

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha dětské sestry v dosažení mateřské role v modelu R. Mercer

Diplomová práce

Autor:

Bc. Skalová Lucie

Vedoucí práce:

Mgr. Machová Alena

2010

Abstract

The thesis carries the title: The role of paediatric nurses in the Mercer model of maternal role attainment. The Mercer conceptual model: the attainment of the maternal role has a systematic structure and progression. R. Mercer has based her model on extensive research that has provided the basis for identification and detection of factors influencing attainment of the maternal role. Mercer's conceptual model covers twenty initial terms that are taken into account during application. In her conceptual model, R. Mercer established two basic variables, namely mother and child, where the basic criteria, possibly influencing attainment of the maternal role, are investigated. Mercer's conceptual model sees nurses as professionals who play an important role in the whole process of maternal role attainment. Furthermore, the model is based on the process of maternal role attainment in four phases: phase of anticipation, formal phase, non-formal phase and personal phase. This model can be used in practice, research as well as education.

In attainment of the maternal role, many factors play a role. The process of maternal identification with a new life role begins no later than at the beginning of the pregnancy. The mothers experience stages of maternal role attainment in a very individual way and their bio-psycho-social stability is of great importance.

In the process of maternal role attainment, general nurses, midwives as well as paediatric nurses play an important part, as educators, mentors, support or specialists in the field.

The first goal of the thesis was to investigate the influence of paediatric nurses on the Mercer model of maternal role attainment in a neonatology department. The second goal of the study was to map the possibilities of cooperation in maternal role attainment between paediatric nurses in the neonatology department and the mothers of premature infants, according to Mercer's model. The research points of the study were formulated as whether a nurse in a neonatology department influences the maternal role attainment in the mothers of premature infants, according to Mercer's model, and how

do the mothers of premature infants evaluate cooperation with paediatric nurses in a neonatology department?

In the framework of the presented thesis, qualitative research was used, namely the method of interviews using the technique of an individual in-depth interview, whereas the interviewees were represented by mothers of premature infants and paediatric nurses and midwives in the neonatology department of Nemocnice České Budějovice, a.s., numbering five in each group. The results of the research were categorised into tables. The conclusion was that in the first phase of the Mercer model of maternal role attainment, the mothers very well identified, mainly thanks to the help of their closest family, with their maternal role, however, none of the interviewed mothers was informed about the possibility of having a birth plan and only one visited a pregnancy and childbirth course. In the second phase of the Mercer model of maternal role attainment, during the labour, the mothers of premature infants got the greatest support from their partners and they seek the nurses for support, help or encouragement. The most important phase of the Mercer model of maternal role attainment for the mother-nurse interaction is the third phase, from the labour till the discharge. Mothers of premature infants perceive nurses as support, help, capable of providing specialised counselling through which the nurses assist in attainment of the maternal role. Reciprocally, the nurses perceive themselves as a great support for mothers at the beginning of infant care and maternal role attainment. The nurses themselves perceive their role as help, support and in the framework of cooperation with mothers of premature infants also as an important role in maternal role attainment for mothers of premature newborns. In the fourth phase of the Mercer model of maternal role attainment, the most important role is played by the social background, mainly the partner. Based on the obtained results, educational forms were prepared for the nurses with specific phases of the Mercer model of maternal role attainment in order to increase their knowledge and to assist in maternal role attainment; an education brochure was also prepared for pregnant women and mothers after the birth, as a part of the educational materials for nurses.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Úloha dětské sestry v dosažení mateřské role v modelu R. Mercer vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....

Bc. Skalová Lucie

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Aleně Machové, za velkou trpělivost, cenné rady, věnování mnoha času pro konzultace a připomínky při vedení mé diplomové práce. Dále děkuji celé své rodině, za psychickou podporu a pomoc během celého studia na vysoké škole.

Obsah:

Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Úvod do problematiky koncepčních modelů	4
1.2 Ošetrovatelský model Dosažení mateřské role Ramony T. Mercer	6
<i>1.2.1 Biografie Ramony T. Mercer</i>	6
<i>1.2.2 Teoretické asumpce</i>	7
<i>1.2.3 Východzí pojmy koncepce modelu teorie dosažení mateřské role</i>	8
<i>1.2.4 Metaparadigma modelu</i>	10
<i>1.2.5 Teoretická východiska</i>	12
<i>1.2.6 Využití modelu v praxi</i>	13
<i>1.2.7 Hlavní jednotky modelu</i>	14
1.3 Základní pojmy a klasifikace v oboru neonatologie a perinatologie	15
1.4 Historie perinatologie v ČR	17
1.5 Aplikace koncepčního modelu R. Mercer a role sester v praxi dle jednotlivých fází dosažení mateřské role	21
<i>1.5.1 První fáze (anticipace) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	21
<i>1.5.2 Druhá fáze (neformální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	25
<i>1.5.3 Třetí fáze (formální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	28
<i>1.5.4 Čtvrtá fáze (osobní) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	31
1.6 Edukace v ošetrovatelské péči o matku a dítě	32
<i>1.6.1 Základní pojmy edukace</i>	32
<i>1.6.2 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení</i>	34
<i>1.6.3 Edukační cíle</i>	35
<i>1.6.4 Edukační metody</i>	36
<i>1.6.5 Sestavení edukačního plánu</i>	37
<i>1.6.6 Edukační proces aplikovaný s koncepčním modelem R. Mercer Dosažení mateřské role v ošetrovatelské praxi</i>	37
2 Cíle práce a výzkumné otázky	39
3 Metodika	40

3.1	Použitá metodika	40
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	40
4	Výsledky	41
4.1	Rozhovory s matkami	41
4.1.1	<i>Rozhovor s matkou 1</i>	41
4.1.2	<i>Rozhovor s matkou 2</i>	42
4.1.3	<i>Rozhovor s matkou 3</i>	44
4.1.4	<i>Rozhovor s matkou 4</i>	45
4.1.5	<i>Rozhovor s matkou 5</i>	46
4.1.6	<i>Výsledky rozhovorů s matkami kategorizované do tabulek dle jednotlivých fází koncepčního modelu R. Mercer</i>	48
4.2	Rozhovory se sestrami	69
4.2.1	<i>Rozhovor se setrou 1</i>	69
4.2.2	<i>Rozhovor se sestrou 2</i>	70
4.2.3	<i>Rozhovor se setrou 3</i>	71
4.2.4	<i>Rozhovor se sestrou 4</i>	72
4.2.5	<i>Rozhovor se setrou 5</i>	73
4.2.6	<i>Výsledky rozhovorů se sestrami kategorizované do tabulek</i>	74
4.3	Edukační formuláře	82
4.3.1	<i>Edukační formulář 1</i>	82
4.3.2	<i>Edukační formulář 2</i>	83
4.3.3	<i>Edukační formulář 3</i>	84
4.3.4	<i>Edukační formulář 4</i>	85
4.4	Edukační příručka zásadních problémů jednotlivých fází dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer	86
5	Diskuse	97
6	Závěr	108
7	Seznam použitých zdrojů	109
8	Klíčová slova	115
9	Přílohy	116

Úvod

V současné době jsou v ošetrovatelské praxi koncepční modely využívány pro kvalitní a komplexní péči o klienty. Tato péče je založena na profesionalitě a vzdělanosti personálu, kdy se využívá holistického přístupu ke klientům. Koncepční model R. Mercer Dosažení mateřské role je zaměřen na matky od počátku těhotenství, až do jednoho roku života dítěte. Toto období je rozděleno na čtyři fáze dosažení mateřské role. První fáze (anticipace) dosažení mateřské role se odehrává během těhotenství a adaptaci na něj. Druhá fáze (formální) je zaměřena na samotný porod, kdy dochází ke zlomu v pojetí mateřské role a reálném dosažení mateřské role v interakci s novorozencem. Třetí fáze (neformální) dosažení mateřské role je aplikována v období od porodu do odchodu ze zdravotnického zařízení domů. Kdy se tato diplomová práce zaměřila na matky nedonošených novorozenců, jelikož péče o nedonošené novorozence má svá specifika a dosažení mateřské role může být komplikováno zdravotním stavem novorozence a nutností specializované péče odděleně od matky. Čtvrtá fáze (osobní) se odehrává v domácím prostředí matky. Dosažení mateřské role ovlivňuje mnoho faktorů, Během všech čtyř fází dosažení mateřské role má velmi důležitou roli sestra, porodní asistentka a dětská sestra, které zastávají mnoho funkcí, od poskytnutí opory matce, či odborné rady, přes funkci edukátorky, až k profesionální roli ve svém oboru.(27)

Cílem této diplomové práce je zjistit úlohu dětské sestry v dosažení mateřské role u matek nedonošených novorozenců dle koncepčního modelu R. Mercer. Toto téma jsem zvolila s vědomím, že sestra hraje během dosahování mateřské role nepostradatelnou roli a také jsem jej zvolila pro přiblížení aplikace koncepčního modelu R. Mercer v praxi, pro případné zlepšení péče v dosahování mateřské role. Toto téma je zajímavé i pro zjištění nejčastějších problémů v dosažení mateřské role v různých fázích a jejich možné řešení.

1 Současný stav

1.1 Úvod do problematiky koncepčních modelů

Model je vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu.(35)

Koncepce je pojetí, chápání, myšlenková osnova či způsob pohledu a výkladu určitého jevu. Koncepce představuje základní hledisko nebo vedoucí ideu vysvětlení určitého jevu, hlavní záměr nebo konstrukční princip různých druhů činností. Mohou ji tvořit také různé názory na určitý jev. (35,1)

„Teorie je soubor poznatků charakterizující určitý jev; výklad příčin a souvislostí jevu, či jevů v určité oblasti, které je možné empiricky ověřovat. Teorie tvoří základ vědeckého poznání.“ (35, s. 16)

Koncepční modely existují od té doby, co lidé začali přemýšlet o sobě a svém prostředí. Lze rozpoznat příklady koncepčních modelů jak ve starých egyptských a čínských civilizacích, tak i ve starších a novějších vědách. Jako příklad můžeme uvést myšlení Alberta Einsteina a Sigmunda Freuda – každý z nich měl svůj koncepční model. Einsteinův model relativity dláždil cestu atomového věku. Jeho model pomohl narušit neproniklé zákony matematiky a fyziky, které brzdily rozvoj vědy a techniky. Freudův model byla trojrozměrná struktura na pochopení člověka, kterou nazval psychoanalýza. Je možno uvést i jiné příklady, např. Komenského model výchovy. (47)

V ošetrovatelství se koncepční modely začaly rozvíjet až v polovině dvacátého století, kdy se začala v ošetrovatelství prolínat teoretická báze. V současnosti má ošetrovatelství danou vědomostní bázi zahrnující specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. (35)

Termín koncepční model a synonymní termíny jako koncepční rámec, koncepční systém se týkají globálních názorů jednotlivce, skupiny, situace a události, které souvisejí s oborem. Koncepční modely jsou vytvořeny z pojmů, které popisují duševní představy jevů a výpovědí. Koncepční rámec je tedy definován jako soubor pojmů a výpovědí, který je začleňuje do smysluplné konfigurace. (47)

Všeobecně se dá říci, že v koncepčních modelech je nutná systematická struktura a zdůrazňuje se zde činnost. Koncepční modely navádějí k řešení praktických problémů. (7)

Pojmy koncepčního modelu jsou všeobecné, z čehož vyplývá, že je nelze přímo vidět v reálném světě, ani je nelze omezit na nějakého konkrétního jedince, skupinu, situaci a ani událost. (47)

Koncepční modely předkládají různé názory na jisté jevy ve světě, které mají hluboký vliv na naše vnímání světa. Model je však pouze přiblížení a zjednodušení skutečnosti, představuje svět, který obsahuje pouze ty pojmy, které autor modelu považuje za důležité a jako pomůcky k pochopení. Každý koncepční model je jedinečnou kombinací nebo syntézou mnoha pojmů, a proto představuje charakteristickou perspektivu pro jevy mající význam pro nějaký obor. Taková kombinace nebo syntéza však musí splňovat kritérium logické shody myšlenek. (47)

Při zkoumání koncepčních modelů ošetrovatelství zjistíme, že člověk je obvykle identifikován jako celistvá bio-psycho-sociální bytost, ale definován bývá rozdílně, např. jako adaptivní systém, behaviorální systém, ten, kdo provádí sebepěči apod. Prostředí zahrnuje jak rodinné příslušníky, společenství a společnost, tak i fyzické prostředí člověka. V některých modelech se prostředí považuje za zdroj stresů, ale v jiných modelech je to zdroj, odkud se čerpá podpora. Zdraví je chápáno též různým způsobem. Koncepční modely též definují ošetrovatelství a pak specifikují cíle ošetrovatelských činností a charakterizují i ošetrovatelský proces. Cíle ošetrovatelské činnosti jsou často odvozené přímo z definice zdraví podle daného modelu – na základě toho, cílem může být pomáhat lidem při dosažení, udržení nebo obnovení schopnosti starat se o sebe, zdraví se tedy rovná schopnosti sebepěče. Ošetrovatelský proces popsaný v každém modelu zdůrazňuje zjišťování zdravotního stavu, stanovování cílů, realizaci ošetrovatelských činností a hodnocení zdravotního stavu po ošetrovatelském zákroku. Kroky tohoto procesu se často v jednotlivých modelech liší. (47)

Koncepční modely nejsou vlastně pro ošetrovatelství nové, protože existují od té doby, co Florence Nightingalová poprvé předložila své názory na ošetrovatelství. Mnoho raných konceptualizací ošetrovatelství však nebylo předloženo formálním

způsobem modelů. Různá stanoviska ošetřovatelství coby koncepčních modelů výslovně označila až Nursing Development Conference Group (Skupina z konference pro rozvoj ošetřovatelství – 1973). Vytvoření koncepčních modelů a jejich označení samo o sobě je důležitým pokrokem v oboru ošetřovatelství. (47)

Význam koncepčních modelů v ošetřovatelství objasnila Johnsonová následovně: jsou důležité pro sestru, protože poskytují filozofickou i pragmatickou orientaci službě, kterou sestry poskytují pacientům – službě, kterou mohou poskytnout jen sestry, službě, která má úplně jinou dimenzi než služba poskytovaná kterýmkoliv jiným zdravotníkem; specifikují pro sestry i pro společnost poslání a hranice profese; objasňují sféru ošetřovatelské odpovědnosti a umožňují zaznamenat služby a výsledky. (47)

1.2 Ošetřovatelský model Dosažení mateřské role Ramony T. Mercer

1.2.1 Biografie Ramony T. Mercer

Ramona Mercerová vytvořila teorii dosažení vycházející z jejích výzkumných prací. (7)

Svou sesterskou kariéru zahájila v roce 1950, poté, co získala diplom na škole pro sestry v Montgomery. Začala působit jako staniční sestra, hlavní sestra a instruktorka v oblasti pediatrie, těhotenství a nakažlivých chorob. Roku 1962 získala bakalářský titul v ošetřovatelství. Magisterský titul a titul Ph.D. získala v letech 1964 – 1973. Po dokončení studií se přesunula do Kalifornie, kde přijala pozici docentky na Oddělení pro rodinné ošetřovatelství na Kalifornské Univerzitě v San Franciscu. V roce 1977 získala docenturu a roku 1983 dosáhla profesorského statutu. Na této pozici působila až do odchodu do penze v roce 1987. V současnosti působí na této Univerzitě, jako emeritní profesorka. Za éru svého působení získala několik ocenění v ošetřovatelství. Napsala také mnoho článků, statí a komentářů a také několik knih. (46)

Mezi její knihy patří například Ošetřovatelská péče pro rodiče v ohrožení, Rodiče v ohrožení, Perspektivy zdravotní péče u adolescentů a další. Její vědecká, publikační, přednášková a konzultační činnost jí řadí mezi přední osobnosti v ošetřovatelství. (7)

Ramona Mercer je také členkou několika profesních organizací. Mimo jiné v Americké asociaci sester a v Americké ošetřovatelské akademii. Působila i v řadě mezinárodních komisí. V roce 2003 získala titul Žijící legenda Americké ošetřovatelské akademie. (46)

1.2.2 Teoretické asumpce

Mercerové teorie dosažení mateřské role byla založena na jejím rozsáhlém výzkumu, který začal v roce 1960. Mercerové profesorka a mentorka Rubin z Univerzity v Pittsburgu byla hlavním stimulem pro výzkumnou činnost i teorii. Rubin je známa prací v definici a popisu mateřské role jako procesu navazování vztahu a připoutání k dítěti a dosažení identifikace s mateřskou rolí, pochopení sebe sama v roli matky a cítění spokojenosti v roli matky. Mercerové teorie dosažení mateřské role je znázorněna v příloze 1 s použitím Bromfenbrenner konceptu soustředných kruhů, které zobrazují vlivy prostředí působící na roli matky. Komplexnost tohoto výzkumu vedla Mercer k zaměření se na teoretické zdroje k identifikaci a zkoumání faktorů ovlivňujících dosažení mateřské role. Přestože velké množství její práce zahrnovalo zkoumání a rozšiřovalo teorii Rubinové, systematicky se zajímala o výzkum druhých, aby svou teorii plně rozvinula. (46, 29)

Mercer používala ve své teorii deduktivní a induktivní logiku k vývoji teoretického rámce pro studium faktorů ovlivňujících dosažení mateřské role během prvního roku mateřství. Deduktivní logika je demonstrována v používání znalostí z jiných výzkumů a disciplín. Vývojové teorie a práce Rubin v oblasti dosažení mateřské role se staly rámcovými. Mercer rovněž používala induktivní logiku ve vývoji Teorie dosažení mateřské role. Během praxe a výzkumu pozorovala adaptaci na mateřství v různých situacích. Konstatovala, že existují rozdíly v adaptaci na mateřství

v případě nemoci matky po porodu, narození dítěte s defektem a v případě, že se matkou stane teenager. Tyto situace se staly součástí její teorie. Navrhované změny teorie byly založeny na předchozích výzkumech a dedukci ve spojení s vírou ve větší srozumitelnost a použitelnost nové teorie. (46)

Mercerové výzkumy jsou velkým přínosem pro ošetrovatelství. Její práce byly odrazovým můstkem pro jiné výzkumy. (46) McBride napsala následující: „Teorie dosažení mateřské role byla prvotním předpokladem ošetrovatelství od začátku výzkumu Mercer a Rubin téměř před dvěma desetiletími. Nyní je toto založeno na vědeckých poznatcích a ukazuje se, že ošetrovatelství potřebovalo tuto analýzu pro péči o nové matky.“ (46, s. 616)

Teoretické základy Teorie dosažení mateřské role v době prvního roku se ukázaly být užitečné, praktické a hodnotné pro sestry. Mercerové práce jsou opakovaně užívány ve výzkumu, praxi a ve vzdělávání. Výsledky jejích prací jsou rovněž aplikovatelné ve všech oborech týkajících se matky a dítěte v prvním roce mateřství. (28) McBride napsala: „ Dr. Mercer vyvinula nejkompexnější teoretické základy pro studium aspektů rodičovských zkušeností, jmenovitě faktorů, které ovlivňují získávání role matky v prvním roce mateřství.“ (46, s. 618)

1.2.3 Výchozí pojmy koncepce modelu teorie dosažení mateřské role

Dosažení mateřské role je základním pojmem koncepce. Popisuje vývojový a interakční proces počínající při prvním kontaktu matky s dítětem. Je zde potřebná schopnost zvládnout úlohu péče o dítě a vyjádření radosti a potěšení z kontaktu s dítětem. Znamená přechod ve stavu, kdy matka cítí důvěru, harmonii, zodpovědnost a začíná se identifikovat s úlohou matky. Tento pojem je jedním z bodů v dosažení mateřské role. Dalším pojmem je mateřská identita, jež je definována, jako ztotožnění se s rolí matky. S předcházejícím pojmem je spjat také věk mateřství, jež je obdobím chronologickým i vývojovým. Souvisí s ním stupeň socializace matky, úroveň jejího vývoje i osobní charakteristiky. Vnímání zkušeností s porodem v souvislosti s vnímáním sebe sama a vnímání narození dítěte je dalším aspektem této koncepce.

Jako další pojem zmíním sebeúctu a sebeuvědomování, jež jsou definovány jako celkové vnímání druhých a akceptování sama sebe a okolí. Flexibilita naznačuje, že mateřská role není striktně daná. To nám značí, že není důležité, kdo roli plní. U starších matek se může projevit menší rigidita v chování ke svým dětem. Přístup k výchově dětí je dalším užitým pojmem, jež nám označuje matčiny postoje a představy o výchově a dítě je zde začleněno, jako aktivní člen v procesu mateřství. Jedním z dalších pojmů je zdravotní stav rodiny, jež se vztahuje na matku i otce a jejich vnímání předchozího a nynějšího zdraví, což má souvislost se stresem před porodem. Deprese, úzkost jsou dalšími pojmy v koncepci. Souvisí se schopností vnímat stresové a kritické situace a vypořádat se s nimi. (7,46)

V plnění mateřských povinností je také dalším faktorem napětí, jež je současně konflikt pociťovaný ženou. S mateřstvím jsou ovšem spojeny i pozitivní pojmy, jako například potěšení a uspokojení, které žena zažívá při styku s dítětem a při plnění běžných povinností. Dále Mercer uvádí jako další pojem náklonnost, jež popisuje jako proces formování projevů a pocitů matky a otce. Dalším velmi důležitým pojmem této koncepce je temperament dítěte, jež má souvislost s projevy dítěte, které mohou v matce vyvolat pocity nekompetence a frustrace. (7, 46)

Zdravotní stav dítěte neodmyslitelně musí být dalším pojmem. Může způsobit separaci matky a dítěte, což interferuje s procesem připoutání. Temperament, zjev a zdravotní stav dítěte můžeme shrnout pod pojem charakteristika dítěte. (46)

Velmi důležitým pojmem je rodina. Ta je popisována, jako dynamický systém obsahující jednotlivce (matka, otec, dítě) a dvojice (matka – otec, matka – dítě, otec – dítě). S tímto nám souvisí fungování rodiny jako další pojem, což je individuální působení aktivit a vztahů mezi rodinou a sociálními jednotkami. Jako další pojem je uveden stres, který souvisí pozitivním či negativním vnímáním životních událostí a jevů v prostředí. (7, 46)

Mezi posledními pojmy uvedu sociální podporu, jež je popsána jako aktuální poskytnutá pomoc, její rozsah, spokojenost s pomocí a soubor osob tuto pomoc poskytujících. Sociální podpora má v sobě zahrnuté čtyři oblasti, které jsou: emocionální podpora popisující potřebu být milován, podporován, mít pochopení a

porozumění; dále je to informační podpora, jež zahrnuje svépomoc za pomoci informovanosti; fyzická podpora je přímým způsobem pomoci a poslední je podpora oceněním. Předposledním pojmem je hodnocení, což je informace o zvládnání úlohy rodiče, emoční vývoj vztahů i k jiným osobám. Posledním, ale ne méně důležitým pojmem je vztah matka – otec, jež je v mateřské úloze velmi důležitý v získávání kompetencí v mateřství skrze růst a vývoj. (7, 46)

1.2.4 Metaparadigma modelu

Každý koncepční model má svá metaparadigmata, jež jsou náplní disciplíny daného modelu. Pomocí metaparadigmat se také modely od sebe odlišují. Je určitou charakteristikou daných disciplín, popisuje to, čím se zabývá. Metaparadigma lze též určit, jako specifické tvrzení, předmět obsahu. (7)

Dle Mercerové modelu jsou v ošetrovatelství v této oblasti nejdůležitější sestry, jež nazvala „profesionálové v oboru zdravotnictví“ (46, s. 610). Sestry hrají významnou roli v poskytování péče v období během těhotenství a prvního roku po porodu, což může mít dlouhodobý vliv na matku a její dítě. Mercer rovněž uvedla svou vlastní definici ošetrovatelství: „Ošetrovatelství je dynamická profese se třemi hlavními cíli: zlepšování zdraví a prevence nemocí, poskytování péče těm, kteří potřebují profesionální asistenci v dosažení optimální úrovně zdraví a fungování a výzkum vedoucí k získání poznatků, jak poskytovat tu nejlepší péči“ (46, s. 610). Definovala rovněž roli sestry: „Sestry poskytují zdravotní péči jednotlivcům, rodinám i komunitám. Po vyhodnocení klientovy situace a prostředí sestra společně s klientem identifikuje cíle, asistuje klientovi při edukaci a poskytuje péči v oblastech, jež není klient schopen zvládnout a samozřejmě komunikuje s okolím.“ (46, s. 610)

Mercer ve svém modelu dosažení mateřské role nedefinuje přímo jedince, ale popisuje pojem já, nebo vlastní já. Odděluje já od plněných rolí. Jedná se u ženy o znovuzískání vlastní osobnosti, jelikož vkládá vlastní já do svého vztahu k dítěti. Vlastní já má svůj vývoj v kulturním kontextu a ovlivňuje situaci. S tímto souvisí i koncepce sebeúcty a sebejistoty, které také mají důležitou roli v dosažení mateřské role.

Matka je zde definována, jako nezávislý jedinec a vzájemně působí se svým dítětem, otcem dítěte a okolím. Ovlivňuje je a je jimi ovlivňována. (7, 46)

Další metaparadigma je zde popisováno, jako zdravotní stav. Vnímání předchozího a současného zdraví, zdravého vzhledu, rezistence či náchylnost k nemocem, zdravotních obav, sklonů k nemocem a odmítání role nemocného matkou i otcem. (7)

Dále je zde zahrnut zdravotní stav dítěte, což je definováno, jako soubor současných onemocnění a hodnocení zdravotního stavu při porodu z hlediska celkového zdravotního stavu. Rodinný zdravotní stav je ovlivňován například stresem při porodu a je důležitým faktorem souvisejícím se spokojeností v rodinných vztazích u rodin s dětmi. Zdraví je také základem pro prospívání dítěte, což ovlivňují obě proměnné: matka i dítě. (46)

Prostředí Mercer popisuje, jako kulturní zázemí jedince, jeho partnera, rodiny, okolí a popisuje vlivy, které působí na dosažení mateřské role. Dle Mercer vývoj role/jednotlivce nemůže být oddělován od okolních vlivů. Stres a sociální podpora s vlivem prostředí ovlivňují roli matky i otce a vývoj dítěte. Patří sem například láska partnera, podpora rodičů, přátel, současně i výchova je důležitým faktorem pro ženu, aby plnila mateřskou roli. (7, 46)

Mercerová na základě literatury a výsledků výzkumu určila pro svůj model dvě hlavní proměnné a to, matka a dítě. Studie Mercerové ukázaly, že na mateřskou roli působí mnoho faktorů přímých i nepřímých. Proměnná – matka obsahuje: věk v době prvního porodu, zážitky z porodu, časně odloučení od dítěte, sociální stres, sociální podporu, charakter, osobní koncepci, výchovné přístupy a zdraví. Dítě jako proměnná zahrnuje jeho temperament, vzhled, schopnost odpovědi a schopnost klást požadavky. Svou úlohu zde má i role otce. (46)

1.2.5 Teoretická východiska

Model dosažení mateřské role byl začleněn do Bronfenbrenner systému provázaných kruhů mikro, mezo a makrosystému, jak jsem již zmínila výše. Zde je podrobné vysvětlení pojmů z modelu uvedeného výše. (46)

Mikrosystém je nejbližší prostředí. Zahrnuje faktory, jako jsou: fungování rodiny, vztah matka – otec, sociální podpora, ekonomický stav, význam rodiny a stresové faktory. Rodina je vnímána jako polo-uzavřený systém, který spolupracuje se systémem rodiny a ostatními sociálními systémy. V mikrosystému dochází k dosažení mateřské role. (7, 46)

Mezosystém obklopuje, ovlivňuje a uzavírá mikrosystém. Mezosystém částečně ovlivňuje, co se děje při rozvoji mateřské role a dítěte. Mezosystém zahrnuje školku, školu, pracovní záležitosti a oblasti hodnot, pak ještě ostatní entity v rámci nejbližší komunity. (7, 46)

Makrosystém zobrazuje obecné prvky, které existují v jednotlivých kulturách, anebo různých kulturních prostředích. Makrosystém zahrnuje sociální, politické a kulturní vlivy ostatních dvou systémů. Systém zdravotní péče a systém současné zdravotní politiky, které ovlivňují dosažení mateřské role, vznikají v tomto systému. (7, 46)

Dosažení mateřské role je proces, který zahrnuje 4 stádia získávání této role: Stádia jsou zobrazena v příloze 2, jako oblasti A-D. Anticipativní (očekávání) stádium začíná během těhotenství. Matka prožívá očekávání, sní o své nové roli, která se týká dítěte v děloze a začíná hrát svou roli. Matka a plod jsou během těhotenství jeden celek a dítě velmi citlivě reaguje na veškeré změny v matčině organismu. (7, 46)

Formální – společenské stádium začíná narozením dítěte a zahrnuje učení a uchopení role matky. Očekávání dítěte dělá matku šťastnou, což ovlivňuje i plod. (7, 46)

Neformální – neoficiální stádium začíná, jakmile si matka vytvoří vlastní cesty v plnění své role, které jsou nezávislé na matčině sociálním systému. Matka přizpůsobuje svou novou roli existujícímu životnímu stylu, založeném na předchozím životě a budoucích cílech. (46)

V personálním – osobním stádiu dochází k dosažení mateřské role, jelikož matka pociťuje harmonii, důvěru a kompetenci ve vykonávání role. Dle Mercerové je identifikace s rolí dosaženo tehdy, pokud matka včlení svou roli do svého vlastního systému. (7, 46)

Stádia dosažení mateřské role se překrývají a mění se v důsledku růstu a vývoje dítěte. Vcítění se do role matky může být dosaženo během měsíce nebo může trvat několik měsíců. Stádia jsou ovlivněna sociální podporou, stresem, fungováním rodiny a vzájemnými vztahy mezi matkou, otcem a ostatními faktory. (46)

1.2.6 Využití modelu v praxi

Během své kariéry Mercer uvedla teorii do praxe. Uvedení do ošetrovatelské praxe a vytvoření spojnice mezi teorií a praxí je v její práci velmi důležité. Věří, že ošetrovatelský výzkum je mostem k excelentnosti v ošetrovatelské praxi. Teorie Dosažení mateřské role se ukázala jako užitečná ve výzkumu i v praxi jak pro sestry, tak i v ostatních disciplínách týkajících se mateřství. Mercer neustále zvyšovala jasnost a užitečnost svých teorií a modelu a je evidentní, že dobře slouží všem, kteří je užívají. Pro své práce Mercer užívala jak svůj vlastní výzkum, tak i zkušenosti ostatních. Její návrh na vytvoření teorie Dosažení mateřské role je založen na konzistentním výzkumném procesu. Mateřství a dosažení rodičovské role je velmi komplexní proces probíhající v mnoha rovinách. Mercerové teorie a její práce prezentovaly tento proces logicky a srozumitelně, tak, aby byl použitelný v praxi, výzkumu a vzdělávání. Mercerové teorie je orientovaná na praxi. Koncepce teorie byla citována v mnoha těhotenských statích a užitá v ošetrovatelské praxi. Teorie a model slouží jako rámec pro posouzení, plánování, implementaci a hodnocení ošetrovatelské péče o nové matky a jejich děti. Využití Mercer teorie a její vztah k praxi jsou popsány Meighan v druhém vydání Ošetrovatelské teorie: Utilizace a aplikace. Mercerové teorie je užitečná pro ošetrovatelskou praxi v péči o matku a dítě. Mercer propojila své výzkumy s ošetrovatelskou praxí v období od porodu k prvnímu roku života, teorie je aplikovatelná v řadě pediatrických zařízení. Navíc Mercerové teorie byla užitá

v organizaci péče o pacienty. Koncepce výzkumu prováděného spolu s Neeson, Patterson a May, vliv těhotenství na adolescenty, kterým se dostává prenatální péče od specializovaných sester, byla využita v klinické praxi. Clarc, Rapkin a Vasquez použili teorii Mercer pro vznik a testování u rodičovské výchovy u žen užívajících návykové látky, které byly umístěny v léčebném zařízení. (2, 46)

Mercerové práce byly publikovány v učebnicích pro sestry a matky dětí, netýkaly se pouze dosažení mateřské role. Velká většina ošetrovatelských koncepcí v péči o matku a dítě je založena na výzkumu Mercer. Její teorie a model pomáhají zjednodušit rozsáhlý proces stávání se rodiči. Teorie Dosažení mateřské role je velmi hodnotná pro vzdělávání sester. Teorie Dosažení mateřské role je rámcová pro studenty, jelikož ti se učí poskytovat péči rodičům v řadě situací. Mercerové teorie a výzkum byly rovněž použity v jiných oborech týkajících se dosažení mateřské role a rodičovství. Byly přínosem pro studenty psychologie, sociologie a vzdělávání. (27, 46)

1.2.7 Hlavní jednotky modelu

Koncepční model R. Mercer Dosažení mateřské role má své hlavní jednotky. Jsou rozděleny na sedm jednotek. Cílem modelu R. Mercer je dosažení mateřské role. Dosažení mateřské role je zároveň důsledkem aplikace modelu R. Mercer v praxi. Koncepční model R. Mercer se zaměřuje na klienta, specificky na matky. Zdroj potíží v koncepci modelu R. Mercer jsou obtíže v dosahování mateřské role, v sociální situaci, dále ve srovnávání s mateřskou identitou a v nedostatečné informovanosti. Z čehož vyplývá způsob zásahu, a to edukace a dopomoc při získávání mateřské role. V koncepčním modelu R. Mercer Dosažení mateřské role má zdravotní sestra svou roli v pomoci v průběhu těhotenství, při porodu, v poporodní péči a hlavně pomoc při dosahování mateřské role. Sestra má roli edukátorky, mentorky a profesionála ve svém oboru. (2, 7, 46)

1.3 Základní pojmy a klasifikace v oboru neonatologie a perinatologie

Pro lepší orientaci v této diplomové práci uvádím několik základních pojmů a klasifikačních metod, které jsou pro toto téma velmi podstatné.

Neonatologie je lékařský obor zabývající se péčí o novorozence. Je to v současnosti samostatná disciplína mezi porodnictvím a pediatrií. (9)

Perinatologie je interdisciplinární vědní obor zabývající se péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období. (43)

Perinatální úmrtnost značí počet mrtvě rozených a zemřelých dětí do sedmi dnů na 1000 narozených. (10)

Mrtvorozenost je počet mrtvě rozených dětí na 1000 narozených. (10)

Novorozenecká úmrtnost je počet zemřelých dětí do 28 dnů na 1000 živě narozených. Novorozenecká úmrtnost se dále dělí na časnou (počet zemřelých do 7 dnů na 1000 živě narozených) a pozdní (počet zemřelých od 7. Do 28. dne na 1000 živě narozených). (10)

Ponovorozenecká úmrtnost je počet zemřelých dětí od 28. dne do konce prvního roku věku na 1000 živě narozených. (10)

Kojenecká úmrtnost značí souhrnné úmrtí od porodu do prvního roku života. (10)

Specifická novorozenecká úmrtnost je novorozenecká úmrtnost v příslušné (specifické) hmotnostní kategorii. (10)

Narození živého dítěte znamená úplné vypuzení, nebo vynětí z těla matky, jestliže dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nebo nižší než 500 gramů, přežije-li 24 hodin po porodu. (10)

Mezi známky života zahrnujeme tyto funkce: dech, akce srdeční, pulzace pupečníku a aktivní pohyb svalstva. (10)

Narození mrtvého dítěte je úplné vypuzení, nebo vynětí z těla matky, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost 1000 gramů a vyšší. (10)

Potrat je ukončení těhotenství, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 gramů a pokud ji nelze zjistit, jestliže

je těhotenství kratší, než 28 týdnů. Potratem je také situace, kdy plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší, než 500 gramů, ale nepřežije 24 hodin po porodu. Hranice reálné životaschopnosti plodu je 24. týden těhotenství. (9)

Fyziologický novorozenec je zdravý, eutrofický, narozený v termínu, jeho hmotnost se pohybuje mezi 2500 a 4500 gramů, délka 48 až 55 centimetrů, obvod hlavy je 32 až 37 centimetrů, obvod hrudníku je v průměru o 1 až 2 centimetry menší, než obvod hlavy. (9)

Nedonošený novorozenec je narozený před 38. týdnem gestace a má hmotnost menší, než 2500 gramů. (10)

Přenášený novorozenec je narozený po 42. týdnu gestace. (10)

Hypotrofický novorozenec má porodní hmotnost a obvykle i další parametry růstu pod dolní hranicí normálních hodnot pro daný týden gestace, ve kterém nastal porod. Jsou pod hranicí pátého percentilu viz. dále. (11)

Hypertrofický novorozenec bývá větší, než odpovídá gestačnímu věku, jsou nad hranicí devadesátého percentilu. (10)

Rizikový novorozenec je rodící se matce z rizikového těhotenství, nebo e v průběhu porodu či těsně po porodu dostane do rizikové situace (rizikový porod, poporodní hypoxie). (50)

Rizikové těhotenství je stav ženy charakterizovaný biologickými či sociálními rizikovými faktory. Tyto faktory mohou být příčinou vzniku patologického těhotenství, které může skončit potratem, či předčasným porodem apod. (50)

Mezi rizikové porody patří sectio caesarea (císařský řez), porod kleštěmi, vakuumextrakce, porod nedonošeného dítěte, vícečetné těhotenství, apod. (50)

Patologický novorozenec je o hmotnosti nižší než 1500 gramů a novorozenec, který je ohrožen na zdraví či na životě. Nejčastější příčinou patologie je hypoxie, vrozená vývojová vada nebo infekce. (50)

Klasifikace novorozence, stanovení gestačního věku se nejčastěji uplatňuje klasifikace dle délky těhotenství a dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku. V praxi se uplatňují ještě další klasifikační pojmy, jako jsou například novorozenec extrémně, velmi, nebo nízké porodní hmotnosti, nebo novorozenec extrémně, velmi,

středně a lehce nezralý. Gestační věk posuzujeme třemi způsoby. Jsou to somatická kritéria, neurologické vyšetření a kombinace fyzikálního a neurologického vyšetření. (10)

Klasifikace dle délky těhotenství jsou: narozené dítě před termínem (nedonošené). Gestační věk pod 38. týdnem; narozené dítě v termínu (donošené). Gestační věk mezi 38. a 48. týdnem; narozené dítě po termínu (přenášené). Gestační věk na 42. týden. (10)

Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku jsou: eutrofický novorozenec - stav výživy odpovídá gestačnímu věku (pohybuje se mezi desátým a devadesátým percentilem pro daný gestační věk); hypotrofický novorozenec - porodní hmotnost je nižší, než odpovídá gestačnímu věku (pod desátým percentilem); hypertrofický novorozenec - porodní hmotnost je vyšší, než odpovídá gestačnímu věku (nad devadesátým percentilem). (10)

Klasifikace dle zralosti jsou čtyři následující: extrémně nezralý novorozenec - novorozenec narozený do 28. týdne gestace, s hmotností 500 – 999 gramů; velmi nezralý novorozenec - narozený do 32. týdne gestace, s hmotností 1000 – 1499 gramů; středně nezralý novorozenec - narozený do 34. týdne gestace, s hmotností 1500 – 1999 gramů; lehce nezralý novorozenec - narozený do 38. týdne gestace, s hmotností 2000 – 2499 gramů. (10)

1.4 Historie perinatologie v ČR

Základem pro vznik perinatologie byl procesem dlouhodobým. Hlavním důvodem byla neutěšená situace v péči o těhotnou ženu, rodičku a jejího novorozence. Poukazovala na to také vysoká úmrtnost jak matek, tak i kojenců. Prvním krokem byla spolupráce porodníka s pediatrem, která měla vést ke zlepšení klinického stavu novorozenců. Dalším bodem byla změna v odborné péči z čistě kurativní i na preventivní. Neposledním faktorem rozvoje bylo i organizační a hmotné zajištění této péče. Samozřejmě bylo nutné také zavést evidenci a analýzu úrovně péče, jež je stěžejní pro objektivní hodnocení kvality péče o matku a dítě. (43)

Samostatná Společnost porodnicko-gynekologická vznikla teprve v roce 1936, do té doby byla od roku 1921 součástí Společnosti chirurgické. Roku 1937 vznikla první těhotenská poradna, umístěná v Baťově nemocnici ve Zlíně, v roce 1938 vznikla i v Olomouci a roku 1941 v Brně. Zpočátku byl výskyt poraden ojedinělý. Od roku 1928 se začaly vzdělávat porodní asistentky, ovšem stále jich byl veliký nedostatek. V českých zemích byla evidence kojenecké úmrtnosti zavedena již od poloviny 18. století. (43)

Během 2. světové války kojenecká úmrtnost kolísala mezi 95,8 – 102,1 ‰. Ovšem ještě nebyly definovány rozdíly podle doby úmrtí ani hmotnosti novorozence. V této době byla provedena pouze jedna studie o úmrtnosti novorozenců s nízkou porodní hmotností s výsledky: z 15 novorozenců o hmotnosti 1000 – 1499g zemřelo 14, ze 42 novorozenců o hmotnosti 1500 – 1999g zemřelo 28 a ze 45 novorozenců o hmotnosti 2000 – 2499g zemřelo 14. Z toho nám vyplývá velmi vysoká úmrtnost novorozenců s nízkou porodní hmotností. V mezinárodním měřítku byla Česká republika označována za zaostalou v péči o novorozence. Roku 1941 byl v České republice poprvé použit termín perinatální úmrtnost. (43)

V prvních letech po válce došlo k velkému rozvoji, nejprve se začalo reorganizovat zdravotnictví, které více směřovalo k porodům v nemocnicích, aby se zajistila včasnější péče o matku i dítě. Objevily se i první kroky ke snížení kojenecké úmrtnosti, jež měl zajistit rámcový přístup, který vypracovala Společnost pediatriká a gynekologicko-porodnická. Mezi úkoly bylo například: řešení nedostatku lékařů, řešení nedostatku porodnických oddělení, nedostatek prenatálních poraden, řešení nedostatečného počtu kojeneckých ústavů. Z porodnického hlediska se zvýšil zájem nejen o ženu, ale i o život plodu. Z pediatrikého pohledu byl velkým mezníkem i Penicilin v boji za snížení kojenecké úmrtnosti. Pomocnou rukou přispěly i mezinárodní organizace. Spolupráce porodníka s pediatrem byla ovšem stále v začátcích. Novorozenecká i kojenecká úmrtnost začaly v tomto období klesat. (43)

V rozvoji české perinatologie má své místo také vývoj legislativy po roce 1948, která se stala základem pro rozvoj pozitivních organizačních změn ve všech úsecích péče o matku a dítě. V této době byla blíže specifikována činnost perinatální poradny.

Díky tomu se zvýšilo procento žen, jež docházely během těhotenství těmito poradnami. Do rukou pediatrů se dostala péče o novorozence, nedonošeného, nebo nemocného. (43)

Po roce 1948 se také začala sjednocovat terminologie v celé České republice. V tomto období dále dochází ke snižování úmrtnosti mateřské, novorozenecké i kojenecké. Došlo také k rozdělení novorozenecké úmrtnosti na časnou a pozdní. (43)

Začátek padesátých let lze považovat za počátek perinatologie v České republice. Jedním z vlivů únorového komunistického puče v perinatologii bylo učení dle I. P. Pavlova. Díky němuž byla zaměřena větší pozornost porodníků na vnímání bolesti při porodu samotnou rodičku. Jako nejvhodnější varianta se ukázalo medikamentózní tlášení bolesti, jež však mělo vliv na novorozence. (43)

V letech 1952 – 1955 se rozvíjela činnost a množství prenatalních poraden, které měly bezpochyby velkou zásluhu na dalším výrazném snižování mrtvorozenosti. Dále se zvyšoval počet porodnických oddělení v nemocnicích, narůstal počet porodnických lůžek a dětských oddělení. Ty měly vliv na větší procento ústavních porodů na 92,6%. Velký vliv na to měl ovšem i zvyšující se počet porodníků a dětských lékařů. S těmito změnami úzce souvisí prudký pokles novorozenecké úmrtnosti, ale v roce 1953 začal stagnovat. Roku 1952 se začala používat celostátně platná Průkazka pro těhotné. (43)

Ještě v roce 1950 byla hranice životaschopnosti novorozence stanovena vahou 1200g. Ale postupně se snižovala pomocí centralizace péče, zavedením útlumové léčby těchto novorozenců a také vývojem speciálního způsobu výživy. (43)

V letech 1956 – 1962 se zlepšování péče o matku a dítě začalo zpomalovat. Docházelo totiž k naplňování kvantitativních i odborně-organizačních opatření. V tomto období ovšem vznikly studie vrozených vývojových vad, které byly základem další evidence v celé České republice. (43)

Období 1963 – 1967 přineslo další zpomalení poklesu perinatální úmrtnosti. Hlavním důvodem byla změna definic perinatálního úmrtí podle WHO. (43)

Stagnace perinatální úmrtnosti přišla v letech 1968 – 1971, jejíž příčinou bylo opoždění v poklesu časně novorozenecké úmrtnosti a nikoliv mrtvorozenosti. Perinatologie za dob normalizace doznala svých změn, zejména pediatrii se ozvali proti nedostatkům. Během této doby se rozvíjela bližší spolupráce s WHO. Zjistilo se

například, že v roce 1970 používalo hodnocení klinického stavu novorozence pomocí skóre Apgarové necelá polovina porodnic. Tento a jiné nedostatky se začaly zlepšovat. Roku 1973 se začaly zjišťovat rizika vedoucí k předčasným porodům a nezralým novorozencům pomocí různých studií. V této době stále hypoxie plodu a novorozence tvořily hlavní podíl na neklesající perinatální úmrtnosti. V roce 1974 díky evropskému kongresu perinatální medicíny konaném v Praze a výzkumům na něj navazujících bylo zjištěno, že pokrok ve vývoji péče o ohrožený plod, předčasný porod, novorozence předčasně narozeného a perinatálně poškozeného novorozence byl mimořádný. (43)

Mezi lety 1975 a 1979 došlo k opětovnému poklesu perinatální úmrtnosti. Přispěly k tomu dva nové postupy. Prvním je postupné uplatňování principu rizikovosti, díky kterému byly vyčleněny ženy s rizikovým těhotenstvím. Druhým je zvyšující se dovoz a využití moderní techniky v diagnostice i léčbě. V červnu 1978 byly organizovány 1. neonatologické dny, jež měly také zásluhu na rozvoji studií o novorozencích. (43)

Začátkem osmdesátých let pokles perinatální úmrtnosti stále trval. Dále byla blíže zkoumána péče o novorozence, nedonošené novorozence a novorozence s vrozenými vývojovými vadami. Rozvíjela se diagnostika hypotrofie plodu. V těchto letech se změnil také názor na umělou výživu a přecházelo se opět k propagaci kojení. Více se také rozvíjel systém rooming-in, jež nesl úspěch. V této době se taktéž rozvíjely studie hodnotící zdravotní a psychoneurologický vývoj nedonošených dětí jednorázově v jejich různém věku. (43)

Novorozenecká úmrtnost klesla pod 10‰ roku 1989. Opět se začala stáčet pozornost na nozokomiální infekce. Roku 1984 byla poprvé umožněna přítomnost otce u porodu. (43)

V devadesátých letech se rozpadla centralizace řízení českého zdravotnictví. Ovšem ustanovil se program „Teze programu zdraví“ a bylo opětovně na ministerstvu zdravotnictví ustanoveno oddělení péče o matku a dítě. Roku 1991 vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna, která uvedla Sazebník výkonů. Dále vznikla Česká lékařská komora a začala privatizace ve zdravotnictví. V devadesátých letech také vznikla Česká

neonatologická společnost. Do praxe byla zavedena nová perinatologická dokumentace. Základem byla „Zpráva o rodičce“ a „Zpráva o novorozenci.“ (43)

V roce 1995 došlo historicky poprvé k vyrovnání časně novorozenecké úmrtnosti a mrtvorozenosti. Začalo se zachraňovat mnohem více novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností pod 1000g. Na tom měla velký podíl specializovaná centra. Stále v této době přetrvává nedostatečná přístrojová vybavenost. Rozšířilo se využití ultrazvukové diagnostiky ke screeningu vrozených vývojových vad. (43)

Na začátku 21. století stále perinatální úmrtnost klesá. Zachraňují se již novorozenci s porodní hmotností 500 – 999g, ale je zde stále ještě rezerva ve snižování mrtvorozenosti, potratů a časně novorozenecké úmrtnosti. Jednou z velmi důležitých součástí léčby hlavně u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností je aplikace surfaktantu, dále je používána vysokofrekvenční oscilační ventilace, mimotělní membránová oxygenace, fototerapie. Rozvíjí se velmi úspěšně prolaktační program UNESCO a WHO mezinárodním projektem „10 kroků k úspěšnému kojení.“ S tím souvisí status „Baby Friendly Hospital.“ V této době je již kladen velký důraz na pomoc matce při vývoji jejího vztahu k rizikovému a nedonošenému dítěti. Je nutné být matkám těchto dětí oporou od celého týmu. Je potřeba předejít šoku, jež trvá 8 – 11 hodin a kritické období trvá následující 3 – 4 dny. Je nutné komunikovat. (43)

1.5 Aplikace koncepčního modelu R. Mercer a role sester v praxi dle jednotlivých fází dosažení mateřské role

1.5.1 Aplikace modelu v praxi a role sester dle první fáze dosažení mateřské role

V první fázi dosažení mateřské role podle modelu R. Mercer – anticipace, je důležitý pozitivní začátek, a to již při diagnostice těhotenství. Žena rozpoznává různé známky možného těhotenství. Tyto známky se dají rozdělit na nejisté s nejmenší hodnotou, což může být ranní nevolnost, mdloby, závratě, bušení srdce, únava, podrážděnost, náladovost, změny v chuti na jídlo, nebo také hmotnostní přírůstek, strie, atd. Dále zde jsou pravděpodobné známky těhotenství. Mezi tyto příznaky patří vynechání menstruace (amenorea), prosáknutí a zbarvení poševní sliznice a děložního

hrdla a větší citlivost a zvětšení prsů. Třetí skupinou známek jsou známky těhotenství závislé na zjištění plodu. Zde se prokazuje ultrazvukem činnost srdce plodu, pohyby plodu, dále je možné vyhmatání části plodu. Diagnostika těhotenství je i laboratorní. K této diagnostice se používají imunologické testy, jejichž podstatou je průkaz gonadotropinu v moči těhotné. Již při těchto prvních dnech těhotenství a dosahování mateřské role hraje svou velmi důležitou roli sestra, které zabezpečují diagnostiku těhotenství, ale i připravují nastávající matku na svou novou úlohu. (19)

V těhotenství je, dle mého názoru, pro lepší dosažení mateřské role, také důležitou součástí povědomí o tom, jak se plod během těhotenství vyvíjí. Po oplodnění je do osmého týdne období vývojové, kdy se vytváří základy orgánů. V této době je plod nazýván embryon, neboli zárodek. Po získání základních tvarů lidského jedince je to již foetus. Donošený zralý plod lze rozpoznat podle několika parametrů. Obvod hlavičky je přibližně 34 cm, šíře ramen je 12 cm, lebeční kosti jsou již tvrdé a švy a lupínky úzké. Lanugo se vyskytuje jen na lopatkách a ramenou. Kůže plodu je růžová, je pokryta mázkem a v podkožním vazivu je již uložen dostatek podkožního tuku. Ušní a nosní chrupavky jsou pevné, nehty přecházejí konečky prstů na rukou a jsou tvrdé, na nohou dosahují ke špičkám. U chlapců jsou již obě varlata sestouplá v šourku a u děvčat velké stydké pysky překrývají malé stydké pysky. Plod je čilý, má dobře vyvinutý sací reflex a hlasitě křičí. (19)

První fáze dosažení mateřské role – anticipace probíhá během těhotenství, jež je považováno, za fyziologický stav. Těhotenství je pro organismus určitou zátěží, ale v prvních třech měsících dochází v organismu k adaptaci, v dalších třech měsících probíhá období tolerance, to znamená vyrovnávání se organismu s těhotenstvím a v posledních třech měsících prochází organismus stádiem zatížení. Tyto tři části neprobíhají jen na bázi fyzické, ale i psychické a zde je velmi důležitý celý průběh těhotenství, hlavně pro upevňování mateřské role. Tomu velmi napomáhá navštěvování předporodních kurzů, kde je matka dostatečně informována o průběhu těhotenství, porodu a péče o dítě. Dále se matka učí relaxovat a psychicky uvolňovat, zvládá masáže, cvičení těhotných. Předporodní kurzy matku také připraví k porodu, kdy má matka možnost sestavení porodního plánu a k porodu je méně stresována z neznáma.

Těhotenství trvá 40 týdnů, neboli 9 měsíců kalendářních a 10 lunárních. Během těhotenství dochází u ženy po fyzické stránce k mnoha změnám. Největší změny jsou na rodidlech těhotné. Uropoetický systém také prochází změnami, vzhledem, k většímu zatížení. Různé změny jsou i na orgánech. Psychosomatické změny v těhotenství znamenají zpočátku náladovost, různé chutě, podrážděnost. V této době je velmi důležitá spolupráce partnera, nebo možnost komunikace s odborníky, jimiž mohou být i sestry, lékaři, porodní asistentky a jiný zdravotnický personál. Jedním ze zásadních úkolů během v péči o těhotné je pomoci překlenou období psychických změn a odstranění strachu z bolesti, tím je napomáháno lepšímu dosažení mateřské role. (19)

Pro celý zdravotnický tým je v péči o těhotnou velmi důležitá znalost anatomie porodních cest. Je důležitá znalost anatomie ženské pánve a její měření a anatomie měkkých cest porodních, pro možnost kvalitní edukace a rychlé rozpoznání různých patologií v těhotenství. (19)

V současné době je pravidelná péče o těhotné zajišťována v poradnách pro těhotné. V těchto poradnách se průběžně sleduje průběh těhotenství a výsledky všech prováděných vyšetření se zaznamenávají do těhotenského průkazu, který má vždy mít těhotná při sobě. V těhotenských poradnách provádí lékař se sestrou pět druhů vyšetření. První jsou vyšetření obecná, při kterých se získávají základní údaje, výška a hmotnost těhotné, provádí se krevní vyšetření, vyšetření moče, měření krevního tlaku, zjišťuje se anamnéza těhotné a provádí se instruktáž o přípravě prsu ke kojení. Dalším druhem vyšetření jsou vyšetření gynekologická, kdy lékař vyšetřuje těhotnou na zrcadlech pro zjištění anatomických proporcí. Při vyšetření lékař vyšetřuje kolposkopem čípek a provede cytologické odběry materiálu z čípku a mikrobiologické vyšetření pomocí stěrů. Dále vyšetřuje palpačně, kdy zjišťuje velikost dělohy, její konzistenci, uložení a velikost adnex. Třetím typem vyšetření prováděným v těhotenských poradnách je vyšetření zaměřené na stav matky a plodu. Jeho součástí je odběr krve na HIV, změření fyziologických funkcí, zvážení těhotné, kontrola moči a provádění screeningových vyšetření, které provádí sestra na základě ordinace lékaře. Po konzultaci s těhotnou je také vhodné zapojit do těchto prohlídek a celého průběhu těhotenství také partnera, což má velmi kladný vliv na dosahování mateřské role

těhotné. V rámci těchto vyšetření je možné také těhotné doporučit těhotenské cvičení, jež je také přípravou na porod. Čtvrtým druhem prováděných vyšetření jsou zevní porodnická vyšetření těhotných. Zde lékař měří fundus dělohy měřítkem, vyšetřuje tvar dělohy a její velikost, dále její uložení v břišní dutině. Souvisejícím vyšetřením je poslech ozev plodu stetoskopem, pomocí ultrazvuku, či pouhým uchem. Pátým typem vyšetření je vnitřní vyšetření těhotné. Jedná se o vyšetření v zrcadlech i palpační. (19)

V péči o těhotné v těhotenských poradnách je velmi důležitá role sestry pro těhotnou, jelikož svým přístupem a kvalitní edukací zajišťuje dosahování mateřské role. V těhotenství je také pro bezproblémový průběh důležitá životospráva a hygiena, na což matku upozorňuje sestra. Co se týče jídelníčku, je nutné, aby těhotná nekonzumovala těžká a kořeněná jídla a snažila se o vyváženou stravu bohatou na železo, kalcium a jód. Během těhotenství je přibližný hmotnostní přírůstek deset kilogramů. V úpravě životosprávy jsou důležitá i další omezení. Alkohol, káva a cigarety by také těhotná měla vyloučit ze svého jídelníčku. Mezi omezení pohybová patří zákaz závodních sportů, tance a jízdy na kole. Také se nedoporučuje řídit automobil, jelikož patří mezi obtížné a stresující úkony. V těhotenství by se také těhotná neměla vystavovat ionizujícímu záření, hlavně při rentgenových vyšetřeních a neměla by se nechat očkovat. Při všech těchto omezeních je součástí požadavek, na dostatečný spánek ve vhodném prostředí a dostatečnou péči o chrup, včetně absolvování prohlídek u stomatologa. (19, 32)

Při koordinaci správné životosprávy a hygieny těhotných má velmi důležitou roli sestra, protože pomocí edukace a kontroly těhotné zajišťuje správné dodržování všech zásad a napomáhá jejich plnění. (28)

Během těhotenství se mohou objevit různé patologické stavy, které mohou zapříčinit rizikový průběh těhotenství a tím narušit již první fázi dosažení mateřské role. Tyto stavy mohou být ze strany matky, například krvácení, preeklampsie, gestační diabetes, anemie, infekce a další, zároveň mohou být i ze strany plodu, jakožto například vrozené vývojové vady plodu, či malpozice plodu. (14)

Pro zajištění včasné léčby a efektivní prevenci se provádí všeobecný screening, který je součástí anamnézy všech matek. Zde jsou zjišťovány rizikové faktory zajištěné

z demografické, sociální, rodinné, osobní, porodnické a gynekologické anamnézy. Na všeobecný screening navazuje specifický screening, který se provádí cíleně u zjištění rizikových faktorů. Na podkladě veškerých vyšetření se stanoví postup prenatální péče, který se bude lišit dle nálezů. V těhotenství se provádí mnoho screeningových metod. Od zjišťování rizikových faktorů lze částečně určit i předčasný porod, infekce, preeklampsii, tíseň plodu a vrozené vývojové vady plodu. V rámci prenatální diagnostiky se používají i invazivní metody, jako je amniocentéza, jež se používá k vyloučení chromozomálních a metabolických vad plodu. Amniocentéza je punkční vyšetření pod ultrazvukovou kontrolou, má stejně, jako jiné invazivní metody riziko komplikací, mezi které patří infekce, krvácení, bolest, psychické problémy matky, potrat. Další invazivní metodou je biopsie choria, kdy se získávají fetální buňky k vyšetření. Poslední z invazivních metod je kordocentéza, kdy se punkcí pupečníku odebere fetální krev. (14)

Průběh těhotenství mohou ovlivnit i různé vady plodu, jako například intrauterinní růstová retardace plodu, což je opoždění růstu o 3 – 4 týdny v souvislosti s gestačním stářím. Zde je vysoké riziko porodu plodu nízké, velmi nízké či extrémně nízké porodní hmotnosti. Komplikací v těhotenství může být i Rh izoimunizace, jež souvisí s nesourodostí krevních skupin matky a plodu. Dále jsou to anémie plodu a jiné patologie v různých orgánových systémech matky i plodu. Všechny tyto komplikace mohou narušit dosažení mateřské role. Je důležité pro zajištění dobrého průběhu těhotenství matce vysvětlit důležitost prohlídek u lékaře, které jsou základem včasné diagnostiky a léčby komplikací a tím i zajištění dosažení mateřské role. V tomto hraje největší roli sestra, jež musí prokázat profesionalitu, asertivitu a edukační schopnosti. (14)

1.5.2 Aplikace modelu v praxi a role sester dle druhé fáze dosažení mateřské role

Ve druhé fázi dosažení mateřské role přichází ke slovu samotný porod. Je důležitým zlomem pro matku, dítě i rodinu. Pokud je vše v pořádku, porod proběhne v době, mezi 38. a 40. týdnem těhotenství. Porod je sám o sobě velmi stresující a

obávaný proces a při nepřipravenosti a nevhodném přístupu k matce může výrazně poškodit dosažení mateřské role, nebo naopak vhodným přístupem a kvalitní péčí mateřské pouto posílit. (38)

Tato fáze začíná přijetím matky na porodní sál, v okamžiku, kdy zjistí první známky porodu. Za ty se považují pravidelné děložní kontrakce, které se opakují v kratších intervalech a nabývají na intenzitě. Další známkou blížícího se porodu je odtok plodové vody, či krvácení. Bolest dělohy také může signalizovat nástup porodu. Jakékoliv vybočení z normálního stavu může být také známkou porodu, včetně nepravidelnosti pohybů plodu. V době přijetí a po dobu celé hospitalizace je vhodný asertivní přístup personálu k matce. Pokud to zdravotní stav matky a plodu dovolí a matka žádá o přítomnost partnera, či blízké osoby u porodu, mělo by jí být vyhověno. Přítomnost hlavně otce u porodu má velmi kladný psychologický vliv na dosažení mateřské role a funkčnost celé rodiny. (38)

V této fázi je vhodné, když lékař, či porodní asistentka po úvodním představení individuálně přistupuje k matce a důkladně ji edukuje o průběhu porodu. Tím je také zajištěna kvalitnější komunikace, která je během porodu obzvláště důležitá. Následně matka absolvuje předporodní vyšetření a na jeho základě se určí postup porodu. Během všech tří porodních dob je nutné sledování stavu matky i dítěte a monitoring porodních bolestí. Pokud se kvalitně používá management bolesti, je pro matku porod méně stresující a po porodu rychleji regeneruje síly k péči o novorozence. (5, 38)

Kvalitní management bolesti je základem dobrého průběhu porodu a brzké regenerace matky. Zásadou je individuální přístup personálu. Znalost faktorů a zdrojů bolesti, které mohou intenzitu bolesti ovlivnit. Personál by měl i veškeré zdravotnické zákroky provádět co nejvíce bezbolestně. V individuálním přístupu je třeba zohlednit i kulturní rozdíly, či obavy a strach matky. Jinak se bude koordinovat management bolesti u prvorodiček a u matek, které již s porodem zkušenosti mají. Management bolesti také zohledňuje absolvování předporodních kurzů, které napomohou matkám se s bolestmi vyrovnat. Důležitou úlohu hraje též přítomnost partnera, či jiné blízké osoby u porodu. (22)

Management bolesti využívá farmakologické i nefarmakologické metody zmírňování bolesti. Mezi nefarmakologické metody patří například dotyková relaxace, progresivní relaxace založená na práci se svalovými skupinami, relaxace při bolesti se zapojením partnera, různé masáže, druhy dýchání, stimulace teplem, polohování, mentální stimulace, či tlak na bolestivé části zad. Nefarmakologické prostředky tišení bolesti mají velkou výhodu v tom, že nemají vliv na postup porodu, dále odstraňují či zmírňují strach a obavy matek a nepředstavují žádná zdravotní rizika. Farmakologický management bolesti je postaven na využití analgezie, léčivech zlepšujících působení analgetik a využití anestetik. Výhodou farmakologických metod je velmi dobrá účinnost při potlačení bolesti během porodu. Velkým omezením je vhodnost medikamentů pro matku a zároveň pro plod. Všechny farmakologické metody jsou závislé na zdravotním stavu matky, její anamnéze a postupu porodu. (22)

Bezprostředně po porodu se doporučuje přiložení novorozence matce k prsu, tím se též prohlubuje mateřské pouto. Pokud je porodu přítomen partner, je vhodné zapojit i jej. V dnešní době je v některých porodnických centrech možnost využití alternativních metod porodu. Mezi nimi je porod bez násilí, kdy matka rodí v podřepu, v přítmí a tichu a novorozenec se okamžitě přikládá matce na břicho, ještě před přestřižením pupečníku. Ten musí být ovšem přestřižen do 30 sekund po porodu, pro snížení zdravotních rizik. Další alternativou jsou domácí pokoje na porodních sálech, které simulují porod doma. Porod doma je další z možností porodu, kolem kterého se vedou neustálé diskuse. Alternativním druhem porodu je také porod do vody či programovaný porod. Různé možnosti jsou také v polohách matky při porodu. Všechny tyto možnosti lze zohlednit při přípravě porodního plánu a hlavně výběru porodnice. (23, 25, 38)

Ve druhé fázi dosažení mateřské role mohou nastat různé komplikace. Porod sám může být předčasný, což znamená porod před 37. týdnem těhotenství. Příčiny předčasného porodu jsou různé. Porod mohou vyvolat předčasné děložní kontrakce, odtok plodové vody, infekce, rizikové chování, tělesná námaha, vícečetné těhotenství, či předčasný porod v anamnéze těhotné může značit vysoké riziko opakování. Roli hraje i věk matky či sociální faktory. Předčasný porod lze účinnou a včasnou léčbou v některých případech oddálit. Důležité ovšem je dodržování léčebného režimu, užívání

léků a hlavně klid na lůžku. V této fázi má velmi důležitou roli sestra, která je oporou pro matku a zároveň efektivní a kreativní edukátorkou a profesionálkou v péči. (14, 36)

Naopak těhotenství může být prodloužené, což znamená delší 42 týdnů. Zde je nutné sledování pohybů plodu a jeho celkové prospívání a zdravotní stav matky. Při přenášení se porod musí vyvolávat lékařem, pokud nedojde do dvou týdnů ke spontánnímu porodu. (15)

Porod může být komplikován i při vícečetném těhotenství. Je zde větší riziko porodních komplikací a porodu nedonošených novorozenců. U vícečetných těhotenství je nutné sledování a včasný příjem do perinatologického centra. Porod bývá často komplikován polohou jednoho z plodů, kdy se musí přistoupit k vedení porodu císařským řezem. Pokud se přistoupí k operačnímu porodu, jsou zde mnohá rizika, jako u jiných operací. Rizika se liší dle jednotlivých způsobů porodu. Při předčasných porodech indukovaných i spontánních se jedná o porod nedonošeného novorozence, u kterého je nutná specifická péče a důležitý je přístup sestry k matce, aby nedošlo k narušení dosažení mateřské role. (14, 37)

Základem porodu při zachování dosažení mateřské role je nutné zajištění etiky porodu. V první řadě je nezbytný postup *lege artis* (dle současných poznatků lékařské vědy), akceptování přání matky, což zahrnuje dodržení porodního plánu, zároveň zachování právních norem a nutnost řešit etické problémy s přihlédnutím ke třetí osobě v podobě plodu. (14)

1.5.3 Aplikace modelu v praxi a role sester dle třetí fáze dosažení mateřské role

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer probíhá bezprostředně po porodu, až do opuštění zdravotnického zařízení. Bezprostředně po prvním ošetření novorozence prováděném dětskou sestrou, či během něj se ještě na porodním sále novorozenec vyšetří. Díky vyšetřením může lékař matce podat více informací o jejím dítěti, což je velmi důležité, pro psychický stav matky a zároveň pro lepší a rychlejší dosažení mateřské role. Do těchto vyšetření na sále patří zhodnocení novorozence podle gestačního stáří a stavu výživy. Dále se sleduje bezprostřední stav dítěte po porodu, dle

Apgar score (Příloha 3). Tato vyšetření ukazují celkovou schopnost adaptace novorozence a naznačují případná opatření. Vyšetření se provádějí na pracovním místě přiměřeně vyhřátém a dobře osvětleném. Na sále se provádí orientačně základní vyšetření interní, neurologické, detekuje se porodní trauma a vrozené vývojové vady. (38)

Po prvním vyšetření novorozence, pokud to dovolí zdravotní stav dítěte i matky je možné první přiložení novorozence matce k prsu, což je úkolem dětské sestry. Je to první kontakt matky s dítětem a pro oba je to velmi důležitý krok k navázání pouta mateřství. Pokud je u porodu přítomen partner, je vhodné nechat i jeho, aby si novorozence pochoval. Vytvoření vztahu otce s novorozencem je velmi důležité pro fungování celé rodiny a kvalitního dosažení mateřské role u matky. Po ošetření matky i novorozence zůstává matka s novorozencem, pokud jsou oba v pořádku ještě dvě hodiny na odpočívacím pokoji na porodním sále. Po uplynutí dvou hodin jsou společně přemístěni na lůžkové oddělení. (48)

Zásadní vliv na dosažení mateřské role má v nemocnicích na neonatologických odděleních systém péče tzv. „rooming in“. Principem tohoto systému je neustálý kontakt novorozence s matkou. Oddělení matky a dítěte se provádí pouze na dobu nezbytně nutnou, pokud to vyžaduje zdravotní stav matky či dítěte. V nemocnicích jsou pro tento systém péče zřízeny tzv. mateřské pokoje, kde je matka se svým dítětem a učí se o něj pečovat pod dohledem zkušených sester, které jsou matce vždy nablízku a pomohou radou, edukací, či jen přítomností pro matčin pocit jistoty. Největší vliv má tato metoda na upevnění citových vazeb mezi dítětem a matkou. Systém „rooming in“ je také velmi prospěšný v kojení, kdy zabezpečuje optimální podmínky a dostatek soukromí.(40, 44)

Kojení je nejlepší způsob podávání stravy novorozenci, zajišťuje optimální poměr živin pro zdravý růst a vývoj. Jeho velmi důležitou funkcí je také zajištění vazby matky a dítěte, mnohem větší souznění mezi nimi a dosažení mateřské role mnohem rychleji, než při podávání umělé výživy novorozenci. Mateřské mléko obsahuje kromě optimálního poměru živin také protilátky proti infekcím, snižuje se riziko alergií a jiných neinfekčních onemocnění a i na psychický a citový vývoj dítěte má velký vliv.

V počátcích kojení má významnou roli sestra, která edukuje matku o správné technice kojení (viz. edukační příručka ve výsledcích výzkumu) a dítě kojit, kdykoli má zájem. Pokud to dovoluje zdravotní stav matky i dítěte je ideální nekrmit dítě ničím jiným, pouze mateřským mlékem, tím se zajistí dlouhodobost kojení i v domácí péči. S kvalitním kojením souvisí i správná péče o prsy, kde má důležitou edukační úlohu sestra, která vysvětlí matce, jak správně o prsy pečovat. V některých případech i přes snahu matky i personálu není možné dítě kojit. Tyto bariéry mohou být ze strany dítěte i matky. Mohou to být některá onemocnění, či vývojové vady, či nevytvoření mateřského mléka. Nemožnost kojení také mohou způsobit některé léky, které se dostávají do mateřského mléka a jsou pro novorozence škodlivé. V kojení má význam také brzký začátek přikládání dítěte k prsu, kdy dochází ke stimulaci nervového systému a k vyvolání laktace. Matka by měla společně se sestrou najít nejvhodnější polohu vyhovující matce i dítěti. U nedonošených novorozenců jsou daná specifika kojení, kdy kojení je možné, až od třicátého gestačního týdne, je velmi důležité včasné přikládání dítěte a vhodné polohy při kojení jsou: vzpřímená a poloha tanečnicka. Při neefektivních pokusech o kojení přímo z prsa jsou zde alternativní metody krmení novorozence, kdy lze dítěti podávat mateřské mléko formou pro něj přijatelnější. Využívá se například krmení lžičkou, kapátkem či stříkačkou, krmení po prsu, nebo pomocí kádinky. Jednou z alternativních metod krmení novorozence je také krmení pomocí cévky ze suplementoru. (viz. Edukační příručka) U kojících matek sestra edukuje o správné technice kojení, škodlivosti stresorů a důležitosti a vhodnosti kojení a úloze partnera, jako psychické podpory pro matku. (10, 40)

Pokud se narodí nedonošený novorozenec, je zde rozdílná péče a dítě si sebou nese mnoho zdravotních rizik spojených s nedonošeností. Nedonošený novorozenec je narozen před 38. týdnem těhotenství. Novorozenci se dělí na novorozence s nízkou porodní hmotností, velmi nízkou porodní hmotností, extrémně nízkou porodní hmotností, či nezralé, nebo hypotrofické. Dále se může narodit patologický novorozenec, jenž je ohrožen na životě, či rizikový novorozenec, který se narodí z rizikového těhotenství, nebo se dostane do rizikové situace. (51)

Všechny tyto možnosti sebou nesou specifický způsob péče o novorozence i matku. Nedonošený novorozenec si přináší mnoho možných problémů spojených s jeho nedonošeností a nezralostí. Může to být respirační tíseň, hypoglykémie a hypokalcémie, hypotermie, možné problémy s výživou a hydratací, hypotenze, může být anemický, hrozí též hyperbilirubinémie, apnoické pauzy, sepse, novorozenec je náchylnější ke krvácení, bývá více unavený a je zde zvýšené riziko poškození kůže. (10)

Všechny tyto problémy je nutné mít na paměti při péči o nedonošeného novorozence, kde vyplývá nutnost vzdělanosti sester, které veškeré tyto problémy umí vyhodnotit a tím zajistit vysoce odbornou a kvalitní péči. Jedním z nejdůležitějších specifíků péče o nedonošeného novorozence pro matku je jejich oddělení. Nedonošený novorozenec bývá po porodu umístěn do inkubátoru a ošetřován na intermediálním oddělení neonatologie, nebo na jednotce intenzivní péče neonatologie. Tím dochází k odloučení matky a jejího dítěte, proto je nutné zabezpečit co největší kontakt matky s dítětem. I při nemožnosti kojení, pro nezralost novorozence musí sestra kvalitně matku edukovat o prospěšnosti mateřského mléka a tím i o důležitosti a správné technice odstříkávání mléka. Při narození nedonošeného novorozence je velmi zásadní úloha sestry, která má na starosti emocionální péči o matku a je prvním prostředníkem v péči o novorozence a možném kontaktu matky s dítětem. Sestra musí matce vysvětlit nutnost umístění novorozence do inkubátoru a také edukuje o správném používání inkubátoru matkou a učí matku správné manipulaci a péči o novorozence. V této fázi dosažení mateřské role by sestra měla být matce oporou, edukátorem i mentorem. V péči o novorozence je také vhodné zapojit partnera, tím se zlepší funkčnost celé rodiny a zároveň se dosáhne lepšího dosažení mateřské role. Pokud matka péči o novorozence v inkubátoru zvládá, je možné přistoupit k systému péče „rooming in“ a nechat matku samostatně pečovat o novorozence. (22, 49, 52)

1.5.4 Aplikace modelu v praxi a role sester dle čtvrté fáze dosažení mateřské role

Třetí fáze dosažení mateřské role končí při odchodu domů a nastává fáze čtvrtá, osobní. Plánování odchodu domů závisí na zdravotním stavu dítěte i matky a zvládnutí

péče o novorozence. Pokud lékař svolí k odchodu domů, nastává pro matku další zlomový okamžik, a to přesun rolí do osobní sféry na roli mateřskou ve své domácnosti. Při odchodu domů je nutné matku edukovat a ověřit si zvládnutí samostatné péče v domácnosti. (22)

V domácnosti by již na příchod nového člena rodiny mělo být vše připraveno, aby matka neměla ihned po příchodu domů starosti se zabezpečením všeho potřebného. V této fázi dosažení mateřské role je pro matku nejdůležitější zvládnutí péče o novorozence a organizace domácnosti. V začátcích matka očekává pomoc a velkou oporu od celé rodiny. Role sestry v této fázi je spíše poradní a edukační při prohlídkách dítěte u dětského lékaře. U matek nedonošených novorozenců je nutné podpořit optimistický pohled do budoucnosti. V domácnosti by se mělo pokračovat ve všech aktivitách, které byly započaty v nemocnici, jakožto různé masáže, stimulační cvičení. Matka by měla nadále mít možnost kontaktu s různými odborníky, což by měla mít na starosti sestra, jež tyto kontakty zajistí ještě před odchodem matky domů. (26, 31)

V neonatologických centrech jsou nadále matkám nedonošených novorozenců poskytovány prohlídky a poradenská činnost, kam se kdykoliv může matka nedonošeného novorozence obrátit. Součástí neonatologických center bývá vývojová poradna, která většinou po dobu dvou let po porodu nedonošeného novorozence spolupracuje a sleduje vývoj dítěte, kdy zajišťuje potřebná vyšetření a spolupracuje i s různými odborníky a specializovanými centry. Součástí komplexní odborné péče je péče neonatologická, neurologická, odborná rehabilitace a oftalmologie. (31)

1.6 Edukace v ošetrovatelské péči o matku a dítě

Edukace v ošetrovatelství by dnes měla být pro sestry rutinní záležitostí. Sestry denně edukují mnoho klientů, aby umožnily získání nových vědomostí, návyků a dovedností, jež usnadní klientovi obnovení zdraví, či udržení alespoň určité úrovně zdraví.(18)

1.6.1 Základní pojmy edukace

Edukace je odvozena z latinského eddo, Educare, jež znamená vést vpřed, vychovávat. Je to proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace též značí vzdělávání a výchovu jedince. Dalším pojmem je vzdělávání, které lze definovat, jako proces rozvíjející vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti jedince. Výsledkem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace. Pojem vzdělanost znázorňuje celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Zahrnuje také úroveň techniky, vědy, medicíny, ošetrovatelství, sociálně-kulturní život atd. Edukační proces lze popsat, jako činnost, při které se lidi učí záměrně, nebo nezáměrně. Tyto procesy probíhají od prenatálního období až do smrti. (18)

Edukační proces má čtyři základní determinanty. Jsou to edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. (18)

Edukant je definován, jako subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Edukant je vždy individuální osobnost charakterizovaná fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Jeho charakteristiku může ovlivnit etnická příslušnost, víra, sociální prostředí a sociálně-kulturní podmínky. (18)

Edukátorem rozumíme aktéra edukačních aktivit. Edukátor edukuje. (18)

Plány či zákony, předpisy, edukační standardy, materiály ovlivňující kvalitu edukačního procesu jsou tzv. edukační konstrukty. (18)

Místo, ve kterém probíhá edukace, se nazývá edukační prostředí. Jeho charakter mohou ovlivnit ergonomické podmínky, jež jsou například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, sociální klima, či atmosféra edukace. (18)

Jedním z dalších pojmů edukace může být i edukační standard, který je závaznou formou pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Je předem plánovanou edukací pro klienta. (18)

Edukaci lze provádět v rámci tří stupňů prevence. V primární prevenci se edukace zaměřuje na zdravého klienta s cílem udržení jeho zdraví a zlepšení kvality života. V rámci sekundární prevence se edukace provádí u již nemocných klientů, kde je

potřeba ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a neobjevily se komplikace. Zaměřuje se hlavně na dodržení léčebného režimu, udržení soběstačnosti a prevenci recidivy onemocnění. U terciální prevence je edukace klientů s trvalými a nezvratnými změnami svého zdravotního stavu zaměřena na zlepšení kvality života tak, aby nedošlo k dalším komplikacím. (18)

Dále je možné dělení edukace na základní, reedukační a komplexní. Základní edukací je předávání nových vědomostí a dovedností, kdy je klient motivován pro změnu hodnotového žebříčku a postojů. Reedukační edukací rozumíme edukaci, při které navazujeme na předchozí vědomosti a dovednosti klienta a dále je prohlubujeme. Za komplexní edukaci považujeme předávání ucelených vědomostí, budování dovedností a postojů v opatřeních, jež vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. (18)

V edukaci je nutné si rozdělit cílové skupiny. Dělení je možné z hlediska působení na nedeterminované, determinované a cílové uživatelské skupiny. Nedeterminovanou skupinou rozumíme takovou, jež nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace. Druhou skupinou je tzv. determinovaná, která podléhá určitým kritériím, např. věk, druh onemocnění. Cílová uživatelská skupina je určena pro individuální plánovanou edukaci v souvislosti s jejich edukačními potřebami. Zde lze přesně zhodnotit edukační efekt. (18)

1.6.2 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení

Edukace ve zdravotnictví má své specifické rysy. Většinou je edukace součástí péče o zdraví klientů s přihlédnutím ke specifickým daného zdravotnického zařízení. Edukaci lze rozdělit do pěti fází. (24, 53)

První fází je fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kdy se edukátor pokouší zjistit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta a zjišťuje jeho edukační potřeby. V této fázi lze využít k zjištění potřebných informací například pozorování či rozhovor. Z této fáze se dále vychází při stanovování budoucích cílů edukace. Na první fázi navazuje fáze projektování, kdy se edukátor pokouší naplánovat cíle, zvolit metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob evaluace

edukace. Třetí fází edukace je realizace. V této fázi je nejprve nutné motivovat edukanta a následně lze nastoupit expozici, kde edukantovi zprostředkujeme nové informace. Na této části realizace by se měl podílet i samotný edukant. Po expozici následuje fixace, kde se provádí procvičování a opakování vědomostí a dovedností. Dále následuje průběžná diagnostika, která zjišťuje, diagnostikuje, prověřuje a testuje pochopení a zájem edukanta. Na průběžnou diagnostiku navazuje aplikace, při které je snaha o dokázání vědomostí a dovedností a jejich použití edukantem. Čtvrtou fází je upevnění a prohlubování učiva, jež je jednou z důležitých fází edukace pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Nejdůležitější součástí je systematické opakování a procvičování zabezpečující fixaci. Poslední, ale ne méně důležitou fází je zpětná vazba, kdy se hodnotí výsledky edukanta i edukátora. Hodnocení výsledků dává možnost zpětné vazby mezi nimi. Tyto fáze by měly být přizpůsobeny ve zdravotnictví ošetrovatelskému procesu. Spojení edukace s ošetrovatelským procesem je znázorněno v Příloze 4 a 5. (18)

1.6.3 Edukační cíle

Správná formulace edukačních cílů umožňuje edukátorovi kvalitně naplánovat edukaci klienta. Edukační cíl je očekávaný výsledek, kterého chce edukátor dosáhnout. Výsledek je pozitivní, kvalitativní i kvantitativní změnou vědomostí, dovedností, postojů, návyků a hodnotové orientace edukanta. Na konci edukace by měl být rozdíl mezi výsledkem a cílem edukace co nejmenší. (18)

Edukační cíle lze rozdělit na krátkodobé, dlouhodobé, nebo nižší a vyšší. Kvalitní stanovení edukačních cílů závisí na splnění několika podmínek. Jednou z nich je podmínka přiměřenosti, jež souvisí se schopnostmi jedince. Další důležitou podmínkou formulace cílů je jednoznačnost a kontrolovatelnost. Vnitřní konzistentnost je další z podmínek stanovení edukačních cílů. V poslední řadě je nutné zajistit komplexnost stanovených cílů, jež zabezpečí působení na celou osobnost edukanta. (18)

Formulace cílů by měla obsahovat aktivní slovesa, nebo slovesné vazby spojené s tím, co má edukant umět. Cíle jsou formulovány z pohledu edukanta. Formulace musí

být konkrétní, přesná, jasná, jednoznačná a je nutná možnost kontroly. Správnou formulaci a stanovení cílů lze zajistit použitím taxonomie (kategorizace) cílů jednotlivých oblastí, kognitivních cílů, afektivních a psychomotorických. Pro oblast kognitivních (vzdělávacích) cílů lze využít klasifikaci dle B. S. Blooma (Příloha 6), kde jsou cíle rozděleny do šesti kategorií a několika subkategorií. První ze základních kategorií je znalost (zapamatování) na kterou navazuje porozumění. Třetí částí je samotná aplikace, se kterou je spojena analýza a následně syntéza. Konečnou fází je hodnotící posouzení. Pro afektivní cíle je možné použít taxonomii dle B. Krathwohlova (Příloha 7), která má fází pět, a to přijímání (vnímavost), reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot, začlenění systému hodnot do charakterové struktury. Psychomotorické (výcvikové) cíle mohou být formulovány podle taxonomie R. H. Davea, jež má též pět fází. Ty jsou rozděleny na imitaci, praktické učení (manipulaci), zpřesňování, koordinaci a automatizaci. (18)

1.6.4 Edukační metody

Edukační metody jsou definovány jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby cíle učení efektivně naplněny. Výběr edukačních metod je ovlivněn osobností edukanta, jeho vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi. Dále nám výběr ovlivní stanovení cíle, obsah a forma edukace. Efektivitu edukace zajistí také respektování zdravotního a psychického stavu edukanta, prostředí vybrané pro edukaci samotnou. Stanovená metoda dle všech těchto zásad by měla být použitelná v praxi, zajímavá a přirozená jak pro edukanta, tak pro edukátora. Dělení edukačních metod lze rozdělit na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické znázorněné v Příloze 8. (18)

Ve zdravotnictví se nejčastěji využívají dále uvedené metody. Přednáška se nejčastěji užívá při předkládání nových poznatků. Je také možné využít metodu vysvětlování. Tím objasňujeme příčiny a souvislosti tak, aby byl edukant schopen pochopit podstatu problémů. Součástí vysvětlování může též být i popis a dokazování. Dají se využít názorné pomůcky. Instruktaž a praktické cvičení se využívají při

seznamování se s pracovními postupy, při nácviku senzomotorických dovedností (viz. Příloha 9). (18)

Další využívanou metodou je rozhovor. Ten je každodenní součástí práce zdravotníka. Při kladení otázek se vzájemně vyměňují informace. Tím se dá získat mnoho důležitých informací a je možné sdělení mnoha poznatků k upevnění a opakování vědomostí. Teoreticko-praktickou metodou využívanou též ve zdravotnictví je diskuse. V rámci níž je možné argumentovat, prezentovat myšlenky, znalosti, nápady a ověřovat schopnost přesvědčit druhé. Diskusi je nutno řídit a na konci shrnout poznatky a urovnat závěry. Konzultace je další z velmi často užívaných metod ve zdravotnictví. Během konzultace se diskutuje o problému, upravují se nejasnosti atd. Při práci ve skupině je též možné použití brainstormingu (burza nápadů, „mozková bouře“), při kterém je snaha v určitém časovém limitu vyprodukovat co nejvíce nápadů, návrhů na řešení problémů. Obdobou brainstormingu je brainwriting, kdy se nápady zaznamenávají na papír. Ve zdravotnictví lze také velmi dobře využít práce s textem, kdy se používá leták, brožura, článek v časopise, plakát či kniha, ale je nutné toto doplnit i jiným způsobem edukace. Poslední použitelnou metodou edukace ve zdravotnictví může být e-learning, kdy edukace probíhá formou počítačového kurzu, ale tato metoda není příliš v edukaci používána. (18, 53)

1.6.5 Sestavení edukačního plánu

Edukační plán sestavujeme písemně na základě individuálních potřeb klienta. Edukační plán by měl obsahovat následující části: pojmenování edukační potřeby; dlouhodobý edukační cíl; počet předpokládaných lekcí edukace s rozpisem jednotlivých témat; osobu odpovědnou za provedení edukace; popis krátkodobých cílů pro jednotlivé lekce; u každé lekce by také měly být uvedeny užité metody, formy, pomůcky; plán by měl též zahrnout osnovu (obsah učiva jednotlivých lekcí) a způsob hodnocení výsledků edukace. Dle zvyklostí jednotlivých zařízení je možné mít sestaven edukační plán pro jednotlivá onemocnění, ale je nutné ponechání místa pro individuální potřeby klienta. (18)

1.6.6 Edukační proces aplikovaný dle koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role v ošetrovatelské praxi

Při zachování veškerých zásad edukace můžeme edukační proces v praxi aplikovat podle jednotlivých stupňů koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role. V prvním stupni (anticipaci, očekávání) klade edukační proces důraz na dosažení mateřské role hlavně v sociální a psychologické oblasti. Edukací lze docílit postupného dosahování mateřské role vzděláváním o těhotenství samotném, změnách v těhotenství, cvičení v těhotenství, o různých těhotenských poradnách, o stanovení porodního plánu, stravování v těhotenství, životním stylu těhotných, o pomoci a úloze partnera a sester, či veškerých možnostech přípravy k porodu a prohlídkách u gynekologa a jejich důležitosti. Pokud by se edukace zaměřila na druhý stupeň (formální, společenský), bylo by zde nejdůležitější součástí dosahování mateřské role vzdělávání v oblasti porodu. Součástí edukace bude vysvětlení samotného porodu, porodních dob, průběhu porodu, známek porodu, druhů porodů, jejich kladů a záporů, možností výběru porodnice, či sestavení porodního plánu. Dále se edukace musí zabývat psychickou stránkou porodu a s tím související přítomností partnera u porodu, možnostmi tlášení bolesti při porodu, nutností spolupráce s personálem. V tomto stupni dosažení mateřské role je též potřeba edukace v poporodní době o nové úloze matky a vlivu psychického rozpoložení na dítě i okolí. Spojení třetího stupně koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role a edukačního procesu je zaměřeno na vytvoření jedinečné úlohy a spojení matky s dítětem po porodu, které závisí na psychické a fyzické regeneraci matky po porodu, zdravotním stavu dítěte a jejich vzájemném souladu. Čtvrtý stupeň (osobní) je možno v edukačním procesu zapojit vzděláváním v adaptaci na úlohu matky v oblasti biologické, psychologické i sociální. Matka přichází do již známého prostředí, ale s novou úlohou a zde velmi závisí na sociálním zázemí, které matku podpoří v její mateřské roli. (7, 18, 46, 53)

Ve zdravotnickém zařízení lze pro edukaci ve všech čtyřech stupních koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role použít formulář, dle kterého je možné se řídit i po delší dobu edukace, či při nutnosti více lekcí edukace. Formulář

slouží k přehlednému zápisu edukačního procesu a může jej využít i více pracovníků nezávisle na sobě, jelikož je zde přehledný systém zápisu pro porozumění všemi, kteří s tímto formulářem pracují, formulář znázorněn ve výsledcích. (20)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíl 1 diplomové práce byl, zjistit vliv dětské sestry na neonatologickém oddělení na naplnění mateřské role dle modelu R.Mercer.

Výzkumnou otázkou 1 bylo, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R.Mercer u matek nedonošených novorozenců?

Cíl 2 diplomové práce byl, zmapovat možnosti spolupráce dětské sestry na neonatologickém oddělení s matkami nedonošených novorozenců v naplnění mateřské role dle modelu R.Mercer.

Výzkumnou otázkou 2 bylo, jak nahlíží matky nedonošených novorozenců na spolupráci s dětskou sestrou na neonatologickém oddělení?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

V diplomové práci byl pro získání informací použit kvalitativní výzkum, metodou dotazování, kdy byla použita technika individuálního hloubkového rozhovoru. Dotazovanými byly matky nedonošených novorozenců a dětské sestry a porodní asistentky, pracující na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Počet rozhovorů byl pět u každé skupiny. (3)

Rozhovor byl veden pomocí tematické příručky – okruhů otázek pro matky (Příloha 10) a pomocí tematické příručky – okruhů otázek pro sestry (Příloha 11), díky níž bylo docíleno plynulosti a ucelenosti dotazování. Rozhovory byly uskutečňovány na denní místnosti sester, na pokojích klientek, či v jídelně oddělení, místa byla vybírána individuálně dle přání matek a sester. Délka jednoho rozhovoru s matkou byla zhruba 50 – 60 minut a délka rozhovoru se sestrou byla přibližně 30 – 40 minut. Část rozhovorů byla nahrávána na audio-přijímač a část byla zapisována na papír bez nahrávání na výslovnou žádost několika dotazovaných. Rozhovory jsou v diplomové práci sepsány formou přepisu a získané informace jsou zpracovány do kategorizovaných tabulek, podle jednotlivých otázek. Rozhovory se uskutečnily v únoru 2010 až dubnu 2010 v Nemocnici České Budějovice a.s.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr dotazovaných byl pro účely kvalitativního výzkumu vybrán částečně metodou „sněhové koule“, pouze s určením kritéria věku matek mezi 30 a 40 lety a omezením na matky nedonošených novorozenců, jež mají v době rozhovoru novorozence v inkubátoru již ve své péči na pokoji. Sestry byly omezeny pouze výběrem oddělení. Po počátečním sběru dat mi vzniklo ještě jedno společné kritérium pro matky nedonošených novorozenců a to, že ani jedna již nebyla prvorodičkou. Tento

fakt mi přišel pro účely výzkumu velmi zajímavý, tak jsem kritérium ponechala a nijak jsem ho neovlivňovala dalším výběrem matek.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory s matkami

4.1.1 Rozhovor s matkou 1

První matkou nedonošeného novorozence, jež mi poskytla rozhovor, byla jednatřicetiletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako účetní. Novorozenec měl porodní váhu 1420g. Matka žije v bytě s manželem a již dvěma dětmi. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

Po počátečním zjištění základních údajů jsem se zaměřila na první fázi dosažení mateřské role (anticipace) dle modelu R. Mercer, podle čehož byly utvořeny otázky, na něž matka postupně odpovídala. Miminko bylo očekávané a plánované. Je to již třetí matčino dítě. Matka během těhotenství absolvovala šest prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo až do porodu dle matky v pořádku. Matka nenavštěvovala během těhotenství žádné předporodní kurzy. Z předchozích těhotenství má matka již zkušenost s nedonošeným novorozencem, s tím souvisely i obavy během těhotenství. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence nebylo očekávané. Největší oporou byl v očekávání pro matku manžel. V období těhotenství vnímala matka sestry, jako rádce a nápomoc.

Dále se soubor otázek zaměřil na druhou fázi dosažení mateřské role (neformální) dle modelu R. Mercer, kdy jsem se zajímala o samotný průběh porodu. Během samotného porodu vnímala matka jako nejsilnější pocit strach. Jelikož byl porod veden císařským řezem, nemohl být u porodu nikdo přítomen, ale největší oporou alespoň na dálku byl pro matku manžel. Po porodu se matka cítila bezmocná, i proto, že nemohla mít bezprostředně po porodu novorozence u sebe. Měla strach o zdraví miminka. V tomto období matka vnímala největší roli sestry v péči o novorozence.

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer se odehrává v době od porodu, do odchodu domů, kdy mě tato fáze zajímala hlavně z pohledu na roli sester

nejvíce. Novorozence viděla matka poprvé po čtyřech dnech po porodu a ten samý den měla možnost se ho i dotknout. První dotyk vyvolal v matce nejvíce štěstí a nádherné pocity. Do své péče dostala matka svého nedonošeného novorozence po čtrnácti dnech po porodu. Novorozenec byl stále ještě v inkubátoru, jenž matka vnímala jako nutnost, ale omezoval jí plnou možnost kontaktu s novorozencem. Na oddělení byly dětské sestry pro matku nedonošeného novorozence oporou, pomocí v péči o novorozence a komunikace byla podle matky bezproblémová. Na návštěvu za matkou dochází zhruba třikrát týdně manžel. Nyní si matka myslí, že svou roli matky zvládá bez obtíží. Ale do budoucna má matka obavy z opoždění vývoje a z nemocí souvisejících s nedonošeností miminka. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byli největší oporou sestry, které jí umožnili překonat prvotní strach.

Poslední okruh otázek byl zaměřen na čtvrtou fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, kdy jsou otázky zaměřeny na období doma. Doma bude matce pomáhat nejvíce manžel. Na miminko je doma připravena kompletní výbava a matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy i díky tomu, že již s nedonošeným novorozencem zkušenost má. Do budoucna bude mít miminko svůj vlastní pokojíček. Při dotazu na roli sestry v tomto období čeká matka od sester radu a pomoc.

4.1.2 Rozhovor s matkou 2

Další matkou nedonošeného novorozence, jež mi poskytla rozhovor, byla osmatřicetiletá matka s vysokoškolským vzděláním s titulem bakalář, pracující dříve jako vychovatelka v dětském domově. Novorozenci dvojčata měla porodní váhu 1360g a 1230g. Matka žije v rodinném domě s přítelem a v domě žije ještě otec matky, ale má oddělený samostatný vchod. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

Otázky zaměřené na první fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer se zabývají obdobím celého těhotenství a přípravy na porod. Miminka byla očekávaná a plánovaná. Je to již druhý matčin porod. Matka během těhotenství absolvovala devět

prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo v pořádku, až do porodu matka nepocítovala žádné komplikace, či změny. Matka nenavštěvovala během těhotenství žádné předporodní kurzy. Z předchozího těhotenství nemá matka doposud zkušenosti s nedonošeným novorozencem. Během těhotenství pocítovala matka únavu, jinak vnímala těhotenství jako bezproblémové. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošených novorozenců bylo očekávané a matka cítila strach, bezmoc. Největší oporou byl pro matku přítel. V období těhotenství čekala matka od sester radu a pomoc, která se jí dostala.

Otázky stylizované na průběh druhé fáze dosažení mateřské role se týkaly samotného porodu. Během samotného porodu byl pro matku nejsilnějším pocitem strach a panika. Z důvodu vedení porodu císařským řezem nemohl být u porodu nikdo přítomen, ale největší oporou byl pro matku přítel, byť s ní nebyl přímo na sále. Po porodu matka cítila strach, i proto, že neměla sílu mít bezprostředně po porodu u sebe miminka kvůli velkému vyčerpání. Dále matka pocítovala, že potřebuje nejvíce odpočinek, jistou regeneraci a informovanost o novorozencích. V tomto období matka vnímala sestry jako pomoc v péči o novorozence.

Zde nastupuje třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, kde jsem se zaměřila na poporodní období, až do propuštění do domácí péče. Matka poprvé viděla miminka po třech dnech po porodu a ten samý den měla možnost se jich i dotknout. První dotyk vyvolal v matce strach. U sebe v péči měla matka své nedonošené novorozence po deseti dnech. Inkubátory svých dětí nevnímá jako bariéru, pouze jako nutnost. Na oddělení byly sestry pro matku nedonošeného novorozence oporou, s jejich pomocí byla matka velmi spokojená, sestry byly pro matku velmi pozitivní podporou. Na návštěvu za matkou chodí celá nejbližší rodina. Nyní si matka myslí, že svou roli matky zvládá bez obtíží. Ale má obavy z příchodu domů, jak zvládne organizaci péče o dva novorozence současně. Ve vytváření si vztahu k novorozencům jí byl největší oporou přítel.

Čtvrtá fáze je zaměřena na období doma, ale otázky jsou spíše teoreticky, jelikož matka ještě prakticky tuto zkušenost zatím nemá. Doma bude matce pomáhat nejvíce přítel popřípadě její otec. Na miminka je doma připravena kompletní výbava a matka je

přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy. Do budoucna budou mít miminka svůj společný pokojíček. Při dotazu na roli sestry v tomto období čeká matka od sester profesionální radu a pomoc.

4.1.3 Rozhovor s matkou 3

Další matkou nedonošeného novorozence, jež mi poskytla rozhovor, byla třiceti čtyřletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako tiskařka. Novorozenec měl porodní váhu 1960g. Matka žije v rodinném domě s manželem a již jedním dítětem. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

V návaznosti na zjištění základních údajů byly otázky zaměřeny na jednotlivé fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Na soubor otázek první fáze dosažení mateřské role byly matčiny odpovědi následovně sepsány. Miminko bylo očekávané a plánované. Porod je matčin druhý v pořadí. Matka během těhotenství absolvovala deset prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo celkově v pořádku. Matka nenavštěvovala během těhotenství předporodní kurzy. Z předchozího těhotenství matka nemá stále zkušenost s nedonošeným novorozencem. Těhotenství bylo dle matky bezproblémové, klidné. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence neočekávala. Největší oporou byl pro matku během těhotenství manžel. V období těhotenství čekala matka od sester hlavně radu a pomoc.

Třetí okruh otázek byl zaměřen na druhou fázi dosažení mateřské role, která se odehrává v období porodu. Během porodu vnímala matka strach. U porodu nemohl být nikdo přítomen, ale největší oporou alespoň na dálku byl pro matku manžel. Bezprostředně po porodu matka cítila největší potřebu mít dostatek informací o dítěti, jelikož neměla možnost mít dítě u sebe, ale zároveň věřila, že je vše v pořádku a brala to jako nutnost. V tomto období matka vnímala sestry jako zdroj informací o dítěti a jako pomoc v péči o něj.

Nejdůležitější okruh otázek byl zaměřen na třetí fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Matka poprvé viděla miminko po třech dnech po porodu a první haptický kontakt mezi nimi byl pátý den. První dotyk vyvolal v matce rozpaky. U sebe v péči měla matka miminko po deseti dnech po porodu. Inkubátor svého dítěte nevidí jako bariéru, pouze jako nutnost. Na oddělení sestry poskytly matce radu, pomoc a odpověď v různých situacích. Přístup sester byl pro matku velmi pozitivní a sestry byly matce oporou. Na návštěvu za matkou chodí rodina. Subjektivně svou roli matky zvládá bez obtíží. Má obavy ze zdravotního stavu miminka. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byl největší oporou dle matky manžel.

Čtvrtá fáze dosažení mateřské role bývá zlomová, pro začlenění mateřské role do již zaběhnutého systému péče o domácnost i společenský život. Proto její kvalitní zvládnutí a dostatečná podpora matky je také neméně v tomto období důležitá. Doma bude matce pomáhat nejvíce manžel. Na miminko je doma připravena kompletní výbava a matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy, pouze má obavy ohledně možných zdravotních komplikací do budoucna. Miminko bude mít pokojíček se sourozencem. Při dotazu na roli sestry v tomto období čeká matka od sester pomoc.

4.1.4 Rozhovor s matkou 4

Jednou z matek nedonošených novorozenců, jež mi poskytla rozhovor, byla také třicetiletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako prodavačka. Novorozenec měl porodní váhu 540g. Matka žije v bytovém domě s přítelem a jedním dítětem. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

V otázkách první fáze dosažení mateřské role je zaměřeno na období těhotenství. Miminko bylo očekávané a plánované. Matka absolvovala druhý porod. Kdy během těhotenství absolvovala osm prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo dle matky v pořádku. Matka nenavštěvovala během těhotenství žádné předporodní kurzy. Z předchozího těhotenství matka nemá zkušenost s nedonošeným novorozencem.

Těhotenství bylo dle matky komplikované, trpěla tzv. „help syndromem“. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence nebylo vůbec očekávané. Největší oporou byl pro matku přítel. V období těhotenství matka sestry příliš nevnímala.

Navazující okruh otázek byl zaměřen na druhou fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Během samotného porodu popisuje matka pouze zvláštní pocit. U porodu nebyl nikdo přítomen, jelikož byl překotný. Ale největší oporou na dálku byl pro matku přítel. Po porodu matka cítila bezmoc a nevědomost. V tomto období matka vnímala sestry jako zdroj informací o dítěti a jako pomoc v péči o něj.

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer prochází obdobím od porodu, do odchodu domů, stejně tak okruh stanovených otázek tohoto rozhovoru. Matka poprvé viděla své miminko po dvou dnech po porodu a dotkla se jej během prvního týdne po porodu. První kontakt vyvolal v matce strach. U sebe v péči měla matka svého nedonošeného novorozence až po třech měsících po porodu. Inkubátor svého dítěte ovšem nevnímá jako bariéru. Na oddělení sestry poskytly matce maximální pomoc a oporu. Přístup sester vnímala matka jako velmi pozitivní a přátelský. Na návštěvu za matkou chodí nejbližší rodina. Dle sebe roli matky zvládá bez obtíží. Má obavy ze zdravotního stavu miminka. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byly největší oporou sestry na neonatologickém oddělení. Doma bude matce pomáhat nejvíce manžel a její matka. Na miminko doma čeká kompletní výbava a pokojíček. Matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy, pouze má obavy ohledně možných zdravotních komplikací do budoucna. Při dotazu na roli sestry v tomto období čeká matka od sester pomoc.

4.1.5 Rozhovor s matkou 5

Poslední matkou nedonošeného novorozence, jež mi poskytla rozhovor, byla třiatřicetiletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako kuchařka. Novorozenec měl porodní váhu 1312g. Matka žije v dvougeneračním rodinném domě

s manželem a jedním dítětem. Na dotaz ohledně dostatku soukromí odpověděla, že dostatek soukromí má.

Druhý okruh otázek zaměřený na první fázi dosažení mateřské role nám poskytl následující odpovědi. Miminko bylo očekávané a plánované, jako u všech předchozích dotazovaných matek. Je to druhý absolvovaný porod. Matka během těhotenství byla v rámci prohlídek u svého lékaře celkem patnáctkrát. Těhotenství probíhalo v pořádku, bez komplikací. Tato matka, jako jediná navštěvovala během těhotenství předporodní kurzy, myslí si, že jsou velkým přínosem hlavně pro prvorodičky. Z předchozího těhotenství matka doposud nemá zkušenost s nedonošeným novorozencem. Těhotenství bylo dle matky v pořádku, bez problémů. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence neočekávala. Největší oporou pro matku v těhotenství byl manžel. V období těhotenství matka měla se sestrami pozitivní zkušenost při potřebě opory a povzbuzení.

Druhá fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, které se věnuje třetí okruh otázek, je zaměřena na porod. Během samotného porodu popisuje matka strach. U porodu nebyl nikdo přítomen, ale největší oporou na dálku byl pro matku manžel. Po porodu matka cítila strach. V tomto období matka vnímala sestry, jako oporu a povzbuzení.

Dalším okruhem otázek byly otázky zaměřené na třetí fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer zabývající se obdobím od porodu do propuštění do domácí péče. Matka poprvé viděla miminko druhý den po porodu a první haptický kontakt s miminkem absolvovala ještě tentýž den. První dotyk vyvolal v matce radost, strach a pláč. U sebe v péči měla matka svého nedonošeného novorozence po čtrnácti dnech. Inkubátor nevnímá jako bariéru, pouze jej respektuje, jako nutnost. Na neonatologickém oddělení se matce od sester dostalo velké pomoci a opory. Přístup sester vnímala matka jako velmi pozitivní. Na návštěvu za matkou chodí rodina. Matka svou novou roli zvládá bez obtíží. Ale má obavy co čekat do budoucna. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byl největší oporou manžel.

Poslední okruh otázek byl zaměřen na čtvrtou fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, jenž se zabývá obdobím od propuštění domů, do jednoho roku

dítěte. V domácnosti bude matce s péčí o miminko pomáhat nejvíce manžel, její matka a otec. Na miminko je doma připravena kompletní výbava a matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy. Miminko bude mít vlastní pokojíček. V tomto období čeká matka od sester do budoucna hlavně podporu.

4.1.6 Výsledky rozhovorů s matkami kategorizované do tabulek dle jednotlivých fází koncepčního modelu R. Mercer

Čísla tabulek neodpovídají číslům otázek v rozhovoru.

Tabulka 1: Základní údaje dotazovaných matek

Otázka:	M1	M2	M3	M4	M5
Věk	31	38	34	30	33
Vzdělání	SOŠ	VŠ	SOŠ	SOU	SOU
Zaměstnání	účetní	vychovatelka	tiskařka	prodavačka	kuchařka

Věk dotazovaných matek byl v rozmezí od 31 do 38 let, u dvou matek je nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné učiliště, u dvou střední odborná škola a u jedné matky je nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Přešlé zaměstnání u jedné matky bylo účetní, u další matky bylo vychovatelka, u další tiskařka, u jedné prodavačka a přešlé zaměstnání jedné matky bylo též kuchařka.

Tabulka 2: Rodinný stav

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Vdaná	1		1		1	3
Rozvedená		1				1
Partner		1		1		2
Svobodná				1		1
SUMA	1	2	1	2	1	7

Tři matky uvedly, že jsou vdané, jedna matka je rozvedená a má partnera a jedna matka je svobodná a má partnera.

Tabulka 3: Bydliště

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Byt	1			1		2
RD		1	1		1	3
SUMA	1	1	1	1	1	5

Při otázce, kde matky bydlí, odpověděly dvě matky, že bydlí v bytě a tři matky bydlí v rodinném domě.

Tabulka 4: Počet osob v domácnosti

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
4	1	1				2
5			1	1	1	3
SUMA	1	1	1	1	1	5

V jedné domácnosti u dvou matek žijí spolu čtyři členové jedné rodiny, a u tří matek žije v domácnosti členů pět.

Tabulka 5: Dostatek soukromí

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
ANO	1	1	1	1	1	5
SUMA	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo na otázku dostatečného soukromí ano. Žádná neuvedla, že by měla nedostatek soukromí.

Tabulka 6: Očekávané těhotenství

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
ANO	1	1	1	1	1	5
SUMA	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek uvedlo, že miminko bylo očekávané. U žádné z nich nebylo těhotenství náhodné, neplánované.

Tabulka 7: Pořadí narození dítěte

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
3.	1					1
2.		1	1	1	1	4
SUMA	1	1	1	1	1	5

Všechny matky odpověděly, že toto není jejich první miminko, jedna matka odpověděla, že toto je její třetí miminko a čtyři matky odpověděly, že je toto jejich druhé miminko.

Tabulka 8: Počet absolvovaných prohlídek v těhotenství

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
6	1					1
8				1		1
9		1				1
10			1			1
15					1	1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Jedna matka odpověděla, že počet absolvovaných prohlídek u lékaře byl šest, jedna matka odpověděla, že počet prohlídek byl osm, jedna matka odpověděla, že počet

absolvovaných prohlídek byl deset a jedna matka odpověděla, že počet prohlídek u jejího lékaře byl patnáct.

Tabulka 9: Průběh těhotenství

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
V pořádku	1	1	1	1	1	5
SUMA	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo, že průběh těhotenství, až do dne porodu byl v pořádku.

Tabulka 10: Navštěvování předporodních kurzů

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
NE	1	1	1	1		4
ANO					1	1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Čtyři matky odpověděli, že během těhotenství nenavštěvovaly žádné předporodní kurzy. Jedna matka odpověděla, že předporodní kurzy navštěvovala.

Tabulka 11: Přínos předporodních kurzů

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Nevím	1	1	1	1		4
Pro prvorodičky					1	1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Na otázku, zda jsou předporodní kurzy přínosem, odpověděly čtyři matky, že neví a jedna matka odpověděla, že předporodní kurzy mají přínos pro prvorodičky.

Tabulka 12: Zkušenosti z předchozích těhotenství s nedonošeným novorozencem

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
NE		1	1	1	1	4
ANO	1					1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Čtyři matky odpověděly, že z předchozích těhotenství zkušenost s nedonošeným novorozencem žádnou nemají a jedna matka odpověděla, že z předchozího těhotenství zkušenost s nedonošeným novorozencem již má.

Tabulka 13: Vnímání těhotenství

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Dobře	1					1
Únava		1				1
Klid			1			1
Pohoda			1	1		2
V pořádku					1	1
Bez obtíží		1				1
Obavy	1					1
SUMA	2	2	2	1	1	8

Jedna matka odpověděla, že těhotenství vnímala celkem dobře, pouze s obavami do budoucna, jedna matka odpověděla, že během těhotenství byla unavená, ale jinak bez obtíží, jedna matka odpověděla, že těhotenství prožila v klidu a v pohodě, jedna matka odpověděla, že její těhotenství bylo pohodové, jedna matka odpověděla, že její těhotenství bylo v pořádku.

Tabulka 14: Stanovení porodního plánu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Nebyl stanoven	1	1	1	1	1	5
Neznalost porodního plánu	1	1	1	1	1	5
SUMA	2	2	2	2	2	10

Všechny matky odpověděly na otázku, zda jim byl stanoven porodní plán a jaká měly od plánu očekávání a zda byla splněna, že porodní plán jim stanoven nebyl a neznají ho.

Tabulka 15: Očekávání narození nedonošeného miminka, pocity

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Ne	1		1	1	1	4
Ano		1				1
Strach		1				1
Bezmoc		1				1
SUMA	1	3	1	1	1	7

Z celkového počtu pěti matek mi na otázku, zda očekávaly narození nedonošeného miminka, odpověděly čtyři, že narození nedonošeného miminka nečekaly a jedna matka odpověděla, že narození nedonošeného miminka očekávala a v této souvislosti pociťovala strach a bezmoc.

Tabulka 16: Opora v očekávání

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Manžel	1		1		1	4
Přítel		1		1		1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Tři z dotazovaných matek odpověděli, že v době očekávání miminka jim byl největší oporou manžel a dvě dotazované odpověděli na tuto otázku, že největší oporou byl v očekávání přítel.

Tabulka 17: Role sestry v 1. fázi dosažení mateřské role (anticipace) dle modelu R. Mercer

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Rada	1	1	1			3
Do porodu příliš nevnímala				1		1
Opora					1	1
Pomoc	1	1	1			3
Povzbuzení					1	1
SUMA	2	2	2	1	2	9

V období do porodu tři matky odpověděly, že sestru vnímaly, jako někoho, kdo poskytne radu a pomoc, jedna matka do porodu příliš sestry nevnímala a jedna matka v sestřích do porodu viděla oporu a povzbuzení.

Tabulka 18: Vnímání samotného porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Strach	1	1	1	1	1	5
Panika		1				1
Zvláštní pocit				1		1
SUMA	1	2	1	2	1	7

Z počtu pěti matek mi tři matky odpověděly na otázku vnímání porodu tím, že měly hlavně strach, jedna matka prožívala paniku a strach a jedna matka měla při porodu zvláštní pocit a strach.

Tabulka 19: Přítomnost člena rodiny u porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
NE	1	1	1	1	1	5
SUMA	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo na otázku, zda byl někdo přítomen u porodu záporně, vyplývalo to hlavně ze skutečnosti, jež jsem zjistila při rozhovorech, že všechny matky absolvovaly porod císařským řezem.

Tabulka 20: Zdroje podpory při porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
ANO		1		1		2
Na dálku	1		1		1	2
Partner	1		1		1	2
Sestry		1		1		2
SUMA	2	2	2	2	2	8

Dvě z dotazovaných matek odpověděly, že při porodu cítily podporu na sále od sester, dvě matky cílily podporu na dálku od manžela a jedna matka cítila podporu, na dálku, od přítele.

Tabulka 21: Pocity matky bezprostředně po porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Strach		1			1	2
Bezmoc	1			1		2
Potřeba informací			1			1
Nevědomost				1		1
SUMA	1	1	1	2	1	6

Po porodu měly dvě matky strach, jakožto nejsilnější pocit, jedna matka cítila bezmoc, jedna matka cítila potřebu dostatku informací, jedna matka cítila po porodu bezmoc a nevědomost.

Tabulka 22: Možnost mít u sebe miminko bezprostředně po porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
NE	1		1	1	1	4
Možnost byla - nevyužita		1				1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Na otázku, zda měly možnost matky mít bezprostředně po porodu u sebe miminko, odpověděly čtyři matky, že ne, ať z důvodů zdravotního stavu miminka, či jejich a jedna matka odpověděla, že možnost mít u sebe bezprostředně po porodu miminko u sebe měla, ale nevyužila ji, jelikož byla vysílená.

Tabulka 23: Pocity matky po porodu na pokoji

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Strach	1				1	2
Rozpolcenost				1		1
Odpočinek		1				1
Regenerace		1				1
Informace		1				1
Víra			1			1
Nutnost oddělení			1			1
SUMA	1	3	2	1	1	8

Po porodu popsaly dvě matky, jako nejsilnější pocit strach, jedna matka cítila po porodu rozpolcenost, jedna matka cítila potřebu odpočinku, regenerace a potřebu informovanosti a jedna matka cítila víru a chápala nutnost oddělení od dítěte.

Tabulka 24: Role sestry ve 2. fázi (formální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Péče	1		1	1		3
Pomoc		1				1
Informace			1	1		2
Povzbuzení					1	1
Opora					1	1
SUMA	1	1	2	2	2	8

Během porodu a bezprostředně po porodu vnímala jedna matka roli sestry hlavně v péči o dítě, jedna matka vnímala roli sestry jako celkovou pomoc, dvě matky vnímaly sestru, jako zdroj informací a roli v péči o miminko a jedna sestra vnímala sestru, jako povzbuzení a oporu.

Tabulka 25: Doba prvního očního kontaktu s miminkem po porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
2. den				1	1	2
3. den		1	1			2
4. den	1					1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Na otázku, po jak dlouhé době matky poprvé viděli miminko, dvě matky odpověděly, že již druhý den, dvě matky odpověděly, že viděli miminko třetí den a jedna matka odpověděla, že viděla miminko čtvrtý den po porodu.

Tabulka 26: Doba prvního haptického kontaktu s miminkem po porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
2. den					1	1
3. den		1				1
4. den	1					1
5. den			1			1
1. týden				1		1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Při otázce, kdy se matky svého miminka poprvé dotkly, jedna matka odpověděla, že hned druhý den se miminka poprvé dotkla, jedna matka se miminka poprvé dotkla třetí den, jedna matka se miminka dotkla čtvrtý den, jedna matka se dotkla pátý den svého miminka a jedna matka se miminka dotkla někdy během prvního týdne po porodu.

Tabulka 27: Pocity při prvním kontaktu s miminkem

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Strach		1		1	1	3
Rozpaky			1			1
Nádhera	1					1
Radost					1	1
Pláč					1	1
Štěstí	1					1
SUMA	2	1	1	1	3	8

Návaznost na předchozí otázku má otázka, jaké měly matky při prvním kontaktu s miminkem pocity. Dvě matky odpověděly, že prožívaly hlavně strach, jedna matka byla z prvního kontaktu v rozpacích, jedna matka popsala první kontakt, jako nádheru a štěstí a jedna matka prožívala při prvním kontaktu radost a zároveň strach a pláč.

Tabulka 28: Doba převzetí miminka do vlastní péče od porodu

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
10 dní		1	1			2
14 dní	1				1	2
3 měsíce				1		1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Na otázku, po jak dlouhé době dostaly maminky miminko do vlastní péče, dvě matky odpověděly po deseti dnech, dvě matky odpověděly po čtrnácti dnech a jedna matka odpověděla po třech měsících.

Tabulka 29: Vnímání bariéry inkubátoru

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Není bariérou		1	1	1	1	4
Nutnost			1		1	2
Není možný plný kontakt	1					1
SUMA	1	1	2	1	2	7

Z pěti dotazovaných matek na otázku vnímání bariéry inkubátoru dvě matky odpověděly, že inkubátor bariérou není, dvě matky odpověděly, že inkubátor bariérou není, je pouze nutností a jedna matka odpověděla, že inkubátor vnímá, jako omezení plného kontaktu s miminkem.

Tabulka 30: Role sester ve 3. fázi (formální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Opora	1					1
Spokojenost		1				1
Rada			1			1
Pomoc	1	1	1	1	1	5
Odpověď			1			1
SUMA	2	2	3	1	1	9

V otázce role sester na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení jedna matka odpověděla, že sestru vnímá jako pomoc a oporu, jedna matka odpověděla, že sestra je pro matku pomoc a přináší spokojenost, jedna matka uvádí vnímání sestry, jako pomoc, sestra přináší radu a odpovědi, jedna matka vnímá sestru, jako maximální pomoc a jedna matka, jako velkou pomoc.

Tabulka 31: Vnímání přístupu sester

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Pozitivní		1	1	1	1	4
Bez problémů	1					1
SUMA	1	1	1	1	1	5

V přístupu sester k matkám odpověděly čtyři matky, že vnímají přístup, jako pozitivní a jedna matka odpověděla, že vnímá přístup sester k ní, jako bezproblémový.

Tabulka 32: Cítění opory od sester

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
ANO	1	1	1	1	1	5
Velká opora		1		1		2
SUMA	1	2	1	2	1	7

Při dotazování, zda cítí matky od sester na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení oporu, odpovědělo všech pět dotazovaných matek, že ano a dvě matky cítí sestry na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení, jako velkou oporu.

Tabulka 33: Vnímání komunikace se sestrami na oddělení

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Bez problémů	1	1	1	1	1	5
Přátelská				1		1
SUMA	1	1	1	2	1	6

Čtyři z dotazovaných matek na otázku, jaká je komunikace se sestrami na oddělení odpověděly, že bez problémů a jedna matka odpověděla na tuto otázku, že komunikace je bez problémů a přátelská.

Tabulka 34: Návštěvy na oddělení

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Celá rodina		1	1	1	1	4
3x týdně manžel	1					1
SUMA	1	1	1	1	1	5

V otázce, zda za matkami chodí návštěvy, čtyři z dotazovaných matek odpověděly, že celá rodina a jedna matka odpověděla, že za ní na návštěvu chodí třikrát týdně manžel.

Tabulka 35: Zvládání role matky

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Dobře	1	1		1		3
Bez obtíží			1		1	2
SUMA	1	1	1	1	1	5

Tři dotazované matky mají subjektivní názor, že roli matky zvládají dobře a dvě matky odpověděly, že roli matky zvládají bez obtíží.

Tabulka 36: Obavy z budoucnosti v souvislosti s péčí o nedonošené miminko

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Zdravotní stav	1		1	1		3
Strach z budoucna - psychika					1	1
Příchod domů - organizace		1				1
Opožděný vývoj dítěte	1					1
SUMA	2	1	1	1	1	6

Na otázku, zda mají matky obavy z něčeho do budoucna, odpověděly dvě matky ze zdravotního stavu dětí, jedna matka odpověděla, strach z budoucna, ohledně její

psychické síly, jedna matka má obavy z příchodu domů a následné organizace péče o děti a domácnost, jedna matka má obavy z opožděného vývoje dítěte a nemoci.

Tabulka 37: Pomoc při vytváření vztahu s nedonošeným dítětem

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Sestry	1			1		2
Instinkt				1		1
Partner		1	1		1	3
SUMA	1	1	1	2	1	6

Při vytváření vztahu s nedonošeným novorozencem jedna matka odpověděla, nejvíce nápomocny byly sestry na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení, jedna matka odpověděla, nápomocny při vytváření vztahu s nedonošeným novorozencem jí byly sestry a instinkt, jedné matce byl nápomocen nejvíce přítel a jedné matce byl nejvíce nápomocen manžel.

Tabulka 38: Pomoc při péči o miminko doma

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Partner	1	1	1	1	1	5
babička	1	1		1		3
dědeček		1				1
SUMA	2	3	1	2	1	9

Dvě z pěti dotazovaných matek na otázku, zda jim bude někdo pomáhat v péči o miminko, odpověděly, že manžel, jedna matka odpověděla, manžel a babička, jedna matka odpověděla, manžel, babička a děda, jedna matka odpověděla, přítel a dědeček.

Tabulka 39: Očekávání problémů při péči o miminko doma

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Zdravotní stav	1	1	1	1		3
Neznámo	1				1	1
ANO	1	1	1	1	1	5
SUMA	3	2	2	2	2	9

Na otázku, jestli matky cítí, že by mohly nastat nějaké problémy při péči o miminko doma, odpověděly tři matky, že mají obavy, ze zdravotního stavu dítěte, jedna matka odpověděla, z nemoci dítěte a jedna matka odpověděla, že má obavy z neznáma.

Tabulka 40: Zabezpečení výbavy pro miminko doma

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
ANO	1	1	1	1	1	5
Kompletní výbava	1	1	1	1	1	5
SUMA	2	2	2	2	2	10

Otázka, zda mají matky již doma vše pro miminko zabezpečeno, odpovědělo všech pět matek, že je už přichystána kompletní výbava.

Tabulka 41: Zvládnutí samostatné péče o miminko doma

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
ANO	1	1	1	1	1	5
SUMA	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo kladně i na otázku, jestli si myslí, že zvládnou péči o miminko samostatně doma.

Tabulka 42: Zdroje neustálé pomoci v péči o miminko doma

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Partner	1		1	1	1	4
Dědeček		1		1	1	3
Babička				1	1	2
SUMA	1	1	1	3	3	9

U dvou dotazovaných matek byla odpověď na otázku pomoci doma, manžel, u jedné matky byla odpověď dědeček a u dvou matek byla odpověď přítel, babička a dědeček.

Tabulka 43: Místnost pro miminko

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Vlastní pokoj	1			1	1	3
Se sourozencem			1			1
Dvojčata spolu		1				1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Ze skupiny dotazovaných matek na otázku vlastní místnosti pro miminko, byla u tří matek odpověď, že miminko bude mít vlastní pokoj, jedna matka odpověděla, že dítě bude sdílet pokoj se sourozencem a jedna matka odpověděla na otázku, dvojčata budou mít jeden společný pokoj.

Tabulka 44: Role sestry ve 4. fázi (osobní) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Odpověď:	M1	M2	M3	M4	M5	SUMA
Pomoc	1	1	1	1		4
podpora					1	1
Profesionální rada	1	1				2
SUMA	2	2	1	1	1	7

Po návratu domů vnímají tři dotazované matky sestru, jako radu a pomoc, jedna matka vnímá roli sestry, jako podporu pro matku a jedna od sestry očekává profesionální radu a pomoc.

4.2 Rozhovory se sestrami

4.2.1 Rozhovor se sestrou 1

První dotazovanou sestrou byla padesáti sedmiletá dětská sestra s maturitou, pracující na oddělení intermediální péče jedenáct let a v praxi, jako dětská sestra je již třicet osm let. Matky nedonošených novorozenců vnímá, jako příliš informované a polovinu matek považuje za prakticky velmi špatně včlenitelné do péče o nedonošeného novorozence. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku strach a úzkost matky nedonošeného novorozence. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry manipulace s nedonošeným novorozencem. Pokud se zaměří na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, neshledává žádné, pouze u matek nedonošených novorozenců vidí strach. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry často problematická, hlavně při nácviku ošetřování nedonošeného novorozence matkou. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami. Celkově si matky nedonošených novorozenců postupně se sestrami budují velmi přátelské vztahy a vybírají si sestry, které jsou jim nejbližší, zpravidla přijímací sestra. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech, prvorodičky mají podle sestry veliký problém při krmení, péči a pokud je novorozenec plačtivý. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců jsou méně úzkostlivé. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra nevnímá, neodváží si je posoudit. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí nevidí sestra žádné zásadní rozdíly, pouze má zkušenost s matkami nedonošených novorozenců, které mají sociální zázemí slabší, že bývají v péči o nedonošeného novorozence šikovnější.

4.2.2 Rozhovor se sestrou 2

Jedna z dotazovaných sester byla tři a třicetiletá dětská sestra s maturitou, pracující na oddělení intermediální péče šest let. Matky nedonošených novorozenců vnímá, jako úzkostné, zároveň optimistické a nepřipouštějící si problémy do budoucna. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku dotyk a strach z křehkosti novorozence. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry krmení a kojení. Pokud se zaměří na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, vidí je velmi výjimečně. Bariéru vidí pouze v psychickém stavu matky. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry z počátku omezená ze strany matky, ale postupně v sestřích hledají oporu, radu a konzultaci v péči o nedonošeného novorozence. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami. Celkově si matky nedonošených novorozenců postupně se sestrami budují velmi přátelské vztahy a vnímají sestry, jako odborníky a tak k nim i přistupují. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců jsou méně úzkostlivé a méně si připouštějí možná rizika spojená s vývojem nedonošeného novorozence. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra nevnímá, podle ní psychické zábrany matky k nedonošeným novorozencům nemají. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost, ale pokud přes den mohou mít novorozence u sebe, rády si na noc odpočinou, pokud dítě na noc na pokoji nezůstává. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí vidí sestra největší vliv v přístupu rodiny k nedonošenému novorozenci i k jeho matce.

4.2.3 Rozhovor se sestrou 3

Sestra, jež mi také poskytla rozhovor, byla dvaceti čtyřletá dětská sestra s vysokoškolským vzděláním s titulem magistr ošetřovatelství v pediatrii, pracující na oddělení intermediální péče půl roku. Přibližně polovinu matek nedonošených novorozenců vnímá, jako skvělé a velmi aktivní a učenlivé v péči o nedonošeného novorozence a druhou polovinu vnímá, jako příliš informované internetem. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku strach a úzkost matek nedonošených novorozenců. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry manipulace s nedonošeným novorozencem a nedostatečnou pozornost při manipulaci s inkubátorem co se týče bezpečnosti novorozence při nezavření dveří inkubátoru. Pokud se zaměří na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, vidí je velmi výjimečně. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry bez problémů, matky podle sestry v nich hledají oporu a je nutné vše matkám opakovat. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami a pomocí při kojení, postupně si se sestrami budují přátelské, až rodinné vztahy a velmi sestrám důvěřují. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců jsou méně úzkostlivé a méně si připouštějí možná rizika spojená s vývojem nedonošeného novorozence. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra vnímá zpočátku, kdy se matky bojí, aby při dotyku, či manipulaci novorozenci neublížili. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí vidí sestra největší vliv v přístupu rodiny k nedonošenému novorozenci i k jeho matce, velmi to působí na psychiku matky nedonošeného novorozence.

4.2.4 Rozhovor se sestrou 4

Další sestrou, se kterou jsem prováděla rozhovor, byla dvaceti čtyřletá všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním s titulem bakalář všeobecná sestra, pracující na oddělení intermediální péče dva a půl roku. Matky nedonošených novorozenců vnímá, jako součást ošetřování miminek. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku obavy matek nedonošených novorozenců. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry strach matek nedonošených novorozenců z manipulace s dítětem. Bariéra přijetí nedonošeného novorozence matkou, je podle sestry zpočátku malý kontakt matky s nedonošeným novorozencem. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry bez problémů, matky podle sestry v nich hledají oporu. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami a pomocí, povzbuzením a komunikací. Matky nedonošených novorozenců si se sestrami postupně budují partnerský vztah v péči o dítě. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, čím starší je matka nedonošeného novorozence, tím větší strach a úzkost prožívá. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra nevnímá žádné. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost, ale jsou s tím spjaty obavy o zdravotní stav dítěte. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí nevidí sestra žádný rozdíl, jelikož dle jejího názoru se rozdíly v nemocnici neprojeví.

4.2.5 Rozhovor se sestrou 5

Poslední sestrou, která mi poskytla rozhovor, byla padesátiletá dětská sestra se středoškolským vzděláním, pracující na oddělení intermediální péče dvanáct let. Většinu matek nedonošených novorozenců vnímá, jako příliš informované různými

knihami a internetem. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům vidí, jako bariéru hlavně strach matek nedonošených novorozenců. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry kojení nedonošeného novorozence manipulace s ním. Při dotazu na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, odpovídá jasně, že žádné nejsou za předpokladu, že matka své dítě chce. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry spíše přátelská, matky podle sestry v nich hledají oporu. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami a pomocí při kojení a manipulaci s dítětem. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvoroďička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců mají menší obavy do budoucna. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra vnímá zpočátku, kdy se matky bojí, aby při dotyku, či manipulaci novorozenci neublížili. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí vidí sestra největší ovlivňující faktor rodinu matky nedonošeného novorozence.

4.2.6 Výsledky rozhovorů se sestrami kategorizované do tabulek

Čísla tabulek neodpovídají číslům otázek v rozhovoru.

Tabulka 45: Základní údaje dotazovaných sester

Otázka:	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	57	33	24	24	50
Vzdělání	SZŠ	SZŠ	VŠ - Mgr.	VŠ - Bc.	SZŠ
Délka praxe	11 let	6 let	0,5 roku	2,5 roku	12 let

Věk byl u jedné sestry padesát sedm let, u jedné sestry třicet tři let, u dvou sester dvacet čtyři let a u jedné sestry padesát let. Tři sestry měly nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu, jedna sestra měla nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu s titulem bakalář, jedna sestra měla nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu s titulem magistr. Délka praxe byla u jedné sestry jedenáct let, u jedné sestry šest let, u jedné sestry půl roku, u jedné sestry dva a půl roku a u jedné sestry byla délka praxe dvanáct let.

Tabulka 46: Vnímání matek nedonošených novorozenců

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Polovina nepoužitelná	1					1
Úzkostné		1				1
Polovina skvělá			1			1
Jako součást ošetřování miminek				1		1
Příliš informované	1				1	2
Nepřipouští si problémy do budoucna		1				1
Optimistické		1				1
Negativně ovlivněny internetem			1			1
SUMA	2	3	2	1	1	9

Na otázku vnímání matek nedonošených novorozenců, odpověděla jedna sestra, že matky jsou příliš informované a polovina se jí jeví nepoužitelná pro praxi, jedna sestra odpověděla, že matky bývají úzkostné, nebo naopak optimistické a nepřipouští si problémy do budoucna, jedna sestra odpověděla, polovina matek je skvělá, ale internet se jí jeví, jako základní negativum, jedna sestra odpověděla, že vnímá matky, jako součást ošetřování novorozenců. Jedna sestra odpověděla, že matky nedonošených novorozenců jsou příliš informované.

Tabulka 47: Zásadní bariéry u maminek nedonošených novorozenců

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Strach	1		1		1	3
Dotyk		1				1
Křehkost		1				1
Zpočátku obavy				1		1
Úzkost	1		1			2
SUMA	2	2	2	1	1	8

Dvě dotazované sestry vidí, jako zásadní bariéru strach a úzkost, jedna sestra vidí, jako bariéru dotyk a křehkost miminek, jedna sestra vnímá u matek jako bariéru počáteční obavy a jedna sestra vnímá u matek strach.

Tabulka 48: Největší úskalí v péči a přístupu u matek nedonošených novorozenců

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Bezpečnost			1		1	2
Krmení		1			1	2
Manipulace	1		1		1	3
Strach				1		1
SUMA	1	1	2	1	3	8

V otázce největšího úskalí v péči a přístupu u matek vidí jedna sestra největší problém v manipulaci s dítětem, jedna sestra vnímá obtíž v krmení a přípravě stravy, jedna sestry vnímá úskalí v manipulaci a bezpečnosti dětí, jedna sestra vidí u matek strach, jako úskalí v péči a jedna matka vidí úskalí v kojení a manipulaci s dítětem.

Tabulka 49: Největší bariéry v přijetí nedonošeného novorozence matkou

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Nejsou	1					1
Výjimečně		1				1
Dotyk			1			1
Malý kontakt				1		1
Strach	1				1	2
SUMA	2	1	1	1	1	6

Jedna z dotazovaných sester odpověděla na otázku bariéry v přijetí nedonošeného novorozence matkou, že žádné nejsou, pouze počáteční strach, jedna sestra na tuto otázku odpověděla, že jsou pouze výjimečně, jedna sestra vidí jako bariéru dotyk, jedna sestra shledává bariérou malý kontakt matky s dítětem a jedna sestra žádné bariéry v přijetí dítěte matkou nevidí.

Tabulka 50: Komunikace s matkami nedonošených novorozenců

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Občas problematická v ošetřování novorozenců	1					1
Postupné sblížení		1				1
Žádost o radu		1				1
Nutnost opakování			1			1
Dobrá				1	1	2
Přátelská					1	1
SUMA	1	2	1	1	2	7

Komunikace s matkami nedonošených novorozenců je podle jedné sestry občas problematická, hlavně v ošetřování dětí, jedna sestra odpověděla, že komunikace se rozvíjí postupně, matky hledají u sester radu a konzultaci, jedna sestra vidí zásadní

těžiště komunikace s matkami v opakování, jedna sestra shledává komunikaci, jako dobrou a jedna dotazovaná sestra vnímá komunikaci, jako dobrou a přátelskou.

Tabulka 51: Hledání opory matek nedonošených novorozenců u sester

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
ANO		1	1	1	1	4
ANO - individuální sestry	1					1
SUMA	1	1	1	1	1	5

Čtyři z dotázaných sester mají pocit, že u nich matky nedonošených novorozenců hledají oporu. Jedna sestra odpověděla, že matky u sester hledají oporu a vybírají si konkrétní sestry.

Tabulka 52: Oblasti největší opory u sester, pro matky nedonošených novorozenců

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Strava	1					1
Pláč	1					1
Péče	1					1
Rada		1		1		2
Kojení			1		1	2
Komunikace				1		1
Pomoc				1		1
Povzbuzení				1		1
Manipulace					1	1
SUMA	3	1	1	4	2	11

Navazující otázku zodpověděla jedna sestra, že u nich matky nedonošených novorozenců nejvíce hledají oporu při přípravě stravy, v péči o dítě a při pláči dítěte, jedna sestra uvedla, že matky hledají nejvíce radu, jedna sestra vidí nejvíce oporu

v kojení, jedna sestra shledává, jako největší oporu matkám komunikaci, radu, pomoc a povzbuzení, jedna sestra vidí oporu v kojení a manipulaci s dítětem.

Tabulka 53: Přístup matek nedonošených novorozenců

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Přátelství		1	1		1	3
Blízkost	1					1
Jako k rodině			1			1
S důvěrou			1			1
Sestra - partner v péči				1		1
SUMA	1	1	3	1	1	7

Na otázku přístupu matek k sestřám odpověděly dvě sestry, že vidí přístup přátelský, jedna sestra shledává přístup velmi blízký, jedna sestra cítí přátelství, důvěru, rodinný přístup a jedna sestra se vnímá v přístupu matek, jako partner v péči o dítě.

Tabulka 54: Rozdíl v přístupu k nedonošenému novorozenci prvorodičky a matky po více porodech

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Zkušenosti	1	1	1	1	1	5
Sebevědomí			1			1
SUMA	1	1	2	1	1	6

Čtyři dotázané sestry vidí největší rozdíl v přístupu v množství zkušeností matek po více porodech, jedna sestra cítí ještě u zkušených matek větší sebevědomí.

Tabulka 55: Rozdíl v přístupu k nedonošenému novorozenci u různých věkových kategorií matek

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Úzkostlivost s věkem stoupá	1	1	1			3
Mladší - nevnímají rizika		1				1
Nejistota s věkem stoupá			1			1
S věkem stoupá strach				1		1
Mladší matky - méně obav do budoucna					1	1
SUMA	1	2	2	1	1	7

V přístupu matek nedonošených novorozenců u různých věkových kategorií vidí jedna sestra stoupající úzkostlivost s věkem, jedna sestra vnímá mladší matky méně úzkostlivé a méně vnímající rizika, jedna matka cítí u vyšších věkových kategorií nejistotu a větší úzkostlivost a jedna sestra vnímá mladší matky, že vnímají méně obav do budoucna.

Tabulka 56: Psychické zábrany matek ve vztahu k nedonošenému novorozenci

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Spíše ne	1					1
NE		1		1		2
Neublížit			1		1	2
SUMA	1	1	1	1		5

Jedna sestra odpověděla na otázku psychických zábran matek nedonošených novorozenců, že spíše nejsou, dvě sestry žádné psychické bariéry u matek nedonošených novorozenců nevidí a dvě sestry vnímají, za psychickou bariéru snahu matek neublížit dítěti.

Tabulka 57: Vnímání odpoutání od dítěte a bariéry inkubátoru matek různého věku a různých zkušeností

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Těžko posoudit	1		1			2
Pozitivně - na noc		1				1
Obavy				1		1
nutnost				1	1	2
SUMA	1	1	1	2	1	6

Vnímání bariéry inkubátoru a nutnost odpoutání od dítěte v souvislosti s věkem a zkušenostmi matek jedna sestra vnímá, jako jen těžko k jejímu posouzení, jedna sestra vnímá u matek pozitivní reakci na noční odpoutání od dětí v souvislosti s odpočinkem matek, jedna sestra tuto skutečnost neposoudí, jedna sestra vnímá u matek obavy z odpoutání, ale inkubátor vnímají všechny matky, jako nutnost, jedna sestra vnímá u matek vědomí nutnosti odpoutání i inkubátoru.

Tabulka 58: Přístup matek rozdílného sociálního zázemí k nedonošeným novorozencům

Odpověď:	S1	S2	S3	S4	S5	SUMA
Příliš neovlivní	1					1
ANO - podpora rodiny		1			1	2
Spíše psychika			1			1
V nemocnici neovlivní				1		1
SUMA	1	1	1	1	1	5

V otázce sociálního zázemí se jedna sestra vyjádřila, že přístup matek k dětem sociální zázemí neovlivní, dvě sestry vidí podstatný vliv rodiny, jedna sestra sledává stěžejní spíše psychiku matky, jež ale sociální zázemí může ovlivnit, jedna sestra zastává názor, že v nemocnici sociální zázemí přístup matek nijak neovlivní.

4.3 Edukační formuláře

4.3.1 Edukační formulář 1

Edukant:		Dlouhodobý cíl:																					
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:																					
Tematický celek: 1. Stupeň dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer – anticipace (očekávání)																							
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví <input type="checkbox"/> Objektivní příznaky těhotenství <input type="checkbox"/> Růst plodu v těhotenství a jeho vliv na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Adaptace ženy na těhotenství a mateřskou roli <input type="checkbox"/> Stanovení porodního plánu a jeho vliv na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv rizikového a patologického těhotenství na rodinu a dosažení mateřské role matkou		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace Praktické: <input type="checkbox"/> instruktáž <input type="checkbox"/> coaching <input type="checkbox"/> asistence <input type="checkbox"/> rotace práce <input type="checkbox"/> stáž <input type="checkbox"/> exkurze <input type="checkbox"/> létací tým																					
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné:																					
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor, audiovizuální pomůcky <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné:.....		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné:..... <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Osnova:</td> <td style="width: 50%;">Hodnocení:</td> </tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> <tr><td>.....</td><td>.....</td></tr> </table>		Osnova:	Hodnocení:
Osnova:	Hodnocení:																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
.....																						
Poznámky:																							
			Podpis:																				

Zdroj: vlastní

4.3.2 Edukační formulář 2

Edukant:		Dlouhodobý cíl:	
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:	
Tématický celek: 2. Stupeň dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer – formální			
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Druhy porodů a jejich vliv na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv managementu bolesti na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Etika porodu, vliv otce u porodu na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Předčasný porod a jeho vliv na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Porod nedonošeného novorozence, novorozence s vrozenými malform.		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace	
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné:	
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> film <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné:		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné:	
		Osnova:	Hodnocení:
Poznámky:			
			Podpis:

Zdroj: vlastní

4.3.3 Edukační formulář 3

Edukant:		Dlouhodobý cíl:	
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:	
Tématický celek: 3. Stupeň dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer - neformální			
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Vliv prvního přiložení novorozence na sále na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Poporodní adaptace na mateřskou roli <input type="checkbox"/> Adaptace novorozence <input type="checkbox"/> Důležitost kojení na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Péče o nedonošeného a novorozence s vrozenými malformacemi na sále <input type="checkbox"/> Vliv zralosti novorozence na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv odloučení od novorozence na dosažení mateřské role		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace	
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné:	
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> film <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné:		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné: 	
		Osnova:	Hodnocení:
Poznámky:			
			Podpis:

Zdroj: vlastní

4.3.4 Edukační formulář 4

Edukant:		Dlouhodobý cíl:	
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:	
Tématický celek: 4. Stupeň dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer - personální			
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Vliv systému péče o dítě „rooming in“ na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv kojení na dosažení mateřské role a laktaci <input type="checkbox"/> Vliv rodiny na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Psychologie ženy v šestinedělí <input type="checkbox"/> Vliv plánování propuštění do domácí péče na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv poporodních komplikací a zdravotního stavu matky i dítěte na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Kontakt s dalšími odborníky		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace	
Praktické: <input type="checkbox"/> instruktáž <input type="checkbox"/> coaching <input type="checkbox"/> asistence <input type="checkbox"/> rotace práce <input type="checkbox"/> stáž <input type="checkbox"/> exkurze <input type="checkbox"/> létací tým			
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné:.....	
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> film <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné:.....		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné:.....	
		Osnova:	Hodnocení:
Poznámky:.....			
			Podpis:

Zdroj: vlastní

4.4 Edukační příručka zásadních problémů jednotlivých fází dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

První fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Přínosy předporodních kurzů

Význam předporodních kurzů tkví v edukaci matky, jak zvládnout samotné těhotenství, porod, šestinedělí a péči o dítě. Kurzy bývají pořádány formou skupinové akce, vedenou lékařem, nebo zkušenou porodní asistentkou v rámci porodnic, či v rámci fitcenter, nebo také předporodní kurzy pořádají zdravotní pojišťovny. (6)

Zásadní přínosy předporodních kurzů:

- Žena se naučí, čemu se během těhotenství vyvarovat, či čemu naopak dávat přednost.(16)
- Cvičení těhotných udrží ženu v kondici a připraví ji na efektivní dýchání při porodu.(16)
- Relaxace a masáže těhotných slouží k udržení dobré psychické pohody a komunikaci matky s plodem.(45)
- Videonahrávky porodu odstraní u matek strach z neznáma.(33)
- Možnost prohlídky porodnice nabídne ženě možnost si prohlédnout a vybrat prostředí porodu.(21)
- Možnost sestavení porodního plánu.(16)
- Odpovědi na veškeré otázky nastávajících matek.(16)
- Edukace o zdravém životním stylu v těhotenství, šestinedělí a během kojení.(33)
- Přítomnost partnera je velmi důležitým prvkem psychické podpory.(33)
- Žena, která je v předporodním kurzu poučena o průběhu těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o dítě lépe reaguje na různé změny a je méně stresovaná, tím je zabezpečeno efektivní dosahování mateřské role dle modelu R. Mercer.

Druhá fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Stanovení porodního plánu

Porodní plán je naplánování ideálního porodu. Sestavení porodního plánu odstraňuje u matek strach z neznámého a porodní plán může velmi napomoci i zdravotnickému týmu při samotném porodu. (34)

Tabulka 59: Ukázka porodního plánu

Porodní plán	
Jméno matky:	
Jméno otce:	
Bydliště:	
Kontakt na matku:	
Kontakt na otce:	
Další rodinný příslušník:	
Kontakt:	
Jméno pro novorozenou dceru:	
Jméno pro novorozeného syna:	
Výběr porodnice:	
Doprovod u porodu:	
Kontakt na doprovod:	
Druh porodu:	
Způsob tišení bolesti:	
Zvláštní přání:	<input type="checkbox"/> hudba <input type="checkbox"/> aromaterapie <input type="checkbox"/> čokoláda <input type="checkbox"/> horká koupel <input type="checkbox"/> procházka <input type="checkbox"/> jiné.....
Poznámky:	

Zdroj: vlastní

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Zásady efektivního kojení

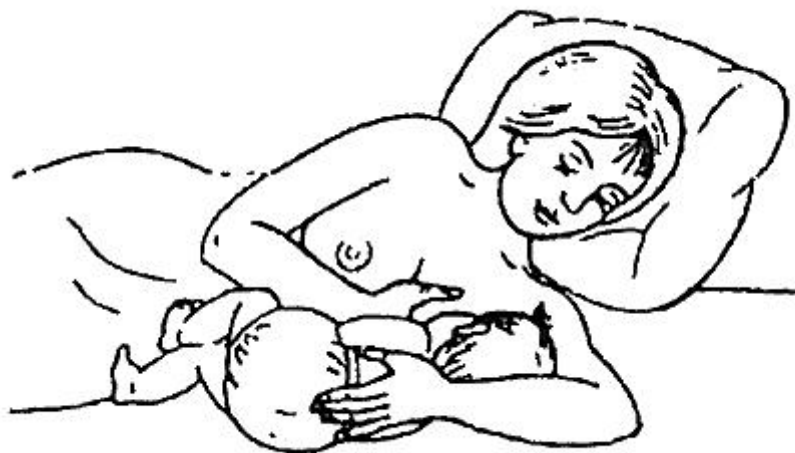
Správná technika kojení tvoří základ úspěšného kojení. Je zapotřebí dodržet správnou polohu a přísátí dítěte. Poloha dítěte by měla být taková, kdy dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho a kolena směřují k matce. Mezi základy držení prsu matkou patří, že matka drží prs tak, aby se prsty nedotýkala dvorce, a podepírá prs zespodu všemi prsty vyjma palce, který spočívá nad dvorcem. Na úrovni úst by dítě mělo mít bradavku, kdy podrážděním úst dítěte dojde k vyvolání hledacího reflexu a následně k uchopení bradavky a velké části dvorce. Správné uchopení prsu dítětem poznáme tak, že jeho dolní ret a jazyk překrývá oblast pod bradavkou. Současně se špička nosu a brada dotýká prsu. Kontrola polohy dítěte spočívá v ověření, že ucho, rameno a kyčle jsou v jedné linii. Hlavními zásadami je přikládání dítěte k prsu, ne naopak a nikdy nepřikládáme k prsu křičící dítě. (4, 10, 13, 41)



Zdroj: (34)

Polohy při kojení

- Poloha vleže na boku, dítě leží podél matky.(30)



Zdroj: (38)

- Poloha vsedě, dítě je uloženo na paži matky.(10)



Zdroj: (38)

- Boční držení dítěte (fotbalové) vhodné pro matky s velkými prsy, nebo pro matky po císařském řezu, kdy je dítě uloženo na předloktí matky. V této poloze se matka může opřít zády.(10)



Zdroj: (38)

- Poloha tanečnicka doporučena u nedonošených novorozenců, či novorozenců neschopných se dostatečně přisát. Dítě je uloženo na předloktí a zároveň ruka podepírá na stejné straně prsu.(10)



Zdroj: (38)

- Poloha vzpřímená vhodná také pro nedonošené novorozence, kdy matka jednou rukou drží prs a druhou dítě.(12)
- Poloha vleže, kdy je dítě uloženo na břicho matky, vhodná pro matky po císařském řezu. (10)



Zdroj: (38)

- Poloha v polosedě s podloženýma nohama vhodná pro matky po císařském řezu.(10)



Zdroj: (38)

- Kojení obouřuč je vhodné pro matky s velkými prsy, vyžaduje pomoc druhé osoby.(10)



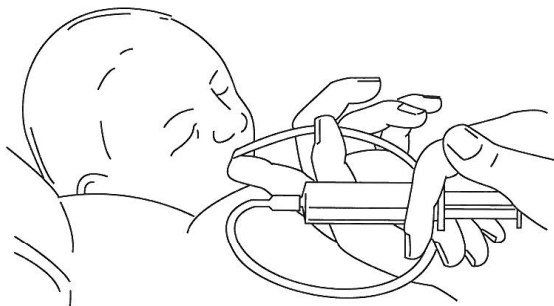
Zdroj: (38)

Specifika kojení novorozence s nízkou porodní hmotností

- Před použitím lahve je vhodnější použít alternativní způsoby krmení novorozence, které mu vyhovují. (10)
- Pokus o kojení je možný okolo třicátého gestačního týdne. (10)
- Důležité je přiložení dítěte matce na kojení co nejdříve, jak to dovolí zdravotní stav dítěte. (42)
- Vhodné polohy jsou: vzpřímená, či poloha tanečnicka. (10)

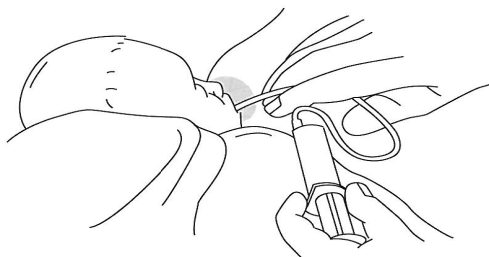
Alternativní metody krmení novorozence

- Krmení lžičkou.(10)
- Krmení kapátkem nebo stříkačkou.(10)
- Krmení po prsu.(10)



Zdroj: (40)

- Krmení z kádinky nebo hrnečku.(10)
- Krmení pomocí cévky ze suplementoru (suplementor = speciální pomůcka, kdy dítě saje prsu, ale mléko je přiváděno z kádinky cévkou). (10)



Zdroj: (40)

Čtvrtá fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

Rady pro matky nedonošených novorozenců při domácí péči

- Třešňové pecičky v sáčku – poslouží po nahřátí, při udržení tělesné teploty miminka, či jako obklad na břicho.(31)
- Inhalace – pro zpříjemnění inhalací Vašemu miminku je dobré jednou rukou držet inhalátor a druhou rukou miminko houpat.(31)
- Dělička tabletek – pro usnadnění dávkování léků je k dostání dělička tabletek, při podávání sirupů je možné využít dudlík s dávkovačem léků. (31)
- Monitor dechu – v některých lékárnách je možné si monitor dechu zapůjčit za půjčovné, nebo lze monitor dechu také koupit.(31)
- Oblečení – praktičtější pro používání je vhodnější vybírat zavinovací body.(31)
- Baby masáže – ty je možné využít při zvýšeném svalovém napětí.(31)
- Masáže břicha – masáže lze provádět pomocí olejíčků na větříky, či pomocí rostlinného oleje, masáže se provádějí po směru hodinových ručiček a uvolňují bolesti břicha.(31)
- Zavinovačka – může velmi dobře pomoci při pláči miminka, či neklidnému spánku miminka, je potřeba pomocí zavinovačky miminko pevně zabalit, včetně ručiček. Miminko se zklidní. (31)

5 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zjistit vliv dětských sester na neonatologickém oddělení na naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer a zmapovat možnosti spolupráce dětských sester na neonatologickém oddělení s matkami nedonošených novorozenců v naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer.

Aby bylo možné posoudit tyto myšlenky, bylo zapotřebí zjistit přímo od sester a matek nedonošených novorozenců na neonatologickém oddělení, jak tyto skutečnosti vnímají. Za tímto účelem byla vypracována tematická příručka – okruhy otázek pro matky a sestry, která byla použita pro individuální hloubkové rozhovory. Výzkumu se zúčastnilo pět dětských sester neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a pět matek nedonošených novorozenců hospitalizovaných na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Za účelem kvalitativního výzkumu byly dotazované vybírány částečně metodou „sněhové koule“, se stanovením pouze kritéria věku matek v rozmezí třicet a čtyřicet let, se zaměřením na matky nedonošených novorozenců, které měly v době rozhovorů novorozence v inkubátoru již ve své péči systémem „rooming in“. Výběr sester byl omezen pouze výběrem oddělení. Po první fázi sběru dat se ukázalo být pro matky nedonošených novorozenců ještě jedno společné kritérium a to, že ani jedna již nebyla prvorodičkou, jež jsem nijak dalším výběrem neovlivňovala.

Okruhy otázek pro matky byly rozděleny na sběr identifikačních údajů a dále byly rozčleněny dle jednotlivých fází dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer (7,46). V úvodu rozhovoru byly zjišťovány základní identifikační údaje, kdy ve výsledku byl věk matek zúžen na rozmezí 31 až 38 let. Při dotazu na nejvyšší dosažené vzdělání byla u dvou matek odpověď střední odborné učiliště, u dalších dvou matek byla střední odborná škola nejvyšší dosažené vzdělání a jedna matka na tuto otázku odpověděla, že její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Tím bylo zajištěno široké spektrum různě vzdělaných matek. Rozdílné u matek bylo i dosavadní zaměstnání, kdy každá matka odpověděla jinak. Základní údaje poskytly dostatečný přehled o vybrané skupině matek, kde se ukázalo, že byly vybrány matky stejné věkové

kategorie, přičemž různého stupně nejvyššího dosaženého vzdělání, různého zaměstnání, kdy sociální status byl v poměru 3:2 a tento samý poměr ve způsobu bydlení. U všech matek byl ovšem i přes rozdílné podmínky bydlení prokázán dostatek soukromí, jež může ovlivnit dosažení mateřské role, kdy matka má svůj vlastní prostor k seberealizaci a relaxaci, aniž by cítila nějaká omezení.

Po získání základních informací bylo možno přistoupit na otázky související s jednotlivými fázemi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer (46). Mezi prvními dotazy v této skupině otázek bylo, zda bylo dítě očekávané, kde vyšel najevo další společný bod všech dotazovaných matek a to, že jejich miminko bylo plánované. Tento fakt může značit i dnešní dobu, kdy ženy mají svou kariéru a plánují příchod miminka tehdy, kdy se ony samy cítí připraveny a tím lze též lépe docílit dosažení mateřské role. V dotazování nás také zajímalo, kolikáté dítě již matky mají a zde se objevilo další společné kritérium, že ani jedna matka není prvorodička, ale naopak čtyři dotazované matky mají již druhé dítě a jedna matka má třetí dítě. Dále jsme se zaměřili na prohlídky absolvované u lékaře během těhotenství, kde se prokázala zodpovědnost matek v těhotenství, kdy minimální počet prohlídek u jedné z dotazovaných matek bylo šest, jedna matka absolvovala u svého lékaře prohlídek osm, jedna matka devět, další matka odpověděla na počet prohlídek u lékaře sumou desíti prohlídek a jedna matka absolvovala prohlídek u lékaře patnáct. Z cifer uvedených matkami vyplývá, že pokud přihlídneme na vybraný vzorek matek, tak jsou matky v těhotenství velmi zodpovědné a dodržují prohlídky stanovené lékařem.

Během první fáze dosažení mateřské role je dle Mercer (29) jedním z ovlivňujících faktorů průběh těhotenství, který všechny matky ohodnotily v pořádku, až do dne porodu. Zodpovězení následující otázky matkami bylo pro nás velmi alarmující, jelikož na otázku, zda navštěvovaly během těhotenství předporodní kurzy, pouze jedna matka odpověděla kladně a vidí v předporodních kurzech přínos hlavně pro prvorodičky. To nám značí, že matky málo využívají možností předporodních kurzů a nejeví o ně zájem. Proto jsme se rozhodli začlenit do výsledků této práce edukační brožuru, jejíž součástí je i popis výhod navštěvování předporodních kurzů pro matky. Jelikož Koblíková (19) udává ve své literatuře význam předporodních kurzů, kdy

zmiňuje velmi důležité psychologické ovlivnění matek během těhotenství, kdy matky mají dostatek informací a průběhu těhotenství, porodu i péči o dítě, což pro matky znamená menší stresovou zátěž a tím lepší dosažení mateřské role. Na otázku, zda mají matky zkušenost z předchozích těhotenství s nedonošeným miminkem, pouze jedna matka odpověděla ano a tento fakt se projevil i v jedné z následujících otázek, kdy jako jediná očekávala narození nedonošeného miminka, což v ní vyvolávalo strach a bezmoc. Tento fakt také může velmi ovlivnit dosažení mateřské role, jelikož negativní pocity již během těhotenství tento proces narušují, či zpomalují. Ovšem při zjišťování, jak matky vnímaly samotné těhotenství, nám jedna matka odpověděla, že těhotenství vnímala celkem dobře, pouze s obavami do budoucna, jedna matka pociťovala fyzicky únavu, ale jinak vnímala těhotenství bez obtíží, jedna matka vnímala těhotenství jako pohodové a klidné, jedna matka popsala těhotenství také, jako pohodové a jedna matka odpověděla, že její těhotenství bylo v pořádku. Zde nám vyplývá, že ač každá matka prožívala těhotenství jinak, všechny matky ho prožívaly spíše pozitivně, pouze u jedné se vyskytly obavy do budoucna a jedna matka se během těhotenství cítila unavená. Zde můžeme soudit opět na vliv plánování těhotenství. Další otázka pro nás byla také klíčová, kdy jsme zjistili, že ani jedna matka nezná porodní plán a ani jedné nebyl porodní plán stanoven. Tento fakt nebylo možné přehlédnout a zahrnutím možnosti sestavení porodního plánu do edukační brožury ve výsledcích této práce matkám tuto možnost přiblížit. Jelikož Pařízek uvádí, že porodní plán je pro matky nástrojem pro odstranění stresu z porodu tím, že si naplánují ideální porod a také je samotný porodní plán často kvalitním vodítkem pro zdravotnický personál, při vedení samotného porodu. (34) Na dosažení mateřské role má dle Mercer (46) také velký vliv také v těhotenství pocit opory od nejbližší rodiny, kdy vdané matky mají oporu v manželovi a matky žijící s partnerem vidí oporu v partnerovi během očekávání miminka. Poslední otázkou související s první fází dosažení mateřské role byla, jak vnímají matky během těhotenství roli sestry. Tři matky vnímaly sestru, jako pomoc a někoho kdo poskytne radu, jedna matka do porodu sestry příliš nevnímala a jedna matka odpověděla, že v sestřích viděla do porodu oporu a povzbuzení. Zde je vidět, že sestry mají vliv na

dosažení mateřské role již od první fáze. Nejvíce v sestřích během první fáze dosažení mateřské role matky vidí radu a pomoc.

Druhá fáze dosažení mateřské role je zaměřena na období porodu, dle modelu Mercer (7). První otázkou v této části bylo, jak vnímaly matky samotný porod, odpovědělo všech pět matek, že nejsilnějším pocitem byl strach, jedna matka navíc popisovala paniku a jedna matka uvedla zvláštní pocit. Prožívání porodu je jedním z velmi důležitých zlomů v dosažení mateřské role, jelikož samotný prožitek z porodu také může velmi ovlivnit dosažení mateřské role. Pokud je porod veden po stránce odborné i psychologické kvalitně, tak ovlivňuje dosažení mateřské role velmi pozitivně, kdy se pouto mezi matkou a dítětem velmi upevní. S touto problematikou souvisí i další otázka a to, zda byl u porodu přítomen nějaký člen rodiny. Všech pět matek na tuto otázku odpovědělo negativně, jelikož byly všechny porody vedeny císařským řezem. Ale všechny matky uvedly, že by si přítomnost partnera u porodu velmi přály. Zde se ukazuje, že přítomnost partnera u porodu je jedním z velmi pozitivních faktorů ovlivňujících prožívání samotného porodu i dosažení mateřské role. I přes nemožnost matek mít u sebe při porodu partnera odpověděly matky na další otázku, zda cítili při porodu nějakou podporu, tak tři matky popsaly, že cítili na dálku podporu od svých partnerů a dvě matky uvedly, jako zdroj podpory sestry. Zde se opět projevuje role sestry v další fázi dosažení mateřské role. Po porodu nás zajímaly pocity matek, kdy strach uvedly dvě matky, bezmoc uvedly také dvě matky, jedna matka uvedla potřebu informací a jedna matka pocítovala nevědomost. Zde se ukazují faktory předčasného porodu, kdy matka není ještě připravena na porod a bezprostředně po porodu se s tímto faktem teprve začíná vyrovnávat. Tento fakt jistě také ovlivnilo, že čtyři matky neměly bezprostředně po porodu možnost mít u sebe miminko, ať už z důvodu zdravotního stavu miminka, či jejich a jedna matka možnost mít u sebe miminko bezprostředně po porodu měla, ale z důvodu vysílení tuto možnost nevyužila. Tím se částečně oddálilo vytvoření pouta mezi dítětem a matkou a mohlo to narušit proces dosažení mateřské role. Dále následovaly již na oddělení na pokojích pocity strachu pro dvě matky, pro jednu matku rozpolcenost, jedna matka prožívala potřebu informovanosti, potřebu regenerace a odpočinku a jedna matka cítila víru v dobré a chápala již nutnost oddělení

od dítěte. Což nám ukazuje na vliv odloučení matek od dítěte již po porodu, kdy se matky s touto skutečností musí vyrovnat, aniž by to narušilo proces dosažení mateřské role. Poslední otázkou druhé fáze dosažení mateřské role bylo zjistit roli sestry během této fáze, kdy tři matky uvedly roli sestry v péči, jedna matka vidí v sestřích v této fázi pomoc, dvě matky vidí v sestřích zdroj informací a jedna matka u sester hledá povzbuzení a oporu. Což nám ukazuje opět na vliv sester na dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer během celého procesu. Také je zde jasné, že každá matka sestry vnímá velmi individuálně, ale všechny matky vnímají roli sestry velmi pozitivně.

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer se odehrává od porodu, až do propuštění ze zdravotnického zařízení. V tomto období nás jako první zajímalo, kdy došlo k prvnímu očnímu kontaktu s miminkem po porodu. Dvě matky odpověděly, že doba prvního očního kontaktu s miminkem byla již první den po porodu, dvě matky viděli své dítě třetí den po porodu a jedna matka viděla své dítě den čtvrtý po porodu. Související otázkou byl dotaz na dobu prvního haptického kontaktu s miminkem a zde všechny matky odpověděly, že k prvnímu haptickému kontaktu došlo během prvního týdne po porodu, s rozdílem dní. (viz. Tabulka 26) Zde je důležitým faktem, že i přes předčasný porod a nedonošenost novorozenců bylo přistoupeno neprodleně ke kontaktu matky s dítětem, aby bylo dosaženo pouta mezi matkou a dítětem a tím i zabezpečeno dosažení mateřské role. Různých odpovědí jsme se dočkali u otázky, jaké byly pocity při prvním kontaktu s miminkem, kde dvě matky prožívaly hlavně strach, jedna matka byla v rozpacích, jedna matka popsala štěstí a nádheru při prvním kontaktu a jedna matka prožívala radost a zároveň strach a pláč. Zde je velmi dobře patrný psychologický aspekt dosažení mateřské role, kdy první kontakt provází mnoho různorodých emocí a matka se s nimi musí srovnat a přijmout svou novou roli matky. Důležitým mezníkem třetí fáze dosažení mateřské role je převzetí nedonošeného novorozence do vlastní péče. Dvě matky měly děti v péči po deseti dnech po porodu, dvě matky po čtrnácti dnech a jedna matka dostala do své péče dítě až po třech měsících, což souviselo s extrémní nedonošeností miminka. V této chvíli už matky musí zvládat péči o novorozence, kdy je dětská sestra kontroluje a případně poskytne pomocnou ruku. Ovšem nedonošení novorozenci dotazovaných matek byli umístěni

v inkubátorech, tak nás zajímalo, jak matky vnímají tuto bariéru. Odpovědi byly překvapivé v pozitivním slova smyslu, kdy čtyři matky odpověděly, že inkubátor vůbec, jako bariéru nevnímají, dvě matky dodávají, že je inkubátor nutnost a pouze jedna matka uvádí, že je inkubátor bariérou, jelikož není možný plný kontakt s dítětem. Tato skutečnost značí dostatečnou edukovanost matek o používání a manipulaci s inkubátorem, což spočívá na dětské sestře, jak edukuje matky. Důležitost edukace v ošetrovatelství popisuje Juřeníková (18), která vystihuje nutnost edukace pro obnovu, či udržení zdraví klientů, ale také zmiňuje nutnost edukačních schopností sester, které tento proces ovlivňují. Při dotazu, jakou roli zaujímá podle matek ve třetí fázi dosažení mateřské role sestry, odpovědělo všech pět matek, že sestru vnímají, jako velkou pomoc, dále jedna matka hledá v sestřích oporu, jedna matka hledá u sester radu, jedna matka hledá u sester odpovědi a jedna matka uvedla, že sestra přináší spokojenost. Na tuto otázku navazuje vnímání přístupu sester, kdy čtyři matky uvedly přístup sester, jako pozitivní a jedna matka uvedla tento přístup, jako bezproblémový. Dále také všech pět matek odpovědělo, že od sester cítí oporu a dvě matky navíc uvedly, že od sester na neonatologickém oddělení cítí velkou oporu. Poslední otázkou v této fázi zaměřenou na sestry je také dotaz na komunikaci se sestrami na oddělení, kde bylo opět odpovězeno pouze kladně a to, že komunikace je bezproblémová a jedna matka uvedla, že komunikace je přátelská. Všechny tyto odpovědi nám ukazují, že lze si odpovědět na první výzkumnou otázku, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer, jednoznačně můžeme potvrdit, že dětská sestra ovlivňuje naplnění mateřské role na neonatologickém oddělení, kdy působí ve všech směrech na matky velmi pozitivně a vytváří tím ideální podmínky pro dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Dále je zde velice patrný fakt, že neonatologické oddělení zaměstnává vysoce kvalitní personál, jenž svou odborností i přístupem zabezpečuje ideální podmínky pro dosažení mateřské role. Jelikož je intermediální péče neonatologického oddělení uzavřeným oddělením, zajímalo nás, zda přesto jsou umožněny návštěvy nejbližší rodiny a hlavně, zda této možnosti rodina využívá. Odpověď byla, že za čtyřmi matkami chodí celá rodina a jedna matka uvedla, že za ní chodí pravidelně třikrát týdně manžel. Tyto odpovědi nám poukazují na funkčnost

rodiny, kdy rodina podporuje matku návštěvami v dosažení mateřské role. Na otázku, zda si matky myslí, že zvládají roli matky, odpověděly všechny matky pozitivně, žádná o sobě nepochybovala, což nám značí bezproblémové dosažení mateřské role. Vzhledem k věkové kategorii matek nás zajímalo, zda mají nějaké obavy do budoucna, přičemž všechny matky obavy do budoucna uvedly. (viz. Tabulka 36) Tyto odpovědi nám ukazují na fakt zmiňující sestry, které zmiňují, že s narůstajícím věkem mají matky větší obavy do budoucna. Poslední otázkou související s třetí fází dosažení mateřské role bylo, kdo jim byl největší pomocí při vytváření vztahu s nedonošeným dítětem, odpověděly dvě matky, že nejvíce byly nápomocny sestry, jedna matka ještě dodala, že i instinkt napomohl a tři matky uvedly, že největší pomocí byl partner. Toto je dalším potvrzením výzkumné otázky diplomové práce, kdy i samy matky potvrdily, že sestry mají velký vliv na dosažení mateřské role.

Ve čtvrté fázi se zaměřuje model R. Mercer na dosažení mateřské role v období od příchodu domů, až do jednoho roku dítěte. Naše dotazování bylo založeno spíše teoreticky, než na praktické zkušenosti matek, jelikož matky ještě zkušenost s nedonošeným novorozencem doma neměly. Jedna z otázek byla, zda je někdo v domácnosti, kdo bude pomáhat s péčí o miminko. Všechny matky odpověděly, že pomáhat bude hlavně partner, tři matky uvedly i babičku a jedna matka uvedla i dědečka. Tyto odpovědi také napovídají o funkčnosti rodiny, kdy matka má jistotu, že na péči o miminko nebude sama, což také velmi dobře přispívá k dobré psychické pohodě a kvalitnímu dosažení mateřské role. Další položenou otázkou bylo, zda matky očekávají nějaké možné problémy při péči o miminko doma, odpověděly všechny matky, že jisté problémy očekávají. Kdy se matky shodují na strachu z komplikací zdravotního stavu dětí. Fendrychová (10) uvádí, že nejčastějšími problémy související s nedonošeností dětí jsou: respirační onemocnění v závislosti na nezralost plicní tkáně, dalšími potížemi bývá hypoglykémie a hypokalcémie, které mohou vyústit až v poškození mozku, s nedonošeností souvisí také snížená schopnost termoregulace, nebo problémy s výživou. Dítě bývá také více unavené a matka musí dbát zvýšené pozornosti na větší náchylnost dítěte k infekcím a poškození kůže. Uvedené odpovědi matek nám mohou vypovídat o věkové kategorii matek, nebo také o jejich dostatečné

informovanosti. Všechny matky také zodpověděly, že na příchod miminka je doma připravena kompletní výbava a na otázku, zda si myslí, jestli zvládnou péči o miminko samostatně doma, odpověděly všechny matky bez rozmyšlení kladně. Tato odpověď naznačuje dobré dosažení mateřské role a kvalitní připravenost matek. Můžeme z toho též soudit, že zde měly vliv hlavně sestry během třetí fáze dosažení mateřské role, které dostatečně edukovaly o specifikách péče o nedonošeného novorozence a připravily matky na odchod domů. V každém případě všechny matky mají v domácnosti někoho, kdo jim může kdykoli při péči o miminko pomoci. (viz. Tabulka 42). Poslední otázkou bylo, zda má miminko pro sebe připravenou samostatnou místnost, na což matky odpověděly, že čtyři matky mají pro miminko samostatné pokoje a jedna matka připravila miminku pokoj se sourozencem. Dostatek soukromí dítěte je též důležitý pro funkčnost rodiny. Ve čtvrté fázi dosažení mateřské role vnímají matky roli sestry částečně, jako pomoc, podporu a profesionální radu. (viz. Tabulka 44)

Ze zjištěných údajů od matek jsou zde zodpovězeny obě výzkumné otázky. Odpovědí na první výzkumnou otázku, jež zněla, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer u matek nedonošených novorozenců, je potvrzení, že dle matek nedonošených novorozenců dětská sestra ovlivňuje naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer na neonatologickém oddělení a to tím, že poskytuje oporu, profesionální pomoc a odbornou radu.

Odpovědí na druhou výzkumnou otázku, která zněla, jak nahlíží matky nedonošených novorozenců na spolupráci s dětskou sestrou na neonatologickém oddělení, je že matky vnímají spolupráci s dětskou sestrou velmi pozitivně a bezproblémově. Sestry matkám poskytují oporu.

Dalšími dotazovanými bylo pět dětských sester intermediální péče neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Kdy věk nebyl nijak omezen, takže rozmezí se pohybovalo od 24 let do 57 let věku. Sestry měly vzdělání středoškolské i vysokoškolské a délka praxe se pohybovala od 0,5 roku do 12 let. Tímto bylo určeno, že je pokryto široké spektrum různě vzdělaných sester různého věku a různé délky praxe. Již při první otázce bylo zřejmé, že každá sestra má na matky

nedonošených novorozenců jiný náhled, ale v celku se sestry shodují. Jedna sestra vnímá matky nedonošených novorozenců, jako příliš informované a polovina matek je podle sestry nepoužitelná v praxi, jedna sestra nahlíží na matky nedonošených novorozenců, jako na úzkostné, či naopak optimistické nepřipouštějící si žádné problémy do budoucna, jedna sestra popisuje matky, kde polovinu vnímá skvěle a vidí negativum v internetu, jedna sestra vnímá matky, jako součást ošetřování novorozenců a jedna sestra vidí matky, jako příliš informované. Zde je patrné, že sestry rozdělují matky na bezproblémové, či problémové. Na následující otázku, jaké vidí zásadní bariéry u matek nedonošených novorozenců, shledávají tři sestry, jako bariéru strach matek, jedna sestra vidí bariéru v dotyku související s křehkostí miminka, jedna sestra vidí u matek zpočátku obavy a dvě sestry popisují u matek úzkost. Zde je patrné, že sestra má velmi důležitou roli matky těchto bariér zbavit, aby bylo možné dosažení mateřské role. Na otázku největšího úskalí v péči a přístupu u matek nedonošených novorozenců zmiňují dvě sestry bezpečnost dětí, dvě sestry vnímají obtíž v krmení, tři sestry pozorují úskalí v manipulaci s dítětem a jedna sestra vnímá strach matek nedonošených novorozenců. Toto jsou další obtíže a překážky v dosažení mateřské role, jež musí sestra svým přístupem, edukací a pomocí odstranit. Při otázce, jaké největší bariéry v přijetí nedonošeného novorozence matkou vidí, zněly odpovědi velmi rozdílně, od názoru, že bariéry nejsou, až po názor, že největší bariérou je strach matek. (viz. Tabulka 49) Tyto bariéry, pokud je sestra shledá, je nutné také odstranit, jelikož poté není možné pokračovat v dosahování mateřské role a tento proces může být vážně narušen. Opět zde má velmi důležitou hlavně edukační roli sestra, která tyto bariéry minimalizuje, jak taktéž zmiňuje ve své literatuře Juřeníková (18). V dotazování jsme se také zaměřili na názor sester v komunikaci s matkami nedonošených novorozenců, kdy jedna sestra vidí komunikaci, jako občas problematickou v oblasti ošetřování novorozenců, naopak jedna sestra vidí v komunikaci žádost o radu a postupné sbližování, jedna sestra klade důraz při komunikaci s matkami na nutnost opakování, dvě sestry vnímají komunikaci, jako dobrou a jedna sestra upřesňuje komunikaci na spíše přátelskou. Zde je viditelný rozdílný přístup sester, kdy každá má celkově jiný náhled, ale spíše se všechny přiklání ke kladnému přístupu. Sestry také vnímají, že

matky u nich hledají oporu a jedna sestra vypožadovala, že si matky hledají jednotlivé sestry, se kterými si utvoří pevnější vztah. Ovšem sestry vidí různé oblasti, ve kterých mohou být matkám oporou. (viz. Tabulka 52) Při otázce, jak vnímají sestry přístup matek nedonošených novorozenců k nim samým, odpovídají všechny sestry velmi kladně, popisují přátelství, důvěru, partnerství v péči, blízkost, či rodinný přístup. (viz. Tabulka 53) Zde je patrné, že i sestry si jsou vědomy své role v dosažení mateřské role a zodpovědně k této roli přistupují. Také jsme se zajímali o porovnání přístupu matek k nedonošeným novorozencům, za předpokladu, že jsou prvorodičky, nebo naopak u matek po více porodech. Jednoznačně sestry vyzdvihly důležitou roli zkušeností a jedna sestra zdůraznila i sebevědomí v péči o novorozence, jež hrají v přístupu velkou roli. Při zaměření na různé věkové kategorie matek se sestry shodly na faktu, že se stoupajícím věkem stoupá strach, nejistota a úzkost matek. Zjišťovali jsme také, zda vidí sestry nějaké psychické zábrany matek ve vztahu k nedonošenému novorozenci a pouze dvě sestry odpověděly, že zábrany vidí a to, neublížit, což se přístupem sester může změnit. Dotazování sester jsme zaměřili též na odpoutání matek od dítěte a vnímání bariéry inkubátoru matkami různého věku a zkušeností, na což dvě sestry odpověděly, že toto nemohou posoudit, jedna sestra vidí pozitivní reakci matek na noční odpoutání od dětí v souvislosti s možností odpočinku, jedna sestra vnímá u matek obavy a dvě sestry pozorují u matek, že odpoutání a inkubátor vnímají, jako nutnost. Poslední otázkou bylo zaměření na vliv sociálního zázemí v přístupu matek k nedonošeným novorozencům. Kdy sociální zázemí ovlivňuje přístup matek pouze podle dvou sester a to, ve formě podpory rodiny, jedna sestra vidí rozdíly v přístupu spíše v psychice, jedna sestra míní, že sociální zázemí přístup matek příliš neovlivní a jedna sestra odpověděla, že v nemocnici sociální zázemí přístup matek neovlivní. Z těchto odpovědí vyplynulo, že sestry vidí podstatu dosažení mateřské role v přístupu matek samotných a jsou si vědomy, že mohou být velkou pomocí v procesu dosahování mateřské role během třetí fáze, kde ze všech výsledků vyplývá, že má sestra největší podíl na dosažení mateřské role.

Všechny rozhovory se dle mého názoru odehrávaly ve velmi přátelské atmosféře, kdy bylo na matkách patrné, že jsou velmi rády, že se o jejich příběhy někdo

zajímá a ochotně poskytly veškeré potřebné informace. Sestry neonatologického oddělení také ochotně rozhovory poskytly, ovšem tím, že pro ně je práce s matkami nedonošených novorozenců denní záležitostí, bylo pro ně obtížnější na kladené otázky odpovídat, jelikož přiznaly, že si mnoho faktorů ovlivňujících dosažení mateřské role ani neuvědomují. Přesto ze získaných výsledků vyplynulo, že sestry na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. jsou ve své profesi profesionálkami na pravém místě. Závěrem lze usoudit, že dle získaných výsledků bylo možné na obě výzkumné otázky plnohodnotně odpovědět a byl prokázán vliv dětské sestry na neonatologickém oddělení na naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer a byly vykresleny možnosti spolupráce dětské sestry na neonatologickém oddělení s matkami nedonošených novorozenců v naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer. Pro zpřehlednění a ucelení spolupráce dětských sester s matkami nedonošených novorozenců byly vypracovány edukační formuláře a vytvořena edukační brožura dle jednotlivých fází modelu R. Mercer, kde jsou zpřehledněny a zdůrazněny nedostatky při dosahování mateřské role v jednotlivých fázích modelu. Dále lze říci, že dotazované matky byly bez výjimky maximálně spokojeny s péčí dětských sester neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. což je velmi pozitivním faktem, který je nutné zdůraznit. Celkově lze podotknout, že matky nedonošených novorozenců ví, co mohou od dětských sester požadovat a očekávat a zároveň dětské sestry ví, jak k matkám nedonošených novorozenců přistupovat a jak s nimi pracovat, aby bylo dosaženo mateřské role v maximální možné míře.

6 Závěr

Z výsledků této diplomové práce vyplývá, že aplikace koncepčního modelu R. Mercer v praxi zpřehledňuje proces dosažení mateřské role u matek nedonošených novorozenců.

Na základě získaných dat z výzkumu je možné zodpovězení výzkumné otázky této diplomové práce, a to, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer u matek nedonošených novorozenců. Ze získaných výsledků vyplývá, že dětská sestra má na neonatologickém oddělení velmi důležitou roli v ovlivnění dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer u matek nedonošených novorozenců. Dětská sestra je pro matky nedonošených novorozenců oporou, pomocí a rádcem. Stejně tak to vnímají samotné sestry.

Při zodpovězení druhé výzkumné otázky, jak nahlíží matky nedonošených novorozenců na spolupráci s dětskou sestrou na neonatologickém oddělení, byla jednoznačnou odpovědí matek, že spolupráce s dětskými sestrami na neonatologickém oddělení je bez problémů, naopak všechny dotazované matky si spolupráci s dětskými sestrami velmi chválily a oceňovaly jejich přístup.

Na základě zjištěných údajů byly vypracovány edukační formuláře dle jednotlivých fází dosažení mateřské role podle modelu R. Mercer, pro zpřehlednění edukace matek v jednotlivých fázích dosažení mateřské role a na základě zjištěných nejčastějších problémů v jednotlivých fázích dosažení mateřské role byla vypracována edukační brožura těchto problémů, dle jednotlivých fází dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Formuláře i brožura budou poskytnuty neonatologickému oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., kde byl výzkum prováděn.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
3. BÁRTLOVÁ, S. A KOL. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BEHINOVÁ, M.; KAISEROVÁ, K. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 80-204-1526-2.
5. ČEPICKÝ, P. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology a porodníky*. 1. vydání. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.
6. DELAHAYE, M.C. *Praktický průvodce těhotné ženy*. 1. vydání. Praha: Potrál, 2006. 170 s. ISBN 80-7367-073-9.
7. FARKAŠOVÁ, D. A KOL. *Ošetrovatelství – teorie*, 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.
9. FENDRYCHOVÁ, J. A KOL. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 2.část*, 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

10. FENDRYCHOVÁ, J. BOREK, I. A KOL. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
11. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. A KOL. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
12. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Čekáme děťátko*, 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 354 s. ISBN 978-80-247-1489-9.
13. GREGORA, M. *Kniha o matce a dítěti*, 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 230 s. ISBN 80-247-0854-X.
14. HÁJEK, Z. A KOL. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
15. HÁJEK, Z. A KOL. *Základy prenatální diagnostiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 424+8 s. ISBN 80-7169-391-X.
16. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce, porod, šestinedělí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
17. INFOGRAM. *Krathwohlova taxonomie* [online] 2008 [cit 2010-7-13] Dostupné z: <<http://www.infogram.cz/article.do?articleId=1612>>
18. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. KOBILKOVÁ, J. A KOL. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén Karolinum, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.

20. KOLEKTIV AUTORŮ. *Strategické dokumenty (3) Praktické příručky pro porodní asistentky*. 1. vydání. Praha: MZ ČR, 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.
21. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6.
22. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
23. MAHLEROVÁ, M. S. A KOL. *Psychologický zrod dítěte*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-722-4.
24. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
25. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vydání. Praha: Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.
26. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 182 s. ISBN 80-247-0870-1.
27. MERCER, R., T. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006, roč. 35, č. 5, s. 649-651. ISSN 0884-2175.
28. MERCER, R., T., WALKER, L. O. A review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006, roč. 35, č. 5, s. 568-582. ISSN 0884-2175.

29. MERCER, R., T., WALKER, L., O. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Malden: 2004, roč. 37, 3.čtvrťl., s. 226-232. ISSN 1527-6546.
30. MILUKANDOVÁ, M. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*, 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.
31. NEDOKLUBKO. *Rodičům nedonošeného miminka*. [online] 2010 [cit.2010-7-25] Dostupné z: <<http://www.nedoklubko.cz/site.php?main=informace&submain=brozury>>
32. NILSSON, L. *Těhotenství týden po týdnu: tajemství lidského života*. 2. vydání. Praha: Svojtka & Co, 2008. 239 s. ISBN 978-80-7352-887-4.
33. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
34. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
35. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 149 s. ISBN 80-247-1211-3.
36. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
37. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

38. ROZTOČIL, A. A KOL. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
39. RVP Metodický portál. *Bloomova taxonomie*. [online] 2010 [cit 2010-7-13]
Dostupné z:
<http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/B/Bloomova_taxonomie>
40. SEDLÁŘOVÁ, P. A KOL. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
41. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. Dobřejovice: Rebo Productions, 2006. ISBN 80-7234-630-X.
42. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dítě-vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 97 s. ISBN 80-247-0552-4.
43. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 403 s. ISBN 80-7345-021-6.
44. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
45. TEUSEN, G. GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*, 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 79 s. ISBN 80-7178-753-1.
46. TOMEY, A.,M., ALLIGOD, M.,R. *Nursing Theorists and Their Work*. 6.vydání. St. Louis Missouri: Mosby, 2007. 828 s. ISBN 13 978-0-323-03010-6.

47. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely a teorie ošetrovatelství*. [online] 2004 [cit 2009-11-15]. Dostupné z: <http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm>
48. VACUŠKOVÁ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii I.část*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
49. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
50. VELEMÍNSKÝ, M. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. 4. vydání. České Budějovice: JU, 2003. 170 s. ISBN 80-7040-643-7.
51. VELEMÍNSKÝ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JU, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
52. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
53. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8 Klíčová slova

Dětská sestra

Matka

Dítě

Mateřská role

Koncepční model

R. Mercer

Key words

Paediatric nurse

Mother

Maternal role

Conceptual model

R. Mercer

9 Přílohy

Příloha 1: Teorie Dosažení mateřské role

Příloha 2: Stádia dosažení mateřské role

Příloha 3: Apgar score

Příloha 4: Edukace a ošetrovatelský proces

Příloha 5: Edukace klienta v podmínkách zdravotnického zařízení

Příloha 6: Bloomova taxonomie

Příloha 7: Krathwohlova taxonomie

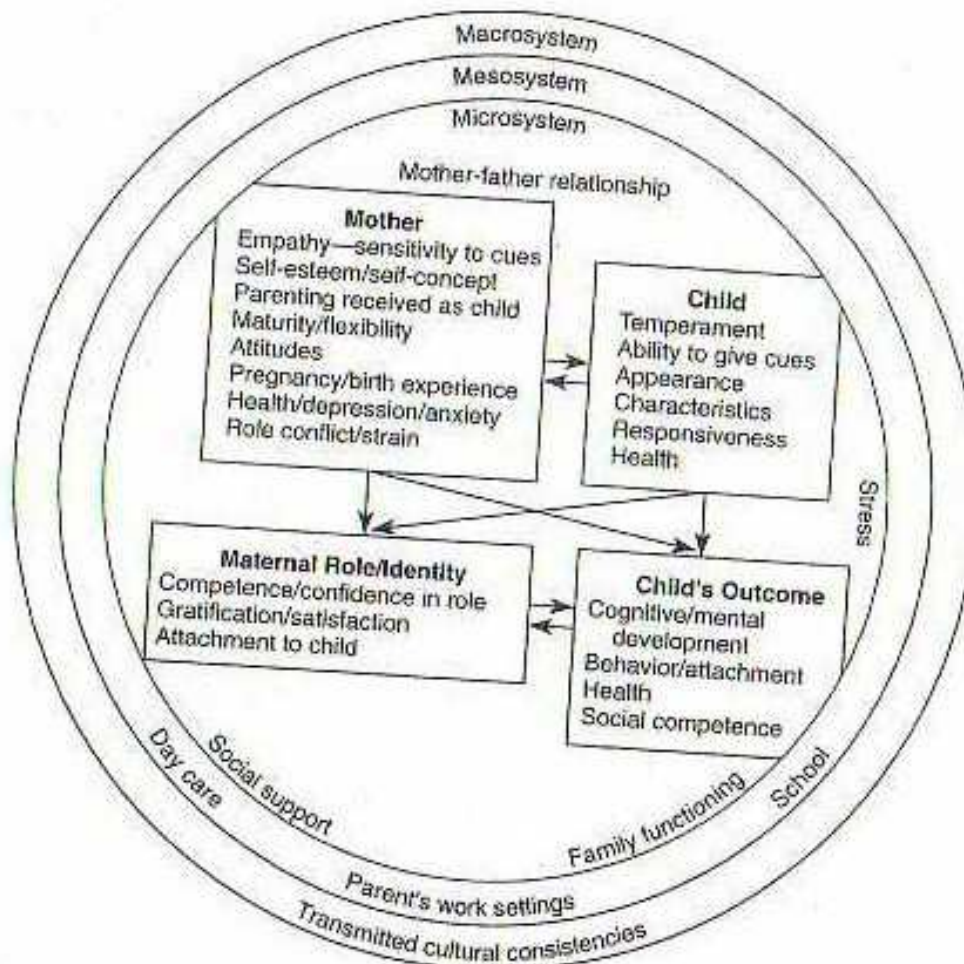
Příloha 8: Rozdělení edukačních metod

Příloha 9: Návik senzomotorických dovedností

Příloha 10: Tematická příručka – okruhy otázek pro matky

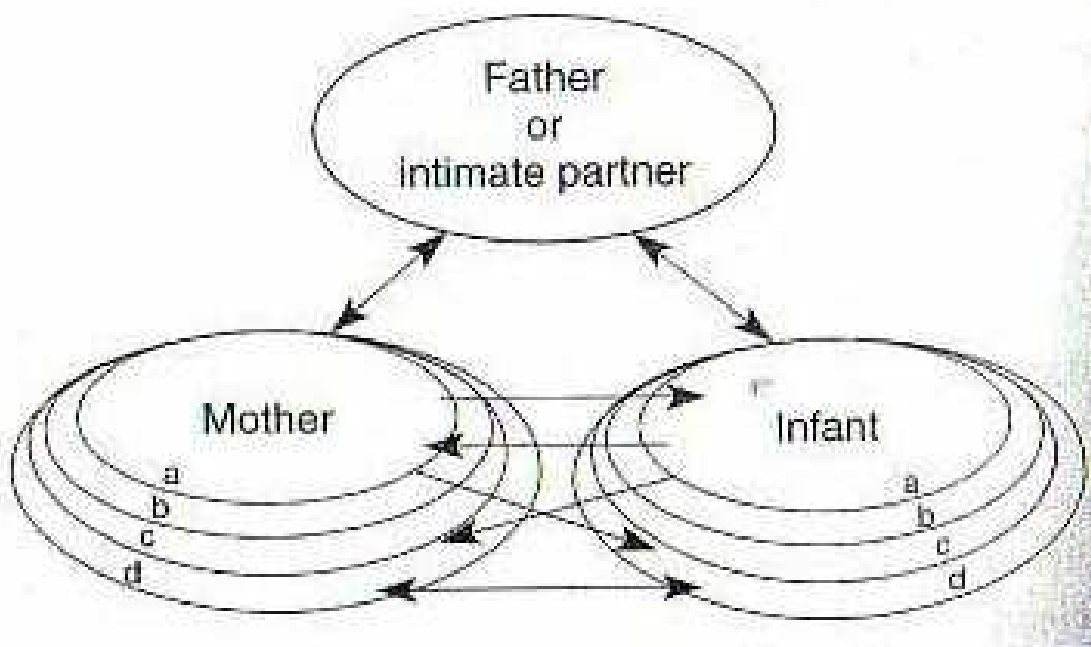
Příloha 11: Tematická příručka – okruhy otázek pro sestry

Příloha 1: Teorie Dosažení mateřské role



Zdroj: (46, s. 607)

Příloha 2: Stádia dosažení mateřské role



Zdroj: (46, s. 612)

Příloha 3: Apgar score

Kriteria novorozence	SKÓRE			1.min	5.min	10.min
	0	1	2			
Dechové úsilí	Žádné	Ztížené, nepravidelné, bradypnoe	Pravidelné, dostatečné, křik			
Srdeční frekvence	Nepřítomná, neslyšné ozvy, nehmatný tep	Pod 100 tepů /min	Nad 100 tepů /min			
Svalový tonus	Bez spontánní aktivity,(Atonie), ochablý pohyb	Těžkopádný, flexe končetin, snížený	Čilí aktivní spontánní pohyb			
Barva kůže daná prokrvením	Modrá (cyanotická), bledá	Akrální cyanóza (Akrocyanóza)	Růžová			
Reakce na podráždění	Nepřítomná	Chabá, grimasy	Hlasitý křik, kašel, kýchání			

Hodnocení:

Počet bodů:	Výsledek:
10	Zdravý čilý novorozenec
9-10	Uspokojivá hodnota
7-8	Vyžaduje přechodnou podporu adaptace
Méně jak 7	Vyžaduje resuscitaci novorozence
0	Klinické známky smrti

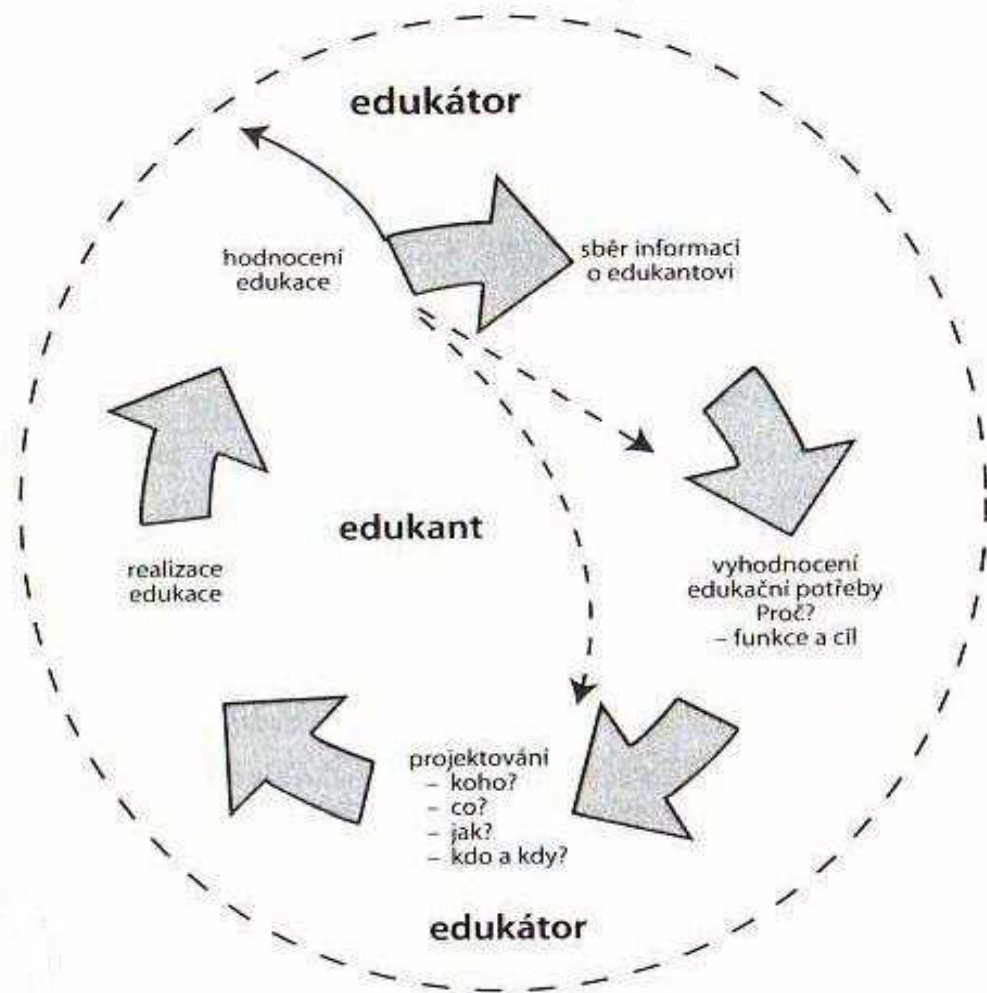
Zdroj: (8)

Příloha 4: Edukace a ošetrovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetrovatelském procesu
Edukace	Ošetrovatelský proces	
Počáteční pedagogická diagnostika	Zhodnocení/posouzení	Získávání informací o klientovi
projektování	Stanovení ošetrovatelské diagnózy	Stanovení ošetrovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	Plánování ošetrovatelské péče	Sestavení plánu ošetrovatelské péče pro vyšetření ošetrovatelských problémů klienta
Realizace	Realizace ošetrovatelského plánu	Realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetrovatelského problému
Upevňování a prohlubování učiva		
Fáze zpětné vazby	hodnocení	Hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

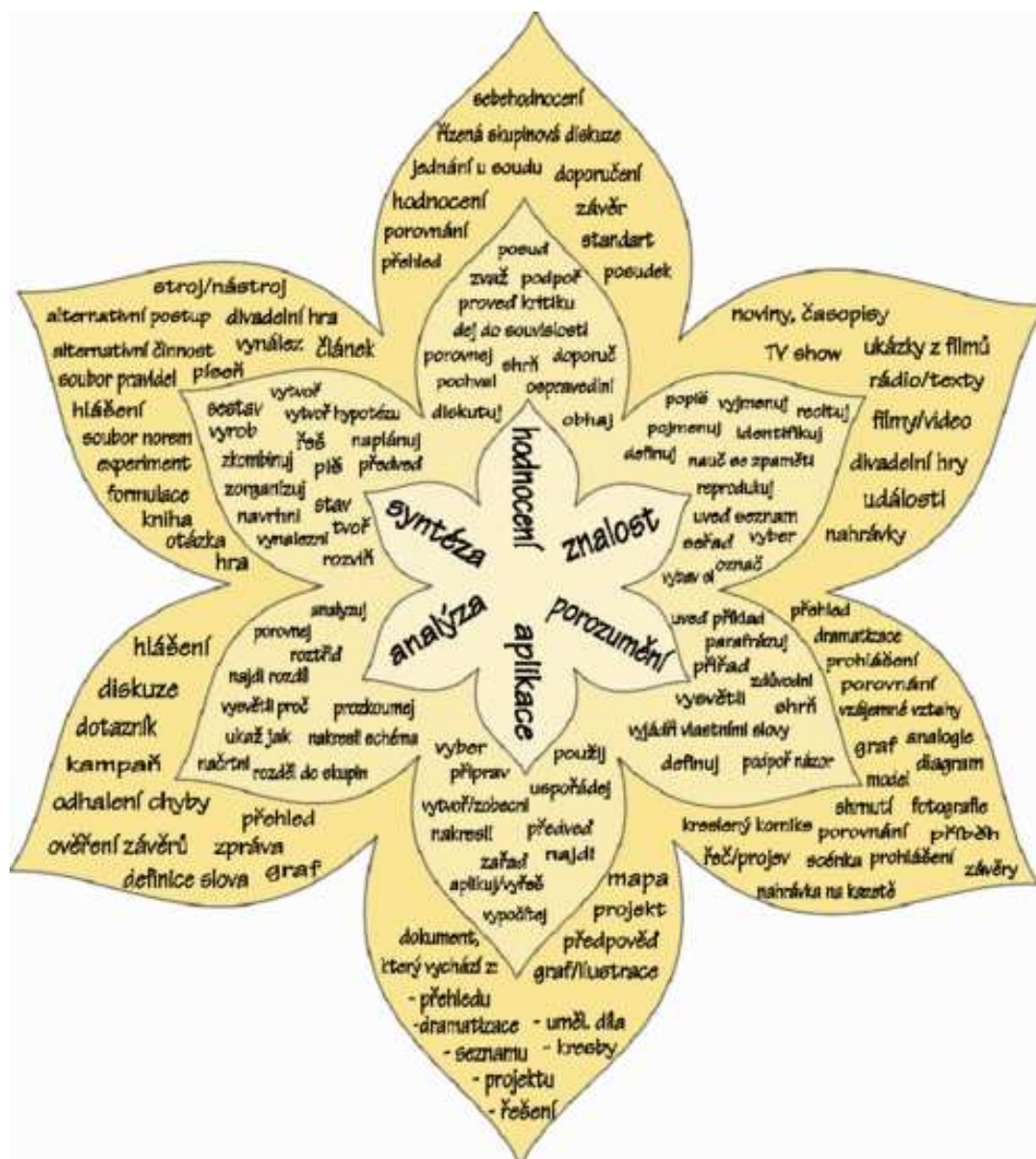
Zdroj: (18, s. 22)

Příloha 5: Edukace klienta v podmínkách zdravotnického zařízení



Zdroj: (18, s. 23)

Příloha 6: Bloomova taxonomie



Zdroj:(39)

Příloha 7: Krathwohlova taxonomie

Krathwohlova taxonomie vzdělávacích cílů v afektivní oblasti (1964)

1. Vnímání (přijímání)
2. Reagování (aktivní spolupráce)
3. Oceňování hodnot (hodnocení)
4. Organizace (integrace hodnot, systematizace hodnocení)
5. Uspořádání (zvnitřňování hodnot v charakteru)

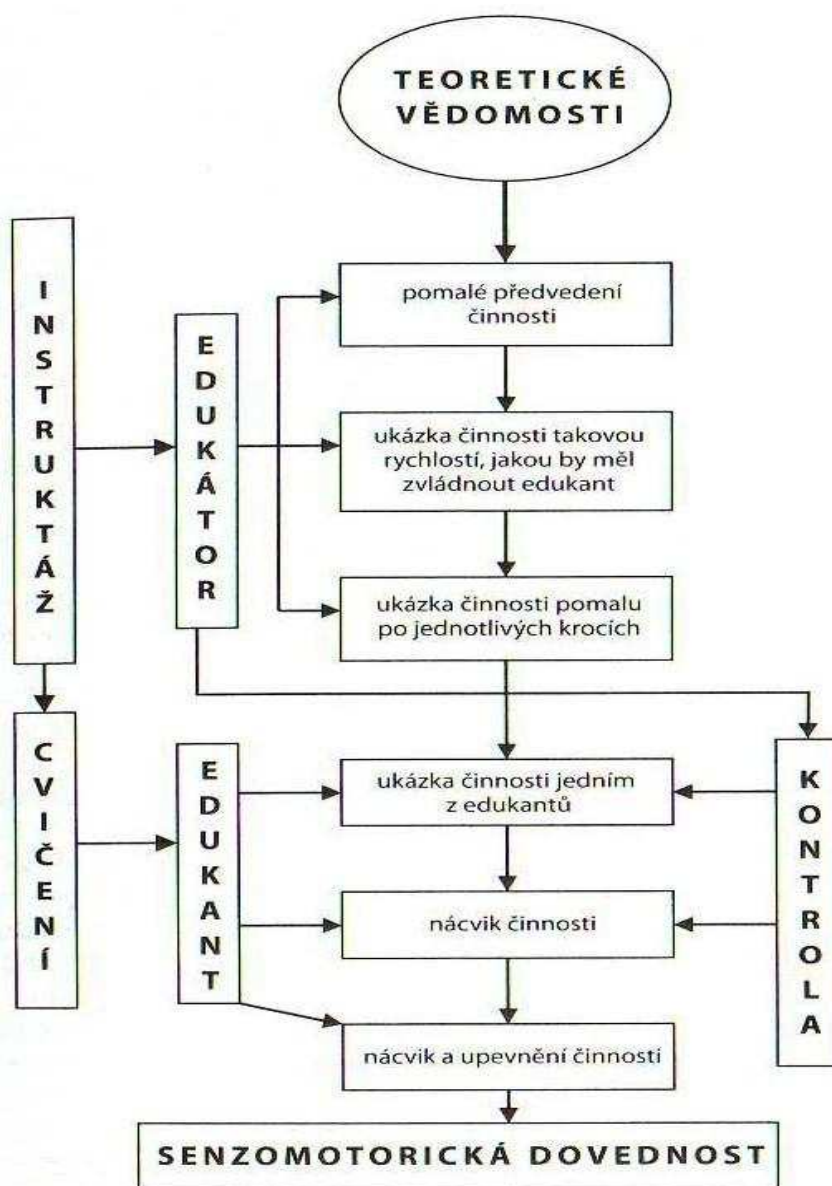
Zdroj: (17)

Příloha 8: Rozdělení edukačních metod

Teoretické	Teoreticko-praktické	Praktické
klasická přednáška přednáška <i>ex cathedra</i> přednáška s diskusí cvičení seminář	diskusní metody problémové metody programová výuka diagnostické a klasifikační metody projektové metody	instruktáž coaching asistování rotace práce stáž exkurze létající tým

Zdroj: (18, s. 37)

Příloha 9: Nácvik senzomotorických dovedností



Zdroj: (18, s. 41)

Příloha 10: Tematická příručka – okruhy otázek pro matky

Tematická příručka:

Po úvodním seznámení, žádosti o rozhovor a obeznámení s problematikou, požadavky a cílem rozhovoru byly položeny následující otázky:

Rozhovor s matkou:

Všeobecné dotazy:

- Kolik je Vám let?
- Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- Jaké je Vaše předchozí zaměstnání?
- Jste vdaná?
- Kde bydlíte?
- Kolik je Vás v jedné domácnosti?
- Máte dostatek soukromí?

První stupeň: anticipace (očekávání)

- Bylo Vaše miminko očekávané?
- Je toto Vaše první miminko?
- Kolik jste během těhotenství absolvovala prohlídek u svého lékaře?
- Jaký byl průběh těhotenství?
- Navštěvovala jste během těhotenství těhotenskou poradnu? Jaké jste měla s poradnou zkušenosti? Cítila jste, že byla přínosem?
- Navštěvovala jste nějaké jiné předporodní kurzy? A jaké?
- Máte zkušenost z předchozích těhotenství s nedonošeným novorozencem?
- Jak jste vnímala těhotenství jako takové?
- Byl Vám stanoven porodní plán? Jaký? Jaké jste měla od plánu očekávání? Byla splněna?

- Očekávala jste narození nedonošeného miminka? Jaké jste z toho měla pocity? Byl Vám někdo oporou? Kdo?
- Jak jste v tomto období vnímala roli sestry?

Druhý stupeň: formální, společenský

- Jak jste vnímala samotný porod?
- Byl u porodu přítomen někdo z rodiny? Kdo?
- Cítila jste od partnera (manžela, či jiného přítomného na sále) při porodu oporu?
- Jaké pocity jste měla po porodu?
- Měla jste bezprostředně po porodu možnost mít u sebe miminko?
- Jaké jste při tom měla pocity?
- Jakou roli zaujímala v tomto období pro vás sestra?

Třetí stupeň: neformální, neoficiální

- Po jaké době jste poprvé viděla miminko?
- Kdy jste se miminka poprvé dotkla?
- Jaké pocity jste měla při prvním kontaktu s miminkem?
- Po jak dlouhé době jste dostala miminko do vlastní péče?
- Jak jste vnímala bariéru inkubátoru?
- Jak vnímáte pomoc sester na oddělení při péči o miminko?
- Jak vnímáte přístup sester k Vám?
- Jsou Vám sestry oporou?
- Jaká je komunikace se sestrami na oddělení?
- Chodí za Vámi návštěvy?
- Jak zvládáte roli matky?
- Máte z něčeho obavy? Z čeho?
- Kdo Vám byl nápomocen při vytváření si vztahu u nedonošeného novorozence a jak?

Čtvrtý stupeň: osobní

- Bude Vám doma někdo pomáhat při péči o miminko?
- Cítíte, že by mohly nastat nějaké problémy v péči o miminko doma?
Jaké?
- Máte doma zabezpečeno vše pro miminko? Co?
- Myslíte si, že zvládnete péči o miminko samostatně doma?
- Je u Vás doma někdo, kdo by Vám mohl kdykoli pomoci?
- Má miminko svou vlastní místnost u Vás doma?
- Jaké máte do budoucna očekávání od sestry?

Případné položení doplňujících otázek dle pojmů ošetrovatelského modelu Ramony Mercer: Dosažení mateřské role, pro upřesnění a doplnění.

Zdroj: vlastní

Příloha 11: Tematická příručka – okruhy otázek pro sestry

Tematická příručka:

Po úvodním seznámení, žádosti o rozhovor a obeznámení s problematikou, požadavky a cílem rozhovoru byly položeny následující otázky:

Rozhovor s dětskou sestrou:

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- Jak dlouho na oddělení pracujete?
- Jak vnímáte maminky nedonošených novorozenců?
- Vidíte nějaké zásadní bariéry u maminek nedonošených novorozenců? Jaké?
- V čem vidíte největší úskalí v péči a přístupu u matek nedonošených novorozenců?
- Jaké jsou podle Vás největší bariéry v přijmutí nedonošeného novorozence matkou?
- Jaká je s matkami nedonošených novorozenců komunikace?
- Máte pocit, že u Vás hledají matky nedonošených novorozenců oporu?
- V čem nejvíce u Vás matky nedonošených novorozenců hledají oporu?
- Jak k Vám, dle Vašeho názoru, matky nedonošených novorozenců přistupují?
- Jaký je podle Vás rozdíl mezi přístupem k nedonošenému novorozenci prvorodičky a matky po více porodech?
- Jaký je podle Vás rozdíl v přístupu k nedonošenému novorozenci u různých věkových kategorií matek?
- Jaké psychické zábrany mají dle Vás matky ve vztahu k nedonošenému novorozenci?
- Jak nesou matky různého věku a různých zkušeností odpoutání od dítěte a bariéru inkubátoru?

- Jak si myslíte, že ovlivňuje přístup matek k nedonošeným novorozencům jejich sociální zázemí?

Případné položení doplňujících otázek dle pojmů ošetrovatelského modelu Ramony Mercer: Dosažení mateřské role, pro upřesnění a doplnění.

Zdroj: vlastní