UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Simona Soukupová, DiS.

ŘÍZENÍ ZMĚNY V PROCESU ROZŠIŘOVÁNÍ NABÍDKY PRENATÁLNÍCH KURZŮ V THOMAYEROVĚ NEMOCNICI V PRAZE

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2015

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně Univerzity Karlovy a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 20. června 2015 Bc. Simona Soukupová, DiS.

Poděkování

Děkuji touto cestou především panu Mgr. Petru Vrzáčkovi za velice cenné rady, trpělivé a odborné vedení při vypracování této diplomové práce.
Dále bych také ráda poděkovala Thomayerově nemocnici za zprostředkování dotazníkového šetření a v neposlední řadě všem účastníkům mého výzkumu za ochotu a spolupráci.

Obsah

Abstrakt 7
I. ÚVOD 9
II. TEORETICKÁ ČÁST 10
1. EDUKACE V PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVĚ 10
1.1 Definice edukace 10
1.2 Edukace ve zdravotnictví 11
1.2.1 Edukační proces 11
1.2.2 Právní normy edukace pacientů v České republice 15
1.2.3 Základní předpoklady edukace 16
1.3 Předporodní příprava 17
1.3.1 Nejstarší historie předporodní přípravy 18
1.3.2 Francouzská porodnická škola 20
1.3.3 Roland Melzack a jeho výzkum 22
1.3.4 Metody přípravy na porod 23
1.3.5 Předporodní příprava u nás 24
2. ŘÍZENÍ ZMĚNY 26
2.1 Teoretické vymezení řízení změn 27
2.2 Zavádění změn v podniku 28
2.2.1 Změny a zaměstnanci 28
2.2.2 Charakteristika změn 29
2.3 Proces implementace změn 32
2.4 Manažerské řízení změn 33
2.4.1 Manažerské rozhodování 34
3. MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ 36
3.1 Základní pojmy 36
3.2 Vznik a vývoj marketingu 37
3.3 Marketingové uvažování 39
3.4 Marketing ve zdravotnictví 39
3.4.1 Specifika zdravotního systému 39
3.5 Marketingová strategie 43
3.5.1 Marketing zdravotnických služeb 44
3.5.2 Marketing zdravotnických prostředků 45
3.5.3 Marketing nákupu ve zdravotnickém zařízení 46

3.5.4 Nástroje marketingu 46
3.6 Marketingová komunikace 49
3.6.1 Komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty 50
3.6.2 Komunikace mezi managementem zdravotnických zařízení a jeho pracovníky 51
3.6.3 Komunikace mezi managementem organizace a reprezentanty ostatních účastníků zdravotní péče 51
3.6.4 Komunikace s médii 51
3.7 Marketingový informační systém 52
III. Empirická část 54
4.1 Představení Gynekologicko – porodnického oddělení Thomayerovy nemocnice 54
4.1.1 Vznik předporodních kurzů v Thomayerově nemocnici 54
4.2 Charakteristika kurzů 55
4.2.1 Porod 55
4.2.2 Kojení 55
4.2.3 Šestinedělí 56
4.2.4 Péče o novorozence 56
4.2.5 První pomoc 56
4.2.6 Nabídka konkurence 56
4.3 Předporodní kurzy v zahraničí 57
4.3.1 Předporodní kurzy v Anglii 57
4.3.2 Předporodní kurzy ve Francii 58
4.3.3 Předporodní kurzy v Německu 59
4.4 Popis přípravy a realizace předporodních kurzů 60
5. Zhodnocení výstupů 62
5.1 Metodologie výzkumu 62
5.2 Zkoumaná populace 62
5.3 Cíl výzkumu 62
5.4 Hypotézy 62
5.5 Prezentace výsledků 63
6. Doporučení pro praxi 82
7. Diskuse 83
IV. ZÁVĚR 84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 86

Seznam příloh 92

Abstrakt

Ve své diplomové práci se zabývám tématem týkajícím se předporodní přípravy žen a mužů v Thomayerově nemocnici v Praze. Práce je rozděleno na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části, se věnuji edukaci v předporodní přípravě.

Je zde charakterizován význam edukace jako takové, tedy edukace nejen v předporodní přípravě, ale i v ostatních odvětvích medicíny. Právě ta je jedním ze základních prvků vedoucích ke zvyšování kvality ve zdravotnictví v České republice.

Tento úsek práce rovněž mapuje možnosti předporodní přípravy v ČR. Je v ní popsáno několik témat, se kterými se lze na kurzech „ psychoprofylaktické přípravy“ setkat.

Řízení změny je dalším tématem, o kterém ve své práci píšu, neboť právě změna má za následek zvyšování kvality. O zvýšení kvality se usilovalo i při inovaci předporodní přípravy v Thomayerově nemocnici.

Poslední kapitolou teoretické části je marketing ve zdravotnictví. Tato kapitola popisuje několik definic, podle jednotlivých autorů. Tento úsek se věnuje krom jiného i marketingu zdravotnických služeb a potřeb, marketingovému mixu a také marketingové komunikaci.

V empirické části jsou zachyceny výsledky dotazníkového šetření, tedy výsledky kvantitativního výzkumu. Ty pak poslouží k vyhodnocování spokojenosti budoucích rodičů s přednáškami v Thomayerově nemocnici a k eventuelnímu následnému vylepšování náplně těchto kurzů.

Klíčová slova:

Edukace

Předporodní příprava

Řízení změny

Komunikace

Marketing

Abstract

In my thesis I deal with the topic relating to prenatal preparation of women and men in the Thomayer Hospital in Prague. The thesis is divided into theoretical and empirical part.

In the theoretical part I deal with education in the prenatal preparation.

Importance of education as such is characterized there, thus education not only in the prenatal preparation but also in other branches of medicine. It is one of basic elements to improve quality of health care in the Czech Republic.

This part of the thesis also provides possibilities of prenatal preparation in the Czech Republic. It describes several topics of the classes of the "psychoprophylactic preparation".

Change management is another topic of my thesis since it is just the change that results in quality improvement. Quality improvement was endeavored for also at innovation of the prenatal preparation in the Thomayer Hospital.

Last chapter of the theoretical part is marketing in health care. This chapter describes several definitions, under individual authors. This part deals among others also with marketing of health services and medical supplies, marketing mix and marketing communication.

Empirical part provides results of survey via questionnaires, thus results of quantitative research. These will serve for evaluation of satisfaction of future parents with lectures in the Thomayer Hospital and for possible subsequent improvement of content of these classes.

Key Words

Education

Antenatal preparation

Change management

Communications

Marketing

I. ÚVOD

Dle definice porodní asistentky, která byla jasně definována v roce 2005, je jejím posláním, poskytnout ženě a jejímu dítěti podporu, péči a pomoc během fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Porodní asistentka je nedílnou součástí vzdělávání nejen žen, ale i mužů a celých komunit.

Toto vzdělávání by mělo začít již v období těhotenství, neboť právě získané vědomosti pomohou zdolat ženě eventuelní nesnáze spojené s obdobím těhotenství, tolik obávaného porodu a nakonec pouze krátce trvajícího šestinedělí. Cílem porodní asistentky je tedy ženu správně edukovat a připravit ji na všechna tato období. Proto je důležité věnovat maximální péči předporodní přípravě zaměřené na tato období a odkrýt nejen budoucí matce, ale i budoucímu otci všechna úskalí s tím spojena. Vědomosti, které během kurzu získají, vedou k odstranění negativních emocí spojených s porodem, snižují strach z bolesti a minimalizují obavy o dítě. Správně připravená a podaná příprava pomáhá budoucí rodičce lépe snášet tělesné i duševní změny, které k těhotenství bezpochyby patří. V neposlední řadě se posiluje důvěra ke zdravotnickému personálu, se kterým se během kurzu oba budoucí rodiče mohou seznámit. Rodiče, hlavně matky, které těmito kurzy projdou, se na porodním sále lépe adaptují, více spolupracují a samotný porod si tímto znatelně zkracují. Předporodní kurzy jsou pořádány nejen porodnicemi, ale i ordinacemi gynekologických lékařů, soukromými porodními asistentkami a agenturami, zaměřených na tuto problematiku.

Předporodní kurzy pořádané v porodnici mají několik výhod. První výhodou je, že budoucí matka i budoucí otec mají možnost navázat kontakt s porodními asistentkami, se kterými se setkají při porodu. Druhou výhodou je možnost seznámit se s prostředím, ve kterém porodí svého potomka a tím snížit strach z neznámého prostředí a navodit pocit bezpečí.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. EDUKACE V PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVĚ

Na téma edukce v předporodní přípravě může být nahlíženo dvěma způsoby - může se jednat o předporodní přípravu a informovanost z pohledu samotné ženy nebo jako na edukaci lékařů v předporodní přípravě. Pokud se podíváme z pohledu ženy, tak „*edukace a informovanost musí být začleněny do plánů péče a přizpůsobeny na míru individuálně podle potřeb rodiny a jejího kulturního a etnického zázemí.*“ (Leifner, G., 2004, s. 9). Informace, jež by měly být ženě a její rodině „šité na míru“, je možné získat v mnoha předporodních kurzech, které jsou ve většině nemocnic nabízeny. Bez ohledu na specifickou metodu jsou si kurzy ve velké většině hodně podobné. Naopak vzdělávání lékařů v obecném hledisku „*je nezbytným komponentem základního curricula na lékařských fakultách a také v postgraduálním vzdělávání lékařů*“ (Raudenská,V., Javůrková, A., 2011, s. 15).

1.1 Definice edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. Pojem výchovy a vzdělávání není v současné terminologii jednoznačně vymezen.“(Juřeníková, P., 2010, s. 9)

Jak již bylo výše řečeno, edukace v sobě zahrnuje dva pojmy: výchovu a vzdělávání. „Výchova má jasně definovaný cíl, jasně vymezené učivo, optimální metody a jejich alternativy pro specifické případy klientů a systém kontroly. Vzdělání můžeme definovat jako učební jednotku (pedagogickou situaci). V učební jednotce probíhá činnost směřující k cíli, tedy ke kvalitě, kterou cíl představuje.“ (Podstatová, R., Sovová,E., Řehořová,J., 2007,s.17)

Edukace je jedním ze základních kamenů programu kontinuálního zvyšování kvality, i když pro některé zaměstnance je zájem o takový program vzdělávání motivován spíše prostřednictvím edukačních kreditů. Není ani tak důležité, kolika edukačními procesy projde pacient, jde hlavně o to, aby znalosti získané tímto

způsobem uměl aplikovat do běžné praxe. Edukační témata musí být vhodně zvolena a zacílena přesně na určitou oblast daného problému. (Škrla, P., Škrlová,M., 2008)

1.2 Edukace ve zdravotnictví

Edukci přímo ve zdravotnictví můžeme rozčlenit dle cílové skupiny edukace zdravotníků na několik skupin. Jedná se o:

- Nedeterminovanou skupinu, tj. skupina, která nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace.
- Determinovanou skupinu, která podléhá určitým kritériím, například věk, nebo také druh onemocnění.
- Cílovou uživatelskou skupinou, ve které je edukace individuální plánována na základě jejich edukační potřeby. (Juřeníková, P.,2010)

Výuka zaměstnanců i samotných pacientů hraje ve zdravotnictví velmi významnou roli. Například z hlediska řízení rizik hraje vzdělávání zaměstnanců roli zcela podstatnou. Pro takové úspěšné řízení rizik je důležité vnímání a jejich pochopení. Zpochybňování závažnosti problému, pochybení nebo jejich podceňování, by znamenalo nejen odmítnutí globálního trendu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti práce, ale také odmítnutí požadavku systémů řízení kvality (SAK ČR, JCI, JCAHO).

Edukaci zaměstnanců pak můžeme rozčlenit do následujících kategorií:

- Proces vedoucí k udržení již existujících kompetencí (znalostí a dovedností).
- Proces vedoucí k vytvoření nových kompetencí (znalostí a dovedností).
- Proces zaměřený na nové potřeby v oblasti kvality a bezpečnosti péče. (Škrla,P., Škrlová,M., 2008)

1.2.1 Edukační proces

Jedná o činnost lidí, při které se určitý subjekt učí za působení přímého nebo zprostředkovaného jiného subjektu, který jej vyučuje. Edukační procesy můžeme rozčlenit dle míry záměrnosti na: (Průcha, J.,2009)

- Edukační procesy typu A – to jsou procesy, při nichž dochází k bezděčnému spontánnímu učení; subjekt si učení neuvědomuje, například se může jednat o sledování televizního programu, četbě novin či knihy, poslouchání diskuse druhých osob.
- Edukační procesy typu B – jsou takové procesy, ve kterých uplatňujeme intencionální učení; tento typ je vědomý, kdy využíváme vnitřní i vnější prostředky a dispozice; subjekt má záměr osvojit si nové poznatky, například samostudium probírané látky ve škole, naučení se postupům práce s technickými přístroji či zacházení s mobilním telefonem.
- Edukační procesy typu C obsahují řízené učení, což znamená, že do našeho učení někdo z vnějšku zasahuje impulsy, podněty a tím učení reguluje a organizuje. Je to například studium ve škole, řízení motorového vozidla, anebo nácvik praktických dovedností.

1.2.1.1 Determinanty edukačního procesu

Charakteristiky účastníků edukace

- Fyzické (věk, pohlaví, zdravotní stav a jiné).
- Kognitivní (inteligence, schopnosti, styl učení a jiné).
- Afektivní (postoje, motivace, potřeby a jiné).
- Sociální a sociokulturní (rodinné prostředí a jiné).

Charakteristiky edukátorů

- Profesní (zkušenosti, odpovědnost za úspěšnost a jiné).
- Osobní (zdravotní stav, temperament a jiné). *(Edukace v ošetřovatelství*- online, http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf)

1.2.1.2 Metodika edukačního procesu

1.2.1.2.1. Učební program

Edukace je uskutečňována v rámci týmu, do kterého patří i klient. Výuka může být individuální nebo může také probíhat v rámci malé skupinky. Edukaci také můžeme věnovat rodinným příslušníkům a přátelům klienta. Mezi hlavní cíl učebního programu patří bezpochyby vychování samostatného klienta, který by měl v co největším rozsahu zvládnout potřebné vědomosti, praktické vědomosti a v neposlední řadě také by měl umět přiměřeně utvářet postoje a životní cíle. Obsahem učebního programu jsou pak následující:

- Program nemá klienty jen informovat, ale má je také prakticky naučit se podle získaných vědomostí chovat.
- Probrané téma je potřeba opakovat.
- Výchova má mít standardní obsah a výchovné principy mají být pro všechny stejné.
- Důležité je hodnocení vlivu výchovného postupu nejen na vědomosti klienta, ale i na jeho akceschopnost.
- Teoretická i praktická výuka má být podle možností v rovnováze.
- Časový průběh realizace edukace má být klientům sdělen předem.
- Důležité je i nepodávat nadbytečné informace.

V učebním programu jsou také velmi důležité edukační metody. Edukační metody jsou určené k tomu, aby bylo více jasné, jak postupovat v edukačním procesu abychom dosáhli stanoveného cíle. Mezi hlavní kritéria pro volbu metody patří:

- Charakteristika edukačních cílů.
- Charakter obsahu edukace.
- Charakter didaktických forem.
- Předběžné vědomosti.
- Předběžné složení účastníků edukace.
- Stupeň a aktivizace účastníků.
- Fáze edukačního programu.
- Rámcové podmínky edukačního procesu (čas, počet účastníků, prostor).
- Didaktická připravenost a schopnost edukátora.

Mezi hlavní metody učení se řadí přednáška, vysvětlování, demonstrace, cvičení, rozhovor, brainstorming a také hraní rolí. (*Edukace v ošetřovatelství* [online]. OSTRAVA, 2007 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf)

1.2.1.2.2. Organizace výuky

Do organizace výuky můžeme v první řadě zahrnout organizaci prostoru. Do těchto prostorů většinou zařazujeme odbornou učebnu (ta by měla mít standardní vybavení jako je například klasická nebo magnetická tabulce, stoly, židle a také audiovizuální pomůcky), nemocniční pokoj a také dostatečný prostor a zajištění větrání místnosti. Dalším mezičlánkem v oblasti organizace výuky jsou organizační formy:

- Hromadná výuka (výklad nebo expozice učiva, demonstrace a cvičení dle vzoru edukátora – například preventivní programy u jedince).
- Skupinová výuka (po 2-3 klientech řešení problémů, vzájemné participování učení, demonstrace a cvičení za dohledu edukátora nebo zkušeného klienta).
- Individuální výuka (procvičování na pokoji za dohledu edukátora nebo zkušeného klienta - například aplikace inzulínu u klienta s diabetes mellitus).
- Individualizovaná výuka (edukátor připraví pro klienta pracovní list, písemnou prezentaci učiva, instruktáž).

Nedílnou součástí je samotná příprava sestry či lékaře na výuku.

(Edukace v Ošetřovatelství [online]. OSTRAVA, 2007 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf)

1.2.1.2.3. Faktory ovlivňující schopnost učit se u dospělých klientů

Faktorů je opravdu velmi mnoho, proto jsem zvolila jen několik příkladů. Mezi faktory se tedy zařazuje vývojový stupeň, intelektuální stupeň, životní potřeby nebo i náboženská příslušnost, předcházející zkušenosti, osobnostní charakteristika a v neposlední řadě také kulturně-společenská příslušnost (Vališová A., Kasíková H.,2011). Na všechny výše zmíněné faktory bychom měli brát zřetel.

1.2.1.2.4. Přístupy k edukaci dospělých klientů

Pokud hovoříme o přístupech edukace dospělých klientů, tak se jedná o pět přístupů, které jsou následující:

- Výkonnost klienta – výkonnost klienta je závislá na jeho věku; od třiceti let věku se snižuje rychlost psychomotorického učení. Klient by si měl zvolit své vlastní tempo. Při edukaci je vhodné využívat příklady, hovořit ve všeobecné rovině, zdůrazňovat rozdíly, často vše opakovat. Je důležité kontrolovat přijaté informace a informace podávat od nejjednodušších ke složitějším.
- Věk člověka – věk má velký vliv na způsob učení se novým vědomostem, zručnostem a postojům; u klientů platí poměr uchování na základě smyslového vnímání: 10% čtením, 20% sluchem, 30% zrakem, 50% sluchem a zrakem, 70% sluchem, zrakem a ústním opakováním; až 90% informací se uchová, je-li jedinci umožněno při učení zapojit zrak, sluch, řeč a hmat zároveň.
- Fyziologický stav klienta – i ten má podstatný vliv na jeho schopnosti učit se; nemoc, která je často doprovázená bolestí, strachem, nejistotou, změnami dyskomfortu způsobené množstvím doprovázejících příznaků onemocnění ovlivňují schopnost koncentrace na nové učení. Proto je dobré edukaci provádět v době, kdy je bolest nejmenší a v prostředí bez rušivých elementů.
- Motivace – je nedílnou součástí pro jakoukoli činnost klienta; klient, který už není zařazen do institucionalizovaného vzdělávání, se může i nemusí učit. Jeho vzdělávání je dobrovolné, proto je u něj nutné vzbudit motivaci; při dělení motivace je vnitřní motivace podstatně silnější a trvalejší (například užívání léků napomáhá k rychlejšímu uzdravení a možnosti finančního zabezpečení rodiny); vnější motivace je charakterizována pochvalou a pokáráním – výtkou).

Předcházející zkušenosti klienta – jsou stejně důležité jako ostatní determinanty; před začátkem edukace, by měl edukanta zjistit, co vlastně klient o dané problematice ví, co mu sdělili přátelé, příbuzní, o čem četl nebo zná z médií. Nové informace klient pak porovnává s vlastními zkušenostmi. (*Edukace v Ošetřovatelství* [online]. OSTRAVA, 2007 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf)

1.2.2 Právní normy edukace pacientů v České republice

Co se týče právní otázky edukace, tak v současné době se mění řada paradigmat ohledně zdravotnické péče – je například kladen důraz na dodržování práv pacientů (svobodné rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče). Pacient má samozřejmě

právo, ale i skutečnou potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví a jak je možné příčiny odstranit.

Hlavním pramenem je Zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Mezi hlavní zásady péče o zdraví dle výše zmiňovaného zákona patří:

- Péči o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů, a proto aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života.
- K hlavním předpokladům péče o zdraví lidu patří stálý rozvoj vědy a techniky a pohotové uplatňování výsledků vědeckého výzkumu v praxi. Věda proto musí v předstihu zajišťovat dostatek potřebných poznatků a uplatňovat je na všech úsecích národního hospodářství, jejichž činnost má vliv na zdraví lidu.
- Péče o zdraví lidu se zaměřuje především preventivně k ochraně a soustavnému upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví lidu, zvláštní pozornost je přitom věnována péči o novou generaci a ochraně zdraví pracujících.

Druhá část zákona je pak věnována účasti občanů, profesních organizací, profesních a jiných občanských sdružení v péči o zdraví. Třetí část se již týká samotného zdravotnictví a také zdravotnických zařízení, do kterých pak spadá vzdělávání a výchova. Jedná se o Oddíl 2, který říká, že „*výukovými základnami lékařských a farmaceutických fakult a ústavů pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků jsou vysoce kvalifikovaná pracoviště, napomáhá jejich rozvoji a ustanovuje a odvolává jejich vedoucí pracovníky; taková pracoviště se označují jako kliniky. Jde-li o pracoviště sloužící výuce na lékařských a farmaceutických fakultách, postupuje Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*.“

(Právní předpisy [online][cit.2015-06-30].Dostupné z: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_------_.php

1.2.3 Základní předpoklady edukace

Předpoklady, jinak řečeno též premisy, jsou velmi důležité při správné edukaci, zvláště to platí ve zdravotnictví. Mezi tyto základní premisy patří:

- Všichni pacienti ve všech zdravotnických zařízeních a v každém typu péče mají právo na edukaci
- Edukovat se mají nejen pacienti, ale i jejich příbuzní a blízcí. Tím je možné zabránit některým komplikacím a konfliktům.
- Edukace pacienta se musí soustředit na bio- psycho- sociální stránku nemoci a brát v potaz i duchovno.
- V rámci výuky jsou plněny nejen kroky edukačního procesu, ale jsou brány ohledy na další potřeby pacienta a jeho rodiny, potlačuje se úzkost, nejistota, snaží se pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví. Vzhledem k tomuto by měl mít edukátor potřebné znalosti, dostatek empatie, ochoty pomoci, respekt k osobnosti pacienta, konzultační dovednosti, popřípadě jazykové znalosti, komunikační schopnosti a další.
- Čím více je edukovaný zapojen aktivně do edukace, tím větší má edukace úspěch. (Ivanová,K.,Kutnohorská, J.,Špirudová,L.,2005)

1.3 Předporodní příprava

Nemocnice, nezávislá porodnická zařízení, ale také privátní porodní asistentky, nabízejí nejrůznější kurzy, jejichž obsahem je učení se o přizpůsobení těhotenství, vyrovnání se s porodními bolestmi a příprava na život s dítětem (Leifer,G., 2004).

Předporodní kurzy jsou též nazývány „kurzy psychoprofylaktické přípravy“ na porod. Tyto kurzy vede většinou porodní asistentka, která má nejen odborné vzdělání, ale i spoustu zkušeností nejen s porodem, šestinedělím, kojením, ale i s péčí o novorozence (Trča, S.,2009).

Kurzy se během těhotenství soustřeďují na témata, která souvisejí nejen s matkou, ale jejich pozornost je zaměřena i na vývoj dítěte a jeho péči (Leifer,G., 2004).

- Kurzy pro rané období těhotenství by měly být zaměřeny na:
    - Změny v těhotenství
    - Vývoj plodu
    - Prenatální péči

- Kterým nebezpečným látkám se vyhýbat
- Správnou výživu v těhotenství
- Odstraňování běžných těhotenských potíží
- Docházku do zaměstnání v době těhotenství a při výchově dětí
- Péči o novorozence: výživu, volbu dětského lékaře, výběr oblečení a vybavení
- Růst a vývoj dítěte v prvním období života

- Cvičení pro těhotné
  - Jak si udržet v těhotenství fyzickou kondici
  - Posilování a kondiční cvičení
  - Zvláštní opatření při cvičení v době těhotenství: cvičení nesmí přetěžovat, srdeční frekvence by neměla přesáhnout 140 tepů za minutu, teplota by neměla překročit 38°C, žena by neměla cvičit v poloze na zádech.
- Kurzy pro sourozence
  - Připravují děti na příchod nového sourozence
  - Pomáhají dětem pochopit, že pocity žárlivosti a hněvu jsou normální
  - Rodiče se dozvědí, jak svým starším dětem usnadnit soužití s novým sourozencem
- Kurzy pro prarodiče
  - Změny v oblasti porodu a rodičovství
  - Význam prarodičů pro rozvoj dítěte
  - Jak zamezit generačnímu konfliktu
- Kurzy kojení
  - Procesy kojení
  - Techniky kojení
  - Řešení běžných problémů
- Kurzy péče o novorozence
- Kurzy první pomoci a prevence úrazů

1.3.1 Nejstarší historie předporodní přípravy

Předporodní přípravou se dnes rozumí hlavně metoda zmenšující porodní bolesti. První zmínka o takových snahách pochází již z roku 1833, kdy byla použita metoda

sugesce v hypnóze. Porod v hypnóze byl pak využíván hlavně v Německu. Na počátku dvacátých let dvacátého století zkoumal hypnózu za porodu ukrajinský psychiatr Ilja Velvovskij. Ten při svém bádání navázal na I. P. Pavlova a na jeho teorie o centrálním nervovém systému. Došel k závěru, že porodní bolesti mají tři hlavní příčiny. Jsou podmíněným reflexem, mají původ v negativních emocích a rovněž se domníval, že není možné sledovat vztah mezi střídavým podrážděním a dalšími útlumy v mozkové kůře. Na podkladech tohoto svého bádání rozvinul metodu psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu. Ačkoli její první oficiální využití spadá do Sovětského svazu v roce 1949, velmi brzy se rozšířila i na Západě (Vojta,M., 1954).

Tento typ přípravy se skládal celkem ze šesti lekcí, jež byly rozděleny na tři části. První část představovalo celkové lékařské vyšetření ženy za asistence porodníka, další část pak tvořil samotný teoretický kurz spjatý s praktickým nácvikem situací a třetí se věnovala upevnění znalostí, a to v polospánku ženy. Šlo tedy o jakýsi typ hypnózy, jenž ženám pomáhal uvědomit si sebe samu i svoje reakce. Příprava se uskutečňovala v době mezi 36. a 38. týdnem těhotenství. První sezení probíhala jednotlivě a byla určena individuální anamnéze každé ženy. Další sezení se již odehrávala ve skupinách a byla zaměřena na porodní bolesti a cvičení. Třetí a čtvrtá hodina se týkaly první doby porodní a cviků proti bolesti. Ženy se věnovaly nácviku hlubokého dýchání při kontrakcích, správnému rytmu dýchání a uvolňování pomocí tlaku dlaní na určitá místa, což by mohlo připomínat akupunkturu. Pátá lekce byla zaměřena na druhou dobu porodní a poslední se týkala shrnutí všech znalostí, jež se dotyčné naučily. Postupem doby se rozvíjely různé druhy přípravy k porodu, zrodila se i takzvaná zkrácená příprava. Ta byla určena ženám, jež neprošly stálým kursem, a vyučovalo se teprve v první době porodní před kontrakcemi. Účelem bylo naučit ženu správnému dýchání a zvládání bolesti, ale také zbavit ji obav z porodu (Vojta, M., 1954) .

V minulosti je možné rozlišit několik druhů přípravy na porod. První metodou je Dick-Readova, která byla poprvé zveřejněna roku 1933 anglickým lékařem Grantly Dickem-Readem. Na toho již v mládí výrazně působily porody zvířat a rovněž žen na statku, který spravoval jeho otec. Cenné zkušenosti později získal nejen v Londýně, ale také jako vojenský lékař v Kongu, kdy měl příležitost pozorovat porody žen primitivních kmenů v buši. Právě v těchto končinách ho fascinoval klid žen a přírodní postoj k porodu, který zřejmě směřoval k potlačení bolesti. To Reada jen utvrzovalo v myšlence, že hlavním důvodem bolestí při porodu je strach (Pařízek, A., 2002).

Podle něho se během porodu objevuje cyklus strach – napětí – bolest. Soudil, že úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což následně vede k napětí v děloze. Důsledkem toho je její nedokrvení, což způsobuje následnou bolest. Cílem kursů je proto vysvětlit ženě principy porodu, což má pomoci předejít obavám z něj a tím i vzniku bolesti. Dick-Read rovněž klasifikoval metodu tří druhů dýchání při porodu. Prvním z nich je hluboké a pravidelné dýchání ústy, jež se postupně zrychluje, nicméně stále zůstává hluboké. Má především přinést relaxaci v průběhu první doby porodní, kdy již dochází k prvním děložním stahům. Druhé cvičení představuje zadržení dechu s rychlým a plynulým výdechem a nádechem ústy, je používáno hlavně v závěru první doby porodní. Dalším druhem dýchání je rychlé dýchání za kontrakce. Zde vyšel Grantly Dick-Read z premisy, že pokud matka zhluboka a pravidelně dýchá, mělo by mít dítě dostatečný přísun kyslíku. K zabránění úzkosti u rodiček měl jednoduchý postup, když tvrdil, že porodník by měl být se ženou co nejvíce času, naslouchat jí, pomoci odstranit předsudky a hlavně s ní komunikovat (Holancová, M., 2005).

Odlišnosti mezi Readovou a Velvovského metodou byly minimální, protože obě byly založeny na třech základních principech: didaktických (dokonalá informovanost, poučení), fyzioterapeutických (nácvik dýchání, cvičení) a psychoterapeutických (vztah personálu a rodičky, navození kladného vztahu z porodu, relaxace) (Roztočil,A., 1996).

1.3.2 Francouzská porodnická škola

Jiná důležitá metoda v předporodní přípravě nese název francouzského lékaře Fernanda Lamaze, který ji postavil na již zmiňovaných Velvovského výzkumech. Dá se říci, že ji zpřístupnil západnímu světu. V roce 1952 pak zavedl tuto metodu na klinice v Paříži. Domníval se, že žena, jež prošla kurzem přípravy, může své naučené chování použít hlavně ve chvíli, kdy je podpořena celým nemocničním personálem. Proto se hodně soustředil na vzdělávání a chování personálu, především porodních asistentek. Předporodní příprava podle Lamaze obsahuje 8-12 lekcí, v součtu šlo o sedm složek, jimiž ženy prošly. Kurzy byly zasvěceny dechovým cvičením, relaxaci, užívání akupresurních bodů, ženy se mohly vzdělat i v automasáži. Kurzy zahrnovaly i přítomnost partnera u porodu. Nacvičovalo se prožívání stresu a poté následovala praktická výuka (Pařízek,A., 2002).

Příprava byla zahájena ve třetím měsíci těhotenství z toho důvodu, aby se ženy stihly s metodou seznámit. V kurzech se ženám dostávalo informací o průběhu

těhotenství i o porodu samotném. V každé lekci byla zahrnuta teoretická část, ve které ženy něco zjistily o působení reflexů směrem ke konkrétním částem porodu, poté následoval praktický oddíl, v němž se nacvičovala cílená relaxace a dýchání za porodu. Žena měla každý den samostatně cvičit, aby dokázala později reagovat na bolesti a najít si vhodnou polohu. V těchto kurzech byly cíleně zmiňovány kontrakce nebo stahy, nikdy se nemluvilo o bolesti. To mělo příznivě ovlivnit psychiku ženy. Důležitou roli tu hrála přítomnost partnera ženy při porodu. Z Lamazovy metody se pak vyvinulo několik dalších variant a směrů. Struktura kurzů nicméně zůstává stejná se svým východiskem. Obecně bývají uznány čtyři směry, a to příprava těhotné na porod a následně na péči o dítě, snížení bolesti a zároveň zvýšení relaxace při porodu, snížení vnímání intenzity bolestí a potřeb analgetických přípravků. Závěrečným principem byla pomoc při tvoření vztahu matka – dítě . (Pařízek, A., 2002).

Z Reada, Lamaze i vlastního výzkumu dále vyšla Sheila Kitzingerová, jež zdůrazňovala individualitu, kulturu a společenské vlivy. Její cvičení směřovalo hlavně k poznání vlastního těla, nácviku zdůrazněného vydechování s vokály (sténání) či relaxaci svalstva pánevního dna, propagovala masáže hráze a v průběhu první doby porodní dávala přednost poloze vsedě na zvláštní stoličce. Nikdy nepoužívala slovo „*tlačit*“ ale „*vsunutí či vydýchání plodu*“ (Pařízek, A., 2002, s. 207).

Dalším představitelem francouzské školy byl Frederick Leboyer. Tento porodník podrobil kritice péči při porodu, jež byla podle něho stresující pro matku i pro dítě. Dokonce tvrdil, že je „*těžko možné si představit děsivější vstup do života než je ten, který porodnictví vymyslelo několika posledním generacím*“ (Marek, V., 2002, s. 11). Na ženu mělo negativně působit jí neznámé prostředí porodního sálu, v němž se nachází i zdravotnická technika. Zároveň pociťovala také neosobní přístup personálu, hluk či ostré osvětlení. Dítě bylo stresováno také hlukem, nadměrným světlem i pediatrickou péčí, když bylo drženo za nohy hlavičkou dolů. Leboyer proto prosadil koncepci „něžného porodu“, jejíž základ měl tkvět především v odstranění záporně působících vlivů. Samotnou porodní péči rozdělil na porodnickou a pediatrickou. V porodnické je kladen důraz na psychologickou přípravu ženy před porodem, na sále má prioritu ticho a tlumené osvětlení. Porodník i personál by se měli soustředit na rodičku, její pocity, fyzickou i psychickou relaxaci. Uvedl rovněž do praxe i nové techniky při samotném porodu. Dítěti se mělo co nejméně sahat na hlavičku, po zdárném porodu se položilo matce na její nahé břicho do polohy na boku nebo do klubíčka, pupečník se nechával dotepat. Poté bylo dítě šetrně ošetřeno a omyto ve vodě o teplotě matčina těla. Do

pediatrického oddílu začlenil sledování stavu novorozence, pozoroval dýchání, dýchací cesty se po porodu neodsávaly. Matka měla možnost sama na dítě dohlížet, vnímat jeho zabarvení i chování, směla praktikovat i plynulou masáž zádíček. Po ošetření dítěte ze strany asistentky byl novorozenec zabalen do nahřáté osušky a položen k matce tak, aby mohl vnímat tlukot jejího srdce. Vše se mělo odehrávat za tichého hovoru (Kopřivová, D., 2007).

Dalším francouzským porodníkem, který se snažil nalézt další možnosti a cesty k plynulému porodu byl Michel Odent. Svůj zájem však směřoval spíše na rodičku než dítě. Tvrdil, že přílišné sledování plodu má často za následek různé komplikace a zdůvodňoval tento stav tím, že žena je při snímání stavu dítěte nervována a nemůže věnovat pozornost sobě a svým pocitům. Z dnešního pohledu zaujme, že se rovněž díval odmítavě na přítomnost otce u porodu, protože jeho stres se přenáší na rodičku, která se pak nemůže plně soustředit na porod. Při přítomnosti muže jí chybí tolik potřebná intimita a klid. Radil rodícím ženám, aby se bez obav chovaly přirozeně, dávaly najevo své emoce a křičely, jestliže cítily nutkání. To je výrazná odlišnost od Leboyera, jenž naopak vedl ženu k sebekontrole za pomoci hlubokého dýchání. Odent uváděl, že není možné říkat ženě při porodu jak dýchat, aniž bychom tím nepředurčovali její porodní polohu. Lidé totiž dýchají v závislosti na tom, v jaké poloze se zrovna nachází. Odent se tedy dostal i do konfliktu s Lamazovou profylaxí, při níž ženy nacvičují kontrolu svého dechu. Pro usnadnění porodu přišel s myšlenkou použít v první době porodní teplou koupel. Tím se stane porod rychlejším a plynulejším, takže ani analgezie není bezpodmínečná. Samotný porod je pak možné vykonat do vody, takže se vlastně stal jeho průkopníkem (Odent, M., 1995).

1.3.3 Roland Melzack a jeho výzkum

Padesátá a šedesátá léta by bylo bez nadsázky možné označit za zlatý věk předporodní přípravy, která se těšila značnému zájmu u žen i porodníků, a to především kvůli svému analgetickému účinku. Byla publikována řada studií, jež odkazovaly na to, že ženy, které absolvovaly přípravu před porodem, udávaly později menší intenzitu bolesti i menší strach z porodu. V sedmdesátých letech se však začalo ukazovat, že proklamovaný účinek nebyl až tak velký a potřeba epidurální analgezie začala vzrůstat. Studiem porodní bolesti se zabýval i kanadský fyziolog Roland Melzack, jenž zkoumal bolest u rodících žen formou dotazníků. Došel k závěru, že se vyskytují značné rozdíly

v recepci bolesti mezi ženami z odlišných socioekonomických vrstev. Vyšší intenzitu porodní bolesti rovněž pociťovaly prvorodičky, mladší ženy, ženy vyšší postavy, ale kupříkladu i ženy, jež trpěly dysmenoreou (bolestivou menstruací), dokonce i ženy, u jejichž porodu byl přítomen partner. Melzack také dospěl ke zjištění, že se efektivita předporodní přípravy a analgetického působení různí podle jednotlivých lektorů předporodních kursů. Na důležitosti tak získala vlastní postava lektora i sociálního prostředí, v němž byly kursy organizovány. Melzack z těchto poznatků vyvodil závěr, v němž zdůraznil nezbytnost připravovat rodičku nejen na fyziologický porod, ale také na výskyt potenciálních komplikací. Podle něho měla být žena připravena také na vedení porodu operativní cestou, na možné jiné komplikace, protože jen tehdy bylo možné předejít psychickému vyčerpání a pocitům selhání ze strany dotyčné (Holancová, M., 2005).

1.3.4 Metody přípravy na porod

Existují také metody přípravy na porod. Většina výše zmiňovaných kurzů je založena na jedné z několika metod.

Základní metoda je tak modifikována, aby vyhovovala potřebám ženy, která se na porod připravuje (Leifer, G., 2004):

- Dick-Readova metoda – podle lékaře, který zavedl pojem cyklus strachu, napětí a bolestí během porodu; domníval se, že strach z porodu zvyšuje napětí, a to výsledně přivodí bolest; jeho metoda zahrnuje vzdělávání a relaxační techniky, které tento cyklus narušují.
- Bradleyova metoda – tato metoda se původně nazývala „porod s manželem v roli instruktora“ a jako první zapojovala manžela do procesu porodu jako jeho integrální součást; zdůrazňuje pomalé břišní dýchání ve spojení s relaxačními technikami.
- Lamazeova metoda – zvaná také psychoprofylaktická metoda je základem většiny předporodních kurzů ve Spojených státech amerických; používá mentální techniky, které učí reagovat na kontrakce spíše uvolněním než napětím; další mentální a dýchací techniky zaměstnávají mysl rodičky a omezují schopnost mozku interpretovat vnímání porodních bolestí jako bolestivých.

Na konci těhotenství by měla každá těhotná žena vědět vše o průběhu porodu i o období, které bude následovat. Měla by být seznámena i s eventuelními komplikacemi, které mohou vzniknout během těhotenství, porodu a následně i v období poporodním. A to nejen ze strany matky, ale i ze strany dítěte.

Nedílnou součástí je i tělocvik pro těhotné a tělocvik pro ženy po porodu. V tomto cvičebním procesu si žena osvojí nejen střídání napětí s uvolněním a relaxací, ale i nácvik úlevových poloh, tlačení a dýchání, což je nedílnou součástí zdárného a rychlého porodu. Velkou výhodou je pak cvičení těhotných žen v bazénu, kdy nedochází k tak velkému zatížení kloubů a voda pomáhá nadlehčovat ženě tělo s nabranými kilogramy.

Navíc jsou návštěvy kurzů předporodní přípravy příjemným doplňkem vedoucím ke zpestření života ženy v období těhotenství. Pomohou ji nejen s vytvořením si komplexního obrazu o právě probíhajících změnách v jejím těle, ale navíc i odpoutání pozornosti od problémů, jako například zvracení nebo otoky, které k tomuto období často patří.

Předporodní příprava by měla ženu připravit nejen na fyzickou zátěž během porodu, ale i na období rekonvalescence (Mikulandová,M., 2004).

1.3.5 Předporodní příprava u nás

V Československu je možné cílenou přípravu těhotných žen nalézt až od padesátých let 20. století. První českou práci o profylaxi vydal roku 1950 profesor Lukáš, který byl přednostou II. gynekologicko-porodnické kliniky. Propagátorem a rozšiřovatelem této myšlenky, která byla rozšířením a rozpracováním ruské metody profylaxe, se stal především doc. Vojta, jenž byl ředitelem Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze. Těhotné ženy se měly v této době možnost mimo lékařských prohlídek zúčastnit předporodní přípravy, jež se skládala ze šesti lekcí, které byly spojeny s těhotenským tělocvikem. Východiska však byla především teoretická, přece jen šlo o něco v té době zcela nezvyklého. Většinou byly ženy i nadále odkázány na rady svých zkušenějších kolegyň, případně na samostudium.

Tyto první předporodní přípravy probíhaly masově a byly i politicky propagovány. Ženy byly shromažďovány ve velkých prostorách, jimiž byly například kinosály. Nadšení prvních propagátorů předporodních kursů však někdy vedlo k značnému přecenění jejich možností. Časem se ukázalo, že žádaný výsledek profylaxe, odstranění porodních bolestí, není jistý ani při správném aplikování metody.

Z toho důvodu byla psychoprofylaxe v některých ústavech dehonestována, opuštěna a stala se často jen položkou ve statistických hlášeních (Procházková, M., Myšáková, H., 2006).

Obdobím největšího rozkvětu předporodních kursů se u nás tak stala osmdesátá léta 20. století, což úzce souviselo s tzv. humanizací porodnictví. V té době rovněž vznikl program předporodní přípravy, jež se užívá v podstatě dodnes. Jeho autorkou byla členka Psychosomatické sekce Gynekologické a porodnické společnosti Marie Pečená. Její snahou bylo především seznámit ženu se změnami, jež ji čekají v období těhotenství, přiblížit průběh porodu, informovat o šestinedělí, naučit ji základní péči o dítě a techniku kojení. Žena se tak postupem času seznámila s cílem přípravy k porodu, s určením termínu porodu a byly jí vštěpovány zásady správné výživy a životosprávy. Příprava byla prováděna v šesti lekcích, které byly rozděleny do šedesáti minut s maximálním počtem 12 účastnic. Po úvodní lekci následovala další, která byla věnována tématu bolesti. Ve třetí se probíralo období těsně před porodem, tzv. první doba porodní. Obsahem čtvrté lekce byly druhá doba porodní, třetí doba porodní a doba poporodní. V páté lekci se pozornost obrátila na dobu šestinedělí. Při posledním setkání se pak rodičky dozvěděly něco o nových trendech v péči o matku a dítě, stejně jako o vývoji citového vztahu mezi matkou a dítětem.

Případnou druhou úroveň předporodní přípravy by pak bylo možné označit jako nadstavbovou. Byla určena pro ženy, pro něž byla základní úroveň přípravy z nějakého důvodu vnímána jako nedostačující. Měl by ji vést psycholog, psychoterapeut, gynekolog se zkušenostmi s psychosomatickou problematikou či porodní asistentka s psychoterapeutickým výcvikem se supervizí psychologa. (Procházková, M., Myšáková, H., 2006).

Pečená usilovala o to, aby byla taková péče poskytována ženám, které disponovaly psychologickými rizikovými faktory. Sem by bylo možné zařadit psychopatologii následkem rizikových faktorů, jíž by mohl být třeba věk (méně než 18, více než 35), obtížná sociální či jiná životní situace, vážné somatické onemocnění nebo zatížená porodnická anamnéza (infertilita, úmrtí plodu, dítě s VVV). Dále by sem patřila psychopatologie v důsledku krize vyprovokované těhotenstvím, jako je například nápadná úzkost, strach z porodu nebo vyšetření, problémy s přijetím těhotenství, rizikové těhotenství spojené s dlouhodobou hospitalizací i výrazné psychosomatické obtíže. Třetí podobou by pak byla psychopatologie jako pokračování předešlého psychopatologického vývoje, kdy je zatížena psychiatrická anamnéza .

Od devadesátých let dvacátého století již by neměla být rodička jen pasivním účastníkem porodu. Vztah mezi její osobou a personálem by měl být založen na vzájemné důvěře, harmonii, přátelství a partnerství. Základní premisou je z toho důvodu oboustranná informovanost. Značné množství žen má informace o průběhu těhotenství a porodu ze sdělovacích prostředků, z knih, z časopisů a v současnosti také z internetu. Základním pramenem informací by však i nadále měly být předporodní kurzy v systému předporodní přípravy, jež jsou většinou vedeny porodními asistentkami. (Procházková, M., Myšáková, H., 2006)

Postupem doby se sice vyvíjely rozdílné varianty předporodní přípravy, nicméně jejich základní principy jsou stále stejné, a to informovat ženu o těhotenství a správné životosprávě, seznámit ženu a jejího partnera s průběhem porodu i možnými komplikacemi a připravit ženu na porod i péči o dítě. Dalším cílem je také snížení úzkosti, zvýšení schopnosti relaxovat, snižování vnímání bolesti, snižování potřeby analgetik a anestetik i pomoc matce při rozvoji vztahu k dítěti (Pařízek, A., 2002).

2. ŘÍZENÍ ZMĚNY

Řízení změn (reengineerig je jen jednou ze změn) je podle jeho původu novým začátkem, zásadní obnovou podnikatelského modelu.

Nejedná se již o konkurenci mezi malými a velkými firmami, ale o konkurenci mezi firmami rychlými a pomalými. Inovace obchodního stylu jsou velmi ceněny, zatímco velikost obchodní firmy bývá často spíše zátěží než výhodou (Sculley, B.,a kol., 2001).

Je všeobecně známé, že podnikatelské prostředí se neustále mění. Dochází k tomu díky vědeckotechnickému pokroku stejně jako díky růstu poznání, které se odráží v neustálém zdokonalování managementu jako vědy. Na podnikatelské prostředí má zásadní vliv i mnoho událostí a faktorů, které s podnikáním zdánlivě vůbec nesouvisí, například světový terorizmus, změny v politické, sociální a demografické oblasti. Skutečností je, že změny podnikatelského prostředí nejprve přicházely pomalu a oproti dnešní době nebylo v polovině minulého stolení tak obtížné se jim přizpůsobit. Organizacím často stačilo, když své stávající procesy, které byly až do 2. poloviny 80. let prakticky u všech korporací na celém světě překryty funkčně specializovanou

organizační strukturou, mírně vylepšily. Od té doby přicházejí změny tak prudké, že jsou firmy nuceny své procesy nejen o něco málo vylepšit, ale od základu změnit – často je nutné přehodnotit samotný způsob podnikání (Blažková ,M., 2005).

2.1 Teoretické vymezení řízení změn

Řízení změn neznamená nápravu něčeho. Znamená začít od nuly, vše přehodnotit a začít znovu. Dokonce znamená opuštění velké většiny dosavadních pravidel, nad nimiž se pravděpodobně nikdo nezastaví a o nichž tradiční podniky vůbec nepochybují.

Změnu můžeme charakterizovat mnoha způsoby. Změnu můžeme chápat jako odklon od stávajícího stavu. Cílem změny je udržení životaschopné, efektivní a konkurenceschopné firmy nebo jiné organizace. Dosažení tohoto cíle znamená neustálé monitorování a reagování na změny klíčových externích a interních faktorů (Kubíčková, L., Rais, K., 2012).

Řízení změn znamená zásadní přehodnocení a radikální rekonstrukci podnikových procesů tak, aby bylo dosaženo dramatických zdokonalení z hlediska kritických měřítek výkonnosti, jako jsou náklady, kvalita, služby a rychlost (Hammer, M., Champy, J, 2000).

Pro úspěch je klíčová schopnost vyvolat vědomí, že je potřeba realizovat změny. Cílem není vyděsit lidi, ale jasně a srozumitelně jim vysvětlit, že bez zásadního zlepšení, kterého je možné dosáhnout jen prostřednictvím řízení změn, nebude firma v blízké budoucnosti schopna obstát na superkonkurenčních trzích. Toto vědomí naléhavosti je vhodné shrnout do krátkého textu, který můžeme nazvat důvodová zpráva. Důvodová zpráva obsahuje jasné sdělení, že konkurence na trhu sílí a firma nebude schopna se na něm udržet, bude-li pracovat dosavadním stylem.

Posledním krokem je zavedení nebo implementace myšlenky, produktu nebo technologie. Žádná nová myšlenka nepřinese organizaci užitek, není-li plně využívána. Zavedení strategie zpravidla vyžaduje úplnou realizaci na linkové úrovni organizace. Zde mohou vznikat jiné bariéry mezi managementem a pracovníky, implementační proces se pak může stát bolavým místem, kterého se manažeři obávají. Inovační týmy často narážejí na odpor ve formální část organizační struktury. Manažeři i pracovníci těchto formálních skupin často, zvláště nejsou-li vtaženi předem do procesu změn, preferují dosavadní stav. Proto je potřeba znát důvody takové rezistence, aby bylo možno efektivněji a bez průtahů změny zavádět (Duchoň, B., Šafránková, J., 2008).

2.2 Zavádění změn v podniku

Stále více firem začíná provádět změny profesionálně, to znamená pomocí interních a externích poradců a trenérů, kteří zejména vedoucím pracovníkům pomáhají provést změny v jejich týmech profesionálně. To je bezesporu časově i finančně náročný proces.

Na druhé straně může samozřejmě k úspěšné realizaci změn významně přispět každý jednotlivý zaměstnanec. Místo toho, aby proces blokovali, je pro ně i pro podnik mnohem výhodnější, když se na něm budou aktivně podílet. Pro zaměstnance je důležité vědět také to, proč k tomu dochází; důvody, příčiny a také jak se jich změna bude bezprostředně týkat. (Urban, J., 2008).

Nejistota v zavádění změn je vyvolána nedostatkem informací o budoucím postupu a tím jsou dány obavy z neznáma. To působí zejména na zaměstnance, kteří mají obavu z nových věcí, neradi mění zaběhlé postupy. Mají obavy ze změn, protože neví, jak ovlivní jejich postavení a zda budou schopni se v nových podmínkách uplatnit. Další bariéra je způsobena nepochopením účelu zamyšlených změn. Ztráta důvěry ve změny může být rovněž vyvolána tím, že pokud se nedotáhnou předcházející změny do konečné implementace, pracovníci přestávají věřit záměrům manažera.

Řízení změn v komplexním prostředí firmy se stává samostatnou disciplínou, která vyžaduje specializované role. Při zavádění změn v podniku je nejdůležitějším článkem management společnosti. Manažer změn musí být výborný komunikátor, analytik, musí umět přemýšlet v souvislostech, být kreativní a mít výbornou disciplínu. Dokáže rozlišit význam, priority a přidanou hodnotu změn a řídit změnové projekty. Každá společnost chce zlepšit způsob, jakým provádí své podnikání, svůj „business“, aby produkovala zboží a služby efektivněji, a tak zvyšovala svůj profit (Šigut, Z.,2004).

2.2.1 Změny a zaměstnanci

Zaměstnanci se musí přizpůsobit různým změnám a inovacím, jako například změněné, flexibilní pracovní době, dále se vzdělávat a zvyšovat si tak osobní i profesní kvalifikaci, a také sbírat praktické zkušenosti v nejrůznějších oblastech. Podniky schopné provádět změny na profesionální úrovni mohou předejít mnoha nepříjemnostem a zamezit snížení produktivity například tím, že zaměstnance včas a rozsáhle informují o chystaných změnách.

Realizace výrazné změny není někdy snadná z několika příčin. I v případě, že je na první pohled jasné, že je změna ve společnosti nutná, její zavedení bývá odkládáno často z malicherných důvodů, politikaření nebo nedůvěry. Úspěšný postup, který má změnit strategii, optimalizovat procesy nebo zlepšit kvalitu, musí být schopen tyto bariéry rozpoznat a umět si s nimi poradit. Proces vedoucí k úspěšnému zavedení změny v organizaci se skládá z osmi kroků :

- Vyvolání vědomí naléhavosti.
- Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny.
- Vytvoření vize a strategie
- Komunikace transformační vize.
- Delegování v širokém měřítku.
- Vytváření krátkodobých vítězství.
- Využití výsledků a podpora dalších změn.
- Zakotvení nových přístupů do firemní kultury

Úspěšný proces zavedení jakékoliv změny prostupuje všemi osmi kroky, obvykle v uvedeném pořadí. Ačkoliv při zavádění změny je realizováno několik fází najednou, přeskočení kteréhokoliv kroku nebo jeho uspěchání vede zpravidla ke vzniku komplikací, které mohou ohrozit celý průběh zavedení změny (Kotter, J.P., 2003).

2.2.2 Charakteristika změn

V organizaci se mohou objevovat tyto typy změn – technologická, produktová, strukturální, kulturní a personální. Změny mohou probíhat v jedné nebo více oblastech podle charakteru vnějších a vnitřních sil.

Technologické změny se týkají výrobního procesu ať výrobkového, nebo služeb s cílem dosáhnout efektivního procesu s vyšší produktivitou práce a lepší kvalitou výstupu.

Produktové změny se týkají výrobků nebo služeb. Jsou často výsledkem nových strategií a mohou i určovat nové tržní segmenty. Úspěšnost změn je podmíněna následujícími předpoklady (Duchoň, B.,Šafránková, J., 2008):

- Marketing má dokonalý průzkum trhu s dobrými znalostmi potřeb zákazníků.
- Efektivní užití výrobní technologie.
- Spolupráce odborných útvarů: vývoj-výroba-marketing.

Změny podnikové kultury představují jeden z nejnáročnějších projektů změn. Platí to zejména o větších a „zaběhnutějších“ organizacích. Základním pravidlem řízení změny firemní kultury je, že tento proces je vždy úkolem vrcholového vedení podniku. I když úspěch tohoto procesu vyžaduje účast všech manažerů, snaha delegovat úkol na nižší řídící úroveň nebo na personální řízení organizace se zpravidla míjí účinkem.

Kultura podniku má v současnosti své pevné místo mezi jeho základními zdroji hodnot a lze říci, že její důležitost z tohoto pohledu neustále roste. Každé organizované seskupení lidí si vědomě i nevědomě vytváří svoji kulturu, tedy jistá pravidla a vzorce jednání, hodnoty i způsoby, které jsou a nejsou akceptovány. V každém podniku proto vzniká vždy „nějaká“ kultura a úkolem managementu je tuto kulturu nejen monitorovat, ale především usměrňovat a umisťovat ji do pevně daných intervalů, které jsou předem promyšleny a „zkalkulovány“ (Čaník, P.,Řezbová,L.,Zavřel, T., 2006).

Pro silnou podnikovou kulturu je charakteristická hlavně vysoká míra sdílení společných hodnot a cílů – projevuje se loajalitou a sounáležitostí, pozitivním postojem jednotlivců ke spolupráci. Zaměstnanci důvěřují svému managementu a respektují jej a naopak. Nevznikají zde zásadní konflikty, nesouhlas ani nespokojenost.

Změny procesů ve firmě se zaměřují na způsoby vykonávání práce. Firmy nejprve identifikují hlavní procesy a poté se pokoušejí tyto procesy zlepšit prostřednictvím zjednodušení práce, hodnocení a posuzování přidávané hodnoty a dalšími snahami o reengineering. Ke změnám kultury ve firmě dochází, když jsou překoncipovány základní způsoby podnikání. Transformuje se přitom identita, totožnost firmy, a to jak pro pracovníky, tak pro zákazníky.

Armstrong rozeznává dva základní typy změn:

1. **Strategické změny** – zabývají se transformací organizace, jsou většinou celopodnikové a dlouhodobé. Dochází k nim v kontextu s vnějším konkurenčním, ekonomickým nebo sociálním prostředím, ale i v kontextu vnitřních zdrojů, kultury, struktury a systému organizace.
2. **Funkční změny** – vztahují se k systémům, postupům, strukturám v organizaci. Tyto změny mívají na konkrétní pracovníky často výraznější dopad než strategická změna. (Armstrong, M.,2007)

Změna v organizacích se může uskutečnit:

a) Plánovaně, s oporou o předem systematicky vypracované koncepty,
b) Adaptivně, spíše evolučně, s postupným přizpůsobováním se okolí.

Z důvodu neočekávaných událostí ve vnějším okolí i v podniku samém bývá na plánovanou změnu zpravidla málo času. Nedostatečný časový prostor je jak pro analýzu ekonomického prostředí, tak zejména pro rozsáhlou přípravu a prosazení vlastních řídících rozhodnutí. Rozhodující část požadavků směřujících ke změně navíc vzniká neplánovaně a spíše vyplývá z každodenních událostí. To má za následek, že v již existujících a připravovaných plánech a podrobných programech až příliš často dochází ke změnám a z původních záměrů mnohdy zůstává jen malá část.

Proto i dlouhodobě plánovaná změna musí mít vždy dostatečný prostor pro mnohdy nezbytná dodatečná jednání a následné korekce. Jen tak lze udržet pružnost podniku, jeho schopnost přizpůsobit a pro svůj další rozvoj využít také budoucích, i dosud neznámých příležitostí (Bedrnová, E., Nový, I., 2007).

Největším problémem je nezbytnost vybudovat novou organizační formu, přičemž „každodenní starosti“, jako jsou výroba nebo prodej zboží, musí nadále probíhat. Lze teoreticky rozlišit tři základní, vzájemně kombinovatelné přístupy k realizaci změn:

1. **Procesní plánování.** Nejčastěji jde o postupnou implementaci určité, společně vytvořené a přijatelné strategie. Cíle i postup jsou koncipovány vrcholovým vedením a jejich realizace se uskutečňuje na nižších stupních podnikové hierarchie.
2. **Řízení změny na základě vize**. Jde o takový přístup představitelů vrcholového vedení, v jehož rámci pro prezentaci a realizaci své vize budoucí podoby podniku, využívají své charisma. Tito manažeři bývají skutečnými „vizionáři“ a díky svým mimořádným vlastnostem dokáží nejen vymezit základní směry rozvoje, ale atraktivním a emotivně přesvědčivým způsobem také získávat spolupracovníky pro jejich realizaci.
3. **Induktivní učení.** Změna se uskutečňuje cestou neformálního, kontinuálního, spíše přirozeného než úmyslného, učení. Inovace vyplývají z myšlenek a běžných pracovních zkušeností, které se získávají při praktické pracovní činnosti. Změna tak obvykle nemá radikální charakter, ale jak aktuálně, tak i v delším časovém horizontu odpovídá na nové požadavky výroby, obchodu, ekonomiky nebo personálního řízení. (Keřkovský, M,., Vykypěl,O.,2006)

V podnikové praxi bývají zpravidla rozlišovány:

- Radikální, revoluční organizační změna.

- Postupná změna jako součást sice rovněž aktivního, ale spíše evolučního rozvoje hospodářské organizace.

Revoluční změna představuje zásadní, jednorázovou a náhlou proměnu klíčových prvků organizace a řízení podniku. Znamená obvykle proměnu celé podnikové architektury, podnikové kultury i veškerého podnikového dění. Často bývá spjata i s výraznou obměnou lidí, zejména v řídících funkcích.

Postupná změna je naopak založena na daných hodnotových systémech, strukturách a procesech. Uskutečňuje se spíše cestou postupného zdokonalování systému vnitropodnikového řízení. V tomto případě je ale nutné připomenout, že v popředí stojí otázka proveditelnosti změny, před bezpodmínečným stoprocentním prosazením plánovaného budoucího stavu.

Realizace změny ale předpokládá i vytvoření odpovídajícího sociálního klimatu. To lze zajistit zejména prostřednictvím identifikace pracovníků se základními prvky nové organizační kultury, která odpovídá nové podnikové strategii. Konkrétně jde o „správné“ sociální hodnoty, normy, postoje a způsoby pracovního jednání, které podpoří realizaci nově formulované strategie.

Iniciátoři a aktéři organizační změny musí proto vycházet z mnohonásobně ověřené zkušenosti týkající se faktu, že jednotlivé výše uvedené složky jsou na sobě silně závislé. Z tohoto důvodu nemají izolované radikální strategické změny naději na úspěch, pokud nejsou současně řešeny i jejich strukturní, kulturní a personální parametry. Podcenění sociálně psychologických podmínek, souvislostí a pravděpodobných důsledků organizační změny může výrazně omezit, nežádoucím způsobem modifikovat nebo zcela zabránit dosažení očekávaných pozitivních důsledků v ekonomické oblasti. (Hammer, M., Campy, J.,2000)

2.3 Proces implementace změn

Jako nesmírně obtížná je popisována implementace a praktická aplikace opravdu užitečných a konkurenceschopnost zajišťujících manažerských konceptů. Je často nesmírně náročné přesvědčit vrcholové vedení podniku, aby se odhodlalo vykročit vpřed. Neméně obtížné je pak i následné přesvědčování, aby implementace probíhala podle metodiky, kterou vytvořili zkušení konzultanti nebo manažeři.

Pro efektivní řízení podniku jsou změny velmi důležité, zejména jejich proces zavádění a implementace. Inovace a změny vznikají díky nápadům. Podniky jsou stále více odkázány na vývoj nových produktů, zlepšování výrobků dosud existujících a hledání nových trhů. (Keřkovský, M., Vykypěl,O.)

Tvořivost rozvíjí nová řešení vnímaných problémů. Tvořivost může být vyvíjena jednak pracovníky, jednak pracovními skupinami. Tvořivé pracovníky lze charakterizovat některými znaky – otevřenost myšlení, koncepční řešení, originalita, nezávislost jednání, nápaditost, vysoká soustředěnost na řešení problémů. Pro kreativní pracovní skupiny je typická komunikační otevřenost, vyhledávání kontaktů pro získání zdrojů vazby v řešení, volnost v řešení i za cenu omylů, přijetí rizika pro řešení, soustředění se na dlouhodobý horizont řešení. Motivace a odměny směřují na kreativní jedince.

Pokud je vytvořeno tvořivé prostředí, pak nové myšlenky, nápady a inovace musí být dovedeny k úspěšné implementaci. Úspěšná inovace předpokládá účast řady pracovníků, kteří mohou vytvářet různé role. Především je zapotřebí pracovník, který rozvíjí novou myšlenku, chápe její technickou hodnotu, ale nemá ani schopnost, ani zájem ji prosazovat. Naopak pracovník, který této myšlence věří, srovná možnosti organizace z hlediska nákladů a výnosů, vytváří podporu pro její další prosazení. Myšlenka potřebuje podporu, zpravidla manažera z vyšší řídící úrovně, který myšlenky potvrdí, a odstraňuje překážky, které by zabránily její realizaci. Každá myšlenka musí být otestována s ohledem na reálnou situaci, vyžaduje i vyslovení negativních skutečností a nevýhod, které by se mohly objevit.

(Duchoň,B., Šafránková,J., 2008)

2.4 Manažerské řízení změn

Řízení změn je velmi závažným tématem. Jeho realizace klade obrovské požadavky na kvalitu vrcholového vedení. Naprosto nezbytnou podmínkou úspěšné realizace řízení změn je znalost a umění aplikovat projektový management, mít hluboké znalosti, dovednosti a schopnosti v oblasti řízení změn a vůdčí schopnosti. Největší výzva pro management je úkol přesvědčit zaměstnance v rámci organizace, aby se podíleli na realizaci změn. (Šmída, F.,2007)

Úspěšné působení řídících manažerů je závislé na celé řadě faktorů, z nichž významnou skupinu představují mimo jiné jejich individuální předpoklady pro práci, a to jak odborné, tak osobní. Vlastnosti řídících manažerů bychom ovšem neměli chápat jako rozhodující nebo dokonce jediný faktor jejich úspěšnosti při působení na své zaměstnance. Je třeba věnovat pozornost i jiným skutečnostem, které určují celkovou situaci řízení změn a jeho konkrétní podmínky. (Keřkovský,M.,Vykypěl,O.)

Podstatou systému leadershipu je získat lidi po změnu, ukázat jim směr, účinně je ovlivňovat (motivovat je a otevřeně s nimi komunikovat) a společně s nimi překonávat případné překážky a slavit dosažená vítězství (projevovat emoce). (Tureckiová, M., 2007,s.19)

2.4.1 Manažerské rozhodování

Rozhodování je nedílnou složkou paralelních manažerských funkcí. Význam rozhodování se projevuje zejména v tom, že kvalita a výsledky těchto procesů (zejména strategických rozhodovacích procesů) ovlivňují zásadním způsobem efektivnost fungování a budoucí vývoj organizace. Nekvalitní rozhodování může být jednou z podstatných příčin neúspěchu firmy. Je nutné zdůraznit otázku zodpovědnosti za rozhodování. Ten, kdo rozhoduje, může využívat při svém rozhodování nejrůznější nástroje a pomůcky (programové prostředky, konzultanty apod.), které mu mohou pomoci při vlastním rozhodování. Za rozhodnutí ale vždy nese zodpovědnost rozhodovatel (manažer) a nikoli konzultant apod. (Adair, J.,E.,2007).

Rychle se rozhodnout není pro většinu manažerů žádný problém, ale problém může představovat jeho přesnost a spolehlivost, zejména v delším časovém horizontu. V rychle se měnících ekonomických, politických, klimatických a jiných podmínkách je rozhodování komplikovanější než dříve. Z tohoto důvodu jsou vytvářeny nejrůznější teorie, ze kterých pak vznikají rozhodovací metody a konkrétní techniky a programy pro podporu rozhodování.

Podmínky pro rozhodování:

- Manažer by měl mít vymezenou pravomoc pro rozhodování.
- Měl by mít povinnost rozhodovat.

- Za rozhodnutí musí nést odpovědnost.
- Musí mít přístup k informacím.
- Musí být ostatním pracovníkům známý jako rozhodovatel.

Rizika při rozhodování:

- Určitý stav neinformovanosti.
- Možnost výskytu ztrát při rozhodování pro firmu.
- Chybné rozhodnutí bude mít nepříznivé důsledky pro manažera.

V manažerské praxi se vyskytují jednak situace a problémy, o nichž může rozhodnout jednotlivec (individuální rozhodování), jednak ty, o nichž rozhoduje skupina zainteresovaných osob nebo alespoň rozhodnutí připravuje (participativní, skupinové, kolektivní nebo týmové rozhodování). Tato skupina osob nebo její část se může podílet na rozhodování různou měrou. Míra účasti může být podle konkrétní situace odlišná jak u jednotlivých osob v rámci jedné skupiny, tak v rámci celého rozhodovacího procesu. Volba této míry závisí na řadě faktorů, z nichž mezi nejdůležitější patří charakter rozhodovacího problému (např. pokles hodnoty akcií firmy, porucha výrobního zařízení v záruční době, stížnost zákazníka na chování dealera, nesoulad dodávky apod.) a osobnostní charakteristiky manažera a jeho podřízených (Fotr,J.,Dědina,J.,Hrůzová, H.,2000).

Zvolit úspěšný styl rozhodování není jednoduchý úkol, protože jak individuální, tak participativní styly rozhodování mají své přednosti, ale i nedostatky. Při volbě by měl být kladen velký důraz zejména na kvalitu rozhodnutí, dostupnost informací, časový prostor, který je pro rozhodnutí k dispozici, a využití lidského potenciálu.

K řešení rozhodovacích problémů je nezbytně potřebné přistupovat promyšleně systematicky a racionálně – připravit se na řešení problému s dostatečným předstihem (i havarijní situace a ojedinělé stavy lze do určité míry předvídat), shromáždit informace, provést analýzy, posuzovat rizika a jejich příčiny, vytvořit varianty řešení, vyhodnocovat jejich parametry, zajímat se o metody řešení, racionalizovat rozhodovací proces využitím algoritmizovaných postupů, zvážit vhodný postup rozhodování a

realizace rozhodnutí, sledovat a vyhodnocovat vývoj realizace rozhodovacího procesu. Uplatnění racionálního postupu řešení rozhodovacích problémů napomůže vyloučit určité chyby při rozhodování, vyloučit zbytečné nedostatky, kterými trpí řada v praxi uplatňovaných postupů, a přiblížit se k nalezení a realizaci kvalitního rozhodnutí (Adair, J., 2007).

3. MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ

Obecnou úlohou marketingu je hledání cest, jak zvýšit odbyt vyráběného produktu nebo nabízených služeb. Postupně docházelo k vývoji marketingových koncepcí. Dokonce i nástroje a techniky se postupem času vyvíjejí (Veber, J. a kol., 2005).

Kumar ve své knize napsal:„Základním posláním marketingu je vytvářet odlišnost od nabídky společnosti od nabídky konkurentů….“(Kumar, N., 2008,s.38)

Aby bylo možné dosáhnout úspěchu, je zapotřebí vytvořit takovou marketingovou strategii, podle které by společnost dosáhla definovaných cílů. Samotná realizace marketingu předpokládá realizaci řady činností, které jsou závislé na charakteru společnosti, podnikatelských aktivitách, personálním zabezpečení apod., do jaké míry je bude akceptovat a naplňovat (Veber, J. a kol., 2005).

Marketing ve zdravotnictví má omezenější rámec naproti ostatním oborům. Ovlivňují ho zásadní vlivy, které determinují možnost využití marketingu v systému řízení zdravotnických institucí. Struktura zdravotnických institucí v ČR je diferenční. Ne všechny jsou vybudovány na podnikatelském principu. I do zdravotnictví se však promítají podmínky konkurenčního prostředí. Marketingová ideologie proto musí být modifikovaná, korigovaná a regulovaná. Jelikož zde je v popředí role zdravotnické etiky a primární postavení pacienta. Z tohoto pak pro zdravotnické zařízení vyplývá nutnost mnoha kontinuálních procesů (Gladkij, I. et al, 2003).

3.1 Základní pojmy

Pojem marketing je popisován několika autory. Zde předkládám jen několik definic od různých autorů.

„*Marketing - je možné chápat jako styl řízení zaměřený na maximální uspokojení všech zákaznických potřeb se současným naplněním podnikových cílů.“* Takto popisuje marketing Šárka Zapletalová (Zapletalová, Š.,2006,s.7)

Světlík definuje marketing takto: „Marketing - je proces řízení, jehož výsledkem je poznání, předvídání, ovlivňování a v konečné fázi uspokojování potřeb a přání zákazníka efektivním a výhodným způsobem zajišťujícím splnění cílů organizace“(Světlík, J.,2005,s.10).

Marketing ve zdravotnictví – je aplikací obecné teorie marketingu. Základním rozdílem odlišujícím zdravotnictví jako celek od ostatních odvětví, je jeho primární snaha pomoci jiným lidem, snaha o záchranu života, o zlepšení kvality života. Což je velmi špatně uchopitelné a z ekonomického pohledu velmi nesnadně a problematicky měřitelné. Náleží více do kategorie etiky, jelikož z ní vycházejí (Zlámal, J., 2004,).

Marketingová politika – programový materiál pro činnost pracovníka nebo oddělení, které se zabývá problematikou marketingu, na jejímž základě mohou být konkretizovány marketingové činnosti a plány (Veber, J. a kol., 2005).

„*Podpora prodeje* *– což je v podstatě marketingová technika používající v ohraničeném čase pobídek, které nejsou součástí běžné motivace spotřebitelů, s cílem zvýšit prodej*“ (Vysekalová, J.,Mikeš, J.,2007,s.15).

„*Reklama* *- kterou se rozumí oznámení, předvedení či jiné prezentace šířené především komunikačními médii, mající za cíl podporu podnikatelské činnosti, zejména podporu spotřeby nebo prodeje zboží, výstavby, k pronájmu nebo prodeje nemovitostí, prodeje nebo využití práv nebo závazků, podporu poskytování služeb, propagaci ochranné známky, pokud není stanoveno jinak*.“ (Vysekalová, J.,Mikeš, J.,2007,s.14).

„*Strategické řízení* *- což je dynamický proces tvorby a implementace rozvojových záměrů, které mají zásadní význam pro rozvoj firmy“* (Jakubíková, D.,2008,s.18).

„**Strategická obchodní jednotka** (SBU – Strategic Business Unit) – je definována určením skupiny zákazníků a jejich potřeb, jež hodlá firma uspokojovat k tomu používanými technologiemi výroby“ (Keřkovský, M.,Vykypěl,O., 2006, s.23).

3.2 Vznik a vývoj marketingu

Podle Kotlera lze marketingový vývoj datovat do období let 1900 až 1920, kdy převládala tzv. **výrobní podnikatelská koncepce.** Jejím cílem byl spotřebitel, který si oblíbil výrobky široce dostupné a za nízkou cenu. Mezi nejznámější představitele se řadil např. H. Ford nebo T. Baťa (Kotler,P., 2002).

Období let 1920 – 1940 představovalo tzv. **výrobkové podnikatelské koncepce**. Ty vycházely opět ze spotřebitele, který ale nově měl mít v oblibě ty výrobky, které nabízí větší kvalitu nebo výkon. Nový přístup byl ovlivněn světovou krizí.

Období let 1940 – 1950 již znamená rozšíření tzv. **prodejní podnikatelské koncepce.** Ta vycházela z úvahy, že pokud produkt nebude dostatečně podpořen agresivní reklamou, spotřebitel si jej nekoupí. Koncepce již byla ovlivněna rozvíjejícími se masovými médii. Zájem se tedy soustředil na potřeby prodávajícího.

Období let 1950 – 1960 bylo ve znamení **marketingové podnikatelské koncepce.** Ta vycházela z představy, že pro dlouhodobou stabilitu firmy a spokojenost zákazníků je potřeba neustále poznávat a uspokojovat potřeby stávajících a potenciálních zákazníků. Vždy však lépe než konkurence. Tato strategie se soustředila na poznání potřeb kupujícího. Úlohou marketingu bylo hledání cest, jak zvýšit odbyt produktu.

Od šedesátých let 20 st. se marketing odklání od jednostranného zaměření na **přesvědčování zákazníků**. Začínají se uplatňovat nové přístupy vycházející ze zjišťování potřeb zákazníků. Vstupují nové pojmy jako životní cyklus výrobků, marketingový mix, tržní podíly a další.

Od sedmdesátých let 20. st. se postupně prosazuje **sociální koncepce marketingu.** Jejím cílem je poskytovat žádoucí uspokojování účinněji a levněji, než konkurenti. Přitom za použití způsobu, který ponechává nebo zvyšuje blahobyt spotřebitele a společnosti. Do marketingu vstupují nové přístupy jako segmentace trhů, řízení portfolia, ekonomické výhody a další.

Což v praxi znamená rovnováhu zisku podniku, spokojenost zákazníka a veřejného zájmu. A právě sociální (společenský) marketing se aplikuje i do ostatních sfér společenského života, tedy i do zdravotnictví (Veber, J.,a kol., 2005).

Jak je vnímán tzv. sociální marketing vystihuje následující definice: „Sociální marketing je použití principů a technik marketingu za účelem ovlivnění cílové části veřejnosti tak, aby dobrovolně akceptovala, odmítla nebo změnila své chování, nebo od něj upustila pro prospěch jednotlivců, skupin nebo celku“ (Kotler, P.et al.2002,s.5).

Tato forma marketingu je používána právě k ovlivnění veřejnosti. Snaží se o změnu chování za účelem zlepšení zdravotního stavu, prevenci před zraněními, ochranu životního prostředí nebo společenskou prospěšnost (Kotler,P.et al.2002).

3.3 Marketingové uvažování

Klíčovými prvky marketingového uvažování jsou:

- Důraz na proces řízení - veškeré řídící a řízené články jsou zapojeny do celkového způsobu chování dané organizace.
- Důraz na poznávání, předvídání, ovlivňování a uspokojování potřeb a přání současných a potenciálních zákazníků, klientů, pacientů, odběratelů a spotřebitelů.
- Poukazuje na nutnost mít jasné a reálné cíle - seznamovat s nimi neustále všechny zaměstnance instituce a řídit je s cílem splnění těchto cílů.
- Při plnění cílů se nemusí vždy jednat o maximální zisk, nýbrž optimální zisk. Cíle ekonomické mohou být sdíleny s cíli společenskými (Zlámal, J.,2006).

V současné době již v centru marketingu není zákazník, ale poměrně nesourodá skupina motivů. Vychází se totiž z předpokladu, že zákazníci zdaleka nevolí jen na základě potřeb, ale motivů, které jsou primárně vedeny emocemi, návyky a hodnotami.

Pro aplikaci marketingu jsou klíčové marketingové strategie složené z marketingové intervence, analýzy motivů, záměrů a intencí cílové skupiny (Exner,L. a kol., 2005).

3.4 Marketing ve zdravotnictví

3.4.1 Specifika zdravotního systému

Marketing ve zdravotnictví má mnohem omezenější možnosti oproti ostatním odvětvím ekonomiky. To je dáno několika zásadními vlivy, které do značné míry determinují možnost využití marketingu v systému řízení zdravotnických zařízení.

Mezi základní specifika zdravotního systému patří:

- Žádoucím výstupem je zdraví obyvatelstva, a to nejen současné, ale i budoucí generace.
- Zdraví je ovlivňováno i dalšími faktory,zejména socioekonomickými determinantami. V roce 1976 vytvořil Lalonde teorii „zdravotního pole". Podle ní se na formování zdravotního stavu podílejí nejvíce 4 druhy faktorů:“ životní styl (50-60%), životní prostředí (15-20%), genetika (15-20%) a systém zdravotních služeb (10-20%)“ (Gladkij, I., 2000, s.28).

- Celý komplex péče o zdraví je velmi složitý systém.
- Zdravotnictví se dotýká každého člověka.
- Problematika péče o zdraví je velice citlivá.
- Od vědeckých výsledků a výzkumu je velmi dlouhá doba na možnou aplikaci nebo standardní nasazení léků, příp. metod do léčebné péče.
- Péče o zdraví, zejména postavení a jednání lékařů, je silně založeno na etice, pomoci a snaze o záchranu života a zdraví.
- Ceny ve zdravotnictví jakožto jeden z hlavních nástrojů marketingového řízení, jsou ve zdravotnictví ČR silně potlačeny. Existují pouze 2 druhy cen – regulované a smluvní. Většina však patří do kategorie cen regulovaných. (Gladkij, I., 2003)

Z uvedeného výčtu vyplývá, že role státu prostřednictvím tvorby zdravotní politiky a koncepce je velmi silná. Proto fungování zdravotnictví nemůže být v souladu s fungováním tržního mechanismu.

Z toho vyplývá, že ani při realizaci marketingového principu řízení nelze nasadit všechny nástroje a uplatnit všechny principy marketingu bez ohledu na celou řadu dalších faktorů a limitujících principů (Gladkij, I., 2003).

3.4.1.1 Specifika marketingu ve zdravotnictví

Marketing ve zdravotnictví se liší v závislosti na povaze a charakteru poskytovatelů zdravotních služeb. V České republice rozlišujeme zdravotnická zařízení privátní a nezisková. Mezi privátní se řadí zejména ambulantní ordinace praktických lékařů a specialistů, polikliniky, zdravotní střediska, nemocnice, lékárny a další. K neziskovým zařízením patří fakultní nemocnice, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, dále krajské nemocnice, jejichž zřizovatelem jsou jednotlivé kraje a léčebny dlouhodobě nemocných nebo hospice. Rozhodující úlohu má zároveň velikost zdravotnického zařízení a objem peněz, se kterými hospodaří a dále dostupnost a rozsah zdravotní péče poskytované občanům. Nezanedbatelnou roli zaujímá i typ vlastnického vztahu včetně právní formy tohoto zařízení nebo právní vztahy mezi vlastníky. Díky tomuto pohledu je míra aplikace marketingu, jakožto nástroje řízení, v jednotlivých zařízeních odlišná. Odlišné jsou i jeho nástroje a formy. Ukázkovým příkladem jsou privátní ambulance praktických lékařů, odborných specialistů či stomatologů, kteří pracují na principu samostatné výdělečné činnosti. Jejich existence je závislá od toho, jestli si na svoji činnost vydělají a uspějí v boji s konkurencí. S tím souvisí, zda nabízejí

klientům služby, o které mají zájem. V této sféře je využití marketingového řízení zcela na místě a pro zajištění efektivnosti i jeho nezbytnou součástí. Tento princip však lze uplatnit i u neziskových organizací. Využitím řady metod uplatňovaných při marketingovém řízení mohou dosáhnout lepší efektivnosti, výkonnosti a rentability.

Marketing ve zdravotnictví aplikuje obecné teorie marketingu. Samozřejmě nelze uplatnit vše, co je použitelné v jiných konkurenčních prostředích. Primární charakteristikou, odlišující zdravotnictví od ostatních odvětví ekonomiky, je jeho snaha pomoci jiným lidem, zachránit život a zlepšit kvalitu života. Tyto hodnoty však nelze uchopit, což znamená, že jsou z ekonomického hlediska velmi nesnadně a problematicky měřitelné (Zlámal,J.,2006).

Díky výše uvedenému lze chápat marketing ve zdravotnictví jako specifickou oblast. Navíc ve zdravotnictví dochází k výrazné kolizi cílů. Jelikož nejde o sféru působení čistě tržních mechanismů, ale zároveň do něj vstupují, mnohdy výrazné, zásahy ze strany státu. K důvodům ze strany státu je nutnost, aby státní instituce působily pozitivně na zdraví společnosti, na prevenci vzniku chorob a na vytváření efektivního zdravotního systému. Proto je potřeba postupovat dle odlišných principů, než jen z hlediska finančního. Na druhou stranu samotná snaha o maximální dostupnost a spravedlnost aplikovaná v šedesátých a sedmdesátých letech v evropských zemích vedla k enormnímu růstu nákladů na zdravotnickou péči. V dnešní době jsou ale vlády zemí nuceny uvažovat mnohem hospodárněji. Proto musí i sem zavádět některé prvky tržní ekonomiky, což v praxi znamená zvyšování spoluodpovědnosti a spoluúčasti občanů na zdravotní péči (Gladkij, I., 2000).

3.4.1.2 Produkt ve zdravotnictví

Vymezení produktu lépe umožní zaměřit marketing na již konkrétní zdravotnické zařízení. Zároveň vytvoří i přesnější marketingovou strategii zaměřenou již na celkovou strategii zdravotnického zařízení. Prioritou je spokojený pacient, což obnáší řadu omezení v marketingovém zacílení. Podoba produktu ve zdravotnictví může být různá. Nejčastější formou je služba reprezentovaná lékařským nebo zdravotnickým výkonem. Což spadá do oblasti nehmotné povahy, a tím je samo o sobě odlišné od standardního marketingu. Tady existuje přímý a intenzivní vztah k zákazníkovi a zároveň nelze standardizovat poskytnuté služby.

Mezi specifika poskytovaných produktů patří např. ošetřený nebo vyléčený pacient jakožto žádoucí výstup ze systému. Častým produktem je snížení bolesti,

utrpení apod. To je vše nehmotné povahy a současně obtížně měřitelné a kvantifikovatelné (Gladkij, I.,2003).

K samotné službě dále přistupují ještě rozšiřující efekty, tedy služby doplňující základní výkony lékařských nebo ošetřovatelských služeb. Navíc mohou hrát stěžejní roli v celkové spokojenosti pacienta s poskytnutou službou. Sem řadíme několik faktorů:

- **Způsob a proces přijetí do nemocnice (zdravotnického zařízení)** – zahrnuje souhrn jednání a chování všech pracovníků zdravotnického zařízení vůči pacientovi od přijímacího personálu až po zdravotníky a lékaře. Obecně pacienti tuto část hodnotí velmi kriticky.
- **Respekt, ohled a úcta vůči pacientovi** – tuto část vnímají pacienti po celou dobu návštěvy zdravotnického zařízení. Je nezbytnou součástí profesionálního výkonu všech zaměstnanců zdravotního zařízení.
- **Koordinace a integrace zdravotní péče** – tuto část pacienti vnímají pouze subjektivně, jak by organizace práce měla vypadat. Proto by měl mít pacient pocit, že je v každém okamžiku činěno vše pro jeho uzdravení.
- **Způsob a rozsah informování pacienta a jeho rodiny, komunikace a edukace** – tady pacienti očekávají, že budou jasně informováni o svém zdravotním stavu a o všech krocích, které budou podniknuty v rámci jejich zdravotní péče. Tj. o zákrocích, jejich rizicích a efektech apod.
- **Tělesné a duševní pohodlí pacienta** – již samo onemocnění vyvolává u pacienta negativní pocity, což je vhodné kompenzovat tělesným pohodlím a duševní rovnováhou, což bývá také léčebným prvkem.
- **Citová opora, zmírnění strachu, úzkosti a obav pacienta** – tyto stavy je potřeba zmírnit, pacienta uklidnit a povzbudit.
- **Zapojení rodiny při dlouhodobějším pobytu pacienta v nemocnici** – i když nesouvisí se službami zdravotního zařízení, měl by zdravotnický personál vnímat rodinné zázemí pacienta a v případě jeho nefunkčnosti se snažit tuto roli alespoň částečně zastoupit.
- **Způsob a proces propuštění pacienta z nemocniční léčby, pokračování péče, kontroly** – je potřeba, zejména starší osoby, podrobně a přehledně informovat o dalším postupu v rámci jeho následné péče. Pacient musí nabýt pocitu jistoty, že je i nadále pod kontrolou a dohledem (Zlámal, J., 2006).

Dalším podstatným faktorem je hodnocení zdravotnického systému a zdravotnického zařízení pomocí následujících základních atributů:

1) Dostupnost
2) Kvalita
3) Rovnost (ekvita)
4) Profitabilita

Pokud jsou všechny uvedené atributy vektorového charakteru, mohou manažeři hovořit o optimálním nastavení systému. Je však potřeba si uvědomit, že při ovlivnění jedné z veličin, dojde ke změně u ostatních třech veličin (Exner,L.,a kol.,2005).

3.5 Marketingová strategie

Marketingová strategie obecně zahrnuje představy, které by konkrétní zařízení (instituce) chtělo v daném časovém období dosáhnout. Ve zdravotnictví se pak marketingová strategie zaměřuje na marketing zdravotnických služeb, zdravotnických prostředků a nákup ve zdravotnickém zařízení. Jednotlivá zaměření budou blíže popsána v následujících podkapitolách.

Marketingové činnosti ve zdravotnictví lze rozdělit na několik fází:

1) **Fáze koncepční** – definování marketingové filosofie (stanovení cílů a určení cest k jejich dosažení).
2) **Fáze analytická –** provedení různých kvantitativních analýz pro vyhodnocení možných ekonomických příležitostí a rizik (např. marketingová analýza okolí, konkurence, klientů a vlastního zařízení).
3) **Fáze realizační -** naplnění celkové marketingové strategie (řešení otázky, jak a čím získat potenciální segment trhu pro naše služby a produkty).
4) **Zpětná vazba –** odezva daného segmentu trhu (např. žen ve středním věku) na marketingovou strategii (např. propagace samovyšetřování prsu jako účinné metody prevence karcinomu prsu) (Zlámal, J.2006).

Zlámal ve své knize uvádí:„Realizační fáze marketingu je komplex činností, jejichž výsledkem je vybraná strategie nabídky.“ (Zlámal,J.,2006,s.59)

Je tedy tvořena nasazením konkrétních marketingových nástrojů k poskytování služeb či prodeje produktů pro daný segment trhu. Je charakteristická výběrem (mixem)

konkrétních marketingových nástrojů. Po realizaci je důležitá zpětná vazba. Pokud jsou informace zpětné vazby výrazně odlišné od původních předpokladů, je nutné opakovat analytickou fázi a upravit marketingový mix, případně celou marketingovou filosofii (Zlámal, J., 2006).

3.5.1 Marketing zdravotnických služeb

Marketing klade důraz na koncepci produktu (služby) a jeho kvality jako nejdůležitějšího faktoru konkurenceschopnosti. Musí se soustředit na všechny faktory, které s produktem (důvodem poskytnutí lékařské péče) vytvářejí komplexní produkt. Jelikož jednání a chování zdravotnického personálu pacienti často vnímají mnohem intenzivněji, než samotný proces léčení. Ve zdravotnických zařízeních jsou produkty zpravidla shodné. Postupy jsou standardizované podle platných norem, což znamená, že v základním ohledu se produkty neliší. Proto konkurenci zařízení lze vnímat „pouze“ ve faktorech doplňujících základní službu, tedy v určitých nadstandardních službách. (Zlámal,J., 2006)

Ve zdravotnictví působí stejné dva typy sil jako u ostatních ekonomik – poptávka a nabídka. **Poptávka** je přitom subjektivně vnímaná potřeba zdravotní péče, která nemusí mít objektivní příčinu. Objektivní potřeba péče je spojená zejména s potřebou prevence a ochrany zdraví obyvatel, zároveň vyhledává nemoci ještě před jejich rozvojem. Hrozí však zneužití zdravotní péče buď ze strany pacientů, nebo ze strany zdravotnických zařízení. Poptávku po zdravotní péči ovlivňují dva typy faktorů. Jedná se o faktory neovlivnitelné (např. demografický vývoj, legislativa, politická situace) a faktory ovlivnitelné (např. úroveň poskytovaných služeb). Jedním z nástrojů předvídání poptávky po zdravotnických výkonech je epidemiologie, kterou dělíme na klinickou (sleduje výskyt, rozdělení a rozsah nemocí v populacích), sociální (zaměřuje se na získávání dat přispívajících k pochopení etiologie zdraví a nemoci) a manažerskou (cílem je zlepšit využívání epidemiologických konceptů v řízení zdravotnických služeb).

Nabídka je určena počtem a strukturou zdravotnických zařízení v daném regionu a je ovlivněna přístupem státu a zdravotních pojišťoven. Měla by být vedena subjektivní, ale hlavně objektivní potřebou. (Wan,T.H., 1998).

3.5.2 Marketing zdravotnických prostředků

Marketingová strategie je obdobná jako u zdravotnických zařízení. Odlišuje se v nabídce svého produktu. Zákon č. 123/200 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů, definuje zdravotnický prostředek jako *„nástroj, přístroj, pomůcku, zařízení, materiál nebo jiný předmět anebo výrobek používaný samostatně nebo v kombinaci, včetně potřebného programového vybavení, který je výrobcem nebo dovozcem určen pro použití u člověka pro účely:*

a) diagnózy, prevence, monitorování, léčby a mírnění nemocí,
b) diagnózy, monitorování, léčby, mírnění nebo kompenzace poranění nebo zdravotního postižení,
c) vyšetřování, náhrady anebo modifikace anatomické struktury či fyziologického procesu
d) kontroly početí, a který nedosahuje své hlavní zamýšlené funkce v lidském těle nebo na jeho povrchu farmakologickým, imunologickým nebo metabolickým účinkem, jehož funkce však může být takovými účinky podpořena“.

(Zákon č. 123/200 Sb., [online] [2013-08-17]
http://www.bmt.cz/Data/files/legislativa/2000-123-uz.pdf

Zdravotnických prostředků existuje nepřeberné množství. Počínaje sterilními jehlami až po hi-tech implantáty. Zahrnují však i diagnostické a terapeutické přístroje jakožto přístroje zdravotnických pracovišť. Tím se stávají předmětem zájmu managementu nemocnic. Existují ale i volně prodejné a dostupné zdravotnické prostředky. Sem patří např. těhotenské testy, kapátka, různé inhalátory apod. Další skupinu tvoří výrobky specificky použitelné ve zdravotnickém zařízení, např. dezinfekční roztoky pro kontaktní čočky. Dále sem patří aktivní prostředky, tj. jejichž činnost je závislá na zdroji elektrické nebo jiné energie. Prostředky implantabilní určené k úplnému nebo částečnému zavedení do lidského těla a zůstávají v místě zavedení (např. srdeční katétr). Podle míry rizika představujícího pro uživatele se rozlišují na třídy I (např. chirurgické nože), IIa, IIb (např. nitrooční čočky pro léčbu šedého zákalu), III (např. viskoelastický materiál pro oční mikrochirurgii). Přitom do skupiny IIb a III dále řadíme i přístroje poskytující energii formou ionizujícího záření, přístroje pro

podávání léčiv, diagnostiku, udržování a monitorování životně důležitých funkcí a terapeutické prostředky (Metyš,K.,Balog,P.,2006.).

3.5.3 Marketing nákupu ve zdravotnickém zařízení

Tato oblast je pro management zdravotnického zařízení velmi obtížnou problematikou. Jelikož poskytnutí kvalitní péče pacientům je prioritní, je mnohdy velmi těžké prosadit nákup nových zařízení na obměnu již zastaralé technické a přístrojové infrastruktury. Významnou roli zde zaujímá hospodaření s léčivy a zdravotnickým materiálem, což vyžaduje vzájemné propojení systému s účinnými a pružnými zpětnovazebními mechanismy. Vytvoření takového žádoucího systému představuje nemalou investici, a to jak z hlediska intelektu, ale i z hlediska času a finančních prostředků. Návratnost je však velice rychlá. Každé zdravotnické zařízení si musí konkrétní systém přizpůsobit vlastním možnostem.

3.5.4 Nástroje marketingu

Další podmínkou pro úspěšné řízení podniku jsou řídící nástroje a metody. K nejdůležitějším nástrojům patří plán, systém norem a standardů, motivace, dále rozhodovací metody, zejména kreativní metody, ale i metody personálního řízení.
Na základě již konkrétních informací se vypracovává marketingový plán jakožto výchozí dokument pro určitou etapu. Marketingové řízení přitom představuje využití dalších činností, např. marketingový výzkum včetně analýzy a evidence získaných informací, prognózování, plánování (tvorba marketingových plánů), organizování a realizace marketingových aktivit a kontrola s cílem dosažení krátkodobých i dlouhodobých úspěchů na trhu. Všechny tyto činnosti se využívají především v oblasti marketingového mixu, který se využívá k zajištění prosperity podniku.

Na základě analýz vnitřního a vnějšího prostředí je možné vše shrnout formou tzv. SWOT analýzy, jejímž *„cílem je identifikovat do jaké míry je současná strategie firmy a její specifická silná a slabá místa relevantní a schopná se vyrovnat se změnami, které nastávají v prostředí.* (Jakubíková,D.,2008,s.103)

Marketing je z velké části aplikovatelný i do zdravotnictví, jelikož i do zdravotnictví se promítají vlivy konkurenčního prostředí. Musí být ale modifikovaný a upravený zejména díky své roli zdravotnické etiky a primárního postavení pacienta. Z tohoto vyplývají tyto procesy (Gladkij, I., a kol., 2003):

- soustavné posilování postavení na trhu
- soustavné monitorování potřeb jak pacientů, tak i dodavatelů a zdravotních pojišťoven
- soustavné sledování vývoje v oblasti techniky a technologie
- soustavné vytváření, rozvíjení a zlepšování produktů, respektive služeb
- soustavné sledování konkurence.

Tedy i zdravotnické zařízení je v tržním prostředí zaměřeno především na trvalou inovaci techniky, know-how a na marketing. Vše s cílem vytvářet spokojeného pacienta. Jehož podstatou je nejen individuální hodnota zdraví jednotlivce, ale i hodnota společenská (Zlámal, J., 2006).

Hodnota zdraví v sobě neoddělitelně spojuje individuální a společenská hlediska. Přestože se jejich pojetí a vzájemné vztahy a proporce projevují v různých podmínkách a různých dobách odlišně (Drbal ,C., 2005).

3.5.4.1 Marketingový mix

Marketingové aktivity patří mezi nejdůležitější. Přitom je potřeba mít na zřeteli určitou podporu služeb (např. vhodná reklama apod.), což prakticky vyúsťuje do tzv. marketingového mixu.

Takto definuje marketingový mix Kotler „Marketingový mix je soubor marketingových nástrojů, které firma používá pro dosažení marketingových cílů“ (Kotler, P.a kol.,2007, s.94).

Obecně platí tradiční marketingový mix 4P: *product* (produkt), *price* (cena, kontraktační podmínky), *place* (místo, distribuce), *promotion* (marketingová komunikace). Z pohledu kupujících se jedná o tzv. 4C (což je praktičtější označení v našem případě). Postupně lze model rozšířit o další „P“ až na 8P, např. podle oboru podnikání o *politics* (politika) a *public opinion* (veřejné mínění) (Kotler, P.a kol.,2007).

Každý, kdo se chce podílet na efektivní realizaci strategií, musí zaujmout efektivnější přístup k mixu. Ten je charakterizován dvěma základními principy:

1) změna směru řízení od plošného na individuální (v centru stojí zákazník, jeho přání a potřeby)

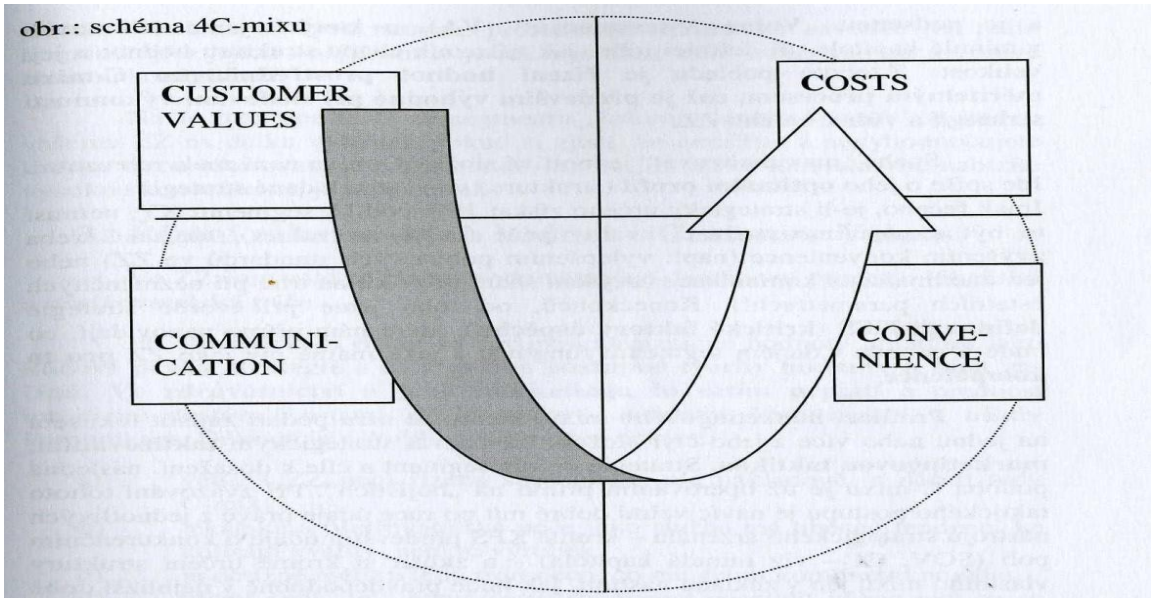
2) komplexní hodnotová povaha

Oba principy spolu navzájem souvisí. Centrem světa již nejsou zdravotnická zařízení a jejich služby, ale motivy na trhu a s nimi spokojení klienti (Exner,L.,a kol.,2005).

Je potřeba se zmínit i o umístění reklamy v určitých vhodných nebo naopak nevhodných médiích. „*Volba média je obvykle vybírána tak, aby optimálním způsobem oslovila co nejširší cílové skupiny a přenášela k nim informace a dokázala vyvolat i emoce vedoucí ke koupi. Většinou je využíván: tisk, rozhlas, televize, venkovní reklama a internet.“* (Vysekalová, J., Mikeš,J., 2007,s.33).

Z výše uvedeného postupně vzniká aplikovaný C-mix, jehož schéma znázorňuje následující obrázek 1.

Obrázek 1 Schéma C-mixu



Zdroj: EXNER, L. et al. Strategický marketing zdravotnických zařízení, s. 55

C-Mix

Pokud má být pacient spokojený, je potřeba věnovat pozornost aspektům kvality péče, které tento C- mix tvoří:

1. Convenience (předávání informací) – pacient potřebuje být informován, aktivně se podílí na své péči a do omezené míry, na základě informovanosti, vytváří i vlastní rozhodnutí o svém zdravotním stavu a o jeho dalším vývoji.

2. Communication (komunikace) – tato otázka se částečně překrývá s otázkou předávání informací, jelikož se nejedná pouze o předávání informací, ale i jakým způsobem je předáme. Postavení lékař-pacient, ve vztahu budoucí spokojený zákazník, se dostává do jiné dimenze.

3. Customer Values (hodnoty pro zákazníky) - jsou ve zdravotnictví tvořeny pouze dvěma hlavními procesy, a to lékařskou a ošetřovatelskou péčí.

4. Cost (náklady) - náklady zdravotní péče pacient prakticky nevnímá, případně je vnímá okrajově. Většinou pacienti nemají žádnou představu, kolik stojí jednotlivý pracovní výkon, kolik stojí technika, kolik činí provozní náklady (např. operace). Pouze u léků je schopen pacient registrovat doplatky. Přitom pouze ve smyslu ceny doplatku, nikoliv s ohledem na celkovou cenu léků (Exner, L.2005).

Na základě posloupnosti dějů je na začátku nejprve vytvoření hodnoty ve formě služby, poté následuje komunikace o povaze této hodnoty, pak dochází k přímému předání této hodnoty a nakonec se realizuje směna. C-mix je tedy určitým cyklem, ve kterém se snažíme postupně maximalizovat jednotlivé jeho složky. S cílem, abychom na konci vytvořili hodnotu, za kterou je zákazník ochoten adekvátně zaplatit. Hodnotou pro zákazníka není jen kategorie customer values (například lékařský zákrok), ale svoji konkrétní hodnotu mají kvalita komunikace, způsob předávání a hodnota nákladů. Tím má C-mix svoji hodnotovou povahu ve všech svých částech. Jednotlivé části se řídí samostatně a jejich společným cílem je jejich společná optimalizace. Čímž se zároveň řídí i výše celkové hodnoty služby (Exner, L.2005).

3.6 Marketingová komunikace

Marketingovou komunikací rozumíme relativně širokou škálu komunikativních prvků, mezi něž zahrnujeme od nonverbální komunikace přijímacího personálu zdravotnického zařízení až po výroční zprávu zařízení. Podstatou je unifikace všech složek a kvalitní strategické řízení komunikace zdravotnického zařízení jako celku s cílem dosáhnout spokojeného pacienta.

Zároveň komplexní řízení všech marketingových složek, po tažmo celého C-mixu. Řízení komunikace v rámci zdravotnického zařízení a jednotlivá koordinace všech jejích složek je nedílnou součástí činností managementu.

Komunikaci lze interpretovat různě. Zde je uvedena jedna z možných definic komunikace „komunikace jako činnosti, které sdělují vlastnosti produktu a jejich přednosti klíčovým zákazníkům a přesvědčují je o nákupu“ (Kotler, P., 2007, s. 71).

Díky specifičnosti zdravotnictví je specifická i oblast její marketingové komunikace. Přitom komunikace v rámci zdravotnického zařízení, společně s ostatními částmi C-mixu, tvoří jednu ze stěžejních oblastí marketingové strategie. Vždyť pacienti velmi citelně vnímají způsob, jak se s nimi jedná, jak jsou informováni, jak se dovídají o alternativách léčby, co znamenají různé naměřené laboratorní hodnoty, jaká rizika

podstupují a další. A proto rozlišujeme komunikaci ve zdravotnictví na několik úrovní (Strnad, L.2003):

- komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty
- komunikace mezi managementem zdravotnických zařízení a jeho pracovníky
- komunikace mezi managementem organizace a reprezentanty ostatních účastníků zdravotní péče
- komunikace s médii.

3.6.1 Komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty

Způsob komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty je pro zdravotnické zařízení stěžejní. Nejúčinnějším způsobem komunikace přetrvává osobní rozhovor (Foret, M. 2006). Patří sem zejména způsob jednání a chování zdravotnického personálu vůči pacientovi, předávání a sdělování informací a další. Nelze zapomínat, že nejde pouze o komunikaci verbální, ale i o komunikaci nonverbální. Přitom konkrétně projevy nonverbální komunikace jsou velmi významné, jelikož jde o citlivé oblasti. Proto se zde vyžaduje navázání vzájemné důvěry.

A právě pro eliminaci rušivých prvků existuje řada legislativních norem. Zpravidla se jedná o etické kodexy, které vymezují a upravují vztahy mezi členy určité komunity, a to jak obecně, tak i konkrétně. V oblasti komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty jde o Etický kodex sester, Etický kodex ČLK, Etický kodex ČSK, Etický kodex fyzioterapeuta, Etický kodex Lékárníka a Etický kodex práv pacientů. Dále problematiku zahrnuje Listina základních práv a svobod, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, trestní zákon č. 140/1961 Sb. nebo právní úprava o povinné mlčenlivosti zdravotnických i nezdravotnických pracovníků.

Na oblast managementu se proto klade důraz na řízení komunikace, a to za použití např. komunikačního auditu zdravotnického zařízení (Venglářová, M., Mahrová, G. 2006).

3.6.2 Komunikace mezi managementem zdravotnických zařízení a jeho pracovníky

Vzhledem k celému systému patří mezi klíčovou oblast a při jejím efektivním fungování vytváří velmi potřebnou a spolehlivou zpětnou vazbu. Dá se použít jako určitý autoregulační prvek. Všichni pracovníci díky své zainteresovanosti na chodu organizace se podílejí na jejím řízení. Námitky a připomínky jsou zohledněny do činnosti fungování zdravotnického zařízení. Stává se účinným motivujícím mechanismem, který nelze podceňovat. Při nerespektování její důležitosti se může stát příčinou selhání dalšího rozvoje, stagnace nebo důvodem k nespokojenosti pracovníků, ale i pacientů.

Pro management představuje nezbytnou zpětnou vazbu, pro zaměstnance zase důležitý prvek zájmu. (Strnad,L.,2003)

3.6.3 Komunikace mezi managementem organizace a reprezentanty ostatních účastníků zdravotní péče

Sem řadíme všechny účastníky zdravotní péče, tj. další lékaře, zdravotnické pracovníky, distributory, zdravotní pojišťovny, profesní organizace zdravotníků, orgány státní správy a samosprávy a další. Jedná se o komunikaci zdravotnického zařízení ven, tedy komunikaci vnější. Řízení této oblasti komunikace je mnohdy velmi náročné, zejména při snaze hledání společného kompromisu (Strnad,L.,2003).

3.6.4 Komunikace s médii

Patří sem řada komunikačních aktivit. Pro zdravotnické zařízení má velký význam pro vytváření určitého obrazu příslušného zdravotnického zařízení. Jedná se o vnější formu komunikace. Prezentuje zdravotnické zařízení navenek. Utváří celkový obraz o daném zdravotnickém zařízení a jeho aktivitách a činnostech. Velká zdravotnická zařízení mají pro komunikaci s médii tiskového mluvčího, na kterého je delegována veškerá činnost s médii. Ten se stává určitou tváří zdravotnického zařízení, která prostřednictvím komunikace s médii komunikuje se širokou veřejností. Některá zařízení dokonce zavádějí pozici ombudsmana, aby chránil práva pacientů a reagoval na jejich podněty k řešení (Gladkij, I., 2003).

3.7 Marketingový informační systém

Základním faktorem kvalifikovaného rozhodování a řízení je dostatek informací včetně jejich zabezpečení, zpracování, využití a uchování. Navíc tyto informace musí být v optimálním množství, kvalitě a čase. Proto je nutností každé instituce (podniku) od samého prvopočátku budovat správně koncipovaný systém informací. K zásadním informacím patří takové, které průběžně signalizují odchylky skutečného stavu od předpokládaného. De facto „zachytí“ problémy. Samotné informační zajištění je záležitostí značně složitou a náročnou. Přitom nejen z hlediska financí a techniky, ale i schopností a kvalifikací pracovníků, kteří se informacemi zabývají. Zajišťování informací by nemělo být nahodilé. Naopak, promyšlené, jejímž základem je postupné a cílevědomé soustřeďování a třídění již existujících informací. Většinou jsou informace rozptýlené po několika útvarech (odděleních) a následně doplňované, s cílem vytvořit účinný marketingový informační systém.

Marketingový informační systém tvoří pracovníci, metody, postupy, technika a jiné vybavení k získávání, zpracování, analyzování a vyhodnocování informací tak, aby byly k dispozici ve správném čase, kvalitě a množství. Východiskem i konečným cílem tohoto systému je marketingové řízení (Svobodová, H, 2007).

Marketingový informační systém zahrnuje tři základní skupiny informací, které mapují:

- průběžně se měnící širší okolí (makroprostředí)
- specifickou situaci jednotlivých trhů (podmínky a požadavky)
- připravenost (zdroje) a schopnost podniku na ně reagovat.

1. skupina informací - vnitřní systém informací:

- všechny hospodářské údaje (tržby, obrat, náklady, zisk, platby, dodávky) vztahující se k jednotlivým výrobkům, popř. jednotlivým zákazníkům či trhům,
- údaje o účastnících trhu (dodavatelích, zákaznících, konkurentech, distributorech), o pravidelnosti vztahu mezi nimi, o solidnosti jednání, o specifických požadavcích a podmínkách jednotlivých obchodních partnerů. U hlavních obchodních partnerů se doporučuje vést osobní karty o významných událostech, výročích, konkrétní situaci ve firmě či rodině, osobní přání apod.,

- specifické údaje vycházející z určité zkušenosti, např. zásobení v sezóně, před různými svátky.

Hlavními zdroji těchto informací jsou zejména účetnictví, statistika, operativní evidence, záznamy obchodních oddělení a jednotlivých prodejců. Dále publikované výroční zprávy a bankovní informace. Vždy se jedná o informace, které si instituce zabezpečuje a eviduje sama.

2. **skupina informací** - **marketingové zpravodajství** - úkolem je evidovat a uspořádat všechny informace o vnějším okolí podniku makroprostředí a trhu, které jsou k dispozici mimo podnikové zdroje. Zdrojem jsou různá média - oborové bulletiny, statistika, právní vyhlášky a normy, státní nařízení, nařízení orgánů místní správy, ale i časopisy, noviny, sdělovací prostředky. Dále informace z každodenních běžných činností pracovníků - znalosti, tvořené zkušenostmi, poznatky a postřehy vyplývajícími z každodenní praxe všech pracovníků na různých stupních podnikové hierarchie, které jsou formálně obtížně evidovatelné. Jedná se o informace, které jsou běžně dostupné, kterými různé politické či hospodářské a společenské subjekty oslovují hospodářskou sféru.
3. **skupina informací** - **marketingový výzkum** - cílevědomý proces získávání konkrétních informací, které nelze získat z obou předchozích částí marketingového informačního systému a zároveň chybí pro marketingové rozhodování. Marketingový výzkum si instituce buď zadá specializované agentuře, nebo zajistí sama.

Konkrétní rozsah, aktuálnost, kvalita, spolehlivost, způsob získávání a použitelnost informací jsou individuální a dány úrovní a rozsahem vybudovaného systému. Přitom jeho hodnota se prokáže až po určité době. Pro dlouhodobé fungování instituce se však nelze bez fungujícího systému informací obejít (Svobodová, H.,2007).

III. Empirická část

4.1 Představení Gynekologicko – porodnického oddělení Thomayerovy nemocnice

Thomayerova nemocnice v Praze v současné době zaměstnává na svém gynekologicko porodnickém oddělení asi 60 sester a porodních asistentek. Ročně se zde narodí více jak 2000 dětí. Gynekologicko - porodnická klinika poskytuje celistvou péči těhotným ženám, ženám s rizikovým těhotenstvím, rodičkám a ženám při spontánních i operačních porodech. Tato klinika nese titul BABY FRIENDLY HOSPITAL a velice úzce spolupracuje s laktační ligou, která má v tomto pavilonu i ústřední sídlo. Nabízí ženám před i po porodu standardní pokoje, ale i možnost nadstandardních pokojů, jejichž velkou předností je, že žena je na pokoji sama, event. s ní může být přes noc i manžel nebo partner. Samozřejmostí je samostatná koupelna a WC na pokoji.

4.1.1 Vznik předporodních kurzů v Thomayerově nemocnici

V Thomayerově nemocnici pracuji od roku 2000 a od roku 2002 pracuji na porodním sále. S kolegyní jsme v roce 2006 zažádaly vedení FTN, zda by bylo možné předporodní kurzy spojené s prohlídkou porodního sálu, šestinedělím a nadstandardního oddělení, pořádat též v naší nemocnici. Předporodní kurzy jsou v Praze pořádány v několika porodnicích a agenturách. Ženy zcela jistě raději navštěvují kurzy v porodnicích, ve kterých se rozhodly přivést svého potomka na svět.

Žádosti bylo vyhověno.

Při vzniku těchto kurzů byl plán hlavně ženy s prostředím porodnice důkladně seznámit a poučit je o průběhu porodu a následné péči. Toto se však ukázalo jako nedostačující. Ženy chtěly být obeznámeny také s problematikou kojení, znát úlevové polohy při porodu a naučit se základní péči o novorozence. Nejprve probíhal předporodní kurz na téma POROD, spojený právě s prohlídkou porodnice. Po 6 měsících se k této přednášce přidala ještě dvě témata s názvem ŠESTINEDĚLÍ a KOJENÍ. Tyto přednášky jsem v roce 2010 rozšířila o dva další okruhy, těmi jsou

PRVNÍ POMOC a PÉČE O NOVOROZENCE. Od roku 2011 se přidalo ještě cvičení žen v těhotenství a po porodu

V současné době přednáší tyto kurzy 5 lektorek, porodní asistentky pracující na porodním sále.

Cena jednoho kurzu, který trvá 2 hodiny, je 350,- Kč za osobu, za cvičení 180,- Kč za osobu.

4.2 Charakteristika kurzů

4.2.1 Porod

Na úvod je budoucím rodičům představena Thomayerova nemocnice, nabídka standardních a nadstandardních pokojů a výhody spojené s porodem v TN. V další části je rodičům objasněno, kdy mají vyjet do porodnice a jaké věci jsou nezbytné k porodu a k následnému pobytu v porodnici.

Hlavní náplní tohoto kurzu je poučit budoucí matky a otce o průběhu porodu, o jeho délce, o mechanismu otevírání porodních cest a o možnosti využití úlevových poloh při porodu. Rovněž jsou zde podány informace o porodu císařským řezem a o klešťovém porodu.

Nezbytnou součástí je nabídka nadstandardních služeb, jako například odběr pupečníkové krve pro vlastní dítě či jako dárcovská a aplikace epidurální analgesie.

Závěr je věnovaný prohlídce porodního sálu, šestinedělí a nadstandardnímu oddělení.

Ženám a jejich partnerům je zde nabídnuta možnost odběru pupečníkové krve, který mohou darovat na další zpracování a event. využití k léčbě různých onemocnění, nebo odběr pro vlastní potřebu.

4.2.2 Kojení

Cílem tohoto kurzu je poučit matky nejen o významu kojení pro dítě, ale seznámit je i s výhodami, které kojení přináší kojícím matkám. V této přednášce by se ženy měly dovědět o správné technice kojení a o polohách k tomu vhodných. Jsou zde seznámeny s možnými komplikacemi při kojení a jejich řešení. Rovněž jsou zde ukázány pomůcky na kojení. Účastníci jsou obeznámeni s potravinami, které se v době kojení nedoporučují a naopak jsou jim doporučeny potraviny, které by měla každá kojící žena

po dobu kojení jíst. Na kurzu jsou ženy seznámeny s činností Laktační ligy, která sídlí v TN.

4.2.3 Šestinedělí

Během tohoto kurzu se žena dozví o průběhu šestinedělí a změnách v těle, které s poporodním obdobím souvisejí. Získá zde informace o principech správné hygieny a životosprávě v šestinedělí se zaměřením na kojení. Ženám jsou zde ukázány úlevové polohy, které jsou později využívány u samotného porodu. Též se zde budoucí matky seznámí s vhodnými cviky po porodu. To vše s praktickou ukázkou a event. nácvikem.

4.2.4 Péče o novorozence

Náplní tohoto kurzu je naučit budoucí matky a event. i otce správně pečovat o novorozence a dítě. Nedílnou součástí tohoto kurzu je péče o novorozence - výbavička, koupání, přebalování. Budoucí rodiče mají možnost osvojit si techniky manipulace s dítětem v různých polohách a získat tak jistotu při pozdějším zacházením s novorozencem a kojencem. Osvojí si techniku pokládání, nošení a chování dítěte. Rodiče se krátce seznámí s psychomotorickým vývojem dítěte v jednotlivých měsících.

4.2.5 První pomoc

Jedním z nejdůležitějších kurzů je kurz první pomoci. Budoucí rodiče se dozví, co dělat při různých neočekávaných situacích jako např. opaření čajem, spolknutí léků, různá poranění a popálení. Tento kurz je zaměřen nejen na dané situace, ale hlavně na prevenci úrazu a nejčastějších příčin úrazů v dětském věku. Důraz je kladen na používání bezpečnostních zarážek do šuplíků, skříněk, oken, elektrických zásuvek atd. Součástí je i základní vybavení domácí lékárničky.

4.2.6 Nabídka konkurence

Zde uvedu nabídku několika pražských organizací nabízejících předporodní kurzy.

Aperio - Společnost pro zdravé rodičovství, sídlící na Praze 5, nabízí několik kurzů pro rodiče.

Jsou to např. kurzy

- masáže miminek a malých dětí, který trvá 2 hodiny a cena je 369,- Kč pro těhotnou ženu/maminku, partner 100,- Kč, dítě zdarma

- manipulace s miminkem, která trvá 3 hodiny, cena je 549 Kč pro těhotnou ženu/maminku, 100 Kč pro její doprovod (dítě zdarma)
- šestinedělí a péče o novorozence, který trvá 3 hodiny, cena je 549,- Kč, doprovod ženy 100,- Kč.
- kurz zaměřený na kojení, který trvá 3 hodiny, cena je 549,- Kč, doprovod ženy 100,- Kč.
- víkendový kurz předporodní přípravy, cena 1990,- (63)

http://www.aperio.cz/8/kurzy-a-seminare

Porodní dům U čápa, sídlící na Praze 4, pořádá celodenní kurz /v sobotu nebo v neděli/ . Tento kurz je zaměřen na zdravé těhotenství, výběr místa a způsobu porodu, sestavení porodního plánu. Seznamuje rodiče s průběhem porodu, ale i s obdobím poporodním. Kurz je zaměřen rovněž na péči o dítě a kojení.

Cena tohoto skupinového kurzu je 1500,- a trvá 9 hodin /se třemi přestávkami/. (73)

http://www.pdcap.cz/Texty/PDS/Predporodni-kurz.html

Studio pro ženy. Má pobočku v Praze, v Karlových Varech a Říčanech,

Předporodní kurz je shrnut do 4 lekcí po 2 hodinách a zabývá se porodem teoreticky, prakticky, kojením a péčí o miminko. Cena je 600,- Kč/ 120 min. (74)

http://www.studioprozeny.cz/tehotenstvi/predporodni-kurzy

4.3 Předporodní kurzy v zahraničí

4.3.1 Předporodní kurzy v Anglii

Předporodní kurzy v Anglii nejsou povinné, ale lékaři je rodičkám často doporučují. Jsou nazývány Antenatal classes neboli předporodní třídy. Jsou nabízeny jak nemocnicemi, tak i soukromými subjekty. Třídy vedou přímo porodní asistentky, nebo vyškolení učitelé z oboru zdravotnictví a fyzioterapie. Důležitost předporodních kurzů spočívá hlavně v tom, že se rodička může rozhodnout, zdali porodí v nemocnici, doma nebo v porodním centru (tzv. midwifery unit) a kurz ji dokáže pomoci dostát svým očekáváním.

Délka kurzů je různá, záleží na tom, co budoucím rodičům vyhovuje. Společným ukazatelem jsou však převážně večerní hodiny v pracovních dnech, ale výjimkou nejsou

ani víkendové kurzy. Většinou se rodička zúčastní třech až šesti setkání. The National Childbirth Trust je nezisková organizace pomáhající budoucím i stávajícím rodičům a nabízí kurzy v délce16 - 18 hodin ve všední den i o víkendu

Kurzy nabízejí pomoc nejen s přípravou na narození dítěte, ale i pomoc s vytvořením vlastního porodního přání. Lektoři se snaží, aby kurzy byly nejenom informativní, ale také neformální a zábavné. Lekce začínají 8 -10 týdnů před porodem, tj. někdy kolem 30 - 32 týdne těhotenství. (76) *http://www.nct.org.uk/courses/antenatal*

U National Health Service jsou témata předporodních kurzů např. zdraví v těhotenství, cvičení v těhotenství, zvládání bolesti a úlevové polohy během porodu, péče o dítě (72). http://www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/antenatal-classes-pregnant.aspx#close

Některé kurzy nabízejí všechna tato témata, jiné se zaměřují pouze na určité aspekty nebo na specializovaná témata, jako např. BabyCentre. Tam se specializují na výběr místa porodu (doma, porodní dům, nemocnice), jak skloubit práci a narození potomka, zvládání stresu, atd. (64) *http://www.babycentre.co.uk/a536329/antenatal-classes*

4.3.2 Předporodní kurzy ve Francii

Stejně jako v Anglii jsou předporodní kurzy rodičkám doporučovány jako nejlepší možný způsob, jak se připravit na narození potomka. Začínají obvykle už od 20. týdne těhotenství a nabízejí je jak porodnice, tak soukromé subjekty. Nemocnice nabízejí kurzy placené i zcela zdarma.

Existují různé typy předporodních kurzů (classes prénatales), ale nejvyhledávanější jsou ty, které nabízejí širokou škálu témat. Dle Edukeo.net je obsah kurzů závislý na tom, zdali žena plánuje domácí porod se soukromou porodní asistentkou nebo porod v nemocnici. Podstatný je také způsob, jakým chce žena rodit a zda je prvorodička nebo zkušená matka. Některé ženy odmítají medikamentozní tišení bolesti během porodu, a proto je těmto ženám nabízen kurz specializující se na dechová cvičení, díky kterému snáze překonají bolestivé kontrakce. Tento kurz se v Edukeo.net nazývá Lamaze a využívají ho převážně rodičky, jejichž zájem je rodit přirozeně.

Cílem všech kurzů je připravit rodičku tak, aby byla schopná si sestavit porodní plán, byla připravena na různé situace a cítila se jistější během samotného porodu. Zajímavostí kurzů ve Francii jsou tzv. online kurzy, které jsou určeny pro ty, kteří jsou

příliš zaneprázdněni nebo pro rodičky, které jsou z důvodu rizikového těhotenství upoutány na lůžko. (67) *http://www.edukeo.net/classes-prenatales-a04518815.htm*

Soukromé porodní centrum Co-Naissance nabízí individuální kurzy v celkové délce trvání pěti hodin, které se odehrají během dvou setkání. Cena tohoto kurzu se odvíjí od její délky, ale i od cestovného, které si lektor připočítá při cestě do domu rodičky.

Standardní témata kurzů jsou pohyb a úlevové pozice při porodu, zvládání bolesti, různé komplikace, které mohou nastat před, při porodu, anebo po porodu, sestavení porodního plánu atd. (65) *http://www.co-naissance-doula.com/coursprenataux.php*

4.3.3 Předporodní kurzy v Německu

Předporodní kurzy v Německu jsou, stejně jako služby porodní asistentky, plně hrazené ze zdravotního pojištění. I většina soukromých pojišťoven tyto služby proplácí. Výjimkou je partner rodičky, který za přítomnost na předporodním kurzu platí přibližně 80 - 90 Euro.

Kurzy nabízejí nemocnice i soukromé subjekty a jsou určeny pro všechny ženy i jejich doprovod, bez ohledu na to, kde plánují porodit. Většina těhotných žen dochází ke svému gynekologovi a každá žena si v těhotenství vybere svoji porodní asistentku (hebamme), která ji provází těhotenstvím, porodem a následně šestinedělím. V případě jakéhokoliv problému okamžitě rodičku odkazují do rukou lékařů.

Jeden ze soukromých poskytovatelů předporodní a porodní péče Geburtshaus – Maja, se ve svých kurzech zabývá relaxací a masážemi, dýchacími technikami a úlevovými polohami při porodu, způsoby porodu (např. porod do vody) a prvními hodinami s dítětem a kojením (70) *http://www.geburtshaus-maja.de/deutsch/vor_geburt.php*

Kromě kurzů nabízejí také homeopatii, aromaterapii, masáže a výživové poradenství. Zároveň nabízejí detekci těhotenství, těhotenské prohlídky, včetně screeningových vyšetření, krevních testů a měření krevního tlaku. Porodní asistentky dle Fokus-Leben po předchozí domluvě docházejí k rodičce domů a během přibližně hodinové návštěvy, mimo jiné, zjišťuje polohu a růst dítěte, poslouchá srdeční činnost a měří tlak. V rámci nadstandardní péče nabízejí telefonické konzultace, individuální poradenství s porodní asistentkou nebo osobní koučing pro zbavení strachu z porodu. (68) *http://www.fokus-leben.de/Vor-der-Geburt*

Hebammerie uvádí, že kurzy pořádá pro rodičky od 32. týdne těhotenství během víkendových setkání, které probíhají v sobotu a neděli. (71) http://hebammerie.de/en/courses.php

Centrum Geburtshaus - Berlin nabízí informace o tom, co rodičku čeká, metody relaxace nebo dechová cvičení, které budou rodičky potřebovat při porodu. V párových kurzech se partneři seznámí se způsoby, jakými mohou rodičce při porodu pomoci. Některé kurzy jsou dokonce pouze pro nastávající otce. Kurzy vedou obvykle porodní asistentky z daného porodního centra.(69) http://www.geburtshaus-berlin.de/index.php?id=kurse

4.4 Popis přípravy a realizace předporodních kurzů

Před vlastním zahájením kurzů bylo nutné zmapovat nabídku kurzů v Praze a blízkém okolí. Po té došlo k vytvoření koncepce nabídky předporodních kurzů, které jsme byly schopny pro naše klientky a klient zajistit. Jak již bylo zmiňováno v kapitole 4.1.1, nejprve jsme nabídly ženám téma POROD. Po úspěšném naplnění kapacity kurzu došlo po 6 měsících k rozšíření nabídky o další témata. Nezbytností bylo společně vytvořit osnovu jednotlivých kurzů.

Abychom uspěly v konkurenčním prostředí, v roce 2010 jsme rozšířily nabídku o další 2 témata. V tomto případě se porodní asistentky zúčastnily kurzu manipulace s dítětem, pod názvem „Něžná náruč rodičů“. Tento víkendový seminář pořádá agentura Kenny, se sídlem na Praze 4. Seminář je určen pro osoby zajišťující nebo vyučující péči o dítě.

Pro získání sebedůvěry při přednášení 1. pomoci, jsme navštívily kurz na toto téma. Díky tomu se nám lépe vytvářela koncepce připravované přednášky a doplnily jsme si znalosti první pomoci zaměřené na dítě. Tento kurz jsme absolvovaly u Českého červeného kříže.

Jelikož bylo naším cílem vyhovět těhotným ženám ve všech směrech, přednášky jim nabízíme i v odpoledních hodinách, tedy od 15.30 hod.

Nutností při realizaci předporodních kurzů, byla i úprava internetových stránek a návrh nového propagačního materiálu, který měly možnost těhotné ženy získat na prenatální ambulanci

V roce 2012 došlo k velké rekonstrukci gynekologicko – porodnického oddělení, díky níž byla zrekonstruována i místnost, ve které se přednášky konaly. Prostory tak lépe vyhovují požadavkům moderní doby.

5. Zhodnocení výstupů

5.1 Metodologie výzkumu

Dotazník má 14 otázek. Dotazník jsem vytiskla na tři stánky velikosti A4. 13 otázek bylo uzavřeného formátu s připravenými kategoriemi odpovědí. 1 otázka byla otevřená. Poslední otázka dávala možnost respondentovi vyjádřit svůj názor a připomínky k předporodním kurzům.

5.2 Zkoumaná populace

Respondenty byli účastníci předporodních kurzů v Thomayerově nemocnici v Praze 4. Mezi respondenty byly převážně ženy. Některých předporodních kurzů se účastní však i muži, proto i jim byl dotazník předán k vyplnění. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné. Celkem bylo rozdáno 112 dotazníků, návratnost byla 100%. Tyto dotazníky jsem rozdávala posluchačům, kteří již absolvovali všechny přednášky nebo se již na žádnou nechystali. Respondenti tedy vyplňovali dotazník po skončení předporodní přednášky.

Dotazník, který byl určen pro muže, byl v dolní části označen malým křížkem. O tom však dotazovaní muži nevěděli.

S dotazníkovou akcí byla seznámena hlavní sestra Thomayerovy nemocnice a vrchní sestra gynekologicko- porodnické kliniky téže nemocnice.

5.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit spokojenost návštěvníků předporodních kurzů. Spokojenost se zjišťovala nejen s náplní jednotlivých přednášek / porod, šestinedělí, kojení, první pomoc a manipulace s dítětem/, ale i hodina, kdy jsou jednotlivé přednášky pořádány a prostředí, ve kterém probíhají. Jeden dotaz také směřoval na návštěvu předporodního kurzu v jiném zařízení.

5.4 Hypotézy

Hypotéza 1: Předporodních kurzů pořádaných v TN se účastní více žen než mužů

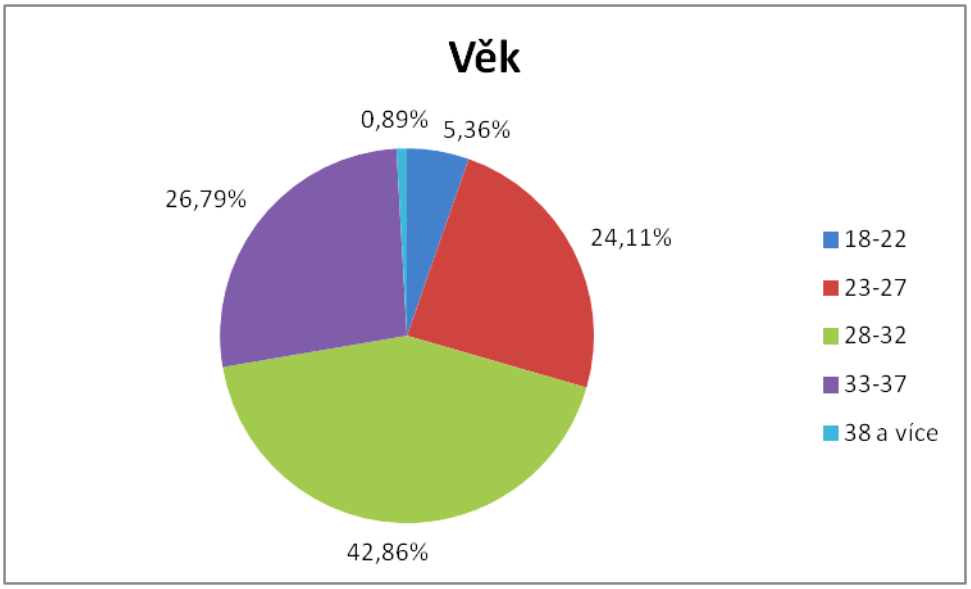
Hypotéza 2: Předporodních kurzů pořádaných v TN se účastní více lidí s vysokoškolským vzděláním

Hypotéza 3: Nejmenší návštěvnost předporodních kurzů pořádaných v TN má kurz 1. pomoci

Hypotéza 4: Účastníci výzkumu by uvítali pořádání přednášek i v dopoledních

5.5 Prezentace výsledků

Graf 1 *Věk*

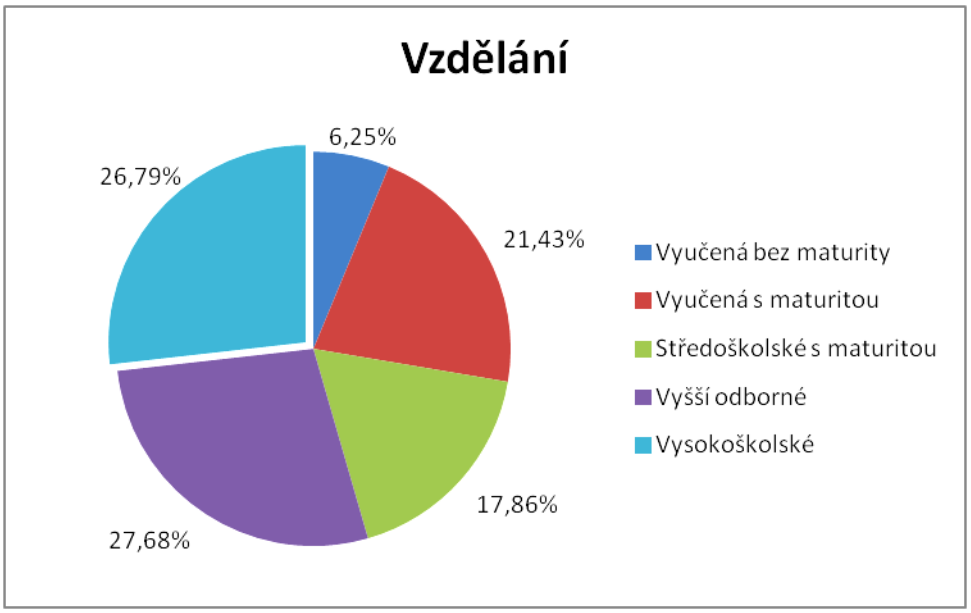


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů byla ve věkových kategoriích 23-27, 28-32 a 33-34 let. Nejvíce respondentů bylo ve věku 28-32 let (48), druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 33-37 let (30). Třetí skupinu tvořili lidé ve věku 23-27 let (27). Dále následovala věková kategorie 18-22 let (6). Ve věkové kategorii nad 38 let se vyskytl jen jeden účastník. Ve věku pod 18 let se výzkumu nikdo neúčastnil.

Graf 2 Vzdělání

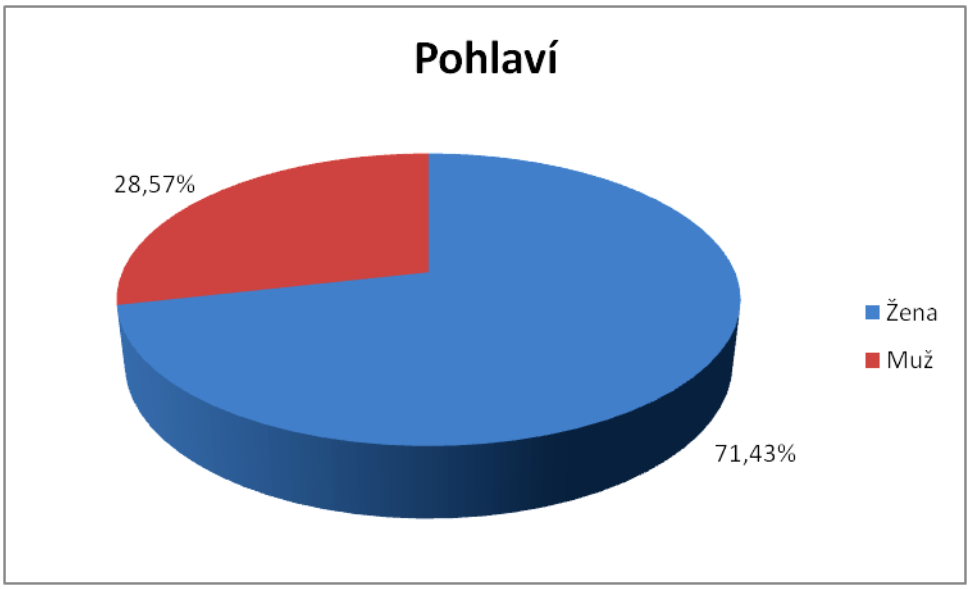


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce byli zastoupeni respondenti s vyšším odborným vzděláním, tedy 27,68% (31) a vysokoškolským vzděláním, 26,79 % (30). Lze tedy předpokládat, že vzdělaní lidé, se rádi vzdělávají i na kurzech pro praktický život. Další početnou skupinou byli respondenti vyučení s maturitou, 21, 43 % (24) a středoškoláci s maturitou, 17,86 (20). Nejméně se přednášek zúčastnilo respondentů vyučených bez maturity, 6,25% (7).

Graf 3 *Pohlaví*



N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Průzkumu se zúčastnilo 71, 43 % (80) žen a 27,57 % (32) mužů. Prenatálních kurzů se účastní hlavně ženy, jen některé jsou doprovázeny muži.

Tabulka 1 Vzdělání a pohlaví

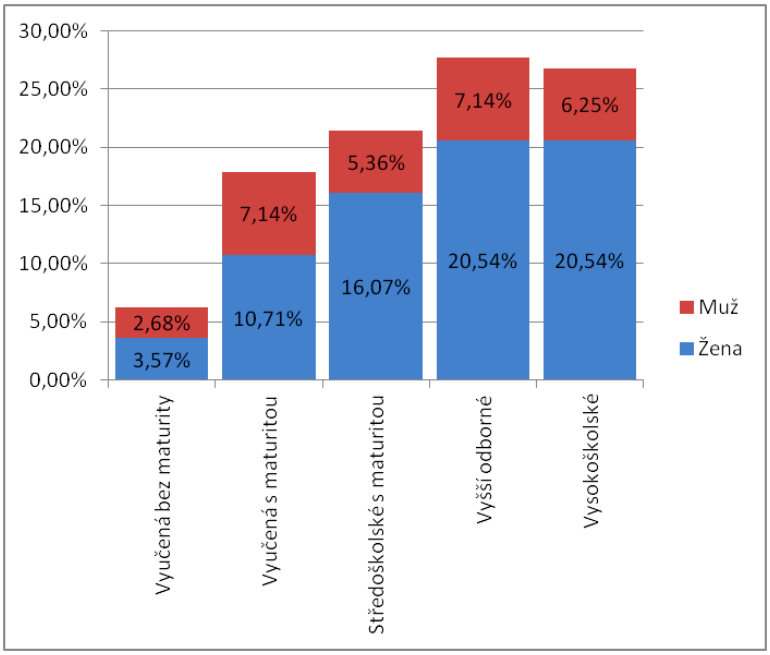
Vzdělání	Žena	Muž	Celkem
Vyučená bez maturity	4	3	7
Vyučená s maturitou	12	8	20
Středoškolské s maturitou	18	6	24
Vyšší odborné	23	8	31
Vysokoškolské	23	7	30
celkem	**80**	**32**	**112**

N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Popis viz následující graf 3

Graf 3 Vzdělání a pohlaví



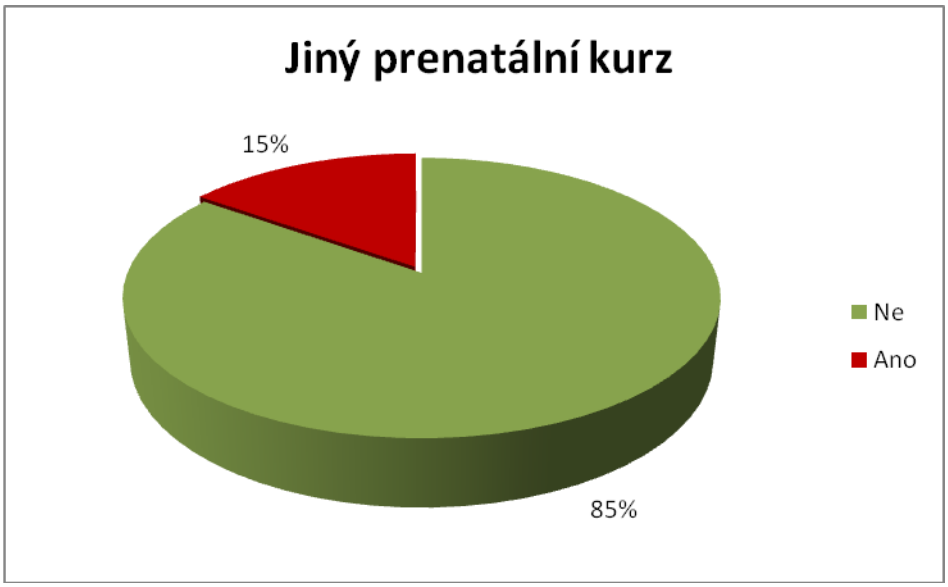
N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 a graf 3 ukazují, že kurzů předporodní přípravy se účastní převážně ženy s vyšším vzděláním, tedy 20,54% (23) nebo vysokoškolským vzděláním, 20,54% (23). Muži, kteří se zúčastní předporodního kurzu, mají nejčastěji vyšší odborné vzdělání, 7,14% (8) nebo vyučení s maturitou7,14%(8). Respondentů se středoškolským

vzděláním se výzkumu zúčastnilo 18 žen, tj,16,07% a 6 mužů, tj.5,36%. Dotazovaných se vzděláním „vyučen bez maturity“ se účastnilo celkem 7, z toho 3,57 % (4) žen a 2,68% (3) mužů.

Graf 4 Návštěva jiného kurzu



N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že většina respondentů 84,82 % (95), se žádného jiného předporodního kurzu nezúčastnilo. V dnešní době hledají lidé velké množství informací z různých zdrojů (internet, časopisy). Někteří se raději účastní kurzů na stejné téma, aby si informace potvrdili a event. rozšířili.

Tabulka 2 Četnost v závislosti na pohlaví

Jiný kurz	Žena	Muž	celkem
Ne	67	28	95
Ano	13	4	17
celkem	**80**	**32**	**112**

N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 ukazuje poměr žen (13) a mužů (4), kteří se zúčastnili jiného prenatálního kurzu. Celkem tedy navštívilo jiný prenatální kurz 17 dotazovaných. Tedy, jak lze předpokládat, zvídavějších je v této oblasti více žen.

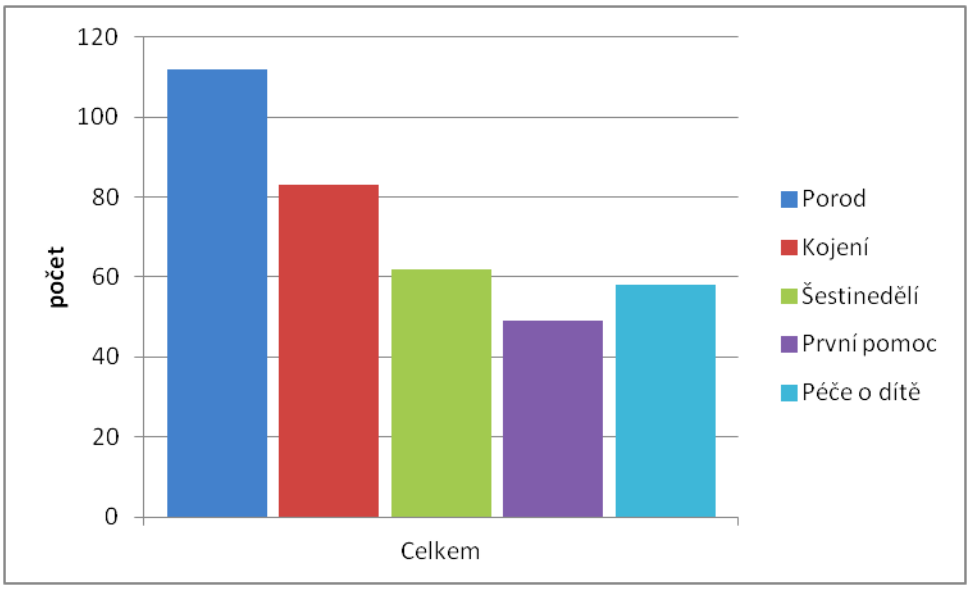
Tabulka 3 Jiná zařízení

	Počet	
Klub maminek	1	5,88%
Maternity care	1	5,88%
Podolí	1	5,88%
Porodní dům u čápa	4	23,52%
Porodnice Podolí	2	11,76%
Soukromá ambulance mojí lékařky	1	5,88%
Soukromá porodní asistentka	2	11,76%
Studio pro ženy- předporodní kurz	2	11,76%
U gynekologa	3	17,65%
Celkový součet	**17**	**100,00%**

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 znázorňuje, kde jinde navštívili respondenti předporodní kurzy. Nejvíce dotazovaných (4) se zúčastnilo předporodního kurzu v Porodním domě U čápa, který se nachází na Praze 4. Další respondenti uvedli porodnici v Podolí (2), Studio pro ženy (2) a soukromou porodní asistentku (2).

Graf 5 Návštěvnost jednotlivých kurzů

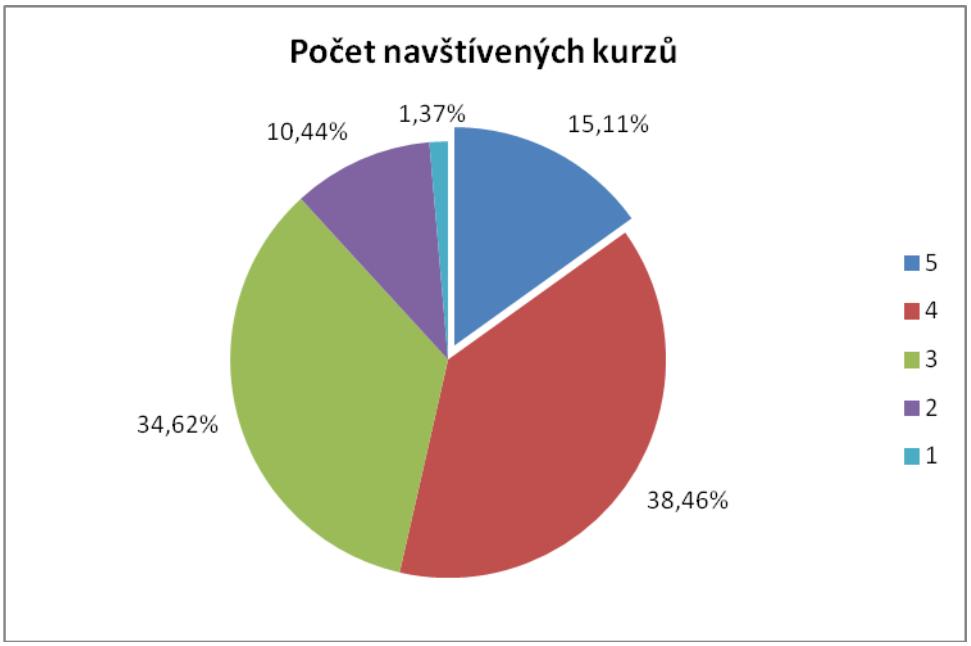


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, kolik respondentů se zúčastnilo jednotlivých kurzů, tedy Porod navštívilo všech 112 dotazovaných. Kojení navštívilo už jen 83 dotázaných a Šestinedělí 62. Péče o dítě se zúčastnilo 58 a nejméně respondentů, 49, se dostavilo na kurz První pomoci.

Graf 6 Počet navštívených kurzů

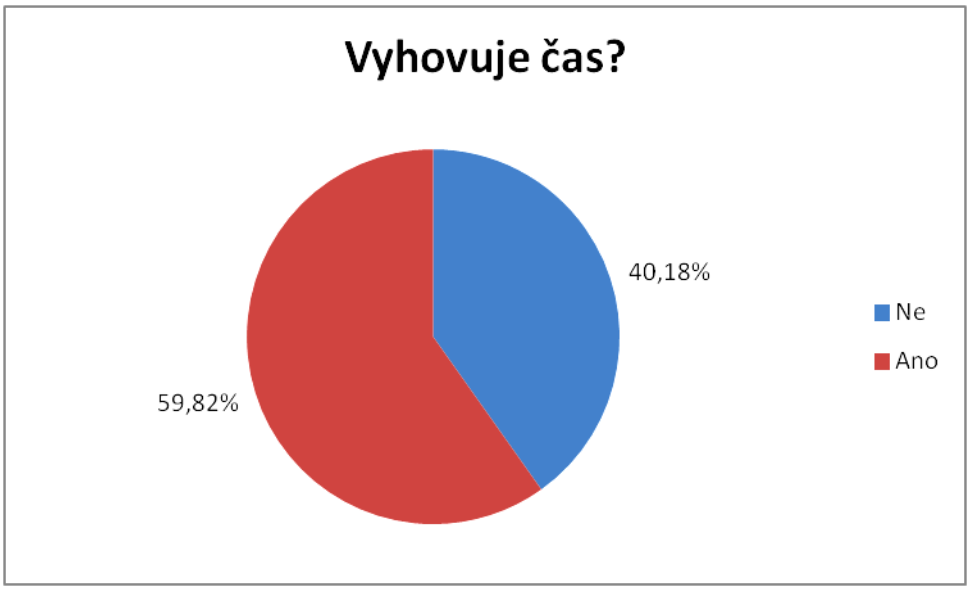


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje kolika přednášek se respondenti zúčastnili. Všech 5 přednášek si vyslechlo 15,11 % (17) respondentů,což je z celkového počtu 112 dotázaných málo. Nejvíce se lidé zůčastnili 4 přednášek, 38,46% (43). 3 přednášky navštívilo 34,62 % (39) účastníků. Na 2 přednášky se dostavilo 10,44 % (12) lidí a pouze jednu přednášku navštívil jeden respondent.Motivace respondentů k návštěvě dalších přednášek by mělo být nedílnou součástí každého prenatálního kurzu.

Graf 7 Čas18.30 hod.



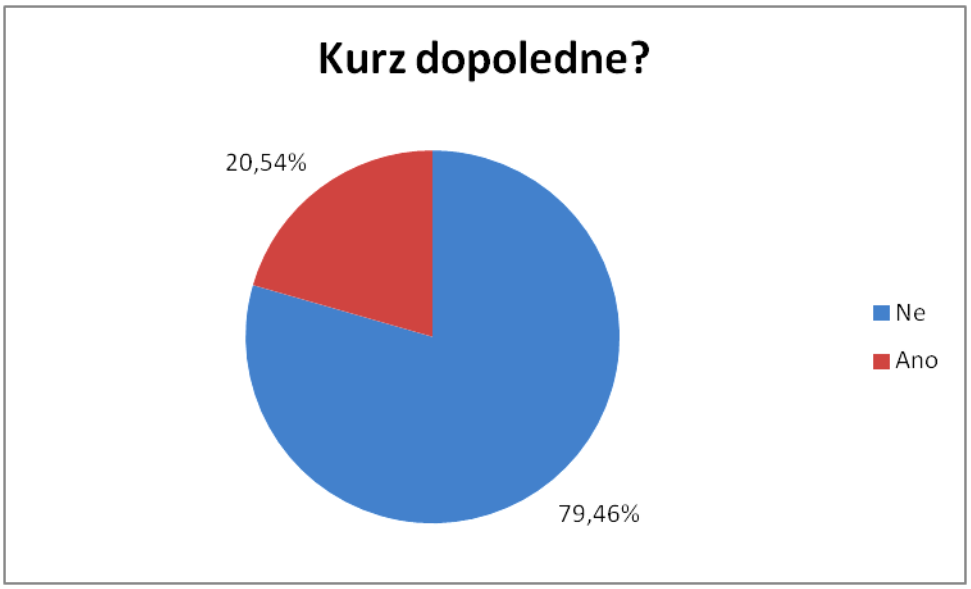
N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje spokojenost s časem, ve kterém jsou přednášky pořádány, tedy 18.30.

59,82% (67) respondentům čas vyhovuje, 40,18% (45) nevyhovuje. Reakcí na toto zjištění bylo zařazení přednášek i na odpolední hodinu, tedy 15.30.

Graf 8 Dopolední kurzy

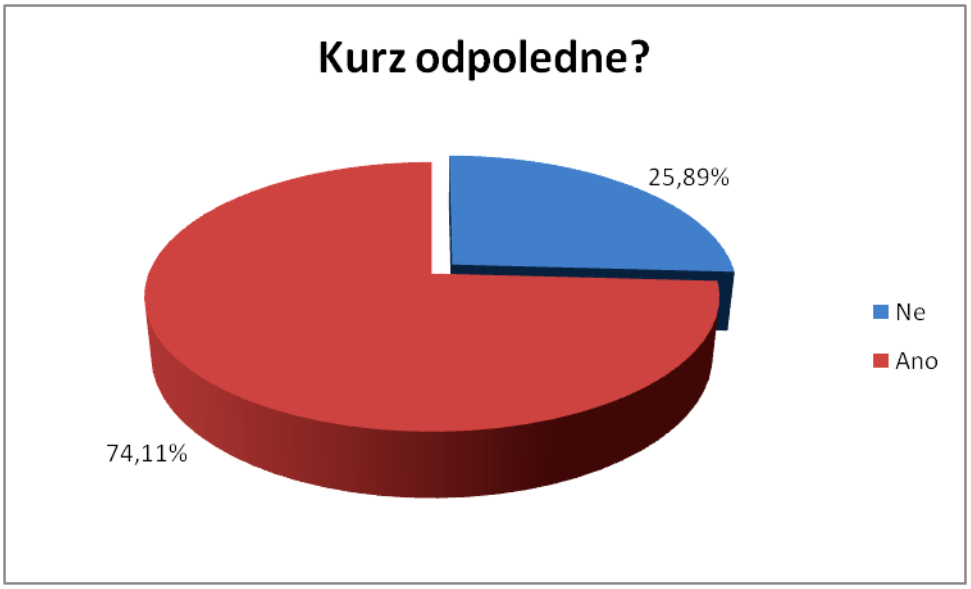


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje kolik respondentů by uvítalo kurz v dopoledních hodinách. Pouze 20,54% (23) dotázaných by dopolední kurzy navštívilo, ostatním 79,46% (89) by dopolední kurzy nevyhovovaly. Toto zjištění zatím nevedlo k otevření předporodních kurzů v Thomayerově nemocnici v dopoledních hodinách.

Graf 9 Odpolední kurzy

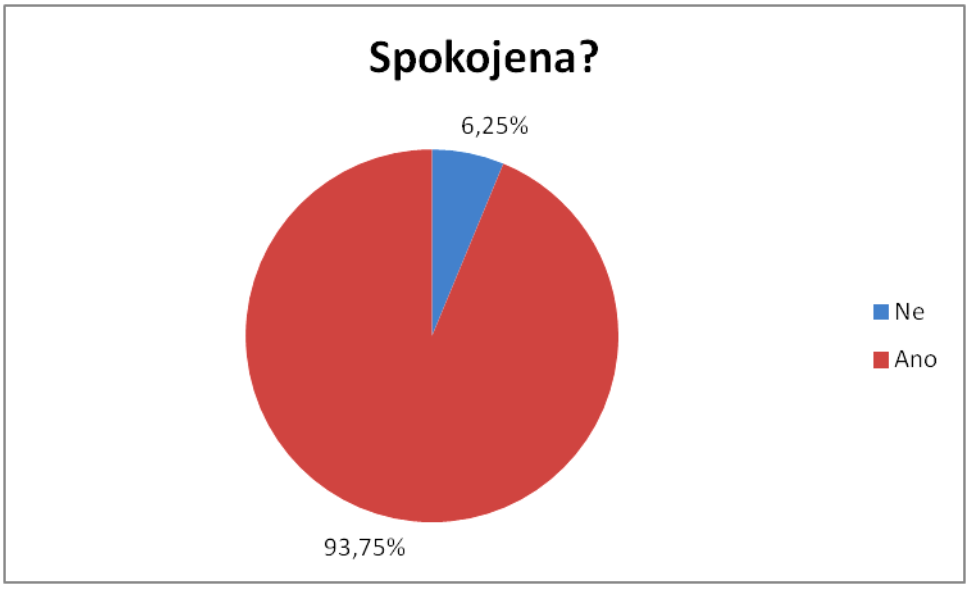


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Odpolední kurzy by uvítalo 74,11% (83) respondentů, 25,89% (29) ne. Reakcí na toto zjištění bylo zařazení přednášek i na odpolední hodinu, tedy 15.30.

Graf 10 Spokojenost s náplní



N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

S náplní kurzů je spokojeno 93,75% (105) dotazovaných. Pouze 6,25 % (7) jich je nespokojených.

Graf 11 Srozumitelnost informací

N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Srozumitelně byly informace předány 82,14% (92) respondentům. Nesrozumitelné informace dostalo 17,86% (20) účastníků výzkumu.

Tabulka 4 Nabídka jiných témat

Cvičení v těhotenství	71
Cvičení po porodu	49
Příprava otců k porodu	103
Jiné	20

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje, jaká jiná témata by respondenti uvítali. Největší zájem byl o přípravu otců k porodu, 103 respondentů a cvičení v těhotenství, 71 dotázaných. Zájem by byl i o cvičení po porodu, 49 žen. Na otázku " Jiné" odpovědělo 20 respondentů. Díky zvýšenému zájmu žen o cvičení v těhotenství a po porodu, jim je toto cvičení už v Thomayerově nemocnici nabízeno také.

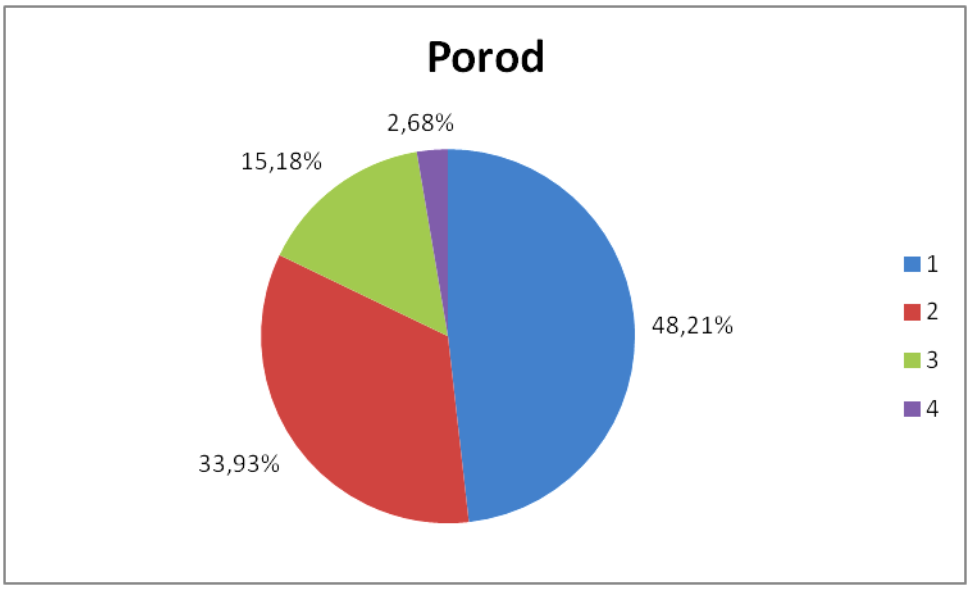
Tabulka 5 Jiná témata

	počet
domácí porod	10
masáž kojenců	7
poporodní komplikace	3
Celkem	**20**

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka ukazuje, jaká jiná témata by respondenti uvítali. Největší zájem by byl o domácí porod. Domácí porod je často diskutovaným tématem nejen v médiích, ale i mezi zdravotníky a obyčejnou populací. Je na zvážení, zda toto „ konfliktní" téma zařadit do nabídky kurzů.

Graf 12 Hodnocení kurzu na téma „POROD“

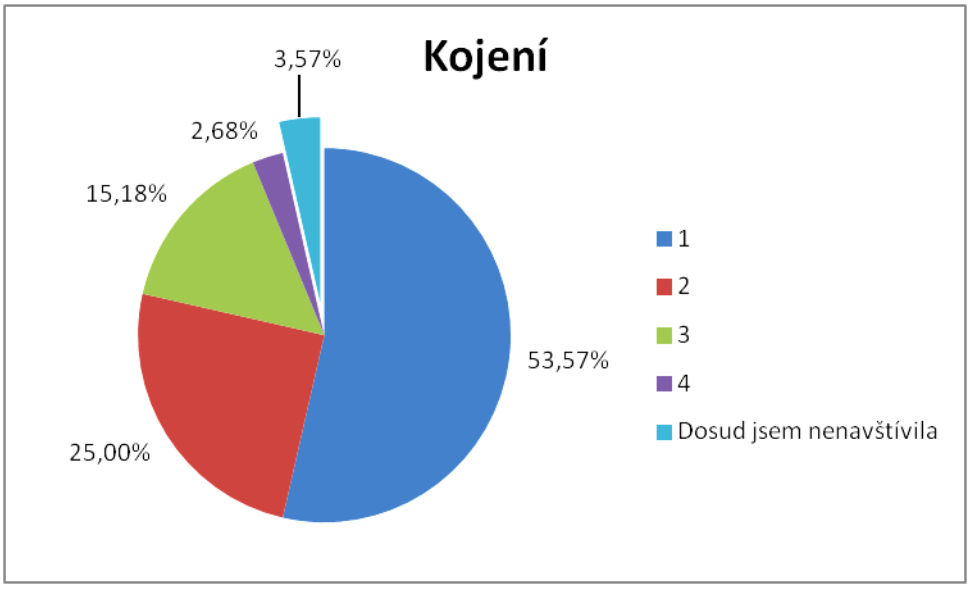


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tento kurz ohodnotilo 48,21% (54) dotázaných známkou 1, 33,93% (38) dotázaných známkou 2. Známku 3 dalo 15,18% (17) dotázaných. Známkou 4 by hodnotilo tento kurz 2,68% (3) respondentů.

Graf 13 Hodnocení kurzu na téma „KOJENÍ“



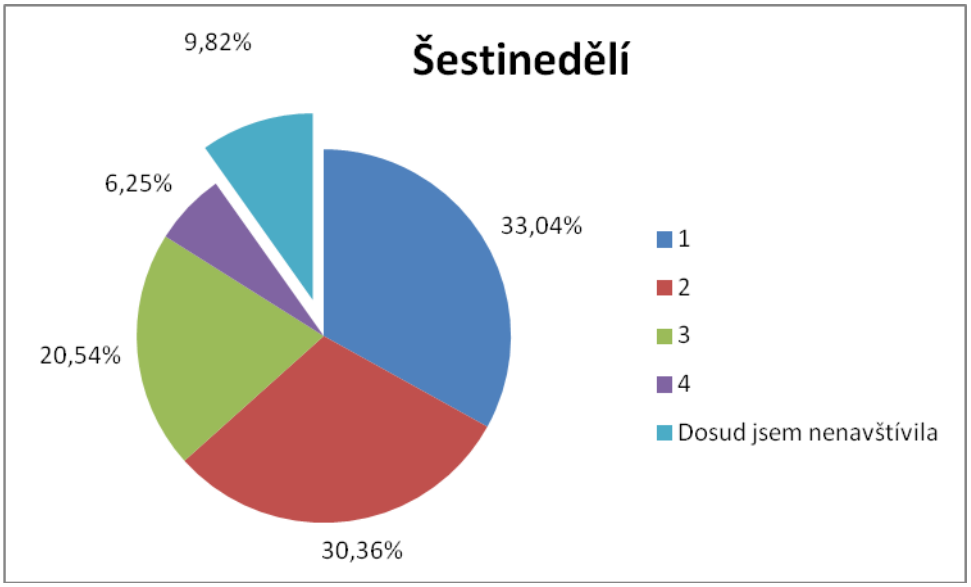
N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tento kurz ohodnotilo 53,57% (60) dotázaných známkou 1, 25% (28) dotázaných známkou 2. Známku 3 dalo 15,18% (17) dotázaných. 4 by hodnotilo tento kurz 2,68% (3) respondentů.

Dosud tento kurz nenavštívilo 3,57% (4) respondentů.

Graf 14 Hodnocení kurzu na téma „ŠESTINEDĚLÍ“

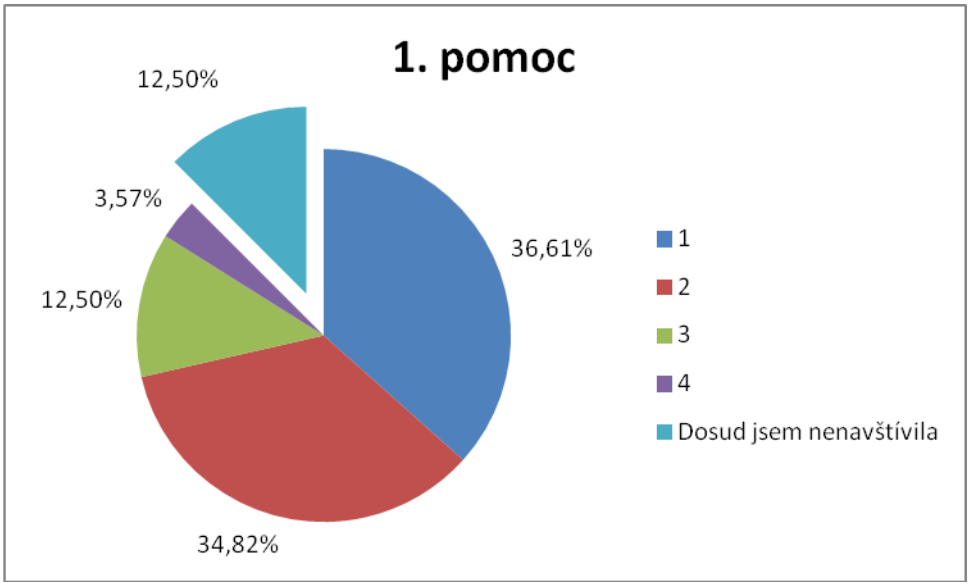


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tento kurz ohodnotilo 33,04% (37) dotázaných známkou 1, 30,36% (34) dotázaných známkou 2. Známku 3 dalo 20,54% (23) dotázaných. 4 by hodnotilo tento kurz 6,25% (7) respondentů. Dosud tento kurz nenavštívilo 9,82% (11) respondentů.

Graf 15 Hodnocení kurzu na téma „ 1. POMOC“



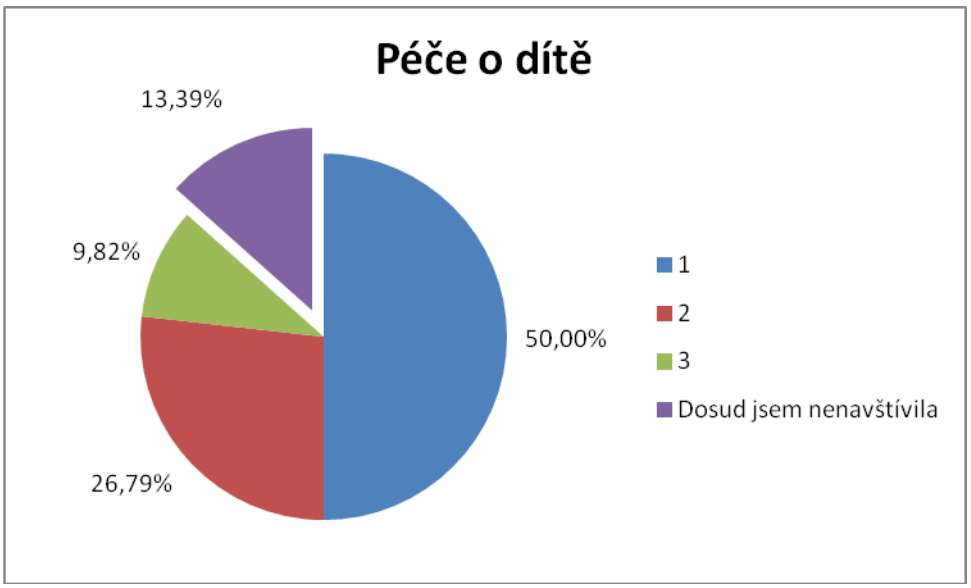
N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tento kurz ohodnotilo 36,61(41) dotázaných známkou 1. 34,82 (39) dotázaných známkou 2. Známku 3 dalo 12,5% (14) dotázaných. 4 by hodnotilo tento kurz 3,57% (4) respondentů.

Dosud tento kurz nenavštívilo 12,5% (14) respondentů.

Graf 16 Hodnocení kurzu na téma „ PÉČE O DÍTĚ“

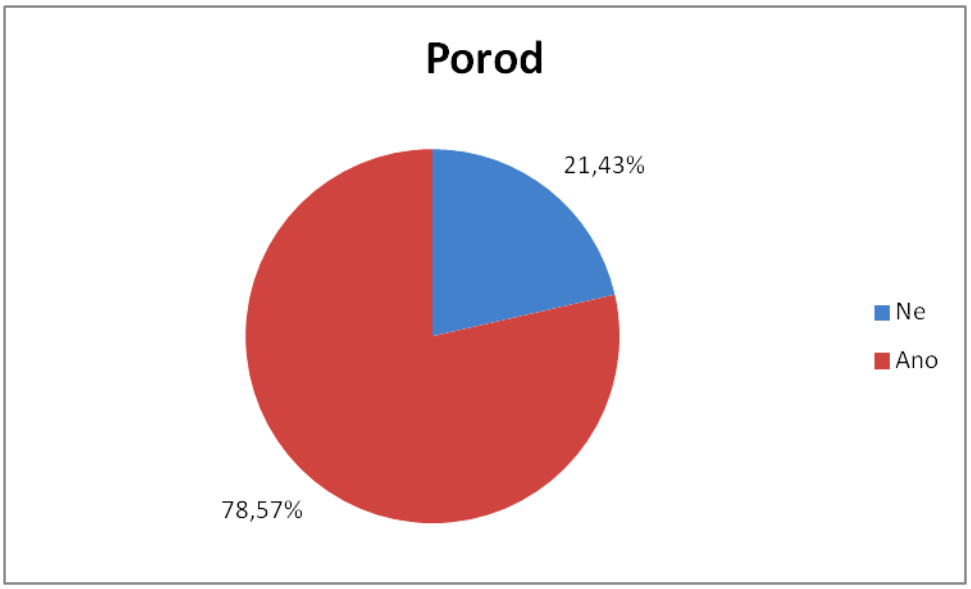


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tento kurz ohodnotilo 50% (56)dotázaných známkou 1. 26,79% (30) dotázaných známkou 2. Známku 3 dalo 9,82% (11) dotázaných. 4 tento kurz nikdo neohodnotil. 13,39% (15) respondentů dosud tento kurz nenavštívilo.

Graf 17 Účast na předporodním kurzu na téma „POROD“ s doprovodem

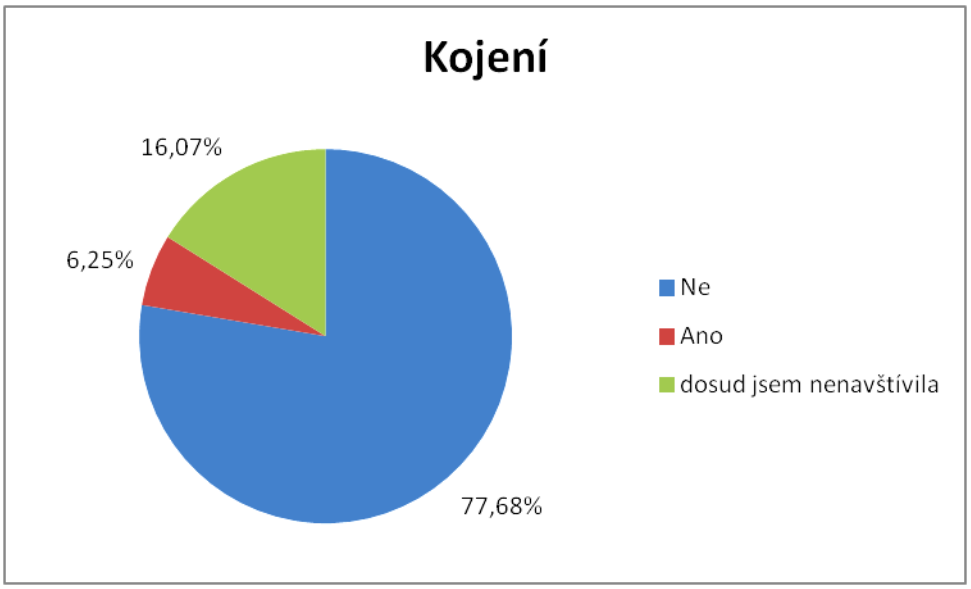


Zdroj: vlastní výzkum

Přednášky na téma Porod se s manželem/kou či partnerem/kou zúčastnilo 78,57% (88) dotázaných. Toto zjištění jistě souvisí i s vysokým procentem účasti otce u porodu.

Bez doprovodu přišlo 21,43 (24) respondentů.

Graf 18 Účast na předporodním kurzu na téma „KOJENÍ“ s doprovodem



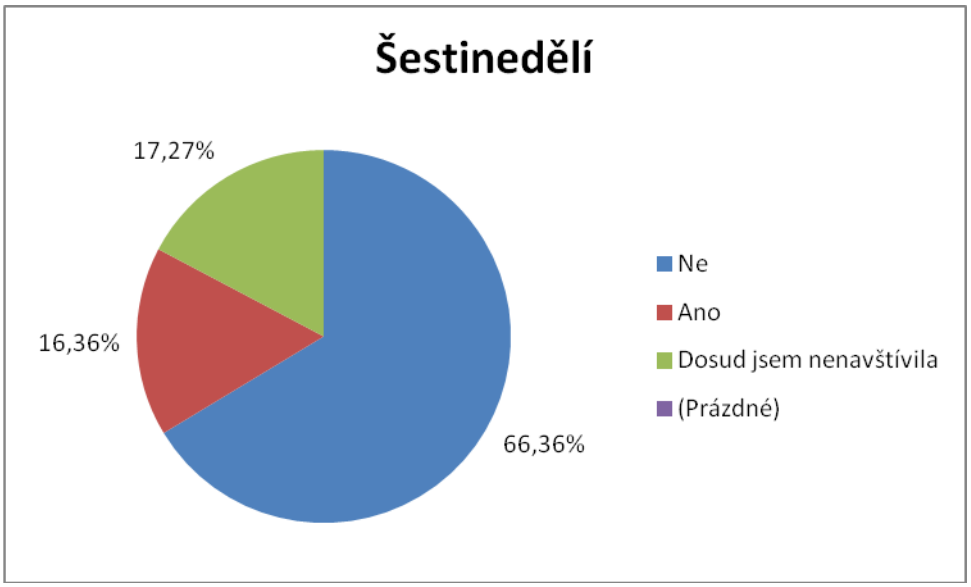
N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Přednášky na téma kojení se s manželem/kou či partnerem/kou zúčastnilo 6,25% (7) dotázaných. Žen bez doprovodu přišlo 77,68% (87). 18 dotázaných (16,07%) kurz nenavštívilo.

Kojení je záležitostí žen, a proto lze předpokládat nízkou účast mužů.

Graf 19 Účast na předporodním kurzu na téma „ŠESTINEDĚLÍ“ s doprovodem

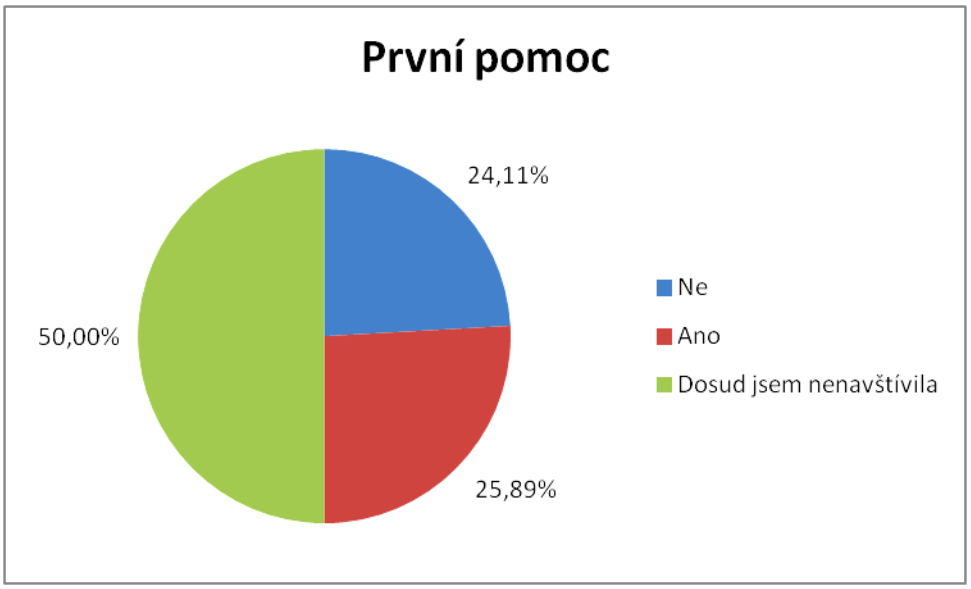


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Přednášky na téma šestinedělí se s manželem/kou či partnerem/kou zúčastnilo 16,36% (18) dotázaných. Bez doprovodu přišlo 66,36% (73) respondentů. 17,27% (21) dotázaných kurz nenavštívilo. Období šestinedělí a jeho úskalí se týká převážně žen samotných, a proto je účast doprovodu, tedy mužů nízká.

Graf 20 Účast na předporodním kurzu na téma „PRVNÍ POMOC“ s doprovodem

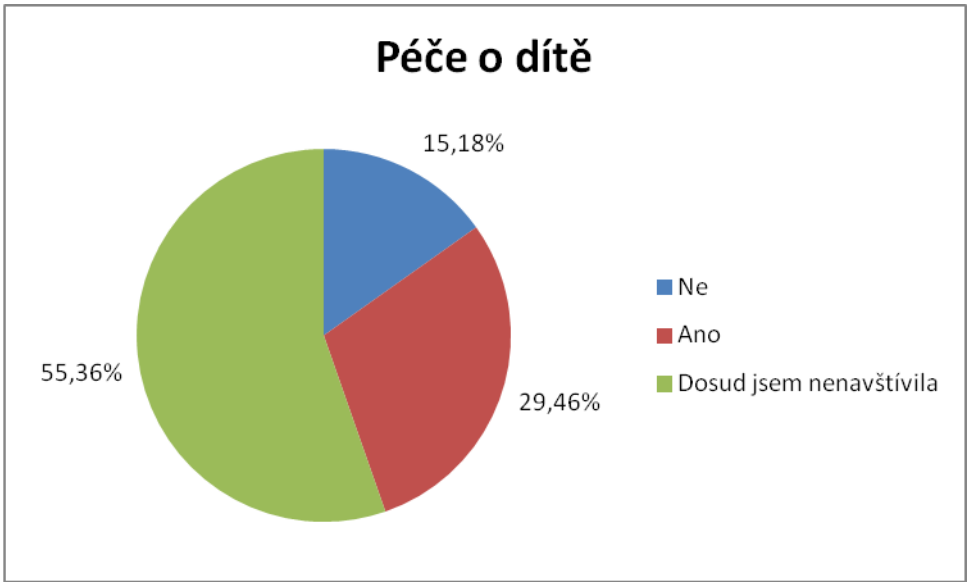


N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Přednášky na téma první pomoc se s manželem/kou či partnerem/kou zúčastnilo 25,89% (29) dotázaných. Bez doprovodu přišlo 24,11% (27) respondentů. 50% (56) dotázaných kurz nenavštívilo.

Graf 21 Účast na předporodním kurzu na téma „PÉČE O DÍTĚ“ s doprovodem



Zdroj: vlastní výzkum

Přednášky na téma péče o dítě se s manželem/kou či partnerem/kou zúčastnilo 29,46% (33) dotázaných. Bez doprovodu přišlo 15,18% (17) respondentů. 55,36% (62) dotázaných kurz nenavštívilo.

Tabulka 6 Jednotlivé kurzy navštívené s doprovodem

	Porod	Kojení	Šestinedělí	První pomoc	Péče o dítě
Ne	24	87	73	27	17
Ano	88	7	18	29	33
Dosud jsem nenavštívila		18	21	56	62
Celkem	**112**	**112**	**112**	**112**	**112**

N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka ukazuje souhrnný přehled navštívených kurzů s doprovodem. Tedy nejvíce párů se účastnilo základního kurzu na téma Porod. Nejméně navštěvovaným kurzem s doprovodem partnera či partnerky je Péče o dítě. Je zarážející, že téma, které

se týká obou budoucích rodičů, je tak málo navštěvované právě oběma budoucími rodiči.

Tabulka 7 Hodnocení prostředí

	Po		Před		Celkem	
1	52,6%	30	7,3%	4	30,4%	34
2	42,1%	24	27,3%	15	34,8%	39
3	5,3%	3	49,1%	27	26,8%	30
4	0,0%		12,7%	7	6,3%	7
5	0,0%		3,6%	2	1,8%	2
Celkový součet	**100,0%**	**57**	**100,0%**	**55**	**100,0%**	**112**

N=112, N (validní)=112

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka znázorňuje výsledky hodnocení prostředí. 55 účastníků hodnotilo prostředí před rekonstrukcí, 57 po rekonstrukci. Před rekonstrukcí nejčastěji hodnotili dotázaní známkou 3; 49,1% (27) a po rekonstrukci byla nejvíce zastoupena známka 1; 52,6% (30). Z výzkumu tedy vyplývá, že rekonstrukce byl vhodně zvolený nástroj ke zvýšení kvality předporodních kurzů.

6. Doporučení pro praxi

Prenatální kurzy jsou jistě nedílnou součástí přípravy ženy na porod. Těchto kurzů se často účastní i budoucí otcové a ve výjimečných případech i budoucí babičky či tety. Proto je nezbytné přednášky směřovat nejen na budoucí matky, ale i na ostatní členy rodiny.

Aby tyto kurzy mohly fungovat, je zcela nezbytné neustále rozšiřovat tým, který se jimi bude zabývat. Tento tým by sem měl ve vlastním zájmu, ale i v zájmu posluchačů neustále vzdělávat ve svém oboru a v daných konkrétních oblastech. Porodní asistentky by se měly nejen vzdělávat, ale i sledovat nové trendy a obohacovat jimi předporodní kurzy.

Konkurenceschopnost, to je další část nezbytná ke zdárnému provozování a nabízení předporodních kurzů. Agentur nabízejících tuto službu je v dnešní době spousty, proto uspět je velkým problémem. Výhodou kurzů pořádaných v porodnici je jistota, že tyto kurzy přednášejí odbornice v oblasti zdravotnictví.

Pro účastníky kurzů je často velmi důležitou složkou praktický nácvik, například manipulace s dítětem nebo resuscitace novorozence. Proto by nedílnou složkou při zajišťování kurzů, mělo být i zajištění vhodných pomůcek, které poslouží k názorné ukázce či k praktickému nácviku.

Všechny porodní asistentky, které se podílejí na organizaci a inovaci těchto kurzů, by měly sledovat měnící se potřeby těhotných žen a jejich doprovodu a vhodným způsobem na jejich požadavky reagovat a dle aktuálnosti zařazovat nová témata.

V porodnicích je vhodné aktivně nabízet předporodní kurzy již v raném stádiu těhotenství, nejlépe při jejich registraci do porodnice, tj. 13 týden gravidity.

7. Diskuse

Gladkij ve svém díle uvádí, že je nutné soustavně posilovat postavení na trhu, monitorovat potřeby, sledovat vývoj, vytvářet, rozvíjet a zlepšovat produkty, respektive služby a v neposlední řadě sledovat konkurenci. (Gladkij, I., a kol., 2003). Právě těmito procesy bychom se měly řídit my, porodní asistentky, abychom obstály v konkurenčním boji s ostatními organizacemi.

V dnešní době již není téma „porod“ tabu a mluví se o něm otevřeně. O tom svědčí i zvýšená návštěvnost kurzů budoucími rodiči, kteří pod tíhou zkreslených informací, raději navštíví prenatální kurz, kde jsou informováni o všem reálně a bez zaujetí.

Jak už výzkum napovídá, je neustále co zlepšovat. Těhotné ženy by uvítaly i jiná témata, kterými /jak z mého šetření vyplývá/, je například příprava otce k porodu, porod doma nebo komplikace při porodu. Je na uváženou, zda by taková témata stála za zařazení do nabídky a podle návštěvnosti je organizovat jednou nebo několikrát měsíčně.

Cílem předporodních kurzů je ženy poučit kvalifikovaným personálem na daná témata a zamezit tak šíření poplašných a lživých informací, které lze získat pomocí internetu. I na tento fakt je nutné ženy i muže upozornit během kurzů. A tím i získat klientelu na další kurz.

IV. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat spokojenost s prenatálními kurzy v Thomayerově nemocnici v Praze 4. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření. Tyto dotazníky byly předkládány účastníkům na konci kurzu, za předpokladu, že už jiný nenavštíví.

Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, otevřené i zavřené. Dotazníků se rozdalo 112, návratnost byla 100%.

Otázky byly formulovány tak, aby vedly k odpovědím na předem stanovené hypotézy.

Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce navštěvují prenatální kurzy lidé s vyšším odborným vzděláním, na druhém místě s vysokoškolským. Můj předpoklad byl lidé s vysokoškolským vzděláním. Tato hypotéza se mi tedy nepotvrdila.

Moje druhá hypotéza se týkala pohlaví respondenta. Tuto otázku jsem v dotazníku neformulovala. Dotazníky určené mužům jsem v dolním rohu označila křížkem. Obávala jsem se, že mi muži v souvislosti s dotazem na kurz kojení, šestinedělí či péče o dítě odpoví zkresleně. Proto měli mít pocit, že je nikdo „neobjeví“..

Dalo se předpokládat, že se nejvíce prenatálních kurzů zúčastní ženy. Pro mne bylo důležité zjistit, jakých kurzů se nejvíce účastnili muži. Ti se ve velké většině účastnili hlavně kurzu základního, tedy na téma porod.

Třetí výzkumnou otázku, kterou jsem si ve své práci položila, je nejmenší návštěvnost. Mou hypotézou byla nejnižší návštěvnost na kurzu na téma 1. pomoc. Tato hypotéza se mi potvrdila. Je zarážející, že lidé nejeví o tento kurz velký zájem. Možná se lidé domnívají, že znalosti první pomoci nikdy potřebovat nebudou. Nebo si myslí, že by to „nějak“ zvládli. Vhodně zvolená první pomoc může dítěti zachránit život, proto není dobré tuto tematiku podceňovat!

Do nedávné doby probíhaly kurzy jen ve večerních hodinách, tedy od 18:30 hod. Na podnět těhotných žen, došlo k rozšíření nabídky a zájemci se mohou dostavit na kurz i v odpolední hodinu, tedy v 15.30 hod.

Hypotéza týkající se pořádání kurzu v dopoledních hodinách se nepotvrdila. Pouze 20% dotázaných by mělo o tuto službu zájem.

Zajímavým okamžikem je hodnocení prostředí, ve kterém přednášky probíhají. Zhruba polovina respondentů se zúčastnila kurzu v místnosti před její rekonstrukcí a druhá polovina hodnotila již zrekonstruovanou místnost.

Známkou 1 (výborně) hodnotili před rekonstrukcí jen 4 účastníci z celkového počtu 55, po rekonstrukci už 30 respondentů, z celkového počtu 57. Naopak známkou 5 (nedostatečně) před rekonstrukcí hodnotili 2 účastníci a po ní nedal známku 5 nikdo. Pokud se ze všech známek vypočítá průměr, je průměrná známka místnosti před rekonstrukcí 2,8, po rekonstrukci 1,5. Z hodnocení je zřejmé, že rekonstrukce byla vhodně realizovanou změnou.

Tato diplomová práce nastiňuje nutnost a důležitost prenatálních kurzů v naší společnosti. Nejen náplň jednotlivých kurzů, ale i vhodné prostředí vedou ke spokojenosti budoucích rodičů. Rodiče mají možnost v prvé řadě získat určité vědomosti, ale i seznámit se s prostředím a personálem, který je bude doprovázet jak při porodu, tak i v období poporodním. A právě toto je výhodou předporodních kurzů pořádaných v porodnici.

Sledování konkurence a nových trendů je nástrojem ke zlepšování nabídky a schopnosti konkurovat ostatním.

Hlavním cílem Thomayerovy nemocnice, respektive gynekologicko - porodnického oddělení, je neustále zlepšovat předporodní kurzy, aby co nejvíce vyhovovaly trendům a požadavkům současné doby. Jen kontinuálním průzkumem mezi účastníky lze vhodně a včas reagovat na eventuelní požadavky. A to bude úkolem mým a mých kolegyň, které se na pořádání kurzů podílejí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Odborné knihy / monografie

1 ADAIR, John Eric. Jak se správně rozhodovat a řešit problémy: [stanovení klíčových otázek, využití kreativity, nácvik rozhodování pod tlakem]. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007 , 82 s. Rozvoj osobnosti. ISBN 978-80-251-1779-8.

2 ARMSTRONG,Michael: *Řízení lidských zdrojů, nejnovější trendy a postupy.*10.vydání Praha: Grada, 2007, 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

3 ARMSTRONG, Michael a Karel RAIS. :*Management a leadership: překlad bestselleru Human resource champions*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 268 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2177-4.

4 BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení: skutečné příběhy o tom, jak lidé mění své organizace*. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007, 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

5 BLAŽKOVÁ, M., Jak využít internet v marketingu. Krok za krokem k vyšší konkurenceschopnosti. Praha: GradaPublishig, a.s. 2005, ISBN 80-247-1095-1.

6 ČANÍK, Petr, ŘEZBOVÁ, Libuše, ZAVREL, Tomas van. *Metody a nástroje podnikatelské etiky*. 2. přeprac. vyd. Praha: Oeconomica, 2006, 123 s. ISBN 80-245-1143-6.

7 DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0

8 DUCHOŇ, Bedřich a ŠAFRÁNKOVÁ, Jana. *Management: integrace tvrdých a měkkých prvků řízení*. V Praze: C.H. Beck, 2008, 378 s. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-003-4.

9 EXNER, L.; RAITER, T.; STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8

10 FORET, M.*Marketingová komunikace.* 1.vyd. Brno: Computer Press, 2006. 464 s. ISBN 80–251-1041–9

11 FOTR, Jiří, DĚDINA, Jiří a HRŮZOVÁ, Helena. *Manažerské rozhodování*. Vyd. 2., uprav., rozšíř. Praha: Ekopress, 2000. 231 s. ISBN 80-86119-20-3.

12 GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8

13 GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Lékařská fakulta, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2

14 HAMMER, M. *Agenda 21: co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*. vyd. 1. Praha : Management Press, 2002, 258 s. ISBN 80-726-1074-0.

15 HAMMER, M., CHAMPY, J. *Reengineering - radikální proměna firmy: manifest revoluce v podnikání.* 3. vyd. Praha : Management Press, 2000. 212 s. ISBN 8072610287.

16 HOLANCOVÁ, M. Historie psychologické přípravy těhotných žen k porodu. *Porodní asistence*. Praha: 2005, roč. 1, č. 1, s. 17-19. ISSN 1801-5808.

17 IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturní ošetřovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. Sestra. ISBN 80-247-1212-1.

18 JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008.103 s. ISBN 978-80-247-2690-8

19 JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

20 KEŘKOVSKÝ, M; VYKYPĚL, Oldřich. *Strategické řízení: teorie pro praxi*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006. 206 s. ISBN 80-7179-453-8

21 KOPŘIVOVÁ, D. Psychoprofylaxe. *Moderní babictví*. Praha: 2007, č. 12, s. 1-5. ISSN 1214-5572

22 KOTLER, P a kol. *Moderní marketing: 4. evropské vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 1041 s. ISBN 978-80-247-1545-2

23 KOTLER, P. et al. 2002. *Social marketing - Improving the quality of life.* 2.vydání. New York: Sage Publications. 2002. 456 s. ISBN 0761924354

24 KOTLER, P. *Marketing podle Kotlera*. 1. vyd. (2. dotisk), Praha: Management Press, 2002. s. 258. ISBN 80-7261010-4

25 KOTTER, John P. *Srdce změny: skutečné příběhy o tom, jak lidé mění své organizace*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2003, 200 s. ISBN 80-726-1095-3.

26 KUBÍČKOVÁ, L., RAIS,K.: *Řízení změn ve firmách a jiných organizacích: překlad bestselleru Human resource champions*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 133 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-4564-0.

27 KUMAR, N. *Marketing jako strategie vedoucí k úspěchu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 236 s. ISBN 978-80-247-2439-3

28 LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. 952 s., ISBN 80-247-0668-7.

29 MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 260 s. ISBN 80-7281-090-1.

30 METYŠ, K., BALOG, P. *Marketing ve farmacii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 208 s. ISBN 80-247-0830-2

31 ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vydání. Praha: Argo, 1995. 152 s., ISBN 80-85794-05-2.

32 OWEN, Jo. Jak se stát úspěšným lídrem: leadership v praxi. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. 226 s. ISBN 80-247-1726-3.

33 PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1.

34 PODSTATOVÁ, R., a kol. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 143 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1997-9.

35 PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Předporodní příprava -předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. Moderní babictví 9. Praha: 2006, str. 31-42. ISSN 1214-5572.

36 Projekt edukace v ošetřovatelství

37 PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 4., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2009. 481 s. ISBN 978-80-7367-503-5.

38 RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 304 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

39 ROZTOČIL, A. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.

40 SCULLEY, B., A KOL., *Internetová tržiště. Revoluce obchodování mezi firmami*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0081-6.

41 ŠIGUT, Zdeněk. *Firemní kultura a lidské zdroje*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2004. 88 s. Lidské zdroje. ISBN 80-7357-046-7.

42 ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

43 ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 247 s., [16] s. obr. příl. ISBN 80-247-0931-7.

44 STRNAD, L.Marketing ve zdravotnictví. In GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80–7226-996–8

45 SVĚTLÍK, J. *Marketing - cesta k trhu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2005. 340 s. ISBN 80-86898-48-2.

46 ULRICH, David a Ivan NOVÝ. *Mistrovské řízení lidských zdrojů: překlad bestselleru Human resource champions*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2009, 266 s. ISBN 978-80-247-3058-5.

47 URBAN, Jan. *Jak zvládnout 10 nejobtížnějších situací manažera*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. Manažer. Management. ISBN 978-80-247-2465-2.

48 VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H., BUREŠ, M.,*Pedagogika pro učitele*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. 456 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3357-9.

49 VEBER, J. a kol. *Podnikání malé a střední firmy.* 1.vydání. Praha:Grada, 2005. 304 s. ISBN 80-247-1069-2

50 VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1.vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

51 VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O.: *Management – Teorie a praxe v informační společnosti.* Praha: Management Press, 2001. 314 s. ISBN 80-7261-041-4

52 VOJTA, M. Porod bez bolesti: Psychoprofylaktická příprava bezbolestného porodu podle doc. Velvovského: příručka pro těhotné ženy připravující se k porodu. 2. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1954. 72 s.

53 VYSEKALOVÁ, Jitka; MIKEŠ, Jiří. *Reklama, jak dělat reklamu*. 2. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2007. s. 33. ISBN 978-80-247-2001-2

54 WAN, T. H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče: integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. 254 s. ISBN 80-7067-834-8

55 ZAPLETALOVÁ, Š. *Marketingové dovednosti I*. 1. vyd. Ostrava: VŠP, 2006. ISBN 80-86764-46-X

56 Zdravotní pojištění; Zdravotní péče:pojistné,zdravotní pojišťovny,zdravotnická zařízení(státní-nestátní), veřejná nezisková ústavní zdravotnická zařízení, preventivní prohlídky,ochrana veřejného zdraví(hygienické požadavky,

kontrola), péče o zdraví lidu: podle stavu k 7.6.2011. Ostrava: Sagit, [1996]-2011. ÚZ: úplné znění.320 s.ISBN 978-80-7208-864-5

57 ZLÁMAL, J. 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 80-7013-441-0

58 ZLÁMAL, J.: Ekonomie a etika. In IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vydání, Olomouc: Lékařská fakulta, 2004. 146 s. ISBN 80-244-0892-9

59 ŠMÍDA, Filip. *Zavádění a rozvoj procesního řízení ve firmě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 293 s. Management v informační společnosti. ISBN 978-80-247-1679-4.

60 TURECKIOVÁ, Michaela. *Klíč k účinnému vedení lidí: odemkněte potenciál svých spolupracovníků*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 122 s. ISBN 978-80-247-0882-9.

61 TRČA, Stanislav. *Budeme mít děťátko*. 9., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. 263 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2581-9.

62 MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2004. 162 s. ISBN 80-251-0205-X.

Internetové zdroje :

63 Aperio. [online][cit.2015-03-30]. Dostupné z: http://www.aperio.cz/8/kurzy-a-seminare

64 BabyCentre. *BabyCentre* England, [online] [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: http://www.babycentre.co.uk/a536329/antenatal-classes

65 Co-Naissance: accompagnement périnatal. *Co-Naissance: accompagnement périnatal* . France [online] [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: http://www.co-naissance-doula.com/coursprenataux.php

66 Edukace v ošetřovatelství [online]. OSTRAVA, [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf

67 Edukeo. *Edukeo* [online]. France, © 2011-2013 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: http://www.edukeo.net/classes-prenatales-a04518815.htm

68 FOKUS LEBEN. *FOKUS LEBEN* [online]. Berlin, © 2013 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: http://www.fokus-leben.de/Vor-der-Geburt¨

69 Geburtshaus Charlottenburg. *Geburtshaus Charlottenburg* [online]. Berlin, [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: http://www.geburtshaus-berlin.de/index.php?id=kurse

70 Geburtshaus Maja. *Geburtshaus Maja* [online]. Berlin, [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: http://www.geburtshaus-maja.de/deutsch/vor_geburt.php

71 Hebammerie. *Hebammerie* [online]. Berlin, [2015] [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: http://hebammerie.de/en/courses.php

72 NHS. *NHS* [online]. England, [cit. 2015-03-14]. Dostupné z: http://www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/antenatal-classes-pregnant.aspx#close

73 Porodní dům U čápa [online][cit.2015-03-30]. Dostupné z: http://www.pdcap.cz/Texty/PDS/Predporodni-kurz.html

74 Studio pro ženy [online][cit.2015-03-30]. Dostupné z: http://www.studioprozeny.cz/tehotenstvi/predporodni-kurzy

75 SVOBODOVÁ, Hana. *ZÁKLADY MARKETINGU* [online]. OSTRAVA, 2007 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/pvsos/doc/zaklady_marketingu.pdf

76 The National Childbirth Trust: The UK's largest charity for parents. The National Childbirth Trust: The UK's largest charity for parents [online]. London, © 2012 [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: http://www.nct.org.uk/courses/antenatal

77 Thomayerova nemocnice [online][cit.2015-03-30] www.ftn.cz

Zákony:

78 Zákon č.20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu [online][cit.2015-03-30].Dostupné z: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_-----_.php

79 Zákon č. 123/200 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů [online] [cit.2015-03-30]. Dostupné z: http://www.bmt.cz/Data/files/legislativa/2000-123-uz.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 3 – Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací