

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Jaroslava Saxlová

**Kvalita edukace v péči o novorozence na neonatologickém pracovišti**

Diplomová práce

Vedoucí magisterské práce: Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD.

Praha 2009

**Prohlášení.**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem v ní pouze literární zdroje uvedené v seznamu literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 17.září 2009

Bc.Jaroslava Saxlová

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Doc. MUDr. Ivě Holmerové, PhD, za konstruktivní vedení této diplomové práce, za cenné rady a připomínky.

## OBSAH

1. Úvod.....	7
2. Teoretická část.....	9
2.1. Edukace.....	9
2.1.1. Edukace jako společenský jev.....	10
2.1.2. Vyučovací proces.....	10 (edukační)
2.1.3. Organizační výuky.....	11 formy
2.1.4. Klasifikace cílů.....	11 edukačních
2.1.5. Didaktické principy a správné vytyčování cílů.....	12 edukačních
2.1.6. Předpoklady edukace.....	13 kvalitní
2.2. Kvalita.....	13
2.2.1. Kvalita ošetrovatelské péče v systému kvality péče.....	14
2.2.2. Edukace kvality.....	15 – ukazatel
2.3. Edukace v ošetrovatelské péči.....	16
2.3.1. Role sestry v systému kvality péče.....	17
2.3.2. Edukace a legislativa.....	17
2.4. Péče o matku a dítě.....	18
2.4.1. Významné osobnosti v péči o matku a dítě.....	19
2.4.2. Kvalita ošetrovatelské péče o matky a děti v minulosti.....	20
2.4.3. Novodobá historie v kvalitě péče o matku a dítě.....	22

2.4.4. Systémové změny v kvalitě péče o matku a dítě.....	23
2.4.5. Systém péče rooming-in.....	23
2.4.6. Renesance oblasti péče o novorozence.....	25
2.4.7. Specifika nezralého novorozence.....	25
2.5. Vztah matka-dítě.....	26
2.5.1. Potřeby novorozence.....	28
2.5.2. Potřeby matek.....	29
2.5.3. Pomoc matce při vývoji jejího vztahu k rizikovému a nedonošenému dítěti.....	30
2.6. Spolupráce zdravotníků s rodinou hospitalizovaného dítěte.....	31
2.6.1. Podmínky dobré spolupráce.....	32
2.7. Zásady edukace rodičů.....	34
2.7.1. Strukturální členění edukace.....	35
2.7.2. Bariéry edukace.....	37
2.8. Edukace v péči o novorozence a empirická data.....	37
2.9. Charakteristika cílového pracoviště.....	39
3. Empirická část.....	41
3.1. Výzkumná otázka, cíl výzkumu a výzkumný plán.....	41
3.1.1. Výzkumný plán.....	41
3.2. Metoda sběru dat.....	42

3.2.1. Otázky pro polostandardizovaný rozhovor.....	43
3.2.2. Úskalí vedení rozhovoru.....	44
3.2.3. Metody hodnocení získaných dat.....	45
3.2.4. Kódování dat.....	45
3.3. Výzkumný vzorek a zajištění výzkumného plánu.....	46
3.4. Analýza a zpracování dat.....	48
3.5. Charakteristika subjektů.....	49
3.5.1. Rozhovor č. 1 (R1).....	49
3.5.2. Rozhovor č. 2 (R2).....	50
3.5.3. Rozhovor č. 3 (R3).....	51
3.5.4. Rozhovor č. 4 (R4).....	52
3.6. Rozhovory.....	53
3.7. Subjektivní zhodnocení provedení výzkumu.....	65
3.8. Zhodnocení výzkumné části ve vztahu k části teoretické.....	65
3.9. Evaluace empirické části.....	66
3.9.1. Návrh struktury evaluačního programu.....	67
3.9.1.1. Základní předpoklady pro realizaci programu.....	68
3.9.1.2. Evaluační kritéria.....	68
3.9.1.3. Vstupy a zdroje dat pro evaluaci.....	68
3.9.1.4. Časové nastavení programu.....	69
3.9.1.5. Evaluační výstupy a forma zpracování.....	69

3.9.1.6.	Formy	evaluačních	
	výstupů.....		69
3.9.1.7.	Výstupy.....		
			69
3.10.	Závěrečná	shrnutí	a
	doporučení.....		70
3.10.1.	Doporučení pro praxi.....		70
4.	Závěr.....		7
			2

## ABSTRAKT

Tématem práce je kvalita edukace v péči o novorozence na neonatologickém pracovišti. Diplomová práce má dvě části. V teoretické části práce jsou vysvětleny pojmy edukace, edukační proces, kvalita péče, postavení sestry v systému kvality péče, problematika nezralých novorozenců, jejich potřeby, problematika maminek po porodu, rodina nemocného dítěte, podpora rodičů. Praktická část popisuje realizaci výzkumného plánu. V práci je použita kvalitativní metoda a polostrukturované rozhovory u čtyř matek, které se výzkumu účastnily. Krok za krokem je popsána příprava, metodika a postup rozhovorů. V neposlední řadě jsou zde uvedeny otázky výzkumníka a odpovědi maminek. Získané výsledky rozhovorů byly zhodnoceny a byly navrženy možnosti řešení zjištěných nedostatků. Problémy, které z výzkumu vyplynuly se týkaly organizačně–provozních záležitostí, a nedostatečnou komunikací mezi sestrami a matkami cizinkami.

## ABSTRACT

The subject of the graduation thesis is a quality education of the newborns in the Neonatology department. The thesis composites two parts. Theoretical part describes and explain terms – education, procedure of education, quality of care, nursing position in the system of quality of the care, problems of prematurity, mother's problems after delivery, family of the sick baby, parent's supporting. Practical part of the thesis describe realization of the research plane. There are used the quality method and semi-structures interview during the conversation with four mothers, which took a part in the

research. Practical part described step by step arrangement, methods and procedures of interview. Last but not least there are research worker questions and mother's answers. Results were evaluated and solution of solving a problem was suggested. The main problem dealing with organization – technical concern and insufficient communication among nurses and foreign mothers.

Klíčová slova-kvalita, edukace, edukační proces, nedonošený novorozenec, matka, rodina kvalitativní výzkum, evaluace.

## 1. ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality edukace v péči o novorozence ve zdravotnickém zařízení. Cílem této práce je vytvořit komplexní pohled na edukaci v péči o novorozence na neonatologickém pracovišti.

Po formální stránce je edukace jasným pojmem. Edukace ve zdravotnických zařízeních je nedílnou součástí ošetrovatelské a léčebné péče a je jedním z indikátorů určujících kvalitu poskytované péče. Celý proces ovlivňuje řada faktorů, které jsou popsány v teoretické části, od obecných pojmů a vysvětlení, až po konkrétní uplatnění v ošetrovatelské praxi.

Systém péče o novorozence, neonatální péče, podobně jako celé zdravotnictví zaznamenává mnoho změn. V uplynulých dvaceti letech došlo k výrazným posunům v diagnostických a terapeutických postupech a organizačním změnám v systému péče o nezralé novorozence a ženy s rizikovým těhotenstvím. Ustanovení Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 1994 a vytvoření 13 regionálních perinatologických center znamenalo signifikantní zlepšení výsledků kvality péče zejména u vysoce rizikových novorozenců s váhou pod 1000 g. Zvyšuje se hranice viability (životaschopnosti) plodu na 24. dokončený týden těhotenství. Snižuje se neonatální úmrtnost, ukazatel 2.4 promile nás staví na přední místo ve statistickém světovém žebříčku. Daří se zkoncentrovat do perinatologických pracovišť více než 80% patologických těhotenství v 90 % ohrožených novorozenců se rodí v perinatologických centrech.

Rozvoj intenzivní péče v neonatologii na jedné straně snížil novorozeneckou úmrtnost, na straně druhé rozvojem diagnostických a terapeutických postupů, zůstává počet dětí, které přežívají s různými zdravotními problémy, postiženími. Dlouhodobě sledovanými indikátory kvality péče jsou neurosenzorická postižení u nezralých dětí. U



novorozenců pod 999 gramů je prevalence neurosenzorického postižení (dětská mozková obrna, mentální retardace, závažné postižení zraku, postižení sluchu, porucha růstu) v rozmezí 7-25%. Extrémní nezralost novorozence je celosvětovým problémem, který nemá pouze aspekty medicínsko-etické, ale také legislativní, sociální a ekonomické. Tyto děti vyžadují dlouhodobou, systematickou a nákladnou péči a po propuštění do domácího ošetření i následnou péči. Cenová kalkulace za vykázanou péči se pohybuje u novorozenců s váhou pod 999 gramů kolem 1.5 milionu korun. V popředí zájmu péče o nezralé novorozence kromě diagnostických a terapeutických metod jsou i rodiče hospitalizovaných dětí. Zájem zdravotníků je orientován na podporu rodičovských rolí, zapojení rodičů do péče o novorozence, vytvoření podmínek pro spolupráci v péči o dítě. Snahou zdravotníků je zajistit rodičům kvalitní edukaci, rozvíjet vztah rodičů k dítěti. Poskytovat dostatek informací v rámci dodržování preventivního léčebného režimu a celkově podporovat informovanost pro zvýšení kvality života dětí a jejich rodin.

Diplomová práce se v empirické části zabývá otázkami edukace v péči o novorozence na neonatologickém pracovišti tak, jak jí vnímají matky hospitalizovaných novorozenců. Výsledky výzkumu slouží k evaluaci kvality edukace v péči o nemocné novorozence na neonatologickém pracovišti.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Edukace

Na začátku práce bych chtěla vysvětlit pojem edukace. Vysvětlení není snadné pro rozsáhlost pojmů a teorií, které s edukací úzce souvisí. Edukace v obecné rovině je podle výkladového slovníku procesem předávání a získávání znalostí či dovedností specifickým procesem učení. Edukace v odborné oblasti například v péči o zdraví je (podle výkladového ošetrovatelského slovníku) metodou používanou k přesvědčování lidí k přijetí návyků, o kterých se edukátoři domnívají, že povedou ke zlepšení zdraví a k opuštění návyků považovaných za škodlivé. (9, str.115)

Z historického pohledu výraz edukace prošel a dosud prochází vývojem. Ještě před několika lety se v naší pedagogice striktně rozlišovaly termíny vzdělávání a výchova. Dualistické pojetí obou výrazů v pedagogické terminologii stále přetrvává v jiných jazycích. V němčině se užívají termíny Bildung (vzdělávání) a Erziehung (výchova). Latina rozlišuje pojmy educatio (výchova) a eruditio (vzdělávání). V ruštině existuje pro vzdělávání termín obrazovanije a pro výchovu vospitanije. Angličtina používá termín education, kterým zpravidla označuje výchovu i vzdělávání. K obdobnému propojení jako v anglickém jazyce v poslední době dochází i v naší pedagogice. (20, str.15)

Autor mnoha současných pedagogických publikací J. Průcha zavádí a užívá jednotný termín edukace, jímž rozumí takové činnosti lidí, v nichž se nějaký subjekt učí a jiný subjekt mu toto učení umožňuje.(14, str.16) V souvislosti s výkladem pojmu edukace je potřeba vysvětlit pojem pedagogika. Pedagogika je věda o edukaci, tedy o výchově a vzdělávání a není snadné jí definovat, protože je vědním oborem se širokým spektrem zájmů a polem působnosti. Pedagogika se zabývá vědou a výzkumem ve

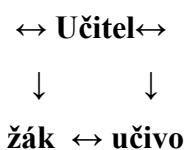
výchově a vzdělávání v nejrůznějších sférách společnosti. Má normativní a popisný charakter. Vytváří určité normy, vzory, dává doporučení, vysvětluje různé jevy edukační reality. Základy pedagogice, jako systematické vědě o výchově mládeže i dospělých, položil svými pedagogickými spisy Jan Amos Komenský. (20, str.7)

### **2.1.1. Edukace jako společenský jev**

Již od vzniku lidské společnosti se začaly rozvíjet, shromažďovat a měnit výrobní zkušenosti lidí, jejich dovednosti a návyky, poznatky o přírodě a společnosti. Byla potřeba předávat je mladším generacím – formou procesu učení a učení se. Existuje velká oblast, pro kterou je edukace hlavním a jedinečným posláním, a to je soustava výchovně vzdělávacích institucí – škol, výchovných zařízení. Na utváření člověka působí řada vlivů. Je to přírodní a společenské prostředí, v němž žije, ale především záměrná cílevědomá činnost směřující k tomu, aby si člověk osvojil vše, co potřebuje pro život ve společnosti. Se zajímavou myšlenkou ve vztahu člověka k přírodě a poznání přišel anglický filosof a politik Francis Bacon (1561-1626) ve svém díle *Novum Organum*, kde napsal, že všechny naše znalosti k nám proudí formou objektů v přírodě a my vlastnime jenom schopnosti k interpretaci těchto objektů. (4, str. 13-16)

### **2.1.2. Vyučovací (edukační) proces**

Nedílnou součástí celého učení je edukační proces. Proces učení probíhá v etapách a oblastech, má své vytýčené edukační cíle, edukační prostředky a didaktické principy. V celém procesu si člověk přivlastňuje určitý systém hodnot a hodnocení, vytváří si určité vztahy, postoje, vlastnosti. V procesu jde o záměrnou činnost, zahrnující plánování a realizaci všech vyučovacích metod a zkušeností. Proces probíhá při vzájemné interakci (společné činnosti) mezi vyučujícím a učícím se. Vyučující tento proces řídí, učící si aktivně osvojuje učivo. Pro lepší představu vzájemné interakce mezi vyučujícím, žákem a učivem slouží grafický didaktický trojúhelník.



Edukační proces má určité zákonitosti, pravidla. Proces zásadně musí obsahovat učení – pokud ne, nelze mluvit o edukačním procesu. Proces zahrnuje **kognitivní, psychomotorickou a afektivní** oblast a je realizován ve čtyřech etapách.

*Kognitivní oblast* je zaměřena na osvojování si vědomostí a rozumových schopností, edukovaný si přesně uvědomuje, co se od něj očekává, co má umět. *Psychomotorická oblast* zahrnuje formování pracovních, pohybových dovedností. *Afektivní oblast* je zaměřena na získání názorů a postojů. Edukující zvažuje jaké postoje a hodnoty u edukovaného je potřeba změnit, vyvolává diskuse na určité téma.

Edukační proces probíhá ve **čtyřech etapách**.

1. příprava na osvojování učiva
2. vytváření nových dovedností a vědomostí
3. upevňování, prohlubování učiva, vědomostí a dovedností.
4. prověření výsledků celého procesu výuky.

(1, str. 73-76)

### **2.1.3. Organizační formy výuky**

V přípravné fázi výuky je nezbytné provést hodnocení edukovaného a určit **tři základní determinanty**.

*První determinantou* je určit „CO“ učinit předmětem výuky, aby bylo u edukovaného dosaženo stanovených cílů vzdělávacího působení.

*Druhou determinantou* je připravenost se učit, tedy „KDY“ bude edukovaný nejlépe vnímat informace, a s jakým časovým rozsahem lze počítat.

*Třetí determinantou* je učební styl, „JAK“ – jaké formy, metody, prostředky použít k snadnému pochopení. (1, str. 12)

### **2.1.4. Klasifikace edukačních cílů**

Vytýčení edukačních cílů je stěžejním bodem celého procesu a je vymezeno v terminologii výkonu soupisem všech činností, které by měl edukovaný na konci svého učení ovládat, co by měl vědět, za jakých podmínek a do jaké míry. Světově nejznámějším pokusem o klasifikaci edukačních cílů jsou příručky vypracované početným týmem amerických pedagogů, pod vedením B.S. Blooma. Bloomova taxonomie (BT) kognitivních cílů vychází z pedagogických a psychologických požadavků na záměrně řízenou kognitivní činnost ve výuce. Může sloužit jako nástroj k logickému propojení učiva a činnosti učícího se, ale také k zjištění dokonalejší zpětné

informaci o tom, jak zvládl příslušný úkol. BT Zahrnuje **šest hierarchicky uspořádaných kategorií cílů**.

- Zapamatování: edukovaný bude po ukončení procesu schopen reprodukovat faktické údaje, teorie a jiné poznatkové struktury.
- Porozumění: edukovaný bude v konečné fázi schopen vysvětlit osvojované pojmy vlastními slovy, převést, opravit.
- Aplikace: edukovaný bude schopen aplikovat poznatky při řešení problému, navrhnout jiná řešení, vyzkoušet nové varianty.
- Analýza: edukovaný bude umět rozlišit problém na známé i neznámé prvky, nacházet souvislosti.
- Syntéza: edukovaný bude umět kombinovat jednotlivé prvky, specifikovat.
- Hodnocení, posouzení: edukovaný bude schopen posoudit efektivnost opatření, porovnat ho s normou, vyvodit odpovídající závěry, provést kritiku.(14, str.195)

#### **2.1.5. Didaktické principy a správné vytyčování edukačních cílů**

Didaktické principy lze charakterizovat jako jeden z nejvýznamnějších atributů systému výchovy. Těsně souvisí s výukovými cíli i s procesem plnění těchto cílů. J.A. Komenský rozpracoval dodnes platné **základní didaktické principy**. Jsou to například principy:

- princip názornosti – tj. požadavek opřít se při vyučování co nejvíce o smyslovou skutečnost
- princip systematičnosti – tímto se rozumí řetězení učiva, navazování informací jednotlivých předmětů
- princip aktivity – tj. podnítit zájem
- princip přiměřenosti – tj. požadavek respektování věku a individuality.

Pedagogičtí odborníci věnovali výukovým cílům značnou pozornost, a tak vznikly různé výklady pojmu výukový cíl. Například R.F.Mager chápe výukový cíl jako zamýšlený výsledek výuky, kterého má být dosaženo ve vymezené etapě vlastní výuky. Zdůrazňuje, že není-li cíl jasně vymezen, není možné posoudit účinnost výuky, a není tedy k dispozici ani základna pro výběr vhodných výukových prostředků. Edukační cíle obsahují tyto determinanty:

- Komplexnost. Pojmem komplexnost je chápána vnitřní vazba cílů v cílové struktuře, vyplývající z podřízenosti nižších cílů cílům vyšším.

- Kontrolovatelnost. Kontrolovatelnost spočívá v ověření, zda bylo cíle dosaženo či nikoli.
- Přiměřenost. Přiměřenost je dána souladem požadavků s možnostmi, tj. optimálního vztahu mezi cíli na jedné straně a dostupnými výukovými prostředky na straně druhé. Vždy vyžaduje respektování věku a individuality edukovaného.
- Jednoznačnost. Jednoznačnost je dána takovou jeho formulací, která nepřipouští víceznačný výklad.( 1,str.31-32)

### 2.1.6. Předpoklady kvalitní edukace

Předpokladem, aby celý proces učení proběhl kvalitně a splnil očekávání vyučujícího i vyučovaného, je splnění určitých podmínek. Jedná se o:

- vhodný prostor,
- dostatek času,
- klidné prostředí,
- kvalitní prezentace informací a praktické předvedení

Nejvíce vyhovující pro komunikaci je klidná, dobře větratelná místnost, vybavená vhodným nábytkem.

Kvalitní edukace vyžaduje dostatek času. Časové vymezení závisí na obsahu, množství učiva, individuálních schopnostech edukátora a edukovaného v procesu předávání informací. Důležité je aby edukace probíhala v klidu a nikdo nebyl rušen jinými osobami.

Podstatnou podmínkou pro kvalitní edukaci je kvalitní prezentace informací a předvedení praktických činností. Informace jsou logicky formulované a jsou sdělovány jasným a jednoduchým jazykem. Časté opakování důležitých pojmů a uvádění konkrétních příkladů usnadní zapamatování učiva. Motivaci edukovaného posílí časté hodnocení pokroku a užívání zpětné vazby.(1,str.74)

## 2.2. Kvalita

Pojem kvalita, čili jakost, je v obecné rovině údajem o vlastnosti nějaké věci. Kvalitou lze vyjádřit určitou vlastnost nebo hodnotu nejen hmotného produktu, ale i pojmů jako je kvalita života, kvalita vztahu, kvalita zdraví. Již učenci jako Aristotelés či Kant začlenili kvalitu mezi základní kategorie. Kvalita obvykle pochází ze smyslového vnímání, a proto je zákonitě podmíněna vnímající subjektem a okolnostmi. Přestože u

kvality existuje nějaké „více“ či „méně“, nedá se vyjádřit poměrem a číslem. Aristotelés a scholastika rozlišují **kvality primární a sekundární**. *Primární* je podstatná a je vnímána jako kvalita, která „je ve věci“, tedy objektivní. *Sekundární* je nahodilá, vzniká teprve při vnímání jako subjektivní vjem.

Současná věda se snaží domnělé kvality nahradit měřitelnými veličinami, tím je staví na kvantitativní úroveň. Je tomu například u pojmu teplota, barva, zvuk. Kvalitu v rovině konzumní, uživatelské, lze chápat jako souhrn výrobků, či služeb vyjadřující způsobilost uspokojovat potřeby, ke kterým jsou příslušné výrobky, či služby určeny. V souvislosti s pojmem kvalita je potřeba vysvětlit pojem jakost, protože s kvalitou úzce souvisí.

**Jakost.** Jakostí lze vyjádřit stupeň kvality nějakého produktu, nebo stupeň úspěšnosti, míru, se kterou organizace plní požadavky klientů a překonává jejich očekávání. V této souvislosti se často hovoří o projektu jakosti, čímž se míní realizace časově ohraničeného plánu, zlepšování jakosti pro identifikovanou službu nebo oblast, jež zahrnuje průběžnou kontrolu, odstraňování zjištěných nedostatků, vylepšování a motivaci zainteresovaných pracovníků.(25)

### **2.2.1 Kvalita ošetrovatelské péče v systému kvality péče**

„Kvalita ošetrovatelské péče zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života tomu, kdo péči potřebuje.“ (17, str.5)

Ošetrovatelství, ošetrovatelská péče má nezastupitelné postavení v péči o nemocné. Ošetrovatelskou péčí se rozumí souhrn odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví. Charakteristickým rysem je individuální péče o nemocného a uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví. ( 18, str.56)

Ošetrovatelská péče má široké spektrum působnosti a kvality péče, znamená vykonávat ve vhodný čas správně věci správným způsobem, správným lidem a dosahovat v daných podmínkách nejlepších výsledků. Tato pravidla mají svůj smysl, pokud jsou implementována v systému kvality poskytované péče. V souvislosti s plněním, realizací jmenovaných procesů ve zdravotnických institucích je používán pojem řízení kvality nemocničního zařízení. (6, str.364)

Při řízení kvality je nutné orientovat pozornost jak na strukturální prvky systémů tvořící podmínky pro úroveň péče, tak na vlastní proces péče a stejně tak na výstupy a výsledky péče, které mohou být pro hodnocení kvality rozhodující. Kvalita péče nemocničních zařízení je určována především:

- úrovní diagnostických procesů
- úrovní léčebné praxe
- úrovní ošetrovatelské péče
- úrovní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty
- úrovní produktivity systému a efektivity využití zdrojů

Systém kvality zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběr informací, stanovení standardů, výsledků toho, co ve zdravotnictví je organizováno jako zdravotní, ošetrovatelská péče. Kvalita poskytovaných služeb klientům je charakterizována přítomností následujících vlastností:

- Účinnost – konečný výsledek služby je pro klienta efektivní
- Dostupnost – poskytovaná služba je pro klienta časově, destinačně, ekonomicky přijatelná
- Bezpečnost – poskytovaná služba je pro klienta bez rizika ohrožení života
- Přiměřenost zdravotnímu stavu – akceptace poměru zdraví k objemu služby
- Soustavnost a návaznost – péče je kontinuální, jednotlivé procesy na sebe navazují

Odpovědnost za kvalitu služeb poskytovaných celou institucí spočívá ve vrcholovém managementu, odpovědnost za kvalitu péče poskytnutou jednotlivým pacientům náleží příslušným odborníkům na neonatologických pracovištích a zdravotním sestřám. (6, str. 289-321)

### **2.2.2 Edukace - ukazatel kvality**

Ukazatel kvality je, obecně řečeno, kvantitativní údaj o kvalitě procesu. Mezi sledované ukazatele kvality péče náleží edukace a spokojenost pacienta. Oba pojmy spolu úzce souvisí a jsou determinantou zdraví a kvality života pacienta. Spokojenost i edukace je výsledkem pozorování, subjektivního vnímání skutečnosti, porovnáním s původním očekáváním.

Očekávání a skutečnost tvoří společného jmenovatele pro spokojenost i edukaci. Je-li skutečnost lepší než očekávání, je spokojenost vysoká. Je-li skutečnost horší než očekávání, dochází k frustracím a spokojenost je nízká. Častým vhodným informováním a komunikací s pacienty lze usměrnit jejich očekávání tak, že lépe odpovídá skutečnému stavu.



Zdravotní a ošetrovatelská péče je službou a kvalita služby je nejčastěji měřena dotazováním dostatečného množství uživatelů této služby, jak jsou s ní spokojeni. Cílem dotazování uživatelů je obdržet odpověď na otázky co uživatelé chtějí, co oceňují, čeho si vážící, co jim pomáhá, co brání ve schopnosti zvládat úkoly, jaké aspekty péče jsou pro ně a jejich rodinu nejdůležitější.

Na měření spokojenosti existuje více metod. Jednou z nich je Pickertova dimenze kvality, (Pickert Institut in Boston). Zahrnuje v osmi bodech zájmy a potřeby pacienta od jeho přijetí do nemocnice, až po propuštění do domácí péče. Těmito body jsou:

1. Přijetí do nemocnice
2. Respekt, úcta
3. Koordinace a integrace péče,
4. Informace, komunikace, edukace
5. Tělesné pohodlí
6. Citová opora
7. Zapojení rodiny
8. Propuštění a pokračující péče

Výhodou dotazníkového šetření je, že získané informace slouží nejen jako zdroj informací o kvalitě péče, ale jako zpětná vazba pro vedoucí pracovníky zdravotnického zařízení, aby na základě zjištěného mohli zaměřit své úsilí na odstranění nedostatků a zlepšovat tak kvalitu svých služeb. (27)

### **2.3. Edukace v ošetrovatelské péči**

V posledních letech se stále častěji klade důraz na edukaci a edukační proces v ošetrovatelství, jako na podstatnou část kvalifikované péče, který výrazně napomáhá vyplňovat cíle moderního ošetrovatelství. Edukace v ošetrovatelské praxi obrací svůj zájem na člověka ve zdraví i nemoci. Edukace je jedním z práv pacienta ustanovená v Chartě práv nemocného. V primární sféře se významně uplatňuje v prevenci vzniku nemocí a v zachování zdraví. V případě onemocnění pozitivně ovlivňuje průběh nemoci a přispívá k rychlejšímu uzdravování, ovlivňuje kvalitu života u člověka s chronickým onemocněním. Edukace je zaměřena na bio-psychosociální potřeby nemocného. K tomu, aby bylo možné uspokojovat potřeby pacienta, jsou důležité odborné a technické znalosti a dovednosti zdravotníků, správné chování a komunikace, schopnost získat si důvěru pro produktivní spolupráci. Dobře vedená edukace vede u klienta

obvykle k rychlejšímu léčení a k lepší psychosociální pohodě. Do edukačního procesu bývá často zapojena i rodina nemocného. Rodina napomáhá nemocnému k snadnějšímu zvládnutí zdravotních problémů a sama se dostává do lepší psychosociální pohody. Dobře vedená edukace má i své ekonomické výhody. Spokojený a dobře poučený pacient se léčí rychleji, tím se zkracuje nákladný pobyt v nemocničním zařízení, případně se klientovi krátí doba pracovní neschopnosti.

### **2.3.1 Role sestry v systému kvality péče**

Jedním z důležitých aspektů systému kvality péče je role sestry v péči o pacienta. Historickým vývoj a transformující se systémy zdravotní péče přinesly řadu změn, které vyvolávají nové požadavky na zdravotní péči, tedy i na kvalitu ošetrovatelské péče. Práce sester zaměřená dosud převážně instrumentálně se v souladu se světovým vývojem více orientuje na individualizovanou, samostatnější a odborně náročnější práci se zdravým i nemocným člověkem.

Sestra zaujímá významnou roli v edukaci občanů týkající se získání jejich spolupráce v rozvoji pozitivního zdraví i sebe sama v péči v případě jejich nemoci. Nová role sestry je ovlivněna požadavky vyspělé společnosti na vyšší odpovědnost každého člověka za vlastní zdraví a jeho aktivitu v péči o ně. Kvalita ošetrovatelské péče a práce sester významně ovlivňuje výsledky preventivní a terapeutické péče. Proto je ve vyspělých zemích kladen velký důraz na úroveň vzdělávání sester. Rada Evropy vydala již v r. 1973 pro členské státy konkrétní doporučení pro vzdělávání sester, která odpovídá uvedeným trendům.

### **2.3.2 Edukace a legislativa**

V České republice jsou v současné době budoucí sestry připravovány pro výkon povolání ve vysokoškolském studiu v oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Sestry pracující na specializovaném pracovišti jsou po absolvování bakalářského studia dále vzdělávány ve speciálním vzdělávacím programu v oboru specializačního vzdělávání.

Základní struktura vzdělávacích programů pro konkrétní sesterské vzdělávání se řídí akreditovanými vzdělávacími programy Ministerstva zdravotnictví ČR. Forma studia je realizována modulovým systémem, programy jsou složeny z na sebe navazujících bloků, teoretické a praktické výuky. Sestry a porodní asistentky pracující na neonatologických odděleních se dále vzdělávají v oboru se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii.(28) Cílem vzdělávání je připravit sestry pro vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči na novorozeneckých jednotkách intenzivní péči. Do programového rámce je zařazena, kromě

vysoce specializovaných úkonů, i edukace rodičů a rodiny v ošetřování a péči o novorozence. Mezi výukové cíle patří komunikace s rodiči, rodinou nemocného novorozence, etický přístup ke kriticky nemocnému novorozenci a jeho rodičům. Naučit matku a rodiče zvládat zvláštnosti v péči a výchově novorozence po návratu do jejich rodinného prostředí. Legislativně jsou kompetence sestry při edukaci v péči o děti stanoveny ve Vyhlášce č.424/2004 Sb., kterou jsou stanoveny činnosti zdravotnických pracovníků. Podle § 48 a 51 této vyhlášky sestra bez odborného dohledu a bez indikace edukuje pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály.(28)

## **2.4. Péče o matku a dítě**

Narození dítěte je velkou událostí v lidském životě, nejen pro dítě, ale i pro jeho matku. Přerušování těsného soužití během těhotenství vede ke změnám v organismu novorozence i matky. Významný nestor české pediatrie, profesor Švejcar, popisuje chvíle po porodu očima odborníka s velkou empatií a citem:

*“Spokojenost je dovršena, je-li dítě položeno matce na nahé břicho, a to tak, aby se jeho ústa mohla dotknout bradavky a zkoušet sát. Cítí její teplo, na které je zvyklé a vnímá velmi dobře známý tlukot matčina srdce. Vytlačí-li matka z prsu trochu mléka, samo hledá její bradavku. Schopnost vnímat dotyky matky je plně vyvinuta při narození, stejně jako čich, který dovede její mléko rozeznat od jiného. Vztahy vznikající v tomto okamžiku jsou základem citového a mravního vývoje nové bytosti a kořeny jejího citového života. Jejich vývoj je nutné opatrovat a pěstovat dál. Nejen pro štěstí této dvojice, ale také vznikající rodiny, v níž otec zaujímá nezastupitelné místo, a pro štěstí lidské společnosti. „(22, str.50)*

### **2.4.1. Významné osobnosti v péči o matku a dítě**

Ve starších literárních pramenech lze dohledat autory, kteří se ve svých publikacích věnují edukaci matek v péči o dítě. V této souvislosti stojí za zmínku osobnost Jana Jindřicha Pestalozziho a dalších.

#### **Jan Jindřich Pestalozzi (1746-1778)**

Známý švýcarský pedagog a filosof. Autor několika významných pedagogických děl. Ve svém spise „Kniha matek“ se vyznal ze svého ideálu, který ctil celý život, až do smrti, a to mateřská péče. Kniha na tehdejší dobu velmi pokroková, byla určena především matkám, pro něž měla být návodem jak vychovávat a pečovat o děti. (4, str.35)

#### **Ignaz Semmelweis (1818-1865)**

Maďarský lékař, který se zasloužil o snížení rizik a zdravotních komplikací u matky a dítěte při porodu a po porodu. Odhalil souvislost mezi výskytem puerperální horečky (horečky omladnic), která na oddělení způsobovala vysokou úmrtnost rodiček. Semmelweis vyvodil závěr, že puerperální horečka je nakažlivá, a že je přenášena nemytými rukama lékařů a mediků, kteří po návratu z pitevny vyšetřovali rodičky, aniž by si umyli ruce. (10, str.4);

#### **Florence Nightingaleová (1820-1910)**

Průkopnice v ošetrovatelské péči zejména během válek. Ve své knize „Notes on Nursing“ radí matkám, jak pečovat o své děti, zejména o jejich hygienu. Velký důraz klade na mytí rukou, jako účinnou prevenci vzniku onemocnění a jeho šíření. Příčinu vysoké úmrtnosti malých dětí vidí v nedostatečné edukaci matek a v deficitu nemocničního zařízení pro děti. (12, str.35-38)

#### **Abraham Jacobi (1830-1919)**

Abraham Jacobi je považován za otce pediatrie. Zasloužil se o vyčlenění pediatrického ošetrovatelství jako zvláštní specializace. Následně vznikly katedry pediatrie na lékařských fakultách a s nimi dětské kliniky. (10, str.15)

#### **Josef Švejcar (1897-1997)**

Nazýván také Ochránce nejmenších. Maminkám a miminkům obětavě sloužil přes tři čtvrtě století. J. Švejcar, nejznámější český pediatr, i ve vysokém věku si uchoval obdivuhodnou duševní svěžest a vyjadřoval se k řadě obecných problémů české společnosti. Roku 1921 promoval na Lékařské fakultě Univerzity Komenského v Bratislavě. Byl žákem a nejbližším spolupracovníkem zakladatele moderní československé pediatrie Jiřího Brdlíka. Po habilitaci v r. 1930 přešel docent Švejcar spolu s profesorem Brdlíkem do Prahy. V roce 1937 se J. Švejcar, již jako řádný

profesor, stal přednostou 1. dětské kliniky. Za svého života J. Švejcar vybudoval šest dětských ozdravoven i moderní pavilon pro kojence v Bratislavě. Zabýval se otázkami v oblasti imunologie. Přivezl k nám jako první vakcínu proti tuberkulóze. Švejcar se zabýval mnoha oblastmi novorozence a kojence. Zejména problematikou kojenecké výživy a jejích poruch. Vypracoval celostátní systém kojenecké výživy a umělé výživy kojenců v 50. letech (tzv. studený odchov). Švejcar svými osvědčenými myšlenkami a úsilím přispěl ke vzniku perinatologie v české republice. Mimo jiné prosazoval na porodnických pracovištích spolupráci porodníka s pediatrem. Rozdělení dělby práce mezi porodníky pečující o rodičky a pediatriy ošetřující novorozence viděl J. Švejcar jako zásadní krok k zlepšení péče o novorozence. Dosud nedostatečná péče o novorozence poskytovaná pouze porodníky, byla podle Švejcara hrozbou, která může znamenat pro novorozence těžké poškození celého jeho dalšího zdravotního vývoje, někdy i ztrátu na životě.(19, str.22). V roce 1988 vydal monografii *Kojení – dar nejcennější*. Byl obhájcem myšlenky, že matka a dítě patří k sobě a mají být v neustálém kontaktu již od porodu. Propagoval na novorozeneckých pracovištích systém *rooming in*. . O tvůrčí činnosti J. Švejcara svědčí i bohatá publikační činnost. Pro rodiče napsal knihu „Péče o dítě“. Z pera prof. Švejcara vyšla poprvé před 65 lety. Po dlouhá léta patřila ke knížkám, kterou četly generace rodičů, byla každodenně používanou příručkou, z níž rodiče čerpali praktické rady, jak se co nejlépe starat o jejich dítě. (22, str.297)

#### **2.4.2 Kvalita ošetrovatelské péče o matky a děti v minulosti**

Péče o matku rodičku a novorozené dítě prošla dlouhým vývojem. Poskytovaná péče matce se vždy soustředovala na snahu pomoci při porodu. Kvalita poskytované péče závisela na kultuře dané společnosti v daném období. Matky rodily v různém prostředí, za různých podmínek a s různou asistencí. Nejstarší záznamy o porodu se zachovaly z egyptských papyrů (okolo roku 1550 př. n. l.). Podle egyptských lékařských papyrů, ženy rodily v tzv. „porodnicích“ v egyptských chrámech a při porodu asistovaly ženské pomocnice. Pro snadnější průběh porodu používaly porodní židle ze dvou cihel nebo kamenů.

V Řecku za Platonových dob vykonávaly porodnictví současně s rituály starší ženy. Porod ulehčovaly zažehnavacími zpěvy. Novorozence bába zavinula do látky

poté, co dítě omyla během slavnostního náboženského obřadu a obešla s ním oltář. Řekové byli velcí válečníci, a zakládali si na tom, aby se rodilo co nejvíce chlapců, budoucích bojovníků. Děvčata nebyla tolik žádoucí. Odkládání a často i usmrcování novorozeňat ženského pohlaví patřilo k běžným zákrokům porodních bab. U starých Indů pomáhaly rodiče čtyři zralé a zručné ženy, které měly ostříhané nehty. Tyto ženy rodičku obklopovaly, přičemž jedna z nich ji popoháněla k tlačení.

Velkého pokroku v péči o rodičku doznalo osvícené Soranovo dílo, které se stalo jakýmsi etickým kodexem porodních pomocnic. Soranos ( 1 ½ -2 st.), řecký lékař, gynekolog striktně vyžadoval, aby porodní pomocnice byly teoreticky a prakticky vzdělané, měly dobrou paměť, byly pracovité, mravné, pravdomluvné a slušné. Z výčtu těchto požadavků lze usoudit, že vyvolené porodní pomocnice poskytovaly kvalitní péči rodičkám a edukační činnost byla na vysoké úrovni. Během porodu pomocnice musela trpitelku přemlouvat a s účastí jí pomáhat. Pomocnice byly vázány naprostou mlčenlivostí, neboť se během výkonu dovídaly mnohá tajemství. Zásadním předpokladem pro výkon praxe bylo, že pomocnice nesměla být příliš mladá a musela již sama родit. Z estetického hlediska a zajištění bezpečí pro rodičku i dítě vyžadoval od pomocnic dlouhé jemné prsty s ostříhanými nehty a měkké, něžné ruce. Pokud ruce nebyly od přírody měkké, musely ženy používat masti, které kůži zjemnily.

Počátkem 18. století byl porod v Evropě spíše sociální, než lékařskou záležitostí. Ženy rodily většinou doma za pomoci porodních bab. Úroveň kvality péče, a tudíž i edukace porodních bab byla nevalná. Byly to ženy bez vzdělání a vědomosti získávaly předáváním si zkušeností a vlastní praxí. Nedodržování hygienických pravidel a někdy bizarní techniky vedení porodu přispěly ke zvyšování mateřské a novorozenecké úmrtnosti.(23, str.79-82)

V první polovině 20. století se rozšířil, spolu se zaváděním umělé výživy, trend opatrovnic novorozenců. V zámožných rodinách na místo kojných nastoupily tzv. bony, které byly vyškoleny v přípravě výživy, krmení lahví a v ošetřování novorozence. Bony byly mladé, inteligentní dívky, které přebíraly v „nóbl“ rodině nepřetržitou péči o novorozené dítě. Z pohledu edukace spíše nežli o edukační činnost šlo o doplňující činnost dívek, která umožňovala bohatým matkám, svobodně se podílet na společenském životě tzv. vyšších kruhů. Časem rostl stále větší zájem žen o odborné lékaře, porodníky. Porody se stávaly prací lékařů.

Podobně jako v celém světě i u nás se rozvíjelo porodnictví – babictví. Babictví také babení vykonávaly u nás porodní báby již ve 14 st., zpočátku bez základního

školení a nazývaly se ženy pupkořezné nebo položné, později babičky. Porodní babičky chodily k porodům a během šestinedělí do domácnosti. Jejich edukační činnost byla hlavně zaměřena na řádný rozvoj laktace a zácvik matek ve správném ošetřování novorozence. Při počátečních potížích s kojením dovedly poradit a matku uklidnit. Životní podmínky babiček byly neutěšené, žily v bídě, neuměly číst, psát. Holandský lékař Gerhard van Swieten, pozvaný Marií Terezií do Vídně, poznal neutěšené poměry rakouského zdravotnictví. Nejprve obrátil svoji pozornost ke zlepšení porodnické péče. Zajistil pro babičky odborné přednášky v anatomii. V roce 1753 na návrh Dr. Swietena vydala císařovna Marie Terezie zdravotní generální řád, jehož přísnými pravidly se musely babičky řídit.(19,str.258)

#### **2.4.3. Novodobá historie v kvalitě péče o matku a dítě**

Před koncem druhé světové války ženy většinou rodily doma. V chudobných oblastech si obvykle při porodu lidé vystačili sami. Z nedostatku financí mnohdy ani porodní asistentku nevolali. O nějaké edukaci nemohlo být ani řeči. Spíše nežli nové poznatky, přetrvávaly zde staré zvyklosti a pověry v péči o těhotnou ženu, rodičku i novorozence. Například: Žena si nesmí nechat během těhotenství ošetřit chrup, protože by dítěti nenarostly zuby. Matce bylo zakázáno jíst v těhotenství jablka, aby dítě nemělo velkou hlavu. Dítě se nesmělo do roka vážit ani měřit, protože by se mu tímto brala míra na rakev. Nebylo přípustné dítěti stříhat nehty, protože by zemřelo. Proto matky dětem nehty okusovaly. Staré porodní asistentky s nedostatečným vzděláním také některé z těchto pověr dodržovaly, například podat novorozenci týž den po porodu kravské mléko, aby se vyčistilo. (19,str.220)

Svědectví o neutěšených podmínkách ve zdravotní péči v poválečných letech přinesl v české kinematografii známý snímek „Sestřičky“. Film poskytuje divákovi obraz poválečné pohraniční vesnice a pohled na neutěšený zdravotní stav tamních obyvatel. Z filmového děje jsou zřejmé snahy dvou zdejších terénních zdravotních sester, naučit své pacienty žít v čistotě a pečovat o své zdraví. Úsilí obou sestřiček často hraničí s jejich osobní statečností, když za nelehkých podmínek, při návštěvách domácností překonávají zarputilost, nevědomost a zakořeněné předsudky místních obyvatel. Příkladem je scénka, kdy sestřičky navštíví v rámci poradenské činnosti svobodnou nezkušenou maminku, na polorozpadlém hospodářství, kde žije se v neutěšených podmínkách se svými rodiči. Sestřička při prohlídce kojence zjistí, že je zanedbané. Při poučování maminky, jak se má o dítě starat, a jak má dítěti správně ošetřovat opružený zadeček, se dostává do tvrdého

konfliktu s domácími. Ve složité situaci se ocitne druhá sestřička, mladá elévka zdravotnické školy, která doprovází sanitním vozem rodičku do místní nemocnice. Během krkolonné cesty žena začíná rodit. Nezkušená sestřička neztrácí hlavu a vede porod sama. Poučuje rodičku jak má během porodu spolupracovat a posléze zdravého novorozence i matku dopraví do porodnice.

#### **2.4.4. Systémové změny v kvalitě péče o matku a dítě**

K zásadnímu obratu v péči o matku a dítě došlo v roce 1948. Změny vyplynuly z politických změn, všeobecných změn v celkové koncepci zdravotnictví v ČR, ze speciálních změn jak odborně–organizační v klinické práci, tak v práci porodnictví a v péči o novorozence a kojence. Došlo ke změnám v oblasti prevence a kurativy. V oblasti hmotného zajištění péče o matku a dítě. Podařilo se prosadit spolupráce porodníků a pediatriů. Začala se evidovat a analyzovat úroveň péče. Počátek padesátých let je začátkem perinatologie v ČR, tedy oboru medicíny, který se zabývá péčí o ženu a plod v průběhu těhotenství, období porodu a šestinedělí. Čtyři základní myšlenky, které stály u zrodu perinatologie jsou postupně vyvíjeny a realizovány .(19, str.55)

#### **2.4.5. Systém péče rooming-in**

Přírozený blízký kontakt matky a dítěte od prvních chvil od narození zajišťuje systém péče rooming-in, který je již běžnou součástí novorozeneckých a porodnických pracovišť. Jako každá systémová změna prošel si i rooming-in svým vývojem. V rámci sjednoceného zdravotnictví byly dnem 1.1.1952 zrušeny domácí porody a zavedeno ústavní porodnictví a tak došlo k odloučení novorozence od matky. Zatímco byla matka na oddělení šestinedělí, novorozenec byl k ní přivážen z novorozeneckého oddělení pouze ke kojení pravidelně 6 x denně. To vše proto, aby si matka odpočinula. Aktivní pomoc sester při kojení byla minimální. Také edukační činnost sester v péči o novorozence byla minimální. Ta zpravidla spočívala v ukázce koupání, ale ve většině případů odcházely ženy domů, nepoučeny, aniž by viděly své dítě rozbalené, aniž by ho uměly přebalit nebo alespoň mohly pochovat a navázat minimální kontakt s ním.

Obdobně tomu tak bylo na neonatologických pracovištích s tím rozdílem, že byl novorozenec izolován od matky hned po porodu. Neonatologická pracoviště byla hermeticky uzavřená, osobní kontakt s dítětem nebyl prakticky možný. Z epidemiologických důvodů nebyly povoleny návštěvy rodičů. (3)



Z vlastní profesní zkušenosti z neonatologického oddělení FNM (Fakultní nemocnice Motol) si vzpomínám na okamžiky, jak návštěvy rodičů probíhaly. Pravidelně ve středu a v neděli od 14 h. do 16 h. byli vpuštěni na balkony oddělení rodiče a nejbližší příbuzní, aby přes sklo balkónových dveří viděli svého potomka. Ve většině případů přes zmeť hadiček, kabelů a jiných komponent přístrojové techniky se spíše mohli domnívat, jak vlastně jejich děťátko vypadá. Informace o stavu dítěte podával rodičům ošetřující lékař pouze telefonicky nebo ústně během návštěvních hodin. Maminka mívala své dítě poprvé v náručí zpravidla několik málo dní před jeho propuštěním do domácího ošetření, kdy byla přijata na mateřský pokoj (společná ložnice v prostorách oddělení, určená pro matky hospitalizovaných dětí) a za dítětem docházela na box, kde si jej mohla krmit a ošetřovat.

Počátkem sedmdesátých let se na některých porodnických pracovištích začal zavádět systém rooming in. Společný pobyt dítěte s matkou byl výsledkem snahy zajistit po porodu co nejbližší a stálý kontakt dítěte s matkou. Realizace systému rooming in vyžadovala velké úsilí a přesvědčování, než byl uveden do praxe a podoby jaká je dnes.

Výhodou systému rooming in je včasné zahájení výživy kojením dle potřeby a požadavků dítěte. Pro matku možnost si osvojit ošetřování a péči o novorozence. Imunologická symbióza matka-dítě tzn. snížený výskyt nozokomiálních infekcí a snížená nemocnost dítěte. Stimulace duševního vývoje dítěte, jmenovitě v citové oblasti vlivem vytvářejícího se pevného svazku mezi matkou a dítětem, mající celoživotní vliv nejen na oba, ale celou rodinu a při širším pohledu i na vývoj celé společnosti. Pokoje slouží matkám a zdravým novorozencům, ale roomingová lůžka jsou zřizována pro původně nedonošené nebo nemocné děti a jejich matky. Protože hospitalizace nedonošeného dítěte trvá i několik měsíců, matka po propuštění z porodnice zpočátku za dítětem na neonatologické oddělení dochází. Před propuštěním dítěte do domácí péče je matka přijata na rooming in, kde pobývá se svým dítětem a pod vedením zdravotníků se učí o něj pečovat.(3)

#### **2.4.6. Renesance oblasti péče o novorozence**

V období po druhé světové válce začíná v Československu novodobá historie medicínského oboru neonatologie. Neonatologie je samostatnou disciplínou na hranici porodnictví a pediatrie, která se zabývá péčí o novorozence. Do padesátých let minulého století věnovala lékařská věda pouze okrajově pozornost problematice předčasně narozených a nemocných novorozenců. Padesátá léta znamenala renesanci válekou

narušeného systému zdravotní péče o děti včetně novorozenců. U velkých nemocnic vznikaly první zárodky budoucích neonatologických pracovišť, například v Praze na 1. dětské klinice prof. Švejcara, nebo Výzkumný ústav péče o matku a dítě v Praze – Podolí. Na přelomu padesátých a šedesátých let vznikla v Praze první převozní služba pro nedonošené děti.(19, str.196)

Šedesátá léta jsou považována za období, které dalo vzniknout moderní klinické neonatologii. Z pokojů péče o nedonošené děti se měnily na jednotky intenzivní péče pro novorozence. Pozornost vědců i praktiků se přeorientovala od základních problémů k náročnějším tématům, spojeným s intenzivní péčí o nezralé a nemocné novorozence.

Osmdesátá léta se nesla ve znamení dalších pokroků v léčbě nedonošených a nemocných novorozenců. V té době již není předmětem zájmu neonatologických týmů pouze novorozenec, ale celá rodina.

V devadesátých letech dochází k výrazné akceleraci rozvoje neonatologie. V roce 1994 Ministerstvo zdravotnictví ČR ustanovilo 12 regionálních perinatologických center zajišťující péči o novorozence do 1500 gramů a 17 perinatologických center intermediární péče, zajišťující péči o novorozence nad 1500g. (13)

#### **2.4.7. Specifika nezralého novorozence**

Narození dítěte před termínem tj. před 37. týdnem gravidity je důvodem přijetí novorozence na jednotku intenzivní péče. O děti nepřetržitě pečují tým zdravotnických pracovníků, jejichž práce se navzájem prolíná, jednotlivé kroky na sebe navazují. Předně se jedná o lékaře neonatology, zdravotní sestry speciálně proškoleny pro práci na tomto oddělení, dále jsou to spolupracující lékaři specialisté např. chirurgové, kardiologové, neurologové, oftalmologové, rehabilitační pracovníci.

Předčasně narození novorozenci mají všechny orgány vyvinuté, ale se sníženou funkcí. Plíce velmi nezralých dětí nejsou schopny plně plnit svoji funkci. Pokud hrozí předčasný porod, mohou lékaři urychlit vyvrání plic podáním léků, ještě před narozením. U velmi nezralých novorozenců je zapotřebí speciálních dýchacích přístrojů. Předčasně narozené děti nemají dostatečně vyvinuté termoregulační centrum. Nedokáží si dostatečně udržet svoji tělesnou teplotu. Také nezralá kůže, která je tenká, téměř bez podkožního tuku, se podílí na zvýšené ztrátě tepla. Nějaký čas děti pobývají v inkubátoru, kde mají podobné prostředí, jako měly v bříšku u maminky. Výživa je podávána dítěti různým způsobem. U nezralých novorozenců, kteří jsou slabí a stravu netolerují, podává se výživa parenterálně. V případě, že dítě dobře tráví mateřské mléko

nebo jeho náhražky, ale má zatím příliš slabý sací reflex, dostává potravu sondou do žaludku. V čase, když má dítě dobře vyvinutý sací reflex, zvládá polykací pohyby, celkový stav to dovolí a matka má mléko, přikládá se dítě k prsu a zkouší se kojit. Nedonošený novorozenec nemá žádnou obranyschopnost a osudnou se mu může stát jakákoli infekce.(2, str.13)

## 2.5. Vztah matka-dítě

Ve vztahu matka dítě, správně upozornil profesor Švejcar, že Pavlovovo biologické pojetí duševního života selhalo již v pokusech na psech, kteří nereagovali všichni stejně, že se zúčastní ještě jiná složka duševní podle své různé emocionality. Experimenty přenosu krve březí samičky na panskou prokázaly, že lze u ní vyvolat mateřské chování k mlád'atům, ale mizí, není-li styk samičky s mládětem hned po porodu. Matka je připravena na cit mateřský, který je biologického původu. Psychologové potvrzují i tento vztah u člověka. (19, str.228)

Podobné výsledky z experimentu z živočišné říše, které poukazují na úzkou vazbu mezi mládětem a matkou přinesl známý *Harlowův pokus*. Mlád'ata opice *Macacus rhesus* vyrůstala u neživých matek – dvou modelů z drátěného pletiva. První umělá matka byla pouze drátěná kostra, druhá umělá matka také drátěná, ale byla potažená měkkou textilií, na dotek připomínající kůži. Na drátěném modelu byla umístěna láhev s mlékem a experimentátor sledoval, kde se budou mlád'ata – která na rozdíl od lidských novorozenců jsou již pohyblivá, častěji pohybovat. Opičky se zdržovaly u drátěného modelu pouze po dobu, kdy měly hlad a pily mléko z lahve. Po nasycení se vracely na textilem potažený model a tulily se k němu jako k matce. Za několik týdnů, kdy se u opiček objevují pocity strachu na neznámé, opičky které se mohly stýkat s modelem v textilií, měly větší odvalu při styku s neznámými předměty, nežli opičky vyrostlé pouze u drátěného modelu. Z pokusu vyplynulo, že při krmení mlád'at není zdaleka důležitý jen pouhý akt přijímání potravy. Pro rozvoj osobnosti mláděte je významný úzký, častý kontakt v náručí matky. (4, str.65) Láskyplné pouto matky ke svému dítěti, jak některé studie dokazují, vzniká již během těhotenství. V publikaci *Care of The High-Risk Neonate* autor uvádí výsledky výzkumu, jehož cílem je zjistit kdy ženy poprvé cítí mateřskou lásku k dítěti. Z 97 oslovených matek 41% odpovědělo, že lásku ke svému dítěti pociťovaly již během těhotenství, 24% během porodu, 27% potom v prvním týdnu po porodu a 8% v druhém týdnu po porodu. ( 8, str.199)

### 1. Souhrnná tabulka zkoumaných matek

<b>Celkový počet oslovených matek</b>	97
<b>Mateřská láska během těhotenství</b>	41%
<b>    během porodu</b>	24%
<b>    první týden po porodu</b>	27%
<b>    druhý týden po porodu</b>	8%

#### 2.5.1. Potřeby novorozence

Každý jedinec má své potřeby a jeho snahou je potřeby uspokojovat. Již u novorozence lze hovořit o vrozených potřebách, které je nutno přiměřeným způsobem uspokojovat, aby byly vytvořeny podmínky pro správný vývoj dítěte. (4, str. 62) Obvykle lze mluvit o potřebách biopsychosociálních. Americký psycholog Abraham H. Maslow se zabýval hierarchickým uspořádáním potřeb a rozdělil je na fyziologické, které se objevují při porušení homeostázy a vyžadují tak potřeby organismu sloužící k přežití. Dále na potřebu jistoty a bezpečí, která vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Potřeba lásky a sounáležitosti potřeba být milován a sociálně integrován. Potřeba uznání, ocenění sebeúcty vyjadřuje přání výkonu, kompetence

důvěry v okolním světě. Potřeba seberealizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti. (24, str 15-17)

S přihlédnutím k novorozeneckému věku je zřejmé, že kromě fyziologických potřeb má dítě další potřeby jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti a dovede je plně vyjádřit. Novorozenec si nedokáže uspokojit potřeby sám a je zcela odkázán na péči sestry nebo matky. Obě musí aktivně vyhledávat a uspokojovat nejprve fyziologické potřeby, po kterých přijdou další, psychosociální. Nezralí novorozenci mají stejné potřeby jako fyziologičtí novorozenci, s tím rozdílem, že při uspokojování potřeb nezralých novorozenců je třeba přistupovat individuálně, přihlížet ke gestačnímu věku nezralého novorozence a jeho zdravotnímu stavu. Potřeba bezpečí a úzkého kontaktu neplatí pouze ve vztahu matka a dítě, ale jsou popsány případy plačících novorozených dvojčat, které se v těsné blízkosti a vzájemném kontaktu uklidnily.

Dvojčata Jeane a Patricia se narodila o 10 týdnů dříve. Lékaři uložili každou z nich samostatně do inkubátoru. Jeane, která měla vyšší porodní váhu, spokojeně spala, její sestra Patricia vůbec nepřibývala na váze, měla dýchací problémy a nesnášela kontakt s lidmi. Zdravotní sestru napadlo vyzkoušet techniku „dvojitě kolébky“ a děti dala k sobě. Patricia se stulila k silnější sestřičce, utišila se a začala prospívat. (8, str.s.199).

Je důležité si uvědomit, že u předčasně narozených miminek je třeba, aby plakala co nejméně. Pláč je pro jejich slabý, nezralý organizmus příliš velkým výdejem energie, kterou potřebují vložit do svého růstu. Je proto důležité naučit se potřeby dítěte předvídat. Naladit se na jeho signály a časem se naučit na jeho zvláštní podněty reagovat a jeho potřeby uspokojovat.

Na základě teorie potřeb a jejich uspokojování v 60. letech minulého století Virginie Hendersonová definovala 14 principů, na něž je třeba se při poskytování základní ošetrovatelské péče zaměřit:

1. pomoc dítěti s dýcháním
2. pomoc při příjmu potravy
3. pomoc při vyprazdňování a vyměšování
4. pomoc při udržování žádoucí polohy těla
5. pomoc při odpočinku a spánku
6. pomoc při oblékání, svlékání
7. pomoc při udržování tělesné teploty
8. pomoc při udržování čistoty těla

9. ochrana před nebezpečím z okolí (nákazy, úrazy)

10. pomoc při uspokojování psychosociálního kontaktu.

Vyhledávání a uspokojování potřeb je pro vývoj dítěte nezbytné a nemělo by být podceňováno nebo považováno za méně důležité.(2,str.128)

### 2.5.2. Potřeby matek

Porod dítěte je náročným obdobím v životě ženy a je doprovázen změnami jak fyzickými, tak psychickými. Matka v tomto období kromě základních biologických potřeb vyžaduje s větší měrou uspokojování psycho-sociální potřeby. V souvislosti s uspokojováním potřeb hraje důležitou roli motivace. Pojem motivace lze chápat jako souhrnné označení pro působení všech sil, vyvolávajících aktivitu, která směřuje k vyplnění nějakého cíle. Aktivace, zaměření je vyjadřována termíny jako jsou pudy, potřeby, zájmy a tyto vyjadřují základnu procesu motivace a jsou nazývány motivy. Dosažení cílů je provázeno sebeuspokojením, radostí, rozličnými emocemi. Matky prožívají tyto pozitivní pocity, ale není to pravidlem. Protipólem je situace, při které nedochází k vyplnění cílů z různých důvodů (překážky, vytýčené cíle jsou neslučitelné s realitou) a situace je označována jako frustrace, tedy vnitřní pocit vnímán jako neuspokojení potřeby. Při přístupu k matkám je důležité na tuto skutečnost pamatovat a uvědomit si, že člověk nedosahuje všeho, po čem touží, musí překonávat překážky, volit mezi neslučitelnými cíli a strpět časový odklad dosažení cíle.

Přechod k mateřství způsobuje hormonální změny, změny tělesných proporcí a mnoho změn v emocionální oblasti. V prvních týdnech po porodu často matky zažívají protichůdné stavy radosti a zklamání, kterému se říká poporodní blues. Matky prožívají pocity smutku, bývají plačtivé. Cítí zklamání, ale mají radost z narozeného potomka, svůj stav nedokážou vysvětlit. Důvod tohoto stavu není známý, ale připisuje se k hormonálním výkyvům po porodu. Emotivní projevy lze rozdělit do třech fází podle Rubinové:

- 1. fáze: Přijímání role – Matka je pasivní, přenechává iniciativu na ostatních, má malý zájem o poučování, odpočívá, čerpá síly.
- 2. fáze: Ujímání se role – Matka začíná být iniciativní a zajímá se o péči o dítě. Tato fáze je nejvhodnější pro edukaci.
- 3. fáze: Smíření s rolí – Matky a otcové se snaží o přeměnu předešlého životního stylu a uspořádání rodinných záležitostí tak, aby do nich začlenili narozené dítě .(10,str. 249-250)

### **2.5.3. Pomoc matce při vývoji jejího vztahu k rizikovému a nedonošenému dítěti**

Narození dítěte, jehož další vývoj je ohrožen, obvykle narušuje psychický stav ženy a celé rodiny. Jednou z nejpočetnějších rizikových skupin tvoří děti narozené předčasně, zejména děti s velmi nízkou (<1500 g) a extrémně nízkou (<1000 g) porodní hmotností, které se daří zachraňovat díky novým vědeckým poznatkům a rychle se zdokonalujícím technologiím porodu. Oprávněný důraz je kladen na pochopení psychického stavu matky po narození takového novorozence. Po narození nedonošeného novorozence se často u žen vyskytuje pocit viny trvající většinou tři měsíce. U matky novorozence se závažnými komplikacemi se obvykle dostavuje krize obdobná šoku, trvající 8-11 hodin. Kritickým obdobím jsou následující 3-4 dny. Psychiatři nedoporučují prvních 48 hodin aplikaci farmak, která ztěžují nutnou a důležitou komunikaci se zdravotnickým personálem. (19, str.328)

Většina předčasně narozených dětí zůstává v nemocnici do doby, kdy by se měly správně narodit a někteří i mnoho měsíců po předpokládaném termínu porodu. Každodenní rutina, cestování, snaha žít "normálně" mimo nemocnici, zachování laktace a vyrovnávání se strachem a úzkostí, mohou být pro mnohé rodiče velmi vyčerpávající. Některé matky a otcové společně lépe zvládají první dny, kdy zjistí, že se jim předčasně narodí dítě. Tento vztah je důsledkem uvědomění si, že existuje nebezpečí, které ohrožuje rodinu. Později se mnoho matek a otců vyrovnává se situací různým způsobem. Mnohé matky se vyrovnávají déle s realitou, že se jim nenarodí zdravé dítě, což mnozí otcové nemusí chápat. Muži mívají racionální přístup, potřebují úkoly a domnívají se, že když je splní, bude vše vyřešeno. Tak jednoduché to není.

Otcové mohou mít obavy o zdraví matky. Společně mohou být frustrováni pocitem, že není v jejich moci přispět k uzdravení dítěte. V komunikaci je doporučeno zdravotníkům nevyhýbat se diskusi s rodiči. Jejím účelem je na jedné straně překonat stres rodičů z předčasného porodu a snížit matčinu úzkost o život a zdraví dítěte, na straně druhé seznámit ji s prostředím oddělení, poučit ji jak navázat kontakt s dítětem v inkubátoru, porozumět chování nedonošeného dítěte a optimálně stimulovat jeho vývoj. (19, str.336).

Ve vyspělých západních zemích je v souvislosti s krizovými situacemi matky a rodiny kladen velký důraz na podporu rodičovské role a na zapojení rodičů do péče o novorozence na odděleních JIP co nejdříve.

Podpora a pomoc rodičům se postupně přesouvá od krizové intervence k takzvané podpoře vzájemných vztahů, kdy se odborníci snaží o zvýšení kompetencí rodičů a o podporu rodičovských rolí od samého začátku. V našem státě však není na odděleních JIP dostatečně zajištěná krizová intervence ani následná kontinuální péče provázejícího odborníka, který je matce a rodině stále k dispozici a je kontaktní osobou mezi rodiči zdravotními sestrami, neonatologem, psychologem.(16)

## 2.6. Spolupráce zdravotníků s rodinou hospitalizovaného dítěte

Hospitalizace dítěte je pro rodiče traumatizující životní zkušeností, i když se jedná o krátký pobyt v nemocnici. Pokud rodiče nemají možnost dítě v nemocnici doprovázet, poskytovat mu lásku a péči, pociťují vinu a selhání ve své rodičovské roli. Situaci, kdy se musí vzdát péče o své nemocné dítě a svěřit ho do odborné péče, prožívají často jako velmi stresující. Někdy jsou děti převezeny do nemocnic daleko od domova a to může umocňovat to, že se rodiče cítí ještě více odcizeni. Odborníci nemohou nahradit rodičovskou péči a lásku, individuální přístup.

*„ V dnešní době již sestra pracující na dětském oddělení nemocnice nemusí hospitalizovanému dítěti nahrazovat matku. Naopak, její role je zásadním způsobem rozšířena, stává se ještě větší profesionální výzvou. Spočívá ve společné práci, v práci po boku rodiny, která má nemocné dítě. Naučit se takovému přístupu není snadné a nese to sebou mnoho problémů. Celý tým oddělení, tedy lékaři, sestry i příslušníci ostatních profesí, se totiž ocitá v situaci, kdy se musí vyrovnat s novým pojetím práce, osvojit si nové návyky a dovednosti. Péče se přestává soustřeďovat pouze na dítě a v centru jejího zájmu se ocitá celá rodina. Pro mnoho pracovníků je s tím spojena změna jejich dosavadního přístupu k vlastní práci a náhledu na ni.“(5, str.5)*

Na základě těchto poznatků vznikl ve Velké Británii nový systém péče o hospitalizované děti, vycházející z principů Family Centred Care – péče zaměřená na rodinu, nejen na nemocné dítě. Systém vychází z přesvědčení, že rodiče jsou pro dítě základním zdrojem jistoty. I během hospitalizace jsou jejich zákonnými zástupci a je třeba je vnímat jako vítané spolupracovníky zdravotníků, především sester. Dobrá spolupráce s rodinou je základním požadavkem pro naplňování Úmluvy o právech dítěte a Charty práv dětí v nemocnici.(26)



Úmluva o právech dítěte byla přijata OSN v roce 1989. Je významným mezinárodním dokumentem, který otevřel nový pohled na postavení dítěte ve společnosti jako partnera dospělých a nositele téměř všech lidských práv a svobod. Česká legislativa tuto dohodu přijala a učinila ji nadřazenou ostatním zákonům. V úmluvě se mimo jiné hovoří o tom, že dítě nesmí být pouze předmětem zájmu péče zdravotníka, ale je subjektem, který se spolu s jeho rodinou na péči podílí. Zdravotník má v plném rozsahu respektovat roli rodiny, její přání ve vztahu k dítěti, její zodpovědnost za dítě a prosazování jeho nejlepších zájmů.

Charta práv dítěte byla u nás přijata v roce 1993 a jedná se o etický kodex. Původní anglická verze Charty práv hospitalizovaných dětí byla přijata na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988.

### **2.6.1. Podmínky dobré spolupráce**

Spolupráce s rodinou nemocného nebo předčasně narozeného novorozence vyžaduje specifický přístup od zdravotníků. Při spolupráci je nutné přihlídnout k poporodním změnám v psychice matky, k nečekané události narození předčasně nezralého nebo nemocného novorozence, k nepřipravenosti rodičů vžít se plně do nové rodičovské role.

Podmínkou smysluplné spolupráce zdravotníků s rodinou je akceptace zmíněných atributů a realizace tří základních postupů:

- poskytovat rodičům srozumitelné informace
- přijmout rodiče jako rovnocenné partnery
- umožnit rodičům pečovat o dítě do té míry, jak stav dítěte a jejich odhodlání dovolí

**Srozumitelné informace** jsou pro rodiče základní potřebou. Čím lépe a srozumitelně jsou rodiče informováni, tím snáze se mohou v nové situaci orientovat a tím lépe se mohou na nové události připravit, lépe zapojit racionální myšlení, mohou se snadněji rozhodnout a na novou situaci lépe reagovat. Při komunikaci s rodiči musí mít zdravotník neustále na paměti, že se jedná o laiky. Proto je vhodné používat srozumitelný jazyk, vyhnout se příliš odborné terminologii. Neustále je třeba se dotazovat, zda informace byla rodiči správně pochopena.

**Rovnocenné partnerství** mezi rodiči a zdravotníky vyžaduje pochopení jak ze strany rodičů, tak i zdravotníků. Rodiče potřebují mít zachována svá práva a rodičovskou roli. Jejich úkolem je dítě chránit a dělat vše nejlepší pro jeho dobro.

V nemocnici se často dostávají do pasivní role, trpí pocitem méněcennosti, („nedokážu to, nenaučím se to nově“), zbytečnosti a zoufalství. Pro dobrou spolupráci s rodinou je nutné, aby zdravotníci rodičovské role opravdu akceptovali, pochopili jejich jedinečnost a nezastupitelnost. Rodiče potřebují vědět, že personál chápe jejich náročnou situaci. Vlídňá, klidná a přátelská komunikace zdravotníků obvykle rodiče uklidní, tím se posílí jejich důvěra a v klidu se dohodnou na podmínkách spolupráce. Také zdravotní personál potřebuje vědět, že je rodiči vnímán jako subjekt, který chce dítěti i jim pomoci, a že dělá vše pro dobrý výsledek.

**Umožnění rodičům pečovat.** S ohledem na to, že se jedná o nemocné nebo nezralé novorozence míra rodičovské péče bývá snižována. Je nutné vždy přihlídnout ke zdravotnímu stavu dítěte. Nemocný novorozenec potřebuje plně dohled a odbornou péči zdravotníků. Bez ohledu na kvalitu spolupráce sestry s rodinou konkrétního pacienta platí, že sestra je povinna pečovat o dítě vždy v celém rozsahu a plně zodpovídá za ošetrovatelský proces. Zároveň by si měla být vědoma, že její péči a pomoc potřebuje nejen dítě, ale i jeho rodič.(15, str. 154)

## 2.7. Zásady edukace rodičů

Proces edukace v péči o novorozence je velmi specifická, protože je směřována výlučně k rodičům dítěte. Proto, aby edukace mohla probíhat kvalitně, je nutné splnit několik podmínek.

*První podmínkou* je navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem. Řada matek musí o dítě dlouhodobě, někdy i celoživotně pečovat a sama je velmi omezována v dosavadním životním stylu, ve svých zvyklostech, koníčcích, práci. Narozením nemocného dítěte se mnohdy změní celý její život. Edukace nemůže být úspěšná, pokud matka nemá k dítěti dobrý vztah a nechce o něj pečovat.

*Druhou podmínkou* kvalitní edukace je včasné zahájení edukace. Matky by měly být zapojovány do péče o dítě co nejdříve, a to jak na oddělení fyziologických novorozenců, tak na neonatologických JIP (jednotkách intenzivní péče).

V případě, že se narodí dítě s onemocněním, jehož stav vyžaduje vyšší, specializovanou péči, je v krátké době převezeno na odpovídající pracoviště. Předem je třeba rodičům vysvětlit, o jaké onemocnění u dítěte se jedná, a pokud je to možné, ještě před převozem dítě nechat alespoň chvíli matce v náručí, aby se ho mohla dotýkat, hladit jej. Následující úryvek rozhovoru matky dítěte s vrozenou vadou páteře poukazuje na to, jak podobná praxe nemá vypadat:

*„Když Filipa odvezli na první operaci do Prahy, ani jsme to nevěděli. Ani jednou za celou dobu v porodnici za mnou nebyl pediatr. Vůbec jsem netušila, co meningokéla obnáší a jaké operace ho čekají, budu-li moci být s ním. Dítě mi ničilo život, i když tu nebylo, bylo divný, postižený. Neměla jsem s ním žádný kontakt, přála jsem si, aby umřel. Manžel volal do nemocnice, ale pokaždé mluvil s jiným lékařem. Jeden mu řekl, že to bude ležák, který se ani sám nenají. Chtěli jsme tam pak volat, že nedáme souhlas k operaci, že nemá cenu ho trápit, ale telefon zvedl jiný doktor a řekl, že Filip bude jednou hrát fotbal. Tak jsme se tam rozjeli, nechala jsem se na reverz propustit. Pustili nás k němu, vzala jsem ho do ruky – a byl můj. Po pěti dnech od porodu jsem mu dala prs – a on se přisál a pil. Bylo to jako zázrak, najednou jsem měla dítě. Následující den šel na první operaci.“*

Z textu je patrné, jaké dopady může mít absence edukace ze strany zdravotníků a jejich necitlivý a neprofesionální přístup k rodičům nemocného dítěte.

*Třetí podmínkou* úspěšné edukace je vedení edukace erudovaným zdravotníkem. Neméně důležitým předpokladem úspěšné edukace jsou potřebné vlastnosti a schopnosti, toho, kdo edukuje. Učít může ten, kdo má zkušenosti a odborné znalosti v problematice nemocného, základní vědomosti z pedagogiky a psychologie a komunikační dovednosti. Velmi náročná je komunikace zdravotnického personálu s rodiči v těžkých životních situacích. Vyžaduje určitou zkušenost a znalost.

*Čtvrtou podmínkou* kvalitní a komplexní edukace je jednotné vedení celého procesu. Protože edukace je týmovou prací, každý člen zdravotnického týmu musí znát své kompetence a vědět, jaké informace může podávat. Je třeba, aby tyto informace na sebe navazovaly a byly jednotné. Nejčastější chybou bývá nejednotnost zdravotníků a podávání rozdílných a neúplných informací.

Edukace matek a rodičů je významnou každodenní činností pečujících sester a je jimi vnímána jako přirozená součást jejich profese. (15, str.164-166)

### **2.7.1. Strukturální členění edukace**

Edukace jako proces je realizován v určitém obsahovém a časovém rámci a lze jej podle těchto ukazatelů rozdělit do několika kategorií.

Edukaci lze rozdělit v obecné rovině na

- základní
- speciální

Za *edukaci základní* je považována edukace, která je uplatňována u všech novorozenců přijatých do nemocnice a zahrnuje:

- seznámení rodičů s provozem oddělení
- seznámení rodičů se zajištěním bezpečnosti dítěte v nemocnici
- edukaci v oblasti základní péče (koupání, přebalování, kojení)

*Edukace speciální* je určena jen pro rodiče dětí se specifickým zdravotním problémem. Patří sem například podávání léků, ošetřování stomií, speciální péče o dýchací cesty, podávání stravy sondou. Speciální edukace zahrnuje i edukaci celkového onemocnění a patří sem:

- nemoc jako taková, (symptomy, komplikace, léčba)
- příznaky ukazující zhoršení stavu (o jaké příznaky jde, jak se zachovat, kde hledat pomoc)
- podávání léků (jak podávat léky)
- toaleta, hygienické postupy
- potřebné vybavení (pomůcky, kontakty na dodavatele pomůcek)
- potřebné kontakty na praktického lékaře, lékaře specialisty, speciální ambulance (plastická chirurgie, ortopedie, rehabilitační odd., logopedie).
- podpůrný komunitní systém (rodičovské kluby, možnosti sociální podpory, centra rané péče)
- možné výchovné problémy (pedagogicko-psychologické poradenství)

Z hlediska času lze edukaci rozdělit na:

- vstupní
- průběžnou
- závěrečnou (před propuštěním)

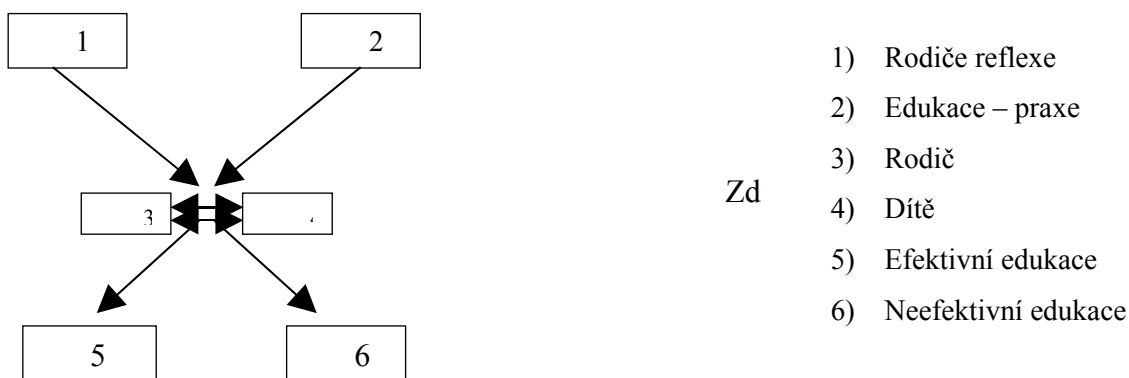
*Vstupní edukace* se týká seznámení matky s oddělením a jeho provozem. Vidí-li matka dítě poprvé, je vhodné dát ji dostatek času k tomu, aby se s ním přivítala. Pohladila jej, dovolí – li to stav dítěte, vzít jej do náručí.

*Průběžná edukace* souvisí s vysvětlováním, učením nových poznatků v péči o dítě.

*Závěrečná edukace* je vyvrcholením celého pobytu v nemocnici. Zahrnuje nejdůležitější věci, které se matka během pobytu naučila a je doplněna doporučeními, jak postupovat v péči o dítě v domácím prostředí a poučením, na koho se obrátit v případě potřeby.

Významný americký neonatolog M. H. Klaus ve své knize *Care of the High-Risk Neonate* na uvedeném schématu znázorňuje vzájemné vazby mezi rodičem a dítětem v edukačním procesu. Pro výsledný efekt edukace je důležitá praxe – praktický nácvik, procvičování a reflexe odrážející realitu. Neméně důležitá je vazba mezi dítětem a rodičem. Na vzájemném působení a kvalitě vazeb mezi jednotlivými atributy závisí kvalita a efektivita výsledku edukace.

3 schéma . –interakce rodiče a dítěte v edukačním procesu



### 2.7.2. Bariéry edukace

V průběhu edukace se mohou objevit překážky, které mají negativní dopady na průběh, a výsledek edukace. Příčina mohou být ze strany systému tj. zdravotníků nebo ze strany rodičů

Ze strany systému se může jednat o:

- podceňování edukace systémem zdravotní péče, managementem nemocnice
- absenci humánního přístupu
- negativní působení prostředí (ztráta soukromí, sociální izolace)
- nedostatek času na edukaci
- nedostatečná erudice zdravotníků v oblasti edukace
- neschopnost pracovat v týmu
- osobnostní předpoklady lékařů a sester

Ze strany rodiny:

- stres rodičů v počáteční fázi hospitalizace dítěte

- osobnost členů rodina (nízká motivace, nevhodný učební styl)

## **2.8. Edukace v péči o novorozence a empirická data**

Hodnocením edukační činnosti v péči o novorozence se zabývají různé studie. Stává se častým tématem pro zpracování bakalářských prací porodních asistentek i všeobecných sester. Ve většině případů se jedná o kvantitativní výzkumy v oblasti péče o matku a zdravého novorozence. Velká pozornost je věnována kojení a správné výživě

novorozence. Výzkumné práci v problematice edukace u předčasně narozených, nemocných novorozenců je věnována menší pozornost, nežli u zdravých novorozenců.

V této části práce interpretuji s laskavým svolením paní Mgr. Petry Sedlářové, některé výsledky z její diplomové práce, ve které se zabývá kvantitativním výzkumem v oblasti edukace o nemocné novorozence a kojence na chirurgické JIP. Autorka ve své práci zkoumá problematiku ve dvou rovinách: rovině edukovaných matek a rovině edukujících sester. Z výsledku dotazníkového šetření vyplývá:

#### Potřeba dostatku času pro komunikaci ze strany matky

86 % respondentek – zdravotníci měli na matky vždy nebo většinou dostatek času

95% respondentek – zdravotníci podávali informace vždy nebo většinou ochotně

#### Potřeba dostatku času ze strany sester

31% sester – myslí si, že na edukaci mají málo času

75% sester – je pro ně jednodušší ošetřovat dítě bez matky.

#### Potřeba umožnění přístupu k dítěti

89% matek – přístup k dítěti jim nebyl omezen

73% matek – měly umožněný celodenní pobyt s dítětem na pokoji

Po propuštění potřebovalo poradit o 20% méně matek , kterým byl celodenní pobyt umožněn. Pocit, že měly dostatek možností se zacvičit mělo o 11% více matek, kterým byl umožněn celodenní pobyt

#### Potřeba uvědomění si důležitosti edukace ze strany sester

98% sester si uvědomuje důležitost edukace

Sestry komunikační problémy připouští jen občas (61%) nebo téměř nikdy (35%)

Komunikační problémy vznikají vinou rodičů. Matky na problémy zdravotníků s komunikací upozorňují. Možnost rozvoje komunikačních dovedností by přivítalo 46%sester.

#### Potřeba doplnění edukace

53 (tj.95%) matek a 42 (tj. 87%) sester vnímá doplňování ústních informací písemnými jako přínosné. V praxi jsou písemné edukační materiály používány v omezené míře. Existenci edukačních pokojů nebo edukačního oddělení by přivítalo 95% matek a sester.

#### Potřeba vědět na koho se obrátit po propuštění do domácí péče

95% matek vědělo, na koho se mohou obrátit. Matky se nejčastěji obrací na lékaře, nebo na lékaře i sestru společně. Matky se častěji obrací na zdravotníky v nemocnici než na zdravotníky v místě bydliště.

#### Potřeba inovace v oblasti edukace

56% sester – ke zvýšení edukace by přispělo vytvoření edukačního modelu

90% matek a 94% sester – ke zvýšení kvality edukace by přispělo vytvoření edukačního týmu.

## **2.9. Charakteristika cílového pracoviště**

Zařízení, které jsem si vybrala pro svoji diplomovou práci, je neonatologické oddělení jedné Fakultní nemocnice v Praze. Pracoviště vzniklo po rozsáhlé rekonstrukci původního novorozeneckého oddělení v roce 2008. Oddělení má dvě části. Oddělení fyziologických novorozenců a oddělení jednotky neonatální intenzivní péče. Jednotka fyziologických novorozenců má 26 lůžek pro zdravé novorozence. Jednotka neonatální intenzivní péče má 16 lůžek pro předčasně narozené nebo nemocné novorozence. Oddělení intenzivní péče poskytuje resuscitační a intenzivní péči novorozencům, kteří tuto péči vyžadují a narodí se přímo na zdejší porodnické klinice, nebo jsou na pracoviště převezeni z jiných porodnic a neonatologických center. Ročně se zde narodí 2400 novorozenců, z toho je 200 novorozenců hospitalizovaných na JIP. Průměrná ošetrovací doba je 8 týdnů. Zdraví novorozenci setrvávají se svými maminkami na roomingových pokojích na oddělení šestinedělí a obvykle po čtyřech dnech jsou propuštěni do domácí péče. Nedonošení, nemocní novorozenci podle závažnosti onemocnění setrvávají v nemocniční péči i několik měsíců. Stavební řešení prostor oddělení JIP umožňuje roomingový pobyt matkám nedonošených dětí. Jedná se o dva čtyřlůžkové pokoje pro matky a jejich děti. V době, kdy matka ještě nemůže být hospitalizována u svého dítěte, navštěvuje jej i s rodinou kdykoliv během dne. Určitá omezení návštěv jsou pouze v době lékařských vizit a v době, kdy si sestry předávají službu. Pracoviště je vybaveno moderní zdravotnickou technikou. Malé pacienty léčí



erudovaní lékaři (neonatologové) a ošetřují je zkušené sestry se specializací v péči o nedonošené novorozence. Pracoviště řídí primář oddělení společně s vrchní sestrou.

Cílem celého týmu zdravotníků je poskytovat svým malým pacientům takovou kvalitní péči, aby vedla k optimalizaci jejich zdraví k zabezpečení dobrých podmínek pro jejich další vývoj. V péči o nemocné na JIP se střídá v trojsměnném provozu 15 sester. Obvykle jsou tři sestry ve směně, z nichž jedna je vedoucí směny. Jde o sestru zkušenou v péči o nedonošené děti a s odpovídající specializací pro tuto činnost. Vedoucí směny odpovídá za kvalitu poskytované péče a edukaci matek během své směny. Dohlíží na méně zkušené kolegyně, pracovní činnosti koordinuje a hodnotí.

Před propuštěním každého novorozence do domácí péče je matka na několik dní přijata k hospitalizaci na roomingový pokoj. Po přijetí na oddělení je poučena o provozu oddělení, o režimu dítěte. V průběhu pobytu se ošetřující personál zaměřuje na kvalitní edukaci matky. Sestra i ošetřující lékař se každé matce a dítěti věnují individuálně. Před propuštěním dítěte do domácího ošetření zdravotníci ověřují, jak matka zvládá péči o dítě, zda není potřeba doplnit informace a zdokonalit péči. Zdravotníci poskytují matce informace o následné domácí péči, o výživě – technice krmení, kojení, o hygienické péči, o režimu dne – spánek, odpočinek, vycházky, návštěvy příbuzných. Poskytují kontakty na praktické lékaře, eventuelně na potřebné specialisty, na sociální pracovníky, zdravotní pojišťovny, matriky. Domlouvají termíny ambulantních kontrol na oddělení.

S primární edukací rodičů začínají sestry již první návštěvou u dítěte. Většinou se jedná o informativní sdělení organizačního charakteru, tj. návštěvní hodiny, hygienická opatření – mytí a desinfekce rukou, použití ochranných pomůcek, zásady bezpečné manipulace s dítětem, poučení maminek, jak manipulovat s odsátým mlékem, jak si zachovat laktaci. Formu průběh a výsledky veškeré edukace sestry zaznamenávají do edukačního listu, který je předepsanou složkou pacientovi dokumentace. Poučení o edukaci v péči o své dítě, stvrzují matky podpisem a taktéž edukující sestra. Staniční a vrchní sestra dohlíží průběžně na úroveň edukace matek a kontrolují zápisy v dokumentaci. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči provádí pravidelně audit na plnění předepsaných standardů ošetrovatelské péče a dokumentace.

### **3. EMPIRICKÁ ČÁST**

#### **3.1. Výzkumná otázka, cíl výzkumu a výzkumný plán**

Výzkumným záměrem práce je popsat současný stav edukace v péči o novorozence na neonatologickém pracovišti. Hlavní výzkumná otázka se ptá, jak vnímají edukaci konkrétní maminky nedonošených dětí hospitalizovaných na specializovaném pracovišti neonatální péče. Ptá se na motivaci, na podpůrné podněty v péči o nemocného novorozence, na překážky znesnadňující péči, na edukační podporu zdravotníků. Dotazuje se na spokojenost matek s přístupem zdravotníků a na eventuální doporučení inovačních změn.

Teoretická část objasnila pojmy edukace, kvalita, potřeby nedonošených novorozenců a jejich matek po porodu, přiblížila spolupráci zdravotníků s rodiči hospitalizovaného dítěte a strategii edukce v praxi. Empirická část je zaměřena na realizaci výzkumu, na jeho popis a jeho zhodnocení.

Před zahájením magisterské práce jsem se rozhodovala mezi kvantitativním a kvalitativním zpracováním tématu. Zvolila jsem kvalitativní metodu. Výhodu kvalitativního výzkumu spatřuji v absenci čísel a v možnosti vytvořit komplexní širokou škálu názorů pečujících matek. Komunikace není ohraničena uzavřenými odpověďmi ano, ne, nevím. Výhodou zvolené metody je navázání intenzivního kontaktu s matkami v daných podmínkách a poskytnutí dostatečného prostoru matkám k vyjádření svých pocitů, názorů, podnětů.

### 3.1.1. Výzkumný plán

Plán k realizaci kvalitativního výzkumu jsem vytvořila následně po prostudování odborné literatury a po důkladném promyšlení podmínek, ve kterých se bude výzkum uskutečňovat. Základní výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky zkoumané skupiny. Plán není totožný s metodami sběru dat ani s analýzou dat. V logickém postupu jsem jej zařadila hned za volbu výzkumného problému. Nejprve jsem zvolila co, a proč budu zkoumat, a následně naplánovala, jak to zrealizuji. Současně jsem si uvědomovala svoji nelehkou roli výzkumníka. Z hlediska způsobů vědeckého poznávání je právě pro kvalitativní výzkum charakteristický předpoklad, že validita poznatků je úměrná ke schopnosti porozumět a vysvětlit, jak se na tomto procesu podílí samotný výzkumník.

Vytvoření výzkumného plánu mi usnadnilo několik bodů.

- určení výběru vzorku – koho oslovím pro výzkumný záměr
- určení času a místa – kdy a kde se výzkum uskuteční
- způsob komunikace – jaká komunikační technika bude použita
- časový a finanční harmonogram
- personální zajištění
- etické otázky- uplatnění etických pravidel
- zpracování výzkumu

Plán výzkumu není pevně dán, často je během kvalitativního procesu podle podmínek a možností měněn.

### 3.2. Metoda sběru dat

Metodu sběru dat jsem zvolila po stanovení cílů výzkumu, vytvoření výzkumného plánu a definování výzkumných otázek. Použila jsem **metodu rozhovoru**. Přestože se jedná o náročnou metodu pro výzkumníka, domnívám se, že tato metoda mi poskytne dostatečné informace o osobních názorech, postojích a postřezích dotazovaných. Očekávám, že rozhovor vedený z očí do očí mi poskytne hlubší pohled do subjektivního světa dotazovaných. Rozhovor by neměl zasahovat do jejich soukromí, naopak by měl být veden tak, aby se cítily uvolněně, nebály se otevřít a říci svůj názor bez obav, že budou veřejně hodnoceny, konfrontovány.

Během rozhovoru je důležité vytvořit rámec, v němž se budou dotazované vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem. Kladné otázky chci

formulovat jasným způsobem, kterému budou dotazované rozumět. Z tohoto důvodu kladu vždy jednu otázku. Neúplné informace během rozhovoru řeším doplňkovými otázkami. Pro optimální průběh rozhovoru je důležité, abych dotazovaným dala na vědomí, jaké informace požaduji, proč jsou důležité, a jak rozhovor postupuje. Snažím se být pozorná a citlivá k tomu, jak jsou dotazované rozhovorem ovlivňovány a jak odpovídají na různé otázky.

Naslouchám pozorně a odpovídám tak, aby dotazované poznaly, že o ně mám zájem. Snažím se nechávat jim dostatek času na odpověď. Během rozhovoru se snažím udržovat neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat, i když je někdy obtížné sbírat data, aniž bych hodnotila osobu. Snažím se být reflexivní. Během rozhovoru sebekriticky hodnotím sama sebe. Po rozhovoru kompletuji a kontroluji svoje poznámky, jejich kvalitu a úplnost.

Dalším krokem v realizaci výzkumných záměrů bylo **stanovení výzkumných otázek** pro polostandardizovaný rozhovor. Vytvořené otázky mi pomohly k zaostření výzkumu, tak, aby poskytnuté výsledky byly v souladu se stanovenými cíli a ukázaly cestu, jak výzkum vést. Přestože je kvalitativnímu výzkumu vlastní určitá otevřenost a spoléhání se na improvizaci, bylo třeba otázky formulovat tak, abych na konci své práce dokázala rozpoznat, zda jsem si na otázky odpověděla, či nikoli. Další požadavek na stanovení otázek byl, aby otázky splňovaly dostatečnou otevřenost, neměly sugestivní charakter. Snažila jsem se vyhnout se příliš úzce vymezené otázce, která by vedla k vytlačení důležitých, avšak nepředpokládaných jevů z analýzy.

### **3.2.1. Otázky pro polostandardizovaný rozhovor**

1. Jaké klíčové věci se vás citlivě dotýkaly při pobytu na JIP?
2. Popište mi, jak jste byla zdravotníky informována.
3. Jak hodnotíte komunikaci se zdravotníky?
4. Můžete mi říci, co vás motivuje v péči o vaše dítě?
5. Popište mi, jak vám zdravotníci umožnili pečovat o vaše dítě?
6. Cítíte ze strany zdravotníků podporu, pomoc?
7. Jak jste spokojená s edukací zdravotníků v péči o vaše dítě?
8. Co si myslíte, že by měli zdravotníci změnit?

První otázka je směřována k popisu předmětu předpokládaného socializačního působení. Druhá až šestá otázka se vztahuje k popisu kontextu, v němž se sledovaný jev odehrává. Sedmá otázka je hodnotící. Osmá otázka doporučující, je zaměřena na

možnost návrhu konkrétních změn. Uspořádání kladených otázek během rozhovorů bylo různé bez zavedení vnitřní hierarchie. Otázky, ač byly kladeny v různém pořadí, v rozhovorech se objevily všechny.

Všechny rozhovory byly uskutečněny přímo na pracovišti, v odpoledních hodinách, v době kdy byl na pracovišti relativní klid, po vizitě lékařem a po vyplnění ordinací a po odchodu návštěv, v době kdy matky měly pro rozhovor dostatek času, děti byly nakrmené a spokojeně spaly. Ve většině případů jsem pro rozhovor využívala pohodlí a soukromí roomingových pokojů. Během rozhovoru jsem dbala o to, abych byla v pokoji s maminkou sama a nikdo nás nerušil. Záměrně jsem vytvářela klidnou atmosféru, aby maminky byly v pohodě, zbytečně se nestresovaly, nerozptylovaly a soustředily se na rozhovor. Při prvním rozhovoru jsem se každé matce představila a seznámila jí s projektem a účelem výzkumu. V průběhu rozhovorů jsem opakovaně maminky upozorňovala na zachování jejich anonymity a možnost kdykoliv rozhovor ukončit a nepokračovat již dále ve výzkumném projektu. V průběhu rozhovoru jsem se snažila vyhýbat uzavřeným otázkám a formulovat otevřené otázky natolik srozumitelně, abych umožnila matkám vyličit svoje názory a přesvědčení pokud možno v nejširším rozsahu. Od této strategie jsem očekávala, že události nebudou jenom přínosné, nebo nepřínosné a výroky nebudou jenom pravdivé nebo nepravdivé, ale dostatečná preciznost bude upřesňovat význam řečeného.

### 3.2.2. Úskalí vedení rozhovoru

Jako začínající výzkumník jsem měla z metody rozhovoru určité obavy. První obavou byl strach, že nic nezjistím. Vedena představou, že mám na výzkum omezený čas, měla jsem zpočátku tendenci zaměřovat se na otázky kolik...? Do jaké míry...?. Jako bych se obávala, že nebudu moci svoje záměry doložit, protože nic nezjistím. Další obava pramenila z toho, že nezjistím všechno, co bych si představovala. Tato představa vyplynula zřejmě z toho, že jako začínající výzkumník jsem neměla představu, jak dlouho bude rozhovor trvat a nakolik se mi podaří odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Tato skutečnost mne vedla k tomu, abych pokládala všechny otázky najednou. Podle doporučení z literárních pramenů jsem měla jako výzkumník při hledání hloubky detailu vybízet respondenta k jasným a živým odpovědím.(21, str.172). To se mi vždy nedařilo. Některé dotazované maminky reagovaly na určité otázky s větším emotivním projevem. Citově zabarvené vyprávění, mělo za následek, že mne uvádělo do jiného příběhu. Téma se rozšířilo, měla jsem šanci pokládat otázky na širší a širší kontext

příběhu, stávalo se však, že pro svoji nezkušenost nebo nedostatek citu k tématu jsem se ztrácela v kontextu a obtížně jsem se vracela k jádru věci. V průběhu rozhovoru jsem se snažila poskytnout účastnicím dostatečný prostor pro odpověď. Snažila jsem se být objektivní, nepřerušovat kontinuitu vyprávění. Ne vždy se mi toto dařilo. Několikrát se stalo, že jsem vyprávění přerušila a ve snaze urychlit rozhovor jsem myšlenku dotazované předjíkala.

### **3.2.3. Metody hodnocení získaných dat**

Při kvalitativním výzkumu jde o systematické, nenumerné organizování dat, v němž výzkumník pátrá po odhalení pravidelností v získaných datech, kvality a vztahy. Výzkumník formuluje předběžné závěry, na jejichž základě může vytvořit nové hypotézy, nové teorie. (21, str. 207)

Kvalitativní postupy vyžadují přesný a adekvátní popis dat. Metodami sběru dat je získáván informační materiál o realitě. Úkolem výzkumníka tento materiál optimálně upravit, zobrazit a analyzovat. Zobrazení dat slouží k názorné organizaci a kompresi informací. Pro úpravu, zobrazení a následně vyhodnocení dat je nezbytná transkripce mluveného projevu. Grafická, časově náročná technika, nezbytná pro zdůraznění důležitých částí rozhovoru, doplnění komentářů na kraji stránky nebo pro vytváření seznamů a srovnávání jednotlivých míst v textu. Při transkripci je možné postupovat různými způsoby.

Exaktní technikou je práce pomocí mezinárodní fonetické abecedy IPA, International Phonetics Association. (Erlach 1976). Abeceda speciálně navržena pro mluvené slovo, zachycuje všechny možné dialekty a jazykové prvky. (7, str. 208).

### **3.2.4. Kódování dat**

Kódování je nástrojem hodnocení dat a rozumí se tím rozkrytí dat k jejich interpretaci, konceptualizaci a vytvoření nové integrace. Konceptualizací se rozumí postup, při kterém je snaha k popisovanému jevu vytvořit určitý základní výklad umožňující jeho kvalitnější, hlubší uchopení. (11, str. 228) Údaje jsou rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Postup vede k doporučení, která data je nutné ještě analyzovat. Kódování aplikuje tři procedury. Tyto procedury nemusí být při analýze textu použity zcela odděleně, ale také se nemusí aplikovat všechny tři typy kódování. (7, str. 247)

**Otevřené kódování** představuje první fázi procesu kódování analyzovaného textu (přepsaný rozhovor, záznam, pozorování, dokument), v němž výzkumník lokalizuje témata a přiřazuje jim určitá označení. Významové jednotky jsou složeny z pojmů označující jednotlivé události (jevy, pocity, soudy). Text výzkumník segmentuje na jednotky, kterým přiděluje nějaký kód. Kód je určitá fráze, výraz, který vystihuje určitý typ (typ vyjádření při analýze rozhovorů) a diferencuje jej od ostatních. Tříděním, porovnáváním významových jednotek, hledá výzkumník podobnosti a rozdíly, vytváří kategorie pojmů. Pojmy v této podobě jsou seskupovány v odlišných celcích a řazeny do vyššího řádu. Pro snazší pojmenování a identifikaci obecnějších kategorií je výhodné používat výrazů „na míru šité“ (například slangové výrazy užívané účastníky). Proces otevřeného kódování upřesňuje vlastnosti kategorií a napomáhá k rozlišení událostí, spadajících do určité kategorie.(11, str.228).

**Axiální kódování** je souborem postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány tak, že pojmy jsou seskládány dohromady. Výzkumník zvažuje příčiny, důsledky, interakce mezi jednotlivými jevy. Všímá si pravidelností vzorců ve shlučích jevů. Odhaluje vztahy mezi různými kategoriemi, zkoumá, které kombinace znaků v kategorii jsou propojené s jinou kombinací znaků v jiné kategorii.

Specifikace rozdílů mezi jednotlivými kategoriemi a uvnitř kategorií má stejnou důležitost jako specifikace podobností a nahodilosti. Při axiálním kódování je postupně pěstován cit pro materiál a schopnost provázet jednotlivé části teorie.

Axiální kódování má stimulovat uvažování a propojení mezi koncepty a tématy. Vznikají však při něm i nové otázky. Může navrhnout opuštění některých témat nebo zkoumání jiných do větší hloubky. (7, str.240-250)

**Selektivní kódování.** Výzkumník začíná s integrací výsledků. Základem pro selektivní kódování je axiální kódování, které poskytlo obraz o vztazích mezi různými kategoriemi. Selektivní kódování představuje další fázi přezkoumávání dat a kódů a jejich selektivní zpracování. Výzkumník vyhledává případy, jež zobrazují témata, provádí porovnání a kontrasty. Selektivní kódování znamená hledání hlavní postavy nebo motivu, pohánějící děj kupředu. (7, str.252)

### **3.3. Výzkumný vzorek a zajištění výzkumného plánu**

Cílem této práce je zkoumat současný stav edukace v péči o novorozence na konkrétním neonatologickém pracovišti. Realizaci a plán svého výzkumu jsem

konzultovala s vedením pracoviště. Představila jsem svůj projekt diplomové práce a nastínila svoji představu, jak by měl výzkum probíhat.

Představila jsem okruh otázek, kterými se budu zabývat, kritéria pro výběr matek, požadavek na prostorové, technické zázemí a časový plán.

Pro časovou a technickou náročnost jsem projevila přání vybrat si čtyři maminky. Větší počet by zajistil lepší různorodost, ale zpracování by bylo časově náročné a přesahovalo by rámec diplomové práce. Oslovila jsem pět maminek. Každé zvláště jsem vysvětlila svůj záměr a postup výzkumu. Oslovené matky byly vesměs ochotné se do průzkumu zapojit, kromě jedné maminky, ta nejprve se studií souhlasila, ale posléze odmítla s odůvodněním, že dotazování a vyptávání vnímá jako zásah do svého soukromí, svůj čas chce věnovat sobě a svému dítěti. Názor jsem respektovala. Zbývající maminky byly ochotné a velmi vstřícné. Pro zachování různorodosti výzkumného vzorku mi připadalo zajímavé zaměřit se ve výběru na ženy různého věku, s různým počtem dětí, různého rodinného stavu, vzdělání a národnosti. Maminky byly ve věku od 19 do 40 let, bezdětné, s jedním i více dětmi. Jedna maminka byla svobodná, dvě vdané, jedna rozvedená. Jedna byla studentkou střední školy, dvě vysokoškolačky, jedna absolventkou odborného učiliště. Tři maminky byly české národnosti, jedna byla cizinka rakouské národnosti.

Pro rozhovory jsem měla k dispozici pohodlně zařízené roomingové pokoje, kde jsme nebyly rušeny a ani my jsme nerušily malé pacienty a provoz oddělení. Pro záznam rozhovorů jsem měla k dispozici diktafon se speciálními kazetkami. Na jednu kazetku se vešel hodinový rozhovor. Rozhovor byl nahráván jedenkrát. Přepis byl učiněn ze záznamu v krátké době po natočení rozhovoru, kdy jsem měla ještě v paměti čerstvé informace.

Již při prvním rozhovoru jsem maminky informovala a zdůrazňovala, že data, která zpracovávám, jsou určena výhradně pro účely této práce, budou použity zcela anonymně a z diplomové práce nebude možné identifikovat konkrétní osoby.

V časovém plánu jsem se řídila dobou pobytu maminek na roomingovém pokoji. Průměrně pobyt jedné maminky s dítětem na oddělení trval 7-10 dnů, tedy dostatečně dlouho k tomu, aby se maminky zorientovaly v novém prostředí, naučily se pod vedením zdravotníků pečovat o své miminko a dokázaly odpovědět na mé otázky při natáčení rozhovoru. V průměru jeden rozhovor trval jednu hodinu.



### 3.4. Analýza a zpracování dat

Analýza kvalitativních dat je složitý proces, při kterém jsou systematicky organizována nenumernická data s cílem odhalit pravidelnosti témat, datové proměny, kvality a vztahy.

Jedná se o náročnou činnost, ve které je zapotřebí velké pozornosti. Umění zpracování dat záleží na nalezení smysluplné odpovědi na položenou výzkumnou otázku. Existují faktory, které negativně ovlivňují analytický proces. Jsou to například situace, kdy je výzkumník:

- zahlcen velkým množstvím dat
- nějakým způsobem omezen při přijímání, zpracování a zapamatování dat
- ovlivněn prvním dojmem, více upřednostňuje první datové vstupy, které dělají větší dojem než pozdější
- přístupnější k dostupným informacím a preferuje je před informacemi nedostupnými

(7, str. 223-224)

Této části výzkumu jsem věnovala zvýšenou pozornost a dosti času. Snažila jsem se vyhnout negativním faktorům, které mohly ovlivnit zpracování dat. Před přepisem rozhovorů jsem jednotlivé nahrávky několikrát pozorně vyslechla. Jeden záznam jsem doslovně přepsala. Jedná se o časově velmi náročnou činnost, ale pro podrobné vyhodnocení jsem doslovnou transkripci považovala za nezbytnou. Přepis hodinové nahrávky rozhovoru trval osm hodin a text obsáhl dvacet stran. Pro přesný přepis rozhovoru jsem použila mezinárodní fonetickou abecedu IPA.

Zbylé tři rozhovory jsem nepřepisovala pro náročnost transkripce. Při poslechu diktafonu jsem prováděla shrnutí. Z poslechu nahrávek jsem pořizovala poznámky, výpisy hlavních myšlenek. Hlavní témata jsem pro přehlednost rozdělila do dvou sloupců. V jednom sloupci byla shodná témata, v druhém byla témata lišící se, různorodá, jedinečná, charakteristická pro určitou osobu, situaci, roli.

V práci jsou zhodnoceny čtyři rozhovory. Nejprve jsem každý rozhovor představila samostatně. Jednotlivé rozhovory jsem označila R1-R4. U každé dotazované

jsem uvedla základní osobní údaje, stručnou mateřskou anamnézu a krátkou anamnézu dítěte od narození do realizace rozhovoru. Následně jsem popsala situace a podmínky, za kterých se rozhovory uskutečnily. V textu uvádím své vlastní postřehy, které jsem získala při sběru dat, a kontaktu s dotazovanými při rozhovorech.

V první fázi jsem se zaměřila na samostatné hodnocení rozhovorů. Identifikovala jsem hlavní témata a vytvářela jsem obecné kategorie ve vazbě k položeným otázkám a odpovídám se shodným obsahem. Po formální stránce jsem užívané citace z rozhovorů psala kurzívou, pro snadnější identifikaci a orientaci v textu.

Ve druhé fázi jsem hodnotila dotazované maminky. Použila jsem jednoduchého kódování a označení pořadovými čísly R1-R4. Následně jsem provedla hodnocení jednotlivých kategorií porovnáváním a hledáním společných znaků a rozdílnosti v ose otázek i napříč otázkami rozhovorů. Konečným krokem bylo hledání vazeb mezi jednotlivými kategoriemi a shrnutí.

### **3.5. Charakteristika subjektů**

#### **3.5.1. Rozhovor č. 1 (R1)**

Paní D.P. – věk 19 let, základní vzdělání, vyučená prodavačka, svobodná, prvorodička, národnost česká. Porodila předčasně ve 33 týdnu těhotenství chlapce. Adaptace dítěte bezprostředně po porodu je dobrá. Hodinu po narození dochází k zhoršení stavu, chlapec má problémy s dýcháním, je napojen na ventilační přístroj. V dalších dnech se stav zlepšuje. 5. den je dítě bez ventilační podpory v inkubátoru, přijímá mateřské mléko vyživovací sondou. Maminka je propuštěna z porodnice domů. Pravidelně chlapce navštěvuje, i když za ním musí dojíždět téměř půl druhé hodiny. Nosí odstříkané mléko, má snahu udržovat s dítětem úzký kontakt, těší ji každý pokrok dítěte. Ráda si chlapce hladí, neustále k němu promlouvá. O dítě má zájem celá rodina.

Matka je přijata k chlapci na roomingový pokoj v 36. týdnu gestačního věku dítěte. Matka se dobře adaptovala na nové prostředí, dobře spolupracuje s lékaři i sestrami. Zachovala si laktaci a zkouší kojit. Maminka si vede již od začátku v ošetřování chlapce dobře. Edukaci zvládá dobře. Je samostatná, případné problémy konzultuje s lékaři a sestrami.

Rozhovor s maminkou se odehrál na roomingovém pokoji, v odpoledních hodinách. Před zahájením jsem mamince zopakovala podmínky rozhovoru. Upozornila jsem ji na právo ukončit rozhovor, pokud v něm nebude chtít dále pokračovat a na zajištění její

anonymity.

Snažila jsem se pro rozhovor vytvořit klidnou atmosféru. Dotazovaná maminka byla velmi komunikativní, zpočátku na mne působila uvolněným dojmem. Na kladené otázky odpovídala spontánně, bez velkého rozmýšlení. V jedné fázi rozhovoru zneklidněla a začala odpovídat překotně, jakoby chtěla sdělit co nejvíce informací a měla na to málo času. Občas sledovala hodiny na zdi. Poposedávala na židli, zatímco dítě klidně spalo v její blízkosti v postýlce. Snažila jsem se maminku uvolnit, aby neměla pocit, že je zkoušena a zároveň si byla vědoma toho, že její odpovědi, názory jsou pro mne důležité a zajímají mne. Z těchto důvodů jsem se snažila rozhovor příliš dlouho neprodlužovat a po získání odpovědí na dané otázky jsem po 35 minutách rozhovor ukončila.

### **3.5.2. Rozhovor č. 2 ( R2)**

Paní M.R, věk 40 let, vysokoškolačka, ekonomka, rozvedená, třetí těhotenství, bezdětná, národnost česká. Jedno dítě zemřelo ve věku 5 let při autonehodě, druhé zemřelo ve věku 17 let na leukémii. Nové těhotenství bylo vysoce rizikové. Paní M.R. porodila ve 33. týdnu těhotenství. Pro předčasně odlučující se placentu, bylo nutné těhotenství ukončit operativně císařským řezem.

Porozené děvče hned po porodu vyžadovalo intenzivní péči. Z důvodu nezralosti plic byla zahájena ventilační podpora. Zdravotní stav dítěte se postupně zlepšil natolik, že po několika dnech mohlo být odpojeno z ventilační techniky.

Maminka měla o dítě zájem a velké obavy. V prvních dnech, kdy ještě nemohla opustit lůžko na pooperační jednotce intenzivní péče, pravidelně za ní docházeli lékaři neonatologové a informovali ji o stavu dítěte. Při těchto návštěvách přinášeli nejen zprávy o stavu miminka, ale i aktuální fotografie dítěte, které bezprostředně pořídili. Maminka za děvčetem posléze docházela, jak jen to bylo možné. Desátý den hospitalizace byla propuštěna do domácího ošetření. S ohledem na složitou matčinu situaci a lepší se zdravotní stav dítěte, bylo vhodné maminku co nejdříve k dítěti přijmout.

Matka má k dítěti hezký vztah. Je z něj na jednu stranu nadšená, na druhou stranu je velmi úzkostlivá. Nemůže uvěřit, že ten malý zázrak je její vytoužené dítě. Neustále miminko sleduje, kontroluje, hodnotí. Ujišťuje se dotazy na lékaře a sestry, že je vše v pořádku, a že ten, či onen symptom neznamena pro miminko nějaké nebezpečí. Při edukaci je pozorná, informace si zaznamenává i písemně, v případě nejasností se

opakovaně dotazuje na jednu věc u více sester, či lékařů. V komunikaci se zdravotníky je otevřená.

Rozhovor jsem si s maminkou naplánovala na jedno odpoledne, kdy byl dostatečný prostor pro jeho natočení. Před natáčením vlastního rozhovoru byla maminka informována o nastavených pravidlech. Právo ukončení rozhovoru z podnětu matky, respektování její anonymity.

Prostředí a atmosféra pro natáčení rozhovoru byla optimální. Dítě spokojeně spalo v postýlce v blízkosti matky.

Během rozhovoru byla maminka soustředěná, Z počátku odpovídala na kladené otázky věcně, jakoby kontrolovala svůj projev. Po chvíli se charakter rozhovoru začal měnit. Dotazovaná začala odbíhat od daného tématu a ze široka se rozhovořila. Místy se vracela již k zodpovězeným otázkám, často se stávalo, že ztratila v polovině věty myšlenku, ale nevyvedlo jí to z míry. Neměla jsem dojem, že tyto výpadky byly projevem nervozity. Měla jsem pocit, že si maminka potřebuje povídat a vypovídat se ze svých prožitků. Rozhovor jsem se snažila nenásilně přiblížit k původnímu tématu a otázkám. Maminka byla velice milá, měla snahu mi pomoci, ne vždy se jí to dařilo.

### **3.5.3. Rozhovor č. 3 (R3)**

Paní J.K., věk 29 let, středoškolačka, úřednice, třetí těhotenství, 2 děti, vdaná, národnost rakouská. Paní J.K. porodila v České republice nečekaně. Původně plánovala svůj porod v Rakousku, kde měla trvalé bydliště. Příznaky předčasného porodu ji zastihly při návštěvě svého manžela, majitele firmy v Praze.

Po urgentním transportu na porodnické oddělení se narodilo děvče v 31. týdnu s těžším stupněm nezralosti. Dítě bylo na porodním sále resuscitováno, poporodní adaptace probíhala dramaticky. Novorozenec byl téměř tři týdny na ventilační podpoře. Stav se postupně stabilizoval. Maminka docházela pravidelně na oddělení nedonošených. Vzhledem k nízkému gestačnímu týdnu a zdravotnímu stavu v prvních týdnech po narození nebylo možné maminku dítěte hospitalizovat. Matka docházela pravidelně i s otcem dítěte. Vždy se zdrželi alespoň na hodinu. Maminka si udržovala laktaci a odstříkané mléko pravidelně i dvakrát denně přinášela.

Problémem pro rodiče a personál byla jazyková bariéra. Rodiče mluvili německy a anglicky. Komunikační problém nastal hlavně mezi rodiči a zdravotními sestrami, lékaři se domluvili dobře. U většiny sester byla znalost obou jazyků průměrná, až

podprůměrná. Tlumočnická role lékařů v komunikaci mezi rodiči a sestrami byla téměř nezastupitelná, mnohdy časově a technicky náročná.

Maminka po přijetí na roomingový pokoj se jevila při ošetřování dítěte jako velmi zručná. Komunikace se sestrami byla svízelná, nebyl – li v blízkosti vhodný tlumočnick, sestry používaly neverbální komunikaci, pomáhaly si cizojazyčnými slovníky.

S maminkou jsem byla v kontaktu již od prvních návštěv. Krátce před jejím příjmem k dítěti jsem jí navrhla účast na mém výzkumu, a ona ji ochotně přislíbila.

Před natáčením rozhovoru jsem zajistila potřebné podmínky. Poučení o možnosti přerušení, ukončení rozhovoru, zásady o zajištění anonymity dotazované. Technické zázemí, klidné, nerušené prostředí, dostatek času.

Průběh rozhovoru lze hodnotit celkově jako plynulý s občasnými pauzami při hledání vhodného výrazu, nebo vysvětlení. Přístup dotazované mohu hodnotit jak velmi vstřícný. Maminka byla soustředěná, z jejích reakcí byla zřejmá snaha mi pomoci. Rozhovor trval 60 minut.

#### **3.5.4. Rozhovor č. 4 (R4)**

Paní P.P. věk 39 let, vysokoškolačka, manažerka, vdaná, druhorodička, jedno dítě 20 let. Porodila předčasně v 34 týdnu těhotenství dítě ženského pohlaví. Pro překotný porod se děvče narodilo doma. Po příjezdu záchranné služby, dítě i matka byly v pořádku, obě po ošetření byly převezeny do porodnice.

Dítě se adaptovalo dobře, vyžadovalo krátkodobou infúzní terapii, pobyt v inkubátoru. Po čtyřech týdnech hospitalizace, je matka k dítěti přijata na roomingový pokoj. Dítě je plně kojeno, dobře prospívá. Při edukaci v ošetřování dítěte je matka zpočátku zdrženlivá, bojí se dítěte dotknout. Neustále se kontroluje, cítí se nejistě při ošetřování dítěte, vyžaduje častý dohled sester. Přítomnost sestry jí pomáhá, pod jejím vedením je jistější a zručnější. Z počátku jsem se zdráhala oslovit tuto maminku pro uskutečnění rozhovoru. Nakonec jsem usoudila, že svými kritérii vhodně zapadá mezi vybrané maminky. Rozhovor se uskutečnil za akceptace nastavených pravidel a podmínek v pořadí jako poslední.

Z počátku rozhovoru se chovala dotazovaná zdrženlivě, uchovávala si odstup, působila upjatým dojmem. Na otázky odpovídala věcně, krátce. Snažila jsem se o empatický přístup, abych uvolnila atmosféru. Průlomový okamžik v komunikaci nastal, když se mi matka svěřila se svým pocitem odloučení. Od doby propuštění z porodnice má silný pocit odloučení od svého dítěte, uvědomuje si, že dítě sice existuje, ale je

„někde“ daleko v nemocnici. Přestože matka za dítětem pravidelně docházela, pocit přetrvával, byl silný a skličující. V současné době, kdy je v neustálém kontaktu s dítětem se situace zlepšuje. Pocit odloučení se postupně smývá.

Při natáčení tohoto rozhovoru pro technickou závadu na diktafonu jsem použila písemný záznam.

Rozhovor s maminkou trval 50 minut.

#### 4. Souhrnná tabulka účastnic výzkumu

Rozhovor	věk	vzdělání	stav	těhotenství	počet dětí	národnost
1. R1	19	SOU prodavačka	svobodná	prvorodička	0	česká
2. R2	40	VŠ ekonomka	rozvedená	tercipara (třetí těhotenství)	0 (2 děti zemřely)	česká
3. R3	29	SŠ úřednice	vdaná	tercipara	2	rakouská
4. R4	39	VŠ manažerka	vdaná	druhorodička	1	česká

### 3.6. Rozhovory

#### Otázka č. 1: Jaké klíčové věci se vás citlivě dotýkaly při pobytu na JIP?

Všechny oslovené maminky se shodují, že celkový dojem z oddělení je pozitivní, a že jsou mile překvapeny příjemným prostředím a vstřícností lékařů. Zejména chválí interiér pokojů rooming-in a oddělení JIP, které působí příjemně díky přírodně laděnému nábytku a vhodně zvoleným barvám. Co se týká chování sestřiček, jsou patrné rozdíly. V práci sester je zřejmá důležitost týmové spolupráce a ochoty, což ve většině situací na oddělení funguje. Sestřičky si většinou pomáhaly při odměřování správných dávek medikací a vzájemně se kontrolovaly, nabízely pomocnou ruku kolegyni, která byla v danou chvíli nejvytíženější. Maminky uvedené charakteristiky uvádějí na základě pozorování a komunikace se sestrami v reálných situacích po dobu docházení za miminkem z oddělení šestinedělí, dojížděním z domova a pobytu na roomingu.

**organizační záležitosti**

**Pozitiva**

2 Všechny maminky hodnotily prostředí roomingových pokojů pozitivně. Maminka (R1) kladně hodnotí zázemí pro maminky a vzdálenější umístění pokojů od JIPu.

*„Je to tady příjemné, vyhovuje mi i koutek pro maminky kde si můžeme uvařit čaj nebo kávu a pobýt i na terase, když je hezky.“(R1)*



.....*„Je tady klid, neslyším pískání a houkání monitorů a jiných přístrojů, ani pláč dětí z JIPu.“*

Maminka (R4) kladně hodnotí dorozumívací zařízení „sestra-matka“ instalované na roomingových pokojích.

*„je „Je to bezvadné zařízení, šetří čas a nohy, my maminky často něco zapomínáme a*

*není nic snadnějšího, než použít telefon a zeptat se sestřiček.*

### **Negativa**

#### **Negativa**

Maminka (R2) kriticky hodnotí umístění roomingů. Má dojem, že pokoje, jsou od sester daleko. Nemá z toho dobrý pocit, obává se, že v případě potřeby je pomoc příliš daleko.

*„myslím si,*

*„Mám obavy z toho, kdyby malá potřebovala rychle pomoc, tak jsme příliš daleko, vždyť jsme skoro až na konci oddělení, sice umím používat dorozumívací zařízení,*

*sestřičky nás často kontrolují, ale přesto“ (R2)*

Maminka (R3) poznámku o nevyhovujícím prostorovém uspořádání na JIP časově situuje do období, kdy ještě za dcerkou dojížděla a nebyla u ní hospitalizována.

*„Vadí mi nedostatek místa pro návštěvy u inkubátoru č.1. Sestry zde připravují medikaci, často jsem bojovala s pocitem, že překážím (mnohdy sestra nechtěně vrazila do židle), nebo bylo miminko lékáno boucháním šuplíků“ (R3)*





### **přístup zdravotníků**

V otázce taktu a přístupu zdravotníků se názory dotazovaných maminek shodují v tom, že jsou vesměs spokojeny s přístupem lékařů. Kladně hodnotí jejich komunikaci srozumitelnou i pro laiky, trpělivý přístup k dotazům rodičů po porodu i při jejich službách na JIP, povzbudivá slova, která dodají hodně sil. U sestřiček v chování jsou patrné rozdíly. V přístupu k maminkám je důležité, aby si sestry uvědomovaly, že klientem je nejen miminko, ale miminko spolu s maminkou.

Maminka (R 4) zdůrazňuje,

*vím „Maminky sice nejsou odborníky na intenzivní péči, ale jistě jsou mistry v jiném oboru, (maminka je učitelka, manažerka reality, personální manažer, který vybírá nové zaměstnance) a tak jak se chovaly některé sestry k maminkám v porodnici, se jistě promítne do příští komunikace s nimi jako klientkami“.*

Maminka (R2)

..... „Někdy si po reakci sestry připadám hloupá a nešikovná“

**takt a slušnost**



### **Pozitiva**

*„Libilo se mi, jak zdravotníci dbali na zajištění soukromí maminek i jejich miminek během návštěv na JIPu. Návštěvy u dětí probíhaly vždy po domluvě maximálně s dvěmi osobami u lůžka, inkubátoru. Kojícím maminkám na JIPu zajistily soukromí mobilní zástěny“ (R3)*

Respektování soukromí kojící maminky na roomingovém pokoji je samozřejmostí

*„Z hlediska úklidu jsem ještě nepotkala tak precizní a slušnou paní uklízečku, která za celou dobu pobytu nikdy nezapomněla zařukat, pozdravit při příchodu a odchodu a omluvit se, když mopem nechtěně strčila do postýlky s miminkem (R2)*

### **Negativa**

*„Když jsem vešla na JIP, pozdravila jsem a místo pozdravu se mi dostalo reakce od sestry B „co potřebujete?“ (R1)*

Maminka s jiným příjmením než dítě jde čtvrtý den za miminkem na JIP: *„zazvonila jsem a nahlásila jméno a ozvalo se: „a vy jste kdo?“ (R2)*

*„Přinesla jsem své první odsáté mléko, které nemá typickou barvu „mateřiny“ domnívala jsem se, že se jedná o mlezivo, sestra . mne „uzemila“ slovy „co to je? no to má teda barvu, to mu raději nebudeme dávat. Víím, že naše vnímání je jistě ovlivněno*

*laktačním obdobím, kdy většina maminek reaguje citlivěji a vyvedou je z míry věci, nad kterými by jindy „mávly rukou“, ale v tomto případě mi bylo opravdu do pláče“ (R4)*

*„Některé sestřičky se do pokoje vrhly ihned po zatūkání, což je nepříjemné, zvláště v 6 hodin ráno, poté co maminka uspala miminko po kojení a snaží se do snídaně ještě odpočinout“ R4)*

### **empatie a podpora**

Maminka (R4) se rozpovídala o přístupu zdravotníků k sobě a miminku. Líbil se jí individuální přístup zdravotníků. Velmi se obávala o život a zdraví svého dítěte.

Přetrvával u ní pocit odloučení od dítěte, který byl způsoben předčasným porozením dítěte a jeho umístění v jiné nemocnici.

*„Jsem osobně spokojená s přístupem lékařů , jejichž přístup je korektní. Byla jsem překvapena pochopením paní doktorky pro maminku, která je ve viditelném stresu a její snahou zátěžovou situaci řešit. Také kladně hodnotím přístup některých sestřiček, většinou mladých absolventek zdravotní školy, ač samy bezdětné a s nevelkou praxí, přesto jsem z nich cítila pochopení, empatii a oporu. (R4)*

Maminka (R2) vnímala chování většiny zdravotníků pozitivně. Obávala se, jak bude miminko prospívat. Měla starost, jestli mu není v inkubátoru zima, jestli nemá hlad. Dějala si starosti, aby měla dostatek mléka a mohla své dítě krmit.

*„Pozitivně hodnotím přístup většiny zdravotníků, byli velmi vstřícní, kdykoliv jsem přišla na JIP, hned se mi věnovali, byli velmi ochotní“ (R2)*

Maminka (R1) byla s přístupem a chováním, až na malé výjimky zdravotníků spokojena. Říkala, že má ze zdejšího pobytu dobrý pocit.

*„Příkladný přístup hodnotím také u sanitárek, vždy před vstupem na pokoj zaťukají,*

*chovají se taktně, zajímají se o naše pohodlí“ (R1 )* Maminka (R3) si při vyprávění posteskla, jak je pro ni obtížné domluvit se se sestrami. S přístupem personálu, až na malé výjimky je spokojená *„Libilo se mi, že i když mezi námi byla jazyková bariéra, většina sester se chovala vstřícně a snažila se mi pomoci (R3)*

## **Otázka č. 2: Popište mi, jak jste byla zdravotníky informována.**

Všechny dotazované maminky se shodují na malé informovanosti o provozu oddělení, režimu roomingových pokojů, technických věcech a na nejednotnosti některých informací. Maminky hodnotí, jak byly poučené a informované zdravotníky ještě před hospitalizací a během jejich pobytu s dítětem na oddělení JIP. Dotazované matky v rozhovoru hodnotily vstupní, průběžné a výstupní informace a svá sdělení doplnily postřehy získanými pozorováním.

### **nízká informovanost o provozu oddělení**

Jednou z věcí, která maminky trápila, byla malá informovanost o provozu pracoviště, se kterou se setkávaly již při prvních návštěvách JIPu a v průběhu pobytu na pokojích.

Maminka z roomingu(R1)

*„Byla jsem pokárána, že před vstupem na JIP jsem nezvonila a neměla jsem empír x druhý den jsem zazvonila, a bylo mi řečeno, že jako maminka z roomingu zvonit nemusím“ (R1).*

Podobně jedna maminka po upozornění na zvonění zvonila, ale u dveří na fyziologii, nevšimla si dalšího zvonku před vstupem na JIP (R3). Maminky nemají jasno, jak jsou rozdělena miminka mezi sestry při každé směně. Maminka přinesla odsáto 100 ml mateřského mléka a pyšně se pochlubila první sestře na JIPu, dostalo se jí reakce:

*“Mně to neříkejte, řekněte to svojí sestřičce“* maminka přitom po dvou dnech po porodu nevěděla, že má vždy přidělenou jednu sestru, na kterou se má obracet. (R2)

**rozporuplné informace**

Dotazované maminky si v rozhovoru stěžovaly na rozdílné informace, které jim sestřičky podávaly a maminky byly z toho zmatené.

Maminka byla po třech dnech docházení z šestinedělí na JIP za miminkem upozorněna, že musí důsledně dodržovat zazvonění a oblečení empíru před vstupem na oddělení, tři dny předtím bylo všechno v pořádku a některé maminky empír neměly.(R1)

Mamince dala sestra chovat miminko z inkubátoru, druhý den ji jiná sestra sdělila, „*Je lepší nechat ho po jídle v klidu*“ a nechala maminku „přes sklo“ nečinně přihlížet s prázdnýma rukama (R2).

Mamince bylo vysvětleno, že si má odsáté mléko ukládat po jednotlivých dávkách do lahviček a do lednice, druhá sestra matce vysvětlila, aby si mléko slévala do jedné lahvičky a tak ukládala do lednice. (R3).

„*Šla jsem požádat o plínky a dostala jsem od sestry dvě plenky. Druhý den jsem si od manžela nechala přinést plínky vlastní. Až u vizity mně vrchní sestra vysvětlila, že plínky dostávají maminky automaticky v dostatečném množství od sester.*“ (R3)

### **informovanost o technických věcech**

Během pobytu maminek na oddělení JIP se často dostávají do kontaktu s přístrojovou technikou. V průběhu natáčení rozhovorů jsme na toto téma také narazily. Problémem pro maminky se stala manipulace s kabely od monitoru, když kojily nebo když vážily miminko, nevěděly si rady co dělat, když špatně vážila váha, nevěděly, na co si mají dát pozor při otvírání inkubátoru, jaké funkce umožňuje vozík na miminka.

Podle pozorování maminek se sestry snaží informovat maminky, ale neděje se tak automaticky spíše, když problém nastane. Většina sester maminkám ochotně pomáhá. „*Při přikládání miminka a zavírání inkubátoru se mi dostal kabel od monitoru mezi dvířka inkubátoru, čehož jsem si hned nevšimla, sestra vše zpozorovala, ihned mi šla na pomoc, kabel uvolnila. Omluvila jsem se a sestra s úsměvem odvětila, že se nic neděje, hlavně abych se věnovala miminku. Po nakrmení dítěte mi sestra v klidu ukázala, jak mám příště bezpečně inkubátor zavřít.* (R 1).

Obdobná situace se stala mamince (R4), sestra maminku pokárala, aby si příště dala pozor, že jsou kabely „fakt drahý“, v zápětí jí ukázala, jak s technikou bezpečně zacházet.

Maminka (R3) po měsíci dojíždění za miminkem jde dítě zvážit, ale váha není dobře vynulovaná. Viděla několikrát, které tlačítko sestry stisknou na vynulování, a tak to udělá. Sestra reaguje *“Příště na to raději nesahejte, od toho jsme tady my“* (R3)

Maminka nechtěně stlačí madla u vozíku a uvolní tím vaničku vozíku, vyleká se, aby dítě nevypadlo. Poté maminka zjistí, že se takto dá nastavit sklon vaničky. (R2)

#### **informovanost ze strany sester o režimu na roomingu**

Maminky hodnotily informovanost roomingového provozu s různými pocity. Režim pokojů je v písemné podobě, vyvěšen na každém roomingu a je k dispozici maminkám i návštěvám.

Maminka (R1) hovořila o tom, jak je jí ne příjemné, když je ráno brzy buzená. V noci toho mnoho nenaspí, miminko jí budí k nočnímu kojení, než děťátko nakrmí a přebalí, mnoho na spánek a odpočinek nezbývá.

*„Nejhorší je, když už malý nad ránem usne, já se snažím do snídaně ještě odpočinout a do pokoje v 6. 10 hod. kde všichni ještě spí, vtrhne sestra a spustí, „ jak jste na tom s kojením, maminko?“*

Maminka (R2) má obdobné zkušenosti s režimem na pokoji. Problém se týká přípravy miminka k očnímu vyšetření v souvislosti s ranním kojením

*„Sice vím, že miminko čeká oční vyšetření, ale netuším, že si pro dítě přijde sestřička v 7.30 hod. na rozkapání očí, kdy se zrovna chystáme po noci kojít. Chci hladové plačící miminko nakojit, zklidnit, ale sestra potřebuje rozkapávat oči“*

Celá procedura přípravy na oční vyšetření trvá 30 minut, děti jsou vesměs hladové, plačící, mrzuté.

### **Otázka č. 3: Jak hodnotíte komunikaci se zdravotníky?**

Všechny dotázané maminky se shodly na tom, že komunikace s lékaři probíhala bezproblémově. Hovořili jasným srozumitelným jazykem, v případě nejasností se vraceli k tématu a trpělivě vše potřebné vysvětlovali. Komunikaci se sestrami, až na maminku (R3) vesměs maminky hodnotí, pozitivně. Sestry se při komunikaci snažily mluvit srozumitelně, zejména při edukaci maminek, kdy se zpětně dotazovaly, zda maminky všem informacím dobře porozuměly.

*„Při návštěvě miminka jsem měla plnou hlavu otázek na sestřičky a lékaře, nevěděla jsem na co se dříve zeptat, abych něco na něco nezapomněla, bylo toho na mne hrozně moc, před sebou malý bezmocný uzlíček a tolik otazníků kolem. Bylo příjemné, když mne ošetřující lékař poinformoval o zdravotním stavu miminka a potom se mi věnovala sestřička, která měla miminko na starosti a já si s ní mohla popovídat o tom, jak miminko prospívá, jak spí, proč má různé hadičky kolem sebe. Obávala jsem se, že si nezapomenu na vše, na co jsem se chtěla zeptat lékařů a sester při návštěvě u miminka a naopak, že si nebudu pamatovat nové informace, které mi zdravotníci sdělí. Sestřička mi poradila, abych si zapisovala všechny informace. Byl to bezvadný nápad. Dobře to fungovalo.“ (R2)*

*„lékaři a N „Na komunikaci sester a lékařů si nemohu stěžovat, dobře komunikovali i s celou mojí rodinou. Někdy se stalo, že sestřičky neměly čas na dlouhé povídání, protože byly zaneprázdněny nějakou činností kolem miminek“ (R1)*



měly „Já jsem měla hlavní problém domluvit se se sestrami. Kromě lékařů a vrchní sestry jsem neměla moc šanci komunikovat. Problém nebyl vysvětlit mi například, jak si mám ošetřovat prsy, jak si odsát mléko a zachovat si laktaci, to mi vysvětlila vrchní sestra, ale problém byl, když jsem byla hospitalizovaná u miminka a v průběhu dne jsem potřebovala poradit od sestry, jak mám přiložit dítě ke kojení, když zrovna v daném okamžiku nám kojení nejde a vysvětlit mi proč to nejde, kde je chyba, abych jí příště neopakovala “(R3)

„Celkově komunikaci hodnotím kladně, když jsem přišla na JIP, sestry přerušily svůj hovor a věnovaly se mi s otázkou, s čím že mi mohou pomoci“(R2) „S komunikací zásadní problémy nebyly, ale někdy jsem měla pocit, že některé sestry by mohly být při komunikaci vstřícnější a sdílnější. Chápu, že mají náročnou práci, ale přeci....(R4)

#### **Otázka č. 4: Můžete mi říci, co vás motivuje v péči o vaše dítě?**

Otázku jsem položila maminkám záměrně, protože má v edukaci v péči o novorozence důležité místo. Motivace jako proces určující směr sílu a trvání určitého chování vede k navázání citového vztahu mezi maminkou a dítětem.

Důležitou roli zde hraje psychika matek a možnost, aby se o miminka staraly, pečovaly o ně a uspokojovaly jejich potřeby. Pevná citová vazba mezi matkou a dítětem je hlavním předpokladem ke kvalitní edukaci.

Všechny dotazované v roli matky udávají jako motivaci v péči o jejich děti lásku ochranu.

#### **motivace**

*„Láska, obavy o život a zdraví dítěte“ (R1)*

*„Láska, velká odpovědnost za bezpečí a zdraví bezbranného tvorečka“ (R2)*

*„Hluboký láskyplný cit, těžká zátěžová situace, stres, vnitřní nejistota, pochybnosti o sobě, zda obstojím v péči“ (R4)*

*„Láska, ochrana, dělat vše co je pro dítě nejlepší“ (R3)*

(R1) – v rozhovoru maminka spontánně vyjádřila vztah k svému prvnímu dítěti, je patrná láska, obavy o zdraví a zdárný vývoj dítěte

(R2) – maminka si plně uvědomuje míru odpovědnosti, kterou za své dítě přebírá, z rozhovoru cítím lásku k miminku. Vazba k dítěti bude nejspíše umocněna tragickou ztrátou dvou předešlých dětí.

(R4) – maminka vyjadřuje jako motivační impuls lásku, vnitřní napětí nejistotu. Napětí může souviset se silnými přetrvávajícími pocity odloučení od dítěte.

(R3) – maminka je motivována uspokojováním potřeb svého dítěte, má ho ráda a chce pro něj činit vše nejlepší.

#### **Otázka č. 5: Popište mi, jak vám zdravotníci umožnili pečovat o vaše dítě.**

K této otázce se všechny maminky vyjádřily kladně. Situovala jsem otázku do třech časových úseků. První úsek byl obdobím těsně po porodu a docházením za dítětem

z oddělení šestinedělí. Druhý úsek byl obdobím docházení maminek za dítětem z domova. Třetí úsek zahrnoval období pobytu maminek na roomingových pokojích.

### **období po porodu**

*„Malého jsem porodila předčasně císařským řezem, měla jsem epidurální anestezii, takže jsem vše dobře vnímala, hned po narození mi ho na chvilinku ukázali. Pak v dalších dnech na pooperační JIP za mnou chodili pediatři a informovali, jak se malému vede. Jak jsem jen trochu mohla, odvezli mne k němu alespoň na chvíli na neonatologickou JIP. Mohla jsem si ho hladit a držet za ručku okénkem v inkubátoru, mohla jsem si ho přebalit. Z oddělení šestinedělí jsem docházela častěji. Mohla jsem k malému kdykoliv, kromě doby vizity. Sestřičky mne poučily, jak se mám starat o prsy jak odsávat mléko. Před propuštěním z porodnice jsem dostala telefonický kontakt na lékaře i sestřičky JIP. Domluvila jsem se sestřičkami na pravidelných návštěvách u miminka. Nebyl problém s návštěvou rodinnými příslušníky. Byla jsem poučena o odsávání mléka, jeho uchování a transportu na oddělení. (R1)*

Podobně hovoří ostatní maminky (R2-R3).

Maminka (R4) porodila doma, po převozu do porodnice a pobytu na šestinedělí, obdobným způsobem navštěvovala své dítě a komunikovala s personálem.

### **docházení z domova**

*„Docházela jsem za miminkem pravidelně každý den, nosila jsem odsáté mléko. Časem jsem si mohla malého krmit, stříkačkou svým mlékem a zkoušet kojit. Když už byl přeložený z inkubátoru do postýlky, mohla jsem si ho i vykoupat. Vše mně sestřičky ukázaly, o všem poučily. (R1). Obdobně hovořily R1, R2,R3.*

### **pobyt na roomingu**

*„Na roomingovém pokoji jsem pečovala o malého se vším všudy. Dítě jsem si krmila, koupala, přebalovala, vážila. Sestřička nás pravidelně kontrolovala, pomáhala, radila, když byl nějaký problém. Lékaři každý den prováděli na pokoji vizitu, v průběhu dne informovali maminky o zdravotním stavu a prosívání miminek. Na roomingových pokojích byly povoleny návštěvy rodiny po celý den“ (R1).*

Informace ostatních maminek se v podstatě nelišily. (R 2- R 4). Maminka R3 poukazovala na komunikační problém se sestrami.

### **Otázka č. 6: Cítíte ze strany zdravotníků podporu a pomoc?**

Všechny maminky se v této části rozhovoru shodovaly. Lékaři vždy ochotně maminky vyslechli, vysvětlili nejasnosti a v případě potřeby poradili. Většinou se jednalo o zdravotní problémy miminek. Sestřičky byly většinou také vstřícné při řešení problémů a poskytnutí pomoci maminkám.

*„Nevěděla jsem si rady, jak si mám ošetřovat trhlinky způsobené kojením na prsních bradavkách. Jedna čerstvě nastoupená sestřička si nevěděla rady, požádala starší kolegyni, ta ochotně pomohla“ (R1)*

*„Byla jsem úplně v koncích, nevyspalá, psychicky vyčerpaná, zmožená stálou péčí o miminko. Sestřičky si toho všimly a několik nocí si nechaly miminko u sebe na JIPu, abych se mohla trochu vyspat, odpočinout si a nabrat nové síly. Moc mi to pomohlo“ (R4)*

*„Měla jsem problém jako cizinka se zdravotním pojištěním miminka, potřebovala jsem ještě před naším propuštěním dva dny na vyřízení formalit, podepsala jsem propustku a sestřičky mne ochotně zastoupily v péči o miminko, s tím, že si mám vše v klidu vyřídit.“ (R3)*

*„Vzpomínám si, že když jsem ještě byla na pooperačním pokoji na JIPu, nemohla jsem ještě chodit a přála jsem si vidět své miminko, některé sestřičky ve chvíli volna si pro mne přišly a odvezli mne na mobilní židli na JIP k miminku“ (R2)*

### **Otázka č. 7: Jak jste spokojená s edukací zdravotníků v péči o vaše dítě?**

Odpovědi na otázku se všech dotazovaných shodovaly. Hodnocení spokojenosti maminek s edukací většinou bylo až na malé výjimky pozitivní. Edukace je poskytována všem matkám hospitalizovaných dětí na oddělení JIP. Edukace je hodnocena v časové ose. Jedná se o edukaci vstupní, edukaci průběžnou a před propuštěním. V edukaci vstupní hodnotily maminky hlavně vstupní informace seznámení s provozem s pravidly chování na pracovišti. Problematika je předmětem otázky č.2. V průběžné edukaci se maminky soustřeďují na jejich spokojenost s přístupem sester a způsobem, jakým provádí edukaci.

Před propuštěním hodnotí edukaci v konečné fázi pobytu na neonatologickém oddělení. Konečná fáze edukace je vyvrcholením celého pobytu, ve které lze ještě doplnit potřebné informace, poskytnout rady.

### **individuální přístup**

Maminky pozitivně hodnotily individuální přístup sestřiček při edukaci.

*„Cítla jsem se velmi unavená, měla jsem si poprvé vykoupat miminko, sestřička mi nabídla: „Miminko dnes vykoupu já, vy se na mne budete dívat a zítra, až se budete cítit lépe, miminko si vykoupete vy a já vám budu pomáhat.“ (R2)*

*„Nedařilo se mi přiložit miminko k prsu, sestřička se nám trpělivě věnovala a při každém dalším pokusu pomáhala a povzbuzovala.“ (R1)*

*„I když jsem mnoho nerozuměla, sestry mně při péči pomáhaly a věnovaly se mi, také jsem se naučila nějaké české výrazy jako mléko, teplota, koupání.“ (R3)*

*„Měly jsme z počátku problémy s krmením, miminko špatně pilo, jeho krmení vyžadovalo hodně trpělivosti, sestřičky si na nás udělaly čas a věnovaly se nám individuálně, až se to nakonec zlomilo, nyní malá již pěkně pije a je plně kojena.“ (R4)*

### **vstupní edukace**

#### **Negativa**

Tato část práce není více probírána, protože problematika je již podrobně probrána v otázce č. 2. Pro přehlednost jsou uvedeny hlavní body:

- nízká informovanost o provozu oddělení
- malá informovanost chodu roomingových pokojů
- rozporuplné informace
- nízká informovanost o technických věcech.

### **průběžná edukace**

#### **Pozitiva**

*„Při poučování v péči o miminko mi sestřička nejdříve ukázala, co a jak mám s miminkem dělat. Potom jsem pod jejím dohledem sama předvedla například, jak krmím nebo přebaluji. Sestra mně přitom radila a dohlížela na mne.“ (R2)*

*„Hodně mně pomáhalo, když se sestřičky při edukaci vždy ptaly, jestli jsem všemu rozuměla.“*

*„Mám doma dvacetiletou dceru, v ošetřování malého novorozence jsem tedy začátečnickem, přivítala jsem přístup většiny sestřiček, jak mně krok za krokem postupně zasvěcovaly do péče o miminko.“ (R4)*

„V edukaci ošetřování miminka jsme se většinou se sestřičkou omezily na praktické předvedení.“ (R3)

### **Negativa**

„Mám také negativní zkušenost u dvou starších sestřiček, při poučování se chovaly nadřazeně, byly úsečné, později, když jsem měla nějaký problém, raději jsem požádala o radu, pomoc, jinou příjemnější sestřičku.“ (R4)

„Jedna nebo dvě sestřičky byly v kolektivu sester nepříjemné, když jsem něco potřebovala vysvětlit, raději jsem oslovila jinou sestru.“ (R2)

„Byla jsem trochu zmatená, když jsem zažila během týdne tři způsoby koupání v lavírku, ve vaně, pod sprchou, mydlení na suchu, mydlení ve vodě, asi by se sestřičky měly ujednotit, jinak jsme z toho maminky popletené.“ (R 1)

### **závěrečná edukace**

„Před propuštěním domů mne potěšilo, že nám sestřičky poskytly rady, jak se máme dále starat o miminko, jak máme doma pokračovat v pravidelném režimu miminka.“ (R1)

„Velmi jsem uvítala možnost výpůjčky monitoru dechu (Babysense), kterou poskytuje firma prostřednictvím zdravotníků na JIP. Sestřička mne seznámila s obsluhou a funkcí monitoru. Budeme klidněji spát, když máme takového technického pomocníka (R2)

„Mám přebytek mléka a odsávám více než dítě spotřebuje, sestřička mne poučila, jak mám odsáté mléko ošetřit, uskladnit a nabídnout do nemocnice, která disponuje s bankou mateřského mléka.“ (R4)

„Před propuštěním domů mně zásadní informace poskytli lékaři, vrchní sestra zodpověděla dotazy, které jsem ještě na ní měla v péči a ošetřování miminka. (R3)

### **Otázka č. 8: Co si myslíte, že by měli zdravotníci změnit?**

Na odpověď nevyžadovaly maminky mnoho času. Snad již pociťovaly únavu z natáčení rozhovorů. Otázka byla poslední v pořadí. Odpovědi byly stručné.

„Když vše shrnu, na vašem oddělení se mi líbilo, lékaři se chovali korektně, sestřičky byly milé, až na nějaké výjimky. S těmi sestrami by se mělo promluvit. Také by bylo zapotřebí, aby se ujednotily režimové a organizační záležitosti, aby se předešlo zbytečnému nedorozumění a nepochopení.“ (R2)

*„Myslím si, že by bylo potřeba zapracovat na jednotné informovanosti a sjednocení provozních záležitostí. Některé sestřičky by měly změnit chování k maminkám (R1)*

*„Pobyt u vás se mi líbil, k lékařům nemám výtky, u některých sestřiček je potřeba zaměřit se na zlepšení přístupu k maminkám. S edukací jsem spokojená, jen by možná prospělo více edukačního materiálu – brožurek, plakátků, videokazet, literatury. Edukačního materiálu, který se věnuje péči o zdravé novorozence, máte pro maminky v hojném množství, jak jsem si všimla na oddělení šestinedělí. Myslím si že, podobný edukační materiál pro maminky nemocných novorozenců na JIPu, by maminky uvítaly.“ (R4)*

*„Já bych apelovala na to, aby sestřičky měly větší jazykovou vybavenost, aby se snáze domluvily s maminkami cizinkami, určitě by to prospělo k lepší kvalitě péče a spokojenosti maminky i jejího miminka.“ (R3)*

### **3.7. Subjektivní zhodnocení provedení výzkumu**

V závěrečné fázi výzkumu považuji za důležité provést krátkou sebereflexi. Zvolila jsem si pro zpracování tématu metodou kvalitativního výzkumu. Jde o časově náročnou metodu, vyžadující dlouhodobou i náročnou přípravu. Snažila jsem se přípravu nepodcenit. Z počátku jsem měla představu, že oslovím větší počet osob pro realizaci výzkumu. V průběhu přípravy jsem si uvědomila, že materiál od více účastníků výzkumu by přesahoval určený rámec diplomové práce a nevystihl by zkoumanou problematiku. V kvalitativním výzkumu jsou zpravidla malé vzorky, není cílem obsáhnout velký vzorek populace. Nejedná se o numerologické šetření, ale o zachycení myšlenek, názorů a představ dotazovaných účastníků výzkumu. Zpracování rozhovorů bylo náročné časově i technicky.

Vlastní realizaci rozhovorů předcházelo zajištění technického zázemí. Vyhovující prostory, zajištění nahrávací techniky-diktafonu, dostatek kancelářských potřeb. Účastnicemi výzkumného vzorku byly čtyři maminky, hospitalizované na roomingových pokojích se svými miminky. Z uskutečněných rozhovorů vplynuly zajímavé myšlenky a názory. Situace, věci, které zdravotníkovi připadají běžné, nepodstatné, z pohledu maminek jsou pro ně důležité a zřeteluhodné. Netečnost zdravotníků k této problematice má negativní vliv na maminky a ve svém důsledku i na jejich miminka.

### 3.8. Zhodnocení výzkumné části ve vztahu k části teoretické

Považuji za zajímavý výstup z výzkumu, který využiji pro zhodnocení výzkumné části ve vztahu k teoretické části. Z uskutečněných rozhovorů dotazovaných maminek vyplynuly následující skutečnosti.

Při hodnocení edukace se ve většině případů maminky shodují. Celkově byly, až na některé výjimky spokojeny. Nedostatky lze shrnout do slabé informovanosti matek v organizačně-provozních záležitostech pracoviště, do nevhodného přístupu některých sester a do slabé jazykové vybavenosti sester v komunikaci s matkami-cizinkami.

V porovnání empirické části s teoretickou částí práce se potvrdila potřeba správného přístupu zdravotníků k rodičům a vytvoření rovnocenného partnerství mezi rodiči a zdravotníky. Nezbytná je vlídná, klidná, přátelská komunikace zdravotníků. V oblasti komunikace a poskytování informací se potvrdila nutnost poskytování srozumitelných informací jako základní potřeba pro rodiče. V této souvislosti je v praktické části opakovaně upozorňováno na případ anglicky hovořící maminky, a na deficit znalosti cizího jazyka zdravotníků v komunikaci s ní. V souvislosti s hodnocením informovanosti maminek a rodičů, hovoří maminky o slabé informovanosti ze strany zdravotníků v organizační a provozní oblasti. Důsledkem jsou problémy v orientaci v novém prostředí a zbytečná nejistota. V otázce umožnění rodičům pečovat o své hospitalizované dítě se v praktické části práce potvrdilo, že možnost zapojení maminek co nejdříve do péče o nemocná miminka a být jim co nejvíce na blízku, výrazně posiluje míru rodičovské péče a v empirické části je pozitivně hodnocena všemi dotazovanými.

Ve výzkumné otázce, co by měli zdravotníci změnit, zazněl návrh na zvýšenou nabídku informačních materiálů pro maminky a rodiny zachycující problematiku ošetřování a péče o nemocné nedonošené děti (brožury, publikace, CD, DVD).

### 3.9. Evaluace empirické části

*„Evaluace znamená proces posuzování a hodnocení podstaty, hodnoty a ceny zkoumané intervence nebo objektu s cílem provést určitá rozhodnutí o přijetí, odmítnutí nebo modifikaci zkoumaného programu nebo objektu na určité úrovni rozhodování.“* (Borg, Gall 1989) (7, str. 289).

Evaluace je důležitým zdrojem informací, hodnocení programu a typu evaluace přináší zpětnou vazbu o tom, jak program funguje.



Evaluace se dotýká různých skupin účastníků, s různými, mnohdy protichůdnými zájmy. Proto je nutné nastavit určitou perspektivu a vytvořit evaluační program. Evaluace je jednou z částí složitého politického procesu dohadování a vyrovnávání různých požadavků a zájmů ohledně posuzovaného programu nebo intervence. Role evaluátora spočívá spíše v dodání podkladů pro konečné závěry než v konečném posouzení. (7, str. 313)

Kvalita evaluace se hodnotí podle čtyř základních kritérií

- *Užitečnost.* Požadavkem je, aby bylo možné výsledky evaluace uplatnit
- *Proveditelnost.* Realizace je podmíněna praktickými, ekonomickými podmínkami
- *Oprávněnost.* Požadavkem je akceptace etických pravidel
- *Technická adekvátnost.* Důraz kladen na správnou metodiku provedení.

(7, str. 292)

Z výsledků empirického výzkumu, po analýze uskutečněných rozhovorů s matkami hospitalizovaných novorozenců na neonatologickém pracovišti jsem určila tři základní zřetelové poznatky. Jedná se o:

- slabou informovanost matek o organizačně-provozních záležitostech
- neprofesionální přístup některých sester k matkám
- komunikační problémy s matkami cizinkami

Ve své diplomové práci jsem si vybrala pro vytvoření návrhu evaluace komunikační problémy s matkami cizinkami. Počet rodiček cizinek v našich porodnicích stoupá a z výzkumu vyplývá, jakým problémem je jazyková bariéra mezi zdravotníky a klienty. Konkrétně jaké dopady má deficit jazykové vybavenosti zdravotních sester na kvalitu edukace a spokojenost matky hospitalizovaného novorozence.

Zbývající dvě problematiky spadají do řešení středního managementu vrchní a staniční sestry v oblasti organizačně-provozní a personální.

### **3.9.1. Návrh struktury evaluačního programu**

**Důvod pro program** – nedostatečná jazyková vybavenost sester v komunikaci s matkami cizinkami.

**Cíl** – poskytnout návod k řešení praktického problému a uskutečnění změny.

**Cílová skupina** – zdravotní sestry JIP

**Indikátory**

- subjektivní spokojenost sester se zaváděním systému výuky anglického/německého jazyka
- subjektivní pocit sester, že mohou ovlivnit pozitivní změnu v organizaci
- subjektivní spokojenost matek cizinek hospitalizovaných na neonatologickém pracovišti

### 3.9.1.1.

#### **Základní předpoklady pro realizaci programu**

Informovanost – Před zahájením uskutečnění programu je nutné informovat:

- vedení zdravotnického zařízení a vyžádat si jeho souhlasné stanovisko
- vedení pracoviště
- personální oddělení.

Organizace, personální a finanční zajištění

Organizační struktura a realizační tým

Úspěšná realizace programu ve zdravotnickém zařízení vyžaduje sestavení týmu. Členové týmu jsou dostatečně kompetentní a mají příslušné pravomoce.

Garant – je zaměstnancem nemocnice obvykle manažer, prosazuje, podporuje průběh programu. Podílí se na tvorbě celkové koncepce a rozvojové strategie programu.

Kontaktní osoby – vrchní sestra, staniční sestra obě informují personál o změnách.

Koordinátor – vrchní sestra, vedoucí oddělení. Koordinuje veškeré aktivity v rámci programu.

### 3.9.1.2.

#### **Evaluační kritéria**

Pro hodnocení kvality a efektivity procesu je podstatné znát odpovědi na otázky týkající se oblastí:

Kvality přípravy – zda zdravotní sestry v rámci přípravy dostávají všechny potřebné informace.

Obsahové kvality – zda je činnost potřebná a přínosná.

Podpory zdravotníků – hodnotí podobu a efektivitu části programu, který motivuje, nebo odrazuje, vypovídá o tom, jak realizátoři skutečně pracují.

Kvality týmové práce – vypovídá o tom, jak funguje realizační tým procesu, jak efektivní je vnitřní komunikace, průtok a výměna důležitých informací, jaká je kvalita organizačního zabezpečení.

### **3.9.1.3.**

#### **Vstupy a zdroje dat pro evaluaci**

##### **Kvantitativní evaluační vstupy:**

- počet sester
- počet matek cizinek
- počet jazykových vzdělávacích akcí pro sestry

##### **Kvalitativní evaluační vstupy:**

- výstupy a zápisy z jednání realizačního týmu a kontaktní osoby
- sdělení zpětné vazby a informace o procesu od personálu, kontaktní osoby
- informace o procesu uvnitř nemocnice

##### **Zdroj kvalitativních informací**

S ohledem na malý počet sester pracujících na JIP bych doporučila pro sběr informací opět polostandardizované rozhovory.

### **3.9.1.4.**

#### **Časové nastavení programu**

Po získání dostatečných odpovědí je důležité zvolit čas a způsob evaluace. Průběžná evaluace představuje průběžné sledování vývoje programu. Poskytuje cenné informace o smysluplnosti vynakládané práce, energie, financí. Průběžná evaluace je vhodná zejména v počáteční fázi programu. Průběžně sleduje celý tým, včetně interního garanta. Podpora ze strany vedení nemocnice je na začátku programu klíčová.

### **3.9.1.5.**

#### **Evaluační výstupy a forma zpracování**

Je nutné zpracování výstupů tak, aby poskytly jasné informace a odpovědi na klíčové otázky v konkrétní fázi programu

Klíčové otázky jsou např.:

- v jaké fázi rozvoje se program nachází?
- jsou činnosti přínosem pro hospitalizované matky?
- jak personál vidí a podporuje program?
- jaké jsou bariéry a co je podporou?

### **3.9.1.6.**

#### **Formy evaluačních výstupů**

Evaluační výstupy mohou mít formu číselnou nebo grafickou

### **3.9.1.7.**

#### **Výstupy**

##### **Klady pro klienty**

- efektivní komunikace se zdravotníky
- pozitivní interakční vazby- matka, rodič ↔zdravotníci

##### **Klady pro zaměstnance**

- bezproblémová komunikace s matkami-cizinkami

- finanční zvýhodnění po absolvování certifikovaného jazykového kurzu, bonus 500 Kč k platu
- ví, co se od něj očekává
- program zohledňuje i další vzdělávání pracovníka

Návrh evaluačního programu umožnil popsat povahu hodnocených procesů a poskytnout způsoby řešení.

### 3.10.

#### **Závěrečná shrnutí a doporučení**

V poskytnutých rozhovorech maminky hospitalizovaných novorozenců svými postřehy, názory, pozorováním poskytly zdravotníkům obraz, jak osobně edukaci vnímají, co se jich dotýká, v čem vidí klady, zápory, co by měli zdravotníci změnit, na čem by měli zapracovat. Tímto způsobem maminky poskytly zdravotníkům důležitou zpětnou vazbu a na základě nových poznatků, mohou zdravotníci realizovat změny k lepšímu. Z širšího úhlu pohledu a empirického hlediska jsou získané výsledky validní a zachycují pohled jedné strany. Pro vytvoření kompletního, uceleného obrazu kvality edukace by bylo přínosné realizovat obdobný kvalitativní výzkum se zdravotníky neonatologické JIP. V této práci nelze návrh aplikovat pro obsáhlost tématu, jež by přesahoval rámec diplomové práce, ale může být inspirací pro další výzkumy.

#### 3.10.1. **Doporučení pro praxi**

**Kvalitativní aspekty** by měly směřovat k úsilí vedoucích pracovníků o rozvoj lidských zdrojů;

- zajištění a podpory vzdělávání sester v oblasti pedagogické, například v rámci specializačního vzdělávání.
- zajištění jazykového vzdělání sester, například formou cizojazyčných certifikovaných kurzů
- umožnit sestřám benchmarking, získat zkušenosti jak to dělají na jiných neonatologických pracovištích. Je možné využít například formu odborné stáže na pracovištích pražských, mimopražských, popřípadě v zahraničí.

**Kvantitativní aspekty** by měly směřovat k úsilí vedoucích pracovníků zajistit dostatečný počet personálu. Kvalitní edukace vyžaduje dostatečný počet erudovaného personálu, který nepracuje ve spěchu a má dostatek času na edukační činnost. Problematika sahá do oblasti personálního managementu (řízení a rozvoj lidských zdrojů-motivace, spokojenost, odměňování, dobré pracovní podmínky). Cílem návrhu evaluace je přispět k řešení praktického problému a uskutečnění změny

#### **4. ZÁVĚR**

Kvalita edukace v péči o novorozence je obsáhlé téma. Edukace zaujímá přední místo v ošetrovatelské a léčebné péči o novorozence na neonatologických pracovištích.

Kvalitní edukace v péči o novorozence je nezbytným předpokladem pro naplňování Úmluvy o právech dítěte a Charty práv dětí v nemocnici.

Edukace v péči o novorozence je velmi specifická a její hlavní význam lze spatřit ve zkrácení pobytu v nemocnici a zlepšení kvality života i jeho rodiny. Úroveň kvality edukace poskytována malým pacientům se odráží v procesu uzdravování a má význam pro další zdárný vývoj dětí. Ošetrovatelská péče o nemocné novorozence byla dříve zaměřena hlavně na biologické potřeby dítěte. V posledních letech vnímáme dítě jako biopsychosociální jednotku. K uspokojování jeho biopsychosociální potřeby jsou důležité nejen odborné, technické znalosti a dovednosti zdravotníků, ale i správné chování a komunikace, schopnost získat si důvěru rodičů, rozvíjet a podporovat spolupráci s nimi.

Péče o tyto děti v případě kritického stavu je zpočátku zaměřena na nemoc a záchranu života. V dlouhodobější péči je nutný odklon od biomedicínského modelu. Je třeba zaměřit se na zdraví a sebek péči v zastoupení. Nedonošení a nemocní novorozenci vyžadují dlouhodobou a speciální péči, jsou zcela odkázáni na pomoc dospělých. K tomu je nutná přítomnost matky na oddělení a její kvalitní edukace. Čím dříve se matka nebo jiná pečující osoba z rodiny naučí starat o své nemocné miminko, tím dříve může být propuštěna s ním domů. Celá rodina se dostává do větší psychosociální pohody. Hlavním cílem zdravotníků v edukaci maminek je, aby si maminky dobře osvojily vědomosti a dovednosti v péči o miminko a ty pak dokázaly prakticky provádět. Pro maminky je důležité, aby získaly určitou jistotu a sebevědomí v ošetrování miminek a byly si vědomy toho, že osvojené vědomosti a dovednosti přispívají ke správnému a zdárnému vývoji jejich miminka. Zájem zdravotníků je orientován na podporu rodičovských rolí a zapojení rodičů do péče o novorozence. Snahou zdravotníků je zajistit rodičům kvalitní edukaci, rozvíjet vztah rodičů k dítěti. Poskytovat dostatek informací v rámci dodržování léčebně preventivního režimu.

Péče o nezralé dlouhodobě hospitalizované novorozence nemají pouze aspekty medicínsko-etické, ale i legislativní, sociální a ekonomické.

Kvalitní a komplexní edukace by neměla být podceňována, protože umožňuje včasnější propuštění dětí do domácího ošetrování. Ošetrování dítěte v domácím prostředí má pro dítě i rodinu množství psychosociálních výhod (například zmírnění narušení rodinných vztahů, vhodné prostředí pro psychomotorický vývoj). Zanedbatelné nejsou ani ekonomické výhody pro celou společnost.

## **LITERATURA**

- [1] BASTL P.: ŠVEC V.: Zdravotník lektorem, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1997, 1.vydání, ISBN 80-7013-251-5
- [2] BOREK I.a kol.:Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče, IDVPZ, Brno 2001, 2. vydání, ISBN 80-7013-338-4



- [3] ČEŠNEROVÁ Z., VAŠÁKOVÁ L.:Péče o matku a porodnici dříve a dnes.Florence 1/2007 č.24, ISSN 1801-464X
- [4] DAMBORSKÁ M., BOKOROVÁ,V., HÁJKOVÁ J., MATĚJČEK Z., Psychologie a základy výchovy,Avicenum,Praha 1978
- [5] DUNOVSKÝ J.: a kol.: Sociální pediatrie –vybrané kapitoly. Grada Publishing, Praha 1999,1.vydání, ISBN 80-7169-254-9
- [6] GLADKIJ I.: Management ve zdravotnictví, Copmuter Press a.s. Brno 2003, 1. vydání ISBN 80-7226-996-8
- [7] HENDL J.: Kvalitativní výzkum, Portál, Praha 2005, 1.vydání, ISBN 80-7367-040-2
- [8] KLAUS M., FANAROFF A.: Care of High-Risk Neonate, W.B.Saunders Company,Philadephia 2001, 5.vydání, ISBN 0-7216-7729-0
- [9] Kolektiv autorů.:Výkladový ošetřovatelský slovník, Grada Publishing a.s., Praha2007, 1.vydání, ISBN 978-80-247-2240-5
- [10] LEIFER G.: Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství, Grada Publishing a.s.Praha 2004, 1.vydání, ISBN 80-247-0668-7
- [11] MIOVSKÝ M.: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, Grada Publishing a.s.Praha 2006, ISBN 80-247-1362-4
- [12] NIGHTINGALEOVÁ F.:Notes on Nursing, D. Appleton and Company , 346&348, Brodway , New York 1860
- [13] PLAVKA R.: Česká neonatologie „na špičce „, a co dál? Neonatologické listy č.2, ročník 14/2008 s. 6-10 ISSN 1211-1600
- [14] PRŮCHA J.:Přehled pedagogiky, Portál, Praha 2000, první vydání, ISBN 80-7178399-4
- [15] SEDLÁŘOVÁ P. a kolektiv.: Základní ošetřovatelská péče v pediatrii, Grada Publishing, Praha 2008, první vydání, ISBN 978-80247-1613-8
- [16] SOBOTKOVÁ D.: DITTRICHOVÁ J., PILAŘOVÁ M., RODNÁ K.:Péče o psychický vývoj dětí raného věku, Psychologie dnes 2/2005, s.35-37
- [17] STAŇKOVÁ M.: České ošetřovatelství 3, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2003, ISBN 80-7013-282-5
- [18] STAŇKOVÁ M.: Základy teorie ošetřovatelství, Univerzita Karlova – Karolinum,

Praha 1997, 1.vydání ISBN 80-7184-243-5

- [19] ŠTEMBERA Z.: Historie české perinatologie, Maxdorf, Praha 1. vydání, ISBN 80-7345-021-6
- [20] ŠVARCOVÁ I.: Základy pedagogiky pro učitelské studium, Vysoká škola chemicko-technická, Praha 2005, 1.vydání, ISBN 80-7080-573-0
- [21] ŠVAŘÍČEK R., ŠEĎOVÁ K a kol.: Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách, Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-313-0
- [22] ŠVEJCAR J.: Péče o dítě, Havlíček Brain Team, Praha 2009, 1.vydání, ISBN 978-80-87109-14-4
- [23] TATLOCK L.: The Court Midwife, University of Chicago, Chicago 2005, 2. vydání, ISBN 0-226-75709-9
- [24] TRACHTOVÁ E. a kolektiv.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2003,

2. vydání, ISBN 80-7013-324-4

**Internetové zdroje:**

[25] [www.wikipedia.org/wiki/kvalita, jakost/](http://www.wikipedia.org/wiki/kvalita_jakost) poslední editace- 29.5.2009

[26] [www.helcom.cz](http://www.helcom.cz)

[27] BŘEZOVSKÝ P, RAITER T.: Kvalita očima pacientů, <http://www.cz/libfile/>

**Jiné zdroje:**

- [28] Vyhláška 424 ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sbírka zákonů České republiky , 2004, částka 139, s.8096-8138

































































































































## **PŘÍLOHY**

## **PŘÍLOHA č.1. Ukázka přepisu rozhovoru**

### ***Jaké klíčové věci se vás citlivě dotýkaly při pobytu na JIP?***

No ...já teď najednou nevím z kterého konce mám začít(´). Bylo toho hrozně moc, moc najednou. Já bych asi začala od začátku(-). hhm Určitě co se mne citlivě dotýkalo, tak to byly chvíle, když jsem zjistila, že se malá narodí dříve, než má...Vybavuju si ty okamžiky úplně jasně hhm. Čtyři dny před nečekaným porodem jsme se stěhovali.Ráno mne probudily pravidelné silné kontrakce. Po dvaceti minutách(z). V normálních situacích je to šťastný příznak toho, že se miminko dere na svět (pauza), ale já jsem byla sedm měsíců těhotná...Vzbudila jsem přítele. Bylo mně hrozně... to se nedá ani popsat...ta úzkost, strach. Jeli jsme hned do nemocnice... Kontrakce neustávaly a ještě jsem k tomu začala krvácet...V nemocnici mne doktor vyšetřil a řekl mi, že musím okamžitě na operační sál, že se mi odlučuje placenta a děťátko musí ven...***Co vám v té chvíli prolétlo hlavou?*** Byly to hrozné chvíle ...cítila jsem se jako ve zlém snu, ze kterého se musím probudit (.)Ale nestalo se tak... Při operaci jsem byla při vědomí, měla jsem epidurální anestezii. Když mojí holčičku porodili, čekala jsem , že uslyším její pláč...ale ono nic... (pauza) ticho...

To se nedá popsat, jak mi bylo...miminko hned odnesli, ale ještě předtím mi holčičku krátce ukázali, a já jsem se jí stačila dotknout jedním prstem...dřívější představy o tom, jak mi moje děťátko dají po porodu pochovat , se samozřejmě rozplynuly..Neonatologové mi za chvíli přišli říci kolik malá váží a řekli mi, že je slabá a musí být v inkubátoru na neonatologii...***Jak to bylo v dalších dnech?*** Po porodu jsem ležela na pooperačním JIP.. Ještě jsem k porodu chtěla říct,že předčasný porod bolí stejně tak i kontrakce , jako u termínovaného porodu...Setkala jsem se s názory některých lidí, že jsem měla aspoň porod v pohodě,ale vůbec nevěděli o čem mluví. Hodně mne to zraňovalo.Moje bolest by mi tak nevadila, vzhledem k tomu, že jsem pak na neonatologické JIP viděla svoje vlastní dítě na dýchacím přístroji a kapačkách, a i když mne lékaři ujišťovali, že bude žít,nemohla jsem se zbavit silného pocitu strachu a obav o něj.(pauza) Kdo to nezažil, nepochopí...***Povězte mi, jak na vás působilo oddělení neonatologické JIP?***...Když mne poprvé přivezli z pooperačního oddělení na mobilním křesle, abych se podívala na dcerku,byla jsem v šoku...V umělohmotné krabici-inkubátoru leželo naše maličké , bezbranné miminko, kterému se jen tak zlehka zvedal hrudníček (pauza) myslela jsem si, že to ani nemůže udýchat...Přístroje hlídající dýchání miminek se často překřížovaly, a já jsem si vyděšeně přála, aby to nebylo naše

dítě.(-) Ještěže byl vždy na blízku personál ; sestřičky a lékaři.***Jak se k vám chovali?*** Pozitivně hodnotím přístup většiny zdravotníků, byli velmi vstřícní, kdykoliv jsem přišla na JIP, hned se mi věnovali , byli velmi ochotní. hhm Jinak oddělení se mi líbí, je pěkné, vkusně zařízené, hezky sladěné barvy...jednu věc bych vytkla, a to vzdálenost roomingového pokoje od sesterny.. Mám obavy z toho, kdyby malá potřebovala rychle pomoc, tak jsme příliš daleko, vždyť jsme skoro až na konci oddělení, sice umím používat dorozumivací zařízení, sestřičky nás často kontrolují, ale přesto(pauza) ***Jaké ještě momenty se vás citlivě dotýkaly?*** Určitě to byly chvíle, když jsem po týdnu mohla jít domů .Brečela jsem celou cestu domů a doma pořád, protože jsem tam musela svoje děťátko nechat. Doma jsem odsávala mléko a jednou za den vozila na JIP. ***Jak jste se cítila při těchto pravidelných návštěvách ?*** (pauza) Hrozně.Nejhorší byly ty chvíle, kdy přístroj u inkubátoru pípal a já se strašně bála,že miminko přestane dýchat a pak končily návštěvy a já jsem s touto trýznivou myšlenkou šla domů. ***Jaké to bylo, když jste byla k miminku přijata na rooming?***To už bylo veselejší. Sice jsem se stále strachovala,ale byli nablízku lékaři a sestřičky s radou a pomocí. Zpočátku jsem si připadala zbytečná, nepotřebná někdy po reakci sester hloupá a nešikovná...Ale ty sestry to byla spíše výjimka, asi jedna nebo dvě byly takové namyšlené , odměřené, ostatní byly milé, vstřícné.

Už nikdy bych nechtěla zažít, čím jsem si prošla. Některá miminka mají vážné následky, některá i zemřou. Víím , že jsme měli obrovské štěstí protože naše dcera je úplně v pořádku,ale to hrozné období se nedá zapomenout. Vždycky jsem si říkala, že mě se něco jako předčasný porod nemůže přihodit. Vždyť nekouřím, nepiju, žiju zdravě, máme pěkný vztah s přítelem ...(-) a přesto se stalo!