



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Význam a přínos kontaktu kůže na kůži v péči o těžce
a extrémně nedonošené novorozence**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Tereza Nejdrová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem „*Význam a přínos kontaktu kůže na kůži v péči o těžce a extrémně nedonošené novorozence*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2022

.....

Tereza Nejdrová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Machové a také Mgr. Andree Schönbauerové, Ph. D. za odborné vedení, trpělivost, připomínky a cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat sestřám, jež mi věnovaly svůj čas a zodpověděly otázky potřebné k výzkumné části práce.

Význam a přínos kontaktu kůže na kůži v péči o těžce a extrémně nedonošené novorozence

Abstrakt

Úvod:

Termín „skin to skin kontakt“ je označení pro metodu kontaktu mezi matkou a jejím dítětem. Již časný kontakt novorozence s matčinou kůží v nejkratší době po narození má velmi pozitivní účinky pro novorozence ale i samotnou matku. Ve většině porodnicích je novorozenec ihned po porodu položen na nahé břicho nebo hrudník matky, aniž by byl osušen. Tato metoda příznivě působí na psychické a fyzické potřeby novorozence. Děti jsou spokojenější, méně pláčou, přibývají rychleji na váze, stabilizuje se jejich tělesná teplota, srdeční frekvence a dýchání. Také má význam pro jeho rodiče.

Cíle práce:

Prvním naším cílem bylo identifikovat, jaký vliv má metoda skin to skin na termoregulaci, laktaci, psychické a fyzické potřeby u novorozence a také u matky. Druhým cílem bylo zjistit, jaké existují možnosti podpory kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců. Posledním cílem bylo odhalit, jaké důvody nejčastěji brání poskytovat kontakt skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

Metodologie:

Výzkumná část práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu, pomocí hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru se sestrami. Výzkumný soubor byl tvořen devíti sestrami z neonatologického oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s.. Rozhovory probíhaly od února do března roku 2022. Následně byly doslovně přepsány v textovém editoru Microsoft Word a poté byla provedena kvalitativní analýza dat a kategorizace v analytickém nástroji ATLAS.ti. Rozhovory byly rozděleny do čtyř kategorií a následných podkategorií. Veškerá data jsou znázorněna v přehledných schématech u jednotlivých kategorií.

Výsledky:

Na základě získaných zanalyzovaných dat vyplývá, že metoda skin to skin kontaktu má více benefitů než rizik, které by bránily k rozvoji vazby rodič-dítě. V současné době důvodů a potencionálních rizik, které by bránily kontaktu skin to skin rapidně ubylo. Z výzkumné šetření vyplývá, že nejzávažnějším rizikem stále zůstává nestabilní stav novorozence. Důležitá je spolupráce ošetrovatelského týmu a rodičů novorozence. Pokud by dítě nemohlo být klokaněno, existují alternativní metody, které napomáhají k vytváření citového pouta mezi matkou a dítětem. Ošetřující personál dovoluje klokanit otcům, pokud matka není, kvůli svému zdravotnímu stavu, schopna.

Závěr:

Z výsledku vyplývá, že metoda kůže na kůži snižuje u dětí pláč a stres. Novorozenci jsou klidnější a lépe spějí a prospívají. Tato metoda také posiluje vzájemnou vazbu mezi matkou a novorozencem. Nedonošení novorozenci bývají uloženi do inkubátorů, napojení na monitory a hadičky, často i s podporou dýchání. Všechny tyto faktory vyvolávají u rodičů často pocit viny, selhání, zklamání či osamocení. Je důležité umožnění podílet se na péči o jejich novorozence. Tím získávají i informace o zdravotním stavu dítěte. Při klokánkování se prohlubuje citová vazba.

Výsledky výzkumného šetření mohou být využity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o nedonošené novorozence, dále v rámci celoživotního vzdělávání dětských sester a v rámci výuky v oboru Pediatrické ošetrovatelství. Výsledky také budou prezentovány v článku časopisu *Pediatric pro praxi*.

Klíčová slova

Nedonošený novorozenec, skin to skin kontakt, matka, dětská sestra, podpora

The importance and benefits of skin-to-skin contact in the care of severely and extremely premature newborns

Abstract

Introduction:

The term "skin to skin contact" is a term for a method of contact between a mother and her child. The early contact of the newborn with the mother's skin in the shortest time after birth has very positive effects for the newborn but also for the mother herself. In most maternity hospitals, the newborn is placed on the mother's bare abdomen or chest immediately after birth without being dried. This method has a positive effect on the mental and physical needs of the newborn. Children are happier, cry less, gain weight faster, and their body temperature, heart rate, and breathing stabilize. It also matters to his parents.

Objectives of the work:

Our first goal was to identify the effect of the skin-to-skin method on thermoregulation, lactation, and mental and physical needs in the newborn and also in the mother. The second goal was to find out what possibilities there are to support skin-to-skin contact in severely and extremely premature newborns. The last goal was to reveal the reasons that most often prevent the provision of skin-to-skin contact in severely and extremely premature newborns.

Methodology:

The research part of the work was processed by the method of qualitative research, using in-depth and semi-structured interviews with nurses. The research group consisted of nine nurses from the Department of Neonatology at the Hospital of České Budějovice a.s.. The interviews were divided into four categories and subsequent subcategories. All data are shown in clear diagrams for individual categories.

Results:

Based on the obtained analyzed data, it follows that the skin-to-skin contact method has more benefits than risks that would prevent the development of a parent-child bond.

At present, the reasons and potential risks that would prevent skin-to-skin contact have rapidly diminished. The research shows that the most serious risk remains the unstable condition of the newborn. The cooperation of the nursing team and the newborn's parents is important. If the child could not be kangarooed, there are alternative methods that help to create an emotional bond between mother and child. The nursing staff allows kangaroo care for fathers if the mother is unable, due to her health condition.

Conclusion:

As a result, the skin-to-skin method reduces crying and stress in children. Newborns are calmer and sleep better and thrive. This method also strengthens the relationship between mother and newborn. Premature newborns are usually placed in incubators, connected to monitors and hoses, often with respiratory support. All of these factors often make parents feel guilty, failing, disappointed, or lonely. It is important to be able to participate in the care of their newborn. In this way, they also obtain information about the child's health condition. During kangarooing, the emotional bond deepens.

The results of the research survey can be used to improve nursing care for premature newborns, as well as in the lifelong education of nurses and in teaching in the field of pediatric nursing. The results will be presented in an article in the journal *Pediatrics for Practice*.

Keywords:

Premature newborn, skin-to-skin contact, mother, baby sister, support

OBSAH

Úvod	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Nedonošený novorozenec	11
1.1.1 <i>Charakteristické znaky nedonošeného novorozence</i>	12
1.2 Ošetřovatelská péče o nedonošeného novorozence.....	13
1.2.1 <i>Poporodní adaptace a první ošetření nedonošeného novorozence</i>	14
1.2.2 <i>Následná péče o nedonošeného novorozence</i>	15
1.2.3 <i>Polohování a komfort</i>	16
1.2.4 <i>Termomanagement</i>	17
1.2.5 <i>Vhodné prostředí</i>	18
1.2.6 <i>Vnímání bolesti a pláče</i>	19
1.2.7 <i>Bazální stimulace</i>	20
1.2.8 <i>Individualizovaná vývojová péče (NIDCAP)</i>	20
1.3 Skin to skin contact	21
1.3.1 <i>Klokánkování</i>	22
1.3.2 <i>Důsledky nedostatečného bondingu</i>	24
1.3.3 <i>Benefity skin to skin kontaktu</i>	24
1.4 Význam a přínos bondingu	26
1.4.1 <i>Přínosy pro dítě a rodiče</i>	26
1.5 Úloha sester v péči o nedonošeného novorozence	28
1.5.1 <i>Role sester v podpoře bondingu</i>	28
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3 METODIKA	32
3.1 Použité metody.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 VÝSLEDKY	34
4.1 Kategorizace výsledků	34
4.1.1 <i>Kategorie 1 Důvody a rizika bránící poskytovat SSC</i>	34
4.1.2 <i>Kategorie 2 Přínos kontaktu skin to skin</i>	36
4.1.3 <i>Kategorie 3 Způsoby kontaktu s novorozencem</i>	40
4.1.4 <i>Kategorie 4 Edukace matek o kontaktu skin to skin</i>	44

5	DISKUZE	48
6	ZÁVĚR	53
7	SEZNAM LITERATURY	54
8	PŘÍLOHY	65
8.1	Seznam příloh	65
9	SEZNAM ZKRATEK.....	69

Úvod

Kontakt skin to skin znamená kontakt nahé kůže novorozence s nahou kůží matky či otce. U těžce a extrémně nedonošených novorozenců nebývá možné přiložit nahého novorozence na tělo matky ihned po porodu. Z tohoto důvodu je důležité podpořit bonding a skin to skin kontakt v následujícím období pomocí doteků a hlazení, kojení, koupání, klokánkování aj. Metoda skin to skin napomáhá ke správnému vývoji nedonošeného novorozence tím, že mu poskytuje bezpečné prostředí, které simuluje prostředí dělohy. Dítě tak cítí tělesné teplo a slyší tlukot srdce. Tato metoda má pozitivní vliv na fyzický i psychický vývoj dítěte. Také dochází ke zlepšování psychické pohody rodiče. Dle studií je dokázáno, že novorozenci, kteří bývají často u svých rodičů na těle, lépe prospívají, přibírají na váze, jsou více v klidu, mají stabilnější vitální funkce, klidnější dech, jejich tělesná teplota tolik nekolísá i lépe spávají a méně pláčou. Klokánkování také napomáhá k rozvoji laktace matky a rozvoji imunitního systému dítěte. Dětem, jimž je dopřáno klokánkování, se lépe vyvíjí mozek a bývají méně ohrožené infekcí. Jejich kůže se totiž začíná přirozeně osidlovat mateřskými bakteriemi, proti nimž jsou přímo chráněny protilátkami mateřského mléka.

Naším cílem je zjistit jaký vliv metoda skin to skin má na termoregulaci novorozence, rozvoj laktace u matky, psychické a fyzické potřeby dítěte a také matky. Dalším cílem je zjistit jaké existují metody podpory kontaktu skin to skin, popřípadě alternativní metody používané k podpoře kontaktu u těžce a extrémně nedonošených novorozenců. Dále se budeme snažit odhalit nejčastější důvody bránící poskytování kontaktu skin to skin u nedonošených novorozenců a jak potencionálním rizikům předcházet.

Námětem pro napsání této bakalářské práce o kontaktu skin to skin mě inspirovala především praxe na novorozeneckých odděleních Nemocnice České Budějovice a.s..

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Nedonošený novorozenec

Nedonošený novorozenec je dítě narozené před ukončeným 38. týdnem gestace s hmotností menší než 2500 gramů, jedná se tedy o novorozence z předčasného porodu. Příčiny předčasných porodů jsou multifaktoriální a velmi často není příčina ani objasněna (WHO, 2012b).

Předčasný porod je definován jako porod před 37. gestačním týdnem (tzn. Termín porodu <37+0). Nedonošené novorozence rozdělujeme podle týdnu těhotenství nebo porodní váhy na extrémně nedonošené (narození do 28. týdne gestace, s hmotností 500–999 gramů, Extremaly Low Birth Weight), těžce nedonošené (do 32. týdne, s hmotností 1000–1499 gramů, Very Low Birth weight), středně nedonošené (do 34. týdne gestace, s hmotností 1500–1999 gramů, Low Birth Weight) a lehce nedonošené (do 38. týdne gestace, s hmotností 2000–2499 gramů, Low Birth Weight) (Linnér, 2020).

U předčasně narozených dětí pokračuje zrání, behaviorální chování a neurovývoj v nemocničním prostředí místo in utero. Tyto první týdny až měsíce života dítěte obsahují mnoho nečekaných zážitků, fyziologicky i psychicky náročných (Linnér, 2020). Extrémně předčasně narozené děti (<28. týdnů gestace) jsou skupinou s nejvyšším rizikem motorických, kognitivních a behaviorálních problémů (Green, 2017).

V současné době je předčasný porod považován za syndrom, na němž se podílejí různé faktory. Mezi hlavní etiopatogenetické mechanismy předčasného porodu bývá řazena nadměrná distenze dělohy, cervikální inkompetence, infekce, uteroplacentární ischemie, porucha imunologické tolerance, alergie a endokrinní poruchy. Ty vedou k aktivaci děložní činnosti, dilataci děložního hrdla a aktivaci deciduální tkáně a plodových obalů. Porod v termínu a předčasný porod bývají důsledkem aktivace stejných mechanismů, ale zásadním rozdílem je, že v případě porodu probíhajících v termínu jsou mechanismy aktivovány fyziologicky, zatímco u předčasného porodu patologicky. Incidence předčasného porodu se v České republice pohybuje kolem 7–8 % (Fendrychová, 2012).

Projevy předčasného porodu bývají často subklinické. Typicky se jedná o předčasný nástup děložní aktivity, předčasný či předtermínový odtok plodové vody, spotting a také

nespecifické bolesti zad. Pro další rozhodování porodníků ve spolupráci s neonatologem je důležitá správná diagnostika hrozícího, počínajícího nebo probíhajícího předčasného porodu (Straňák, 2015 a).

1.1.1 Charakteristické znaky nedonošeného novorozence

Na celém světě se ročně předčasně narodí 15 milionů dětí. Předčasný porod je jednou z největších přímých příčin novorozenecké úmrtnosti a morbidit. Předčasně narozené děti jsou ve srovnání s donošenými vystaveny zvýšenému riziku neurovývojových poruch. Patří sem i nižší sebevědomí, špatné sociální vztahy a horší kvalita života v dospělosti (Kristoffersen, 2016). Fyziologická nezralost a nízká hmotnost předčasně narozených novorozenců vyžaduje přijetí na novorozenecké jednotce intenzivní péče (NICU) kvůli vitálním funkcím a kontrole výživy (Green, 2017).

U těchto nedonošenců dochází k řadě potíží s adaptací na jejich postnatální život. Je běžné, že na začátku života předčasně narozený novorozenec není schopen se krmit orálně, a proto je nutné používat alternativní způsoby krmení, dokud nejsou schopni přijímat orální výživu (Ibrahim, 2017). Některé příznaky jsou spojené s obtížemi při zavádění orálního krmení pro PTNB (Preterm newborn), jako je fyzická a neurologická nezralost, svalová hypotonie, hyperreaktivita na podněty prostředí, nestabilita řízení tělesné teploty, respirační poruchy, krátké doby bdělosti, kardiopulmonální syndromy a změny. Kromě toho je běžná nezralost senzorio-orálně-motorického systému, jež může vést k neschopnosti sát a/nebo koordinovat funkce sání, polykání a dýchání s negativním dopadem na schopnosti orální výživy (Lima, 2015).

Extrémně předčasně narozená miminka a ELBW (Extremely Low Birth Weight) se rodí v pozdním druhém a třetím trimestru těhotenství v době kritického vývoje mozku. Předčasně narozené děti, zvláště ty, jež se narodily s nízkou porodní váhou, mají vysokou míru poranění mozku, což odráží zranitelnost vyvíjejících se buněčných typů. Předčasně narozené děti mají také známky zhoršeného zrání mozku, což se odráží ve změně jeho velikosti, struktuře, konektivitě a funkci ve srovnání s porodem miminka v termínu. Extrémně předčasně narozené děti a děti ELBW mají ve srovnání s jejich předčasně narozenými vrstevníky deficit v IQ, expresivních a receptivních jazykových dovednostech, prostorovém uvažování, motorických a vizuálně-motorických

dovednostech a exekutivních funkcích (Cormack, 2019). K udržení základní homeostatické regulace je potřeba, aby dětská sestra prováděla u novorozenců podpůrné intervence pro dýchání, tepelnou kontrolu, rovnováhu tekutin, výživu a kontrolu infekcí (Linnér, 2020).

Hlava u těchto novorozenců je mnohem menší než v pozdějším věku, neboť zaujímá pouhé ¼ celkové délky. Lebka u nedonošených novorozenců má protažený tvar (dolichocefalie). Tito novorozenci mají sníženou elasticitu ušních boltců, jež bývají měkké a nedovyvinuté (Zoban, 2012). Místo, kde se stýkají více než dvě ploché kosti, označujeme fontanelou. Malá fontanela se uzavírá na konci těhotenství nejpozději do dvou měsíců věku. Velká fontanela nás informuje o stavu dítěte. Vyklenutá oznamuje o zvýšeném intrakraniálním tlaku, naopak vkleslá značí dehydrataci novorozence (Fendrychová, 2021).

Krk nedonošenců bývá krátký, široký s kožním valem, s nižší vlasovou hranicí a nadbytkem kůže. Hrudník je klenutý a kratší s vodorovně uloženými žebry. Také je více plochý a užší (Fendrychová, 2013). Prsní bradavky u těžce nedonošených novorozenců mohou zcela chybět nebo jsou jen naznačeny. Nedonošení chlapci nemají sestouplá varlata a u nedonošených dívek labia majora nepřekrývají labia minora (Zoban, 2012). Kůže u těžce nedonošených novorozenců bývá sytě červená, velmi tenká s prosvítajícími kapilárami. Chybí mázek a lanugo bývá řídké. Kůže je velmi citlivá k dezinfekcím. K olupování kůže u nedonošených novorozenců dochází okolo 2.–4. týdne života (Zoban, 2012). Rýhování na nohou a dlaních u těžce nedonošených prakticky téměř chybí, vytvořeny jsou jen hlavní rýhy. Novorozenec může mít syndaktylii či polydaktylii (Fendrychová, 2012).

1.2 Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence

Kvůli nezralosti a předčasnému porodu se u dítěte nevyvinuly orgány, jak by měly. Pokud dojde k předčasnému porodu, plod nemá dostatečně vyvinuté plíce a není tak schopen dýchat po porodu samostatně. Nedonošený novorozenec může mít problémy s dýcháním, se srdcem i krevním oběhem (Muntay 2014). Mezi hlavní ošetrovatelské cíle tedy se řadí podpora dýchání, prevence infekce, hydratace, šetření energie novorozence, pečlivé

sledování, pozorování a podpora krevního oběhu (Fendrychová, 2012). Důležité je aplikování něžné péče (šetrné ošetřování) při zacházení s novorozenci.

Porod předčasně narozených novorozenců by vždy měl být veden na pracovišti, kde je současně k dispozici jednotka intenzivní novorozenecké péče. Porod dětí, jejichž porodní váha je pod 1500 gramů, by měl být veden pouze v perinatologických centrech (Dort et al., 2013).

1.2.1 Poporodní adaptace a první ošetření nedonošeného novorozence

Předčasně narozené děti, navzdory nedávným pokrokům v intenzivní péči, mají obecně horší adaptaci na nové prostředí než jejich protějšky narozené v termínu (Slezáková, 2017). Po porodu je novorozenec vystaven zcela jiným vlivům, než jaké na něj působily během doby, kdy se nacházel uvnitř těla matky. Během intrauterinního vývoje měl plod optimální teplotní podmínky, relativně klidné prostředí a přísun všech potřebných látek (Dort, 2011).

Jedním z nejdůležitějších parametrů pro úspěšnou poporodní adaptaci je ošetřování novorozence v termo-neutrálním prostředí. Zdravotníci musí zajistit teplotu místnosti (minimálně 26 °C) i předehřáté pomůcky (pleny, čepice, roušky aj.). U těžce a extrémně nedonošených novorozenců ošetřující personál používá polyetylénový obal. Tento obal zabraňuje ztrátám tepla. Novorozenec se zavine do obalu bez osušení ihned po narození a uloží se do vyhřevného lůžka. Novorozenci jsou vyšetřováni, transportováni a ošetřováni v polyetylénovém obalu, dokud nedosáhnou stabilní teploty (Straňák, 2015 b).

Nejdůležitějšími ošetřovatelskými výkony u nedonošených novorozenců bezprostředně po porodu jsou očištění dýchacích cest, podpora dýchání dle stavu dítěte (inhalace kyslíku, insuflace pomocí samorozpínacího vaku nebo intubace), zajištění tepla, monitorování vitálních funkcí, přísně dávkovaná oxygenoterapie a také adekvátní ventilační podpora, péče o pupečník a také oči novorozence. Vždy je provedena identifikace a určení Apgar skóre (viz. příloha 1) v první, paté a desáté minutě po narození (Fendrychová, 2013). Od 6. měsíce má již plod vyvinutý hmat, čich, chuť,

a vnímá svoji polohu. Techniky používané v ošetrovatelské péči pomáhají rozvíjet tyto smysly (Dort, 2011).

Syndrom dechové tísně neboli RDS (Respiratory distress syndrome) je hlavní příčinou úmrtí extrémně nedonošených novorozenců a u mnoha novorozenců s RDS se vyvine BPD (Bronchopulmonální dysplazie). Toto onemocnění, známé také jako onemocnění hyalinních membrán, v současnosti postihuje téměř všechny extrémně nedonošené novorozence (Stevens, 2014). Studie identifikovaly surfaktant jako chybějící lipid v předčasně narozených plicích. RDS se projevuje brzy po porodu na porodním sále a postihuje 86–95 % extrémně nedonošených novorozenců v závislosti na gestačním věku (Patel, 2016). Základem léčby je zajištění terapie kontinuálním pozitivním tlakem v dýchacích cestách (CPAP) a v případě potřeby surfaktantem (Polin, 2014). Údaje navíc podporují včasné použití surfaktantu u novorozenců vyžadujících mechanickou ventilaci ve srovnání s odkládáním léčby do doby, než se závažnost RDS zhorší (Bahadue, 2012). Studie naznačují, že na porodním sále je potenciálně příznivějším přístupem ke snížení dlouhodobé respirační morbidity u extrémně nedonošených novorozenců s RDS počáteční CPAP než intubace či surfaktant. Je doporučeným přístupem u EPT (Extremely preterm) novorozenců, kteří spontánně dýchají na porodním sále (Wyllie, 2015).

1.2.2 Následná péče o nedonošeného novorozence

Péče o tyto předčasně narozené děti se stává stále náročnější na kvalitu a komplexnost. Následnou péči o tyto děti zajišťuje dětská sestra. Měla by zahrnout péči o fyzické zdraví, včasnou fyzioterapii a smyslovou rehabilitaci. Musí také zahrnovat péči o zdravý psychosociální vývoj dítěte v kontextu rodiny i školy (Marková, 2020).

Nezralé děti mají (podle stupně nedonošenosti, míry perinatální a časné morbidity) specifickou vývojovou problematiku, specifické nároky na časnou intervenci a komplexní dlouhodobou péči. Veškeré nároky musí brát sestra v potaz. Péče o tyto děti by měla být systematická a multidisciplinární. Dětská sestra by měla zajišťovat časné léčebné a intervenční programy, které zmírní následky nezralosti (Chvílová, 2017).

Novorozenci na JIP vyžadují intenzivní úroveň ošetrovatelské péče a sestry, jež se o tato miminka starají, musí provádět komplexní hodnocení, zavádět vysoce intenzivní terapie a upravovat péči na základě reakce pacienta (Lake, 2016).

Těžce nedonošení novorozenci se ze začátku nekoupou, ale pouze otírají sterilními vatovými tamponky navlhčenými v teplém roztoku. Po stabilizaci jejich stavu provádí dětská sestra celková koupel dle zvyklosti daného oddělení. Nezralý novorozenec se nepřenáší na koupel mimo inkubátor, ale koupel se provádí přímo v inkubátoru, proto aby se eliminovaly případné tepelné ztráty novorozence (Fendrychová, 2012).

Novorozenecká pokožka je velmi jemná a citlivá především na dezinfekční prostředky. Je nutný velmi opatrný postup. Kůže extrémně nedonošeného novorozence je tmavě růžová a lesklá. Aby nedocházelo k jejímu mechanickému poškození, je třeba použít ochranné pomůcky. Saturační čidlo a náplasti se podlepují granuflexem či mepilexem, aby se zabránilo strhnutí a otláčení kůže. Granuflex se používá hlavně na podlepování (saturační čidla, nazo-gastrické nebo orogastrické sondy či endotracheální kanyly), ale také jako krytí, pokud dojde k poškození kůže (Handlová, Jeżowiczová, 2013). Při příjmu a každé manipulaci s novorozencem je třeba sledovat a hodnotit stav kůže dle hodnoticí škály NSCS (Neonatal skin condition score) (viz. Příloha 2). Jakýkoliv patologický nález musí sestra nahlásit lékaři, zapsat do dokumentace a předávat další sestře ve službě (Straňák, 2015a). Při každodenním ošetření je třeba co nejvíce eliminovat možné poškození kůže. Odstraňování náplastí, elektrod a sběrných sáčků na moč musí být velmi šetrné pomocí mastného odstraňovače podložky, který zabraňuje poranění pokožky a možnému zanesení infekce do rány. Při osušování pokožky po koupeli se dbá na to, aby nadměrné tření nepoškodilo kůži (Fendrychová, 2012; Dort, 2013).

1.2.3 Polohování a komfort

V rámci péče je velmi podstatné, aby dětská sestra respektovala individuální rytmus dítěte, tlumení bolesti a minimalizaci stresu. Je nutno, aby dítě mělo jasně strukturované doteky, které jsou zřetelné a přiměřené situaci. Doteky nejasné a chaotické vyvolávají nejistotu, strach a stres. Při překročení schopnosti přizpůsobit se neadekvátním okolním podmínkám roste u dítěte diskomfort. Důsledkem se stává zvýšení svalového tonu, třesy, chaotické pohyby, nestabilita vitálních funkcí, neklid, narušení klidových stadií

novorozence a horší příjem stravy. Zásadní v ošetrovatelské péči je proto jemnost a klidná trpělivá manipulace a polohování (Chvílová, 2017).

Základem dobrého vývoje a stabilizace zdravotního stavu nedonošeného novorozence je polohování. Vychází to z vědeckých poznatků o nitroděložním vývoji plodu, především o jeho posturálním vývoji. Při nedostatku pohybu může docházet ke ztrátě vnímání vlastního těla, neschopnosti vnímat hranice svého těla, ztrátám identity a k neklidu. K polohování používá dětská sestra početné polohovací pomůcky. Ty navrhuje fyzioterapeuti ve spolupráci s neonatologickými pracovníky. Základ, pro samotné polohování, spočívá ve vytvoření ohraničeného prostoru okolo tělíčka novorozence a jeho následné ukládání do polohy na zádech (supinační), na břicho (pronační) či na boku (laterální). Dětská sestra pomocí polohovacích pomůcek a těchto poloh zajišťuje správnou polohu horních a dolních končetin v mírné flexi. Ruce dítěte by měla dětská sestra uložit před obličej novorozence takovým způsobem, aby se dotýkaly obličeje novorozence. K zajištění průchodnosti cest dýchacích u novorozence je nezbytné, aby dětská sestra prováděla správné polohování hlavy a hrudníku. Změny polohování a také výběr vhodné polohy se řídí potřebami samotného dítěte a jeho zdravotním stavem. Častá manipulace může vést k destabilizaci, zhoršení stavu s možnými fatálními následky (Lickliter, 2015).

U předčasně narozených dětí se nejvíce využívá poloha tzv. „hnízdečko“. Dětská sestra dítě v inkubátoru uloží do polohy na zádech na polštář. Ruce dítěte dá podél těla. Dítě může poté přikrýt. Cílem této polohy je zajistit novorozenci orientaci na svém těle a okolí, čímž se zamezí případnému jeho napětí. K polohování může dětská sestra využít bavlněné pleny, ručníky nebo měkké hračky. Pro nedonošené novorozence byly vyrobeny speciální lůžka připomínající tvar dělohy takzvané „pelíšky“ (Sodomková, 2013).

1.2.4 Termomanagement

Novorozenci se narodí do prostředí, jež je přibližně o 10 až 15 °C chladnější než prostředí uvnitř dělohy matky. Jsou tudíž náchylnější ke ztrátám tělesné teploty, neboť nemají dostatečně vyvinuté termoregulační mechanismy (Fendrychová, 2012). Čím více energie novorozenec produkuje na udržení tepla, tím méně energie je dostupné na růst, vývoj mozku a vyžrávání plic (Pereira, 2016).

Při využívání metody SSC (skin-to-skin contact) hrozí novorozenci nižší ztráty tepla, protože si snadněji udrží svou tělesnou teplotu v optimálních hodnotách. Prostřednictvím výzkumů bylo zjištěno, že matky jsou nejvhodnějším zdrojem tepla. Jejich tělesná teplota se dokáže přizpůsobit termoregulačním potřebám novorozence (Mrowetz, 2013).

Velmi předčasně narozené děti nebo novorozenci s porodní hmotností pod 1500 gramů jsou převážně umístováni do inkubátoru. Středně předčasně narozené děti jsou uloženy v postýlce s přerušovaným kontaktem kůže na kůži (SSC) s rodiči během prvních dnů nebo týdnů po narození. Inkubátor poskytuje teplo a vlhkost, které novorozenec potřebuje, ale také znamená náhlé fyzické a psychologické oddělení matky a dítěte. Separaci lze předejít použitím SSC mezi rodičem a dítětem (Linnér, 2020).

1.2.5 Vhodné prostředí

Pro předčasně narozené děti je velmi důležité maximálně vytvořit či kopírovat intrauterinní prostředí (Friedlová, 2012). Novorozenci byli zvyklí na jemné prostředí z dělohy, kde byli v bezpečí a obklopeni teplou plodovou vodou. Po předčasném porodu dítě musí být uloženo do inkubátoru v poloze, která je odlišná než v děloze (Pereira, 2013). Novorozencům uložených v inkubátorech je intrauterinní prostředí vytvářeno za pomoci polohování dětí dětskou sestrou do „hnízdeček“. Mají imitovat tlak děložní stěny na kožní aparát dítěte. Do inkubátorů můžeme vložit tampony, jež jsou nasáknuty potem matky nebo MM (mateřským mlékem). Tím lze dítěti poskytnout auditivní a olfaktorické vjemy (Friedlová, 2012).

Dětská sestra by měla eliminovat přílišnou hlučnost na oddělení. Hluk může vyvolat hypoxemii, apnoi, poklesy saturace a zvýšení nároků na O₂ z důvodu tachykardie a tachypnoe. Zvýšení spotřeby energie při úleku a nedostatečném odpočinku snižuje množství energie potřebné pro správný vývoj organismu (Almadhoob, 2015). Navíc je dítě rušeno častým kontaktem, občas dotěrným od zdravotníků, občas láskyplným od rodičů (Pereira, 2013).

Dětská sestra ponechává inkubátory zakryté, aby eliminovala intenzivní osvětlení. Dodržuje denní rytmus při manipulaci s dětmi a umožňuje rodičům klokánkování (Friedlová, 2012). Novorozenci jsou zvyklí na temné prostředí uvnitř dělohy, ostré světlo

jim vadí, jelikož poškozují oči a pro nezralé novorozence se stává stresorem. Náhlé změny v intenzitě světla novorozence lekají, způsobují rapidní snížení saturace a zvýšení či snížení srdeční činnosti. Díky snížené světelné intenzitě na JIP jsou novorozenci klidnější a vitální funkce jsou stabilní (Rodríguez, 2016).

1.2.6 Vnímání bolesti a pláče

Každý novorozenec čelí četným bolestivým podnětům již během prvního týdne života (intramuskulární aplikace vitamínu K, odběr krve z patičky na screeningový test apod.). U předčasně narozených novorozenců, kteří vyžadují intenzivní péči, se objevuje další řada bolestivých podnětů, jež na ně negativně působí (Chromá, 2012).

Nezralí novorozenci vnímají bolest intenzivněji a jsou citlivější než starší děti či dospělí. Nefarmakologická prevence je dnes dominantní metodou využívanou pro procedurální bolest. Zahrnuje behaviorální (aplikaci cukerných roztoků, senzoricou stimulaci, polohování ad.) a environmentální postupy (především minimal handling, úpravu světelné a hlukové situace na JIP) (Macko, 2017). Novorozenecká bolest má fyziologické i psychologické následky. Během bolesti může dojít ke komplikacím: k hypoxémii, tachykardii, hypertenzi, k vzestupu variability srdeční frekvence či nitrolebního tlaku (Gitto, 2012).

Pro nefarmakologické metody je charakteristická krátká účinnost, ale dobrá snášenlivost. Tyto metody jsou doporučeny pro prevenci a řízení bolesti. U novorozenců se intervence používají především ke snížení stresu, úzkosti a k zajištění jistoty a pohodlí. Nefarmakologické metody by se měly používat systematicky před bolestivými či stresujícími postupy a výkony (Chromá, 2013).

Výsledky studie ukázaly, že mezi neinvazivními metodami se nejvíce osvědčilo klokánkování KMC (Kangaroo mother care), které poskytuje podobné účinky snižující bolest jako 24% perorální sacharóza. Metodou KMC se budeme zabývat podrobněji v dalších kapitolách. Vzhledem k prokázaným přínosům KMC v kontextu bez bolesti (Campbell-Yeo, 2015), jakož i pozitivnímu pohledu rodičů na poskytování KMC jejich novorozencům během bolestivých procedur a absenci nežádoucích účinků, by měl být KMC zvažován jako první možnost alternativní léčby k současnému standardu péče při

opakovaných procedurách u předčasně narozených novorozenců na NICU (Neonatal Intensive Care Unit) (Campbell, 2019). Toto zjištění je v souladu se studií, která prokázala, že 30 minut KMC matky snižuje pláč, grimasy v obličeji a srdeční frekvenci u předčasně narozených dětí podstupujících opakované ošetrovatelské výkony (Gao, 2016).

1.2.7 Bazální stimulace

Jedná se o specifický typ ošetrovatelské péče, jež podporuje základní vnímání člověka za pomoci stimulace smyslů. Bazální stimulace podporuje emoční vazbu mezi matkou a jejím dítětem. Uplatňuje se především v neonatologické intenzivní péči s cílem zprostředkovat předčasně narozeným dětem elementární stimuly potřebné pro jejich psychomotorický vývoj a také udržení vrozených reflexů (Friedlová, 2012).

V průběhu konceptu bazální stimulace dětská sestra umožňuje integraci rodiny do péče. Důležité u předčasně narozených novorozenců je zvolit iniciální dotyk. Pokud to dovoluje stav dítěte, tak nejvhodnějším místem je hlava dítěte, dále ruka či hrudník (Friedlová, 2012). Tento cílený dotek informuje dítě o počátku či ukončení přítomnosti nebo činnosti ošetřujícího s jeho tělem. Necílené a nečekané doteky a pohyby nedonošené děti lekají a stresují. Dotyk musí být zřetelný, za použití přiměřeného tlaku a je vhodné ho doprovázet hlasem. Formu iniciálního doteku by měla sestra zapsat do dokumentace dítěte. Následně by se s ní měli seznámit všichni, kdo s dítětem pracují (dětské sestry, lékaři, fyzioterapeuti, rodiče ad.) (Friedlová, 2015). Dětská sestra pravidelně stimuluje dutinu ústní novorozenci s cílem podpořit sací a polykací reflex. Koncept bazální stimulace můžeme dělit na stimulaci vibrační, vestibulární, somatickou a taktilně-haptickou. Prvky bazální stimulace jsou využívány při polohování a klokánkování novorozence. Během klokánkování dochází k somatické, vibrační (hrudník matky se chvěje a vibruje při mluvení) a vestibulární stimulaci novorozence. Při klokánkování dítě využívá také čichový vjem. Ten přispívá k budování citového pouta (Friedlová, 2018).

1.2.8 Individualizovaná vývojová péče (NIDCAP)

NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) je individualizovaný vývojový přístup k podpoře a péči. Je založen na čtení signálů chování

každého předčasně narozeného dítěte a sestavení plánu péče, jež staví na jeho silných stránkách, posiluje je a podporuje dítě v oblastech citlivosti a zranitelnosti. Tento program vznikl v 80. letech minulého století v Bostonu. Zakladatelkou programu NIDCAP byla Dr. Heidelise Alsová, dětská psychologka a psychiatrička (Sannino, 2016).

Cílem programu je zlepšit dlouhodobé výsledky dítěte i jeho rodiny. KMC jako součást rodinně zaměřené a vývojově citlivé péče podporuje rodinu předčasně narozených dětí s neustále rostoucím zplnomocněním tím, že respektuje, zdůrazňuje a chrání blízkost dyády dítě-rodíč, fyzickou a tím i emocionální blízkost, která je jádrem přístupu NIDCAP / KMC. Komplexní přístup NIDCAP, jehož nedílnou součástí je KMC, byl vyvinut s cílem snížit rozpor mezi očekáváním nezralého lidského mozku na všezahrnující děložní prostředí a skutečným zážitkem typické NICU. Cílem vztahového přístupu NIDCAP je proto nabídnout každému předčasně narozenému dítěti a každé rodině individuální péči podporující rozvoj, jež má být pro novorozence co nejméně zatěžující a stresující. (Als. 2011).

Tato metoda zohledňuje skutečnost, že adaptační proces novorozenců narozených v různém gestačním stáří je rozdílný. Potřeby individuální vývojové péče se tedy liší podle stupně zralosti či nezralosti, onemocnění dítěte a jeho stáří od narození. Základem je poskytnout dítěti pocit bezpečí a důvěry. Vývojová péče je komplexní soubor skládající se z různých činností, jež mají tento pocit zabezpečit. Mezi prvky vývojové péče spadá klokanění, neomezený kontakt s matkou či otcem, zapojení rodičů do péče, pohodlné kojení, hovoření polohlasem na JIP, zákaz telefonování u inkubátorů, sdružování výkonů, při nichž se děti vyrušují. Přivítacím a loučícím dotekem dát najevo, že bude následovat vyrušení, rozlišovat dle místa výše uvedených doteků rodiče a personál, odběry krve a jiné výkony realizovat za přítomnosti dvou osob (jedna novorozence stabilizuje, uklidňuje a druhá výkon provádí) a důsledné používání analgezie (Straňák, 2015a).

1.3 Skin to skin contact

Skin to skin contact (SSC) je metoda péče, jejímž cílem je minimalizovat oddělení matek a novorozenců. V SSC rodiče nosí kojence ve vzpřímené poloze přiložené kůže na kůži na hrudi. Dnes se SSC používá víceméně po celém světě, dokonce i u extrémně předčasně narozených dětí (Angelhoff, 2018).

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby o všechny stabilní novorozence s nízkou porodní hmotností bylo pečováno v SSC s jejich matkou. Také uvádí, že první hodina po porodu je velmi důležitá (Linnér, 2020). Usnadnění rané péče SSC je jedním ze způsobů podpory časného propojení rodiče a dítěte a je též spojeno se zlepšenou fyziologickou stabilitou novorozence (Kristoffersen, 2016). SSC může být pro předčasně narozené děti ještě důležitější. Předčasně narozeným novorozencům prospívá SSC podobně jako novorozencům narozeným v termínu, ale SSC může být pro předčasně narozené novorozence ještě důležitější, protože zlepšuje zrání, podporuje růst dítěte a snižuje bolest (Flacking, 2011). Kontakt kůže na kůži byl dokonce prokázán jako bezpečná a prospěšná možnost pro mechanicky ventilované předčasně narozené novorozence, pokud se správně praktikuje. I přesto, že SSC je bezpečná metoda a má pozitivní výsledky, tak je stále zapotřebí mít novorozence pod bedlivým dohledem ošetřujícího personálu a dalších poskytovatelů péče, aby se zmírnily nežádoucí účinky, které mohou potenciálně nastat (Hubbard, 2017). Náhlý neočekávaný poporodní kolaps (SUPC) je stav, kdy se dříve vitální, spontánně dýchající novorozenec neočekávaně stane apnoickým a bradykardickým, což obvykle vyžaduje resuscitaci a v některých případech končí i smrtí (Ludington, 2014).

Bylo zjištěno, že sestry na jednotkách intenzivní péče se obávají ztráty kontroly a neschopnosti poskytnout adekvátní péči zranitelnému dítěti v případě dekompenzace. Na JIP existuje obava a riziko, že by se při přesunu dítěte z inkubátoru do SSC mohly uvolnit kapačky, arteriální linky, masky s kontinuálním pozitivním tlakem v dýchacích cestách, endotracheální trubice, ventilační hadičky a další zařízení. Proto je důležité zajistit, aby sestry na těchto odděleních měly k dispozici odpovídající podporu včetně zavedených postupů pro bezpečný přesun kojenců do SSC (Mörelus, 2015).

1.3.1 Klokánkování

KMC se často zaměňuje s pojmem SSC; mezi těmito dvěma termíny je však rozdíl. KMC se skládá ze tří složek. Jednou z nich je právě SSC, zatímco dalšími dvěma jsou podpora rodičů a následné výhradní kojení (Jones, 2018).

Bonding u nedonošených novorozenců je označován jako klokánkování „Kangaroo mother care“ (KMC). Jedná se o jednoduchou a efektivní metodu péče o předčasně

narozené děti, při které se může využívat kontaktu kůže na kůži s matkou či otcem dítěte. „*Stabilním novorozencům s nízkou porodní hmotností vážící méně jak 2000 gramů, by měl být poskytován raný kontakt kůže na kůži během prvního týdne života*“ (WHO, 2012a).

Tato metoda vznikla v roce 1978 v Kolumbii, kde nezralé děti umíraly z důvodu nedostatečného počtu inkubátorů a celkově horších provozních podmínek novorozeneckých oddělení. Vznikl nový způsob zajištění termoneutrálního prostředí za pomoci rodičů novorozenců. Po zavedení metody klokánkování došlo k výraznému snížení novorozenecké morbiditě i mortality, aniž by došlo ke změně medicínských postupů (Ryba, 2012).

Každé dítě lze klokánkovat, musí ale dýchat samostatně a vůbec nezáleží na tom, kolik váží. Dětské sestry by měly mít na paměti, že většina medicínské péče (např. kardiopulmonální monitoring dítěte, sledování kyslíkové saturace pomocí pulsního oxymetru, ventilační režim CPAP a infuzní terapie) nebrání klokánkování a je třeba podpořit kontakt dítěte s rodičem (Bear, 2017). Ventilační podpora CPAP zůstává během klokánkování na svém místě, pokud je dítě na oxygenoterapii, je možné mu přidržet u úst kyslíkovou masku.

Novorozenec může být při klokánkování pouze v plence a čepičce, anebo být zcela oblečen.. Takto jej dětská sestra položí na matčin hrudník, mezi její prsy a dítě zaujme tzv. žabí pozici, což znamená, že dítě je ve vzpřímené pozici, paže i nohy má flektované, hlavička je otočena k jedné straně a lehce směrem nahoru. Dítě může být přikryto dekou či pouze oblečením matky (Fendrychová, 2012). Při klokánkování dochází nejen ke stabilizaci vitálních funkcí novorozence a jeho tělesné teploty, ale neméně důležitým faktorem je podpora vytváření vztahů mezi rodiči a nezralým novorozencem. Metoda klokánkování může být realizována téměř u každého dítěte s nízkou porodní hmotností, jakmile se stane medicínsky stabilním. Klokánkování má být zahájeno co nejdříve po porodu, pokud to dovolí zdravotní stav jedince a také zdravotní stav klokánkujícího rodiče. Překážkou není napojení novorozence na jakoukoliv ventilační podporu či zavedené umbilikální katétry. Pro nezralého novorozence je přínosem klokánkování

trvající minimálně třičtvrtě hodiny. Celková délka není nijak omezena. Je dána pouze tolerancí novorozence a výdrží klokánkujícího rodiče (Chlebounová, 2013).

1.3.2 Důsledky nedostatečného bondingu

Předčasně narozené děti, které potřebují intenzivní péči, jsou často odloučeny od svých matek, což narušuje a brání vzájemné interakci. Kromě toho nemocniční rutina, lékařské vybavení a invazivní postupy omezují zapojení rodičů. Nedostatek interakce matky a předčasně narozeného dítěte může negativně ovlivnit vyvíjející se mozek dítěte, což má za následek dlouhodobé důsledky pro emocionální, behaviorální a kognitivní funkce. Vývoj mozku závisí na vrozených i okolních faktorech a existuje vzájemná závislost mezi chováním a vývojem mozku (Helmer, 2020).

Bonding je přirozený proces, při kterém dochází k budování vazeb mezi matkou a dítětem. Existují dva druhy překážek bránící bondingu, jimiž jsou fyzická a emoční separace. K fyzické separaci dochází během standardního odnášení novorozence dětskou sestrou k provedení rutinních postupů, ukládání novorozence na vyhřívané lůžko a odnášení novorozence od matky dvě hodiny po porodu, kvůli překladi dítěte na novorozenecké oddělení (Mrowetz, 2011).

Matky, u kterých dojde k emoční separaci, jeví menší zájem o své dítě. Tyto matky jsou více ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou či depresí. Také v menší míře vyhledávají oční kontakt se svým dítětem (Zacharová, 2014). Emoční separace může být způsobena stavem, kdy matka není schopna (připravena) navázat vztah se svým dítětem (Mrowetz, 2013).

1.3.3 Benefity skin to skin kontaktu

KMC využívá dohromady skin-to-skin kontakt, bazální stimulaci a bonding (proces budování láskyplného vztahu). Dítě v „klokánkovací“ poloze je téměř nahé a v těsném kontaktu s matkou či otcem, čímž dochází ke stimulaci somatické. Stimulace taktilně-haptická probíhá, když dítě se svým tělem dotýká hrudníků rodičů. Jak rodič dýchá, hrudník se pravidelně zvedá a klesá, využívá se tím vestibulární stimulace. Ke stimulaci olfaktorické dochází díky blízkosti kůže matky, dítě tak cítí její vůni a jelikož je blízko matčina prsu, vnímá vůni mléka. Matky mohou během klokánkování zpívat nebo tiše

mluvit. Dítě všechno slyší, včetně tlukotu srdce. Vnímá matčin známý hlas a chvění hrudníku, čímž dochází ke stimulaci auditivní a vibrační (Friedlová, 2012).

Bonding pozitivně ovlivňuje maminky, které se díky němu lépe vyrovnají s poporodní bolestí. Pomáhá při odlučování placenty přirozeným způsobem a podporuje rychlý začátek a dlouhé trvání laktace. Matky, u nichž nebylo podporováno navázání kontaktu s novorozencem ihned po porodu, mohou trpět poporodní depresí a hůře se sžívat se svým dítětem. Bonding má pozitivní vliv také na novorozence. Při kontaktu s matkou zažívá pocit bezpečí, stabilizuje se mu dýchání, snadněji se přisaje k prsu a má menší neurologické potíže (Kurzová, 2015).

Řada analyzovaných studií prokázala pozitivní vliv metody klokánkování. Tyto důkazy byly zjištěny v oblasti fyziologické i psychosociální.

Mezi fyziologické benefity patří stabilizace a zvýšení tělesné teploty novorozenců o 1 °C během prvních hodin klokánkování a také váhový přírůstek dětí, jež byly opakovaně klokánkovány. Také zůstává stabilní tepová frekvence, dýchání se prohlubuje a klesá počet apnoí (Kisvetrová, 2012). V průběhu hospitalizace klokánkování dovoluje rodičům se aktivně zapojit do péče o jejich dítě. Pokud je dítě umístěno na hrudník rodiče, dochází k ztlumení okolního hluku, neboť je absorbován jejich oblečením a kůží. Díky této poloze dochází k omezení působení stresu na novorozence a pozitivnímu vlivu na jeho mentální vývoj. Dítě uložené v klokánkující poloze se rychle uklidní, obvykle usne a klidně spí. Je dokázáno, že pokud je v této poloze drženo otcem, trvá tento stav déle než při držení matkou. Poloha při klokánkování stimuluje smyslové oblasti (čichová stimulace díky blízkosti matčina/otcova těla, zvuková stimulace díky hlasu matky a doteková stimulace ze stálého kontaktu skin to skin rodiči) (Sikorová, 2012).

Mezi další největší benefit metody klokánkování patří zvyšování zásob mateřského mléka matek a následná podpora započatí kojení. Nedonošení novorozenci jsou v prvních dnech vyživováni intravenózně, později MM podávaným NGS i v klokánkující poloze (Hughes, 2013).

1.4 Význam a přínos bondingu

SSC snižuje procedurální bolest u nedonošených a předčasně narozených dětí. Stabilní předčasně narozené děti, o které se pečuje v SSC, mají také lepší kontrolu teploty a kardiorespirační stabilitu. Tyto děti vykazují lepší autoregulaci a cykličnost spánku a bdění v novorozeneckém období, spánkový vzorec je více podobný novorozencům narozeným v termínu, mají lepší neurovývoj v 6 měsících (Linnér, 2020).

1.4.1 Přínosy pro dítě a rodiče

Předčasný porod je situace, na kterou rodiče nejsou připraveni, prožívají emoční šok, strach, úzkost, depresi a posttraumatický stres. Ačkoli přijetí novorozenců na JIP snižuje úmrtnost, odloučení rodičů mění rodičovskou interakci a role (Spinelli, 2015). Během prvních dnů na JIP fyziologická nestabilita extrémně nedonošeného dítěte spolu s fyzickou a emocionální nestabilitou matky brání procesu bondingu. Matky se novorozenců téměř nedotýkají, odcházejí domů bez nich a nepodílejí se na péči o ně, což ztěžuje uznání dítěte za vlastní. Nemohou se cítit jako matky, protože nemají dítě, o které by se staraly, nemohou rozhodovat bez souhlasu zdravotníků a cítí se vyloučené (Fernández, 2018).

Účastnice výzkumů hovoří o tom, že se učí být matkou cizímu, extrémně předčasně narozenému dítěti, jehož vzhled, barva pleti nebo nízká hmotnost, vyvolávají strach, odmítnutí nebo odcizení (Guillaume, 2013). Tyto pocity, umocněné možnou ztrátou, vyvolávají negativní emoce již od první návštěvy na JIP. Tam ženě chybí pohodlí a svoboda pro rozvoj její mateřské role, což má negativní důsledky pro vývoj a zdraví dítěte (Flacking, 2012).

Předčasnost zvyšuje riziko psychopatologie u dítěte, protože rodiče mohou trpět popíráním, nejistotou, vinou a nedostatkem vazeb. U matek SSC zlepšuje náladu, snižuje stres a symptomy poporodní deprese, povzbuzuje je k vytvoření stimulačního a pečujícího prostředí a podporuje kojení (Angelhoff, 2018). Klokánkování u nedonošených novorozenců má pozitivní vliv jak na rodiče, tak na dítě (Chlebounová, 2013).

Vazba je citové pouto, které si dítě rozvíjí se svými rodiči (nebo pečovateli). Podle Teorie připoutanosti v rámci výzkumů je bezpečí, úzkost nebo strach dítěte určován přístupností a vnímavostí jeho rodiče (nebo pečovatele), s nímž navazují pouto (Baylis, 2014). Vazba matky a dítěte začíná mezi druhým a třetím trimestrem těhotenství, zasahuje do poporodního a novorozeneckého období a přispívá k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vývoji předčasně narozených novorozenců (Twohig, 2016).

Dřívější výzkum rodičovských výhod plynoucích z absolvování SSC s jejich novorozencem na jednotce NISC se primárně zaměřil na přínosy pro emocionální a duševní zdraví, které rodiče, nejčastěji matky, dostávají. V systematickém přehledu bylo zjištěno, že matky, jež podstoupily SSC se svým dítětem, měly ve srovnání s matkami, jejichž novorozenci byli kojeni v inkubátoru, lepší mateřské výsledky, zvýšený pocit připoutanosti a nižší úroveň stresu a úzkosti (Campbell-Yeo, 2015).

V dalším systematickém přehledu bylo zjištěno, že matky, jež pravidelně podstupovaly SSC, měly zvýšenou úroveň vazby se svým novorozencem, stejně jako vyšší úroveň mateřské spokojenosti a vyšší míru kojení (Jones, 2018).

SSC tak může mít pozoruhodný vliv na duševní zdraví matky a její reakci na stres v poporodním období. V neposlední řadě je důležité vzít v úvahu přínos SSC pro vnímání zdraví a sebepojetí matky. Je pozoruhodné, že bylo zjištěno, že SSC s dítětem podporuje pocity přirozenosti a pohody (Bigelow, 2012). Kromě toho je SSC spojeno s lepší spokojeností pacientů během pobytu v nemocnici. SSC tedy může pozitivně ovlivnit vnímání zdraví a kvality péče ze strany matky (Dalbye, 2011).

SSC má také přínosy pro otce. Otcové, kteří se účastní SSC, vykazují lepší počáteční vazbu a připoutání, stejně jako zvýšené pečovatelské chování a větší zapojení do péče o novorozence (Varela, 2014). Tento raný kontakt mezi otci a novorozenci poskytuje ideální příležitost pro společnou interakci a umožňuje jim získat větší citlivost vůči signálům a potřebám novorozence. Budování citlivosti vůči novorozenci pozitivně ovlivňuje budoucí vztahy., Zlepšuje empatii otce vůči novorozenci, vylepšuje pečovatelské reakce na potřeby dítěte a umožňuje jim být novorozenci více psychicky k dispozici (Varela, 2014). Kromě toho se ukázalo, že otcové, kteří se účastní SSC, vykazují zvýšenou rodičovskou sebedůvěru a lepší schopnost chránit a poskytovat

pohodlí svému potomkovi (Helth, 2013). Také vykazují sníženou hladinu kortizolu, což svědčí o snížené stresové reakci, a také nižší úrovni úzkosti, oproti otcům, jež se SSC neúčastní (Cong, 2015).

1.5 Úloha sester v péči o nedonošeného novorozence

Dětská sestra hraje v péči o dítě klíčovou roli již od jeho narození. Nezbytným základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči je vytvoření smysluplného vztahu sestra – dítě/rodina. Jedním z hlavních zájmů dětské sestry je uspokojování potřeb novorozence na základě individualizované ošetrovatelské péče (Sikorová, 2011).

Dětská sestra na základě observace, tj. pozorování (zrakem, sluchem, hmatem a přístroji), musí rozpoznat příznaky, které ohrožují novorozence. Bedlivé pozorování vede k včasnému zásahu a zahájení účinné léčby (Fendrychová, 2013).

Nezastupitelnou úlohu v kontaktu s rodiči hraje též dětská sestra. Má dobrý přehled o individuálních potřebách novorozence. Komunikace s rodiči novorozence se řadí mezi nejnáročnější a má řadu specifík. K nejdůležitějším patří vhodná volba podání informací, umožnění rodině se dostatečně vyjadřovat, kontrola, zda dané informace rodiče přijali a správně pochopili, sledování reakce a odezva na ni a také vyjádření pochopení a podpory. Vzájemná výměna názorů doprovázená trpělivostí, ochotou a zájmem vede ke vzájemnému uspokojení ze spolupráce (Vitoň, Velemínský, 2014).

1.5.1 Role sester v podpoře bondingu

Neonatologická péče je součástí péče perinatologické. Ta propojuje obory gynekologie a neonatologie. Jejím smyslem je zajištění návaznosti péče o těhotnou ženu, plod a novorozence. Proto odborná neonatologická péče vyžaduje na interdisciplinární úrovni těsnou spolupráci gynekologů – porodníků a neonatologů (Česká neonatologická společnost, 2022).

Vytvoření podmínek a prostoru pro podporu bondingu je často v rukou a na ochotě dětských sester a porodních asistentek. K tomu je nutná jejich informovanost a také chápání významu podpory bondingu a realizace skin to skin péče. Je tedy nezbytné, aby byl zdravotnický tým poučen o přínosech této zdraví podporující intervence

(Koopman, 2016). Úkolem dětské sestry je položit novorozence na hrud' matky kontaktem kůže na kůži a přikrýt je společnou přikrývkou jako jednu nedílnou jednotku. Porodní asistentka během podpory bondingu po porodu pozoruje ženu, hodnotí její bio-psycho-sociální pohodu, nenarušuje a neomezuje jejich kontakt až po samopřisátí dítěte. Neméně důležité je i sledování novorozence dětskou sestrou. Vyžadují-li matka nebo dítě urgentní lékařskou péči, podpora bondingu se odloží na později, po stabilizaci stavu matky či novorozence (Mazúchová, 2017).

Hospitalizace nedonošeného novorozence, který potřebuje intenzivní péči, se stává pro rodinu velmi stresovou situací. Dětská sestra musí být schopná podporovat, udržovat správnou komunikaci s rodiči (Zacharová, 2014). Dětská sestra by měla brát matku dítěte jako partnera, aktivně ji zapojovat do péče (Fendrychová, 2012). Je důležité, aby brala ohled i na pocity matky. Může v matce vytvořit pocit, že „v tom není sama“ a být jí oporou. Když matka vidí něžnou péči o dítě ze strany zdravotníků, vyvolá to v ní pocit důvěry. Matka se tak nebojí svěřit svého novorozence do rukou zdravotníků, především pokud musí odejít z oddělení (Russel, 2014).

Dětská sestra tudíž musí ke klokánkování přistupovat individuálně. Musí brát v potaz aktuální stav dítěte i rodičů (Tvrzová, 2018). Metoda klokánkování poskytuje rodinám psychickou podporu, jelikož se rodiče cítí více zapojeni do péče. (Conde-Agudelo, 2017). Před samotným klokánkováním musí dětská sestra připravit malého pacienta, rodiče i prostředí. Důležité je, aby rodičům poskytla informace o metodě klokánkování ihned, jakmile to zdravotní stav dítěte umožní. V prvních dnech, kdy bývá především u extrémně nedonošených novorozenců stav velmi kritický, se tato metoda nedoporučuje. Nejdříve je nutné dítě stabilizovat v inkubátoru, aby se minimalizoval přenos infekce. Dětská sestra rodiče poučuje také o hygieně, klade důraz na správnou a důslednou hygienu rukou, čímž se snižuje přenos infekce (Tvrzová, 2018).

Poloha novorozence je nejčastěji poloha na zádech proti hrudníku nebo břichu pečovatele. Ačkoli polohování na zádech během SSC lze snadno a bezpečně provádět pod dohledem, je důležité, aby matka a její partner věděli, že mají novorozence sledovat a zajistit, aby hlavička byla umístěna tak, aby nebránila dýchání (Ludington, 2014). Dětské sestry by měly rodiče poučit o tom, jak hodnotit novorozence a dohlížet na něj během SSC (zvýšit

jejich povědomí o dýchání novorozence, barvě kůže a poloze dýchacích cest) (Davanzo, 2015).

Kromě vytváření povědomí o dohledu nad novorozencem během SSC musí sestry také podporovat bezpečné prostředí pro spánek. Rodičům by mělo být vysvětleno, že k SSC by mělo docházet pouze tehdy, když je rodič vzhůru, a že společné spaní je nebezpečné. Sdělení pro vytvoření bezpečného prostředí pro spánek zahrnují mimo jiné polohování novorozence na zádech na pevném povrchu, zákaz sdílení postele a žádné volné přikrývky nebo lůžkoviny kolem novorozence (Davanzo, 2015). Podpora SSC i bezpečného spánku je v křehké rovnováze. Sestry si musí být jisté svou schopností poučit rodiče o ochranných opatřeních, která jsou nutná pro užívání SSC a pro zajištění bezpečného prostředí pro spánek dětí. Kromě toho je vzhledem k nutnosti dohledu sester a jejich vzdělávání ohledně SSC v poporodním období nezbytné, aby byly personální poměry přiměřené a často vyhodnocované, takže by bylo možné SSC důsledně monitorovat a provádět bezpečně (Hubbard, 2017).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Identifikovat vliv skin to skin na termoregulaci, laktaci, psychické a fyzické potřeby matky a dítěte.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou možnosti podpory kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

Cíl 3: Odhalit, jaké důvody nejčastěji brání poskytovat kontakt skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký má přínos kontakt skin to skin v péči o těžce a extrémně nedonošeného novorozence.
2. Jaký vliv má metoda skin to skin na zdraví těžce a extrémně nedonošeného novorozence?
3. Jaké jsou možnosti podpory kontaktu skin to skin v péči o těžce a extrémně nedonošené novorozence?
4. Co nejčastěji brání v poskytování kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativní analýzy a kategorizace dat získaných prostřednictvím hloubkových a polostrukturovaných rozhovorů. Sběr dat pomocí rozhovorů probíhal od února do března roku 2022. Pro potřeby výzkumu byl vytvořen soubor devíti předem připravených otevřených otázek (Příloha 3), jež sloužily jako osnova při polostrukturovaném rozhovoru se sestrami.

Úvodem byly sestry seznamovány se zkoumanou problematikou a následně byl od každé sestry získán souhlas se záznamem rozhovoru a s následným zpracováním informací. Během zpracování dat byly rozhovory zaznamenávány na záznamové zařízení a poté doslovně přepsány do programu Microsoft Word. K analýze, kódování a vytváření jednotlivých schémat byl využit analytický program ATLAS.ti. Získaným prepisem jednotlivých rozhovorů byly data rozčleněny na celky, kterým byly přiřazeny příslušné kódy, které charakterizují obsah části. Kódy byly dále seskupovány dle kategorií, které zachycovaly souvislosti s přímou vazbou k výzkumným otázkám. Jednotlivé kategorie a podkategorie byly následně zpracovány do přehledných schémat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl sestaven celkem devíti sestrami z neonatologického oddělení. Jednalo se o sestry pracující na Jednotce intenzivní a resuscitační péče a Intermediální péče v Nemocnici v Českých Budějovicích. Osobní údaje nebyly zmiňovány. Kvůli anonymitě informantek byly sestry označeny písmenem S a pořadovým číslem 1–9.

Z níže uvedeného přehledu je patrné, že délka praxe dotazovaných sester ve zdravotnictví se pohybuje od 4 do 36 let. Praxi delší než 20 let na současném pracovišti uvedlo celkem šest sester. Kratší praxi na současném pracovišti uvedly tři sestry. Věk sester se pohyboval v rozmezí od 27 do 53 let. Průměrný věk sester činí 43 let. Věku sester odpovídá i celková praxe ve zdravotnictví.

Sestry S1, S2 a S7 dosáhly středoškolského vzdělání. Po středoškolském vzdělání absolvovaly specializační vzdělávací kurz v oblasti intenzivní péče. Vyšší odborné

vzdělání dosáhla sestra S5. Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář uvedly sestry S5 a S12. Sestry S2 a S9 absolvovaly vysokoškolské vzdělávání zakončené titulem magistr.

Sestra	Věk	Pohlaví	Délka praxe	Délka praxe na NEO	Vzdělání a specializace
S1	53	Žena	36 let	36 let	SZŠ, ARIP
S2	45	Žena	27 let	27 let	SZŠ, ARIP
S3	29	Žena	4 roky	1 rok	VŠ- Mgr.
S4	51	Žena	34 let	34 let	VŠ-Mgr., ARIP
S5	51	Žena	36 let	36 let	VOŠ, ARIP
S6	46	Žena	26 let	26 let	VŠ – Mgr
S7	52	Žena	34 let	30 let	SZŠ, ARIP
S8	33	Žena	10 let	8 let	VŠ – Bc.
S9	32	Muž	8 let	1,5 roku	VŠ – Bc.

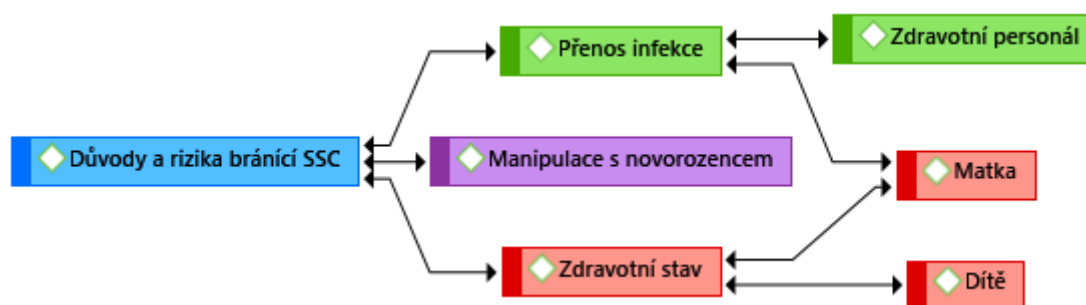
4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků

4.1.1 Kategorie 1 Důvody a rizika bránící poskytovat SSC

Tato kategorie je určena k analýze důvodů a rizik, které brání kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců nebo ho mohou ovlivnit. Po zanalyzování odpovědí sester byly vytvořeny tyto podkategorie: zdravotní stav (matky a novorozence), přenos infekce a manipulace s dítětem. Pro tuto kategorii byly využity otázky: Jaká má dle vaší zkušenosti SSC rizika? V jakém případě není možné SSC u dítěte provádět? Výsledky jsou znázorněny ve schématu č. 1.

Schéma 1: Důvody a rizika bránící poskytovat SSC



Sestry S1 až S5 uvádí, že důvodů, jež dříve bránily k poskytnutí tohoto kontaktu, rapidně ubylo. V současné době je těchto důvodů a rizik poměrně málo. Sestra S3 poznamenává: „Teoreticky by žádné riziko nastat nemělo, protože bychom měli dělat všechno pro to, aby žádná nenastala. Jsme tady na intenzivní péči a ve své podstatě ty děti jsou monitorované.“ Stejný postoj vyjádřila i sestra S1 a dodala: „Lékař samozřejmě v tom má svou úlohu, je to kooperace celého toho týmu, že při klokánkování nebude problém, že to dělátko na to prostě má, nebo že prostě může klokánkovat nějakým způsobem, což může dneska téměř vždycky.“

Sestry uvádí, že největším problémem stále zůstává zdravotní stav dítěte. Pokud je dítě nestabilní, má pneumotorax či je nachlazené, neklokánkuje se. „Musí se udržovat stabilní stav novorozence a klidový režim,“ uvádí sestra S2. Sestra S8 doplnila: „Jedná se o takové ty těžké a vážné stavy, v tomto případě dítě není klokánkováno. Když ty děti mají

pneumotorax, mají napíchnutý drén, jsou napojené na dusíku a potřebují klidový režim, tak ty třeba nevyndáváme. V podstatě všechny klokaníme, jenom ne takové nejtěžší stavy, ty nestabilní děti.“

Zdravotní stav může být také příčinou, která brání poskytování SSC. Sestra S7 říká: *„Pokud jsou maminky nachlazené, necítí se úplně dobře, hrozí zde přenos nákazy na miminko, které je těžce nezralé a nemá vyvinutou obranyschopnost.“* Matky se musí cítit dobře po psychické i fyzické stránce. *„Snažíme se, aby ta maminka byla v takové pohodě, aby tu hodinku vydržela sedět. Takže pokud je po komplikovaném porodu nebo po porodu císařským řezem a fyzicky se úplně na to třeba necítí, tak si myslím, že to taky nemá pro to dítě ten benefit, abychom ho vyndali vlastně z toho klidu toho inkubátoru do toho vnějšího prostředí třeba jenom na 10 minut, protože mamča není schopná to usedět,“* uvádí sestra S9.

Přenos infekce je dalším důvodem bránícím poskytování SSC. Všechny sestry uvádí, že důležité je dodržovat přísnou hygienu. Toto lze doložit výrokem sestry S6: *„Třeba infekce, které by mohly jít asi z té matky. Ona musí dodržovat hygienu rukou, osprchovat se, když jde k nám, a tím vlastně předcházíme přenosu infekce ze strany matky. Ze strany matky hrozí dítěti nějaké vyloženě infekční onemocnění matky, nějaká viróza. Kdyby opravdu hrozilo, že se to miminko nakazí.“*

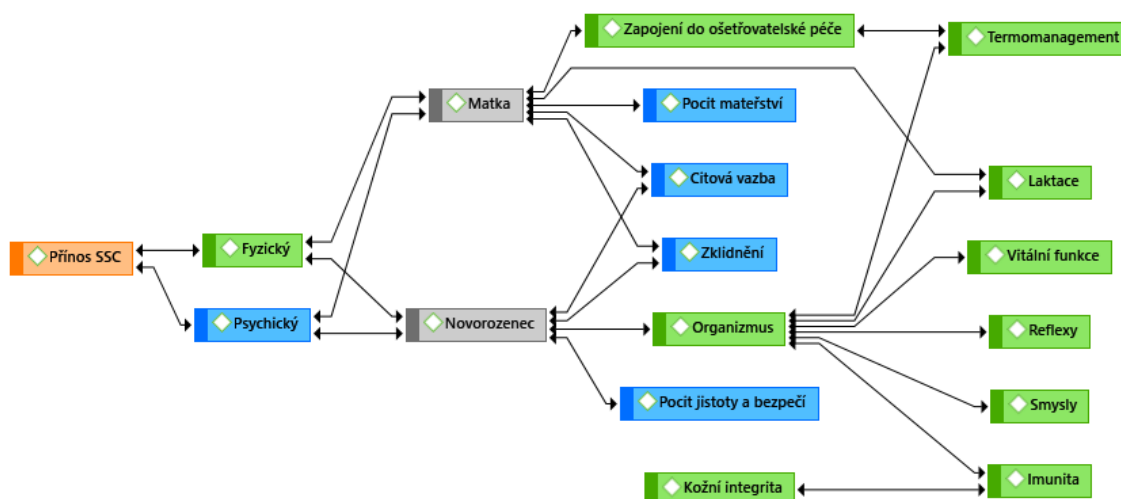
Dalším rizikem je manipulace s extrémně nedonošenými novorozenci. Ti často mívají zavedený PŽK/CŽK, hrudní drén. Bývají na umělé plicní ventilaci. *„Hodně se bojíme, třeba když ty děti mají periferní arterie, tady se obáváme toho, aby se při manipulaci něco nevytáhlo. A nedej Bože, když se pak to dítě přikryje, aby někde třeba chvíli nekrvácel nebo něco, takže jenom spíš jako technicky proveditelné manipulace,“* sestra S3. Sestra S9 uvádí: *„Už se nám i stalo, že se nám dítě dekanylovalo, že vlastně pohnulo hlavou tak, že mu vyjela endotracheální kanyla. V podstatě dekanylace to dítě ohrožuje bezprostředně na životě, takže to je určité riziko.“*

Aby se potenciálním rizikům předcházelo, musí být dítě samozřejmě po celou dobu pod dohledem, je monitorované a sestry dohlíží i na správnou polohu dítěte. Pro polohování matky jsou k dispozici manipulační křesla, která se dají různě vypolohovat, aby matka seděla pohodlně společně s dítětem.

4.1.2 Kategorie 2 Přínos kontaktu skin to skin

V následující kategorii se zaměříme na analýzu přínosů kontaktu skin to skin pro těžce a extrémně nedonošeného novorozence a matku. Během rozhovorů nás zajímaly informace o psychických a fyzických potřebách novorozence i matky. Tuto kategorii jsme následně řadily do uvedených podkategorií. K analýze této kategorie nám sloužily následující otázky: Jaký má podle Vašich zkušeností SSC u extrémně nedonošených novorozenců význam? Jaké má dle Vaší zkušenosti SSC přínosy pro extrémně nedonošené novorozence? (v oblasti dozrávání CNS, kojení, termoregulace, potřeby jistoty a bezpečí)? Jaké má dle Vaší zkušenosti SSC přínosy pro matku či rodiče extrémně nedonošeného dítěte? Výsledky jsou znázorněny ve schématu č. 2.

Schéma 2: Přínos kontaktu skin to skin



Kontakt skin to skin má pro donošené a rovněž nedonošené děti veliký význam. Klokánkování přináší benefity po fyzické a zejména po psychické stránce jak matce, tak dítěti.

Psychický přínos

Do oblasti psychického přínosu řadíme pocit mateřství, budování citové vazby mezi dítětem a rodičem, celkové zklidnění dítěte i matky a samozřejmě pocit jistoty a bezpečí.

Při časném a častém klokánkování se vychází především z pocitu bezpečí a jistoty. Jedná se o základní potřebu všech dětí. „*Ať se děje cokoli, tak miminko očekává, že tam ta maminka bude,*“ uvádí sestra S1. Psychický komfort dítěte se odvíjí od komfortu matky. „*Maminka a dítě jsou jedno tělo a jedna duše,*“ sestra S1.

Při klokanění na matce se dítě uklidní, společně se sehrají. „*Je zvyklé na tlukot matčina srdce a vlastně v podstatě mu to nahrazuje ten kontakt třeba z té dělohy,*“ říká sestra S3. „*I když to dítě třeba bývá neklidné v tom inkubátoru a musíme ho třeba i farmakologicky tlumit, nebo i nefarmakologicky, tak prostě najednou na těch matkách prostě tu hodinku toho klokánkování dvakrát denně zvládnou úplně bez problémů,*“ uvádí sestra S9. Zklidnění ovlivní vitální funkce novorozence, upraví se dech, akce srdeční apod., jelikož novorozenec zná hlas matky z nitroděložního života.

Matkám kontakt skin to skin pomáhá po psychické i fyzické stránce. Tyto dvě stránky se navzájem prolínají. Všechny sestry (S1–S9) se shodují, že největší význam má pro matčinu psychiku. Dochází k vytváření citové vazby mezi matkou-dítětem. Matka se zklidní, nebojí se dítěte dotknout, a to napomáhá rozvíjet pocit mateřství. Často se nabízí pomoc ve formě krizové intervence, neboť psychicky je to pro matku velice náročné období. Sestra S4 vysvětluje: „*Matky s tím většinou nepočítají. Dopředu s tím počítá nějak až ve chvíli, kdy už se něco děje, tak asi jo, když je někdo připraví. Ano maminko, mohla byste předčasně porodit, ale určitě ne doma, když očekávám miminko, nečekám, že ho porodím v nějakým třeba 27. týdnu.*“ Sestra S2 dodává: „*Nejdůležitější pro ně je odbourat ten strach, protože ve chvíli, kdy se pořád něčeho bojí, tak vlastně se vůbec nikam neposuneme.*“ Sestra S3 dodala: „*Ty miminka to cítí. Ta matka musí být jako s tím smířená a vyklidněná. No, když to je pak jako znát, že ty mámy, když jsou fakt neklidný, to na ty děti opravdu přenáší. Takže vždycky my i se snažíme hlavně té mámě prostě říct, že to z ní to dítě jakoby bere tu [negativní–pozn. aut.] energii, aby se prostě snažila se uklidnit.*“ Musíme matku dostat do určité pohody. Poskytnout jí informace, možnost účastnit se péče apod.

Fyzický přínos

Do oblasti fyzického přínosu pro dítě i matku je zařazeno zapojení matky do ošetrovatelské péče a rozvoj laktace nezralého organismu dítěte. Dochází k rozvoji smyslů, reflexů., Vytváří se imunita a kožní integrita novorozence.

Sestry uvádějí, že i paralelně s tímto kontaktem probíhá mnoho dalších procesů, jež se týkají nejen dítěte, ale i rodičů. Proto je potřeba zajistit psychický a fyzický komfort nejen dítěte, ale i rodičů v kontaktu s novorozencem. Pro matky je podstatný fyzický kontakt s dítětem, proto by je ošetrovatelský personál měl co nejvíce zapojovat do péče o dítě. Cílem je umožnit matce, aby prováděla úkony běžné péče o dítě. *„Koupat je, hladit, masírovat je a tím pádem je matka klidnější,“* sestra S7. Sestra S5 dodala: *„Maminka je vlastně klidnější, že může mít ten kontakt s tím miminkem, že se na něj nedívá jenom jakoby přes inkubátor, že už ho může i ošetrovat. Můžou ho poznat, že není tak křehký, že se přestávají třeba bát. Když sem přijdou, tak se s ním sama bojí manipulovat nebo bojí se i vzít pomalu za ručičku, že aby se náhodou nerozpadly, takže získávají i takovou tu jistotu.“*

Matce klokanění pomáhá zahájit laktaci. První týdny po porodu vyrábí mléko v těle hormon prolaktin, hormon hypofýzy tzv. „pečující“ hormon. Mléko je absolutně přizpůsobené nezralosti dítěte. *„Jedna kapka je pro to miminko cenou zlata jo, takže opravdu to mimčo nebo respektive to mlíčko se absolutně přizpůsobuje nezralosti a zraje, jak zraje to miminko,“* tvrdí sestra S1. *„Od nás odchází plně kojený mimčo, co měli třeba 500–600 gramů a ta cesta je strašně dlouhá,“* vysvětluje sestra S4.

Sestry S3 a S5 se shodují v tvrzení, že pro matku i dítě je lepší, když první dny klokánkuje matka: *„To kojení se rozjíždí, takže proto třeba my maminkám říkáme, že je lepší, když ty první dny klokání mamka, když to jde. Pak už se můžou s taťkou různě střídat.“* Sestra S3 dále doplňuje: *„Ta laktace snáze nastoupí, potom se dál jako udržuje snadněji, než když tam máma chodí jakoby z domova, Úplně není v tom kontaktu s tím dítětem celý vlastně ten den. Třeba jednou/dvakrát denně jenom když přijede z domova, tak určitě to není takový, jako když tu ta maminka leží.“*

Kojení napomáhá také zrání nezralého organismu novorozence. „*V jedné kapce toho mleziva je milion živých bakterií, které startují metabolismus miminka, imunitu a tak dál. Je tam daleko víc leukocytů imunoglobulinu, který tu imunitu nulovou vlastně startují. To mlíčko se absolutně přizpůsobuje tý nezralosti a zraje, jak zraje to miminko,*“ vysvětluje sestra S1.

V průběhu klokánkování si dítě vytváří i kožní integritu. „*Rodiče jsou osídlení domácími hodnými bacily,*“ uvádí sestra S2.

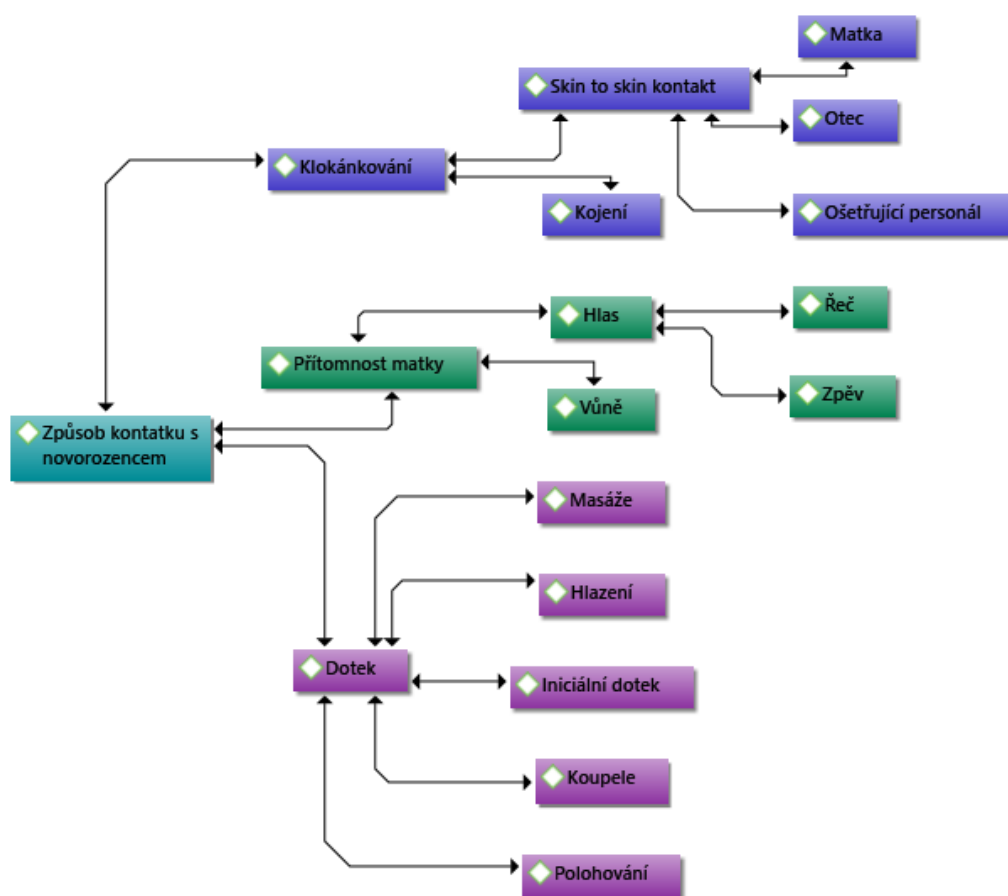
Během kojení dítě rozvíjí své reflexy. „*Dítě slyší od 18. týdne, cítí, naprosto bezpečně rozpoznají tlukot maminky, srdíčka, dýchací pohyby, její vůni. Takže přitom klokánkování tohle všechno mají plnými hrstmi,*“ vysvětluje sestra S1. Klokanění napomáhá k rozvoji sacího reflexu. Sestra S3 uvedla příklad: „*Třeba teďka se nám 32. týden začínal aktivněji projevovat, což je třeba ještě jako by se řeklo brzo na to kojení, protože tam vlastně koordinace sání a dýchání je až kolem 34. týdne, takže většinou až takhle později začínaly, ale když už ty dětičky začínají být aktivní a začnou se jim sápat po prsou, tak se to vždycky jako trošičku zkusí úplně jako minimálně, aby ty děti prostě jenom věděly, očuchaly, olízaly.*“ „*A nechceme po nich žádný výkony, jen aby se s tím seznámily. A samozřejmě to mlíko se matkám spouští i u takového toho olizování těch bradavek, jakože to je fakt jako znát, že ty matky odsávají více mlíčka,*“ uvedla sestra S9.

Kojení při klokánkování také napomáhá k termoregulaci novorozence. „*Mamince mlíčko vytváří prolaktin a spouští oxytocin, láskyplný hormon, a ten dělá na hrudníku maminky o 2 až 3 stupně navíc, takže od maminky je miminku vždycky teplo,*“ vysvětluje sestra S1. Termomanagement během klokánkování je zajišťován matkou dítěte. Sestra S8 říká: „*Je to přece jenom takové to přirozené živočišné teplo od té matky. Takže je to asi úplně nejlepší, je to přirozenější než inkubátor.*“ „*Miminko cítí, že jo to teplo z té matky, tu vůni. Z tohoto hlediska, je to úplně asi to nejlepší,*“ dodává sestra S2. „*Během klokánkování nehrozí podchlazení novorozence. Jednak nej kvalitnější termomanagement tomu děťátku v té chvíli poskytne matka a shora se přikryjí společně dečkou,*“ dodala sestra S6.

4.1.3 Kategorie 3 Způsoby kontaktu s novorozencem

Tato kategorie je určena k analýze způsobu kontaktu matky s novorozencem. Do této kategorie byly zahrnuty otázky ohledně metod skin to skin kontaktu s extrémně a těžce nedonošeným novorozencem a alternativní metody bondingu. K analýze nám sloužily otázky: Jaké metody SSC využíváte na Vašem pracovišti při péči o extrémně nedonošené novorozence? V jakém případě není možné SSC u dítěte provádět? Využíváte v takovém případě nějaké jiné alternativy k SSC (např. hlazení v inkubátoru apod.)? Je možné, aby SSC prováděla i jiná osoba než matka? Jaké máte s touto situací zkušenosti na Vašem pracovišti? Provádí SSC i zdravotničtí pracovníci? Jakou s tím máte zkušenost? Schéma kategorie způsoby kontaktu matky s novorozencem znázorňuje její rozdělení do tří oblastí, a to dotek, klokánkování a přítomnost matky u novorozence. Výsledky jsou znázorněny ve schématu č. 3.

Schéma 3: Způsoby kontaktu s novorozencem



Klokánkování

Nejvýraznějším přínosem kontaktu je klokánkování. Napomáhá k utváření úzké vazby mezi dítětem a matkou. Do metody klokánkování patří: skin to skin kontakt, kojení a podpora rodičů. Sestry vysvětlují rodičům důležitost vytváření vazby při klokánkování, dále edukují o opatřeních, která je nutné dodržovat.

Na oddělení Jedinoty intenzivní a resuscitační péče (JIRP) v nemocnici v Českých Budějovicích matky mohou klokánkovat jedenkrát až dvakrát denně. Vícekrát se nedoporučuje kvůli fyzické náročnosti procesu pro novorozence. Sestra S3 uvádí: *„To klokání se zahajuje určitě jako hodně brzo, když ty mámy můžou, tak klidně prostě hned, třeba druhý den už třeba klokání, když děti jsou jako stabilní, no i třeba zaintubované děti klokáme. A tak to se dřív jako taky nedělo.“* frekvence a délka klokánkování je individuální. Sestra S1 vysvětluje: *„Klokánkování, dřív to tady bylo rutinně dvakrát denně, ale dneska už je to taky víceméně na domluvě. Jde nám o to, aby ty maminky byly v pohodě, takže jak se cítí/necítí a necháváme je i dlouho. Dřív to bylo třeba hodinu. V současnosti, když se cítí, tak je klidně necháváme déle, prostě podle potřeby, je to pro každé dítě individuální.“* Sestra S5 dodává: *„Jak často, tak jak to teď dítě zvládá. Ze začátku i jak to ta mamka zvládá, když jsou třeba po císařském řezu.“* *„Vždycky jako myslíme i na to, že ta maminka musí vydržet nějaký čas klokánit, že třeba tu hodinku je třeba vydržet, aby se furt s tím dítětem jako nemanipulovalo, protože dítě to jako ruší, tak aby vydržela prostě nějaký čas, takže i podle té maminky na to koukáme, jak vydrží,“* doplnila sestra S6.

Pokud nemůže z nějakého důvodu klokánkovat matka, můžeme nechat klokánkovat otce. Sestra S2 uvádí, že SSC s otcem nemá takový přínos pro novorozence, jako když klokánkuje matka: *„Má to význam jenom pro toho otce. Pro to dítě to nemá vůbec úplně smysl, protože ono ho vlastně nezná. Z toho břicha zná jenom tu matku. Zná ten její tlukot srdce a vůni. Takže samozřejmě i někdy otce, ale je to spíš z toho důvodu, aby ty tatínkové se trošičku jako zapojili do té péče.“* Sestra S4 k tématu dodává: *„Určitě asi v rámci rodiny by šlo nechat někoho klokánkovat, ale je to velice citlivé téma. Musela by maminka chtít nebo s tím souhlasit. Asi by to přání muselo vzejít od těch rodičů, jednoznačně s nějakým souhlasem. To je taková věc, která by se musela aktuálně řešit v danou chvíli.“*

Kdo, proč, jaký je tam vztah k tomu dítěti, a hlavně ten rodič jednoznačně musí s tím souhlasit, to jinak nejde.“ Všechny sestry uvedly, že v době pandemie Covid-19 byl kontakt dítěte s otcem omezen. Musela se nastavit určitá opatření, která především chránila zdraví novorozenců. Otcové se museli prokazovat negativním testem na onemocnění Covid-19 a i doba strávená na oddělení byla zkrácena.

Na otázku, zda se setkaly s klokánkováním novorozenců ošetřujícím personálem nebo o této možnosti slyšely, odpověděly sestry následovně. Sestra S1: *„Slyšela, nezažila. Navyšte dvojnásob tady lidi a bude to furt málo a už se tam třeba někdo eventuálně nevejde. Ale upřímně přímo klokánkování, no taky tu některý kolegyňky provozovaly, když to bylo nějaký jako miminko malinkatý. Maminka neměla zájem, nebo byla zdaleka, nebo tady nemohla bejt, nebo nechtěla bejt, a když by byl klid a bylo míň mimineček, tak si je tam taky jako sestřičky dávají na intermediární péči, na JIP nebo aspoň chovají. Ale přímoto bondování jsem zažila jenom párkrát, že by kolegyňky provozovaly.*“ K tomu sestra S2 dodala: *„No neprovádíme to, jako četla jsem to, ale myslím si, že v praxi je to úplně, jako u nás určitě neproveditelný, aby si tady někdo minimálně na hodinu sedl do křesla a bondoval. Hlavně dítě z toho břicha, zná jenom tu matku. Zná ten její tlukot srdce, vůni a hlas. Takže pro to dítě má ta matka největší přínos.*“ Pokud je dítě neklidné a není přítomná matka, sestry využívají alternativní metody kontaktu. *„My spíš využíváme takový ty pacičky v ruce, že vlastně pořád na nich někdo jakoby má položenou ruku, aby byly dětičky v klidu, když jsou v tom inkubátoru. A když jako spinkají, tak je nerušíme a vyndáváme je jenom teda těm maminkám. Ale jako my třeba hladíme ty děti nebo pokládáme na ně ruce, když se nemůžou zklidnit, když tady ty maminky nejsou,*“ vysvětluje sestra S7. Sestra S4 dodává: *„Samozřejmě metody NIDCAPU nebo vývojové péče může praktikovat personál. Ale teď je otázka jakoby, že největší přínos má ta matka a tohle pracoviště je vlastně i nastavený tak, aby primárně klokaniła matka. Čili všechno děláme pro to, aby se takovýhle náhražky vlastně nemusely dělat, protože ta matka tomu dá nejvíc. Nebo prostě ta rodina.*“ Sestra S3 uvedla: *„Vyloženě SSC neprovozujeme, protože tady se spíš jako před těma dětma jako obalujeme různýma ochrannýma pomůckama, aby jako my jsme nebo i ony, na nás něco nepřenesly. Že se od nich držíme v tomhle smyslu dál. Ale jako mě by třeba vůbec nevadilo klokanit.*“

Přítomnost matky u novorozence

Do podkategorie přítomnost matky u dítěte je uváděna vůně matky, a především hlas matky či otce. „*Vždycky jim taky říkáme, než jako třeba s nima jdou pracovat, tak ať se jich třeba jenom dotknou, promluví na ně, aby jako nešly na ně s tím, že jim už jdou něco hned dělat, ale aby prostě ty děti věděly, že tam ty matky jsou,*“ sestra S3. Sestra S4 uvádí: „*Jakmile jim matky zpívají, pobrukují nebo na ně mluví, tak se ty dětičky zklidní. Okamžitě rozpoznají přítomnost matky a cítí se víc v bezpečí.*“ Novorozenci rozpoznají vůni matky. V průběhu klokánkování mají matky u sebe chobotničky, které se nasáknou jejich vůní. Tyto chobotničky poté uloží do inkubátoru či výhřevného lůžka, kde je dítě uloženo. „*Chobotničky napomáhají rozvíjet čichový vjem u dětí a díky nim cítí přítomnost matky,*“ říká sestra S6.

Dotek

Třetím uváděním způsobem, který napomáhá k budování vztahu matka – dítě, je dotek.

„*Všichni jsme nedohlazení, nedomazlení, takže i ty doteky, spojené samozřejmě s tou verbální komunikací, jsou pro to dítě strašně přínosné a podstatné,*“ uvádí sestra S1.

Dotek patří mezi první způsoby kontaktu matky s dítětem a přispívá k utváření vazby dítě–rodič. Matky okamžitě, jakmile mohou přicházet za dítětem, začínají ho v inkubátoru hladit. „*Vždy se snažíme matkám umožnit alespoň minimální kontakt s tím dítětem. Kontakt té ruky do toho inkubátoru, to položení té ruky, třeba na to miminko nebo chytnutí prostě toho prstu, nebo je nechat si chytnout prst,*“ vysvětluje sestra S9. Ze začátku matky ještě dítě nehladí, spíš pokládají ruku, neboť hlazení může novorozence rušit. Pokud by u dítě nemohlo být ze zdravotních důvodů prováděno klokánkování, náhradou je alespoň dotek matky, aby došlo k navázání kontaktu nejenom vizuálního, ale samozřejmě i fyzického.

Sestry informují matky o iniciálním doteku. „*Matka si zvolí to své místečko, když začíná na to dítě sahat, tak si zvolí to svoje místo, kde to dítě pozdraví, když k němu přijde a tam už potom ta sestra ví, že na tohle místo, to je vlastně místo maminky, na to by se nemělo sahat,*“ vysvětluje sestra S8. Sestra S1 dodává: „*Jedná se o takový poznávací*

znamení, když tam maminka přijde a zdraví se s tím miminkem, takže šáhne na to jeho místečko, a to dítě už by v podstatě mělo poznat, že to je vlastně maminka a že tam bude. A teď to, co bude následovat, že to bude jenom příjemný, že to už není jakoby sestra, která mu jde zase dělat, nějaký škaredé věci, ale že to je vlastně ta maminka.“ „Takže toho místa, by se vlastně neměly sestry jakoby dotýkat,“ zdůrazňuje sestra S3. Dále sestra S2 popisuje: „Čili je to matky místečko, které si ona zvolí. A že když vlastně přijde, otevře inkubátor, měla by to místo hned jako pohladit nebo sáhnout, položit ruku na to místečko co si zvolila, a když potom odchází od toho dítěte z inkubátoru, tak zase to místo pohladit. Takže se s tím seznamuje okamžitě, kdy v podstatě přijde poprvé k nám.“

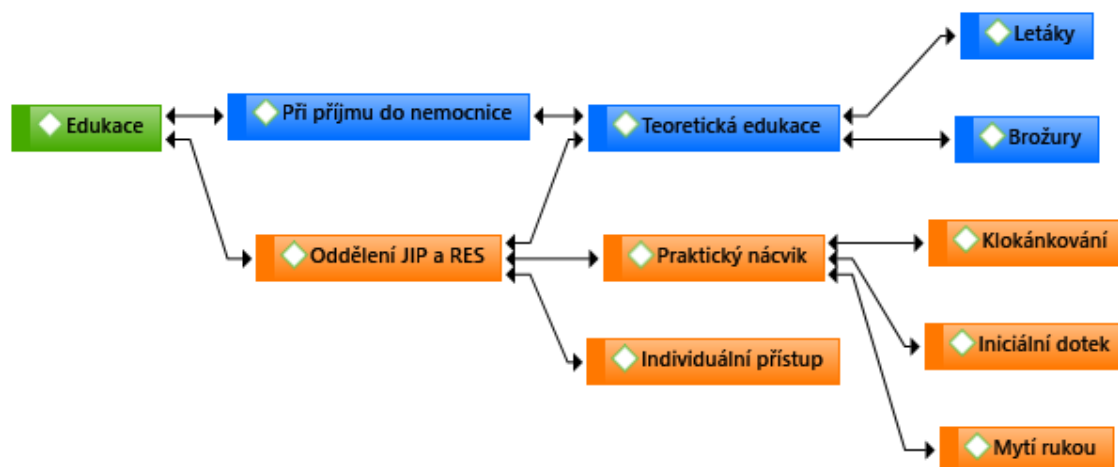
Ošetřující personál se snaží matky co nejdřív zapojit do ošetrovatelské péče, při které pomocí doteku a hlasu pomohou zklidnit dítě. Tento postup popisuje sestra S5: „Když my ošetřujeme, tak je učíme to, že třeba stojí z druhé strany a zase hladí to dítě, jako klidní ho. Takže to není jenom to, že by si ho hladily jen tak. Ale i to dítě zklidňují i tím kontaktem. Platí, že tam ta matka je. Ona vlastně položí ty ruce jakoby ten léčebný dotek hlava–hrudník, a tím ho jakoby zklidňuje, zase na druhou stranu, když my jim děláme „škaredý“ výkony nebo bolestivý nepříjemný výkony, tak ony musí z druhé strany. Jednak to dítě vnímá tu druhou stranu těla, protože samozřejmě my k nim chodíme většinou z jedné strany, takže i pro tenhle ten jakoby vývoj, uvědomění si té druhé strany těla, pro tu stimulaci a neurologický rozvoj.“ Postupně tímto zapojováním, se i matky učí samotnou péči o své dítě. „Jakmile je to možné a matky jsou schopné, [přechází postupně na matku–pozn. aut] vlastně veškerá péče o dítě, kdy ho vlastně hladí, klokánkuje, tak ho potom koupe, masíruje celé tělíčko, promazává, cvičí s ním. Takže vlastně ta bazální stimulace je využívána a všechno jako je tam v tom obsažené. Veškeré tyto činnosti napomáhají k utváření vztahu matka–dítě,“ říká sestra S8. „Určitě i tu mámu necháme třeba jenom ze začátku změřit teplotu nebo přendat jenom čidlo a takovýhle jako blbiny pro nás, ale pro ně to je hrozně moc, že jako se zapojují do té péče,“ uvádí sestra S3.

4.1.4 Kategorie 4 Edukace matek o kontaktu skin to skin

Kategorie edukace matek o kontaktu skin to skin se zabývá průběhem a náplní edukace ze strany sester. K získání informací z rozhovorů sloužila tato otázka: Jakým způsobem

jsou edukováni rodiče o SSC? Jak edukujete matku při první zkušenosti s SSC? Výsledky jsou znázorněny ve schématu č. 4

Schéma 4: Edukace matek o kontaktu skin to skin.



Celá edukace v ideálním případě probíhá při příjmu do nemocnice. Sestra S4 popisuje: „V té chvíli, on je tam nějaký čas, dejme tomu, za ní přijde neonatolog s neonatologickou sestřičkou. Tam už dochází k tomu prvnímu edukování. Jak to vlastně bude probíhat. Co pak se děje/neděje. Dokonce i tam máme nějaký fotky. Máme na to prostě udělaný nějaké edukační materiály. Jsou tam i nějaký obrázky. Já nevím od čepiček, aby si dokázali ti rodiče trošku to uchopit a představit si, jak potom se s tím miminkem tady pracuje, jak a co má na sobě, nebo nemá a tak. A zároveň samozřejmě to, že prostě ten kontakt je tady nějaký žádoucí v tomhle ohledu a následně potom se ta edukace jakoby přidává, přidává, přidává, jak ta maminka se přijde podívat.“

Dále edukace probíhá dvě hodiny po porodu sestra S7 popisuje: „Když už se vzbudí třeba z toho císařského řezu nebo, když už jsou potom na pokoji po normálním porodu, tak jdeme za dvě hodiny je poučit o odstříkávání mlíčka, protože tam doneseme zkumavky a rovnou jim říkáme, že potom budou moct, až budou vlastně schopný sem přijít, nebo když je přivezou tak, že budou moct klokánit, že si tu ta maminka na hodinku sedne.“

Při prvním příchodu matky na oddělení ji sestra bezprostředně poučí o hygieně rukou. S2: „I když neklokání, i když jenom třeba jdou šahat na děti, tak vlastně takový to základní mytí rukou a dezinfekci jim vysvětlujeme.“

Sestry uvádí, že ke každé matce, stejně jako ke každému pacientovi, se musí přistupovat individuálně. Tento výrok vysvětluje sestra S1: *„Tak různými slovy podle toho, co zrovna ta maminka potřebuje slyšet. Vycházím hodně z individuality maminky, to takhle je. Mamka řekne, no teď se necítím, já bych si to neužila, nechci to, proto jako něco někomu vnucovat, je úplně špatně. Říct jim, proč je to tak důležitý, jak se cejtíte, gynekologové nám dovolili, že můžete klokanit. A 99 % maminek chce.“*

Sestry S2–S5 se shodují ve výroku, že se všem matkám řekne základ, který se následně rozvíjí i podle potřeb matky. To dokládá výrok sestry S5: *„Vždycky se edukuje podle toho daného stavu. Jako i vidíme, jak ty maminky to jako dělají a nedělají, tak se vždycky snažíme jako podle toho aktuálního, co vidíme, tak jakoby edukovat dál. Vždycky jim řekne nějaký základ a jako pak se to nějak rozvíjí, jako nejde to vždycky na ně vychrlit jako všechno, takže vždycky tak spíš jako postupně. No, když vidíme, že to dělají jinak, než by se nám líbilo, tak jim to jako řekneme.“*

Sestra S2 uvádí, že v dnešní době většina matek má informace získané z internetu: *„Já se jich zeptám, jestli ví, co to je. Kdyby náhodou mi řekly, že vůbec jako o tom neslyšely, tak jim samozřejmě vysvětlím, že to je jakoby tělo na tělo. Jak je to pro ně důležité, ať se ničeho nebojí, že se vlastně jenom sedne do křesla vedle inkubátoru a my vlastně na ni to miminko dáme a pak jí vlastně, když se to stane, poučíme ať na něj mluví, ať prostě s ním komunikuje, ať na něm má ruce.“*

Matky jsou dále informovány o místě iniciálního doteku, které je označeno v dokumentaci novorozence. Sestra S8: *„A my vlastně ještě informujeme o iniciálním doteku, kdy vlastně si zvolí to své místečko, kdy začíná to na to dítě jako by sahat, kde to dítě jakoby pozdraví, když ona k němu přijde.“*

Když dojde na klokánkování, jsou rodiče edukováni o přísné hygieně. Všechny dotazované sestry se v popisu informovanosti shodují. Kupříkladu sestra S3 uvedla: *„Poučíme ji, že musí být osprchovaná, že si musí vzít nějakou rozhalenku nebo něco, abychom tam děťátko mohly zastrčit do výstřihu a podstatě jí ho tam dám a se všema věcmi, s kanylou klidně, s nostrilama jo někdy ve dvou záleží, když potom to děťátko má víc, třeba vstupů tak ve dvou sestřích, aby to pro ně bylo co nejšetrnější a musíme ho tam napolohovat.“* Při klokánkování se nevyužívají žádné speciální pomůcky. *„V podstatě to*

nevyžadují asi žádné moc velké pomůcky. Což je asi dobře. Takže jenom křeslo v podstatě. To dítě a asistence sestry, kór u těch hodně nezralých,“ uvedla sestra S4. Používají se křesla, buď kardio křesla nebo speciální klokánkovací křesla, jež se dají více polohovat. *„Můžeme tu matku uvést skoro do lehu, a to dítě vlastně v podstatě může na té mamince opravdu jako ležet,*“ vysvětluje sestra S9.

K edukaci otců se vyjádřila sestra S7: *„Jak se mají mýt, že teda musí přijít osprchování, nejlépe buď aby teda byl oholenej, nebo když tam má málo chlupů, tak to člověk ještě nechává, nebo záleží na tom taky, co je mu příjemný, takže necháváme být. Někteří tatínci chtějí tam dát plínku. Záleží na tom tátovi. Tak si vezmou čistý oblečení s sebou a převléknou se do toho čistého až tam. Takže nějaký rozepínací košile, sprchovat se bez vůně, být nenavoněný, aby si ho miminko očichalo, a je to stejné jako u maminky.“*

5 DISKUZE

Kontakt kůže na kůži je nesmírně důležitý pro matku i dítě. Má pozitivní vliv na jejich vzájemné poznávání a velice podstatný vliv na lepší adaptaci novorozence po porodu a také zdravotní stav matky. Nejsou známy žádné negativní projevy. Velmi důležitá je edukace matek o výhodách kontaktu kůži na kůži

Cílem práce bylo identifikovat vliv skin to skin na termoregulaci, laktaci, psychické a fyzické potřeby matky a dítěte. Výzkumné šetření proběhlo kvalitativní metodou. Sběr dat probíhal pomocí hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru s dětskými sestrami. Rozhovory probíhaly od února do března roku 2022 při osobní schůzce v nemocničním prostředí. Účast při rozhovorech byla dobrovolná. Veškeré rozhovory byly nahrávány a následně doslovně přepsány.

Výzkumný soubor tvořily dětské sestry pracující na oddělení neonatologie v Nemocnici České Budějovice a.s. Jednalo se o sestry, které mají osobní zkušenost s péčí o těžce a extrémně nedonošené novorozence. Celkový počet byl devět sester. Byly stanoveny výzkumné otázky: Jaký má přínos kontakt skin to skin v péči o těžce a extrémně nedonošeného novorozence; Jaký vliv má metoda skin to skin na zdraví těžce a extrémně nedonošeného novorozence; Jaké jsou možnosti podpory kontaktu skin to skin v péči o těžce a extrémně nedonošené novorozence; Co nejčastěji brání v poskytování kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

Metoda skin to skin spočívá ve vzájemném kontaktu matky a novorozence, v překladu „kůže na kůži“. Většina autorů se v názorech na klokánkování shoduje. Shodovali se v tvrzení, že tato metoda má příznivé účinky na psychiku, termoregulaci, výživu novorozence a také má protiinfekční účinky (Ryba, 2012). Štěpánková (2001) uvádí, že tato metoda příznivě působí na motorický i kognitivní vývoj novorozence, dále na psychickou stránku matky a napomáhá utvářet matce pocit mateřství. Novorozenci nejsou schopni verbálně vyjadřovat své potřeby, prožívání a nedostatky. Vyjadřují se svým tělem, výrazem v obličeji či pláčem. Domnívám se, že je podstatné vnímat a pozorovat novorozence, abychom byli schopni uspokojit jeho potřeby a snažili se vytvořit prostředí a klid pro jeho správný vývoj. Z našeho výzkumu vyplynulo, že klokánkování napomáhá uspokojovat základní potřebu dítěte, potřebu jistoty a bezpečí. Pokud je tato

potřeba uspokojena na začátku, dochází k dozrání mozku. Tento výrok popisuje sestra S1: *„Obzvláště na začátku je důležité uspokojit tu základní potřebu. Vlastně v mozku těch miminek dozrává nebo vůbec vznikají neurony mozkové buňky na sociální vazby. To znamená, jak se budu mít rád, jak se budu chovat k okolí a tak dále. Když je uspokojená ta základní potřeba těch dětí, tak tam funguje dozrání nebo vůbec tvorba těchto neuronů.“*

Na základě výsledků bylo zjištěno, že klockování má pozitivní účinky i na matku. Chlebounová a Čermák (2013) zmiňují, že matky se v průběhu prvního klockování psychicky uklidní a ujistí se, že jsou pro své děti plnohodnotnými matkami. Sestry zmiňují, že tento intimní kontakt s dítětem jim pomáhá překlenout propast, která na začátku mezi dítětem a matkou mohla vzniknout. Dle sdělení respondentek, 99 % matek prochází na začátku výčitkami („neudržela jsem miminko“) a cítí se neúčinné a prochází neskutečným strachem. Proto se domnívám, že je důležité matkám vysvětlit potřebu bondingu a zapojit je co nejvíce do péče už na oddělení JIRP. Matka to v této fázi potřebuje. Sestra S1 udává: *„Cítí se neúčinné, ty mamky. Najednou se hrozně bojí a cítí se neúčinné, tak nějak jako co tady budu dělat, jediné to mlíko. A to je všechno? Vůbec ne. Mamka to potřebuje pro to, aby se cítila, že opravdu je máma. Takže čím dřív, tím líp.“* Domnívám se, že sestry by se měly snažit posílit rodičovské kompetence, rodičovské role. Matky chodí na oddělení, zacvičují se, jsou zapojovány do ošetrovatelské péče, postupně si zvykají. *„Ony ty mamky neskutečně dobře vnímají, to je, co se týká toho miminka, úplně to nejzákladnější.“* vysvětluje sestra S1. Tímto přístupem se přestanou matky bát. *„Ta práce s tím dítětem je taková přirozenější pro ně,“* uvádí sestra S2. *„Takový ten pocit „jsem platná“, že prostě může tomu dítěti taky nějak pomoci, protože to není jenom v těch hadičkách, přístrojích a medicínsky ohraničený,“* dodala sestra S4. *„Matky jsou vděčné za to, že můžou pro to dítě něco udělat. Zapojíte je do péče, změní teplotu, vymění si čidlo. Takže oni mají takový ten pocit, že se do té péče zapojí, a že aspoň něco pro to dítě můžou udělat,“* sestra S5. Autoři Fendrychová a Borek (2012) uvádí, že základem pro podporu rodičů je umožňovat jim podílení se na péči o jejich dítě a tím získávají vědomosti o stavu jejich dítěte. Podstatné je dodržovat holistický přístup k péči.

Kontakt skin to skin pomáhá rozvíjet i laktaci. Dle Hanuščákové (2008) některé z matek využívají muzikoterapii, pomocí které mohou dítěti přehrávat relaxační hudbu nebo dokonce vlastní nahrávky se svým hlasem. Během kojení dítě rozvíjí své reflexy. Laktační liga (2011) uvádí, že kojení podporuje zrání zřetelného nervu, sluchového nervu, zpevňuje celý zádový sval. Zádové svaly napomáhají ke správnému dýchání a držení těla. Dýchání dále napomáhá ke správnému fungování celého organismu. Z našeho výzkumu je patrné, že klokanění napomáhá k rozvoji sacího reflexu. Ze začátku se jedná o nenutritivní sání. U dítěte nejdříve musí dojít ke sjednocení dýchání, polykání a sání.

Dalším přínosem je, že děti méně často pláčou, dochází k postupné stabilizaci fyziologických funkcí, reagují rychleji a lépe prospívají (Sears, Searsová, 2012). Dle Mrowetze (2011) je možné silnou citovou a emoční vazbu vybudovat i v případech, kdy nebyl prvotní kontakt po porodu umožněn. Velkou podporu přináší brzký kontakt s dítětem, časté přikládání ke kojení a psychická podpora matky. Ať už se jedná o komunikaci či doteky.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti podpory kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

Do metody klockování patří skin to skin kontakt, kojení a podpora rodičů. Při SSC je matka v polosedě nebo v pololeže. Polohovací křeslo se upraví podle potřeb matky, aby jí daná poloha vyhovovala a vydržela minimálně hodinu klockování. Novorozenec je nahý, pouze v čepici a plence, položen na nahý hrudník matky či otce (Fendrychová, 2012). Všechny sestry se shodly, že pro dítě je nejvíce přínosné, když je primárně klockováno matkou. Děti jsou poté mnohem klidnější.

Z literatury víme, že k rozvoji sluchového orgánu dochází již v 18. týdnu gestačního stáří, proto novorozenci dokážou rozpoznat hlas matky. Z rozhovorů se sestrami je patrná důležitost, aby v průběhu jakéhokoli kontaktu matky na své dítě mluvily, aby děti věděly, že tam jejich matka je přítomna. Hmat je úplně první smyslový orgán, který v průběhu prenatálního vývoje dozrává (Dort, 2011). Pro dítě je dotek rodiče velmi důležitý. Nedonošené děti vstupují do života neopečovávané v náručí svých rodičů. Domnívám se, že v rámci léčebného a ošetrovatelského procesu by se nemělo zapomínat na potřebu individualizovaného holistického přístupu k dítěti i jeho rodině. Z výzkumu je patrné, že

sestry se snaží matkám poskytnout alespoň minimální kontakt s dítětem. Sestra S1 a sestra S8 potvrzují, že při manipulaci s dítětem v inkubátoru je zvolen iniciální dotek. Sestra S5 uvedla, že nejčastějším místem pro ošetřující personál je hlavička dítěte. Rodičům je doporučována pravá ruka dítěte. Sestra S2 dále doplnila: *„Víš, že vlastně se nic neděje, když se dávají na tu maminku a ví, že ty doteky nejsou jenom jakoby ošklivý, když to takhle řeknu. Jo, protože pro ně každý dotek, kdykoliv se jako ruší, není úplně dobrý. Protože ony měly být ještě v bříšku, takže je důležité, aby věděly, že to není jakoby úplně špatně. No ona ta kůže je jako hodně nezralá a všechno to souvisí s tou nervovou soustavou to dozrávání. A to má potom vlastně vliv na všechno mlsání, na kojení, na cvičení, vlastně na celý jejich život.“*

Ze získaných dat je patrné, že veškeré činnosti (bonding, klokanění, iniciální dotek, hlas matky) by měly být zasazeny do kontextu vývojové individualizované péče. Dané oddělení by se mělo snažit v rámci svých možností a schopností postupovat podle zásad této péče, případně přijmout určitá opatření. Nejlépe tento výrok popisuje sestra S6: *„Takže to je celý soubor velkých opatření a je to od toho, aby tady nebyl hluk, aby tam ty dětičky neměly přebytek světla, takže nějaký to zastínění, abychom jim co nejvíc simulovali to prostředí, ve kterém by normálně ještě pobývaly, z kterého byly vytržené, aby právě všechny ty jejich smysly a všechny ty jejich funkce vlastně měly nějaký prostor na nějaký komfort. Pro toto zadání, vlastně celé to má směřovat k tomu, aby to dítě mělo co nejméně diskomfortu a zároveň bylo jakoby v kontaktu s tím rodičem. Tím se ten rodičovský attachment zase vlastně nastavuje a rozjíždí.“*

V teoretické části práce byla zmíněna i bazální stimulace. Ve svém článku Friedlová (2012) uvádí, že bazální stimulace podporuje emoční vazbu mezi matkou a dítětem. Bazální komunikace se uplatňuje zvláště v neonatologické intenzivní péči. Jejím cílem je zprostředkovat předčasně narozeným a nedonošeným dětem elementární stimuly potřebné pro psychomotorický vývoj a udržení jejich vrozených reflexů. Pomocí inkubátorů je napodobováno intrauterinní prostředí pomocí polohování dětí do hnízdeček, která dětem imitují tlak děložní stěny na jejich kůži.

Třetím cílem bylo odhalit, jaké důvody nejčastěji brání poskytovat kontakt skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců. Zjišťovaly jsme, jaké mohou nastat potencionální rizika při klokánkování a jak jim mohou sestry předcházet.

Sestra S2 a sestra S6 uvádějí, že rizik a důvodů, které by bránily poskytovat kontakt skin to skin, je v současné době o dost méně než dříve. Všechny sestry se shodují, že největším důvodem, který brání poskytovat skin to skin kontakt, je stále zdravotní stav dítěte. Z výsledku je patrné, že překážkou by neměla být ani infuzní terapie či umělá plicní ventilace. Tato metoda je v dnešní době brána jako nefarmakologická metoda léčby bolesti díky svým pozitivním účinkům.

Ze studií vyplývá, že těžce a extrémně nedonošení novorozenci patří mezi novorozence, jejichž vývoj je ohrožen. Proto je nezbytné jim věnovat zvýšenou pozornost. Důležité je myslet na rizika, jež mohou případně vzniknout, neboť stav nedonošeného novorozence se může v okamžiku změnit. Dle Dokoupilové (2009) je nejčastější intervencí péče. Její součástí je sledování fyziologických funkcí sestrou i lékařem. Patří sem zajištění jednotlivých typů monitorů, například pulzní oxymetr, kardiorespirační monitor, monitor krevního tlaku a hlídač apnoických pauz. Díky těmto monitorům lze sledovat novorozencův stav. K dalším intervencím bych dodala dodržování aseptických zásad a zajistit dostatečný kontakt novorozence s rodiči.

Žiláková (2013) ve své práci popisuje, že zdravotnický personál se o jejího nedonošeného respondenta staral dle zásad něžné péče, reagoval při nově vzniklých potížích. Aby co nejméně vyrušovali novorozence, tak se snažili provádět jen nejnutnější intervence k daným diagnózám. Stejný způsob poskytování péče zmiňuje Dinhalová (2020) ve své práci.

Z výzkumu vyplývá, že k předcházení potencionálních rizik je důležitá edukace rodičů. Domnívám se, že je důležité, aby byl matce na JIPR vždy někdo k dispozici, v případě že by matka měla nějaké dotazy nebo se něco dělo. Samozřejmě děti jsou po celou dobu připojeny na monitorech, takže sestry mají přehled o jejich zdravotním stavu.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala významu a přínosu kontaktu kůže na kůži v péči o těžce a extrémně nedonošené novorozence. Cílem práce bylo popsat, jaký vliv má metoda skin to skin na termoregulaci dítěte, laktaci matky a jak ovlivňuje psychické a fyzické potřeby novorozence i matky. Dále se zabývala možnostmi, jak podporovat kontakt skin to skin mezi matkou a dítětem a jaké jsou případné alternativní metody k vytvoření citové vazby. Posledním cílem bylo odhalit, jaké existují nejčastější důvody, které brání umožňovat tento kontakt u nedonošených novorozenců. Na základě stanovených cílů byly stanoveny výzkumné otázky: V1 – jaký má přínos kontakt skin to skin v péči o těžce a extrémně nedonošeného novorozence; V2 – jaký vliv má metoda skin to skin na zdraví těžce a extrémně nedonošeného novorozence; V3 – jaké jsou možnosti podpory kontaktu skin to skin v péči o těžce a extrémně nedonošené novorozence; V4 – co nejčastěji brání v poskytování kontaktu skin to skin u těžce a extrémně nedonošených novorozenců.

Ve výzkumné části práce byla využita kvalitativní metoda formou hloubkových a polostrukturovaných rozhovorů s devíti sestrami pracujícími v Nemocnice České Budějovice a.s. Vedené rozhovory nám pomohly identifikovat přínosy metody skin to skin kontaktu. Tato metoda pomáhá k rozvoji psychických i fyzických potřeb. Tyto potřeby se současně prolínají u novorozence i jeho matky. Z analýzy výsledků vyplývá, že potíží, které by bránily tomuto kontaktu, ubylo. Největší překážkou zůstává zdravotní stav samotného dítěte. Vše se odvíjí od jeho zdraví. Sestry uvedly, že veškerá péče se provádí tak, aby byly potencionální rizika eliminována, popřípadě minimalizována. Pokud by dítě nemohlo být klokanění, existují alternativní metody, které tento kontakt nahrazují. Sestry se vždy snaží matkám zprostředkovat alespoň minimální kontakt se jejich dítětem.

Tato bakalářská práce může být využita v rámci výuky oboru Pediatrické ošetřovatelství dále v rámci celoživotního vzdělávání dětských sester. Výsledky mohou pomoci ke zkvalitnění ošetřovatelské péče o nedonošeného novorozence. Výsledky budou publikovány v časopise *Pediatric pro praxi*.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ALMADHOOB, A., et al., 2015. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 30, [cit. 2022-02-03]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD010333.pub2.
2. ALS, H., et al., 2011. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Current Women's Health Reviews* [online]. 7(3), 288-30, ISSN 15734048, doi:10.2174/157340411796355216.
3. ANGELHOFF, Ch., et al., 2018. Effect of skin-to-skin contact on parents' sleep quality, mood, parent-infant interaction and cortisol concentrations in neonatal care units: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open* [online]. 8(7) [cit. 2021-12-04]. ISSN 2044-6055. doi:10.1136/bmjopen-2018-021606.
4. BAHADUE, F., L., et al., 2012. *Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome*. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. [cit. 2021-12-31]. ISSN 14651858. doi:10.1002/14651858.CD001456.pub2.
5. BAYLIS, R., et al., 2014. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica* [online]. 103(10), 1045-1052 [cit. 2022-01-01]. ISSN 08035253. doi:10.1111/apa.12719.
6. BIGELOW, A., et al., 2012. Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. 41(3), 369-382 [cit. 2022-01-01]. ISSN 08842175. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x.
7. BEAR, R., J., et al., 2017. Kangaroo Mother Care 1: Alleviation of Physiological Problems in Premature Infants. *The Journal of Perinatal Education* [online]. 26(3), 117-124 [cit. 2021-12-31]. ISSN 1058-1243. doi:10.1891/1058-1243.26.3.117.

8. CAMPBELL-YEO, M. et al., 2015. Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics* [online]. 6, 15-32 [cit. 2022-01-01]. ISSN 1179-9927. doi:10.2147/PHMT.S51869.
9. CAMPBELL-YEO, M., et al., 2019. Sustained efficacy of kangaroo care for repeated painful procedures over neonatal intensive care unit hospitalization: a single-blind randomized controlled trial. *Pain* [online]. 160(11), 2580-2588 [cit. 2021-12-22]. ISSN 0304-3959. doi:10.1097/j.pain.0000000000001646
10. CONDE-AGUDELO, A., et al., 2017. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2017(2) [cit. 2021-12-11]. ISSN 14651858. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.
11. CONG, X., et al., 2015. Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Human Development* [online]. 91(7), 401-406 [cit. 2022-01-01]. ISSN 03783782. doi:10.1016/j.earlhumdev.2015.04.012.
12. CORMACK, B., E., et al., 2019. The Influence of Early Nutrition on Brain Growth and Neurodevelopment in Extremely Preterm Babies: A Narrative Review. *Nutrients* [online]. 11(9) [cit. 2022-01-01]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu11092029.
13. Česká neonatologická společnost ČLS JEP. 2022. Pro odbornou veřejnost [online]. Praha: www.3sixty.eu. [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.neonatologie.cz/pro-odbornou-ve%C5%99ejnost>.
14. DALBYE, R., et al., 2011. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare* [online]. 2(3), 107-111 [cit. 2022-01-01]. ISSN 18775756. doi:10.1016/j.srhc.2011.03.003.
15. DAVANZO, R., et al., 2015. Making the First Days of Life Safer. *Journal of Human Lactation* [online]. 31(1), 47-52 [cit. 2022-01-01]. ISSN 0890-3344. doi:10.1177/0890334414554927.

16. DINHALOVÁ, A., 2020. Novorozenec s nízkou porodní hmotností [online]. Plzeň, 2020 [cit. 2022-04-04]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, PhDr. Kristina Janoušková. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/41048/1/Dinhova_Adela_PAS_BP.pdf.
17. DOKOUPILOVÁ, M., et al., 2009. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál, ISBN isbn978-80- 7367-552-3
18. DORT, J. et al., 2013. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.
19. DORT, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-7043-944-9.
20. FENDRYCHOVÁ, J., 2021. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Vydání: druhé přepracované. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2021. ISBN 978-80-7013-607-2.
21. FENDRYCHOVÁ, J., 2013. *Hodnoticí metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-560-0.
22. FENDRYCHOVÁ, J., et al., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.
23. FERNÁNDEZ M., et al., 2018. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth* [online]. 31(4), 325-330 [cit. 2021-12-22]. ISSN 18715192. doi:10.1016/j.wombi.2017.11.008.
24. FLACKING, R., et al., 2012. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica* [online]. 101(10), 1032-1037 [cit. 2021-12-22]. ISSN 0803-5253. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x.
25. FLACKING, R., et al., 2011. Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic &*

- Neonatal Nursing* [online]. 40(2), 190-197 [cit. 2021-12-01]. ISSN 08842175. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01226.x.
- 26.FRIEDLOVÁ, K., 2018. Koncept Bazální stimulace® v pediatrické intenzivní péči. In. FENDRICHOVÁ, J., KLIMOVÍČ, M. a KOL., *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. s. 108–118. ISBN 80-7013-592-1.
- 27.FRIEDLOVÁ, K., 2015. Bazální stimulace v neonatologické ošetrovatelské péči. 2015. Mezinárodní neonatologický kongres, *Sborník příspěvků z odborné konference pořádané Neonatologickou sekce Slovenské pediatrické spoločnosti*, Bratislava: Neonatologická sekcia Slovenskej pediatrickej spoločnosti SLS. s. 4–7. ISBN 978-80-89797-07-3.
- 28.FRIEDLOVÁ, K., 2012. Uplatnění konceptu Bazální stimulace v neonatologii, *Sestra*, roč. 22, č. 3, s. 43–44. ISSN: 1210–0404.
- 29.GAO, H., et al., 2016. Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 62, 118-125 [cit. 2021-12-22]. ISSN 00207489. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.07.015.
- 30.GITTO, E., et al., 2012. Stress response and procedural pain in the preterm newborn: the role of pharmacological and non-pharmacological treatments. *European Journal of Pediatrics* [online]. 171(6), 927-933 [cit. 2021-12-11]. ISSN 0340-6199. Dostupné z: doi:10.1007/s00431-011-1655-7.
- 31.GREEN, J., et al., 2017. Quality versus quantity: The complexities of quality of life determinations for neonatal nurses. *Nursing Ethics* [online]. 2017, 24(7), 802-820 [cit. 2021-12-19]. ISSN 0969-7330. doi:10.1177/0969733015625367.
- 32.GUILLAUME, S., et al., 2013. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics* [online]. 13(1) [cit. 2022-01-01]. ISSN 1471-2431. doi:10.1186/1471-2431-13-18.

33. HANDLOVÁ, Z., JEŽOWICZOVÁ, T., 2013. Péče o kůži nedonošeného dítěte. *Sestra*. 23(9), 38–39. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
34. HANUŠČÁKOVÁ, P., 2008. Péče o nezralého novorozence, *Sestra on-line* [online]. 2008, roč. I, č. 10, s. 52. [cit. 2022-04-01]. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-nezraleho-novorozence-397847>.
35. HELMER, S., et al., 2020. A Randomized Trial of Continuous Versus Intermittent Skin-to-Skin Contact After Premature Birth and the Effects on Mother–Infant Interaction. *Advances in Neonatal Care* [online]. 2020, 20(3), E48-E56 [cit. 2021-12-11]. ISSN 1536-0903. Dostupné z: doi:10.1097/ANC.0000000000000675
36. HELTH, T., et al., 2013. Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 19(3), 114-121 [cit. 2022-01-01]. ISSN 13551841. doi:10.1016/j.jnn.2012.06.001.
37. HUBBARD, J., et al., 2017. Parent–Infant Skin-to-Skin Contact Following Birth: History, Benefits, and Challenges. *Neonatal Network* [online]. 36(2), 89-97 [cit. 2021-12-29]. ISSN 0730-0832. Dostupné z: doi:10.1891/0730-0832.36.2.89.
38. HUGHES, V., 2013. Kangaroo Mothers“ and the Power of Touch, *National Geographic*, [online]. 2013, [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <http://phenomena.nationalgeographic.com/2013/10/10/kangaroo-mothers-and-the-power-of-touch/>
39. CHLEBOUNOVÁ, M., et al., 2013. Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem, Fakulta sociálních studií MU, Brno, *Československá psychologie*, roč. 57, č. 4, s. 311–312. ISSN: 0009-062X.
40. CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M., 2017. PREMATURE CHILD AND OROFACIAL COMPLEX – DEVELOPMENTAL CONTINUITY. *Listy klinické*

- logopedie* [online]. 1(2), 31–39 [cit. 2021-12-06]. ISSN 25706179. doi:10.36833/lkl.2017.021.
41. CHROMÁ, J., Sikorová, I., 2012. Efekt nefarmakologických metod tlumících bolest u novorozenců. *Časopis lékařů českých*. roč. 151, s. 294–298. ISSN 0008-7335.
42. CHROMÁ, J., Sikorová, I., 2013. Bolest u novorozenců a možnosti jejího nefarmakologického tlumení. *Časopis lékařů českých*, roč. VI/2, s. 6–11, ISSN 1803-4330.
43. IBRAHIM, R., et al., © 2017. Short versus long feeding interval for bolus feedings in very preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2021-12-04]. ISSN 14651858. doi:10.1002/14651858.CD012322.
44. JONES, H., SANTAMARIA, N., 2018. Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with their neonate, in a neonatal intensive special care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online] 32(3), 1012-1017 [cit. 2021-12-12]. ISSN 02839318. doi:10.1111/scs.12543.
45. KISVETROVÁ, H., et al. 2012. *Profesionalita v ošetrovatelství*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 2012, 651,42-46, ISBN 978-80-244-3291-2.
46. KOOPMAN, I., et al., 2016. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 25(9-10), 1367-1376 [cit. 2022-01-01]. ISSN 09621067. doi:10.1111/jocn.13227.
47. KRISTOFFERSEN, L., et al., 2016. Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [online]. 17(1) [cit. 2021-12-04]. ISSN 1745-6215. doi:10.1186/s13063-016-1730-5.
48. KURZOVÁ, K., et al. 2015. Bonding: Od historie po současnost. *Florence*, č. 9, 1-4, ISSN 2570-4915.

- 49.LAKE, E., et al., 2016. Improving the Lives of Fragile Newborns: What Does Nursing Have to Offer? *THE LEONARD DAVIS INSTITUTE of HEALTH ECONOMICS*. 1(1), 1-4, ISSN 15530671.
- 50.LICKLITER, R., FOX, A., N., 2015. Kongres vývojové péče, březen 2015, Florida, USA: The 28th Annual Gravens Conference on the Physical and Developmental Environment of the High Risk Infant Tampa, Florida. *Neonatologické Listy* [online]. 21(2), 46–49 [cit. 2021-12-05]. ISSN 1211-1600.
- 51.LIMA, A., H., et al., 2015. Preterm newborn readiness for oral feeding: systematic review and meta-analysis. *CoDAS* [online]. 27(1), 101-107 [cit. 2021-12-04]. ISSN 2317-1782. doi:10.1590/2317-1782/20152014104.
- 52.LINNÉR, A., et al., 2020. Immediate parent-infant skin-to-skin study (IPISTOSS): study protocol of a randomised controlled trial on very preterm infants cared for in skin-to-skin contact immediately after birth and potential physiological, epigenetic, psychological and neurodevelopmental consequences. *BMJ Open* [online]. 10(7) [cit. 2021-12-04]. ISSN 2044-6055. doi:10.1136/bmjopen-2020-038938.
- 53.LUDINGTON-HOE, S., et al., 2014. Infant Assessment and Reduction of Sudden Unexpected Postnatal Collapse Risk During Skin-to-Skin Contact. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [online]. 2014, 14(1), 28-33 [cit. 2022-01-01]. ISSN 15273369. doi:10.1053/j.nainr.2013.12.009.
- 54.MACKO, J., 2017. Procedurální bolest novorozenců, analgetický efekt cukrů, objektivizace hodnocení bolesti u preverbálních jedinců. *Bolest*. 20(1), 20-26. ISSN 1212-0634.
- 55.MARKOVÁ, D., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. M., 2020. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada Publishing. 53–62, ISBN 978-80-271-1745-1.
- 56.MAZÚCHOVÁ, L., et al., 2017. Informovanost pôrodných asistentiek a sestier o bondingu po pôrode. *Florence*, č. 7-8, 1-7, ISSN 2570-4915.

- 57.MÖRELIUS, E., et al., 2015. Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent-infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 24(17-18), 2620-2627 [cit. 2021-12-11]. ISSN 09621067. doi:10.1111/jocn.12877.
- 58.MROWETZ, M., PEREMSKÁ, M., 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, 14(3) [cit. 2021-12-11]. ISSN: 1213-0494; 1803-5264.
- 59.MROWETZ, M., et al., 2011. *Bonding – porodní radost*. Praha: DharmaGaia, ISBN: 978-80-7436-014-5.
- 60.MUNTAY, C. A., 2014. *Pediatric*. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4588-6.
- 61.PATEL, R., 2016. Short – and Long-Term Outcomes for Extremely Preterm Infants. *American Journal of Perinatology* [online]. 2016, 33(03), 318-328 [cit. 2021-12-31]. ISSN 0735-1631. doi:10.1055/s-0035-1571202.
- 62.PEREIRA, C., M., et al., 2016. Thermoregulation in premature infants: A mathematical model. *Journal of Thermal Biology* [online]. 62, 159-169 [cit. 2022-02-03]. ISSN 03064565. Dostupné z: doi:10.1016/j.jtherbio.2016.06.021.
- 63.PEREIRA, F., M., et al., 2013. A manipulacao de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online] 47(6), 1272-1278 [cit. 2022-02-03]. ISSN 0080-6234. Dostupné z: doi:10.1590/S0080-623420130000600003
- 64.POLIN, R. A., et al., 2014. Surfactant Replacement Therapy for Preterm and Term Neonates With Respiratory Distress. *Pediatrics* [online]. 33(1), 156-163 [cit. 2021-12-31]. ISSN 0031-4005. doi:10.1542/peds.2013-3443.
- 65.RODRÍGUEZ, R., g., et al., 2016. Neonatal intensive care unit lighting: update and recommendations. *Archivos Argentinos de Pediatría* [online]. 114(04) [cit. 2022-02-03]. ISSN 03250075. Dostupné z: doi:10.5546/aap.2016.eng.361

- 66.RUSSELL, G., et al., 2014. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatrics* [online]. 14(1) [cit. 2021-12-11]. ISSN 1471-2431.
- 67.RYBA, L., et al. 2012. Šátkování (nošení dětí v šátku). 1. část, *Pediatr. praxi*, 13 (2), 135-137, ISSN 1803-5264.
- 68.SANNINO, P., et al., 2016. Support to mothers of premature babies using NIDCAP method: a non-randomized controlled trial. *Early Human Development* [online], 95, 15-20 [cit. 2021-12-04]. ISSN 03783782. doi:10.1016/j.earlhumdev.2016.01.016.
- 69.SEARS, W., SEARSOVÁ, M., 2012. *Kontaktní rodičovství: rozumná cesta k pochopení a výchově dětí*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0597-1.
- 70.SIKOROVÁ, L., SUSZKOVA, M., 2012. BENEFITY METODY KLOKÁNKOVÁNÍ PRO NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE – EVIDENCE BASED PRACTICE, *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, 3(4) :497-503, ISSN 1804-2740.
- 71.SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
- 72.SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přeprac. vyd. Prada: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-271-0214-3.
- 73.SODOMKOVÁ, M., 2013. Komfort předčasně narozeného novorozence aneb “v pelišku jako u maminky v bříšku.” *Diagnóza ošetř.* 2013 Mar;9(2):25–7.
- 74.SPINELLI, M., et al., 2015. ‘I still have difficulties feeling like a mother’: The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & Health* [online]. 31(2), 184-204 [cit. 2022-01-01]. ISSN 0887-0446. doi:10.1080/08870446.2015.1088015.
- 75.STEVENS, T. P., et al., 2014. Respiratory Outcomes of the Surfactant Positive Pressure and Oximetry Randomized Trial (SUPPORT). *The Journal of*

- Pediatrics* [online]. 165(2), 240-249.e4 [cit. 2021-12-31]. ISSN 00223476. doi:10.1016/j.jpeds.2014.02.054.
76. STRAŇÁK, Z., Janota, J., 2015a. *Neonatologie 2*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3861-4.
77. STRAŇÁK, Z., 2015b. *Resuscitace a post-resuscitační péče o novorozence pro lékaře i nelékařské profese*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-36-5.
78. ŠTĚPÁNKOVÁ, Z., VODIČKOVÁ, J., 2001. Práce zdravotního personálu na Intermediárním oddělení, *Kontakt*, roč. 3, č. 1, s. 56. ISSN: 1212-4117..
79. TVRZOVÁ, I., RATIBORSKÝ, I., 2018. Kangaroo care for preterm infants in neoanatal intensive care unit. *Pediatric pro praxi* [online]. 19(1), 57-59 [cit. 2021-12-11]. ISSN 12130494. doi:10.36290/ped.2018.013.
80. TWOHIG, A., et al., 2016. SUPPORTING PRETERM INFANT ATTACHMENT AND SOCIOEMOTIONAL DEVELOPMENT IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: STAFF PERCEPTIONS. *Infant Mental Health Journal* [online]. 37(2), 160-171 [cit. 2022-01-01]. ISSN 01639641. doi:10.1002/imhj.21556.
81. VARELA, N., et al., 2014. Indian fathers and their premature baby—an early beginning: a pilot study of skin-to-skin contact, culture, and fatherhood. *Fathering*. ,12(2):211-217. doi: 10.3149/fth.1202.211.
82. VITOŇ, J., VELEMÍNSKÝ, M., 2014. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí - jeho reflexe v umělecké literatuře*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-844-3.
83. WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2012. *Recommendations for management of common childhood conditions*. Evidence for technical update of pocket book recommendations [online]. 2012 [cit. 2021-02-12]. ISBN 978-92-4-150282-5.

- 84.WHO, 2012. *Preterm birt*. In: World Health Organization.[online] November [cit.2022-01-10].
Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
- 85.WYLLIE, J., et al., 2015. Part 7: Neonatal resuscitation. *Resuscitation* [online]. 95, e169-e201 [cit. 2021-12-31]. ISSN 03009572. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.045.
- 86.ZACHAROVÁ, E. *Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví*. Zdravotnictví a medicína. 2014, 14(19), 5-6. ISSN 2336-2987.
- 87.ZOBAN, P., 2012. Nedonošený novorozenec. *Československá pediatrie*. 67(3), 203–208. ISSN 0069-2328.

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: Skóre dle Apgarové

Příloha š. 2: Neonatal skin condition score (NSCS) k hodnocení aktuálního stavu kůže,

Příloha š. 3: Podklad k rozhovoru

Příloha 1

Tabulka skóre podle Apgarové (Dort, Dortová, Jehlička, 2018, Neonatologie).

	2 body	1 bod	0 bodů
akce srdeční	nad 100/min	pod 100/min	asystolie
dýchání	vydatné pravidelné	nepravidelné, lapavé	apnoe
svalový tonus	flekční držení	tonus snížený	tonus vymizelý
reflexní reaktivita	živá	snížená	vymizelá
barva kůže	růžová	akrocyanóza	centrální cyanóza, bledost

Příloha 2

Tabulka Neonatal Skin Condition Score – NSCS (Fendrychová, 2013, Hodnotící metodiky v neonatologii).

Suchost 1 = normální, žádné známky suchosti 2 = suchá kůže, viditelné šupiny 3 = velmi suchá kůže, praskliny/fisury
Zarudnutí 1 = žádné zarudnutí 2 = viditelné zarudnutí < 50 % povrchu těla 3 = viditelné zarudnutí > 50 % povrchu těla
Poškození/exkoriace 1 = žádné poškození 2 = malá lokalizovaná místa 3 = rozsáhlá poškození

Nejlepší skóre = 3

Nejhorší skóre = 9

Příloha 3

Podklad k rozhovoru

1. Jaký má podle Vašich zkušeností SSC u extrémně nedonošených novorozenců význam?
2. Jaké metody SSC využíváte na Vašem pracovišti při péči o extrémně nedonošené novorozence?
3. Popište, jak SSC probíhá, kdy se zahajuje, v jaké poloze, jaké pomůcky, jak dlouho trvá, jak často se provádí, jak je dítě monitorováno v průběhu SSC, jak je zajištěn termomanagement, jak se SSC zaznamenává do dokumentace.
4. Je možné, aby SSC prováděla i jiná osoba než matka? Jaké máte s touto situací zkušenosti na Vašem pracovišti? Provádí SSC i zdravotničtí pracovníci? Jakou s tím máte zkušenost?
5. Jaká má dle Vaší zkušenosti SSC rizika? Jak těmto rizikám předcházíte?
6. V jakém případě není možné SSC u dítěte provádět? Využíváte v takovém případě nějaké jiné alternativy k SSC (např. hlazení v inkubátoru apod.)?
7. Jakým způsobem jsou edukováni rodiče o SSC? Jak edukujete matku při první zkušenosti s SSC?
8. Jaké má dle Vaší zkušenosti SSC přínosy pro extrémně nedonošené novorozence? (v oblasti dozrávání CNS, kojení, termoregulace, potřeby jistoty a bezpečí)
9. Jaké má dle Vaší zkušenosti SSC přínos pro matku či rodiče extrémně nedonošeného dítěte?

Zdroj: Vlastní

9 SEZNAM ZKRATEK

BPD – Bronchopulmonální dysplazie (Bronchopulmonary dysplasia)

CPAP – Kontinuální přetlak v dýchacích cestách (continuous positive airway pressure)

ELBW – Novorozenec s extrémně nízkou porodní váhou (Extremely low birth weight)

EPT – Extrémně předčasně narození novorozenci (Extremely preterm infants)

JIP – Jednotka intenzivní péče

JIRP – Jednotka intenzivní a resuscitační péče

KMC – Metoda klokánkování (Kangaroo mother care)

LBW – Nízká porodní váha (Low birth weight)

MM – Mateřské mléko

NGS – Nasogastrická sonda

NICU – Novorozenecká jednotka intenzivní péče (Neonatal intensive care unit)

NIDCAP – Program individualizované vývojové péče a hodnocení novorozence (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

NSCS – Škála pro hodnocení stavu kůže novorozence (Neonatal skin condition score)

PTNB – Předčasně narozený novorozenec (Preterm Newborn (pregnancy))

RDS – Syndrom dechové tísně (Respiratory distress syndrome)

SSC – Kontakt „kůže na kůži“ (Skin-to-skin contact)

SUPC – Náhlý neočekávaný postnatální kolaps (Sudden Unexpected Postnatal Collapse)

Tzv. – Takzvaně

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)