

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

Vytváření interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na  
neonatologickém oddělení prostřednictvím modelu H. Peplau

Diplomová práce

**Vedoucí práce**  
Mgr. Alena Machová

**Autor práce**  
Bc. Helena Ambrožová

**2010**

## **Abstract**

The dissertation objective on the theme „Interpersonal relationship development between children's nurse and mother in the neonatology department by means of the H. E. Peplau model“ is to chart individual phases utilization in the process, professional relationship development between children's nurse and mother according to the H. E. Peplau model. Further through created documentation to find out differences at the approaches during professional relationship connecting between children's nurse and mother in the neonatology department in the Hospital JSC in České Budějovice.

To meet these objectives the dissertation is divided into theoretical part which focuses on differences at the care of developed and underdeveloped infant, nursing model H. E. Peplau including its application into practice. The second, practical part is divided into quantitative and qualitative parts. The quantitative part concentrates on factors finding out which influence professional relationship between children's nurse and mother in compliance with the H. E. Peplau model and concurrently specifies individual nurse roles changing during professional relationship children's nurse and mother. The data of the quantitative research part have been learned by means of questionnaire disquisition.

By the dissertation results summarizing I found out facts regarding H. E. Peplau model individual phases utilization at the children nurse – mother relationship establishing in neonatology. Hypothesis 1 „Children nurses with own children establish faster the professional relationship with mother“ – has come true. Hypothesis 2 „Children nurse practice length influences the ability to establish the professional relationship with mother“ – has come true. Hypothesis 3 „Children nurses undertake the role of the mentor in most cases“ – hasn't come true.

The data of the qualitative research part were identified by observation, conversation with children nurse, creating of the documentation own proposal at the mothers of prematured children hospitalized by ROOM IN system and its application in practice. Mothers were divided into two groups, the common way of the interpersonal relationship establishing with mother was used in the first group, the way

of the interpersonal relationship establishing with mother according to the H. E. Peplau model was applied in the second one. At the quasiexperiment it has been identified the interpersonal relationship establishing with mother proceeds better at the nursing H. E. Peplau model utilisation.

The dissertation knowledge can be partly utilised by neonatology department of the Hospital JSC in České Budějovice, in particular by children nurses to master the abilities for professional relationship establishing with mother and to provide subsequently mother and child with the complex nursing care. Further to students and other interested people in this issue.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Vytváření interpersonálního vztahu  
dětská sestra – matka na neonatologickém oddělení prostřednictvím modelu H. Peplau  
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.

V Českých Budějovicích .....

.....

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Mgr. Aleně Machové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Olze Jedličkové za pomoc při řešení empirické části práce.

## Obsah

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
1.1 Pediatrie.....	4
1.2 Neonatologie.....	5
1.3 Péče o novorozence.....	6
1.3.1 Péče o fyziologického novorozence.....	6
1.3.2 Fyziologické rozdíly termínového a předčasně narozeného novorozence.....	8
1.3.3 Péče o předčasně narozeného novorozence.....	9
1.4 Model Hildegard E. Peplau – psychodynamické ošetrovatelství .....	15
1.4.1 Autobiografie Hildegard E. Peplau.....	15
1.4.2 Analýza modelu Hildegard E. Peplau.....	18
1.4.2.1 Role sestry dle Hildegard. E. Peplau .....	20
1.4.2.2 Fáze modelu Hildegard. E. Peplau.....	22
1.5 Využití modelu Hildegard E. Peplau v péči o matku a novorozence.....	24
1.5.1 Vztah matka – dítě.....	24
1.5.2 Aplikace modelu Hildegard E. Peplau v praxi.....	28
<b>2. Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy.....</b>	<b>31</b>
2.1 Cíl práce.....	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Hypotézy.....	31
<b>3. Metodika výzkumu.....</b>	<b>32</b>
3.1 Použité metody a techniky.....	32
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	32

<b>4.</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>34</b>
4.1	Kvantitativní část výzkumu.....	34
4.2	Kvalitativní část výzkumu.....	60
4.2.1	Kazuistika 1 .....	60
4.2.2	Kazuistika 2 .....	62
4.2.3	Kazuistika 3 .....	64
4.2.4	Kazuistika 4 .....	67
4.2.5	Kazuistika 5 .....	70
4.2.6	Kazuistika 6 .....	73
<b>5.</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>82</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>95</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>97</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>102</b>
<b>9.</b>	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>103</b>

## Úvod

V poslední době prošlo české zdravotnictví společně s ošetřovatelstvím mnoha změnami. Změnily se nejen technologicky diagnostické a terapeutické metody, ale celkový přístup k pacientovi. Zdravotnický personál nyní chápe pacienta jako klienta a podle toho také změnil svůj přístup. Navazování mezilidských vztahů je obtížný proces u zdravých lidí, ale navazování interpersonálního vztahu s člověkem nemocným je daleko složitější. V této práci jsme se však zaměřili na navazování interpersonálních vztahů na neonatologickém oddělení. Dětské sestry zde pečují nejen o předčasně narozené dítě, ale i o jeho matku. Navazování interpersonálního vztahu s matkou v šestinedělí je někdy mnohem komplikovanější, než s nemocným člověkem. Dětská sestra musí navázat pozitivní interpersonální vztah s matkou, aby dítěti zajistila adekvátní péči.

Problematiku navazování interpersonálního vztahu s matkou bychom chtěli objasnit v této diplomové práci. K tomu bude použit model interpersonálních vztahů H. Peplau.

Motivací k napsání této diplomové práce byly jednak osobní zkušenosti s vytvářením interpersonálních vztahů s matkou na neonatologii a jednak zkusit tento složitý proces dětským sestrám a porodním asistentkám pracujícím na neonatologii ulehčit. Model H. Peplau byl vybrán proto, že je to model, který se konkrétně zabývá navazováním interpersonálních vztahů a vymezuje role sestry během jednotlivých fází navazování interpersonálního vztahu. U aplikace tohoto modelu do praxe bylo překážkou, že je koncipovaný na vztah sestra – pacient, o to bylo složitější ho aplikovat na vztah dětská sestra – matka, když péči zajišťujeme především dítěti. Matka v tomto případě vystupuje jako jakýsi zprostředkovatel péče o dítě.



## 1. Současný stav

### 1.1 *Pediatric*

Pediatric je lékařský obor, který se jako samostatný začal vyvíjet na přelomu 19. století. Péče o děti oddělená od péče o dospělé začala fungovat již koncem 18. století, ale vzhledem k nedostatečným znalostem a zkušenostem byla velmi nízké úrovně. Obor se vyvíjel především z interny a porodnictví. Zabývá se dítětem a dospívajícím v jeho zdraví i nemoci. Zahrnuje tedy období od narození až po dosažení dospělosti, to znamená, že tento obor poskytuje péči do 19. narozenin. V některých případech však i déle. Do pediatrické péče jedinec ve většině případů spadá již na porodním sále. Jsou však případy, kdy se provádějí nejrůznější diagnostické a terapeutické výkony již v prenatálním období. Těmito výkony se zabývá fetální medicína, která se snaží léčebně ovlivnit plod již v děloze matky. K tomu je nutná úzká spolupráce gynekologů, genetiků a pediatriů. Pediatric je také medicínou vývojovou, která sleduje správnost růstu a vývoje od zárodečné buňky až po mladého dospělého člověka. (22)

Pediatric jako taková se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací, psychologickou, výchovnou i sociální péčí o děti. (21)

Péči dětským pacientům zajišťuje pediatr a dětská sestra, oba se specializují na péči o kojence a děti všech věkových kategorií až do dovršení 19 roku života. (24)

Pediatrická péče se skládá z části ambulantní a lůžkové. Ambulantní část zajišťují zdravotnická zařízení a poskytují péči preventivní i léčebnou. Pediatrickou preventivní péči primární poskytuje dětský lékař s dětskou sestrou, u něhož je dítě zaregistrováno. Tato preventivní péče spočívá především v aktivním vyhledávání rizik, které mohou dítě ohrozit, jak po stránce zdravotní, psychické i sociální. Dále pečlivě sleduje a hodnotí psychomotorický vývoj a sociální vývoj novorozenců a kojenců. (37)

Dětský lékař také zajišťuje všechna screeningová vyšetření, preventivní prohlídky a povinná očkování dle očkovacího kalendáře. Všechny výsledky jsou pečlivě zaznamenány do zdravotnické dokumentace, zdravotního a očkovacího průkazu dítěte. Preventivní pediatrickou péči sekundární zajišťuje také lékař základní

pediatrické péče, kdy po evidenci u odborníka v daném oboru (např. dětský kardiolog) pediatr dispenzarizuje. Druhou částí pediatrické péče je péče lůžková, která zabezpečuje hospitalizaci nemocných dětí, které nemohou být léčeny v ambulantní péči. Nejvyšší stupeň péče o hospitalizované děti poskytují kliniky. Jsou dva druhy dětských oddělení, která bývají součástí komplexu nemocnic. Jednak oddělení pro novorozence, tj. pro děti od narození do 28. dne života a oddělení pro děti starší 28. dne života. (54)

## ***1.2 Neonatologie***

Neonatologie je samostatnou subspecializací pediatrie a zabývá se péčí o novorozence. Pečuje o zdravé fyziologické novorozence, mírně nedonošené děti a děti s lehkými poruchami poporodní adaptace, dále o děti těžce až extrémně nedonošené nebo děti s významnými patologiemi, které vyžadují resuscitační a dlouhodobou intenzivní péči. Tyto skupiny dětí se liší svými nároky na lékařskou a ošetrovatelskou péči. (22)

U fyziologického novorozence dětská sestra zajistí odborné ošetření po porodu, kontroluje poporodní adaptace, podporuje kojení, provádí novorozenecký screening a zahajuje očkování. Zdravý novorozenec je hospitalizovaný přibližně 3-5 dnů. (53)

Naproti tomu extrémně nedonošené děti se velice často po porodu dostanou i na několik týdnů do kritického stavu, který vyžaduje již zmíněnou resuscitační a dlouhodobou intenzivní péči. Propuštění do domácí péče může v tomto případě trvat i několik měsíců. (23)

Tato rozdílnost péče o novorozence vedla k vytvoření třístupňového systému péče o novorozence: neonatologická pracoviště I. stupně poskytují péči fyziologickým novorozencům, pracoviště II. stupně poskytují péči jednak fyziologickým novorozencům a jednak novorozencům se středně obtížnou adaptací (např. děti narozené mezi 32-37 týdnem těhotenství). Perinatologická centra jsou III. stupněm systému péče, poskytují péči jako předchozí dva stupně a navíc resuscitační a intenzivní péči novorozencům se všemi typy poruch poporodní adaptace. (22)

Rozvojem neonatologie a její intenzivní novorozenecké péče se výrazně snížila hodnota kojenecké úmrtnosti a významně se vylepšily vyhlídky na budoucí kvalitní život nedonošených dětí. Na druhé straně je nutné uvést zvýšení šance na přežití extrémně a těžce nedonošených dětí a tím i vyšší počet dětí s dlouhodobým postižením vývoje. Neonatologie jako obor má velice úzký vztah ke gynekologii a porodnictví, jelikož péče o nezralé novorozence velice často začíná již před porodem. Porodník s pediatrem volí ten nejlepší postup (např. udržování či ukončení těhotenství). Tato komplexnost péče porodnické a pediatrické vedla k zavedení pojmu perinatologie a perinatologické péče. (22)

### ***1.3 Péče o novorozence***

Řada komplikací postnatálního období úzce souvisí s průběhem období prenatalního. V gynekologické ambulanci je matka pečlivě sledována a vyšetřována. Tento prenatalní screening se provádí ve spolupráci s genetikem. Sestavuje se tzv. genealogická anamnéza. Kontroluje se růst a vývoj plodu pomocí ultrazvuku. U některých indikovaných případů se provádí amniocentéza, tj. odběr plodové vody, při kterém je možné diagnostikovat závažnou vrozenou vývojovou vadu. (22, 23)

Donošený novorozenec je dítě narozené po ukončeném 38. týdnu těhotenství a před ukončeným 42. týdnem těhotenství. Novorozenecké období trvá od přerušení pupeční šňůry do 28. dne života dítěte. (30)

Pokud se dítě narodí před 38. týdnem těhotenství, jedná se o dítě nedonošené. Dle statistických hledisek je to také stav, jestliže dítě váží pod 2500 g. (22, 23)

#### ***1.3.1 Péče o fyziologického novorozence***

V některých bodech se péče o fyziologického novorozence a nedonošeného novorozence shoduje, v jiných se liší. Proto nejprve uvedeme péči o fyziologického novorozence. (23)

Fyziologický novorozenec je dítě s hmotností kolem 3000 g, dlouhé asi 50 cm a je narozené po 38. týdnu těhotenství. Kůže novorozence je červená a pokryta mázkem. Někdy je přítomné i drobné ochlupení, tzv. lanugo. Ve většině případů se dítě do jedné

minuty po porodu nadechne, dýchání je však zpočátku nepravidelné, později dýchá kolem 40 dechů za minutu. V 1., 5. a 10 minutě se stav dítěte hodnotí skórem dle Apgarové, kdy je sledováno pět objektivních známek: barva, srdeční frekvence, dýchání, svalový tonus a reflexy (viz. příloha č. 2). (11, 49)

Následně se novorozenec klinicky vyšetří, ovšem s přihlédnutím k jeho aktuálnímu stavu. Vyšetření by však mělo být provedeno co nejdříve. Každé vyšetření novorozence, nejen to první, by mělo být rychlé, šetrné, pečlivé a systematické. Vyšetřující se zaměřuje zejména na zhodnocení zralosti, rozpoznání vrozených vad či porodních traumat a opět hodnotí vitální funkce. Důležité je včas rozpoznat stavy, které vyžadují urgentní řešení, či další speciální vyšetření. Po klinickém vyšetření je dítě průběžně sledováno dětskou sestrou. Sledují se jeho projevy, schopnost sání, vitální funkce, močení a odchod smolky. (2, 23)

Smolka je první stolice, tmavě zelené, dehtovité barvy. Je to směs amniové tekutiny a sekretů střevních žláz. Smolka by měla být vyloučena do 24 hodin po porodu. Vymočit by se měl novorozenec do 8 hodin po porodu, denně by měl mít 6-8 promočených plen. Pozornost dětská sestra věnuje i pupečnímu pahýlu. (23)

Bezprostředně po porodu je dítě, v první fázi reaktivity čilé, připravené sát z prsu. Proto se také poprvé k prsu přikládá. Tato fáze trvá pouze 15 – 20 minut, srdeční frekvence může dosahovat až ke 180 tepů/min, dítě může být tachypnoické a tělesná teplota dítěte začíná pomalu klesat přibližně na 35,6 °C. Pak následuje úvodní fáze spánku, trvá asi 1 – 3 hodiny, ve které se normalizuje srdeční frekvence a dech dítěte, tělesná teplota se vrací k fyziologické hodnotě 36,6 - 37,2 °C. Spánek dítěte vystřídá druhá fáze reaktivity, která probíhá v 2. – 6. hodině života. Dítě je opět bdělé a silně reaguje na zevní stimuly. Jeho srdeční frekvence a dýchání opět stoupá. Motorická aktivita narozeného dítěte je primárně reflexivní, živě pohybuje všemi končetinami, ale své pohyby neovládá. Dítě je od narození schopno sát, polykat, kašlat, mrkat, kýchat, vylučovat a svírat. (23, 2, 34)

Z novorozeneckého oddělení je novorozenec v současné době propuštěn, dle doporučení České neonatologické společnosti a metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví České republiky nejdříve 72 hodin po porodu. Tato doporučená doba

umožní zdravotnickému personálu odhalit závažné poruchy poporodní adaptace, vyloučit vrozené vývojové vady a vrozené infekce, zajistit adekvátní výživu novorozence, provést povinná screeningová vyšetření a kalmetizaci novorozence. (44)

### ***1.3.2 Fyziologické rozdíly termínového a předčasně narozeného novorozence***

Pokud je ohrožován život nebo kvalita života novorozence, je považován za vysoce rizikového a vyžaduje komplexní, vysoce profesionální péči. Narození novorozence před termínem porodu je nejčastějším důvodem přijetí dítěte na intenzivní a resuscitační jednotku neonatologického oddělení. S předčasným narozením úzce souvisí i nízká porodní váha a vyšší výskyt vrozených vývojových vad. (9)

V minulosti se novorozené děti klasifikovaly pouze podle jejich porodní váhy. V současné době je kladen důraz i na gestační stáří a stupeň zralosti dítěte. Gestační stáří je doba od početí do narození dítěte. U předčasně narozených je to do 38. týdne těhotenství. Stupeň zralosti hodnotí, jak dobře je dítě vyvinuto a jak jednotlivé orgány fungují mimo dělohu matky. Posouzení zralosti novorozence je klinický odhad, který někdy může opravit chybně stanovený termín porodu, např. podle poslední menstruace matky. K tomuto posouzení se používá několik tělesných znaků. Ušní boltec je u zralého novorozence tvarově plně vyvinutý. U nezralého dítěte je chrupavka měkká a méně pružná. Dalším znakem je prsní bradavka. U zralého dítěte vystupuje nad úroveň okolní kůže a pod dvorcem je hmatná žláza o průměru cca 5 mm. Čím více je vzdálen porod od plánovaného termínu, tím méně je prsní bradavka vyvinutá a žláza je menší. Zralé dítě má na chodidlech četné rýhy, u extrémně nezralého dítěte tyto rýhy chybí. Zralý chlapec má varlata sestouplá v šourku, u zralého děvčete velké stydké pysky svou velikostí jednoznačně přesahují malé. Kromě těchto konkrétních znaků se někdy k hodnocení zralosti novorozence používají i skórovací systémy, např. Dubowitzovo, Ballardovo skóre. (20, 23, 9)

Konkrétní příčina předčasného porodu se ve většině případů nezjistí. Může mít několik příčin a to jak ovlivnitelných, tak neovlivnitelných, např. multiparita, nízký věk matky, nízké sociální postavení, nízká informovanost matky, deprivace a stres, onemocnění matky nebo abnormality placenty. Některé studie uvádějí i souvislost mezi

nezralostí a chudobou, kouřením, konzumací alkoholu a drog. Proto nejefektivnější a nejdůležitější je včasná a komplexní prenatální péče. (23, 2)

### ***1.3.3 Péče o předčasně narozeného novorozence***

Předčasně narozené dítě je připraveno o velké výhody nitroděložního života. Nedonošenost je definována jednak z hlediska porodníka jako porod před 38. týdnem těhotenství a z hlediska statistického jako dítě narozené s hmotností pod 2500 g. Nezralost je funkční vlastností organismu. Děti s nízkou porodní hmotností mohou být děti malých rodičů, děti z vícečetného těhotenství a nedonošení novorozenci. (23)

Jako příklad uvedeme tělesné charakteristiky dítěte narozeného ve 28. týdnu těhotenství. Kůže dítěte je průsvitná a volná, na hlavě a břichu prosvítají žíly. Dítě má nedostatek podkožního tuku, čelo, záda a ramena pokrývá lanugo. Celé tělo je silně pokryto mázkem. Končetiny dítěte se jeví jako kratší, břicho prominuje, plosky nohou mají méně rýh. Nehty jsou krátké a genitál malý, varlata nesestouplá, velké pysky jsou rozevřené, nepřekrývají malé. (10, 23)

Pokud se dítě narodí před termínem porodu, je třeba myslet na možné komplikace, které by mohly nastat vzhledem k nezralosti celého organismu dítěte. (23)

Mezi nejčastější komplikace spojené s nezralostí patří nedostatečná funkce plic. Teprve ve druhé polovině těhotenství se začnou v plicích plodu odehrávat důležité změny, kdy se zvětšují alveoly a dostávají se blíže k plicním kapilárám. Pokud k těmto změnám nedojde, plod je ohrožen na životě. Nejsou zcela funkčně vyvinuty svaly hrudníku a povolené břicho tlačí na bránici. Dále je vlivem nedostatečně vyvinuté inervace snížena stimulace dechového centra a reflexů (kýchání, kašlání). Což je typické pro novorozence porozené před 32. týdnem těhotenství. Nevýhodou pro funkci nezralé plíce je zvýšená poddajnost hrudního skeletu. Ta zhoršuje provzdušnění plic a je zde vyšší riziko tvorby atelaktáz. Společně se sníženou poddajností tkáň vede ke zvýšenému zatížení dýchacích svalů, zejména bránice. Svaly se poměrně rychle unaví a vyčerpají, poté nastupují apnoické pauzy až zástava dýchání. Nezralé plíce jsou znevýhodněny i po stránce perfúzní. Labilita tkáňového prokrvení plic citlivě reaguje na jakoukoli změnu ve vnitřním prostředí organismu dítěte. Pro plnohodnotnou funkci

plicí je nezbytný plicní surfaktant. Surfaktant je lipoproteinový komplex, který pokrývá povrch bronchio-alveolárního systému. Snižuje povrchové napětí na hranici tekuté a plynné fáze, brání kolapsu alveolů na konci výdechu. Surfaktant se v plicích množství tvoří až do 35. týdne těhotenství. (3, 10, 23)

U předčasně narozeného novorozence je pro nezralost mnoha tělních systémů velké riziko vzniku sepse. Je to generalizovaná infekce celého krevního řečiště novorozence. Játra novorozence nejsou schopna produkovat protilátky, imunita získaná od matky je malá nebo prakticky žádná. Dítě nemá dostatečné zásoby živin, vitamínů a železa. Riziko sepse významně narůstá, pokud má matka infekci nebo se během porodu objeví nečekané komplikace. (9)

Dalším rizikem pro předčasně narozené dítě je hypoglykémie a hypokalcémie. Glukóza a kalcium se nejvíce přenáší placentou v období třetího trimestru. U předčasně narozeného dítěte, je tento přenos minimální a nevytvoří se dostatečné zásoby glykogenu a tuku. Tento stav bývá ještě umocněn zvýšenou potřebou glykogenu v mozku, srdci i jiných orgánech. Hypokalcémie se dělí na časnou a pozdní. Výskyt časně hypokalcémie je přímo úměrný porodní váze a gestačnímu věku dítěte. U většiny dětí trvá krátce a probíhá bez klinických příznaků. Pozdní hypokalcémie se vyskytuje méně často, objevuje se koncem prvního týdne života dítěte. Jako příčina se uvádí nadbytek fosfátu při výživě kravským mlékem, kdy hladina sérového kalcia klesá. Hypoglykémie je u předčasně narozených dětí poměrně běžná, dítě nemá dostatečné zásoby. (6, 23, 9)

Pro nezralé dítě představuje problém i výživa a hydratace dětského organismu. Dítě má malou kapacitu žaludku a svěrače na obou koncích nejsou zcela zralé, nezabrání regurgitaci a zvracení. Velký vliv má i snížená motilita střev a nízká produkce žaludečních šťáv. Dítě je slabé a nedokáže dostatečně sát, má nezralé sací a polykací reflexy. Výživa předčasně narozených dětí bývá velice komplikovaná, jelikož mají nedostatečné zásoby živin a současně zvýšenou potřebu glukózy a živin k zajištění růstu. (23)

Jestliže to zdravotní stav dítěte dovolí, mělo by být co nejdříve přiloženo k prsu matky. Pokud to není možné, měla by matka kolostrum odstříkávat. Matka by měla být

také dostatečně edukována o významu pravidelného odstříkávání mléka a vhodně podporována. Nedonošené dítě by mělo být kojeno pokud je bdělé, připravené k sání a má stabilní krevní oběh. (16)

WHO všeobecně doporučuje dítě plně kojit do ukončeného šestého měsíce věku dítěte, děti s alergickou zátěží ještě o měsíc déle. Při podávání kojeneckých příkrmů do dvou let věku dítěte. (29)

Mateřské mléko kromě svého ideálního složení laktózy, alfa laktalbuminu, mikrobul triglycerolů, polynasycených mastných kyselin, neutrálních oligosacharidů obsahuje také ochranné látky, které mají pro novorozence velmi důležitý antimikrobiální účinek. (18)

V posledních letech se provádělo mnoho výzkumů o vlivu kojení na inteligenci dítěte. Ve vztahu tomuto tématu se odborníci rozdělují do několika skupin, kdy se částečně, až zcela odlišují ve svých názorech. Zastánci dlouhodobého kojení dětí poukazují na pozitivní vliv kojení na vývoj kognitivních schopností. Obecně tedy platí, že děti kojené po určitou dobu kojeneckého věku dosahují v IQ testech vyšší hranice, než děti kojené jen krátkou dobu nebo vůbec. Zároveň však odborníci zdůrazňují, že je potřeba zjistit, zda jsou u kojených dětí IQ testy vyšší přímým vlivem kojení nebo zda mají vliv i jiné faktory jako je věk, rasa, vzdělání a inteligence matky, porodní váha dítěte či termín narození dítěte. (42)

Ke vzniku nekrotizující enterokolitidy je předčasně narozený novorozenec obzvláště náchylný a to vlivem sníženého krevního zásobení sliznice střeva krví. To může vzniknout na podkladě hypoxie či sepse, která sníží tvorbu protektivního hlenu na stěně střev. Nekrotizující enterokolitida je zánětlivé onemocnění střev, kdy zdrojem bakteriální infekce může být např. výživa kravským mlékem nebo sondou s hypertonicou výživou. Toto onemocnění může vést až k nekróze střeva. (9)

Další problém může představovat hypotenze, která se může objevit např. po významné perinatální ztrátě krve, či nezralosti adrenální hormonální odpovědi na stresovou situaci, jíž je předčasně narozený novorozenec vystaven. (23, 9)

Udržování optimální tělesné teploty nedonošeného dítěte patří mezi základní ošetrovatelské úkoly. Nezralé dítě nemá dostatek podkožního tuku, který slouží jako



tepelný izolant, poměr hmotnosti a povrchu těla je veliký, tzn. že ztráty tepla odpařováním jsou významné. Funkce potních žláz dítěte není dostatečná a jeho termoregulační centrum v hypothalamu není zralé. Předčasně narozené dítě drží své tělo v extenzi a tím zvyšuje plochu těla vystavenou vnějšímu prostředí a následně se zvyšují i tepelné ztráty. Dítě vyvíjí malou tělesnou aktivitu, jeho svaly jsou ochablé, málo odolné proti chladu a dítě není schopno se třást. Následně se zvyšuje metabolismus a stoupají i nároky na glukózu. Dítě je náchylnější na vznik hypoglykémie. Předčasně narozené dítě reaguje velmi citlivě na tzv. chladový stres, který následně vyvolá zvýšenou potřebu kyslíku a glukózy. (9)

I donošený novorozenec prochází po porodu obdobím útlumu krvetvorby, nedonošený novorozenec má tento útlum daleko významnější. Anémie nedonošených dětí má několik příčin: kratší doba přežívání erytrocytů, nezralé mechanismy krvetvorby s nedostatečnou sekrecí erytropoetinu, zvýšená hemolýza při hypoxii a opakované krevní odběry. Naopak příčinou anémie nedonošených není nedostatek železa. (32, 9)

Dalším problémem úzce spojeným s nezralostí je hyperbilirubinémie, kdy játra předčasně narozeného dítěte jsou nezralá a způsobují icterus neboli žloutenku. Kůže, sliznice a sklery mají oranžovožluté zbarvení. Játra nezralého dítěte nejsou schopna zpracovat zvýšené množství žlučových barviv v krvi, vzniklých zvýšeným rozpadem červených krvinek po narození. Je třeba vzít v potaz, že u předčasně narozených dětí je vzestup hladiny bilirubinu pomalejší a také déle přetrvává. (9)

Předčasně narozený novorozenec je náchylnější ke vzniku krvácení díky nedostatku srážecího faktoru protrombinu a vitamínu K. Ten se tvoří v játrech a ovlivňuje dozrávání koagulačních faktorů v játrech. (23)

V důsledku nezralého ledvinného a kožního systému je předčasně narozený novorozenec ohrožen nedostatečným odvodem odpadních látek z těla a dochází k elektrolytové a acidobazické nerovnováze. Dítě je ohroženo dehydratací, je limitována i tolerance soli a dítě je náchylnější k tvorbě otoků. Kůže je pro svou nezralost a křehkost snadno poškozena. (23, 9)

Bezprostředně po porodu lékař a dětská sestra hodnotí stav předčasně narozeného dítěte. Dítě je uloženo do vyhřevného lůžka, kde jsou zajištěny základní fyziologické funkce. Okamžitě je zajištěna průchodnost dýchacích cest novorozence a zajištěno dýchání. Současně je zajištěna i optimální teplota dítěte. Následně se pečuje o pupeční šňůru. Dítě se váží jen dle stavu, provede se jeho identifikace. Dále je dítě uloženo do inkubátoru a předáno na neonatologické oddělení. (23)

Stabilní teplota je pro dítě s nízkou porodní váhou životně důležitá a v péči o něj je tedy prioritou. Nedonošené dítě má sklon k podchlazení a na udržení své teploty spotřebuje velké množství energie a kyslíku, tím se snižuje dodávka kyslíku ostatním tkáním a následně se prohlubuje hypoxie. (12, 23)

Inkubátor je zařízení, které se snaží imitovat nitroděložní prostředí a pro nedonošeného novorozence je životní nutností. (15)

Je sestaven tak, aby produkoval teplo, vlhko, kyslík, mlhu, izoloval dítě a chránil jej před infekcí. Teplota inkubátoru je libovolně nastavitelná dle potřeb dítěte, musí být však pravidelně kontrolována, aby nedošlo k přehřátí. Nastavená koncentrace kyslíku je automaticky regulována a čistota vzduchu v inkubátoru je zajišťována bakteriologickým filtrem. Veškeré nastavené hodnoty, jako je teplota, koncentrace kyslíku, relativní vlhkost (optimální hodnota se udává 60 %) jsou zobrazovány na čelním panelu inkubátoru. Všechny důležité parametry jsou nepřetržitě hlídány pomocí alarmů. Pro zabezpečení provozuschopnosti alarmů při výpadku sítě, je v inkubátoru umístěn i záložní energetický zdroj. Některé modely jsou schopné měřit dech, tep a váhu novorozence. (1)

Otevřené lůžko je v podstatě otevřený inkubátor, jehož nespornou výhodou je snadná manipulace s dítětem. V otevřeném lůžku se provádí standardní ošetření novorozence, včetně prvotního ošetření novorozence na porodním sále. Dále se používá ke stabilizaci termoneustabilních novorozenců a k fototerapii novorozenců s hyperbilirubinemií. V lůžku je možné novorozenci podávat infúze, transfúze, ošetřovat předčasně narozené novorozence i na řízené plicní ventilaci. Lůžko slouží i jako místo pro provádění chirurgických zákroků u novorozenců. Technicky se otevřené lůžko skládá z: centrálního mobilního stojanu s elektroinstalací, vyhřevného modulu

s tepelným a světelným zdrojem, elektronického servogenerátoru s kožním teplotním snímačem, polohovatelného lůžka s vyhřívanou matrací a odklopnými bočnicemi, odkládací police, dále je možné lůžko doplnit o další příslušenství, jako je např. modré či bílé světlo k fototerapii. (1, 23)

Dalším způsobem, jak udržet optimální teplotu novorozence, je klokaní péče. U této metody se využívá přímého dotyku kůže novorozence a kůže rodiče. Tato péče se poprvé použila při nedostatku inkubátorů a zdravotníků v roce 1979 v Bogotě. Dnes je tato metoda hojně využívána po celém světě. Dítě má pouze plenku a leží na matčině hrudi. Kůže dítěte je prohřívána, dítě se okamžitě zklidní a prohlubuje se vztah mezi rodičem a dítětem. (23)

Klokaní péče je jednou z metod bazální stimulace. Touto péčí lze ošetřovat ve zdravotnickém oddělení i v domácím prostředí. Tato metoda má mnoho výhod jednak pro dítě, ale i pro matku. Z výhod pro dítě je to např. rychlejší stabilizace, citová podpora ve vztahu matka – dítě, menší výskyt apnoických pauz a periodického dýchání, dítě má stabilnější tělesnou teplotu, je méně plačtivé, dále tělesný kontakt pomáhá matce a dítěti uvést synchronizaci spánku. Dalším pozitivem klokaní péče je stimulace tvorby mateřského mléka pomocí tělesného kontaktu matky s dítětem. Výhodou pro matku je fakt, že při klokaní péči nepotřebuje pro sledování dýchání dítěte žádný monitor, neboť sama cítí, že dítě dýchá. Pro oba nastává termální synchronie, kdy matka svou tělesnou teplotu přizpůsobí potřebám dítěte. Matka nabývá pocitu, že přestože porodila předčasně, zajišťuje svému dítěti tu nejlepší možnou péči. Matka je dříve mobilní a je schopna se navrátit do běžného života. Matka má pocit, že se vzájemně s dítětem lépe poznají, rozezná jeho projevy, signály a potřeby. Během klokaní péče nabývá matka většího sebevědomí, s dítětem komunikuje a projevuje radost z přítulení dítěte. (25)

Převážná část předčasně narozených novorozenců je při porodu zdravá, přestože jsou daleko častěji zatíženi vrozenými vadami a trpí retardací růstu v děloze matky. Vzhledem k jejich nezralosti vyžadují bezprostřední specializovanou a často i intenzivní péči. Předčasně narození novorozenci nejsou schopni se sami adaptovat na mimoděložní prostředí. Správně vedená komplexní péče o předčasně narozené

novorozence musí vést nejen k jejich přežití, ale také k vytvoření vhodných podmínek k jejich optimálnímu dozrávání a růstu. (10)

Všeobecně platí, že pokud předčasně narozené dítě není postiženo závažnou vrozenou vadou, či nějakými komplikacemi dosáhne stejného růstu jako dítě narozené v termínu porodu přibližně v období dvou let. Děti s velmi nízkou porodní váhou (děti vážící pod 1500 g), zvláště pokud mají jakoukoli vrozenou vadu, chronickou chorobu, nedostatečný příjem potravy či nedostatečnou péči, stejné úrovně jako donošené děti nedosáhnou nikdy. Je nutné u předčasně narozených dětí počítat jejich současný růst a vývoj jako současný věk minus počet týdnů, o které se dítě narodilo dříve. (23)

#### **1.4 Model Hildegard E. Peplau – psychodynamické ošetřovatelství**

##### **1.4.1 Autobiografie Hildegard E. Peplau**

H. Peplau (portrét viz. příloha 15) se narodila 1.9.1909 v městě Reading, Pensylvánii jako druhá dcera imigrantů Gustava a Ottylie Peplau. Byla jednou z jejich šesti dětí, měla dvě sestry a tři bratry. V roce 1918 byla jako dítě svědkem ničivé epidemie chřipky. Tato osobní zkušenost výrazně ovlivnila její chápání dopadu onemocnění a úmrtí na rodiny pacientů. (50)

Po absolvování Pottstown Pennsylvania School of Nursing získala diplom v roce 1931. Poté působila jako vedoucí na operačním sále v Pottstown Hospital a jako vedoucí ošetřovatelství v Bennington Hospital. (39)

V roce 1943 získala bakalářské vzdělání v psychologii mezilidských vztahů na Bennington College ve Vermontu. (8, 39)

V letech 1943-1945 sloužila v armádě a byla přidělena k 312. polní nemocniční stanici v Anglii, kde se nacházela americká vojenská psychiatrická škola. Zde se setkala a spolupracovala se všemi velkými osobnostmi britské a americké psychiatrie, např. Erich Fromm, Freida Fromm-Riechman a Harry Stack Sullivan. (39)

Po válce H. Peplau spolupracovala s těmito renomovanými psychiatry a pracovala na přetvoření „Systému duševního zdraví“ ve Spojených státech, konkrétně na části Národní duševní zákon z roku 1946. Celoživotní práce H. Peplau byla

zaměřena zejména na rozšíření Sullivanovy interpersonální teorie a její použití v ošetrovatelské praxi. V roce 1947 dosáhla magisterského vzdělání v psychiatrickém ošetrovatelství na Teachers College, Columbia, New York. Její myšlenky a názory byly dobře známé nejen z publikací, ale z jejích prezentací, projevů a klinických školení. H. Peplau prosazovala další vzdělávání sester, aby mohly poskytovat pacientům adekvátní péči, než jak tomu bylo dříve v psychiatrických léčebnách. (8, 39)

V letech 1947-1952 pracovala na Columbia University New York. Od roku 1954 do roku 1974 přednášela psychiatrické ošetrovatelství na Rutgers University. V letech 1950 až 1960 prováděla letní workshopy pro zdravotní sestry v celých Spojených státech, v Kanadě, Africe a Jižní Americe, především ve státních psychiatrických nemocnicích. V těchto seminářích učila sestry poznávat a vytvářet mezilidské vztahy, techniky rozhovorů, stejně jako individuální, rodinné a skupinové terapie. (8, 39)

H. Peplau byla uznávanou poradkyní Světové zdravotnické organizace a hostující profesorkou na univerzitách v Africe, Latinské Americe, Belgii, a po celých Spojených státech. Silná propagátorka postgraduálního vzdělávání sester a výzkumu v ošetrovatelství. H. Peplau byla také poradkyní amerického chirurga generála US Air Force a Národního institutu duševního zdraví. V té době se H. Peplau účastnila i mnoha vládních jednání. (39)

V letech 1969-1974 byla prezidentkou a později viceprezidentkou ANA (American Nursing Association), členkou Americké ošetrovatelské akademie, dále byla spolupracovnicí WHO (World Health Organization) a zakladatelkou a vydavatelkou časopisu „Properties in Psychiatric Care“. (8, 39)

V roce 1974 byla penzionována. Po jejím odchodu do důchodu z Rutgers působila v letech 1975 a 1976 jako hostující profesorka na univerzitě v Lovani v Belgii. Tam pomohla založit první postbakalářský ošetrovatelský program v Evropě. (39)

17. 3. 1999 zemřela po krátké nemoci ve svém domě v Sherman Oaks v Kalifornii. Zemřela v 89 letech. (8,39)

V roce 1952 publikovala H. Peplau knihu „Interpersonal Relations in Nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetrovatelství) New York: G. P. Putnam & Sons. V roce

1964 vydala knihu „Basic principles of patient counselling“ (Základní principy pacientova poradenství). Philadelphia: Smith Kline & French Laboratories. (39)

Třetí knihou byla v roce 1991 „Interpersonal relations in nursing: A Conceptual framework of reference for psychodynamic nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetřovatelství: koncepční rámec psychodynamického ošetřovatelství) New York: Springer Publishing Co. (39)

H. Peplau jednou řekla, že testem dobré myšlenky je to, zda bude mít vliv i v budoucnu. Její původní kniha z roku 1952 byla přeložena do devíti jazyků a v roce 1989 byla ve Velké Británii opět vydána. Springer Publishing vydal i část dosud nezveřejněných děl H. Peplau. Na nich je patrné, že myšlenky a nápady H. Peplau obstály ve zkoušce času a jsou aktuální i dnes. Její práce, včetně nepublikovaných dokumentů, je archivována v Schlesinger Library, Harvard University. (39)

H. Peplau byla jednou z předních světových teoretiček ošetřovatelství. V roce 1996 americká akademie Ošetřovatelství ocenila H. Peplau jako "Living Legend". V roce 1997 získala cenu Christiane Reimann, nejvyšší ocenění světového ošetřovatelství na kongresu ICN v Quadriennale. Toto ocenění je udělováno jednou za čtyři roky za významný přínos ošetřovatelské péči. V roce 1998 byla Americkou asociací sester uvedena do ANA Hall of Fame (síně slávy). H. Peplau je považována za „matku psychiatrického ošetřovatelství“ díky teoretické a klinické práci, která vedla k rozvoji psychiatrického ošetřovatelství. (39)

Její kniha „Interpersonální vztahy v ošetřovatelství“ byla dokončena již v roce 1948, přesto však byla vydána až o čtyři roky později. V tu dobu bylo totiž příliš revoluční a společensky nepřijatelné, aby zdravotní sestra vydala odbornou knihu, aniž by byl lékař alespoň spoluautorem. H. Peplau ve své knize široce popisuje nutnost transformace ošetřovatelství a zaměřuje se na interpersonální procesy, roli sestry v ošetřovatelské péči, metody používané při studiu ošetřovatelství a interpersonálních procesů. H. Peplau definuje ošetřovatelství jako interpersonální proces, jež zahrnuje interakci mezi dvěma či více jednotlivci a společným cílem. Jakmile H. Peplau zveřejnila své poznatky a zavedla interpersonální proces do ošetřovatelské péče, byly integrovány i do vzdělávání sester a samotných ošetřovatelských postupů, nejprve ve

Spojených státech a následně i v Evropě. Z této důležité transformace ošetřovatelství vyplývá, že život a dílo H. Peplau přinesly největší změny v ošetřovatelské praxi od dob Florence Nightingale (1820-1920). (39)

V roce 1990 byla založena cena H. E. Peplau na počest sestry, která významně přispívala v průběhu celého života ke zlepšení ošetřovatelské praxe prostřednictvím vědecké činnosti, klinické praxe a rozvojem zdravotní politiky, která byla konkrétně zaměřena na psychosociální a psychiatrické aspekty poskytování ošetřovatelské péče.

Podvýbor pro Cenu Hildegard Peplau ohodnotí všechny nominace na ocenění a doporučí kandidáta pro jeho schválení výborem pro čestné Ocenění a schválení ANA představenstvem. Kritéria a formulář pro nominaci na cenu H. Peplau (viz. přílohy č. 12, 13) (52, 53)

*„Mám několik skutečných přátel v ošetřovatelství.  
Ani to mi však moc nepomohlo.  
Jestli to byly jen sestry v akademickém světě  
nebo jestli to byla jen nedůvěra ve vedoucí postavení žen, nevím...“*

*Hildegard E Peplau*

*March, 1992*

(5)

#### ***1.4.2 Analýza modelu Hildegard E. Peplau***

H. Peplau definuje samotné ošetřovatelství jako interpersonální proces, který je interakcí mezi jednotlivci se společným cílem. K této interakci dochází mezi sestrou a pacientem, kdy sestra uplatňuje svou flexibilitu a efektivně využívá zručností a zkušeností založených na vědeckých poznatcích a současně přebírá několik rolí. Jako pacienta označuje H. Peplau každého člověka, který potřebuje ošetřovatelskou péči. (8, 28)

Model samotný se vyvíjel během ošetřovatelské praxe H. Peplau a jejího studia psychiatrického ošetřovatelství. Jako první si vypůjčila poznatky i z jiných oborů

a použila je v ošetrovatelství. Její model do značné míry ovlivnil Sullivanův model interpersonálních vztahů a v jistém smyslu odráží i psychoanalytický model. (8)

Harry Stack Sullivan byl jedním z nejvýznamnějších inovátorů a myslitelů americké psychiatrie. Žil v letech 1892-1949. Sullivanův hlavní přínos byl v rozvoji tzv. kulturní psychoanalýzy. Dle Sullivana mají rozhodující význam v mentálním vývoji člověka mezilidské vztahy v dětství, společenské podmínky a tlaky. Jeho nápady, dosavadní poznatky psychiatrie a společenské vědy dohromady tvoří to, co bylo nazváno sociální psychiatrií. Sullivan koncipoval psychiatrii jako společenskou vědu. Úzce spolupracoval s antropologem Edwardem Sapirem, kulturní antropoložkou Ruth Benedict a politickým psychologem Haroldem Lasswellem. Sullivan popsal důležitost pochopení interakce mezi osobou a společností, což bylo obrovským přínosem jak pro klinické pracovníky, tak výzkumníky. (7)

H. Peplau svůj model interpersonálních vztahů vyvíjela postupně popisem jednotlivých struktur interpersonálního procesu a jeho jednotlivých fází ve vztahu sestra - pacient. Sestra společně s pacientem identifikuje problém pacienta se zaměřením na vyřešení zdravotního problému. Přístup k řešení tohoto problému je u nich odlišný, vlivem jejich vlastní osobnosti a osobních zkušeností s daným problémem. H. Peplau uvedla, že každý člověk by měl být respektován jako jedinečný biologicko – psychologicko – spirituálně – sociální celek a je třeba si uvědomit, že každý člověk reaguje rozdílně. Významný vliv má na jedince také kultura, prostředí, zvyky a osobní hodnoty. Každý člověk do interakce přináší určité předpojaté myšlenky, které ovlivňují jeho vnímání a tím vznikají rozdíly ve vnímání samotném. Vnímání je velmi důležité pro interpersonální procesy. Sestra i pacient při navazování interpersonálního vztahu vzájemně poznávají své role i faktory provázející problém. Sestra společně s pacientem směřuje k vyřešení pacientova zdravotního problému. (8)

Metaparadigmatické koncepce ošetrovatelství vysvětluje H. Peplau následovně: osoba je člověk, který žije v nestabilní rovnováze a snaží se redukovat napětí, které je důsledkem neuspokojení jeho vlastních potřeb. Zdraví definuje jako slovní symbol, který vede k rozvoji osobnosti směrem k tvořivosti a produktivitě v osobním i společenském životě. Prostředí H. Peplau popisuje jako kulturu, domácí a pracovní



prostředí, kdy se zvláště zaměřuje na psychosociální aspekty ve vztahu osoby a prostředí. Ošetřovatelství H. Peplau charakterizuje jako významný interpersonální proces. Jde o humanistický vztah mezi pacientem a sestrou, připravenou rozpoznat problém a poskytnout adekvátní pomoc. „Sestra asistuje pacientovi při tomto interpersonálním procesu, jehož hlavními složkami jsou: sestra, pacient, terapeutický vztah, cíl, lidské potřeby, obava, napětí, frustrace“. (8, s.142)

#### ***1.4.2.1 Role sestry dle Hildegard E. Peplau***

H. Peplau definovala několik rolí sestry. Je třeba uvést, že sestra v procesu navazování terapeutického interpersonálního vztahu zaujímá několik rolí. Tyto role se vyznačují příslušným druhem chování. (28)

Své role sestra mění podle aktuální situace a fáze interpersonálního vztahu. Jednotlivé role sestry jsou tedy určovány i aktuální fází procesu (viz. příloha č. 14), kdy se sestra snaží s pacientem spolupracovat a společně vyřešit jeho zdravotní problémy. (31)

Roli neznámé osoby sestra zaujímá v případě, že se s pacientem setkává poprvé. Sestra přistupuje k pacientovi zdvořile, bez předsudků a plně ho akceptuje. Tato role souvisí s úvodní etapou terapeutického vztahu sestra – pacient. Sestra musí věnovat svou pozornost každému jedinci, přestože většinou není schopen sdělovat své pocity. Sestra také plně spolupracuje s rodinou pacienta. (28)

Následuje další role a to role pomocnice, kdy sestra klade pacientovi otázky, týkající se jeho zdravotního problému a nabízí mu vědecky podložené, předem připravené odpovědi. Sestra pacientovi vysvětluje nejasnosti a pomáhá mu pochopit příčinu jeho zdravotního problému a plán medicínské léčby. (8)

Role učitelky je vlastně kombinací všech rolí sestry. Sestra musí vycházet ze znalostí pacienta, učit ho to, co neví a to, o co má pacient zájem. (28)

V roli vůdce sestra pacienta vede ke splnění jeho aktuálních povinností prostřednictvím spolupráce a aktivní účasti pacienta. (28)

Působnost sestry v roli zástupce záleží na míře závislosti a vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient. (8)

Role poradce, která je dle H. Peplau nejvýznamnější v psychiatrickém ošetřovatelství, se uplatňuje ve vztahu sestra – pacient tehdy, pokud sestra adekvátně reaguje na pacientovu potřebu podpory. (28)

Podle H. Peplau je ošetřovatelství zkušenost, která umožňuje poznávat jak sebe, tak i ostatní, kteří jsou součástí interpersonální činnosti. Terapeutický vztah sestra – pacient vzniká v období jejich vzájemné interakce, přičemž jak u sestry, tak u pacienta dochází k učení a rozvoji osobnosti. Pomocí vzájemné komunikace a vyváženého interpersonálního vztahu se posiluje růst a vývoj pacienta a současně se snižuje či odstraňuje jeho úzkost. Potřeby, frustrace, konflikt a úzkost jsou psychologické zkušenosti, které pacientovi ubírají energii a na kterých závisí jeho chování a jednání. To, jak pacient řeší problémy, značně ovlivňují jeho minulé zkušenosti, výchova, kultura a individuální zvláštnosti, které musí sestra pochopit, plně akceptovat a zároveň plnit svou profesionální roli. (8)

Jak již bylo uvedeno, model H. Peplau vychází ze Sullivanovy teorie, podle které je chování člověka silně motivováno dvěma hnacími silami. Jednak snahou po uspokojení a jednak snahou po bezpečí. Jestliže nejsou uspokojené, vznikají tenze spojené s potřebami a úzkostí. Tenze spojené s potřebami vznikají, jestliže je uspokojování potřeb frustrované. Tenze spojené s úzkostí vznikají, pokud není naplněna snaha o bezpečí. (28)

Podle H. Peplau má každý jedinec bio-psycho-sociální kvality, které ho motivují k sebezachování, reprodukci a růstu. Kromě návyků a osobních zkušeností je chování jedince významně ovlivňováno i tenzemi, které se jedinec snaží eliminovat, popřípadě snížit. Tyto činnosti H. Peplau nazvala transformací energie. Tenze se promítají do lidského chování i do mezilidských vztahů a u každého člověka vedou k vytvoření určitých vzorců chování, jde o tzv. sérii dynamizmů. Člověk tyto vzorce chování opakovaně používá k eliminaci tenzí, které jsou vyvolané buď neuspokojením potřeb nebo úzkostí. (28)

Příčinou vyhledání zdravotnické a ošetřovatelské pomoci jsou problémy fyzické, psychologické či sociální a většinou jsou spojeny s problémy v mezilidských vztazích. Vztah sestra - pacient, který začíná prvním kontaktem, přes intenzivní péči,

období rekonvalescence, až po propuštění probíhá ve čtyřech fázích, během kterých sestra postupně zastává několik rolí. (28)

Dle H. Peplau by sestra měla v každé situaci pacienta plně respektovat a vyjadřovat mu svůj zájem, projevovat pacientovi obyčejnou neosobní zdvořilost, zacházet s ním jako s „novým hostem“. (31)

#### ***1.4.2.2 Fáze modelu Hildegard E. Peplau***

První fází je orientace, kdy se sestra poprvé setkává s pacientem. Oba vystupují jako dvě cizí osoby. Pacient přichází, protože cítí potřebu odborné pomoci. Je důležité, aby sestra již během analýzy situace spolupracovala s pacientem a jeho rodinou, aby se vzájemně poznali, objasnili a definovali problém pacienta. Pacientovo vzdělání, kultura, náboženské přesvědčení, očekávání a minulá zkušenost ovlivňují reakci sestry na pacienta. Stejně důležitou součástí terapeutické interakce je jak sestra, tak pacient. Nejen sestra, ale i pacient a jeho rodina společně poznávají, objasňují a definují zdravotní problém pacienta. Objasnění a definice problému, okamžitě po jeho rozpoznání, snižuje napětí, obavy a strach pacienta. Sestra informuje pacienta o ošetrovatelských dovednostech a praktikách, které jsou vhodné k vyřešení konkrétního problému klienta. Fáze orientace je velmi důležitá, neboť navodí u pacienta pocit bezpečí. V úvodu této fáze se sestra s pacientem potkávají jako dva cizí lidé a na konci se společně snaží pojmenovat pacientův problém. (8)

Druhou fází ve vytváření interpersonálního vztahu sestra – pacient je fáze identifikace. Aby se mezi sestrou a pacientem vytvořil zdravý pracovní vztah, je nutné si vzájemně ujasnit své představy a očekávání. V této fázi začíná pacient postupně vnímat sestru jako osobu, která mu může pomoci. Při identifikaci problému a návrhu jeho řešení může pacient reagovat několika způsoby: je pasivní a zcela závislý na sestře nebo zcela autonomní a na sestře nezávislý nebo aktivně spolupracující, ale na sestře částečně závislý. Tato fáze je velice důležitá nejen pro pacienta, ale i pro sestru. Pacient rozpoznává nové strategie a způsoby chování, kterými může reagovat a sestra si vytvoří podrobnější představu o jeho interpersonálních zručnostech a jak je co

nejlépe využít při řešení problému. V této fázi reaguje každý pacient individuálně a proto je nutný intenzivní terapeutický vztah sestra – pacient. (8, 28)

Ve třetí fázi exploatace (využití) se pacient stává součástí prostředí, které se mu snaží pomoci. Díky pomoci sestry začíná mít situaci pod svou kontrolou a využívá nabídnuté služby. Pacient se již plně zapojuje do činností prováděných v zájmu jeho uzdravení. Během této fáze může mít pacient mnohem více požadavků na sestru, než doposud. Sestra však musí pacienta neustále povzbuzovat v poznávání, vyjadřování jeho myšlenek a pocitů. Základem vztahu sestra – pacient musí být profesionální blízkost obou zúčastněných. Pacient se stává čím dál více samostatnějším, soběstačnějším, iniciativnějším, zodpovědnějším, čím dál víc věří ve své schopnosti, přesto si však klade reálné cíle k podpoře vlastního zdraví. Těchto cílů je možné dosáhnout pouze, pokud pacient věří ve své vlastní schopnosti. Dle modelu H. Peplau je v této fázi pacient tím, kdo vykonává hlavní činnost. Pacient musí být aktivní v komunikaci se sestrou. Sestra svou činnost zaměřuje na povzbuzování a poskytování prostředků pro pacienta. Vývoj pacientových kompetencí je ve fázi exploatace prioritou. Sestra musí pacientovi pomoci využít všechny cesty pomoci a společně mohou postupovat k poslední fázi interpersonálního procesu. (28)

Poslední fází je rezoluce (ukončení). Ve fázi rezoluce jde o postupné uvolňování identifikace pacienta se sestrou. Dochází k ní pouze tehdy, pokud je pacient schopný nezávisle existovat, jeho potřeby jsou splněné a sestra se může zaměřit na nové, náročnější cíle. Terapeutický vztah sestra – pacient, který mohl oba značně posílit, je nutné přerušit. Samotné uskutečnění této fáze je odrazem úspěšnosti vykonávaných aktivit mezi sestrou a pacientem v jednotlivých fázích interpersonálního procesu. (8, 28)

Koncepcí modelu H. Peplau je psychodynamické ošetřovatelství, které umožňuje jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra využívá svých vlastních zkušeností k porozumění chování lidí, rozpoznání jejich problémů, které urovná či odstraní prostřednictvím principů interpersonálních vztahů. Jádro psychodynamické péče tvoří role sestry, které jsou v interpersonálním vztahu sestra – pacient nezastupitelné. (28)

## 1.5 Využití modelu Hildegard E. Peplau v péči o matku a novorozence

### 1.5.1 Vztah matka – dítě

„Byl jeden král a královna a neměli děti. Král se pro to trápil. Královna prosila Pánaboha, aby ji vyslyšel a dal jim alespoň jediného potomka, aby se království po jejich smrti nedostalo do cizích rukou. Konečně se královně narodilo dítě, ale ženy, které byly kolem ní, je rychle odnesly, aby se neulekla. Byl to synáček a měl medvědí kůži. Královna ho chtěla vidět, ženy jí to vymlouvaly, ale ona rozkázala, aby jí ho ukázaly, i kdyby ani člověku nebyl podoben. Přinesly jí medvídku huňatého a ona ho k srdci přivinula.

Kravec medvěd, J. Horák (Čarodějná mošna)“.

(17, str. 136)

Dítě dává lidskému životu cíl, směr a smysl. Dítěti rodiče věnují svou lásku, péči, své schopnosti a svůj čas. Pro rodiče je dítě zdrojem energie, štěstí, radosti a pocitu blízkosti. Přejít k rodičovství je velice významný, podle psychologického měřítka zátěže se narození prvního dítěte uvádí jako výrazná zátěž. Ostatní životní přechody, oproti přechodu k rodičovství jsou pozvolné. Rodiče prvního dítěte velice často po narození dítěte zažívají šok. (17)

Ať už je těhotenství plánované či nikoli, zásadně se mění mezilidské vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. Rodiče se mohou cítit zaskočení skutečností, že se stanou rodiči a zaobírají se otázkou, jak přicházející dítě naruší jejich partnerský vztah. Rodiče, kteří již dítě mají, zpravidla řeší otázku, jak dokáží svou energii a lásku rozdělit mezi starší dítě a novorozence. Mezi hlavní úkoly, které musí žena v průběhu jejího těhotenství řešit je bezpečný průběh těhotenství pro ni i pro dítě, smířit se s rolí matky, naučit se pečovat o sebe a dítě, nechat plně rozvinout vztah k dítěti. Samotné těhotenství není pro ženu jen fyzická záležitost. V jeho průběhu se musí postupně naučit akceptovat dítě jako součást sebe sama a následně jako samostatnou lidskou bytost. Těhotná žena se mění v matku. V počátku většina žen vnímá své těhotenství s rozporuplnými pocity, ať už je těhotenství plánované či nikoli. Vyšší hladina těhotenských hormonů způsobuje určitou citovou labilitu matky. Ve druhém trimestru

se s rostoucí dělohou stává dítě pro matku hmatatelnějším. Matka začíná cítit pohyby dítěte a začíná jej vnímat jako samostatnou bytost. Pro většinu žen je druhý trimestr výrazně stabilnějším obdobím a překonává svou rozpolcenost. Ve třetím trimestru se matka stává opět citlivější, připadá si nepřitažlivá a přicházejí obavy z blížícího se porodu. Fyziologické těhotenství je obdobím významných změn a růstu. Rizikové těhotenství je navíc zatíženo dalšími stresory. Žena s rizikovým těhotenstvím často upouští od představ a plánování budoucnosti dítěte. Aby matka předešla bolesti z případné ztráty dítěte, může se svému nenarozenému dítěti vzdálit. V průběhu rizikového těhotenství, kdy je žena např. hospitalizována, se zcela mění i její obvyklé role. (23)

Existují tři fáze poporodní proměny matky: přijímání, ujímání se a smíření. Přijímání je první fází, kdy matka je pasivní a veškerou iniciativu přenechává na ostatních (oš. personálu). Se svým okolím hovoří o porodu a projevuje zájem o dítě, péči se však ještě vyhýbá. Zotavuje se z porodu a má malý zájem o poučování. Ve fázi ujímání se začíná být matka aktivnější a zajímá se o péči o dítě. Ke svému výkonu je kritická. Tato fáze je nejvhodnější pro poučování matky. Ve třetí fázi – smíření se matka snaží změnit svůj dosavadní životní styl a nově uspořádat rodinné záležitosti, aby do nich co nejlépe zapadlo i novorozené dítě. Mnoho matek se musí vzdát svého ideálu o porodu i představ o dítěti. Přijmou a akceptují své dítě takové, jaké je. (23)

Samotné mateřství způsobuje u žen veliké hormonální, tělesné a duševní změny. V prvních týdnech po porodu matky velice často zažívají protichůdné pocity radosti i emocionálního zklamání, to se označuje jako „postpartální blues“ nebo tzv. „baby blues“. V tomto období matka prožívá období pláče, náladovosti a úzkosti. Tento stav je pro ni něco zcela nevysvětlitelného a velmi ji to znepokojuje. Důvod tohoto stavu není dosud vysvětlený, jako jeho příčina se předpokládá významná hormonální změna po porodu. Postpartální blues samovolně odezní během několika dnů. Postpartální deprese je stav, kdy je matka uzavřená do sebe, netěší se ze života, nemá zájem o druhé, má intenzivní pocity nedostatečnosti, selhání a viny. Dále pociťuje neschopnost soustředit se, trvalý pocit únavy a vyčerpání. Zdravotnický personál může také někdy pozorovat panické ataky, vtíravé myšlenky a narušení spánku. Depresivní matka je

daleko úzkostnější a jako matka se cítí naprosto neschopná. Interakce mezi matkou a dítětem je omezená a matka má zpomalené reakce a podněty dítěte. Tyto děti pak zpravidla bývají podrážděnější. Doposud nebyla zjištěna příčina postpartální deprese a může trvat i měsíce, než dojde ke zlepšení stavu matky. (23,46)

První seznámení novorozence se světem se jednoduše odehrává prostřednictvím toho, co dělá matka. Jednak pomocí hlasu, tváře, rukou i celého těla. Pomocí této choreografie začíná dítě získávat znalosti a zkušenosti z okolního světa a přítomnosti druhých lidí, lidským hlasem a lidskou tváří. Pomocí formy a změny lidské tváře a hlasu se snaží vyjadřovat své pocity, potřeby a touhy. (43)

Těsnou vazbou na matku, při níž novorozenec zažívá vcítění a bezmeznou lásku, cítí se v bezpečí a ze své přirozené zvědavosti množí další vazby. Tato těsná vazba pokračuje nejméně do dvou let věku dítěte. Matka svému dítěti nabízí biologické zrcadlo, díky kterému může vnímat a poznávat samo sebe. (35)

Dítě přichází na svět se specifickými schopnostmi podílet se na budování lidských vztahů a zvláštních souvislostí. Okamžitě po narození se stává plnohodnotným partnerem ve vytváření svých prvních a nejdůležitějších vztahů, přestože jeho sociální vybavení je do značné míry nezralé. Avšak nelze je opomíjet. Je třeba mít na paměti, že každá lidská bytost je tím, čím je v daném okamžiku setkání. Existují určité sociální nástroje a pomůcky, které dítě vedou a umožňují mu zapojit se do sociálních interakcí. Teprve před deseti lety začal být brán v potaz pohled jako hlavní sociální chování, pomocí kterého se vytvářejí sociální vztahy a vazby. Vizuálně – motorický systém začíná fungovat okamžitě po narození a navíc je novorozenec vybaven i reflexy, které mu umožňují daný objekt sledovat a svůj zrak na něj fixovat. Je zajímavé, že novorozenec je schopen, bez předchozí zkušenosti, pohybuující se předmět sledovat a upírat na něj svůj zrak. V prvních týdnech po narození je téměř veškerá pozornost dítěte v době bdění orientována na krmení, tzn. kojení či krmení z lahve. Ukázalo se, že matčin obličej je téměř přesně ve vzdálenosti dvaceti pěti centimetrů od očí dítěte. Dále bylo zjištěno, že matka tráví až sedmdesát procent času krmení tím, že pozoruje své dítě. Znamená to, že dítě se se vši pravděpodobností nejvíce dívá na matčinu tvář, respektive na matčiny oči. Tímto tvrzením se vyvrátily dřívější teorie, které tvrdily, že

dítě nejčastěji sleduje matčin prs. Ten je však příliš blízko, aby na něj mohlo dítě zaostřit. (43)

Velice důležité pro formování vzájemné komunikace mezi matkou a jejím dítětem jsou oční kontakty. Hned po narození matka zcela nevědomě, ale přesně zachycuje pohled svého dítěte a odpovídá na něj. Tímto zcela nevědomým jednáním je signál dítěte posilován. Matka se začne aktivně projevovat, jakmile dítě otevře oči a pohlédne na ni. To vše probíhá v rámci tvorby jejich vzájemné interakce. (48)

I výraz tváře novorozence má významný vliv na komunikaci matky s novorozencem. Je neuvěřitelné, jaké množství obličejových výrazů může předvádět novorozenec. Tyto výrazy se někdy zdají být totožné s výrazy tváře dospělých. Ve výrazu tváře novorozence lze vyčíst intenzivní vizuální zájem, sarkastický humor, mazanost, moudrost, znechucení, odmítnutí, zmatené zamračení i vyrovnaný úsměv. Není však podloženo, zda novorozenec při přehrávání těchto grimas něco prožívá. Tyto rané výrazy tváře jsou reflexivní a při jejich studiu je třeba brát v potaz i individuální odlišnosti každého novorozence. (43)

Novorozenec je však, kromě vrozených reflexů a různou kvalitou smyslů, vybaven jednou z nejdůležitějších schopností a to schopností učení. Ta se projevuje v určité míře i v prenatálním období. Schopnost učení je vrozená, ale to, co se novorozenec naučí, je získané. V této chvíli již začíná celoživotní interakce vrozených dispozic a vlivu prostředí. (48)

V novorozeneckém věku je dítě obzvláště citlivé na separaci matky. Toto období je obdobím adaptace, kdy se dítě přizpůsobuje zcela novým podmínkám. Matka novorozence spojuje s okolním světem na základě intimního vztahu, který se vyvíjel v prenatálním období. (40)

Intimní vztah matka – dítě dodává dítěti bazální pocit bezpečí a jistoty. Potřebu bezpečí a jistoty uvádí Maslow ve své hierarchii potřeb hned za fyziologickými potřebami. Potřeba bezpečí a jistoty je potřeba vyvarovat se nebezpečí a ohrožení (viz příloha 3). (51)



Sociální interakce mezi matkou a jejím dítětem, která vzniká již prenatálně, se kojením dále upevňuje, prohlubuje, působí emocionálně i biologicky. (27)

Na předčasně narozené dítě lze pohlížet dvěma způsoby: jednak jako na plod, který je násilně nucený žít mimo dělohu, nebo jako na dítě se stejnými potřebami jako dítě donošené, jen křehčí. Pokud se díváme na nedonošené dítě jako na plod, je dítě umístěno do inkubátoru, redukuje se světlo, simuluje se život v děloze, např. se pouští dítěti tlukot srdce. Pokud se na dítě díváme z druhého pohledu, jako na křehčího novorozence, je stimulováno hračkami, hlazením, chováním v náručí, simulace dnu a noci, stejně jako u dítěte donošeného. Matka své dítě hned po narození instinktivně hladí, čímž probouzí jeho smysly a optimálním držením dítěte u něho navozuje pocit jistoty a bezpečí. (48, 14)

### ***1.5.2 Aplikace modelu Hildegard E. Peplau v praxi***

Jak již bylo v předchozí části popsáno, model psychodynamického ošetřovatelství H. Peplau jasně vymezuje několik rolí sestry. Ty se však postupně mění, podle toho v jaké fázi interpersonálního vztahu se sestra s matkou nachází. (8)

Mezilidský vztah sestra – matka se tvoří postupně. Matku chápeme jako jedinečnou biologickou a psychickou bytost, která je schopna tvořit a ovlivňovat své okolí. Peplau vychází ze skutečnosti, že zátěž vyvolá napětí, které paradoxně může být zdrojem energie. (36)

Předčasné narození dítěte je velice náročnou situací nejen pro dítě, ale také pro jeho rodiče. Po předčasném porodu je zdravotnický personál tím nejbližším okolím pro oba rodiče, respektive matku. Proto je zdravotnický personál, ať už se jedná o porodní asistentky, dětské sestry či lékaře, klíčovým bodem zvládnutí této psychické zátěže rodiči. Citlivým jednáním, vhodným podáváním informací i poskytnutím emoční podpory může rodičům zdravotnický personál velmi pomoci. Je důležité si však uvědomit, že navazování dobrého vztahu mezi rodiči a zdravotnickým personálem nezáleží jen na zdravotnickém personálu, ale na obou stranách. (41)

V první fázi orientace se poprvé dětská sestra setkává s matkou a v konkrétní situaci vystupují obě jako dvě zcela neznámé osoby. Dětská sestra v dané chvíli musí zanalyzovat situaci, své chování a požadavky přizpůsobit s ohledem na: vzdělání matky, její kulturu, náboženské přesvědčení očekávání i minulou zkušenost. (8)

Přístup k matce je profesionální, empatický. Náš přední psycholog Prof. PhDr. Křivohlavý uvádí, že soucítění zaujímá důležité místo ve zdravotní péči, proto je také uvedeno hned vedle teoretických a praktických znalostí sester a lékařů. (19)

Je třeba zmínit, že do péče o dítě není zapojena pouze matka, ale i otec dítěte. Oba dva se postupně stávají rovnocennými partnery lékařů i dětských sester. Především roste úloha v rozhodování o šíři i podobě péče poskytované jejich dítěti. To se netýká pouze novorozence na hranici viability ale i dětí s výrazně nepříznivou prognózou z hlediska přežití i trvalých následků pro jeho budoucí život. (13)

Při pozvolném předávání dítěte do péče matky se postupně dětská sestra s matkou přesouvají do druhé fáze navazování interpersonálního vztahu dle H. Peplau a to fáze identifikace. V této fázi si dětská sestra společně s matkou ujasní své vzájemné představy a očekávání. Společné objasnění a identifikace problému, co nejdříve po jeho rozpoznání, významně snižuje napětí, obavy a strach. Během této fáze začíná matka postupně vnímat dětskou sestru jako osobu, která jí může v mnohém pomoci. Vzniká vztah důvěry mezi poskytovatelem (dětská sestra) a příjemcem (matka a dítě). (8, 33)

Fáze identifikace slouží k edukaci matky, zejména o péči o dítě. Matky se učí, jak se mohou zapojit do péče. Toto zapojování začíná hlazením, následuje klokánkování, přebalování, měření teploty. Je třeba upřesnit, že vše se řídí stavem dítěte. Při prvním přebalování a přiložení dítěte k prsu je dětská sestra vždy přítomna a matce kdykoli nápomocna. Na správnou techniku kojení je kladen velký důraz. Přístup k přikládání dítěte k prsu je zcela individuální a striktně se dodržují zásady, popsané v „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (viz. příloha č.1). (38, 26, 47)

Je třeba pamatovat na to, že psychická pohoda matky, její pocit jistoty, že je o dítě dobře postaráno, jeho blízkost a možnost kdykoli jej vidět, zcela evidentně napomáhá k rozvoji i udržení laktace. I nedonošené děti je možné přikládat k prsu, ovšem s přihlédnutím k jejich zdravotnímu stavu. I když je dítě k prsu přikládáno třeba

jen jednou denně a na krátkou dobu, je toto přiložení velmi významné nejen pro dítě, ale i pro matku. (4)

Ve třetí fázi využití se matka stává plnohodnotnou součástí prostředí, pečujícího o dítě. Na základě externí pomoci dětské sestry získává plnou kontrolu nad svou situací. V této fázi již matka překročí pomyslnou hranici, kdy dítě přijímá převážně péči dětských sester a matka sama aktivně pečuje o své dítě. Během fáze využití matka klade na dětské sestry více požadavků, než tomu bylo doposud. Dětská sestra by i přesto měla matku povzbuzovat v poznávání, vyjadřování jejích pocitů a myšlenek. Jejich terapeutický vztah si musí udržet přístup akceptace, zájmu a vzájemné důvěry. Matka se postupně stává aktivnější a iniciativnější v péči o dítě. Nyní je vhodné, aby si matka sama vytvářela nové cíle. Matka již sama pevně věří ve své schopnosti postarat se o dítě. Matka aktivně komunikuje s dětskou sestrou i ostatním zdravotnickým personálem. Role dětské sestry již spočívá v povzbuzování matky a dohledem nad péčí o dítě. (8)

Jestliže dětská sestra matku naučí zvládat a využívat všechny dostupné cesty pomoci, jejich vzájemný vztah směřuje k poslední fázi a tou je rezoluce. Ukončení vztahu je postupné uvolňování identifikace matky s dětskou sestrou. Dochází k ní zpravidla v okamžiku propuštění dítěte a matky do domácí péče. Potřeby matky i jejího dítěte byly naplněny. Péče o dítě však zcela nekončí dnem propuštění, ale většinou i nadále pokračuje ve vývojové ambulanci, kde je dítě i nadále odborně sledováno pediatrem, popř. neurologem, ortopedem, oftalmologem, atd. V některých případech je doporučena i spolupráce se sociální pracovnící. (28, 4)

H. Peplau upozorňuje, že terapeutický vztah se nemá vytvářet násilně, jeho vytvoření vyžaduje dostatek času a trpělivosti. Mezi sestrou a matkou musí dojít ke vzájemnému porozumění a poučení obou zúčastněných navzájem ze svých pozitivních či negativních zkušeností. (36)

## **2. Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem diplomové práce bylo:

1. Zmapovat využívání jednotlivých fází v procesu vytváření profesionálního vztahu dětská sestra – matka podle modelu H. Peplau.

2. Zjistit prostřednictvím vytvořené dokumentace rozdíly v přístupech při navazování profesionálního vztahu dětská sestra – matka.

Tyto cíle byly součástí kvalitativní části výzkumu a na jejich základě byly vytvořeny výzkumné otázky.

3. Zmapovat faktory ovlivňující vytváření profesionálního vztahu dětská sestra – matka podle modelu H. Peplau.

4. Zmapovat role dětské sestry při navazování profesionálního vztahu s matkou.

Tyto cíle byly součástí kvantitativní části výzkumu a na jejich základě byly stanoveny hypotézy.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1 Využívají dětské sestry jednotlivé fáze modelu H. Peplau v procesu navazování vztahu s matkou?

Výzkumná otázka 2 Jaké jsou rozdíly v přístupech při navazování profesionálního vztahu dětské sestry s matkou?

### **2.3 Hypotézy**

Hypotéza H1 Dětské sestry s vlastními dětmi naváží profesionální vztah s matkou rychleji.

Hypotéza H2 Délka praxe dětské sestry ovlivňuje schopnost navazovat profesionální vztah s matkou.

Hypotéza H3 Dětské sestry zastávají nejčastěji roli učitele.

### **3. Metodika výzkumu**

#### **3.1 Použité metody a techniky**

V empirické části diplomové práce bylo použito kvantitativního a kvalitativního šetření. V kvantitativní části výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 21 otázek, z nichž 13 otázek bylo uzavřených a 8 polootevřených. Dotazník byl zaměřen na navazování interpersonálního vztahu dětské sestry s matkou (viz. příloha 16). Získaná data byla graficky vyhodnocena v programu Microsoft Excel 2003 a pomocí třídění druhého stupně byla data rozdělena podle délky praxe dotazovaných sester a osobní zkušenosti dotazovaných sester s mateřstvím. Kvalitativní šetření probíhalo technikou skrytého pozorování a po provedení edukačního rozhovoru s dětskými sestrami následoval kvaziexperiment. Sledováno bylo navazování interpersonálního vztahu prováděné dle běžného postupu a dle modelu H. Peplau. Výzkum byl realizován v období leden - duben roku 2010 (viz. přílohy 17, 18).

#### **3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

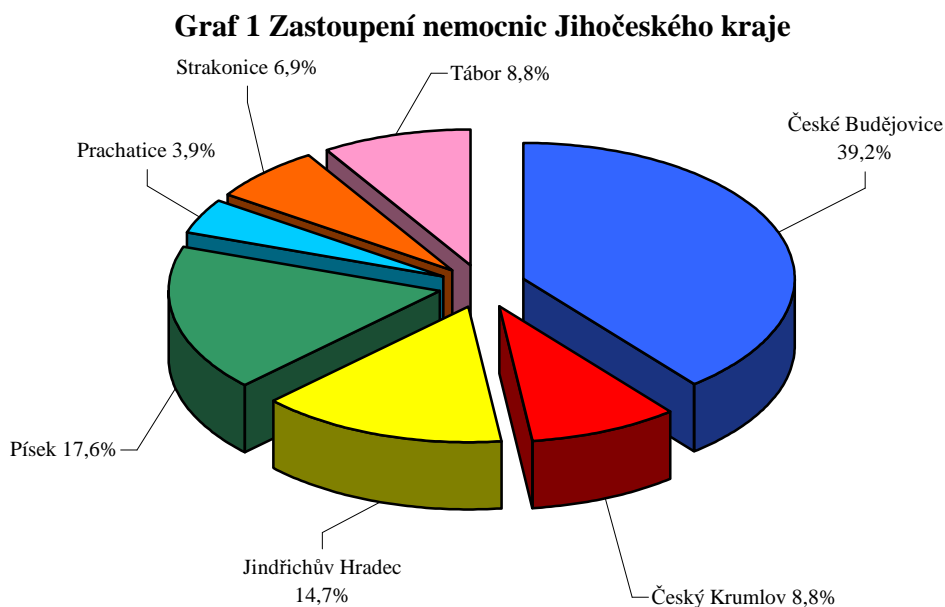
Jako zkoumaný vzorek v kvantitativní části výzkumu byly zvoleny sestry pracující na neonatologii nebo na novorozeneckých úsecích dětských oddělení nemocnic Jihočeského kraje. Pro větší přehlednost získaných dat bylo použito označení „sestra“, nebylo specifikováno, zda se jedná o všeobecnou sestru, dětskou sestru či porodní asistentku. Do kvantitativního šetření byly zapojeny všechny nemocnice Jihočeského kraje tj. Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Český Krumlov, a.s., Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Písek, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s. a Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Z celkového počtu 134 dotazníků se vrátilo 102 dotazníků, pro neúplnost nebyl vyřazen žádný. Návratnost činila 102 dotazníků tj. 76 %.

Pozorovaných bylo šest matek hospitalizovaných na neonatologickém oddělení nemocnice České Budějovice, a.s. a dvě sestry neonatologického oddělení Nemocnice

České Budějovice, a.s. Matky byly vybrány dle několika kritérií: matky prvorodičky ve věkovém rozmezí 20 - 35 let, jejichž děti se narodily ve 28. – 32. týdnu těhotenství. Dětské sestry byly vybrány náhodně.

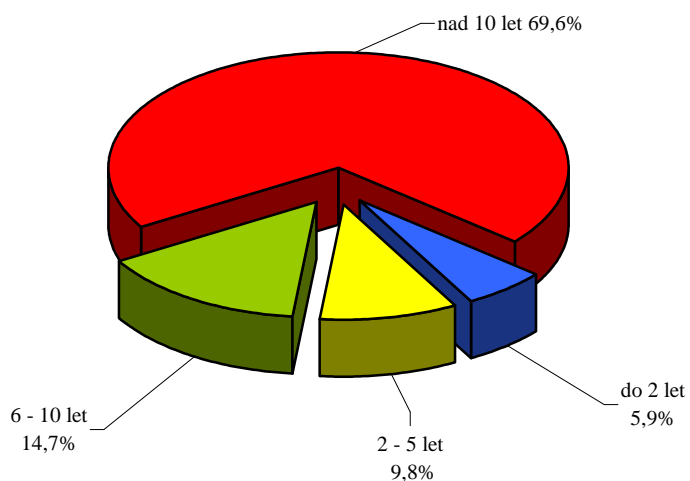
## 4. Výsledky

### 4.1 Kvantitativní část výzkumu



Z celkového počtu 102 sester (100 %) bylo 40 sester (39,2 %) z Nemocnice České Budějovice, a.s., 9 sester (8,8 %) z Nemocnice Český Krumlov, a.s., 15 sester (14,7 %) z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., 18 sester (17,7 %) z Nemocnice Písek, a.s., 4 sestry (3,9 %) z Nemocnice Prachatice, a.s., 7 sester (6,9 %) z Nemocnice Strakonice, a.s. a 9 sester (8,8 %) z Nemocnice Tábor, a.s.

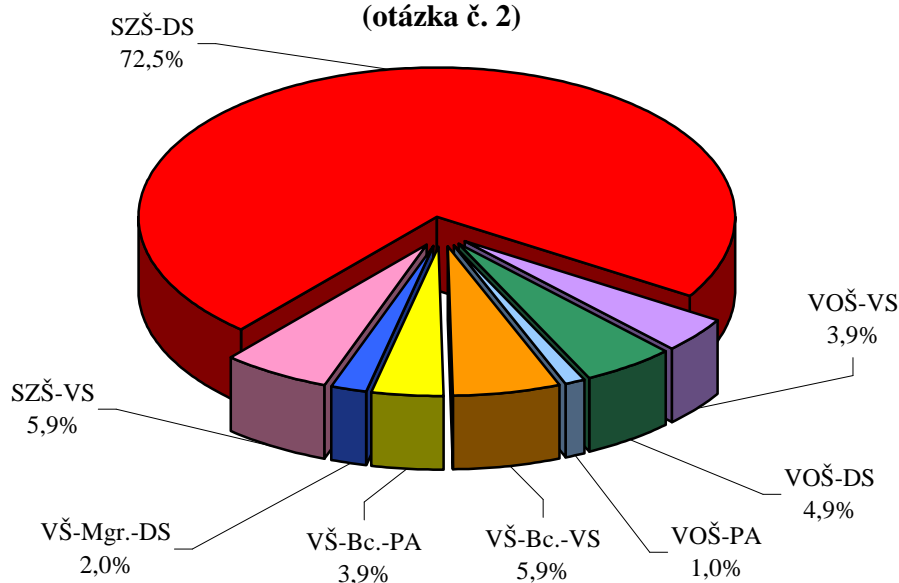
**Graf 2 Délka praxe dotazovaných sester (otázka č. 1)**



Z celkového počtu 102 sester (100 %) bylo 6 sester (5,9 %) s praxí v oboru do dvou let, 10 sester (9,8 %) s praxí v oboru v rozmezí 2-5 let, 15 sester (14,7 %) s praxí v oboru v rozmezí 6-10 let a 71 sester (69,6 %) s praxí v oboru nad 10 let.

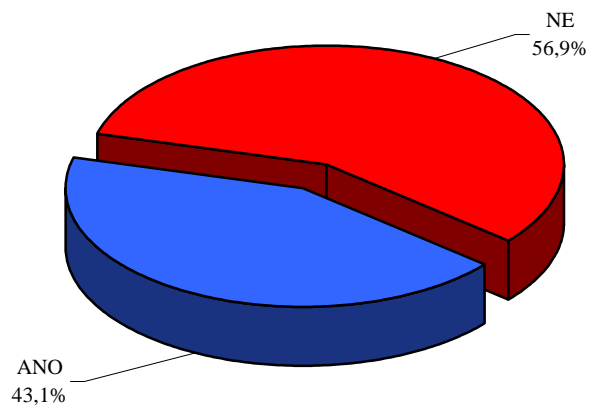


**Graf 3 Dosažené vzdělání dotazovaných sester  
(otázka č. 2)**



Z celkového počtu 102 sester (100 %) mělo 6 sester (5,9 %) vystudovanou Střední zdravotnickou školu obor: všeobecná sestra, 74 sester (72,5 %) vystudovanou Střední zdravotnickou školu obor: dětská sestra, 4 sestry (3,9 %) vystudovanou Vyšší odbornou školu obor: všeobecná sestra, 5 sester (4,9 %) vystudovanou Vyšší odbornou školu obor: dětská sestra, 1 sestra (1 %) vystudovanou Vyšší odbornou školu obor: porodní asistentka, 6 sester (5,9 %) vystudovanou Vysokou školu (Bc.) obor: všeobecná sestra, 4 sestry (3,9 %) vystudovanou Vysokou školu (Bc.) obor: porodní asistentka a 2 sestry (3,9 %) vystudovanou Vysokou školu (Mgr.) obor: dětská sestra.

**Graf 4 Absolvování PSS v rámci NCO NZO Brno u dotazovaných sester (otázka č. 3)**



Z celkového počtu 102 sester (100 %) absolvovalo 44 sester (43,1 %) PSS v rámci NCO NZO Brno a 58 sester (56,9 %) PSS v rámci NCO NZO Brno neabsolvovalo.

**Tabulka 1 Představování sester při prvním setkání s matkou (otázka č. 4)**  
(fáze orientace)

délka praxe	jednotka	nikdy	zřídka	z poloviny	často	vždy	celkem
do 2 let	počet	0	1	2	2	1	6
	%	0 %	17 %	33 %	33 %	17 %	100 %
2 - 5 let	počet	4	3	0	2	1	10
	%	40 %	30 %	0 %	20 %	10 %	100 %
6 - 10 let	počet	0	6	6	1	2	15
	%	0 %	40 %	40 %	7 %	13 %	100 %
nad 10 let	počet	9	22	11	18	11	71
	%	13 %	31 %	15 %	25 %	15 %	100 %
celkem	počet	13	32	19	23	15	102
	%	13 %	31 %	19 %	23 %	15 %	100 %

Na otázku č. 4, zda se sestry při prvním setkání s matkou představují jsme použili třídění druhého stupně. Porovnávali jsme délku praxe sester a představování se.

V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): nikdy neodpověděla žádná sestra (0 %), zřídka odpověděla 1 sestra (17 %), z poloviny odpověděly 2 sestry (33 %), často odpověděly 2 sestry (33 %) a vždy odpověděla 1 sestra (17 %).

Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2-5 let, celkem 10 sester (9,8%): nikdy odpověděly 4 sestry (40 %), zřídka odpověděla 3 sestry (30 %), z poloviny neodpověděla žádná sestra (0 %), často odpověděly 2 sestry (20 %) a vždy odpověděla 1 sestra (10 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6 - 10 let, celkem 15 sester (14,7 %): nikdy neodpověděla žádná sestra (0 %), zřídka odpovědělo 6 sester (40 %), z poloviny odpovědělo 6 sester (40 %), často odpověděla 1 sestra (7 %) a vždy odpověděly 2 sestry (13 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): nikdy odpovědělo 9 sester (13 %), zřídka odpovědělo 22 sester (31 %), z poloviny odpovědělo 11 sester (15 %), často odpovědělo 18 sester (25 %) a vždy odpovědělo 11 sester (15 %) viz. příloha č. 4.

**Tabulka 2 Nejčastější oblast problémů dle sester (otázka č. 5)**  
(fáze identifikace)

délka praxe	jednotka	výživa	vyprazdňování	hygiena	plnění mateřské role	celkem
do 2 let	počet	4	0	0	2	6
	%	67 %	0 %	0 %	33 %	100 %
2 - 5 let	počet	10	0	0	0	10
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
6 - 10 let	počet	15	0	0	0	15
	%	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
nad 10 let	počet	65	0	0	6	71
	%	92 %	0 %	0 %	8 %	100 %
celkem	počet	94	0	0	8	102
	%	92 %	0 %	0 %	8 %	100 %

Otázkou č. 5 jsme zjišťovali nejčastější oblast problémů matky v péči o dítě. Použili jsme třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a nejčastější oblast problémů matek v péči o dítě z pohledu sestry.

Z celkového počtu 102 sester (100 %) téměř všechny sestry 94 (92 %) odpověděly výživa dítěte, pouze v první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): plnění mateřské role odpověděly 2 sestry (33 %) v dané kategorii a ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): plnění mateřské role odpovědělo 6 sester (8 % v dané kategorii) viz. příloha č. 5.

**Tabulka 3 Způsoby zjišťování problémů sestrou (otázka č. 6)**

(fáze identifikace)

délka praxe	jednotka	rozhovor s matkou	pozorování matky	rozhovor s ostatním zdrav. personálem	rozhovor s rodinou	rozhovor s ostatními matkami	z dokumentace	celkem
do 2 let	počet	5	6	5	0	0	2	6
	%	83 %	100 %	83 %	0 %	0 %	33 %	100 %
2 - 5 let	počet	10	10	7	0	1	6	10
	%	100 %	100 %	70 %	0 %	10 %	60 %	100 %
6 - 10 let	počet	15	14	4	0	0	9	15
	%	100 %	93 %	27 %	0 %	0 %	60 %	100 %
nad 10 let	počet	69	66	41	7	5	24	71
	%	97 %	93 %	58 %	10 %	7 %	34 %	100 %
celkem	počet	99	96	57	7	6	41	102
	%	97 %	94 %	56 %	7 %	6 %	40 %	100 %

Otázkou č. 6 jsme zjišťovali, jakým způsobem sestry daný problém zjišťují. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a způsob zjišťování problému. Sestry mohly zatrhnout více odpovědí.

V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): rozhovorem s matkou odpovědělo 5 sester (83 %), pozorováním matky odpovědělo 6 sester (100 %), rozhovorem s ostatním zdravotnickým personálem odpovědělo 5 sester (83 %), rozhovorem s rodinou neodpověděla žádná sestra (0 %), rozhovorem s ostatními matkami neodpověděla žádná sestra (0 %) a z dokumentace odpověděly 2 sestry (33 %).

Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2 - 5 let, celkem 10 sester (9,8 %): rozhovorem s matkou odpovědělo 10 sester (100 %), pozorováním matky odpovědělo 10 sester (100 %), rozhovorem s ostatním zdravotnickým personálem odpovědělo 7 sester (70 %), rozhovorem s rodinou neodpověděla žádná sestra (0 %), rozhovorem s ostatními matkami neodpověděla žádná sestra (0 %) a z dokumentace odpovědělo 6 sester (60 %).

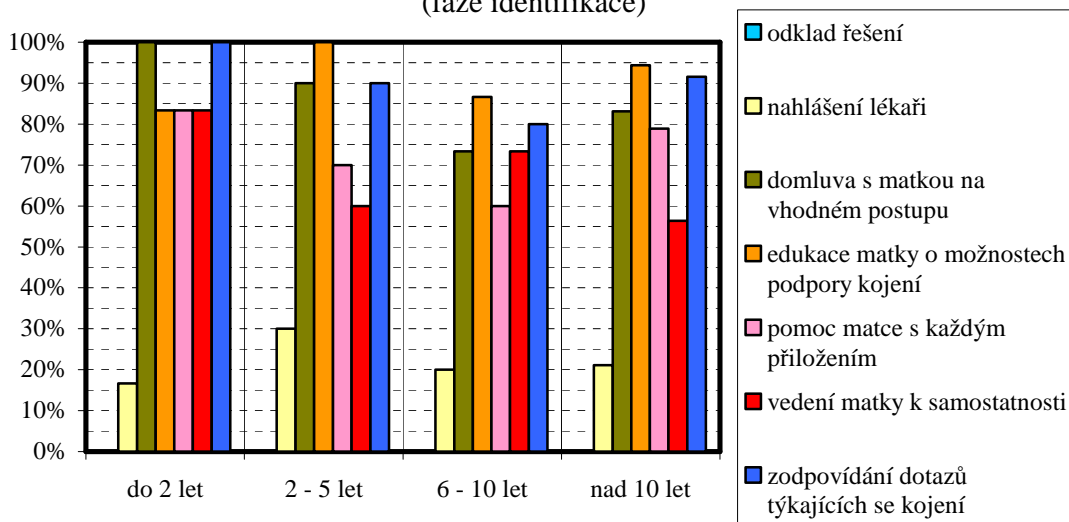
Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6 - 10 let, celkem 15 sester (14,7 %): rozhovorem s matkou odpovědělo 15 sester (100 %), pozorováním matky odpovědělo

14 sester (93 %), rozhovorem s ostatním zdravotnickým personálem odpověděly 4 sestry (27 %), rozhovorem s rodinou neodpověděla žádná sestra (0 %), rozhovorem s ostatními matkami neodpověděla žádná sestra (0 %) a z dokumentace odpovědělo 9 sester (60 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): rozhovorem s matkou odpovědělo 69 sester (97 %), pozorováním matky odpovědělo 66 sester (93 %), rozhovorem s ostatním zdravotnickým personálem odpovědělo 41 sester (58 %), rozhovorem s rodinou odpovědělo 7 sester (10 %), rozhovorem s ostatními matkami odpovědělo 5 sester (7 %) a z dokumentace odpovědělo 24 sester (34 %) viz. příloha č. 6.

**Graf 8 Způsob řešení neefektivního kojení - problému (otázka č. 7)**

(fáze identifikace)



Způsob řešení neefektivního kojení, které jsme si určili jako konkrétní problém jsme zjišťovali otázkou č. 7. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a možné způsoby řešení konkrétního problému.

V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): odklad řešení neodpověděla žádná sestra (0 %), nahlášení lékaři odpověděla 1 sestra (17 %), domluva s matkou na vhodném postupu odpovědělo 6 sester (100 %), edukace matky o možnostech podpory kojení odpovědělo 5 sester (83 %), pomoc matce s každým příložením odpovědělo 5 sester (83 %), vedení matky k samostatnosti odpovědělo 5 sester (83 %), zodpovídání dotazů týkajících se kojení odpovědělo 6 sester (100 %).

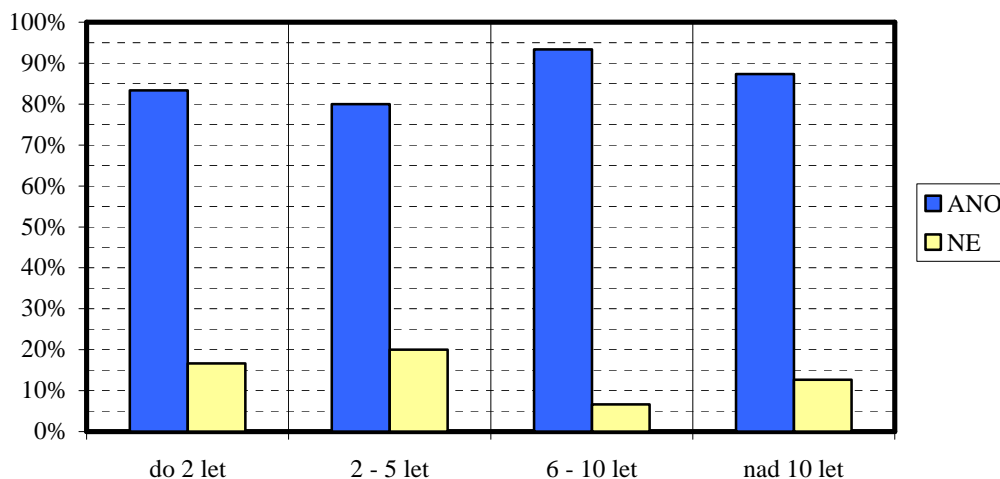
Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2 - 5 let, celkem 10 sester (9,8 %): odklad řešení neodpověděla žádná sestra (0 %), nahlášení lékaři odpověděly 3 sestry (30 %), domluva s matkou na vhodném postupu odpovědělo 9 sester (90 %), edukace matky o možnostech podpory kojení odpovědělo 10 sester (100 %), pomoc matce s každým příložením odpovědělo 7 sester (70 %), vedení matky k samostatnosti odpovědělo 6 sester (60 %), zodpovídání dotazů týkajících se kojení odpovědělo 9 sester (90 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6 - 10 let, celkem 15 sester (14,7 %): odklad řešení neodpověděla žádná sestra (0 %), nahlášení lékaři odpověděly 3 sestry (20 %), domluva s matkou na vhodném postupu odpovědělo 11 sester (73 %), edukace matky o možnostech podpory kojení odpovědělo 13 sester (87 %), pomoc matce s každým přiložením odpovědělo 9 sester (60 %), vedení matky k samostatnosti odpovědělo 11 sester (73 %), zodpovídání dotazů týkajících se kojení odpovědělo 12 sester (80 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): odklad řešení neodpověděla žádná sestra (0 %), nahlášení lékaři odpovědělo 15 sester (21 %), domluva s matkou na vhodném postupu odpovědělo 59 sester (83 %), edukace matky o možnostech podpory kojení odpovědělo 67 sester (94 %), pomoc matce s každým přiložením odpovědělo 56 sester (79 %), vedení matky k samostatnosti odpovědělo 40 sester (56 %), zodpovídání dotazů týkajících se kojení odpovědělo 65 sester (92 %).



**Graf 9 Umožnění volby techniky kojení matkou (otázka č. 8)**  
( fáze identifikace)



Otázkou č. 8 jsme zjišťovali možnost volby techniky kojení matkou. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a možnosti volby techniky kojení matkou.

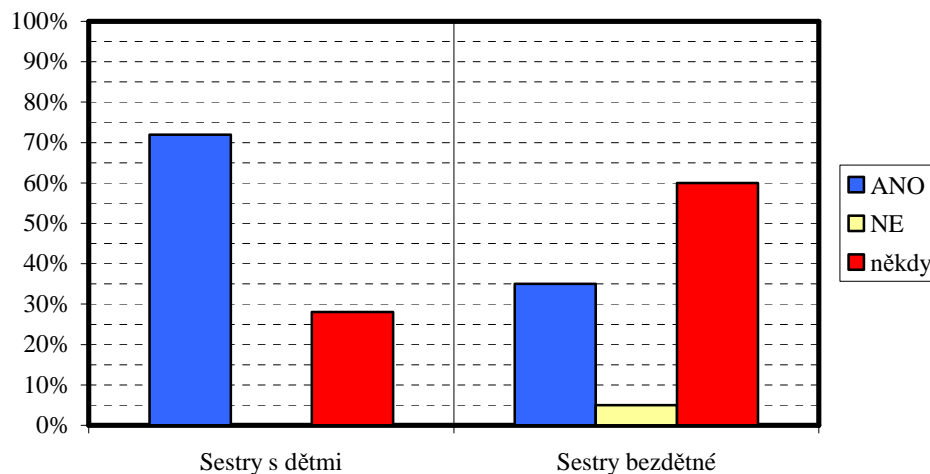
V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): ano odpovědělo 5 sester (83 %), ne odpověděla 1 sestra (17 %).

Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2 - 5 let, celkem 10 sester (9,8 %): ano odpovědělo 8 sester (80 %), ne odpověděly 2 sestry (20 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6-10 let, celkem 15 sester (14,7 %): ano odpovědělo 14 sester (93 %), ne odpověděla 1 sestra (7 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): ano odpovědělo 62 sester (87 %), ne odpovědělo 9 sester (13 %) viz. příloha č. 7.

**Graf 10 Kontrola matky i při zvládnuté péči (otázka č. 9)  
(fáze využití)**



Otázkou č. 9 jsme zjišťovali, zda sestra kontroluje matku, jestliže se přesvědčí, že péči o dítě zvládá. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a kontrolou matky.

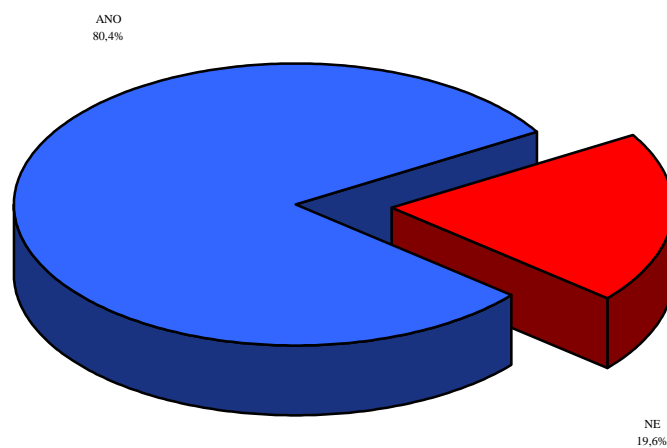
V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): ano odpověděly 2 sestry (33 %), ne odpověděla 1 sestra (17 %) a někdy odpověděly 3 sestry (50 %).

Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2 - 5 let, celkem 10 sester (9,8 %): ano odpověděly 4 sestry (40 %), ne neodpověděla žádná sestra (0 %) a někdy odpovědělo 6 sester (60 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6 - 10 let, celkem 15 sester (14,7 %): ano odpovědělo 13 sester (87 %), ne neodpověděla žádná sestra (0 %) a někdy odpověděly 2 sestry (13 %).

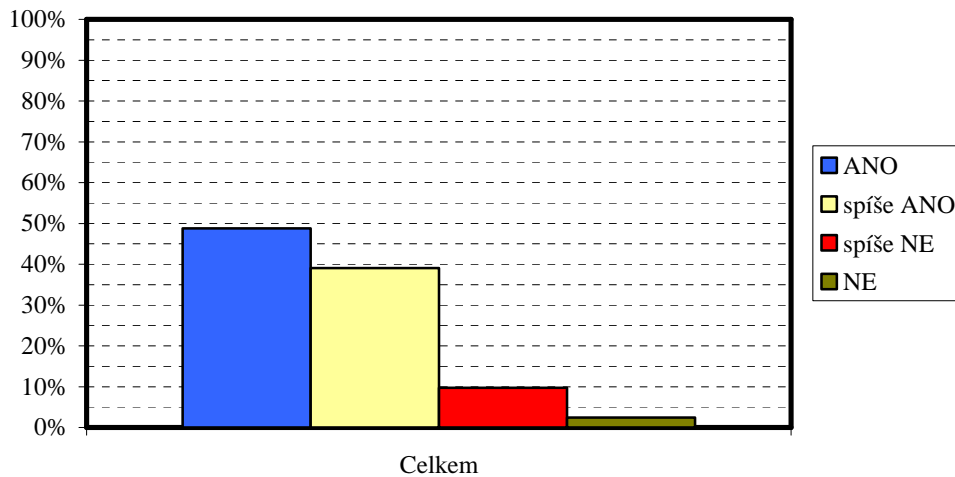
Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): ano odpovědělo 47 sester (66 %), ne neodpověděla žádná sestra (0 %) a někdy odpovědělo 24 sester (34 %) viz. příloha č. 8.

**Graf 11 Vlastní děti dotazovaných sester  
(otázka č. 10)**



Z celkového počtu 102 sester (100 %) má osobní zkušenost s mateřstvím 82 sester (80,4 %), osobní zkušenost s mateřstvím nemá 20 sester (19,6 %).

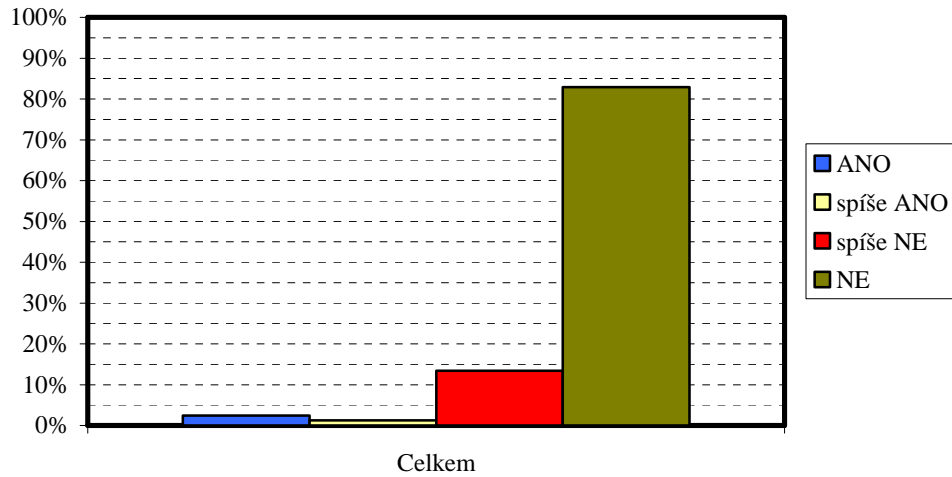
**Graf 12 Navazování profesionálního vztahu, pozitivně ovlivněno mateřstvím sester (otázka č. 11)**



Otázkou č. 11 jsme zjišťovali, zda mateřství sester pozitivně ovlivnilo navazování profesionálního vztahu s matkou. Na otázku odpovídaly pouze sestry, které mají osobní zkušenost s mateřstvím.

Z celkového počtu dotazovaných 82 sester (100 %), 40 sester (48,8 %) odpovědělo, že jejich mateřství pozitivně ovlivnilo navazování profesionálního vztahu s matkou, 32 sester (39,0 %) odpovědělo spíše ano, 8 sester (9,8 %) odpovědělo spíše ne a 2 sestry (2,4 %) odpověděly ne.

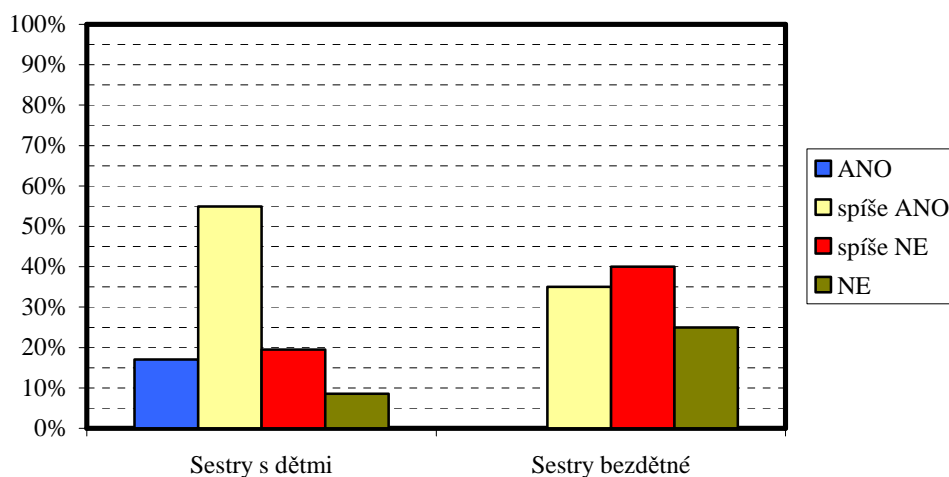
**Graf 13 Navazování profesionálního vztahu, negativně ovlivněno mateřstvím sester (otázka č. 12)**



Otázkou č. 12 jsme zjišťovali, zda mateřství sester negativně ovlivnilo navazování profesionálního vztahu s matkou. Na otázku odpovídaly pouze sestry, které mají osobní zkušenost s mateřstvím.

Z celkového počtu dotazovaných 82 sester (100 %), 2 sestry (2,4 %) odpověděly, že jejich mateřství negativně ovlivnilo navazování profesionálního vztahu s matkou, 1 sestra (1,2 %) odpověděla spíše ano, 11 sester (13,4 %) odpovědělo spíše ne a 68 sester (82,9 %) odpověděly ne.

**Graf 14 Vliv mateřství sester na navazování profesionálního vztahu s matkou (otázka č. 13)**



Vliv mateřství sester na navazování profesionálního vztahu s matkou jsme zjišťovali otázkou č. 13. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali zkušenost s mateřstvím sester a vliv osobní zkušenosti s mateřstvím na navazování profesionálního vztahu s matkou.

V kategorii sestry s dětmi 82 sester (80,4 %) odpovědělo 14 sester (17 %) ano, 45 sester (54,9 %) odpovědělo spíše ano, 16 sester (19,5 %) odpovědělo spíše ne a 7 sester (8,5 %) odpovědělo ne.

V kategorii sestry bezdětné 20 sester (19,6 %), neodpověděla žádná sestra (0 %) ano, 7 sester (35 %) odpovědělo spíše ano, 8 sester (40 %) odpovědělo spíše ne a 5 sester (25 %) odpovědělo ne.

**Tabulka 6 Příklady úspěchů z oš. praxe podávané matkám sestrami (otázka č. 14)**  
(fáze využití)

délka praxe	jednotka	nikdy	zřídka	z poloviny	často	vždy	celkem
do 2 let	počet	0	2	1	3	0	6
	%	0 %	33 %	17 %	50 %	0 %	100 %
2 - 5 let	počet	0	5	3	2	0	10
	%	0 %	50 %	30 %	20 %	0 %	100 %
6 - 10 let	počet	3	5	3	4	0	15
	%	20 %	33 %	20 %	27 %	0 %	100 %
nad 10 let	počet	9	24	16	22	0	71
	%	13 %	34 %	23 %	31 %	0 %	100 %
celkem	počet	12	36	23	31	0	102
	%	12 %	35 %	23 %	30 %	0 %	100 %

Otázkou č. 14 jsme zjišťovali zda sestry dávají matkám příklady úspěchů ze své praxe. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a dávání příkladů z praxe sester matkám.

V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): nikdy neodpověděla žádná sestra (0 %), zřídka odpověděly 2 sestry (33 %), z poloviny odpověděla 1 sestra (17 %), často odpověděly 3 sestry (50 %) a vždy neodpověděla žádná sestra (0 %).

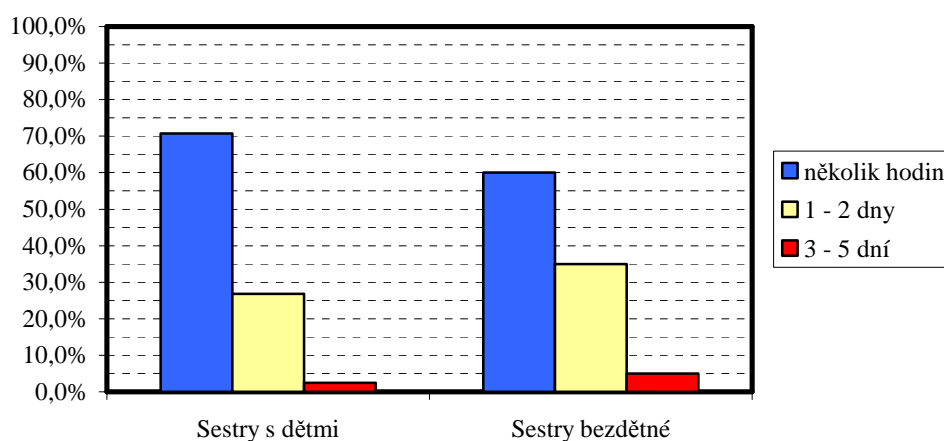
Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2 - 5 let, celkem 10 sester (9,8 %): nikdy neodpověděla žádná sestra (0 %), zřídka odpovědělo 5 sester (50 %), z poloviny odpověděly 3 sestry (30 %), často odpověděly 2 sestry (20 %) a vždy neodpověděla žádná sestra (0 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6 - 10 let, celkem 15 sester (14,7 %): nikdy odpověděly 3 sestry (20 %), zřídka odpovědělo 5 sester (33 %), z poloviny odpověděly 3 sestry (20 %), často odpověděly 4 sestry (27 %) a vždy neodpověděla žádná sestra (0 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): nikdy odpovědělo 9 sester (13 %), zřídka odpovědělo 24 sester (34 %), z poloviny

odpovědělo 16 sester (23 %), často odpovědělo 22 sester (31 %) a vždy neodpověděla žádná sestra (0 %) viz příloha č. 9.

**Graf 16 Průměrná doba navázání profesionálního vztahu s matkou (otázka č. 15)**  
(fáze orientace)



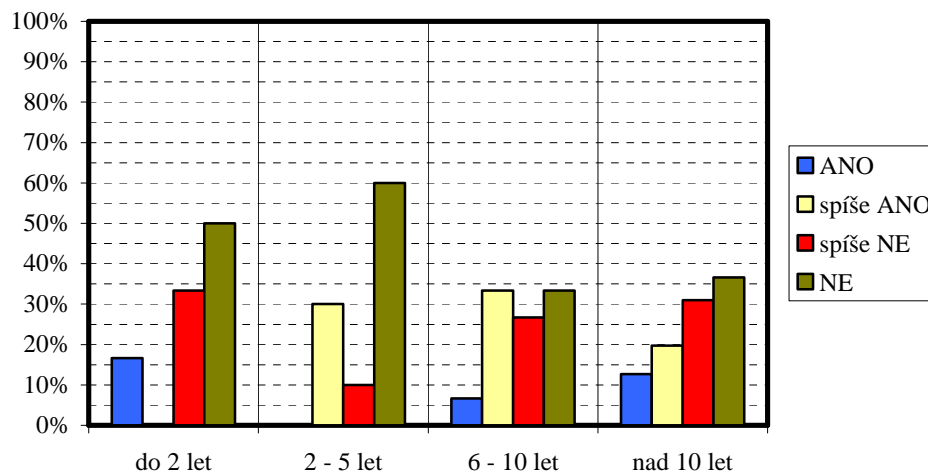
Průměrnou dobu navazování profesionálního vztahu s matkou jsme zjišťovali otázkou č. 15. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali zkušenost s mateřstvím sester a průměrnou dobu navázání profesionálního vztahu sestry s matkou.

V kategorii sestry s dětmi 82 sester (80,4 %) uvedlo 58 sester (70,7 %) několik hodin, 22 sester (26,8 %) uvedlo 1 - 2 dny a 2 sestry (2,4 %) uvedly 3 - 5 dní.

V kategorii sestry bezdětné 20 sester (19,6 %) uvedlo 12 sester (60 %) několik hodin, 7 sester (35 %) uvedlo 1 - 2 dny a 1 sestra (5 %) uvedla 3 - 5 dní.



**Graf 17 Navázání vztahu složitější než ukončení  
(otázka č. 16)**



Na otázku č. 16, zda je pro sestry složitější terapeutický vztah s matkou ukončovat než navazovat odpověděly: v první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): ano odpověděla 1 sestra (17 %), spíše ano neodpověděla žádná sestra (0 %), spíše ne odpověděly 2 sestry (33 %) a ne odpověděly 3 sestry (50 %).

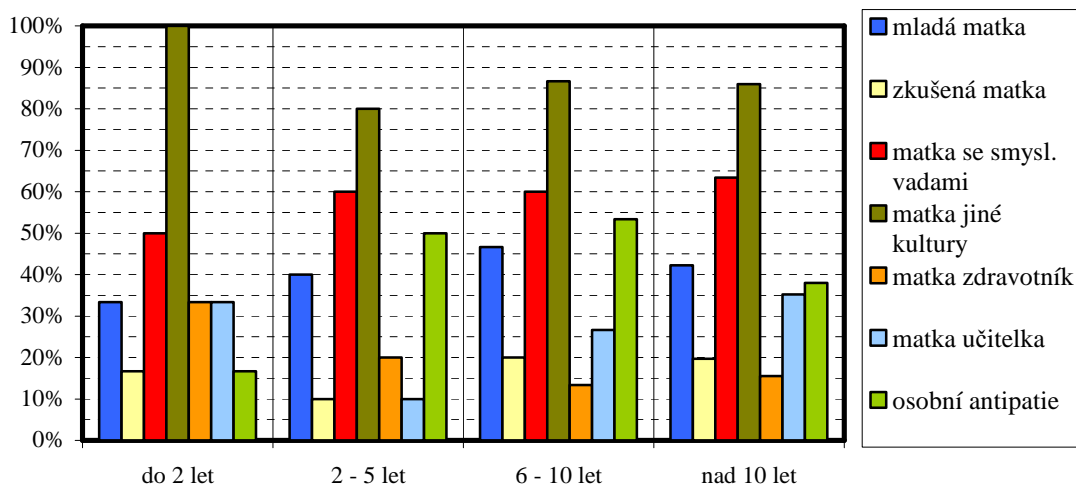
Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2 - 5 let, celkem 10 sester (9,8 %): ano neodpověděla žádná sestra (0 %), spíše ano odpověděly 3 sestry (30 %), spíše ne odpověděla 1 sestra (10 %) a ne odpovědělo 6 sester (60 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6 - 10 let, celkem 15 sester (14,7 %): ano odpověděla 1 sestra (7 %), spíše ano odpovědělo 5 sester (33 %), spíše ne odpověděly 4 sestry (27 %) a ne odpovědělo 5 sester (33 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): ano odpovědělo 9 sester (13 %), spíše ano odpovědělo 14 sester (20 %), spíše ne odpovědělo 22 sester (31 %) a ne odpovědělo 26 sester (37 %).

I zde jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester se složitostí navazování profesionálního vztahu s matkou.

**Graf 18 Problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou, ze strany matky (otázka č. 17)**



Otázkou č. 17 jsme zjišťovali možné problémy při navazování profesionálního vztahu sestry s matkou. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kde jsme porovnávali délku praxe sester a možné problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou. Problémy se týkaly matky. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a možné problémy ze strany matky. Sestry mohly zatrhnout více odpovědí.

V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): mladá, nezkušená matka odpověděly 2 sestry (33 %), příliš zkušená matka odpověděla 1 sestra (17 %), matka se smyslovými vadami odpověděly 3 sestry (50 %), matka odlišné kultury odpovědělo 6 sester (100 %), matka zdravotník odpověděly 2 sestry (33 %), matka učitelka odpověděly 2 sestry (33 %), osobní antipatie odpověděla 1 sestra (17 %).

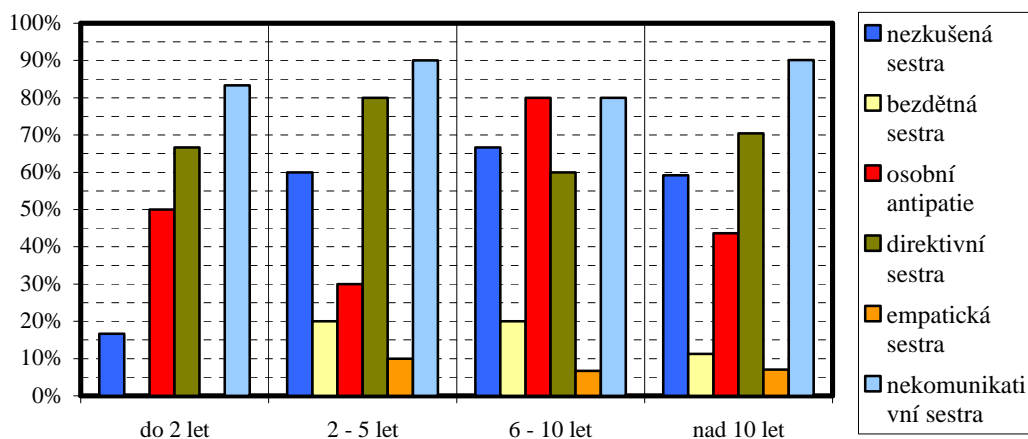
Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2-5 let, celkem 10 sester (9,8 %): mladá, nezkušená matka odpověděly 4 sestry (40 %), příliš zkušená matka odpověděla 1 sestra (10 %), matka se smyslovými vadami odpovědělo 6 sester (60 %), matka odlišné kultury odpovědělo 8 sester (80 %), matka zdravotník odpověděly 2 sestry (20 %),

matka učitelka odpověděla 1 sestra (10 %), osobní antipatie odpovědělo 5 sester (50 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6-10 let, celkem 15 sester (14,7 %): mladá, nezkušená matka odpovědělo 7 sester (47 %), příliš zkušená matka odpověděly 3 sestry (20 %), matka se smyslovými vadami odpovědělo 9 sester (60 %), matka odlišné kultury odpovědělo 13 sester (87 %), matka zdravotník odpověděly 2 sestry (13 %), matka učitelka odpověděly 4 sestry (27 %), osobní antipatie odpovědělo 8 sester (53 %).

Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): mladá, nezkušená matka odpovědělo 30 sester (42 %), příliš zkušená matka odpovědělo 14 sester (20 %), matka se smyslovými vadami odpovědělo 45 sester (63 %), matka odlišné kultury odpovědělo 61 sester (86 %), matka zdravotník odpovědělo 11 sester (15 %), matka učitelka odpovědělo 25 sester (35 %), osobní antipatie odpovědělo 27 sester (38 %) viz příloha č. 10.

**Graf 19 Problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou, ze strany sestry (otázka č. 18)**



Otázkou č. 18 jsme zjišťovali možné problémy při navazování profesionálního vztahu sestry s matkou. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kde jsme porovnávali délku praxe sester a možné problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou. Problémy se týkaly sestry. K vyhodnocení jsme použili třídění druhého stupně, kdy jsme porovnávali délku praxe sester a možné problémy ze strany sestry. Sestry mohly zatrhnout více odpovědí.

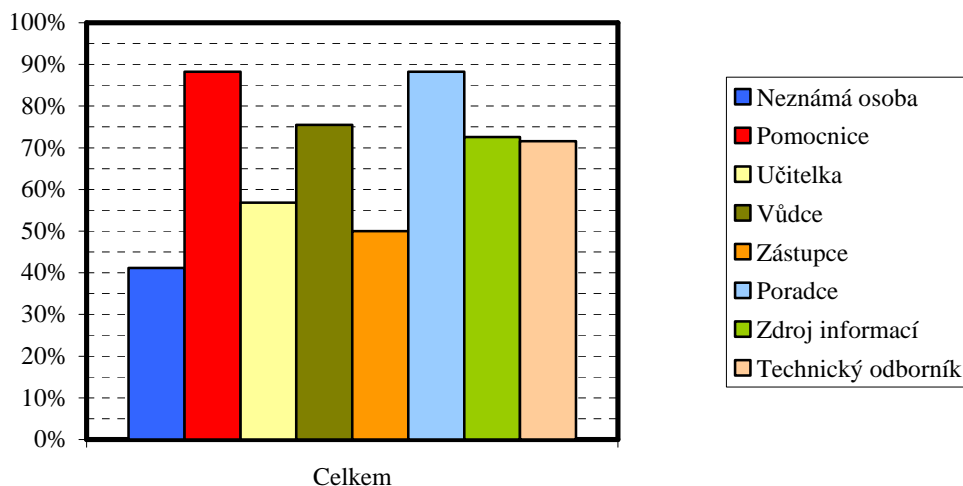
V první kategorii – sestry do dvou let praxe, celkem 6 sester (5,9 %): nezkušená sestra odpověděly 3 sestry (50 %), bezdětná sestra neodpověděla žádná sestra (0 %), osobní antipatie odpověděly 3 sestry (50 %), direktivní sestra odpověděly 4 sestry (67 %), empatická sestra neodpověděla žádná sestra (0 %), nekomunikativní sestra odpovědělo 5 sester (83 %).

Ve druhé kategorii – sestry s praxí 2-5 let, celkem 10 sester (9,8 %): nezkušená sestra odpovědělo 6 sester (60 %), bezdětná sestra odpověděly 2 sestry (20 %), osobní antipatie odpověděly 3 sestry (30 %), direktivní sestra odpovědělo 8 sester (80 %), empatická sestra odpověděla 1 sestra (10 %), nekomunikativní sestra odpovědělo 9 sester (90 %).

Ve třetí kategorii – sestry s praxí 6-10 let, celkem 15 sester (14,7 %): nezkušená sestra odpovědělo 10 sester (67 %), bezdětná sestra odpověděly 3 sestry (20 %), osobní antipatie odpovědělo 12 sester (80 %), direktivní sestra odpovědělo 9 sester (60 %), empatická sestra odpověděla 1 sestra (7 %), nekomunikativní sestra odpovědělo 12 sester (80 %).

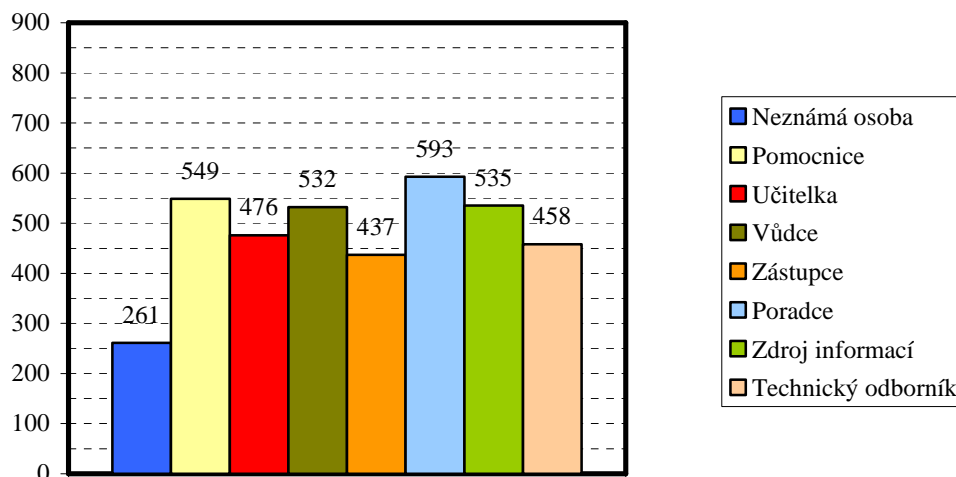
Ve čtvrté kategorii – sestry s praxí nad 10 let, celkem 71 sester (69,6 %): nezkušená sestra odpovědělo 42 sester (59 %), bezdětná sestra odpovědělo 8 sester (11 %), osobní antipatie odpovědělo 31 sester (44 %), direktivní sestra odpovědělo 31 sester (44 %), empatická sestra odpovědělo 5 sester (7 %), nekomunikativní sestra odpovědělo 64 sester (90 %) viz. příloha č. 11.

**Graf 20 Role sestry (otázka č. 19)**



Z celkového počtu 102 sester (100 %) neznámou osobu jako roli sestry uvedlo 42 sester (41,2 %), pomocnici uvedlo 90 sester (88,2 %), učitelku uvedlo 58 sester (56,9 %), vůdce uvedlo 77 sester (75,5 %), zástupce uvedlo 51 sester (50,0 %), poradce uvedlo 90 sester (88,2 %), zdroj informací uvedlo 74 sester (72,5 %) a technického odborníka uvedlo 73 sester (71,6 %).

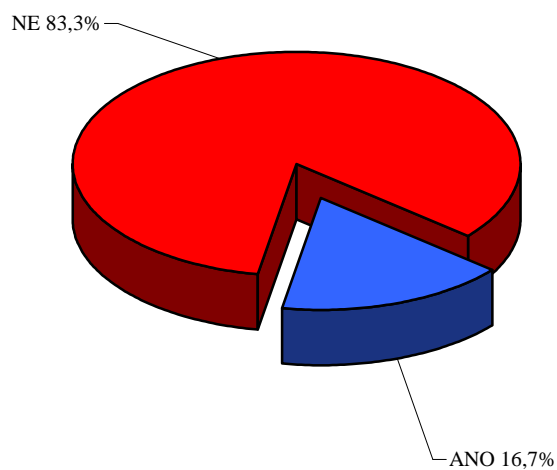
**Graf 21 Nejčastěji zastávané role sestry (otázka č. 20)**



Otázkou č. 20 jsme zjišťovali, jakou z rolí sestry zastávají sestry nejvíce. Sestry měly bodově ohodnotit role, které ve své profesi, zastávají nejméně a nejvíce. Bodovací škála byla určena 1 – 8 bodů.

Neznámá osoba jako role sestry získala 261 bodů, role pomocnice získala 549 bodů, role učitelky získala 476 bodů, role vůdce získala 532 bodů, role zástupce získala 437 bodů, role poradce získala 593 bodů, role zdroj informací získala 535 bodů a role technický odborník získala 458 bodů.

**Graf 22 Znalost modelu H. Peplau (otázka č. 21)**



Z celkového počtu 102 sester (100 %) uvedlo 17 sester (16,7 %), že zná model H. Peplau a 85 sester (83,3 %), že nezná model H. Peplau.



## 4.2 *Kvalitativní část výzkumu*

### 4.2.1 *Kazuistika 1*

(matka 1 + dětská sestra 1)

Matka 1 – 22 let, svobodná, žije s přítelem ve společném bytě. Matka má středoškolské vzdělání.

Matka je prvorodička, dítě bylo neplánované, ale chtěné. Těhotenství probíhalo bez komplikací, záchyt v 7. týdnu těhotenství. Ve 30 týdnu spontánní odtok vody plodové, za 12 hodin porod spontánní záhlavím. Dítě – chlapec, váha: 1630 gramů, AS 8,9,9. Chlapec byl přeložen na stanici JIRP Neonatologie, Nemocnice České Budějovice, a.s. Matka byla z porodního sálu přeložena na stanici přízemí oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Matka poprvé přišla na oddělení neonatologie v doprovodu sanitárky 10 hodin po porodu. Působí vyděšeně, roztěkaně a je plná strachu. Říká, že hledá své dítě a neví, jestli je zde správně. Dětská sestra matku pozdravila, a zeptala se jí, koho hledá. Matka se dětské sestře představila, dětská sestra se matce nepředstavila a hned jí zavedla k inkubátoru, kde ležel matčin syn. Matka se zeptala na informace týkající se zdravotního stavu dítěte. Dětská sestra jí odpověděla, že jí může podat pouze informace týkající se ošetrovatelské péče a okamžitě jí vše vypověděla. Dále matce vysvětlila, že o zdravotním stavu jejího syna jí poví ošetřující lékař, kterého telefonicky vyzvala k podání informací. Matka docházela na stanici JIRP pravidelně 3x denně a přinášela odstříkané mléko.

Čtvrtý den byla matka přeložena na stanici IMP II. (ROOM-IN) neonatologického oddělení. Po telefonické domluvě o překladu matky na stanici IMP II. (ROOM-IN) si dětská sestra připravila potřebnou dokumentaci, pokoj pro matku a vybavičku pro dítě. Po příchodu matky spolu s gynekologickou sestrou došlo k předání dokumentace a ústnímu předání informací o matce a jejím zdravotním stavu v přítomnosti matky.

Dětská sestra ze stanice IMP II. se poprvé setkala s matkou. Došlo mezi nimi pouze k pozdravu, bez vzájemného představení. Dětská sestra na inspekčním pokoji

odebrala od matky potřebné identifikační údaje a anamnézu. Od této chvíle byla matka považována za zdravý doprovod nemocného dítěte. Dětská sestra matce připevnila identifikační náramek a vysvětlila jí, že je to nutné pro identifikaci. Následně matku provedla po oddělení a seznámila ji s vnitřním řádem oddělení. Dále dětská sestra matku upozornila na režim neonatologického oddělení a na omezení související s hospitalizací na Neonatologii. Dále byla matka dětskou sestrou poučena o návštěvní době a opatřeních týkajících se návštěv. Matka byla dětskou sestrou upozorněna, že je vhodné se s návštěvou zdržovat na pokoji pouze pět minut a následně se přesunout do návštěvní místnosti. Dětská sestra také matce vysvětlila důvod tohoto opatření, zajištění jistého soukromí spolupacientkám.

Dětská sestra rozhodla, že se teď matka má ubytovat a potom jí přijde přijmout lékař. Matka se zeptala na jméno lékaře a kdy přijde. Dětská sestra jí odpověděla jméno lékaře a přibližnou dobu. Matka byla ubytovaná a mohla kdykoli navštívit dítě na JIRP, trávila tam poměrně dost času.

Za dva dny se zdravotní stav dítěte upravil a mohlo být postupně předáváno do péče matky. Při předávání dítěte do péče matky se dětská sestra zaměřuje na edukaci matky s názornou ukázkou péče o dítě. Opakovaně byla matka poučena o správné technice mytí rukou mýdlem a následné dezinfekci rukou. Následovalo teoretické vysvětlení, jak správně s dítětem manipulovat. Poté matce dětská sestra názorně předvedla manipulaci s inkubátorem a úchop dítěte. První přebalování dítěte a přiložení dítěte k prsu prováděla dětská sestra a vše dostatečně komentovala. Prostor na dotazy dán matce nebyl. Matka působila velmi nejistě a slovně vyjadřovala obavy z přikládání dítěte k prsu. Během edukace se matka viditelně zklidnila, již nebyla tak roztěkaná.

Následující dva dny se matka snažila zapojit do péče o své dítě, přikládání jí však stále činilo potíže. Po neúspěšném pokusu dítě přiložit sama, byla nucena přivolat dětskou sestru. Společně se domluvily, že na další přiložení k prsu se dětská sestra přijde podívat. Přestože dětská sestra matce několikrát vysvětlovala, že dítě je nezralé a potřebuje dostatek času a dokrmění, matka si dávala vinu kvůli nedostatečné laktaci.

Následující den se matka již neostýchala přivolat dětskou sestru, která jí poradila, jak správně dítě k prsu přiložit, ale opravovala její chyby. Matka se snažila

chybám vyhnout a nebála se diskutovat s dětskou sestrou a zeptat jí na kroky vhodné k podpoře laktace. Matka se daleko více dožadovala přítomnosti dětské sestry, se svými dotazy se obracela pouze na jednu dětskou sestru. Působila dojmem, že důvěřuje pouze jí.

Péči o dítě, 6. den hospitalizace na stanici IMP II., matka již zcela zvládala, dětské sestře se vždy chlubila s tím, co dokázala udělat sama a co už zvládá dítě. Tento stav trval téměř po celý zbytek hospitalizace.

Při propuštění ze zdravotnického zařízení se osobně s dětskou sestrou rozloučila a poděkovala jí za péči. Tím však takto vytvořený interpersonální vztah zcela nekončil, dětská sestra i celé neonatologické oddělení se dočkaly uznání i na jednom mateřském webu.

#### **4.2.2 *Kazuistika 2***

(matka 2 + dětská sestra 2)

Matka 2 – 28 let, vdaná, žije s manželem v rodinném domě. Matka má vysokoškolské vzdělání.

Matka je prvorodička, dítě bylo plánované. Těhotenství probíhalo bez komplikací, záchyt v 6. týdnu těhotenství. Ve 32 týdnu začaly kontrakce, za 10 hodin porod spontánní záhlavím. Dítě – děvče, váha: 1960 gramů, AS 9,9,10. Děvče bylo přeloženo na stanici IMP I. Neonatologie, Nemocnice České Budějovice, a.s. Matka byla z porodního sálu přeložena na stanici přízemí oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Poprvé matka přišla na oddělení Neonatologie v doprovodu sanitárky 18 hodin po porodu. Sanitárka ji doprovodila až ke dveřím na stanici IMP I., zde ji ponechala a odešla. Matka vešla dovnitř, pozdravila, přítomné sestry jí odpověděly a jedna se zeptala, co potřebuje. Matka byla velmi vystrašená. Mluvila velmi potichu, tak se dětské sestry musely při rozhovoru s ní několikrát dožadovat zopakování. Odpověděla, že hledá svou dceru, ráda by věděla, jaký je její zdravotní stav. Mluvila o tom, že má velké obavy o zdraví svého dítěte. Požadovala informace o zdravotním stavu svého dítěte. Dětská sestra telefonicky vyzvala ošetřujícího lékaře dítěte k podání informací

matce. Po rozhovoru s lékařem se matka rozloučila a odešla zpět na oddělení gynekologie, působila mnohem klidněji. Na stanici IMP I. pravidelně docházela 4x denně sama, 1x denně s otcem dítěte.

Třetí den byla matka přeložena na stanici IMP II. (ROOM-IN) neonatologického oddělení. Po příchodu matky spolu s gynekologickou sestrou došlo k předání dokumentace a ústnímu předání informací o matce a jejím zdravotním stavu. Vše probíhalo v přítomnosti matky.

Dětská sestra se poprvé setkala s matkou, bez vzájemného představení na inspekčním pokoji odebrala od matky potřebné identifikační údaje a anamnézu. Od této chvíle byla matka považována za zdravý doprovod nemocného dítěte. Dětská sestra matce připevnila identifikační náramek. Následně matku provedla po oddělení a seznámila ji s vnitřním řádem oddělení. Dále dětská sestra matku upozornila na režim neonatologického oddělení a na omezení související s hospitalizací na neonatologii, o návštěvní době, jejich omezení a zdržování návštěv na pokoji. Matka se sestry dotazovala na důvod. Dětská sestra jí vysvětlila, že toto opatření je nutné z důvodu přítomnosti ostatních matek na pokoji a k zajištění jejich soukromí, např. při kojení dětí. Zrovna tak ostatní matky a jejich návštěvy nebudou omezovat ji, např. u již zmiňovaného kojení. Matku tato odpověď uspokojila a působila čím dál tím klidněji. Již věděla, že je na oddělení někdo, koho zajímají i její potřeby.

Dětská sestra matku seznámila s následujícím programem. Matka se ubytuje, za půl hodiny jí přijde přijmout lékař, a potom jí na pokoj přiveze dítě.

Dle plánu bylo dítě v inkubátoru převezeno na pokoj k matce. Následovalo poučení matky o správné technice mytí rukou mýdlem a následné dezinfekci. Při postupném předávání dítěte do péče matky dětská sestra matce vysvětlovala manipulaci s inkubátorem, úchop dítěte i techniku přebalování dítěte. Během vysvětlování bylo vše matce názorně ukázáno. Nebyl dán prostor na případné dotazy, matka působila velmi nejistě v péči o své dítě a obavy vyjadřovala i verbálně. Dětská sestra přiložila matce dítě k prsu, matka si nebyla jistá, že postup zvládne. Společně se domluvily, že před následujícím kojením matka pro dětskou sestru přijde a přebalování i příkládání matka předvede sama. Matka dostala velké množství nových informací a měla obavy, zda vše

správně pochopila. Nebyla si jistá, že péči o dítě zvládne. Přesto ji do jisté míry uklidňovalo, že dětská sestra bude stát vedle ní a v případě nezdaru jí pomůže.

Péči o dítě matka zvládala téměř sama během následujícího dne, jen s přiložením k prsu potřebovala částečně pomoci. Matka si byla ve své péči stále jistější, pomoc sestry vyhledávala jen zřídka a víceméně k ověření správnosti zvoleného postupu. Dětská sestra v tomto stádiu jejich vzájemného interpersonálního vztahu matce odpovídala na její zvědavé dotazy týkající se ošetrovatelské péče o dítě. S dotazy týkající se zdravotního stavu a prognózy matku odkazovala na lékaře. I po konzultaci s lékařem si matka získané informace ještě ověřovala u dětské sestry.

Již třetí den hospitalizace matka péči o dítě zvládala zcela sama, včetně přikládání k prsu. Terapeutický vztah s dětskou sestrou však byl ukončen až za 2 týdny při propuštění matky a dítěte domů, kdy se osobně rozloučily.

### **4.2.3 Kazuistika 3**

(matka 3 + dětská sestra 1)

Matka 1 – 20 let, svobodná, žije s přítelem ve společném bytě. Matka studuje vysokou školu, nyní přešla na kombinovanou formu studia.

Matka je prvoroďička, dítě bylo neplánované, ale chtěné. Těhotenství bylo rizikové záchyt v 10. týdnu těhotenství. Ve 29 týdnu nástup kontrakcí, za 12 hodin porod spontánní záhlavím. Dítě – chlapec, váha: 1610 gramů, AS 8,9,9. Chlapec byl přeložen na stanici JIRP Neonatologie, Nemocnice České Budějovice, a.s. Matka byla z porodního sálu přeložena na stanici přízemí oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Na neonatologické oddělení přišla matka poprvé v doprovodu sanitárky 16 hodin po porodu. Při příchodu na stanici pozdravila a ptala se na svého syna. Dětská sestra jí odpověděla na pozdrav, bez představení zavedla matku k inkubátoru. Matka působila velmi vyděšeně a nejistě, říkala, že má strach o své dítěte. Byla bledá a potila se. Dětská sestra se jí zeptala, jestli jí je dobře. Matka odpověděla, že ne. Dětská sestra jí posadila a zeptala se jí, jestli chce mluvit s lékařem o zdravotním stavu dítěte. Matka souhlasila a dětská sestra odešla na vedlejší box pro lékaře. Ten za okamžik přišel a

informace matce podal. Následně se matka rozloučila, dětská sestra se jí ještě zeptala, jestli jí má zavolat sanitárku jako doprovod, matka to odmítla. Matka pravidelně docházela na stanici JIRP a následně, po překladu dítěte i na stanici IMP I. 4x denně sama, 1x denně s otcem dítěte.

Pátý den po porodu byla matka přeložena na stanici IMP II. (ROOM-IN) neonatologického oddělení. Po telefonické domluvě o překladu matky na stanici IMP II. (ROOM-IN) si dětská sestra připravila potřebnou dokumentaci, pokoj pro matku a vybavičku pro dítě.

Po příchodu matky s gynekologickou sestrou došlo k předání dokumentace a ústnímu předání informací o matce a jejím zdravotním stavu za přítomnosti matky.

Po předání informací odvedla dětská sestra matku na inspekční pokoj, kde odebrala od matky potřebné identifikační údaje a doplnila anamnézu. Vše se odehrálo bez vzájemného představení obou zúčastněných, přestože se setkaly jako dvě naprosto neznámé osoby. Matka byla na neonatologické oddělení přijata jako zdravý doprovod nemocného dítěte. Dětská sestra matce připevnila identifikační náramek. Po nutném vyplnění dokumentace dětská sestra matku provedla po oddělení a podrobně ji seznámila s vnitřním řádem oddělení. Dále dětská sestra matku upozornila na režim neonatologického oddělení a na omezení související s hospitalizací na neonatologii. Prostor na dotazy či připomínky dán matce nebyl. Matka se v novém prostředí úplně neorientovala, proto požádala sestru, aby jí vysvětlila, jak se dostane za dítětem. Matka byla velmi uzavřená a komunikovala s dětskou sestrou jen sporadicky, s ostatním zdravotnickým personálem téměř vůbec.

Následně dětská sestra matku poučila o návštěvní době a omezeních, která musejí návštěvy dodržovat. Poté dětská sestra matce oznámila, že až se ubytuje, přijme ji lékař a pak bude dítě převezeno k ní na pokoj.

Při postupném předávání dítěte do péče matky se dětská sestra zaměřovala zejména na edukaci matky s názornou ukázkou péče o dítě. Opakovaně matku poučila o správné technice mytí rukou mýdlem a následné dezinfekci rukou. Dále dětská sestra matce teoreticky vysvětlila, jak správně manipulovat s inkubátorem, ve kterém bylo dítě uloženo a s dítětem samotným. Následovalo první přebalování dítěte a přiložení

dítěte k prsu, které prováděla dětská sestra a celý postup dostatečně komentovala. Prostor na dotazy dán matce opět nebyl. Matka působila velmi nejistě a vystrašeně, sama slovně vyjadřovala obavy ze zvládnutí péče o nedonošené dítě a zvláště z přikládání dítěte k prsu. Komunikace mezi oběma zúčastněnými byla nedostatečná, dětská sestra se soustředila jen na fakta týkající se péče o dítě.

Několik dní se matka snažila zapojit do péče o své dítě, přesto jí přebalování a přikládání dítěte k prsu činilo stále potíže. Přebalování dítěte jí trvalo poněkud déle, dítě bylo nervózní a plačtivé, matka si to kladla za vinu, ale dětskou sestru sama o pomoc nepožádala. Vždy se snažila zvládnout situaci sama, ale ne vždy úspěšně. Dítě nepřibývalo na váze, a tak byla dětská sestra nucena začít dohlížet na péči matky o dítě. K jednoznačnému stanovení problému a způsob řešení nedošlo. Vztah důvěry k dětské sestře nebyl tak hluboký, aby se matka s dětskou sestrou sblížila a nebála se požádat o pomoc.

Dětská sestra musela znovu matce vysvětlit správnou techniku kojení a i nadále ji kontrolovat. Za několik následujících dní matka již celkem zvládala pečovat o dítě, s přikládáním k prsu si také byla jistější. Matka již nepůsobila tolik nejistě a vystrašeně, sama svou péčí o dítě komentovala, že „už se nebojí starat se o dítě“. Přesto však dětské sestře zcela nedůvěřovala, aktivně sama nezjišťovala žádné informace o péči o dítě, sestru nevyhledávala.

Matka již zcela sama zvládala pečovat o dítě a přikládat dítě k prsu, ale nebyla si zcela jista svou péčí o dítě. Stále byla velmi uzavřená a po propuštění se s dětskou sestrou ani nerozloučila.

#### 4.2.4 *Kazuistika 4*

(matka 4 + dětská sestra 1)

Matka 3 – 28 let, vdaná, žije s manželem ve společném bytě. Matka má středoškolské vzdělání.

Matka je prvorodička, dítě bylo plánované. Těhotenství probíhalo bez komplikací, záchyt v 8. týdnu těhotenství. Ve 32 týdnu spontánní odtok plodové vody, za 8 hodin porod spontánní záhlavím. Dítě – chlapec, váha: 1960 gramů, AS 9,9,9. Chlapec byl přeložen na stanici IMP I. Neonatologie, Nemocnice České Budějovice, a.s. Matka byla z porodního sálu přeložena na stanici přízemí oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Matka poprvé přišla na oddělení neonatologie v doprovodu sanitárky 12 hodin po porodu. Vypadala velmi vystrašeně, neustále se rozhlížela kolem sebe. Bez vzájemného představení se dětská sestra zeptala matky co potřebuje. Matka se dotazovala, kde najde svého syna. Dětská sestra jí odvedla ke konkrétnímu inkubátoru a ukázala dítě matce. Následně se dětská sestra zeptala matky, zda chce zavolat lékaře na podání informací o zdravotním stavu dítěte. Matka souhlasila. Poté se dětská sestra s matkou domluvila, že až bude mít dítě pít, matku telefonicky zavolá a ona přijde. Na kojení docházela matka pravidelně 5x denně sama, 1x denně s otcem dítěte.

Tři dny po porodu byla matka přeložena z gynekologického oddělení na neonatologické oddělení. Po telefonické domluvě překladu matky si dětská sestra připravila potřebnou dokumentaci, pokoj pro matku a vybavičku pro dítě. První fáze - orientace začíná příchodem matky na stanici IMP I. Dětská sestra se poprvé setkala s matkou. Jako dvě naprosto neznámé osoby se při prvním setkání vzájemně pozdravily a představily. Následně dětská sestra zanalyzovala situaci a své chování, včetně požadavků přizpůsobila s ohledem na: vzdělání matky, její kulturu, náboženské přesvědčení očekávání i její zkušenost.

Po příchodu matky spolu s gynekologickou sestrou došlo k předání dokumentace a ústnímu předání informací o matce. Matka byla předáváním informací přítomna a byla vyzvána, zda si přeje cokoli doplnit. Po vzájemném představení dětská



sestra doplnila potřebné detaily do chorobopisu a na ruku matce připevnila identifikační náramek. Od té chvíle byla matka považována za zdravý doprovod nemocného dítěte.

Následně dětská sestra provedla matku po oddělení a seznámila ji s vnitřním řádem na oddělení. Dále sestra matku upozornila na režim neonatologického oddělení a na omezení související s hospitalizací na neonatologii. Matka dostala prostor na dotazy související s režimem na oddělení a byla upozorněna na možnost kladení otázek a to kdykoli. Matka se dotazovala na jméno ošetřujícího lékaře. Dětská sestra dotaz zodpověděla a vysvětlila matce, že s lékařem se uvidí během dvou hodin, kdy matku přijde osobně na oddělení přijmout. Matka se viditelně uklidnila a ještě jednou si u dětské sestry ujišťovala správnost své orientace na oddělení, konkrétně u jídelny.

Dále byly matce podány informace ohledně návštěvní doby a opatření, která musí návštěvy dodržovat. Matka se dotazovala, proč může být návštěva na pokoji pouze pět minut. Dětská sestra jí vysvětlila, že z důvodu zachování intimity ostatních matek na pokoji, např. při kojení. Následně dala sestra matce prostor na její dotazy týkající se režimu a omezení neonatologického oddělení. Matka dotazy neměla.

Dětská sestra matku seznámila s programem, který ji čeká, tzn. ubytování, přijetí lékařem a předání dítěte do její péče. Dětská sestra se matky zeptala, zda souhlasí, či nemá nějaké konkrétní připomínky a návrhy. Matka zcela souhlasila, dostala tedy od dětské sestry prostor na ubytování a opět byla upozorněna, že kdykoli může vznést jakýkoli dotaz či námitku. Po společné domluvě, bylo dítě postupně předáno do péče matky. Ve fázi orientace, kdy matka již netápala ve zcela neznámém prostoru a byla seznámena s časovým harmonogramem se u matky snížilo napětí, obavy a strach z neznáma. Sama vyjádřila, důvěru v dětskou sestru. Při pozvolném předávání dítěte do péče matky se postupně dětská sestra s matkou přesunuly do druhé fáze navazování interpersonálního vztahu dle H. Peplau a to fáze identifikace. V této fázi si dětská sestra společně s matkou ujasnila své vzájemné představy a očekávání. Sestra podávala návrhy a matka je po společné konzultaci odsouhlasila. Fáze identifikace sloužila k edukaci matky, předně péče o dítě. Patřila sem edukace o mytí rukou mýdlem a následná dezinfekce. Poté matce dětská sestra názorně předvedla manipulaci s inkubátorem a úchop dítěte. Při prvním přebalování a přiložení dítěte

k prsu dětská sestra matce vše teoreticky vysvětlila a následně vše prakticky předvedla. Společně si vyjasnily problém, kterým bylo přebalování a přikládání dítěte k prsu. Dětská sestra se s matkou domluvila, že příští přebalování a přikládání dítěte k prsu předvede matka sama dětské sestře. Matka si byla velmi nejistá při manipulaci s dítětem, včetně přikládání k prsu. Tyto problémy byly velmi brzy rozpoznány, což významně snížilo napětí, obavy a strach matky. Dětská sestra rozpoznala, jakým směrem zaměřit své intervence. Během této fáze začala matka postupně vnímat dětskou sestru nejen jako osobu, která jí zodpoví kladené dotazy, ale jako někoho, kdo jí rozumí a může v mnohém pomoci. Po ukončení této fáze vznikl vztah důvěry mezi poskytovatelem (dětská sestra) a příjemcem (matka a dítě) ošetrovatelské péče.

Ve třetí fázi využití se matka již stala plnohodnotnou součástí prostředí, pečujícího o dítě. Na základě externí pomoci dětské sestry získala plnou kontrolu nad svou situací. Dítě již sama přebalovala a přikládala k prsu, pouze dvakrát vyhledala pomoc dětské sestry, kdy konzultovala své rozhodnutí o frekvenci přikládání dítěte k prsu. V této fázi již matka překročila pomyslnou hranici, kdy dítě přijímá převážně péči dětských sester, a matka sama začala aktivně pečovat o své dítě. Během fáze využití matka kladla na dětskou sestru více požadavků, než tomu bylo doposud, ve smyslu stanovování nového cíle (plné kojení, bez dokrmů). Dětská sestra neustále matku povzbuzovala v poznávání, vyjadřování jejích pocitů a myšlenek. Jejich terapeutický vztah bylo možné vyjádřit jako vztah plný akceptace, zájmu a vzájemné důvěry. Matka se postupně stávala ještě aktivnější a iniciativnější v péči o dítě. V této fázi matka již sama pevně věřila ve své schopnosti postarat se o dítě. Matka aktivně komunikovala nejen s dětskou sestrou, ale i s ostatním zdravotnickým personálem. Role dětské sestry spočívala v povzbuzování matky a dohledem nad péčí o dítě.

Po několika dnech se matka naučila zvládat svou situaci a současně využívat všechny dostupné cesty pomoci. Jejich vzájemný vztah směřoval k poslední fázi a tou byla fáze rezoluce. Při ukončení vztahu matka postupně uvolňovala svou identifikaci s dětskou sestrou. K definitivní rezoluci došlo v okamžiku propuštění dítěte a matky do domácí péče. Potřeby matky i jejího dítěte byly naplněny. Po dvou měsících poslala

matka na neonatologické oddělení děkovný dopis spolu s fotkami svého syna. Fotky byly vyvěšeny na nástěnkou na chodbě k ostatním fotkám šťastných dětí a jejich rodičů.

#### **4.2.5 Kazuistika 5**

(matka 5 + dětská sestra 2)

Matka 5 – 20 let, svobodná, žije v bytě u prarodičů. Otec dítě odmítá. Matka má středoškolské vzdělání. Rodiče matky dítě nepřijali.

Matka je prvorodička, dítě bylo neplánované. Těhotenství probíhalo bez komplikací, záchyt v 9. týdnu těhotenství. Ve 30 týdnu spontánní odtok vody plodové, za 12 hodin porod spontánní záhlavím. Dítě – děvče, váha: 1830 gramů, AS 9,9,10. Děvče bylo přeloženo na stanici IMP I. Neonatologie, Nemocnice České Budějovice, a.s. Matka byla z porodního sálu přeložena na stanici přízemí oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Matka poprvé přišla na oddělení Neonatologie v doprovodu sanitárky 16 hodin po porodu. Po příchodu na stanici se matka s dětskou sestrou pozdravily a matka se představila. Matka se zeptala dětské sestry, kde najde svou dceru. Dětská sestra jí zavedla k inkubátoru a nabídla matce, že zavolá lékaře na podání informací o zdravotním stavu dítěte. Matka vyjadřovala velké obavy o zdravotní stav svého dítěte. Byla velmi bledá a vypadala unaveně. Dětská sestra se jí zeptala, zda se cítí dobře. Řekla, že se dobře necítí, je slabá a unavená. Dětská sestra jí nabídla křeslo a navrhla matce, že dítě zkusí přiložit k prsu, než lékař přijde, matka souhlasila. Po získání informací o zdravotním stavu se matka rozloučila a odešla. Matka na Neonatologii docházela pravidelně 5x denně sama, otec dítěte nejevil o dítě zájem.

Čtyři dny po porodu byla matka přeložena z gynekologického oddělení na neonatologické oddělení. Po telefonické domluvě o překladu matky si dětská sestra připravila potřebnou dokumentaci, pokoj pro matku a vybavičku pro dítě. Fáze orientace začala už příchodem matky spolu s gynekologickou sestrou na oddělení. Dětská sestra se matce představila a dle zjištěné situace přizpůsobila své chování s ohledem na: vzdělání matky, její kulturu, náboženské přesvědčení očekávání i

zkušenost. Když se dětská sestra s matkou poprvé setkaly, vypadala matka velmi vystrašeně, byla nervózní a ve velikém napětí.

Poté došlo k předání dokumentace a ústnímu předání informací o matce. Od té chvíle byla matka považována za zdravý doprovod nemocného dítěte. Dětská sestra chápala matku jako rovnocenného partnera a to nejen v péči o dítě.

Dětská sestra matku seznámila s následujícím harmonogramem. Matka dostala prostor vyjádřit se k harmonogramu. Dětská sestra ještě doplnila potřebné detaily do chorobopisu a na ruku matce připevnila identifikační náramek. Dále dětská sestra matku upozornila na režim neonatologického oddělení a na omezení související s hospitalizací na neonatologii. Matka dostala prostor na dotazy související s režimem na oddělení. Matka se dotazovala na uchovávání vlastních potravin. Dětská sestra dotaz zodpověděla a vysvětlila matce, kde může potraviny uchovávat a konzumovat. Přestože dětská sestra matce vysvětlila, že oddělení si prohlédne později, matka se dožadovala prohlídky okamžitě. Dětská sestra přizpůsobila program požadavkům matky a celé oddělení matce ukázala a seznámila ji s vnitřním řádem na oddělení. Během prohlídky byly matce podány informace ohledně návštěvní doby na neonatologii a jejím omezení. Následně dostala matka prostor na její dotazy týkající se režimu a omezení neonatologického oddělení. Matka se dotazovala na možnost návštěvy svých kamarádek. Dětská sestra jí vysvětlila, že na oddělení kamarádky vstup nemají povolen, ale mohou přijít za matkou na návštěvu do návštěvní místnosti. Matka dostala od sestry prostor na ubytování a dětská sestra ji upozornila, že kdykoli může vznést jakýkoli dotaz či námitku. Po dokončení ubytování matky, bylo dle společné domluvy matky s dětskou sestrou dítě postupně předáno do péče matky. Ve fázi orientace, kdy matka již netápala ve zcela neznámém prostoru a byla seznámena s časovým harmonogramem, se u matky snížila nervozita a napětí. Dětská sestra ji svým mateřským a vlídným přístupem velmi uklidnila. Matka mnohem lépe spolupracovala.

Ve druhé fázi navazování interpersonálního vztahu dle H. Peplau a to fázi identifikace předávala dětská sestra dítě postupně do péče matky. V této fázi navrhla dětská sestra matce své představy a vzájemně si je ujasnily. Fáze identifikace sloužila k edukaci matky o žádané péči o dítě a nácvik jednotlivých úkonů. Patřila sem edukace

o mytí rukou mýdlem a následná dezinfekce. Poté matce dětská sestra názorně předvedla manipulaci s inkubátorem a úchop dítěte. Před prvním přebalováním a přiložením dítěte k prsu dětská sestra matce vše teoreticky vysvětlila, ponechala jí prostor na případné dotazy a následně vše prakticky předvedla. Matka si nebyla vyndáváním dítěte z inkubátoru a přikládáním dítěte k prsu zcela jistá a požádala dětskou sestru, aby jí vše ještě jednou předvedla. Dětská sestra matce vysvětlila, že nebudou zbytečně dítě zatěžovat a domluvily se, že příští přebalování a přikládání dítěte dětská sestra matce ještě jednou předvede. Společně objasnily a identifikovaly problémy, které bylo nutné vyřešit, pokud matka chtěla zcela samostatně pečovat o dítě. Problémem bylo vyndávání dítěte z inkubátoru a přikládání dítěte k prsu. Matka byla po dohodě o mnoho klidnější. Po druhé ukázce následovala další dohoda dětské sestry s matkou, že příští vyndávání dítěte z inkubátoru a přikládání dítěte k prsu předvede již matka a dětská sestra bude pouze dohlížet. Při ukázce si matka byla velmi nejistá při manipulaci s dítětem, včetně přikládání k prsu. Tyto problémy byly velmi brzy rozpoznány a opět výkony mírně poupraveny dětskou sestrou, což významně snížilo napětí, a nervozitu matky, i když zcela jistá svou péčí si stále nebyla. Během této fáze se matka velmi fixovala na dětskou sestru. Po ukončení této fáze vznikl vztah bezmezní důvěry matky k dětské sestře. Matka vnímala dětskou sestru jako svého jediného pomocníka a rádce.

Během třetí fáze - využití se začala matka téměř samostatně pečovat o své dítě. Díky pomoci dětské sestry získala potřebnou sebedůvěru a napětí téměř ustoupilo. Matka dítě sama přebalovala a přikládala k prsu, pouze dvakrát byla nutná pomoc dětské sestry. Matka však chodila za dětskou sestrou neustále a komentovala své úspěchy v péči o dítě. Komunikace s ostatním personálem byla stále nedostatečná. Na konci této fáze matka již zcela samostatně pečovala o své dítě. Během fáze využití matka kladla na dětskou sestru mnohem více požadavků, než tomu bylo doposud, ve smyslu stanovování nového cíle (plné kojení, bez dokrmů, dítě uložené v postýlce). Dětská sestra neustále matku povzbuzovala v poznávání, vyjadřování jejích pocitů, myšlenek a dodávala jí sebedůvěru v její nové roli – matky, tím se napětí a nervozita u matky téměř vytratily. Jejich terapeutický vztah bylo možné vyjádřit jako vztah

důvěry, ze strany matky lze hovořit až o jisté závislosti. Role dětské sestry spočívala v povzbuzování, dodávání sebedůvěry matce a v dohledu nad péčí o dítě.

Po čtrnácti dnech byla matka s dítětem propuštěna domů. Matka nabyla sebedůvěry a zcela sama pečovala o své dítě. Situaci měla pod svou kontrolou a věděla, kde si může říci o pomoc v případě potřeby. Vzájemný vztah matky a dětské sestry šel k poslední fázi, a to ukončení. Při ukončení terapeutického vztahu byla matka nucena uvolnit svou identifikaci s dětskou sestrou. Potřeby dítěte i matky byly naplněny, přesto však matka vyjadřovala obavy, jak péči o dítě zvládne doma. Dětská sestra ji uklidnila a vysvětlila, že bude o dítě pečovat stejně jako na oddělení a povzbudila jí pochvalou. Matka slíbila, že se s dcerou přijedou po nějakém času ukázat. Dětské sestře poděkovala a při loučení, měla oči plné slz.

#### 4.2.6 *Kazuistika 6*

(matka 6 + dětská sestra 1)

Matka 6 – 28 let, vdaná, žije s manželem v rodinném domě. Matka má vysokoškolské vzdělání.

Matka je prvorodička, dítě z IVF – velmi chtěné. Těhotenství probíhalo bez komplikací. Ve 31 týdnu spontánní odtok vody plodové, za 12 hodin porod spontánní záhlavím. Dítě – děvče, váha: 1860 gramů, AS 8,9,9. Děvče bylo přeloženo na stanici JIRP. Neonatologie, Nemocnice České Budějovice, a.s. Matka byla z porodního sálu přeložena na stanici přízemí oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

Matka poprvé přišla na Neonatologii v doprovodu sanitárky 17 hodin po porodu. Po příchodu na stanici JIRP matka pozdravila a představila se. Ptala se dětské sestry, která se nepředstavila, kde najde svou dceru, protože jí přinesla mléko. Matka byla velmi vystrašená, působila nejistě a měla strach o zdraví svého dítěte. Matka po dětské sestře žádala informace o zdravotním stavu, tvrdila, že žádné informace nedostala, přestože je v dokumentaci informování matky zaznamenáno lékařem i dětskou sestrou, včetně datumu a hodiny. Dětská sestra matce vysvětlila, že jí podá informace o zdravotním stavu lékař a okamžitě ho telefonicky k podání informací

vyzvala. Na stanici JIRP matka pravidelně docházela 4x denně sama, 1x denně s otcem dítěte.

Čtyři dny po porodu byla matka přeložena z gynekologického oddělení na neonatologické oddělení. Po telefonické domluvě o překladu matky si dětská sestra připravila potřebnou dokumentaci, pokoj pro matku a vybavičku pro dítě. V první fázi orientace se dětská sestra poprvé setkala s matkou. Vzhledem k tomu, že se obě setkaly poprvé, vzájemně se pozdravily a představily. Poté dětská sestra důkladně zanalyzovala aktuální situaci a své chování včetně požadavků přizpůsobila matce. Mezi dětskou a gynekologickou sestrou došlo k předání dokumentace a ústnímu předání informací o matce, vše se odehrálo za přítomnosti matky, která byla vyzvána, zda chce něco dodat. Matka nic nepřipomínkovala. Od té chvíle byla matka považována za zdravý doprovod nemocného dítěte.

Dětská sestra seznámila matku s průběhem přijetí na oddělení, poté doplnila potřebné detaily do chorobopisu a na ruku matce připevnila identifikační náramek. Při prohlídce neonatologického oddělení matku seznámila s vnitřním řádem neonatologického oddělení. Dětská sestra matce vysvětlila režim neonatologického oddělení včetně omezení související s hospitalizací na Neonologii. Následně dostala matka od dětské sestry prostor na případné dotazy související s režimem na oddělení. Matku zajímalo, jak často smí navštěvovat dceru na stanici JIRP. Dětská sestra jí vysvětlila, že za dcerou smí chodit kdykoli. Po ubytování matky na pokoji dceru dostane k sobě na pokoj. Matku tato odpověď a velmi empatický přístup dětské sestry velice potěšila a bylo na ní patrné jisté uklidnění oproti předchozímu stavu (strach, nejistota).

Dále byly matce dětskou sestrou podány informace týkající se návštěvní doby a podmínkách, které musí návštěvy splňovat. Poté opět dostala matka prostor na dotazy týkající se režimu a omezení neonatologického oddělení. Matka se ptala na možnost návštěvy širší rodiny. Dětská sestra jí opět vysvětlila, kdo smí na návštěvu za dítětem na pokoj a na ostatní návštěvy má matka prostor v návštěvní místnosti. Pro matku byla odpověď dostačující.

Dětská sestra se dohodla s matkou na následujícím programu. Matka dostala od sestry prostor na ubytování a opět ji sestra upozornila, že kdykoli může vznést jakýkoli dotaz či námitku. Po dokončení ubytování matky na pokoji, bylo dítě postupně předáváno do péče matky. Fáze orientace končila a matka již netápala ve zcela neznámém prostoru a byla seznámena s časovým harmonogramem, tím se u matky do jisté míry snížila nejistota a strach z neznáma. Matka vyjádřila důvěru v pomoc dětské sestry.

Při postupném předávání dítěte zcela do péče matky se postupně dětská sestra s matkou přesunuly do druhé fáze interpersonálního vztahu a to fáze identifikace. V této fázi si dětská sestra společně s matkou ujasnila své vzájemné představy a očekávání týkající se péče o dítě. Dětská sestra detailně popsala matce, co bude péče o dítě obnášet. Matka vyjádřila obavy z uchopení dítěte a vyndání z inkubátoru. Společně objasnily a identifikovaly problém. Fáze identifikace sloužila k edukaci matky, předně péče o dítě. Edukace započala poučením matky o mytí rukou mýdlem a následná dezinfekce rukou. Poté se obě přesunuly k inkubátoru a dětská sestra matce názorně předvedla manipulaci s inkubátorem a úchop dítěte, včetně jeho vyndání z inkubátoru. Při prvním přebalování a přiložení dítěte k prsu dětská sestra matce nejprve vše teoreticky vysvětlila, nechala matce prostor na dotazy a následně vše prakticky předvedla. Dětská sestra matce navrhla, aby příští přebalování a přikládání dítěte k prsu předvedla matka sama dětské sestře. Matka nadšeně souhlasila, ale jistá nervozita byla u matky patrná. S přikládáním k prsu matka problém neměla. Při manipulaci s dítětem byla matka stále nejistá. Dětská sestra ji neustále uklidňovala a povzbuzovala. Během této fáze začala matka vnímat dětskou sestru jako někoho, kdo jí bude v péči o dítě velmi nápomocen. Po ukončení této fáze vznikl mezi matkou a dětskou sestrou vztah důvěry.

Ve třetí fázi využití, dle interpersonálního modelu H. Peplau se matka zcela začlenila do prostředí, pečujícího o dítě. Na základě adekvátní pomoci dětské sestry svou situaci zcela zvládala. Matka sama přebalovala a přikládala dítě k prsu, jen dvakrát vyhledala pomoc dětské sestry, aby si ověřila správnost svého postupu. Během této fáze začala matka sama aktivně pečovat o své dítě. I když matka péči o dítě



zvládala, dětská sestra ji neustále chválila a povzbuzovala v poznávání, vyjadřování jejích pocitů a myšlenek. Dětská sestra matce vždy trpělivě naslouchala, a pokud to ze strany matky bylo žádané, odpovídala na zvědavé dotazy. Matka byla stále aktivnější a iniciativnější v péči o své dítě. Ke konci fáze využití matka zcela věřila ve své schopnosti postarat se o dítě. Matka aktivně komunikovala s celým zdravotnickým personálem neonatologického oddělení. Role dětské sestry během fáze využívání spočívala v povzbuzování matky a v dohledu nad péčí o dítě.

Po dvou týdnech se matka naučila zcela zvládat svou situaci a současně využívat všechny dostupné cesty pomoci. Vzájemný vztah dětské sestry a matky šel k poslední fázi a ukončení. Během ukončení vztahu se matka postupně odpoutávala od dětské sestry. Toto ukončení však nebylo definitivní. K definitivnímu ukončení došlo v okamžiku propuštění dítěte a matky domů. Potřeby matky i jejího dítěte byly během hospitalizace naplněny.

### 4.3 Výsledky pozorování v kategorizovaných tabulkách

Tabulka 9 – fáze orientace

Fáze orientace	běžný způsob			$\Sigma$	dle modelu H. E. Peplau			$\Sigma$
	M1	M2	M3		M4	M5	M6	
představení sestry matce	0	0	0	0	1	1	1	3
seznámení matky s prostředím	1	1	1	3	1	1	1	3
vyhledání a pojmenování problému	1	1	0	2	1	1	1	3
prostor na dotazy matce	0	0	0	0	1	1	1	3
počet kladných odpovědí	2	2	1	5	4	4	4	12

Tabulka 9 zobrazuje plnění jednotlivých kritérií ve fázi orientace během navazování interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na neonatologii.

Tabulka 10 – fáze identifikace

Fáze identifikace	běžný způsob			Σ	dle modelu H. E. Peplau			Σ
	M1	M2	M3		M4	M5	M6	
vzájemné ujasnění představ a očekávání	1	0	0	1	1	1	1	3
jasné stanovení problému	1	1	0	2	1	1	1	3
jasné rozhodnutí o řešení problému	1	1	0	2	1	1	1	3
prostor na dotazy a připomínky matce	0	0	0	0	1	1	1	3
počet kladných odpovědí	3	2	0	5	4	4	4	12

Tabulka 10 zobrazuje plnění jednotlivých kritérií ve fázi identifikace během navazování interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na neonatologii.

Tabulka 11 – fáze využití

Fáze využití	běžný způsob			Σ	dle modelu H. E. Peplau			Σ
	M1	M2	M3		M4	M5	M6	
matka sama kontroluje situaci	0	1	0	1	1	1	1	3
podpora matky sestrou	1	0	1	2	1	1	1	3
stanovení nového cíle	0	0	1	1	1	1	1	3
prostor na osobní návrhy a připomínky matky	1	0	0	1	1	1	1	3
počet kladných odpovědí	2	1	2	5	4	4	4	12

Tabulka 11 zobrazuje plnění jednotlivých kritérií ve fázi využití během navazování interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na neonatologii.

Tabulka 12 – fáze ukončení

Fáze ukončení	běžný způsob			Σ	dle modelu H. E. Peplau			Σ
	M1	M2	M3		M4	M5	M6	
uspokojení potřeb matky	1	1	0	2	1	1	1	3
uspokojení potřeb dítěte	1	1	1	3	1	1	1	3
stanovení dalšího cíle	0	0	0	0	0	1	0	1
absolutní ukončení vztahu – propuštění matky a dítěte	0	1	0	1	1	1	1	3
počet kladných odpovědí	2	3	1	6	3	4	3	10

Tabulka 12 zobrazuje plnění jednotlivých kritérií ve fázi ukončení během navazování interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na neonatologii.

Tabulka 13 – porovnání celkem

	běžný způsob			Σ	dle modelu H. E. Peplau			Σ
	M1	M2	M3		M4	M5	M6	
<b>Fáze orientace</b>	2	2	1	5	4	4	4	12
<b>Fáze identifikace</b>	3	2	0	5	4	4	4	12
<b>Fáze využití</b>	2	1	2	5	4	4	4	12
<b>Fáze ukončení</b>	2	3	1	6	3	4	3	10
počet kladných odpovědí	9	8	4	5	15	16	15	46

Tabulka 13 zobrazuje jednotlivé fáze, které jsou během navazování interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na Neonatologii u všech matek. Je sečten počet kladných odpovědí u jednotlivých matek a současně v jednotlivých fázích navazování interpersonálního vztahu. V této tabulce lze pozorovat rozdíly v jednotlivých fázích navazování interpersonálního vztahu jak běžným způsobem, tak podle modelu H. Peplau.

## 5. Diskuse

Dětské sestry prostřednictvím navazování interpersonálního vztahu s matkou zajišťují adekvátní péči dítěti. Ve výzkumném šetření šlo o matky prvorodičky, které s mateřstvím a péčí o dítě neměly osobní zkušenosti. Proto musela dětská sestra navázat adekvátní interpersonální vztah s matkou, aby bylo dosaženo prostřednictvím vhodné edukace optimální péče o dítě ze strany matky, a tím byly uspokojeny potřeby všech zúčastněných.

V diplomové práci bylo použito kvantitativní výzkumné šetření u dětských sester pracujících na Neonatologii, dále dětských a všeobecných sester pracujících na novorozeneckých úsecích dětských oddělení nemocnic Jihočeského kraje. Šetření bylo provedeno pomocí dotazníku. V úvodu dotazníku sestry odpovídaly na délku své praxe. Podle odpovědi na tuto otázku byly sestry rozděleny do tří kategorií: první kategorií tvořily sestry s praxí do dvou let, druhou kategorií tvořily sestry s praxí od dvou do pěti let. Tyto dvě kategorie byly považovány za méně zkušené. Třetí kategorií tvořily sestry s délkou praxe šest až deset let a čtvrtou kategorií tvořily sestry s praxí nad deset let. Třetí a čtvrtá kategorie byla považována za více zkušenou.

Je nutné poznamenat, že jednotlivé kategorie nebyly v celkovém počtu respondentů 102 (100%) rovnoměrně zastoupeny. První kategorií (do dvou let praxe) tvořilo 6 sester (5,9%), druhou kategorií tvořilo 10 sester (9,8%), třetí kategorií tvořilo 15 sester (14,7%) a poslední, čtvrtou kategorií tvořilo 71 sester (69,6%). Ani po sloučení čtyř kategorií na dvě kategorie by se nedosáhlo rovnoměrnosti. (viz. Graf 2)

K úspěšnému navázání interpersonálního vztahu výrazně přispívá pozdrav a vzájemné představení dvou neznámých osob. Dle Ladislava Špačka by měl pozdrav vyjádřit radost nad shledáním s druhým člověkem a to i neznámým, v prostředí, kde jsme sami. S pozdravem by měl být vždy spojen úsměv, aby pozdrav vyzněl upřímně. Všeobecně platí, že by měl jako první pozdravit muž ženu, mladší staršího, podřízený nadřízeného a ten kdo přichází ke skupině. K pozdravu neznámých osob neodmyslitelně patří i vzájemné představení. Při představování by se mělo jasně a zřetelně vyslovit své jméno a příjmení. V naší situaci je velmi složité posoudit, kdo by

se měl pozdravit a představit se jako první. Zda je to matka z pozice nově příchozího a významnější osoby, je to náš klient, nebo sestra z pozice odborníka a osoby v domácím prostředí? Ladislav Špaček v této situaci radí pár vteřin vyčkat a pokud nepozdraví přicházející osoba, ujmeme se pozdravu a představení osoba v domácím prostředí – v našem případě tedy sestra. (45)

V našem šetření bylo zjištěno, že sestry z první kategorie se představují matce nejvíce z poloviny a často, což nasvědčuje dodržování pravidel komunikace, které si mohou pamatovat ze školy. Naopak druhá kategorie se nejčastěji nepředstavuje. A třetí a čtvrtá kategorie se představují matce jen zřídka. (viz. Graf 5, Tab. 1)

Je možné, že se jejich chování k matce nezměnilo od dob studií, kdy nebyl pacient považován za partnera sestry. Druhou možností při vysvětlení tohoto výsledku je jistota sester ve svých zkušenostech a tudíž nepovažují vztah s matkou za důležitý.

Výsledky vyplývající z této otázky nám ukazují, že teoreticky by měly začátek navazování interpersonálního vztahu s matkou lépe zvládat sestry s kratší dobou praxe.

Představování je dle Ladislava Špačka první společenský kontakt dvou osob, proto je třeba mít na paměti, že nikdy už nemáme druhou šanci. (45)

Fáze orientace však nezahrnuje jen představení, ale i vyhledání a ujasnění problému. V našem šetření jsme zjistili, že nejčastějším problémem matek v péči o dítě je výživa dítěte, tedy kojení, popř. krmení z láhve. Výživu označilo za problém 94 sester (92%), 8 sester (8%) označilo za nejčastější problém plnění mateřské role. (viz. Graf. 6, Tab. 2)

Jako konkrétní problém jsme si vymezili kojení dítěte, vycházeli jsme z osobní zkušenosti s péčí o matky a jejich děti na Neonatologii. Otázkou o nejčastějším problému matek v péči o dítě jsme si jen potvrdili naši domněnku.

Způsob zjišťování problému je velmi důležitý pro jeho jasné vymezení. Méně zkušené sestry udávaly, že nejčastějším způsobem je pozorování 6 sester (100%), oproti tomu 69 sester (97%) udávalo jako nejčastější způsob rozhovor s matkou. Zbylé dvě kategorie odpovídaly téměř shodně a převažoval rozhovor, s tím, že druhá kategorie zaznamenala shodně rozhovor i pozorování. Na základě těchto odpovědí jsme usoudili, že sestry s praxí více komunikují s matkou a tím pádem snáze dosáhnou ujasnění



problému. To nám ještě potvrzuje poznatek, že 5 sester (83%) z první kategorie označily jako další zdroj informací rozhovor s ostatním zdravotnickým personálem, z toho můžeme usuzovat, že si nejsou zcela jisté správností svého postupu a adekvátním rozpoznáním problému. Naopak zjišťování problémů dle informací získaných od ostatního zdravotnického personálu udávalo 41 sester (58%) ze čtvrté kategorie. Sestry z této kategorie také uvedly, že zjišťují problémy matek rozhovorem s rodinou, rozhovorem s ostatními matkami a z dokumentace. To nám potvrzuje, že zkušené sestry daleko více komunikují nejen s matkou, ale i s její rodinou a spolupacientkami. Může to být jednak dostatkem zkušeností a jednak i osobní zkušeností s mateřstvím. Zkušené sestry mají daleko více témat k hovoru s matkou, než sestry bez zkušeností těsně po ukončení studia. (viz. Graf 7, Tab. 3)

Díky lepší komunikaci jsou sestry schopné si lépe ujasnit vzájemné představy a očekávání s matkou a následně i rozhodnout o řešení problému společně s matkou. Na tuto otázku jasně odpovídá Graf 9 Volba techniky kojení matkou. V první kategorii nechá matku zvolit techniku kojení 5 sester (83%), ve druhé kategorii 8 sester (80%), ve třetí kategorii 14 sester (93%) a ve čtvrté kategorii 62 sester (87%). Sestry souhlas s volbou techniky kojení udávaly s podmínkou dohledu a případné regulace do správné polohy při kojení.

Pokud se zaměříme na fázi využití, v modelu interpersonálních vztahů dle H. Peplau, kdy by matka již měla plně kontrolovat svou situaci, tzn. sama zvládá péči o své dítě. Na otázku zda sestry kontrolují péči matky, pokud se přesvědčí, že péči zvládá odpověděly ano 2 sestry (33%) z první kategorie, z druhé kategorie 4 sestry (40%), ze třetí kategorie matku kontroluje 13 sester (87%) a ze čtvrté kategorie matku kontroluje 47 sester (66%). Z těchto výsledků lze usuzovat jednak, že sestry s kratší dobou praxe matce věří, ale sestra má plnou odpovědnost za matku i dítě během hospitalizace a kontrola může být podnětem k vzájemné komunikaci a utváření nových cílů. Jestliže sestra přestane matku kontrolovat, domníváme se, že dochází k předčasnému ukončení interpersonálního vztahu.

Na otázku o způsobu řešení problému, v našem případě neefektivního kojení, nejvíce sester odpovídalo, že edukují matku o podpoře kojení. Tento způsob řešení

problému udávalo 5 sester (83%) z první kategorie, 10 sester (100%) z druhé kategorie, 13 sester (87%) ze třetí kategorie a 97 sester (94%). Z toho vyplývá, že sestry s delší praxí edukují matku častěji. Opět si myslíme, že to lze přisoudit lepší komunikaci mezi matkou a sestrou.

Na otázku zda sestry dávají matkám příklady úspěchů ze své praxe je zajímavé, že 9 sester (13%) ze čtvrté kategorie odpovědělo, že nikdy, naopak 3 sestry (50%) z první kategorie odpověděly, že často. Přestože sestry z první kategorie považujeme za méně zkušené, dávají častěji příklady úspěchů ze své praxe než sestry, dle našeho přesvědčení, s bohatší praxí. Podle toho také mohou lépe posoudit úspěšnost svého zásahu. Dle našeho názoru by bylo vhodné, aby sestry zkušenější, tzn. sestry ze třetí a čtvrté kategorie dávaly matkám příklady úspěchů.

Co se týče složitosti navazování vztahu oproti ukončování vztahu odpověděly 3 sestry (50%) z první kategorie, že pro ně není složitější vztah s matkou navazovat. Ze druhé kategorie toto tvrzení potvrdilo 6 sester (60%). Oproti tomu 5 sester (33%) ze třetí kategorie a 26 sester (37%) ze čtvrté kategorie odpovědělo, že není složitější terapeutický vztah s matkou ukončovat. Z těchto odpovědí usuzujeme, že sestry s kratší dobou praxe považují ukončování terapeutického vztahu s matkou za stejně složité nebo složitější. Dle toho můžeme spekulovat o tom, zda je to tím, že nemají s ukončováním terapeutických vztahů s matkami dostatek zkušeností.

Další otázky v dotazníku se týkaly možných problémů při navazování terapeutického vztahu s matkou. Nejčastějším problémem uváděným celým výzkumným souborem byla jiná kultura matky, z toho bylo 6 sester (100%) z první kategorie, které by měly mít dostatečné znalosti ohledně transkulturního ošetřovatelství ze školy, 8 sester (80%) ze druhé kategorie, 13 sester (87%) ze třetí kategorie a 61 sester (86%) z kategorie čtvrté. Další, velmi častou odpovědí byla matka se smyslovými vadami. Tuto odpověď uvádějí 3 sestry (50%) z první kategorie, 6 sester (60%) ze druhé kategorie, 9 sester (60%) ze třetí kategorie a 45 sester (63%) z kategorie čtvrté. Toto tvrzení je dle našeho názoru ovlivněno zkušenostmi s matkami se smyslovými vadami. Sestry s delší praxí se přirozeně za dobu své praxe setkají s větším počtem matek se smyslovými vadami a mají zkušenosti s různými problémy

při předávání dítěte do péče matky se smyslovou vadou. Matku zdravotníka uvedly z první kategorie 2 sestry (33%), ve druhé kategorii ji uvedly 2 sestry (20%), ve třetí kategorii ji uvedly 2 sestry (13%), ve čtvrté kategorii ji uvedlo 11 sester (15%). Z toho usuzujeme, že sestry s kratší dobou praxe si zřejmě svou nezkušenost uvědomují, a proto považují matku zdravotníka jako potenciálního původce komplikací. Musíme uvést, že v dotazníku bylo pouze uvedeno matka zdravotník a nikoli matka dětská sestra, či matka porodní asistentka.

Opačnou otázkou jsme zjišťovali možné problémy při navazování profesionálního vztahu ze strany sestry. Nejčastější odpovědí byla nekomunikativní sestra z toho 5 sester (83%) z první kategorie, 9 sester (90%) z druhé kategorie, 12 sester (80%) ze třetí kategorie a 64 sester (90%) ze čtvrté kategorie. Zde je patrné, že sestry s delší praxí, tzn. ze čtvrté kategorie, považují komunikaci za důležitou. To znamená, že pokud se sestra nesnaží komunikovat s matkou, může být potenciálním zdrojem problému při navazování interpersonálního vztahu s matkou. Odpověď nezkušená sestra označila 1 sestra (17%) z první kategorie, 6 sester (60%) ze druhé kategorie, 10 sester (67%) ze třetí kategorie a 42 sester (59%) z kategorie čtvrté. Myslíme si, že sestry z první a druhé kategorie neoznačily nezkušenou sestru z osobního vztahu k otázkce, přestože se za nezkušené nepovažují. Tato otázka mohla vzbudit v sestrách pocit, že je jim „podsouváno“ že nezkušená sestra je „horší sestra“. Je zajímavé, že osobní antipatii, jako zdroj potenciálního problému, označilo 12 sester (80%), což je téměř dvojnásobek oproti ostatním odpovědím. Zde můžeme uvažovat nad tím, zda se nemůže projevit syndrom vyhoření. (viz. Graf 8, Tab. 3)

Na základě výše popisovaných výsledků **Hypotézu 2: Délka praxe dětské sestry ovlivňuje schopnost navazovat profesionální vztah s matkou – potvrzujeme.**

Druhé rozdělení sester bylo dle osobní zkušenosti s mateřstvím. Z celkového počtu 102 sester (100%) mělo 82 sester (80,4%) osobní zkušenost s mateřstvím a 20 sester (19,6%) tuto zkušenost nemělo. Na základě tohoto rozdělení byly vytvořeny nové kategorie: sestry s dětmi a sestry bezdětné. Na otázky, zda mateřství sester pozitivně ovlivnilo navazování interpersonálního vztahu s matkou, odpovědělo v kategorii sestry s dětmi 40 sester (48,8%), že ano, 32 sester (39%) odpovědělo spíše ano. Z toho

vyplývá, že sestry svoji osobní zkušenost s mateřstvím považují za výhodu v navazování interpersonálního vztahu. Tuto odpověď jsme ověřili následující otázkou týkající se negativního vlivu mateřství na navazování interpersonálního vztahu s matkou. Tyto odpovědi nám potvrdily předchozí stanovisko. V kategorii sestry s dětmi odpovědělo, že jejich mateřství negativně neovlivnilo navazování interpersonálního vztahu s matkou 68 sester (82,9%). Oběma kategoriím byla položena otázka, zda mateřství sester ovlivňuje navazování interpersonálního vztahu s matkou. V kategorii sestry s dětmi odpovědělo 14 sester (17%) ano ovlivňuje, 45 sester (54,9%) spíše ano, oproti tomu v kategorii sestry bezdětné neodpověděla ano žádná sestra a 7 sester (35%) odpovědělo spíše ano. Na základě těchto odpovědí jsme došli k závěru, že sestry bezdětné nemají zkušenosti jako sestry s dětmi, a proto nemohou nezávisle potvrdit, zda mateřství má vliv, či nemá. Do jisté míry tyto odpovědi ovlivňuje i fakt, že sestry s dětmi jsou ve velké většině případů i sestry zkušenější. Pokud se zaměříme na délku navazování terapeutického vztahu s matkou, v kategorii sestry s dětmi odpovědělo 82 sester (70,7%) několik hodin, oproti tomu v kategorii sestry bezdětné odpovědělo 12 sester (60%) několik hodin (viz. Graf 16). To znamená, že sestry s vlastními dětmi jsou schopny navázat interpersonální vztah s matkou rychleji. Což ovšem neznamená, že záleží pouze na rychlosti, ale čím dříve je terapeutický vztah s matkou navázán, tím lépe matka spolupracuje se sestrou a dříve se zapojí do péče o své dítě. A to je naším cílem. Dalším důvodem ovlivňující naše rozhodnutí je zkušenost sester s navazováním interpersonálního vztahu s matkou bez osobní zkušenosti s mateřstvím a následně i s osobní zkušeností s mateřstvím. Tvrzení této kategorie sester je pro nás důvěryhodnější, hlavně proto, že sestry bezdětné nemohou tuto skutečnost adekvátně posoudit.

Na základě těchto poznatků **Hypotézu 1: Dětské sestry s vlastními dětmi navazují profesionální vztah s matkou lépe - potvrzujeme.**

V poslední části dotazníku jsme se zaměřili na zjištění poznatků o jednotlivých rolích sestry. Podle H. Peplau mnohé sestry může překvapit, že jsou pro pacienta neznámou osobou a pacient je současně neznámou osobou pro sestru. To se potvrdilo i v našem výzkumném šetření. V této části byl sledován celý výzkumný soubor

dohromady. Sestry měly zahrnout všechny role, které při své práci zastávají. Je zajímavé, že nejméně zastávají roli neznámé osoby. Uvedlo ji jen 42 sester (41,2%). To také nasvědčuje nedostatečnému představování při prvním setkání s matkou a následnému podceňování fáze orientace. Sestry si neuvědomují, že jsou pro matku neznámé osoby a tím pádem nepovažují za nutné se představit. Dle H. Peplau je role učitelky kombinací téměř všech rolí sestry, přesto roli učitelky uvedlo pouze 58 sester (56,9%), což je také zarážející, protože edukaci matky uvedlo 95 sester (93%). Zřejmě edukování matek považovaly za razení matce, tedy roli poradce. Poradce odpovědělo 90 sester (88,2%) (viz Graf 20) (31)

Volbu nejčastěji zastávané role sestry jsme volili pomocí bodového ohodnocení, kdy měly sestry bodově ohodnotit stupnicí jedna až osm jednotlivé role dle modelu H. Peplau. Sestry zastávají nejčastěji roli poradce, který získal 583 bodů. Role učitelky, uváděná v naší hypotéze získala 476 bodů (viz Graf 21). Z toho je jasné, že **Hypotéza 3: Dětské sestry v průběhu vytváření profesionálního vztahu zastávají nejčastěji roli učitele se nepotvrdila.**

V kvalitativní části výzkumného šetření bylo provedeno skryté pozorování u třech matek ve věkovém rozmezí 20-35 let, prvorodiček, které porodily ve 28.–32. týdnu těhotenství. K našemu pozorování byly vybrány dvě dětské sestry. Při pozorování jsme se zaměřily zejména na průběh navazování interpersonálního vztahu dětské sestry s matkou a schopnost dětské sestry navázat s matkou takový vztah, že matka dětské sestře důvěřuje, ví kde hledat pomoc a aktivně pečuje o své dítě. Následně jsme edukovali dětskou sestru o modelu interpersonálních vztahů H. Peplau a byl proveden kvaziexperiment u dalších třech matek, které splňovaly námi stanovená kritéria. Byla vytvořena dokumentace odpovídající aplikaci modelu H. Peplau do praxe na oddělení Neonatologie.

U první kasuistiky bylo patrné, že první setkání neproběhlo podle základního pravidla etikety, tzn. nedošlo ke vzájemnému představení. Dětská sestra se nepředstavila matce a matka nedostala od dětské sestry prostor k osobnímu představení, protože jméno matky znala z telefonické domluvy se sestrou z gynekologie. Myslíme si, že porušení tohoto základního pravidla negativně ovlivnilo navázání

interpersonálního vztahu s matkou. Následně během prohlídky matky po oddělení a jejím seznamování s harmonogramem a omezeními oddělení Neonatologie nebyl dán matce prostor na její osobní dotazy a připomínky. To může u matky vyvolávat pocit, že dětská sestra ji nebere jako svého partnera, ale jako někoho, kdo udělá to, co se mu nařídí. Díky tomuto chování byla kazuistika ve fázi orientace obodována jen dvěma body. Ve fázi identifikace si matka s dětskou sestrou během edukace ujasnily své představy a identifikovaly problém. Přesto bychom očekávali větší diskusi a aktivní zapojení matky. Tuto fázi jsme obodovali třemi body, protože opět nebyl dán matce dostatečný prostor na připomínky. Ve fázi využití dětská sestra již matku podporovala a dala jí i prostor na osobní návrhy a připomínky, přesto se matka aktivně nezapojovala a ani nebyl stanoven nový cíl. Tuto fázi jsme ohodnotili dvěma body. Fázi rozloučení jsme ohodnotili velmi pozitivně, jen nebyl stanoven další cíl, ale to v naší kazuistice nebylo podstatné. Potřeby matky i dítěte byly naplněny a k absolutnímu ukončení vztahu také došlo. Fázi rozloučení jsme ohodnotili třemi body.

Druhá kazuistika probíhala podobně jako první, opět nedošlo k vzájemnému představení, dle našeho názoru tomu bylo ze stejných důvodů jako v předchozí kazuistice. Fázi orientace jsme ohodnotili dvěma body, protože nedošlo k představení a nebyl dán dostatečný prostor matce pro její iniciativu. Ve fázi identifikace byl jasně dětskou sestrou stanoven problém a způsob jeho řešení. S matkou si však dětská sestra představy neujasnila, v podstatě jí nedala žádný prostor. Toto chování mohlo být způsobeno dostatečnou praxí dětské sestry a v podstatě „nezkušeností“ matky. Tato fáze byla ohodnocena jen dvěma body. Fázi využití jsme ohodnotili pouze jedním bodem a to z těchto důvodů: Matka sice sama kontrolovala situaci, ale dětská sestra ji dostatečně nepodporovala, zaměřovala se pouze na ošetrovatelskou péči. Dále nebyl stanoven nový problém a matka opět nedostala prostor k vlastním návrhům a připomínkám. Fáze ukončení byla ohodnocena třemi body, nakonec se dětská sestra a matka dohodly na svém cíli, kdy matka důvěřovala dětské sestře a byla schopna pečovat samostatně o své dítě. V této fázi pouze nedošlo ke stanovení nového cíle, což nepovažujeme za významné negativum.

Kazuistika číslo tři v úvodu byla ohodnocena ve fázi orientace pouze jedním bodem a to z důvodu vzájemného nepředstavení obou zúčastněných, dále nebyl aktivně vyhledán problém, který nebyl ani pojmenován a nebyl dán matce ani prostor na případné dotazy a připomínky. Tuto kazuistiku v našem pozorování hodnotíme jako velmi podprůměrnou. Fáze identifikace v podstatě neproběhla, protože nedošlo ke vzájemnému ujasnění představ a očekávání, problém nebyl jasně a jednoznačně stanoven a ani na řešení se dětská sestra s matkou nedomluvila, nehledě na to, že komunikace mezi oběma zúčastněnými velmi vážla. Prostor na jakékoli vyjádření matky dán nebyl a matka nebyla dětskou sestrou motivována ke komunikaci a aktivnímu přístupu. Během fáze využití začala již dětská sestra matku podporovat a teprve pak si stanovily nový cíl, kterého chtějí společně dosáhnout. Matka přesto v této fázi nemá svou situaci pod kontrolou, aktivně se nezapojuje, nevyhledává pomoc sestry, přesto se naučila pečovat o své dítě. Tuto fázi jsme ohodnotili dvěma body. Čtvrtá fáze, dle našeho názoru probíhala opět nedostatečně. Došlo sice k uspokojení potřeb dítěte, ale o uspokojení potřeb matky se víceméně hovořit nedá – stále byla velmi uzavřená, v podstatě nekomunikovala, a vztah s dětskou sestrou byl velmi povrchní. V důsledku toho matka nepovažovala za vhodné se s dětskou sestrou rozloučit. Tuto fázi jsme ohodnotili jedním bodem, protože nedošlo ani ke stanovení dalšího cíle.

Analýzou předchozích pozorování jsme došli k závěru, že adekvátní navázání interpersonálního vztahu s matkou je velice složitý proces. Dětská sestra se musí plně soustředit nejen na profesionální péči o nedonošené dítě, které vyžaduje péči na velmi vysoké úrovni, kterou neonatologické oddělení dětem poskytuje, ale musí se zabývat i matkami. Navázání interpersonálního vztahu s matkou, která je po porodu v období plném hormonálních změn, není zrovna jednoduché.

Během našeho kvaziexperimentu jsme pozorovali navazování interpersonálního vztahu dětské sestry s matkou. Dvěma dětským sestrám jsme vysvětlili jednotlivé fáze modelu interpersonálních vztahů dle H. Peplau a ony zkusily interpersonální vztah navázat podle jednotlivých fází tohoto modelu. Vybrané dětské sestry nebudeme, v rámci zachování anonymity, podrobněji specifikovat. Můžeme pouze sdělit, že šlo

o zkušené dětské sestry. Dětské sestry během navazování interpersonálního vztahu s matkou zkusily použít, pro tento účel vytvořenou, dokumentaci.

Kasuistiky bez použití modelu H. Peplau byly hodnoceny podle stejných kritérií jako kasuistiky s použitím modelu H. Peplau.

Fáze orientace čtvrté kasuistiky probíhala přesně podle připravené dokumentace a našich představ, došlo k vzájemnému představení dětské sestry a matky, což se významně odlišovalo od předchozích kasuistik. První dojem je pro většinu lidí velmi důležitý. V seznámení matky s prostředím se shodovalo u všech kasuistik, vzhledem k tomu, že patří do standardu přijetí matky na oddělení neonatologie. Dalším kritériem bylo vyhledání a pojmenování problému, dětská sestra byla velmi pozorná a s matkou velmi aktivně komunikovala. V této fázi došlo i k vyhledání a pojmenování problému, během toho byl dán matce prostor na její dotazy a připomínky. Fáze orientace jsme ohodnotili čtyřmi body. Dětská sestra si s matkou problém vzájemně upřesnily a společně se dohodly na jeho řešení, dětská sestra a matka si vytvořily partnerský vztah. Obě se aktivně zapojovaly a přesto si vzájemně dávaly dostatek prostoru, což v předchozích kasuistikách nebylo patrné. Tuto fázi identifikace jsme ohodnotili čtyřmi body. Během třetí fáze byla matka podporována sestrou, kdy sama kontrolovala situaci, aktivně s dětskou sestrou stanovovala nové cíle a prostor na připomínky byl dán nejen matce dětskou sestrou, ale i dětské sestře matkou. Fáze využití byla ohodnocena čtyřmi body. Ve čtvrté fázi došlo k uspokojení potřeb matky i dítěte a tak mohlo dojít k absolutnímu ukončení interpersonálního vztahu dětské sestry s matkou. Ke stanovení dalšího cíle dětskou sestrou společně s matkou nedošlo, ale matka nabyla dostatek vědomostí, dovedností a zkušeností, že nové cíle byla schopná stanovit sama už v domácí péči.

Čtvrtou kasuistiku jsme zhodnotili jako velmi zdařilé použití modelu interpersonálních vztahů H. Peplau v praxi.

Pátá kasuistika probíhala také přesně podle stanovených kritérií. Ve fázi orientace došlo ke vzájemnému představení, matka dostala prostor na vyjádření svých dotazů a připomínek, tato fáze byla ohodnocena čtyřmi body. Fáze identifikace byla také velmi úspěšná, dětská sestra s matkou aktivně spolupracovaly na jasném stanovení



problému i na rozhodnutí o jeho řešení, tato fáze byla také ohodnocena čtyřmi body. Ve třetí fázi matka za podpory dětské sestry sama kontrolovala danou svou situaci, měla dostatek prostoru a aktivně se zapojovala. Matka společně s dětskou sestrou stanovovaly nové cíle a tím docházelo k uspokojování potřeb matky a dítěte. V konečné fázi došlo k absolutnímu ukončení vzájemného terapeutického vztahu. Obě fáze byly ohodnoceny čtyřmi body.

Šestá kazuistika byla v jisté výhodě oproti kasuistice první a druhé, protože dětská sestra již navazovala interpersonální vztah s matkou dle modelu H. Peplau podruhé, tudíž měla určité zkušenosti. I když lze argumentovat tím, že každá matka je jiná a v podstatě není možné je srovnávat, myslíme si, že pro naše výzkumné šetření jsou poznatky z kvaziexperimentu dostačující. Během fáze orientace se dětské sestře podařilo získat plnou důvěru matky, což bylo naším cílem. Aby bylo navazování interpersonálního vztahu úspěšné, myslíme si, že optimální průběh fáze orientace je nutný. Tato fáze byla ohodnocena také čtyřmi body. Fázi identifikace jsme ohodnotili také čtyřmi body, v této fázi došlo jak ke stanovení problému, tak k rozhodnutí o jeho řešení. Dětská sestra se s matkou postupně přesunuly do třetí fáze, kde matka již situaci plně kontrolovala, za podpory dětské sestry matka sama navrhovala nové cíle. Fáze byla ohodnocena čtyřmi body. Poslední fáze byla ohodnocena třemi body, potřeby matky a dítěte byly naplněny, k absolutnímu ukončení také došlo, ale nebyl stanoven nový cíl.

Při celkovém zhodnocení experimentu si myslíme, že na **Výzkumnou otázku 1: Využívají dětské sestry jednotlivé fáze modelu H. Peplau v procesu navazování vztahu s matkou?** Na tuto otázku odpovíme, že: **Dětské sestry, aniž by si to uvědomovaly, jednotlivé fáze víceméně využívají, ale nedodržují všechna námi určená kritéria během jednotlivých fází modelu H. Peplau. Cíl 1 Zmapovat využívání jednotlivých fází v procesu vytváření profesionálního vztahu dětská sestra – matka podle modelu H. Peplau byl splněn.** Jednotlivé fáze modelu H. Peplau jsme zmapovali jednak při běžném navazování interpersonálního vztahu dětské sestry s matkou a při navazování interpersonálního vztahu dle modelu H. Peplau. Oba způsoby byly porovnány dle námi stanovených kritérií. Vytvořením

tabulky s porovnáním plnění jednotlivých kritérií jsme odpověděli na druhou **Výzkumnou otázku 2: Jaké jsou rozdíly v přístupech při navazování profesionálního vztahu dětské sestry s matkou? Rozdíly se projeví už v úvodu fáze orientace, a to při vzájemném představení dětské sestry s matkou. S použitím modelu H. Peplau jejich vzájemný vztah probíhal bez komplikací a dosáhl takové profesionální úrovně, že matka plně spolupracovala s dětskou sestrou. Cíl 2 Zjistit prostřednictvím vytvořené dokumentace rozdíly v přístupech při navazování vztahu dětská sestra – matka. Cíl 2 byl splněn.**

Závěrem bychom chtěli zdůraznit, že není jednoduché aplikovat model interpersonálních vztahů H. Peplau na navazování interpersonálního vztahu s matkou, protože dětská sestra navazuje interpersonální vztah s matkou, jako s prostředníkem k zajištění péče o dítě. Zajištění adekvátní ošetrovatelské péče o dítě je pro dětské sestry naprostou prioritou. Dětské sestry se plně soustředí na ošetrovatelskou péči a někdy trochu zapomínají na pocity matek a důležitost navázání optimálního vztahu s matkami.

## 6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat využívání jednotlivých fází v procesu vytváření interpersonálního vztahu podle modelu H. Peplau a s použitím vytvořené dokumentace zjistit rozdíly v přístupech navazování profesionálního vztahu dětská sestra – matka. Dalším cílem bylo zmapovat faktory, které ovlivňují vytváření interpersonálního vztahu dětské sestry s matkou a zmapovat jednotlivé role sestry během navazování interpersonálního vztahu s matkou.

Uvedeného cíle bylo dosaženo pomocí tří stanovených hypotéz a dvou výzkumných otázek. V kvantitativní části práce byla potvrzena hypotéza 1 **Dětské sestry s vlastními dětmi navazují profesionální vztah s matkou lépe.** Hypotéza 2 **Délka praxe dětské sestry ovlivňuje schopnost navazovat profesionální vztah s matkou** byla také potvrzena. Hypotéza 3 **Dětské sestry v průběhu vytváření profesionálního vztahu zastávají nejčastěji roli učitele** se nepotvrdila. V kvalitativní části práce byla zodpovězena výzkumná otázka: **Využívají dětské sestry jednotlivé fáze modelu H. Peplau v procesu navazování vztahu s matkou?** Druhá výzkumná otázka: **Jaké jsou rozdíly v přístupech při navazování profesionálního vztahu dětské sestry s matkou** byla také zodpovězena.

Závěrem by bylo vhodné zdůraznit, že není jednoduché aplikovat model interpersonálních vztahů H. Peplau na navazování profesionálního vztahu s matkou. Důvodem je fakt, že dětská sestra navazuje interpersonální vztah s matkou. Matka je v tu chvíli „prostředník“, který zajišťuje péči nedonošenému dítěti, a ta je pro dětské sestry naprostou prioritou. Dětské sestry se plně soustředí na ošetrovatelskou péči a někdy trochu zapomínají na pocity matek a důležitost navázání optimálního vztahu s matkami. Matky jsou pro dětské sestry velkými pomocníky a je trochu nešťastné, když tyto dvě osoby pečující o dítě spolu nedokáží navázat interpersonální vztah na profesionální úrovni. Přesto si myslím, že **cíl práce byl splněn.**

Výsledky této diplomové práce, včetně navržené dokumentace je možné použít v praxi a mohou být i podnětem k nápravnému opatření při navazování interpersonálních vztahů mezi dětskou sestrou a matkou a to nejen na neonatologickém oddělení, ale i na novorozeneckých úsecích dětských oddělení. Je třeba uvést, že primář

neonatologického oddělení nemocnice České Budějovice, a. s. projevil o výsledky tohoto šetření zájem.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ALFAMEDIC, Výrobce a dodavatel zdravotní techniky. [online]. 2001 [cit. 2010-01-07]. Dostupné z: [www.alfamedic.cz](http://www.alfamedic.cz).
2. ALLEN, K. E., MAROTZ, L. R. *Přehled vývoje dítěte : od prenatálního období do 8 let*. Přel. P. Vlčková. 3. vydání, Praha : Portál, 2008. 187 s. přel. z: *By the Ages: Behavior & Development of Children Prebirth through 8*. ISBN 978-80-7367-421-2.
3. BAŤOVÁ, J. Ošetrovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 54-55. ISSN 1210-0404.
4. BÍLKOVÁ, L., ŠPERLOVÁ, J. Péče matek o extrémě nezralé novorozence. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 9, s. 34. ISSN 1210-0404.
5. CALLAWAY, B. *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century*. 6. vydání. New York: Springer, 2002. 488 s. ISBN – 13: 9780826138828.
6. DORT, J. *Metabolismus vápníku, fosforu a vitamínu D a vývoj kostí nedonošených dětí*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-7394-109-3.
7. EVANS III., F. B. *Harry Stuck Sullivan – Interpersonal Tudory and psychotherapy*. 1. vydání. London: Tailor and Frances e-library, 2005. 211 s. ISBN 0-203-97816-1.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. a kolektiv. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
10. FUCHS, V. a kol. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 328 s. ISBN 80-264-0114-1.
11. GREGORA, M. *Z plodu se stává novorozenec*. [online]. 2006 [cit. 2010-03-10]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/plodu-se-stava-novorozenec>.
12. HANUŠČÁKOVÁ, P. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 52 - 53. ISSN 1210-0404.

13. HANZL, M. *Komentář k článku MUDr. Jiřího Duška. Nemocniční zpravodaj: Nemocnice České Budějovice, ZIMA 2009/2010, roč. 19 (3/2009), s. 28.*
14. HAŠPLOVÁ, J. *Masáže dětí a kojenců. 2. vydání. Praha: Portál, 2000. 104 s. ISBN 80-7178-495-8.*
15. HRABÁKOVÁ, J. Příspěvek pro děti s perinatální zátěží. FLORENCE: *Časopis moderního ošetrovatelství, září 2009, ročník 5, č. 9, s. 46, ISSN 1801-464X.*
16. Kojení nedonošených dětí a dětí s nízkou porodní hmotností. FLORENCE: *Časopis moderního ošetrovatelství, červen 2009, ročník 5, č. 6, s. 22-23, ISSN 1801-464X.*
17. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6.*
18. KOPŘIVA, F. *Slizniční imunitní systém, mateřské mléko a pre(o)biotika. [online]. 2008 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/06.pdf>.*
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.*
20. KUČOVÁ, J., CHOLEVOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče o nezralého novorozence. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 9, s. 42 - 43. ISSN 1210-0404.*
21. KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9.*
22. LEBL, J. a kol. *Preklinická pediatrie. 1. vydání. Praha: Galén, 2003. 231 s. ISBN 80-7262-207-2.*
23. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a dětského ošetrovatelství. Přel. O. Flégr. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 951 s. Přel. z: Thompson's Introduction to Maternity and Pediatric Nursing. 3. vyd. ISBN 80-247-0668-7.*
24. MEDSCAPE NURSE, *Pediatrics/Neonatal Care Nursing Resource Center. [online]. 2010 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/resource/pediatrics-neonatal-nursing>.*

25. MOGUROVÁ, D., BODÍKOVÁ, J. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5, s. 40 - 42. ISSN 1210-0404.
26. MYDLILOVÁ, A. *Deset kroků k podpoře kojení*. [online]. 2009 [cit. 2010-05-13]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php>.
27. ONDRIOVÁ, I., SINAIIOVÁ, A. Aktivní podpora kojení v prenatálním a perinatálním období. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 3, s. 53 - 56. ISSN 1210-0404.
28. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
29. PELOUŠKOVÁ, N. Proč ženy kojí. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 11, s. 27. ISSN 1210-0404.
30. PELOUŠKOVÁ, N. Vývoj a růst dítěte z pohledu ontogeneze. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 5, s. 37. ISSN 1210-0404.
31. PEPLAU, H. E. *Interpersonal Relations in Nursing- A Conceptual Frame of Reference for psychodynamic Nursing*. 1. vydání. New York: Springer, 2004. 360 s. ISBN – 13: 9780826179111.
32. PEYCHL, I. *nedonošené dítě* 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 231 --
33. s. ISBN 80-7262-283-8.
34. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
35. Porodnická encyklopedie. Hodnocení novorozence. [online]. 2009 [cit. 2010-05-15]. Dostupné z: <http://www.porodnici.cz/hodnoceni-novorozence?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>.
36. PREKOP, J. *Empatie - Vvcítění v každodenním životě*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0672-5.
37. SEDLÁKOVÁ, G. Osobnostné predpoklady sestry při ošetrovaní klientov podľa modelu Hildegard Peplau. In: *Nové trendy v ošetrovatelství II. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí II. Jihočeské ošetrovatelské dny, České*

- Budějovice 25-26. 9. 2003.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: 2003, s. 168 - 172. ISBN 80-7040-636-4.
38. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
  39. SCHNEIDROVÁ, D. *Kojení*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 148 s. 80-247-1308-X.
  40. SILLS, G. *Hildegard Peplau Nursing Theorists Homepage*. [online]. 2007 [cit. 2009-10-02]. Dostupné z: <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/obituary.html>.
  41. SMÉKAL, V; MACEK, P. *Utváření a vývoj osobnosti*. 1. vydání. Brno: Barrister & Principal, 2002. 263 s. ISBN 80-85947-83-8.
  42. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. *Narodilo se s problémy a co bude dál?* 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 108 s. ISBN 80-247-0398-X.
  43. STEHLÍKOVÁ, I. *Souvislost doby kojení s utvářením kognitivních funkcí u dětí*. [online]. 2009 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2009/05/12.pdf>.
  44. STERN, D. N. *První vztah*. 1. vydání. Praha: Dobra, 2007. 175 s. ISBN 978-80-86459-7.
  45. STRAŇÁK, Z. *Problematika péče o donošeného novorozence po propuštění z porodnice do domácí péče*. [online]. 2009 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2009/04/05.pdf>.
  46. ŠPAČEK, L. *Nová velká kniha etikety*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2008. 288 s. ISBN 978-80-204-1954-5.
  47. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dítě – Vývoj a výchova do tří let*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 100 s. ISBN 80-247-0552-4.
  48. ŠTĚPÁNÍKOVÁ, J. *Péče o ženu a dítě v šestinedělí*. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, s. 3 - 4. ISSN 1210-0404.
  49. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
  50. ŠVEJCAR, J. a kol. *Péče o dítě: Doplněné rozšířené a aktualizované vydání*. 1. vydání. Praha: Nuga, 2003. 400 s. ISBN 80-85903-15-6.



51. 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.
52. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
53. The American Nurses association *Hildegard Peplau (1909-1999) 1998 Inductee*. [online]. 2007 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z:  
[http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/Honoring-Nurses/NationalAwardsProgram/CriteriaApplications/HildegardPeplau\\_1.aspx](http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/Honoring-Nurses/NationalAwardsProgram/CriteriaApplications/HildegardPeplau_1.aspx).
54. The American Nurses association *Hildegard Peplau Award Application (doc)*. [online]. 2009 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z:  
<http://www.nursingworld.org/search.aspx?SearchMode=1&SearchPhrase=peplau&SearchWithin=2&PageIndex=0>
55. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.

**8. Klíčová slova:**

Dětská sestra

Interpersonální vztah

Matka

Novorozenec

Neonatologie

Ošetřovatelství

## 9. Seznam příloh

- Příloha č. 1 10 kroků k podpoře kojení
- Příloha č. 2 Apgar score
- Příloha č. 3 Pyramida potřeb
- Příloha č. 4 Graf 5 Představování sester při prvním setkání s matkou
- Příloha č. 5 Graf 6 Nejčastější oblast problémů dle sester
- Příloha č. 6 Graf 7 Způsoby zjišťování problémů
- Příloha č. 7 Tabulka 4 Volba techniky kojení matkou
- Příloha č. 8 Tabulka 5 Kontrola matky i při zvládnuté péči
- Příloha č. 9 Graf 15 Příklady úspěchů z oš. praxe podávané matkám sestrami
- Příloha č. 10 Tabulka 7 Problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou, ze strany matky
- Příloha č. 11 Tabulka 8 Problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou, ze strany sestry
- Příloha č. 12 Formulář pro nominaci na cenu H. E. Peplau
- Příloha č. 13 Kritéria pro nominaci na cenu H. E. Peplau
- Příloha č. 14 Náčrt oš. modelu z knihy H. E. PEPLAU Interpersonal Relations in Nursing- A Conceptual Frame of Reference for psychodynamic Nursing.
- Příloha č. 15 Portrét H. E. Peplau
- Příloha č. 16 Dotazník pro dětské sestry, všeobecné sestry a porodní asistentky pracující na neonatologii nebo na novorozeneckých úsecích dětských oddělení nemocnic Jihočeského kraje
- Příloha č. 17 Návrh dokumentace
- Příloha č. 18 Pozorovací arch



## Deset kroků k podpoře kojení

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

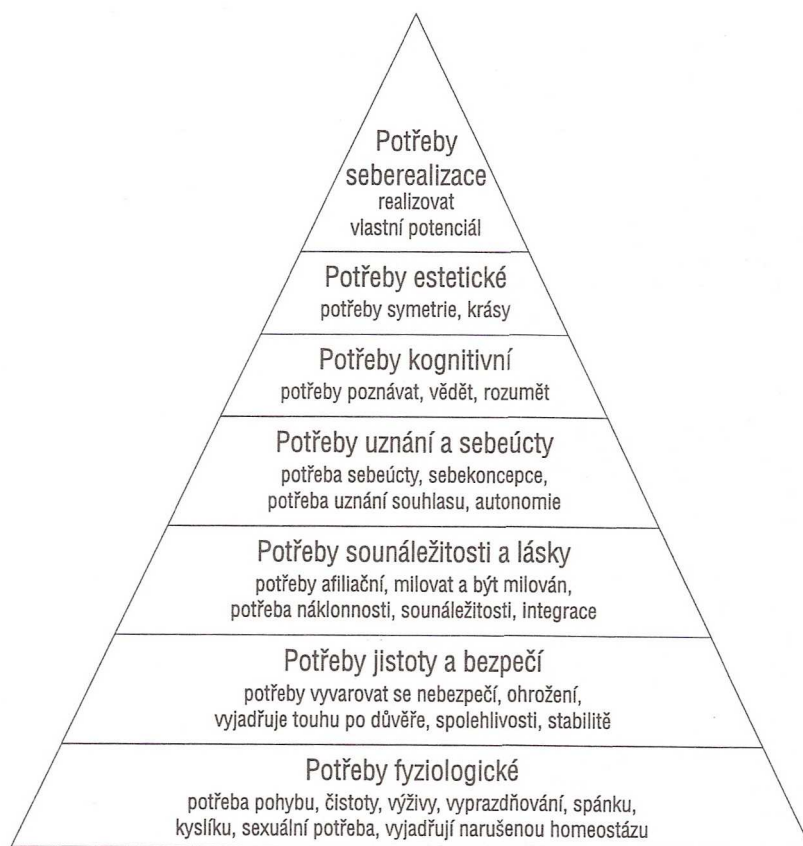
Zdroj: MYDLILOVÁ, A. *Deset kroků k podpoře kojení.*(25)

Příloha č. 2

Tab. 1: Skóre podle Apgarové			
Hodnocení	0	1	2
barva kůže	modrá, bledá	tělo růžové, akra lividní	kompletně růžová
akce srdeční	nepřítomna	pod 100/min	nad 100/min
dechová aktivita	žádná	povrchní, nepravidelná	pravidelná, křik
svalový tonus	atonie	hypotonie, malý odpor vůči extenzi	aktivní, silná odpor vůči extenzi
reakce na podráždění	žádná	chabá, grimasa	výrazná, kýchání, křik

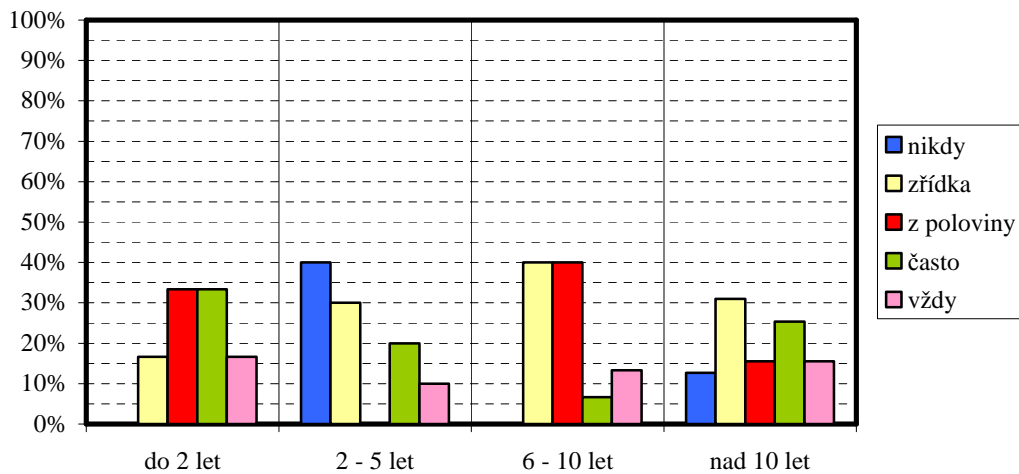
Zdroj: GREGORA, M. *Z plodu se stává novorozenec.* (11)

Příloha č. 3



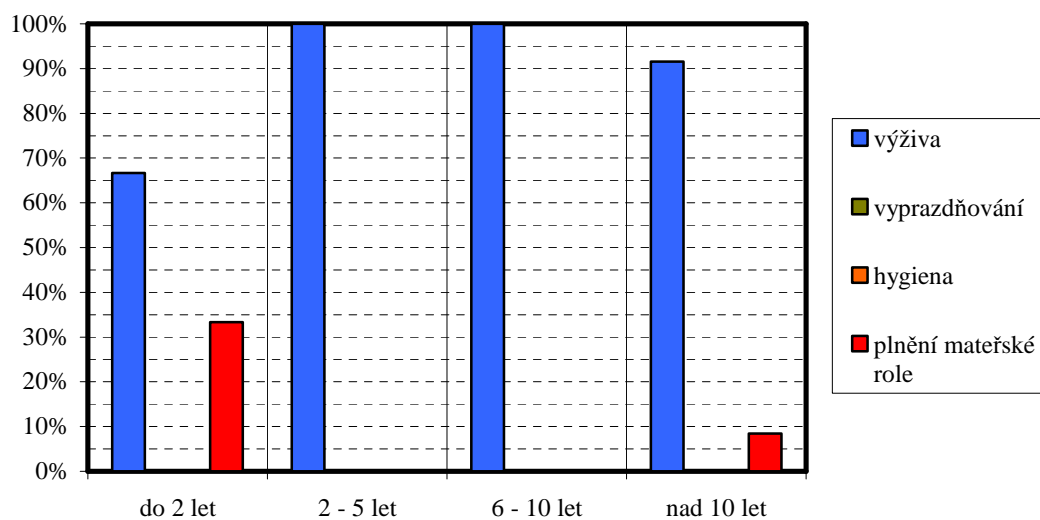
Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* (50)

**Graf 5 Představování sester při prvním setkání s matkou  
(otázka č. 4)**



Zdroj: vlastní výzkum

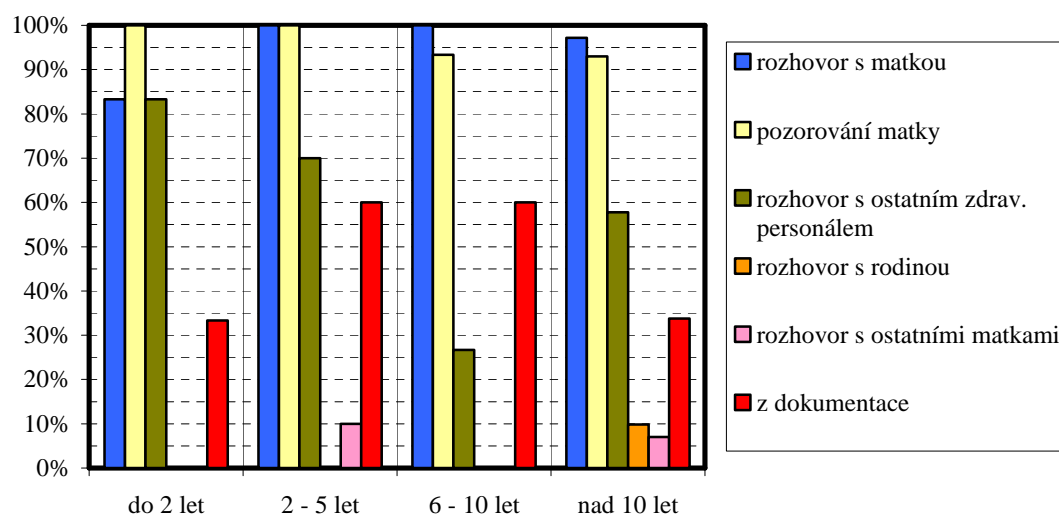
**Graf 6 Nejčastější oblast problémů dle sester (otázka č. 5)**



Zdroj: vlastní výzkum



**Graf 7 Způsoby zjišťování problémů (otázka č. 6)**



Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 4 Volba techniky kojení matkou (otázka č. 8)**

<b>délka praxe</b>	<b>jednotka</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>celkem</b>
<b>do 2 let</b>	počet	5	1	6
	%	83 %	17 %	100 %
<b>2 - 5 let</b>	počet	8	2	10
	%	80 %	20 %	100 %
<b>6 - 10 let</b>	počet	14	1	15
	%	93 %	7 %	100 %
<b>nad 10 let</b>	počet	62	9	71
	%	87 %	13 %	100 %
<b>celkem</b>	počet	89	13	102
	%	87 %	13 %	100 %

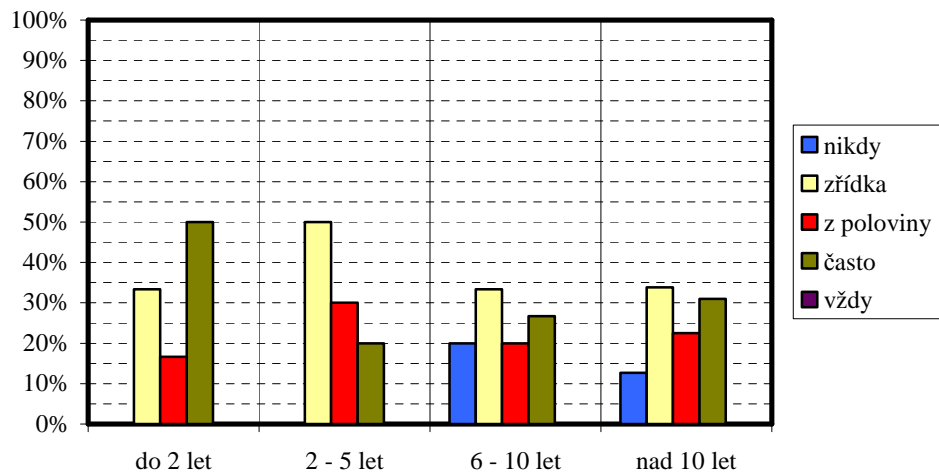
Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 5 Kontrola matky i při zvládnuté péči (otázka č. 9)**

<b>délka praxe</b>	<b>jednotka</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>někdy</b>	<b>celkem</b>
<b>do 2 let</b>	počet	2	1	3	6
	%	33 %	17 %	50 %	100 %
<b>2 - 5 let</b>	počet	4	0	6	10
	%	40 %	0 %	60 %	100 %
<b>6 - 10 let</b>	počet	13	0	2	15
	%	87 %	0 %	13 %	100 %
<b>nad 10 let</b>	počet	47	0	24	71
	%	66 %	0 %	34 %	100 %
<b>celkem</b>	počet	66	1	35	102
	%	65 %	1 %	34 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 15 Příklady úspěchů z oš. praxe podávané matkám sestrami (otázka č. 14)**



Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 7 Problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou,  
ze strany matky**

délka praxe	jednotka	mladá matka	zkušená matka	matka se smysl. vadami	matka jiné kultury	matka zdravotník	matka učitelka	osobní anti-patie	celkem
<b>do 2 let</b>	počet	2	1	3	6	2	2	1	6
	%	33 %	17 %	50 %	100 %	33 %	33 %	17 %	100 %
<b>2 – 5 let</b>	počet	4	1	6	8	2	1	5	10
	%	40 %	10 %	60 %	80 %	20 %	10 %	50 %	100 %
<b>6 – 10 let</b>	počet	7	3	9	13	2	4	8	15
	%	47 %	20 %	60 %	87 %	13 %	27 %	53 %	100 %
<b>nad 10 let</b>	počet	30	14	45	61	11	25	27	71
	%	42 %	20 %	63 %	86 %	15 %	35 %	38 %	100 %
<b>celkem</b>	počet	43	19	63	88	17	32	41	102
	%	42 %	19 %	62 %	86 %	17 %	31 %	40 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum

**Tabulka 8 Problémy při navazování profesionálního vztahu s matkou,  
ze strany sestry**

<b>délka praxe</b>	<b>jednotka</b>	<b>nezkušená sestra</b>	<b>bezdětná sestra</b>	<b>osobní antipatie</b>	<b>direktivní sestra</b>	<b>empatická sestra</b>	<b>nekomunikativní sestra</b>	<b>celkem</b>
<b>do 2 let</b>	počet	1	0	3	4	0	5	6
	%	17 %	0 %	50 %	67 %	0 %	83 %	100 %
<b>2 - 5 let</b>	počet	6	2	3	8	1	9	10
	%	60 %	20 %	30 %	80 %	10 %	90 %	100 %
<b>6 – 10 let</b>	počet	10	3	12	9	1	12	15
	%	67 %	20 %	80 %	60 %	7 %	80 %	100 %
<b>nad 10 let</b>	počet	42	8	31	50	5	64	71
	%	59 %	11 %	44 %	70 %	7 %	90 %	100 %
<b>celkem</b>	počet	59	13	49	71	7	90	102
	%	58 %	13 %	48 %	70 %	7 %	88 %	100 %

Zdroj: vlastní výzkum



AMERICAN NURSES ASSOCIATION

2010 HILDEGARD PEPLAU AWARD NOMINATION FORM

[Please PRINT or TYPE]

**PART A.** To be completed by nominating CMA/IMD President/Designee.

<b>NAME OF NOMINEE</b>	
Title (✓)	<input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Other (specify: _____ )
Name <small>(include credentials; the first 5 will be used on official documents)</small>	
<b>NOMINATING CMA/IMD</b>	
Name of CMA or (✓) IMD	<input type="checkbox"/> IMD
Name of President/Designee	
Signature of President/Designee	Date:

**PART B.** To be completed by nominee.

<b>NOMINEE'S HOME ADDRESS</b>	
Street/Apt.	
Address line 2	
City: State: Zip:	City: State: Zip:
Telephone (w/ area code)	
Fax Number (w/area code)	
E-Mail Address	
<b>PRESENT EMPLOYER</b>	
Nominee's Current Title/Position	
Employer's Name	
Street	
City: State: Zip:	City: State: Zip:
Telephone (w/ area code)	
Fax Number (w/area code)	
E-Mail Address	
<b>MEMBERSHIP INFORMATION</b>	
Member of Which CMA	
Member of IMD (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ANA Membership Number	
<b>PROFESSIONAL INFORMATION</b>	
Staff Nurse (✓)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (A staff nurse is defined as one who spends the majority of work time in a non-supervisory, non-managerial capacity and includes one or more of the following: (1) is employed by a health care institution or agency, (2) whose primary role is a provider of direct patient care, (3) is collective bargaining eligible under applicable labor law.)

AMERICAN NURSES ASSOCIATION  
 2010 HILDEGARD PEPLAU AWARD NOMINATION FORM  
 Page 2 of 3

DEMOGRAPHICS			
Gender (✓)		<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	
Race/Ethnic Group (✓) <small>(Indication of "race/ethnic group", which is used for affirmative action purposes, is optional.)</small>		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White (non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Other (specify:        )	
EDUCATION (Begin with highest degree earned)			
DEGREE/DIPLOMA	AREA OF STUDY	YEAR	EDUCATIONAL INSTITUTION
1.			
2.			
3.			
Concise description of how the nominee, <u>through research and/or theory development</u> , advances knowledge of biopsychosocial concepts of human behavior and nursing care.			

Nominee's Name:

HILDEGARD PEPLAU AWARD



AMERICAN NURSES ASSOCIATION  
2010 HILDEGARD PEPLAU AWARD NOMINATION FORM  
Page 3 of 3

Concise description of how the nominee, either directly through clinical practice or through leadership/influence on practice provides and develops innovative nursing practices which improve a patient's quality of life and are measured by clear outcome measures.

Concise description of how the nominee, through leadership at the state and/or national level, impacts on the delivery of care for vulnerable populations in need of psychiatric nursing services.

*I hereby certify and agree to be considered a nominee for the Hildegard Peplau Award and the contents of this nominee packet are true and accurate to the best of my knowledge.*

Nominee's Signature \_\_\_\_\_ Date:

Nominee's Name:

HILDEGARD PEPLAU AWARD

Zdroj: The American Nurses association (51)

## HILDEGARD PEPLAU AWARD



The Hildegard Peplau Award was established in 1990 to honor a nurse who has made significant contributions to nursing practice over a lifetime through scholarly activities, clinical practice, and policy development, specifically directed towards the psychosocial and psychiatric aspects of nursing care delivery.

The Subcommittee on the Hildegard Peplau Award reviews all nominations for the award and recommends a nominee for endorsement by the Committee on Honorary Awards and approval by the ANA Board of Directors.

### AWARD CRITERIA

1. The nominee must be a current CMA/ANA or IMD member.
2. The nominee, through research and/or theory development, advances knowledge of biopsychosocial concepts of human behavior and, into best practices of nursing care.
3. The nominee, either directly through practice or through leadership/influence on practice provides and develops innovative nursing practices which improve a patient's quality of life and are measured by clear outcome measures.
4. The nominee, through leadership at the state and/or national level, impacts on the delivery of care for vulnerable populations in need of psychiatric nursing services.

### HILDEGARD PEPLAU

Hildegard Peplau, EdD, RN, FAAN, was a major force within the profession and discipline of nursing for over three decades. She made significant contributions as a leader within the professional organization serving as both the president and executive director of ANA, and within the discipline, as a developer of theory and innovator in developing the role of the psychiatric nurse. She helped to pioneer the development of the Clinical Specialist in Psychiatric Nursing and served as mentor to countless members of psychiatric nurses across the country.

Hildegard Peplau, who died in March 1999, is greatly missed as an exceptionally clear thinker who changed the field of nursing and the sub-specialty of psychiatric nursing dramatically over the course of her career. Even in her retirement, she was called upon to be a source of knowledge and expertise. She made significant contributions to the development of ANA's *Social Policy Statement* and set the stage early in her career for the development of standards of psychiatric nursing. In addition, she

went to the "front lines" of psychiatric nursing practice in presenting countless continuing education workshops in state hospitals across the country, touching the lives of nurses and patients in those facilities.

She provided the impetus for the integration of bio-psychosocial concepts into the practice of all nursing, thereby enriching the care of all patients.

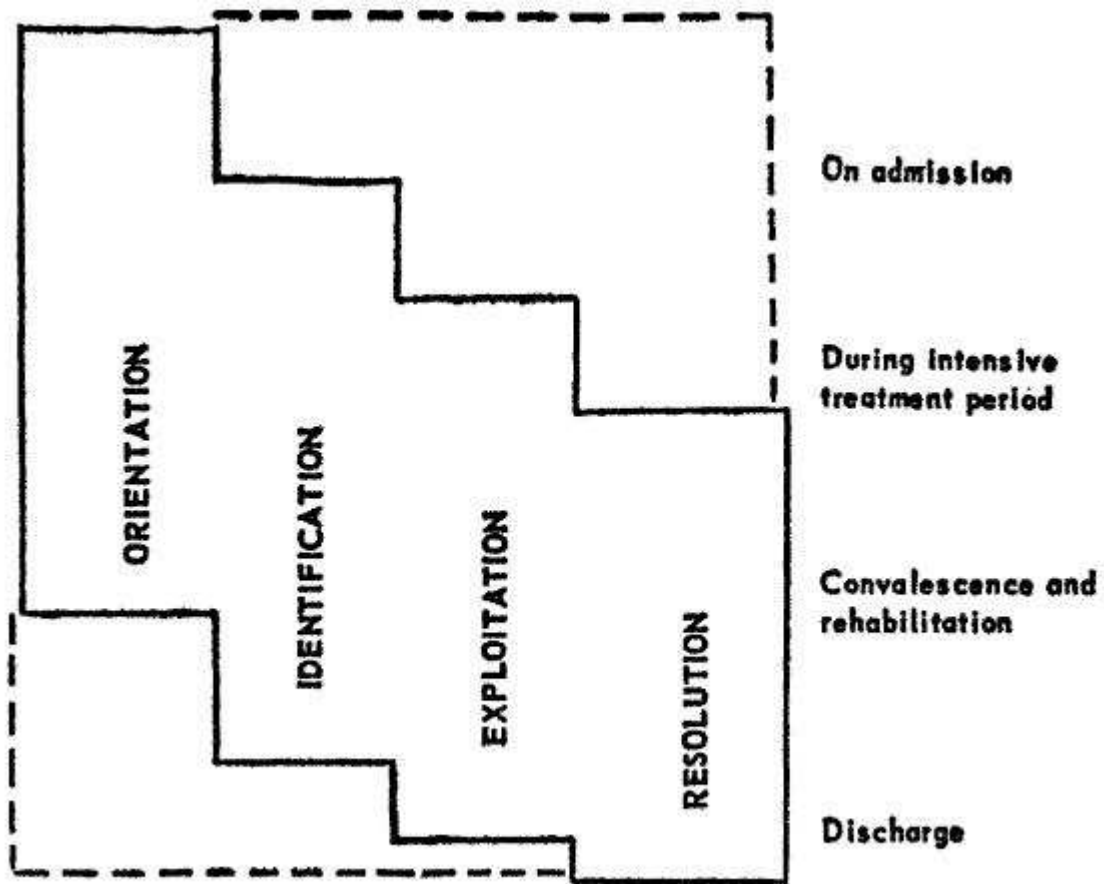
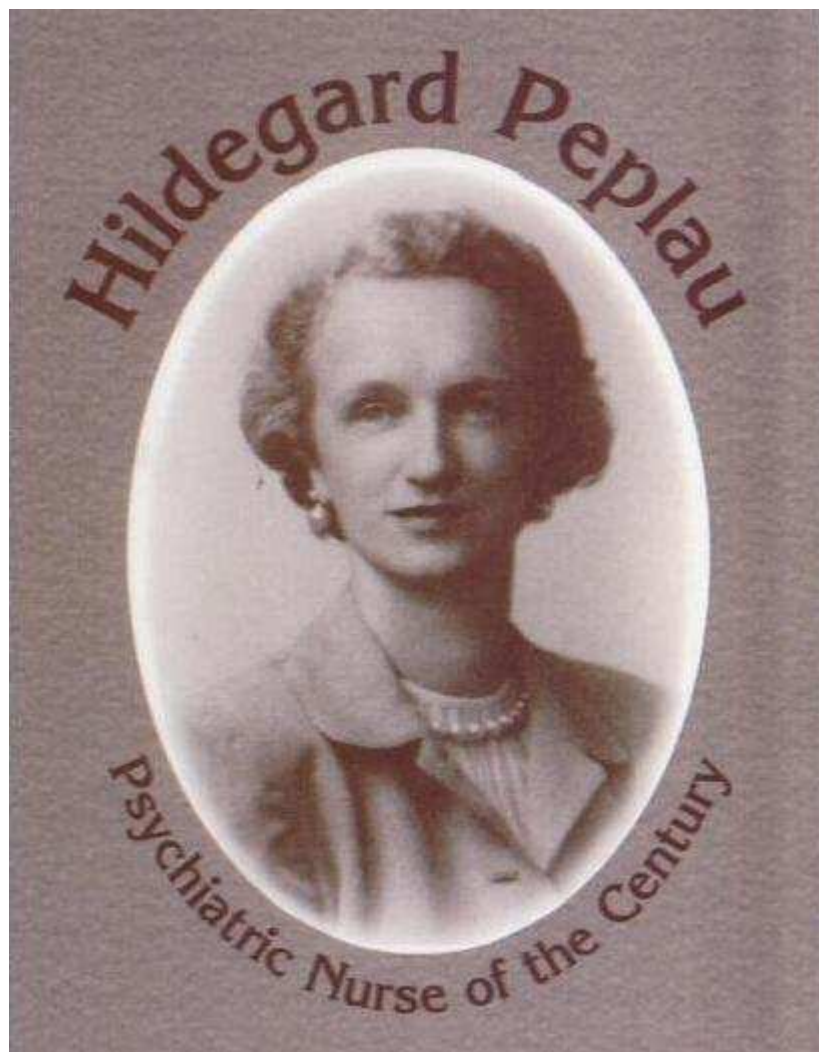


Fig. 3. Overlapping phases in nurse-patient relationships.

Zdroj: PEPLAU, H. E. *Interpersonal Relations in Nursing- A Conceptual Frame of Reference for psychodynamic Nursing.* (30)



Zdroj: CALLAWAY, B. *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century*. (5)

*Dotazník na téma:  
Vytváření interpersonálního vztahu dětská sestra – matka.*

*Vážená kolegyně,  
jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě a analýza tohoto dotazníku bude součástí mé diplomové práce na téma: Vytváření interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na neonatologickém oddělení prostřednictvím modelu H. Peplau.*

*Vyplnění dotazníku je dobrovolné. Tento výzkum je anonymní, zveřejněná bude jen celková analýza souboru získaných dat. Pokud máte nějaké dotazy nebo připomínky týkající se tohoto dotazníku, kontaktujte mě, prosím, na email: ambrozovahelena@seznam.cz.  
Děkuji.*

*Helena Ambrožová*

1. Jak dlouhá je Vaše praxe?
  - do 2 let
  - 2-5 let
  - 6-10 let
  - nad 10 let
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - SZŠ – všeobecná sestra
  - SZŠ – dětská sestra
  - VOŠ - dětská sestra
  - VOŠ – porodní asistentka
  - VŠ – Bc.- všeobecná sestra
  - VŠ – Bc.- porodní asistentka
  - VŠ – Mgr.- dětská sestra
  - jiné.....
3. Máte pomaturitní specializační studium v rámci NCO NZO Brno ?
  - ano
  - ne
4. Představíte se při svém prvním setkání s matkou?
  - nikdy
  - zřídka
  - z poloviny
  - často
  - vždy

5. Jaká je nejčastější oblast problémů matek v péči o dítě?

- výživa dítěte – kojení, krmení z lahve
- vyprazdňování – přebalování dítěte
- hygiena – koupání, otírání dítěte
- plnění mateřské role – pocit neschopnosti postarat se o své dítě
- jiné.....

6. Jakým způsobem zjistíte problém matky v péči o dítě?

*(možno zaškrtnout více odpovědí)*

- rozhovorem s matkou
- pozorováním matky při péči o dítě
- rozhovorem s ostatním zdravotnickým personálem
- rozhovorem s rodinou
- rozhovorem s ostatními matkami
- z dokumentace
- jiné.....

7. Jakým způsobem budete řešit neefektivní kojení?

*(možno zaškrtnout více odpovědí)*

- neřeším, počkám, zda se samo neupraví
- nahlásím lékaři
- domluví se s matkou na vhodném postupu
- matku edukuji o možnostech podpory kojení
- pomáhám matce s každým příložením
- vedu matku k samostatnosti
- zodpovídám matce všechny dotazy týkající se kojení
- jiné.....

8. Necháte matku zvolit si techniku kojení?

- ano
- ne

9. Jestliže se přesvědčíte, že matka péči o dítě zvládá, kontrolujete její péči i nadále?

- ano
- ne
- někdy

10. Máte své vlastní děti?

ano

ne (*pokud jste odpověděla NE, přejděte na otázku č.13.*)

11. Ovlivnilo pozitivně Vaše mateřství navazování profesionálního vztahu s matkou?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

12. Ovlivnilo negativně Vaše mateřství navazování profesionálního vztahu s matkou?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

13. Ovlivňuje mateřství dětských sester (porodních asistentek) to, jak snadno jsou schopny navázat profesionální vztah s matkou?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

14. Dáváte matkám příklady úspěchů (např. při kojení) ze své praxe?

nikdy

zřídka

z poloviny

často

vždy

15. Za jak dlouhou dobu, průměrně, jste schopna navázat profesionální vztah s matkou tak, že matka s Vámi plně spolupracuje a podílí se na péči o dítě?

několik hodin

1-2 dny

3-5 dní

jiné.....



16. Je pro Vás složitější terapeutický vztah s matkou navazovat než ukončovat?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Co může, ze strany matky, způsobit komplikace při navazování profesionálního vztahu dětské sestry (porodní asistentky) s matkou?

*(možno zaškrtnout více odpovědí)*

- příliš mladá matka
- příliš zkušená matka
- matka se smyslovými vadami
- jiná kultura matky
- matka zdravotník
- matka učitelka
- osobní antipatie
- jiné.....

18. Co může ze strany dětské sestry (porodní asistentky) způsobit komplikace při navazování profesionálního vztahu dětské sestry s matkou?

*(možno zaškrtnout více odpovědí)*

- mladá sestra – profesně nezkušená
- mladá sestra, bez osobní zkušenosti s mateřstvím
- osobní antipatie
- sestra s direktivním vystupováním
- empatická sestra
- nekomunikativní sestra
- jiné.....

19. Zaškrtněte všechny role sestry, které zastáváte v profesionálním vztahu s matkou? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- neznámá osoba při prvním setkání s matkou
- pomocnice matky i dítěte
- učitelka matky i dítěte
- vůdce matky k samostatnosti a zvládnutí komplexní péče o dítě
- zástupce zájmů matky i dítěte
- poradce matky
- zdroj informací pro matku i rodinné příslušníky
- technický odborník v ovládnutí technických pomůcek (inkubátor) při péči o dítě

20. Očíslujte pomocí stupnice 1-8 jakou roli sestry při své práci zastáváte nejvíce – nejméně.

(1 = nejméně, 8 = nejvíce)

- neznámá osoba při prvním setkání s matkou
- pomocnice matky i dítěte
- učitelka matky i dítěte
- vůdce matky k samostatnosti a zvládnutí komplexní péče o dítě
- zástupce zájmů matky i dítěte
- poradce matky
- zdroj informací pro matku i rodinné příslušníky
- technický odborník v ovládnutí technických pomůcek (inkubátor) při péči o dítě

21. Znáte model interpersonálních vztahů H. Peplau?

ano - jaká je koncepce tohoto modelu?

.....

.....

.....

.....

ne

## NÁVRH DOKUMENTACE

Fáze orientace	Jméno matky			
	Jméno dětské sestry			
	Byla jsem seznámena s režimem oddělení neonatologie, včetně a zásad které je nutné dodržovat během mé hospitalizace.			
	.....			
	Datum a podpis matky			
	Zjištěný problém 1:			
Zjištěný problém 2:				
Zjištěný problém 3:				
Fáze identifikace	Návrh řešení problému 1:			
	Návrh řešení problému 2:			
	Návrh řešení problému 3:			
Fáze exploatace	Matka se aktivně zapojuje do péče o dítě	ano	ne	Změna řešení:
Fáze rezoluce	Matka samostatně pečuje o dítě			datum
		ano	Problém 1 vyřešen	
			Problém 2 vyřešen	
			Problém 3 vyřešen	
ne	Nový návrh řešení:			

**POZOROVACÍ ARCH**

matka	rok narození		vzdělání	
dítě	datum narození		týden gestace při porodu	
Diagnóza:				

		ANO	NE	
Fáze orientace	představení			
	sběr dat + anamnézy			
	seznámení s oš. jednotkou			
	seznámení s režimem odd.			
	zjištění problému			
	Problém:			
	Fáze identifikace	návrh řešení konzultován s matkou		
matka se účastní výběru postupu řešení problému				
matka je nezávislá na názoru sestry při výběru				
matka je zcela pasivní při výběru postupu řešení problému				
edukace matky o _____				
zpětná vazba				
matka plně spolupracuje se sestrou				
Fáze exploatace	matka se plně orientuje na oddělení			
	matka plně důvěřuje sestře			
	matka aktivně přebírá péči o dítě			
Fáze rezoluce	matka samostatně pečuje o dítě			
	matka nevyhledává pomoc sestry			
	problém je vyřešen			