení pohybu osob. Předmětem šetření nebylo zjišťování různých proměnných, které mohou míru deprese a kvalitu života respondentů ovlivnit. Mezi tyto konstanty patří například aktuální životní situace, aktuální rodinná situace, osobnostní rysy nebo podrobné informace o zdravotním stavu respondentů.

ZÁVĚR

Záměrem diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů. Pro účely tohoto výzkumného šetření byl zvolen kvantitativní výzkum a byly použity dva standardizované dotazníky BDI-II a WHOQOL-BREF. Výzkumné šetření u zkoumaného souboru probíhalo ve Fakultní nemocnici Olomouc na novorozeneckém oddělení na jednotce intenzivní a resuscitační péče v období od prosince 2020 do března 2021. Zkoumaný soubor zahrnoval 60 respondentů – rodičů, jejichž novorozenci byli hospitalizováni na JIP. Dalšími sledovanými parametry byly pohlaví, věk a parita u žen. Kontrolní soubor představoval 40 respondentů – rodičů fyziologických novorozenců. Kritéria vymezující oba soubory respondentů byly věk nad 18 let, souhlas s účastí na výzkumném šetření, u zkoumaného souboru délka hospitalizace novorozence v rozmezí 14 dní od příjmu až 6 týdnů hospitalizace, u kontrolního souboru věk novorozence v rozmezí 14 dní až 6 týdnů po porodu.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit kvalitu života a míru deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP. Ke zjištění kvality života byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Jako velmi špatnou kvalitu života neoznačil z celkového počtu 60 respondentů (100 %) ani jeden, špatnou kvalitu života označilo 8 respondentů (13,33 %), ani špatnou, ani dobrou uvedlo 28 respondentů (46,67 %), dobrou kvalitu života uvádělo 23 respondentů (38,33 %) a velmi dobrou kvalitu života pouze 1 respondent (1,67 %). Průměrná hodnota výsledného skóre celkové kvality života činila 3,28. Výsledné hodnoty dále uvádějí průměrné hrubé skóre jednotlivých domén týkajících se kvality života, a to u domény fyzické zdraví činilo 14,30, u domény prožívání také 14,30, u domény sociální vztahy 16,76, a u domény prostředí 15,92. Ke zjištění míry deprese u zkoumaného souboru byl použit standardizovaný dotazník BDI-II. Z celkového počtu 53 žen (100 %) vykazovalo 18 žen (34 %) minimální projevy deprese, mírná deprese byla zjištěna u 19 žen (36 %), středně silnou depresí trpělo 16 žen (30 %) a těžkou depresí netrpěla žádná z žen (0 %). Průměrná hodnota činila 16,25 bodů. Z celkového počtu 7 mužů (100 %) vykazovali všichni muži (100 %) minimální projevy deprese. Průměrná hodnota činila 4,14 bodů. Z interpretovaných výsledků je patrné, že nadpoloviční většina žen trpí depresí (mírnou až středně silnou), jelikož celkový skór, který značí depresi je přítomen

u 35 žen z celkového počtu 53 žen, což činí 66 % žen ze zkoumaného souboru. **Cíl 1 byl splněn.**

Pro splnění **druhého cíle**, kterým bylo zjistit vztah mezi kvalitou života a mírou deprese u rodičů hospitalizovaných novorozenců na JIP, byla stanovena dvěma hypotézami. **Hypotéza č. 1** předpokládala, že existuje statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se fyzického zdraví naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP. **Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že existuje vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se domény fyzického zdraví a mírou deprese. Hypotéza č. 1 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Hypotéza č. 2** předpokládala, že existuje statisticky významný vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se prožívání naměřenou dotazníkem WHOQOL-BREF a mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI-II u souboru rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP. **Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že existuje vztah mezi celkovou kvalitou života týkající se domény prožívání a mírou deprese. Hypotéza č. 2 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Cíl 2 byl splněn.**

Pro splnění **třetího cíle** bylo potřeba srovnat kvalitu života a míru deprese u zkoumaného souboru s kontrolní skupinou. K tomuto cíli byly stanoveny tři hypotézy. **Hypotéza č. 3** předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se fyzického zdraví naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. **Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají ve srovnání s kontrolní skupinou sníženou kvalitu života v doméně fyzické zdraví. Hypotéza č. 3 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Hypotéza č. 4** předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře kvality života týkající se prožívání naměřené dotazníkem WHOQOL-BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. **Na základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP mají ve srovnání s kontrolní skupinou sníženou kvalitu života v doméně prožívání. Hypotéza č. 4 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Hypotéza č. 5** předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI-II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. **Na**

základě interpretovaných výsledků lze konstatovat, že rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP vykazují statisticky významně vyšší míru deprese než kontrolní skupina. Hypotéza č. 5 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. Cíl 3 byl splněn.

Závěrem je potřeba dodat, že výsledky výzkumného šetření poukázaly na to, že hospitalizace novorozenců na JIP ovlivňuje psychiku a kvalitu života rodičů, což tedy potvrdilo teoretické poznatky, které se zabývají tímto tématem. Rodiče novorozenců hospitalizovaných na JIP trpí depresemi ve vyšší míře, než je tomu u rodičů fyziologických novorozenců, a zároveň je hospitalizací novorozence na JIP ovlivněna i kvalita jejich života, zejména ve sféře fyzické zdraví a prožívání. Je třeba myslet na to, že do intenzivní péče o novorozence patří i péče o rodinu jako celek a zaměřit se i na rodiče je nezbytné. Zapojení rodičů do péče o novorozence výrazně snižuje výskyt deprese a zvyšuje kvalitu života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP, proto by mělo být cílem nemocnic rodiče do péče o novorozence zapojovat co nejdříve. Role porodní asistentky je velmi důležitá v tom, že může rodiče psychicky podpořit, edukovat je a zapojit do péče o novorozence na JIP. Poznatkem do praxe by mohlo být i to, že je potřeba zajistit na novorozeneckých JIP odbornou psychologickou pomoc, která by měla být rodičům nabídnuta. Dále také zajistit možnost setkání rodičů se zkušeností hospitalizace novorozence na JIP s rodiči, kteří tuto zkušenost teprve prožívají. Cílem by mělo být podpořit celou rodinu a zabezpečit péči jak pro novorozence, tak i pro rodiče.

REFERENČNÍ SEZNAM

ABDULLAH, Khatijah Lim, et al. 2017. Stress, anxiety, depression and sleep disturbance among Jordanian mothers and fathers of infants admitted to neonatal intensive care unit: a preliminary study. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 36: 132-140 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596317303020>

ALEXOPOULOU, Paraskevi, et al. 2018. Assessing anxiety and depression in parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 24.5: 273-276 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184118300061>

AMORIM, Mariana, et al. 2018. Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. *Quality of Life Research* [online]. 27.5: 1119-1131 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-017-1771-6>

BAIA, Ines, et al. 2016. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Human Development* [online]. 101: 3-9 [cit. 2021-02-26]. ISSN 0378-3782. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378215300803>

BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K. 1996. Beck depression Inventory II. Psychological Corporation, 22 s.

BLOMQVIST, Ylva Thernström, et al. 2017. Parents need support to find ways to optimise their own sleep without seeing their preterm infant's sleeping patterns as a problem. *Acta Paediatrica* [online]. 106.2: 223-228 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27925691/>

CASAVANT, Sharon G., et al. 2017. Noise in the neonatal intensive care unit: what does the evidence tell us? *Advances in Neonatal Care* [online]. 17.4: 265-273 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/fulltext/2017/08000/Noise_in_the_Neonatal_Intensive_Care_Unit__What.8.aspx?casa_token=RyVtaJ2eQUAAAAAA:27KI6uOM_o8ZipSJ8RtQZSAU5y0GFUQShJZMspYpTnFVzsRrlsu7dr2Jdo3niPAyJX5jy-0BPQd7EnqfNis-Xw

ÇEKIN, Burcu; TURAN, Türkan. 2018. The stress levels of parents of premature infants and related factors in Neonatal Intensive Care Units. *The Turkish Journal of Pediatrics* [online]. 60: 117-125 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://core.ac.uk/download/pdf/227075285.pdf>

D'AGATA, Amy L., et al. 2017. Unpacking the burden of care for infants in the NICU. *Infant Mental Health Journal* [online]. 38.2: 306-317 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/imhj.21636>

DE OLIVEIRA RODARTE, Milena Domingos, et al. 2019. Exposure and reactivity of the preterm infant to noise in the incubator. In: *CoDAS*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia [online]. 31.5: 1-11 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <http://www.codas.periodikos.com.br/article/10.1590/2317-1782/20192017233/pdf/codas-31-5-e20170233.pdf>

DONGRE, S.; DESAI, S.; NANAVATI, R. 2020. Kangaroo father care to reduce paternal stress levels: A prospective observational before-after study. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* [online]. 13.3: 403-411 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32538877/>

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 118 s. ISBN 978-80-246-3936-9.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. 2006. Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie* [online]. 10.2: 68-73 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/289589943_Czech_version_of_the_World_Health_Organization_Quality_Of_Life_WHOQOL_-_Translation_and_designing_the_response_scales

DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum. ISBN:978-80-851-2182-7.

ENKE, Christian, et al. 2017. Communicating with parents in neonatal intensive care units: The impact on parental stress. *Patient Education and Counseling* [online]. 100.4: 710-719 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399116305444?casa_token=xqfyWHdTLD0AAAAA:Uf0h3MjDQ0ToZnPoeE76pPqn3K67QeVX1plokqMj7KLx-XGfM6tbVU4sv9Pr-6hPy5CUJQ-AP

Fakultní nemocnice Olomouc. Novorozenecké oddělení, Jednotka intenzivní a resuscitační péče (JIRP) [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc. [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://novorozenci.fnol.cz/jednotka-intenzivni-a-resuscitacni-pece-jirp>

FEELEY, Nancy, et al. 2020. A comparative study of mothers of infants hospitalized in an open ward neonatal intensive care unit and a combined pod and single-family room design. *BMC Pediatrics* [online]. 20.1: 38 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12887-020-1929-1>

GRUNBERG, Victoria A., et al. 2019. NICU infant health severity and family outcomes: a systematic review of assessments and findings in psychosocial research. *Journal of Perinatology* [online]. 39.2: 156-172 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0282-9>

HADDAD, Summer, et al. 2019. Sleep in parents of preterm infants: a systematic review. *Midwifery* [online]. 73: 35-48 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613819300105?via%3Dihub>

HASANPOUR, Marzieh, et al. 2017. Iranian parent-staff communication and parental stress in the neonatal intensive care unit. *Journal of Education and Health Promotion* [online]. 6 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5470302/>

CHAWANPAIBOON, Saifon, et al. 2019. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health* [online]. 7.1: e37-e46 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18304510>

CHEONG, Jeanie LY, et al. 2020. Early environment and long-term outcomes of preterm infants. *Journal of Neural Transmission* [online]. 127.1: 1-8 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-019-02121-w>

IONIO, Chiara, et al. 2016. Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology* [online]. 12.4: 604 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114875/>

IONIO, Chiara, et al. 2019. Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development* [online]. 20 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799977/>

KHALESI, Nasrin, et al. 2017. The effectiveness of earmuffs on the physiologic and behavioral stability in preterm infants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* [online]. 98: 43-47 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587617301696?casa_token=Z3M2IF1fUI0AAAAA:2kcru7ciYkBNnu-Hr54IHsel11ipRhWJnACpWqRSuIYNxKpo6SGRimssVEkubVOdPERWsMOO

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

KOLIOULI, Flora; GAUDRON, Chantal Zaouche; RAYNAUD, Jean-Philippe. 2016. Stress, coping, and post-traumatic stress disorder of French fathers of premature infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [online]. 16.3: 110-114 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336916300538>

KUCUKOGLU, Sibel, et al. 2021. The effect of kangaroo care on breastfeeding and development in preterm neonates. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596321000609>

LAUBACH, Vickie; WILHELM, Patricia; CARTER, Katie. 2014. Shhh... I'm Growing: Noise in the NICU. *Nursing Clinics* [online]. 49.3: 329-344 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: [https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(14\)00037-1/abstract](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(14)00037-1/abstract)

LEAN, Rachel E., et al. 2018. NICU hospitalization: long-term implications on parenting and child behaviors. *Current Treatment Options in Pediatrics* [online]. 4.1: 49-69 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40746-018-0112-5>

LOGAN, Rebecca M.; DORMIRE, Sharon. 2018. Finding my way: a phenomenology of fathering in the NICU. *Advances in Neonatal Care* [online]. 18.2: 154-162 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29595553/>

LORIÉ, Esther S., et al. 2021. Parents' needs and perceived gaps in communication with healthcare professionals in the neonatal (intensive) care unit: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling* [online]. [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399120306716>

LOTTERMAN, Jenny H.; LORENZ, John M.; BONANNO, George A. 2019. You can't take your baby home yet: A longitudinal study of psychological symptoms in mothers of infants hospitalized in the NICU. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* [online]. 26.1: 116-122 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-018-9570-y>

MACDONELL, Kristy, et al. 2015. An effective communication initiative: using parents' experiences to improve the delivery of difficult news in the NICU. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 21.4: 142-149 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184115000216?casa_token=Zu3dKnBL4Q4AAAAA:q3Ad2IsHU8_hosswDlnmaAxIOTvEFDUPg68eobJnRZBrq0w4OuQAeioIxTfiTegPnhg28-2u

MANDY, George T. 2018. Short-term complications of the preterm infant. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate [online]. [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: https://www.uptodate.com/contents/short-term-complications-of-the-preterm-infant?search=preterm%20infant%20care&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9

MEKONNEN, Alemayehu Gonie; YEHUALASHET, Sisay Shewasinad; BAYLEYEGN, Alebachew Demelash. 2019. The effects of kangaroo mother care on the time to breastfeeding initiation among preterm and LBW infants: a meta-analysis of published studies. *International Breastfeeding Journal* [online]. 14.1: 1-6 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-019-0206-0>

MONTIROSSO, Rosario; TRONICK, Ed; BORGATTI, Renato. 2017. Promoting neuroprotective care in neonatal intensive care units and preterm infant development: Insights from the neonatal adequate care for quality of life study. *Child Development Perspectives* [online]. 11.1: 9-15 [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdep.12208>

MOURA, M. R. S., et al. 2017. Factors Associated With the Quality of Life of Mothers of Preterm Infants With Very Low Birth Weight: A 3-year Follow-Up Study. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* [online]. 26.5: 1349-1360 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27888392/>

MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ. 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma–chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi* [online]. 14.3: 201-204 [cit. 2021-05-10]. Dostupné z: <http://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

MU, Pei-Fan, et al. 2020. Experiences of parents providing kangaroo care to a premature infant: A qualitative systematic review. *Nursing & Health Sciences* [online]. 22.2: 149-161 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nhs.12631?saml_referrer

NORDHEIM, Trond, et al. 2016. Quality of life in parents of preterm infants in a randomized nutritional intervention trial. *Food & Nutrition Research* [online]. 60.1: 32162 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27839532/>

NORÉN, Josefine, et al. 2018. Becoming a mother–Mothers' experience of kangaroo mother care. *Sexual & Reproductive Healthcare* [online]. 16: 181-185 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187757561730263X?via%3Dihub>

NOVÁKOVÁ, Jana a Kristina JANOUŠKOVÁ. 2020. Psychika rodičů předčasně narozených dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 21(3), 210-212 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2020.044

OBREGON, Evelyn, et al. 2019. Health related quality of life (HRQoL) in mothers of premature infants at NICU discharge. *Journal of Perinatology* [online]. 39.10: 1356-1361 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31417142/>

PACE, Carmen C., et al. 2016. Evolution of depression and anxiety symptoms in parents of very preterm infants during the newborn period. *Jama Pediatrics* [online]. 170.9: 863-870 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2532578>

PROCHÁZKA, Martin, et al. 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

RAISKILA, Simo, et al. 2016. Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICUs. *Australian Critical Care* [online]. 29.4, 201-209 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731416300844?casa_token=Gsb97ZA7rb4AAAAA:UOpqilQc8GUHWka5BmiSK6-8w3njN8R_mkHXQkWnx9qRS_-5wuB72sXU4clBc2oPYIde-Xaq

ROQUE, Ariane Thaise Frello, et al. 2017. Scoping review of the mental health of parents of infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. 46.4: 576-587 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217517300825>

SHARMA, Deepak, et al. 2019. Role of kangaroo mother care in growth and breast feeding rates in very low birth weight (VLBW) neonates: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. 32.1: 129-142 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1304535>

SHIMIZU, Aya; MATSUO, Hiroya. 2016. Sound environments surrounding preterm infants within an occupied closed incubator. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 31.2: e149-e154 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596315003322?casa_token=1MnTseNKyosAAAAA:52WQAdPIZNH7nqOYmzFbUfK7ei81KVJAJzH07YouBnJB4aa8dwbT0ZPc0NCnW1b-YaTegKLQ

SWEENEY, Susan, et al. 2017. Impact of kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 23.3: 151-158 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184116301120?casa_token=

wiKCiRtE0ogAAAAA:U3Z6rHsJXGd_1mzbpk1F7jqr1QiCn62NKPue7m6nSDJH3PEj
HoWeHjBU0EJoic8kN1R7JvPj

TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. 2015 *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

THEURICH, Melissa A.; MCCOOL-MYERS, Megan; KOLETZKO, Berthold. 2021. Supporting breastfeeding of small, sick and preterm neonates. *Seminars in Perinatology* [online]. 45.2: 1-6 [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/journal/seminars-in-perinatology/vol/45/issue/2>

TRUMELLO, Carmen, et al. 2018. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: A study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Public Health* [online]. 6: 359 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00359/full>

TVRZOVÁ, Ivana a Jan RATIBORSKÝ. 2018. Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče. *Pediatric pro praxi*. [online]. 19(1), 57-59 [cit. 2021-02-26]. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archive.php>

VENKATARAMAN, Rohini, et al. 2018. Is less noise, light and parental/caregiver stress in the neonatal intensive care unit better for neonates? *Indian Pediatrics* [online]. 55.1: 17-21 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13312-018-1220-9>

YU, Xiaoyan; ZHANG, Jun; YUAN, Lu. 2020. Chinese parents' lived experiences of having preterm infants in NICU: a qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 50: e48-e54 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596319303987>

ZHANG, Bo, et al. 2020. Intermittent kangaroo mother care and the practice of breastfeeding late preterm infants: results from four hospitals in different provinces of China. *International Breastfeeding Journal* [online]. 15.1: 1-9 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00309-5>

ZMEŠKALOVÁ, Stanislava. 2018. Ve FN Brno pečují o nedonošené novorozence také matky. *Medical Tribune* [online]. 14(2) [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>

ZORES, Claire, et al. 2018. Observational study found that even small variations in light can wake up very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica* [online]. 107.7: 1191-1197 [cit. 2021-05-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/apa.14261>

SEZNAM ZKRATEK

AJ	anglický jazyk
BDI-II	Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé
CLIP	Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants (Klinický rozhovor s rodiči vysoce rizikových novorozenců)
č.	číslo
ČJ	český jazyk
dB	fyzikální jednotka pro měření hladiny intenzity zvuku
EPDS	Edinburská škála postnatální deprese
et al.	a kolektiv
FZV UPOL	Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
KMC	Kangaroo Mother Care, metoda klokánkování
KS	kontrolní skupina
lux	fyzikální jednotka intenzity osvětlení
Max	maximální hodnota
Med (x)	medián
Min	minimální hodnota
Mod (x)	modus
n	počet respondentů
např.	například
STAI	Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti
USA	Spojené státy americké
WHO	The World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQOL-BREF	The World Health Organization, Quality of Life – dotazník kvality života, krátká verze
ZS	zkoumaný soubor
μ	aritmetický průměr
σ	směrodatná odchylka

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Přehled výsledků pro celkovou kvalitu života u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP
Tabulka č. 2	Přehled průměrných hodnot pro jednotlivé domény a samostatné položky u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP
Tabulka č. 3	Výskyt deprese u rodičů novorozenců hospitalizovaných na JIP
Tabulka č. 4	Výsledné korelace mezi doménou fyzické zdraví a skóre BDI-II
Tabulka č. 5	Výsledné korelace mezi doménou prožívání a BDI-II
Tabulka č. 6	Srovnání celkové kvality života v doméně fyzické zdraví mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
Tabulka č. 7	Srovnání celkové kvality života v doméně prožívání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou
Tabulka č. 8	Srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Informovaný souhlas pro respondenty výzkumného šetření

Příloha č. 2 Stanovisko Etické komise FZV UPOL

Příloha č. 3 Žádost o realizaci výzkumného šetření ve FNOL

Příloha č. 4 Mann-Whitney U test – kvalita života v doméně fyzické zdraví

Příloha č. 5 Mann-Whitney U test – kvalita života v doméně prožívání

Příloha č. 6 Mann-Whitney U test – Beckova škály deprese (BDI-II)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Informovaný souhlas pro respondenty výzkumného šetření

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Vliv hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů

Období realizace: listopad 2020 – březen 2021

Řešitelé projektu: Bc. Adéla Kašparovská, Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Milé maminky a tatínčí,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit, jaký má hospitalizace novorozenců na JIP vliv na míru deprese rodičů, dále jaký má hospitalizace novorozenců na JIP vliv na kvalitu života rodičů a poté srovnat míru deprese a kvalitu života u rodičů, kteří mají novorozence hospitalizovaného na JIP, a rodičů, kteří pečují o zdravého novorozence. Výzkumné šetření je součástí mé diplomové práce, kterou bych ráda ukončila magisterské studium oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Ke sběru dat budou použity dva standardizované dotazníky, které Vám budou poskytnuty, a neměly by Vám zabrat déle než 20 minut Vašeho času, popř. si je můžete vyplnit v domácím prostředí. Dotazníky jsou anonymní a po vyplnění je budete moci vložit do předem připravených boxů, aby byla zajištěna Vaše anonymita. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: výsledky výzkumu mohou sloužit jako podklad k dalším výzkumným šetřením, mohou být využity v praxi nebo být publikovány v odborném časopise, a hlavně se dostat do povědomí společnosti a poukázat na důležitost duševního zdraví.

Pokud budete mít jakékoliv dotazy nebo budete chtít Vaše odpovědi s někým konzultovat, tak se na mě (autorku výzkumu) můžete kdykoliv obrátit (Bc. Adéla Kašparovská, e-mail: adela.kasparovska01@upol.cz) nebo na školitelku výzkumu, která je zároveň psycholožkou (Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D., e-mail: sarka.vevodova@upol.cz). Pokud si během vyplňování dotazníků svou účast ve výzkumu rozmyslíte, tak můžete kdykoliv odstoupit a svou účast ve výzkumu ukončit.

Moc Vám děkuji za Váš čas a ochotu,
Bc. Adéla Kašparovská

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila 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 řešitelky 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.

Příloha č. 2 Stanovisko Etické komise FZV UPOL



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-117397/1030S-2020

**Vážená paní
Bc. Adéla Kašparovská**

2020-14-07

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vliv hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

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

Příloha č. 3 Žádost o realizaci výzkumného šetření ve FNOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111 E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

verze č. 1, str. 1/2

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Adéla Kašparovská

Datum narození: 4. 1. 1996 Telefon: +420725258835 E-mail: adela.kasparovska01@upol.cz

Kontaktní adresa: Kpt. Jaroše 638/7, Třebíč 67401

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

Obor studia: Intenzivní péče v porodní asistenci

Forma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

Vliv hospitalizace novorozenců na JIP na psychiku a kvalitu života rodičů

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: Novorozenecké oddělení - JIRP v termínu od: listopad do: prosinec
 NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: _____
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: Novorozenecké oddělení - Jednotka intenzivní a resuscitační péče

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: 60-80

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: listopad do: leden, popř. únor

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:

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

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: Prostřednictvím univerzity (portál theses a úložiště univerzity)

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. 2020, Kašparovská

Schválil (datum podpis):

10. 11. 2020



Ing. Bc. Andrea Drobiličová
Náměstkyně nelékařských oborů
Fakultní nemocnice Olomouc

Poznámky: Přesné datum vykonávané praxe zatím nevím, ještě nemám stanovené služby, proto uvádím pouze orientačně, kdy by to snad mohlo být, vzhledem k současné epidemiologické situaci.

Příloha č. 4 Mann-Whitney U test – kvalita života v doméně fyzické zdraví

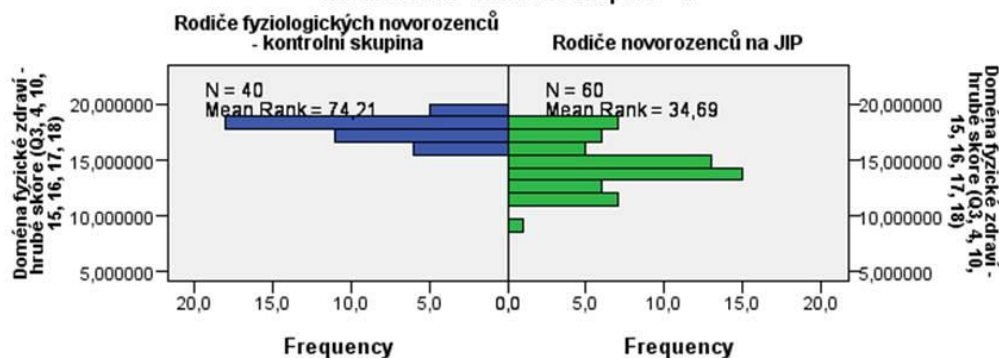
Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Doména fyzické zdraví - hrubé skóre (Q3, 4, 10, 15, 16, 17, 18) is the same across categories of Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2.	Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2



Total N	100
Mann-Whitney U	2 148,500
Wilcoxon W	2 968,500
Test Statistic	2 148,500
Standard Error	141,431
Standardized Test Statistic	6,706
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Příloha č. 5 Mann-Whitney U test – kvalita života v doméně prožívání

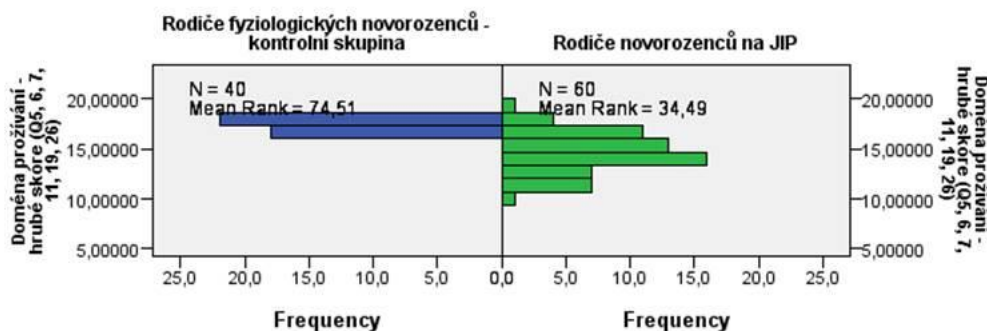
Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Doména prožívání - hrubé skóre (Q5, 6, 7, 11, 19, 26) Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2



Total N	100
Mann-Whitney U	2 160,500
Wilcoxon W	2 980,500
Test Statistic	2 160,500
Standard Error	141,208
Standardized Test Statistic	6,802
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Příloha č. 6 Mann-Whitney U test – Beckova škála deprese (BDI-II)

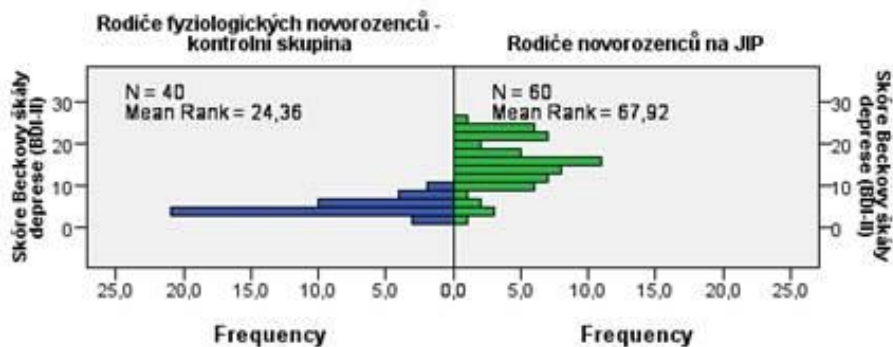
Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Skóre Beckovy škály deprese (BDI-II) is the same across categories of Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test

Rodiče novorozenců na JIP = 1, Rodiče fyziologických novorozenců - kontrolní skupina = 2



Total N	100
Mann-Whitney U	154,500
Wilcoxon W	974,500
Test Statistic	154,500
Standard Error	141,710
Standardized Test Statistic	-7,378
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000