

Dobrovolnický program zaměřený na děti v raném kojeneckém období života

Bc. Kristýna Kolářková

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kristýna Kolářková**

Osobní číslo: **H130325**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Dobrovolnický program zaměřený na děti v raném kojeneckém období života**

Zásady pro vypracování:

Žpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice zdravého sociálního, psychického a emocionálního vývoje u dětí do 6 měsíců života.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Žpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, Marie, Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří. Praha. Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

CHRISTENSSON, Karl et al., 1992. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy newborns cared for skin-to-skin. Acta Paediatr.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, České republiky. Legislativa a Metodická doporučení pro dobrovolnický program ve zdravotnickém zařízení [online]. Icit. 2015-09-30.

Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/legislativa-a-metodicka-doporuceni-pro-dobrovolnicky-program-ve-zdravotnickem-zarizeni> 3137 3.html

FRIEDLOVÁ, Karolina, Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha. Grada publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

GRAY, Luis et al., Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. Boston. Pediatrics, 2000.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Karla Hrbáčková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **20. listopadu 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 20. listopadu 2015



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Jakub Hladik, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 11.4.2016


.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

²⁾ Písomná práca uverejňuje sa zveřejňuje elektronicky, diplomová, bakalářská a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím datového knihovnického proudu, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá teoriemi v rámci problematiky péče o novorozence a kojence ve věku do 6 měsíců života. Teoretická část popisuje vývojové období dětí do věku 6 měsíců. Zabývá se také moderními trendy v oblasti péče o děti v raném kojeneckém období života. V neposlední řadě se věnuje legislativní složce dobrovolnických programů v ČR, jejich typům a množství.

Empirická část práce obsahuje dvě verze navrhovaného dobrovolnického programu. První návrh projektu vychází z teoretické části práce. Na základě samotného výzkumu vznikl upravený návrh dobrovolnického programu „Chůvičky“. Výzkum se zaměřuje na rozhovory s odborníky z oblasti klinické psychologie, sociální pedagogiky a zdravotnictví obecně. Cílem práce je doporučení a okomentování návrhu programu a jeho transformace do ideální podoby.

Klíčová slova: dobrovolnictví, bazální stimulace, prevence, zdravý vývoj, návrh programu

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the theories of newborn and infant baby care up to the age of 6 months. The theoretical part describes the developmental stage from birth to 6 month of age. It also deals with modern trends in the field of early infant stage of life, further this work also describes the legislation of volunteer programmes within the Czech Republic, their types and number.

The empirical part contains two versions of a newly suggested volunteer programme. The first version of this project originates in the theoretical part of this work. A redesigned version of a volunteer programme 'Chůvičky' is based on the research itself, this research focuses on interviews with specialists in clinical psychology, social pedagogy or general public health service. The main objective of this work is to recommend and comment the programme proposal and its transformation to an ideal form.

Keywords: volunteering, basal stimulation, prevention, healthy development, programme proposal

Děkuji Mgr. Karle Hrbáčkové. Ph.D., své vedoucí práce. Dále děkuji všem, kteří se nějakým způsobem angažovali při přípravě této diplomové práce a také navrhovaného projektu. Děkuji své rodině a všem lidem z praxe, kteří za mnou stojí a podporují mě ne jen v tomto projektu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
2 VÝVOJ V RANNÉM KOJENECKÉM OBDOBÍ	14
2.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ	14
2.2 RANÉ KOJENECKÉ OBDOBÍ.....	19
2.3 MOŽNOSTI DOBROVOLNICTVÍ PŘI PÉČI O KOJENCE	26
3 TEORIE PODPORUJÍCÍ ZDRAVÝ VÝVOJ KOJENCE	29
3.1 PÉČE O NOVOROZENCE BEZPROSTŘEDNĚ PO NAROZENÍ.....	29
3.2 DOPLŇUJÍCÍ PŘÍSTUPY K PÉČI O NOVOROZENCE A KOJENCE.....	31
3.2.1 Klokánkování	32
3.2.2 Význam kontaktu skin to skin jako prostředku proti bolesti.....	34
3.2.3 Bonding	35
3.2.4 Bazální stimulace v péči o nezralé novorozence.....	39
3.2.5 Motýlí masáže	40
4 DOBROVOLNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	41
4.1 ZÁKON O DOBROVOLNICTVÍ	41
4.2 STRUKTURA DOBROVOLNICTVÍ A POSKYTOVÁNÍ DOBROVOLNICKÉ SLUŽBY	43
4.2.1 Dobrovolnictví v České republice – statistické vyjádření.....	44
Počet ZZ.....	48
4.3 PRÁCE S DOBROVOLNÍKY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	49
II PRAKTICKÁ ČÁST	53
5 NÁVRH DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU ZAMĚŘUJÍCÍ SE NA DĚTI V RANÉM KOJENECKÉM OBDOBÍ	54
5.1 SWOT ANALÝZA	57
6 REALIZACE VÝZKUMU KVALITATIVNÍ ČÁSTI	58
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	58
6.1.1 Výzkumné otázky.....	59
6.1.2 Dílčí otázky	59
6.2 POJETÍ VÝZKUMU	59
6.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	60
6.4 REALIZACE VÝZKUMU.....	61
6.5 VÝZKUMNÁ TECHNIKA	62
6.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	62
6.7 KATEGORIE A TRSY	63
6.7.1 Kategorie pozitiv projektu.....	63
6.7.1.1 Shrnutí trsu.....	64
6.7.2 Kategorie negativ projektu	64
6.7.2.1 Shrnutí trsu.....	65
6.7.3 Kategorie aplikace do praxe.....	66
6.7.3.1 Shrnutí trsu.....	67
6.7.4 Kategorie subjektivních názorů.....	67

6.7.4.1	Shrnutí trsu.....	68
6.7.5	Kategorie doporučení pro praxi.....	68
6.7.5.1	Shrnutí trsu.....	69
7	SHRNUTÍ: ÚPRAVA NÁVRHU DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU ZAMĚŘUJÍCÍ SE NA DĚTI V RANÉM KOJENECKÉM OBDOBÍ.....	71
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ	79
	SEZNAM TABULEK.....	80
	SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Cílem této práce je shrnout v teoretické části informace z odborné literatury vztahující se k dobrovolnické službě se zaměřením na dobrovolnické programy pro podporu dětí v raném kojeneckém věku ve zdravotnických zařízeních a zařízeních ústavní péče, tj. nemocnicích a kojeneckých ústavech. Značná pozornost je v práci věnována také teoretickým východiskům v oblasti dobrovolnické péče, její legislativě a současnému stavu dobrovolnické péče v České republice s možnými směry jejího dalšího rozvoje v kontextu aktuálního a možného budoucího vývoje české (evropské) společnosti a ekonomiky. Zcela nezbytnou součástí teoretického přístupu k problematice dobrovolnictví v oblasti neonatologické a kojenecké péče je také dostatečné zhodnocení faktorů zdravého sociálního, psychického, emocionálního a v konečném důsledku také fyzického vývoje u dětí do jejich šestého měsíce života.

Vzhledem ke zkoumanému projektu v praktické části práce, který se zaměřuje hlavně na prvotní kontakt matky s dítětem v období prvních hodin a dní po porodu, je v teoretické části práce věnována také pozornost teorii vzájemného dotyku matky a novorozeněte, tzv. skin-to-skin kontaktu, a některým dalším přístupům, jejichž uplatňování je v současnosti obecně chápáno spíše jako tzv. „alternativní“. Konkrétně se v této práci jedná o tzv. bonding, klokánkování, Motýlí masáže, bazální stimulaci a další přínosy kontaktu skin-to-skin.

V praktické části se práce zaměřuje na dobrovolnický program s pracovním názvem „Chůvičky“. Jedná se o alternativní službu, která pomocí dobrovolníků do značné míry doplňuje rodiče, jež se dítěte ihned po porodu z nějakého důvodu vzdaly, nebo nejsou schopni, z objektivních důvodů, s dítětem být v kontaktu. Aktivit těchto dobrovolníků by měly být v souladu s všeobecně přijímaným názorem na to, že pro vytvoření pevné sociální vazby mezi matkou a dítětem jsou nejdůležitější první dvě hodiny po porodu. Tento významný kontakt, po dobu prvních dní, dobrovolníci nahradí v případě, kdy není poskytnut biologickým rodičem, primárním pečovatelem.

Praktická část práce se v kontextu výše uvedeného zabývá kvalitativním výzkumem provedeným autorkou této práce, jež proběhl mezi lékaři, sociology a psychology, kteří mají s touto alternativní službou zkušenosti. Prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru jsou zde hodnoceny jejich zkušenosti, postřehy a názory na tuto formu dobrovolnictví, včetně jejich hodnocení toho, do jaké míry je tento náhradní kontakt úspěšný a jaké jsou jeho

možnosti dalšího uplatnění či vývoje v českých dobrovolnických programech ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Úvodem této části práce je nutné zdůraznit, že celá kapitola je zaměřena především na děti v raném kojeneckém věku života, kterých se může týkat poskytování dobrovolnické péče. Kapitola se nezabývá tématem z pohledu normální funkční rodiny, respektive v případě pobytu ve zdravotnickém zařízení matky, která je schopna poskytnout dítěti po narození vlastní mateřskou péči. Z tohoto prizmatu je tedy nutné takto nahlížet na níže uvedený text a strukturu jeho jednotlivých podkapitol.

Dobrovolnictví v této oblasti může najít široké uplatnění, a to již od prvních dní, či spíše hodin narození dítěte, kterému není možné poskytnout autentickou rodičovskou péči. Tato péče však není až na výjimky v odborné literatuře zpracována, spíše je na ní nazíráno z pohledu vlastních rodičů. Nezabývá se tak možnostmi, které může dítěti poskytnout v tomto směru dobrovolnická péče.

V rámci jednotlivých fází budování vztahu dítěte s matkou se utváří celá řada procesů a vzájemných vazeb, ať již fyziologického nebo emočního rázu. Jsou spojeny především s fyzickým kontaktem novorozence (kojence) s matkou – chováním, tisknutím, konejšením apod. a samozřejmě také kojením. Faktem je, že kojení, pokud bude vynechána možnost tzv. „kojných“, je proces, který nelze nahradit péčí jiné blízké osoby. V oblasti tělesného kontaktu a pozdější stimulace pro rozvoj motorických, jazykových, mentálních a dalších dovedností se však v této oblasti potenciálně nabízí široké uplatnění dobrovolnické činnosti. To, jakým způsobem se tomu děje ve zvoleném případě dobrovolnické činnosti, či naopak neděje, se zabývá praktická část práce. Teoretická část práce se naopak snaží identifikovat teoretická východiska a odborné poznatky pro podporu rozvoje dobrovolnické péče u novorozenců a kojenců v období prvních šesti měsíců života.

2 VÝVOJ V RANNÉM KOJENECKÉM OBDOBÍ

Tato práce má ve svém názvu termín „rané kojenecké období“, což striktně řečeno zahrnuje období od ukončeného novorozeneckého věku (tedy od ukončeného 1 měsíce věku) do období šesti měsíců. Autorka této práce však soudí, že tato období od sebe nelze z hlediska péče a ontogeneze člověka jakkoliv oddělovat, neboť v tomto období, jak je dále uvedeno, vznikají klíčové vazby mezi dítětem a matkou (pečující) osobou, mající v budoucnosti podstatný vliv na jeho další emocionální a mentální rozvoj. Z toho důvodu se práce zabývá prvními šesti měsíci života člověka komplexně. To znamená, že se zabývá jak novorozeneckým tak i kojeneckým obdobím, které se všeobecně považuje za ukončené po dosažení prvního roku života.

2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období, které trvá přibližně měsíc, je dobou adaptace, během níž se dítě přizpůsobuje podmínkám nového prostředí. Tato prostředí jsou odlišná od podmínek intrauterinního života. Novorozenec reaguje na základě reflexů a vrozených způsobů chování, jež mu pomáhají v přežití. (Vágnerová, 2000, s.39)

Dítě se rodí zpravidla ve 38. až 42. týdnu těhotenství. Průměrná porodní hmotnost je v České republice cca 3300 g – 3400 g a porodní délka 50 cm. Dítě se narodí z poměrně stabilního prostředí, které mělo stálou teplotu, tlumilo zvuky, světlo i nárazy a novorozenec se najednou ocitne v relativním chladu, hluku a na světle, musí samo dýchat a udržovat tělesnou teplotu. Jeho reakce zajišťují vrozené reflexy (hledací, sací) a vrozené způsoby chování (reakce křikem). Novorozenec vidí do vzdálenosti 20 – 30 cm, nezaostřuje (vidění je získaná funkce), dobře slyší a vnímá dotek, změnu teploty a polohy. První učení je rozpoznatelné po 2 – 5 dnech v procesu krmení. V tomto období se však neadaptují pouze narozené děti, ale i jejich rodiče (pečující osoby). (Kuželová, Ptáček, 2013, s.8-19)

Novorozenec je po porodu zhruba jednu hodinu bdělý. Je to velice důležitý moment jak pro matku tak dítě (tzv. zlatá hodinka). Narozené dítě je vybaveno vrozenými reflexy, které mu umožňují adaptaci (reflexy spojené s příjmem potravy, obranné reflexy, uchopovací reflex aj.). Zatím nedovede soustředit pozornost po dobu delší než jen několik vteřin a zaujmou ho pouze nové a intenzivní podněty. Dítě upřednostňuje kontrastní a tvarově bohaté objekty. Tyto požadavky dobře splňuje lidský obličej. Z prenatalního

období si dítě pamatuje hlas své matky, který preferuje před hlasem ostatních lidí. (Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s.9)

Z emocionálního hlediska dokáže novorozenec rozlišovat pouze podněty příjemné a nepříjemné. Zvláštní úlohu v projevech emocí u novorozence zaujímá pláč. Dítě v novorozenecké fázi vývoje může často a dlouho plakat. Doba, kterou stráví pláčem, bývá obvykle nejdelší v prvních šesti týdnech života. V té době propláče až tři hodiny denně. Pláč představuje hlavní způsob, jak na sebe upozornit a projevit jak příjemné, tak i nepříjemné pocity. Může být reakcí na velmi různorodé situace, jakými jsou například hlad, mokrá plenka, strach, nebo únava z přemíry podnětů. Někdy bývá příčinu pláče obtížné zjistit. Kolem tří měsíců věku pláče obvykle podstatně ubývá. Dítě většinou tráví pláčem již méně než hodinu za den. Postupně se totiž učí reagovat různorodějším způsobem – úsměvem, dotykem rukou či dumláním prstů. Z hlediska denního rytmu novorozence je možné konstatovat, že v tomto období prospí dítě většinu dne (16–20 hodin) a v krátkých úsecích bdění uspokojuje své biologické potřeby. Budí se asi v intervalech po dvou až třech hodinách. Rytmus spánku a bdění je zpočátku náhodný, nepravidelný. V průběhu zrání mozkové tkáně se časem ustálí stále delší časové úseky nepřerušovaného spánku, střídané s delší dobou bdění. Tomuto rytmu se dítě postupně učí. Po 6. týdnu se u novorozenců rytmus spánku postupně prodlužuje a kolem půl roku už má dítě vyhrazený rytmus. Pokud s dítětem rodiče přes den hojně navazují kontakt a stimulují jej (unaví jej), naučí se spát více v noci. Kolem dvou měsíců věku se většina kojenců v noci dvakrát až třikrát na krátkou dobu probudí a dožaduje se krmení. Někteří novorozenci však dokážou spát nepřerušovaně i šest hodin. (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 8-9)

Po motorické stránce je novorozenec velmi nezralý a je odkázán na péči jiných osob. V bdělém stavu zaujímá většinou asymetrické postavení končetin – tzv. šermířský reflex (hlava je otočena na jednu stranu, jedna končetina je v extenzi, druhá v semiflexi). Ve vzpřímené poloze neudrží hlavičku. Pěsti jsou většinou zaťaté a připravené pro aktivní úchop. Zrakové schopnosti novorozence jsou rovněž velmi omezené. Jak již bylo naznačeno výše, novorozenci vidí ostře do vzdálenosti 20 – 25 cm. Tato zpočátku pevná ohnisková vzdálenost lidského oka není náhodná, protože přibližně odpovídá vzdálenosti dětského obličejce a matčiny tváře, když dítě drží v náručí, kojí ho a mluví na něj. Novorozenci upřednostňují neobvyklé konfigurace, kontrasty a zajímají se o pohyb – otáčí hlavičku za pohybujícím se předmětem. Zraková pozornost se však za obvyklých okolností rychle vyčerpá, proto je třeba dbát na optimální přísun podnětů. Zvláště přitažlivý je pro dítě lidský

obličej a všechny obrazce, které jej připomínají. Hned po narození, asi 3. – 4. den, se dívá déle do tváře pečující osoby než do tváře cizích lidí. Od 12. týdne pak pozná schémata obličejů dalších známých lidí. I přes to, že zraková ostrost se plně vyvine až kolem jednoho roku, dokáže dítě v raně novorozeneckém věku rozeznat známé osoby velice dobře. Sluch je u novorozence velice dobře vyvinut. Děti preferují ženský hlas před tichými nebo neutrálními zvuky. Při pokusech, zda dítě rozezná mateřskou řeč, se ukázalo, že čtyřdenní děti byly schopny řeč odlišit. Byla sledována i schopnost nitroděložního učení. Matky měly za úkol číst svým dětem v posledních šesti týdnech těhotenství určitou říkanku. Děti již třetí den po porodu na tuto říkanku kladně reagovaly. (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 9)

Nejvyvinutějším smyslem nově narozených dětí je hmat. Novorozenec má rád pocit tepla a uklidňování dotykem. Hmatem se dítě uklidňuje, sání prstů bývá pozorováno již od 24. týdne těhotenství. Vyvinuta je rovněž citlivost pro bolest. Vyšetřované dítě, které podstupuje bolestivý zákrok, dává jasně najevo, že pociťuje bolest. Prudce se pohybuje nebo pláče, zvýší se mu krevní tlak. Z hlediska kompenzace projevů bolesti u novorozenců se jako velmi účinná terapie uplatňuje chování, tisknutí a tišení pečující osobou, nejlépe matkou. Výzkum provedený v tomto směru ve Spojených státech amerických prokázal, že tělesný kontakt mezi matkou (pečující osobou) a dítětem bezprostředně po základním odběru krve z paty novorozence výrazně snížil dobu pláče dítěte a bolestné stahy v jeho tváři. Tělesný kontakt působil v tomto případě jako analgetikum. Zároveň studie konstatovala, že relativní snadnost této metody může účinně napomáhat při tišení bolesti u novorozenců. (Watt, Blass © 2013)

Čich se naopak u novorozence rozvíjí až po porodu, druhý den života. Výrazem obličejové děti preferují různé vůně. Třídenní dítě se uklidní, když ucítí kus látky, který měla na sobě jeho matka a zároveň preferuje tento zdroj před látkou, kterou nosila jiná žena. Tuto schopnost nemá jen dítě, ale i matka, která rozpozná podle pachu svoje dítě. Rozlišování základních chutí bylo prokázáno již v prenatálním období. (Ptáček, Kuželová, 2013, s.11)

Z hlediska mozkového vývoje se hlavní část růstu mozku odehrává během prvních tří měsíců nitroděložního života. Mozek se však dále poněkud zvětšuje a zejména zraje. To znamená, že mozkové buňky postupně zdokonalují svoje uspořádání a tím i svoji funkci. Důležitá část zrání mozku po narození se odehrává během prvních čtyř měsíců života. Díky němu postupně mizejí reflexy typické pro novorozenecké období, dítě je stále čilejší a více reaguje na okolí. Novorozenec je připraven učit se a zpracovávat informace. Hledá souvislosti s podněty z okolního prostředí, získává zkušenosti. Je vybaven schopností

jednoduchých myšlenkových pochodů, hledá jak řešit vznikající situace, a to co se naučí je schopen pamatovat si déle než 24 hodin. Z praxe jsou známy případy, že novorozenci, kteří se při prvním kojení dusili, mohou tento způsob kojení začít brzy odmítat. (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 11)

Dle Ptáčka (2013, s.11) sociální vývoj a rozvoj novorozence je zpočátku velmi omezený, to však neznamená, že je jen pasivním příjemcem podnětů z okolí. Má vytvořenu predispozici k sociálnímu kontaktu s lidmi, neboť přestože nemá sociální zkušenosti, je vnímavý vůči sociálním signálům. Reaguje na lidský hlas, preferuje lidský obličej. Úchopový reflex je silnější k prstu než jiným předmětům. Napodobuje také mimické výrazy. Dítě nejdřív pozoruje, poté se teprve začne přibližovat mimice modelu, který napodobuje. Tím, že některým podnětům věnuje více pozornosti než jiným a rozličně na tyto podněty reaguje, se podílí na vlastním vývoji (např. hračku, na kterou reaguje kladně, mu budou rodiče dávat častěji než takovou, vůči které je lhostejné). Mezi dítětem a rodiči funguje od samého počátku oboustranná komunikace a vzájemná interakce. Také opačná komunikace od vyspělejších lidí směrem k novorozenci se spontánně děje tak, aby toto chování bylo pro dítě srozumitelné a přínosné. Lidé se například zcela přirozeně naklánějí k novorozenému dítěti právě tak, aby je dítě vidělo ostře, tj. zhruba do vzdálenosti 20 – 30 cm. Snaží se rovněž pomalu a pečlivě vyslovovat, což má později pro dítě obzvláště velký význam z hlediska učení se řeči. Mateřské chování matky nějakou dobu po porodu je určeno biologicky (hormonálně a reflexivně), příroda si tak zajišťuje, že matka své dítě neopustí a bude se o něj starat. Bývala, a stále často bývá, podceňována role otce ve vztahu k novorozenému dítěti. Ovšem platí, že čím dříve naváže otec s dítětem vztah, tím bohatší a intenzivnější bude tento vztah v budoucnosti.

Specifickou otázkou pak představuje způsob péče o tzv. nezralé novorozence. Sociální pracovníci hrají dnes v případech ohrožených matek a dětí zcela zásadní roli, která často rozhoduje nejen o dalším úspěšném fyzickém, ale i psychickém a sociálním vývoji dítěte. Moderní sociální práce vyvrací představu o tom, že novorozenec má pouze fyzické potřeby, které je nutné zajistit. Vhodné zpřístupnění služeb rané péče může zásadním způsobem ovlivnit a podpořit kvalitní a zdravý vztah matky (resp. obou rodičů) k dítěti. Nízké rodičovské kompetence a nedostatečné znalosti chování a potřeb novorozence mohou u nepřipravených rodičů vést k nežádoucímu chování, ale též k chybné interpretaci chování novorozence. To dále může negativně ovlivňovat vzájemný vztah, který se stane narušeným a může dále ovlivňovat vztah rodič – dítě po celý život. (Ptáček, Kuželová, 2013, s.12)

Zvláštní otázkou i v kontextu sociální práce je chování matky k dítěti v prvních hodinách a dnech po porodu. Je poměrně rozšířenou představou, že dobrá matka se k dítěti chová láskyplně a od prvního momentu bez výhrady plní jeho potřeby. Nicméně i matky psychicky zralé a připravené mohou v některých případech procházet specifickými poporodními psychickými, případně psychiatrickými potížemi. Tyto potíže v žádném případě nehovoří o jejich celkových výchovných kompetencích a schopnostech, i když v důsledku těchto obtíží mohou být částečně a někdy i zcela omezené. V těchto případech musí sociální pracovník bezodkladně a úzce spolupracovat s porodnicí, případně psychiatrem a dětským lékařem, kteří pomohou určit míru omezení rodičovských kompetencí matky a navrhnout řešení. Vždy platí, že první možností volby, v případě částečně i významně omezených rodičovských kompetencí matky, je péče o dítě ze strany otce, případně širší rodiny. V případě nemožnosti této alternativy je nezbytné zvažovat náhradní řešení. Náhradním řešením první volby je v současné době pěstounská péče na dobu přechodnou. Institucionální péče, v tomto období kojenecký ústav, by měla být až posledním řešením, ideálně zcela vyloučeným řešením.

Další soubor otázek představují v tomto období rodiče s tzv. nízkými rodičovskými kompetencemi. V tomto případě lze velmi úspěšně využít služeb rané péče, kdy odborní pracovníci mohou kvalifikovaně posoudit jak potřeby na straně rodičů, tak potřeby na straně dítěte. Institut pěstounské péče na dobu přechodnou a služby rané péče představují v oblasti sociální práce a sociálních služeb obecně v novorozeneckém období prvky, které zásadním způsobem mohou ovlivnit život řady dětí, jejichž život by mohl být jinak ovlivněn institucionální péčí. (Ptáček, Kuželová, 2013, s.12)

Samostatnou otázkou v tomto období je nutnost dlouhodobé hospitalizace dítěte, která je zapříčiněna nejčastěji předčasným porodem, tj. nezralostí novorozence nebo v důsledku závažných zdravotních obtíží. V těchto případech je nemožná plná mateřská péče, ale sociální pracovníci by měli matku, resp. oba rodiče plně podporovat v intenzivním pobytu s dítětem v nemocnici a s příslušným zdravotnickým zařízením vyjednat možnost pobytu rodiče s dítětem v nemocnici.

Existuje řada důvodů, které mohou vést k úvaze o náhradní péči o novorozence. Mohou to být důvody dočasné – např. zdravotní stav matky, přechodné obtíže v domácím prostředí, ale též důvody trvalé – např. úmrtí matky/ rodičů, odmítnutí dítěte matkou/rodiči. Při narození dítěte je nutné rozhodovat se pružně. První volbou, jak jsme již uvedli, v tomto vývojovém období je vždy pěstounská péče na dobu přechodnou.

Ta umožní plnění základních fyzických, psychických a emočních potřeb s plnou individuální pozorností. Tato forma péče umožňuje dítěti již od prvních dnů prožívat možnost individuálního plnění potřeb a bezvýhradnou individuální pozornost. Současné odborné studie jasně prokazují schopnost novorozenců sukcesivně (následně) navázat vztah s několika primárně pečujícími osobami – např. nejdříve s pěstounem na dobu přechodnou a např. za dva měsíce se svou biologickou matkou. Vědecké studie zároveň jasně poukazují na zásadní a negativní vliv ústavní péče na dítě v raném věku, který může ovlivnit jeho celý následný život.

2.2 Rané kojenecké období

Vágnerová (2000, s.43) říká, že první rok života je poněkud nepřesně označován jako kojenecký věk, ačkoliv většina dětí není kojena až do dosažení jednoho roku. Velmi rychlý vývoj se v této fázi projeví proměnou jedince vybaveného na počátku pouze minimálními kompetencemi v dětskou osobnost, která je schopna základního osamostatnění. Na konci tohoto období dosáhne dítě základní orientace ve svém nejbližším okolí (prostředí) a vytvoří si k němu určitý vztah. Zároveň se v průběhu kojeneckého období projeví individuální rozdíly jednotlivých dětí v chování, prožívání a celkovém vývojovém trendu.

V této fázi je pro normální vývoj velmi důležité, aby dítě mělo dostatečný přísun adekvátních podnětů, včetně podnětů ze sociální oblasti. Druh zkušeností (pozitivní nebo negativní), které v něm podněty zanechají, pak určuje stupeň základní důvěry ve svět, jeho řád a vůbec poznatelnost. Tyto rané poznatky dítěte determinují základy jeho budoucích postojů k sobě, jiným lidem a okolnímu světu. (Pokud např. rodiče nenechají dítě, aby si samostatně manipulovalo s hračkou, a stále mu ji berou a ukazují, jak se s ní správně zachází, fixuje si toto dítě pasivní postoj a pocit vlastní nedostatečnosti či méněcennosti obecně. Přitom je ovšem tato „nešikovnost“ dána nezralostí naprosto normálním jevem.) V této fázi nejde ani tak o to, jak dítě něco dělá, důležité je, že to dělá. Opačným extrémem je zanedbávání dítěte mající za důsledek deprivaci potřeb, která se později projevuje velmi negativně v různých oblastech existence a může jedince poznamenat i doživotně.

Stimulace dítěte má trojí význam:

- aktivizuje organismus,
- podporuje rozvoj individuálních dispozic,
- poskytuje kontakt s prostředím.

Dítě však může být nedostatkem či přebytkem stimulací deprivováno (zpomalení eventuálně negativní ovlivnění vývoje), resp. přetěžováno (vytváření obranných mechanismů). (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 14)

Dítě získává v tomto období nejvíce informací z okolí pomocí zraku, postupně zaostří po šestiměsíčním vývoji na předměty vzdálené jeden metr. Další rozvoj motoriky velmi úzce souvisí s rozvojem poznávání a s osamostatňováním. Významnými mezníky v poznávání jsou momenty, kdy dítě začíná sedět, lézt a časem i chodit. Dokud jenom leželo, mohlo pozorovat okolní svět jen velmi omezeně; jakmile ovšem dokáže sedět, nabídka podnětů se dítěti výrazně rozšíří. Postupně se zlepšuje úchop a dítě se učí brát věci mezi palec a ukazovák (tzv. klešťový úchop). Z hlediska jemné motoriky je právě úchopový reflex obzvláště důležitý, neboť ovlivňuje její správný rozvoj. S tím souvisí i vývoj sensorických (smyslových) oblastí. Podstatná je zde schopnost optického fixování předmětu nebo jeho částí, která se rozvíjí v období 2. – 3. měsíce. V další a neposlední řadě hraje významnou roli potřeba zmocnit se fixovaného předmětu. Tedy míra motivace. To všechno tedy samotnému vývoji jemné motoriky předchází. Pokud se vyskytují v tomto období problémy, můžeme usuzovat, že budou možné problémy i ve vlastním vývoji jemné motoriky. Schopnost úchopu se objevuje obvykle ve 3 – 4 měsících věku. Tato nová dovednost přináší dítěti mnoho radosti a potěšení. Nejdříve začíná uchopovat předměty celou dlaní. Palec jako součást dlaně se do úchopu zapojí později, v 5. měsíci. V 7. měsíci začne pomáhat dítěti v úchopu některých předmětů, například kostky, palec otočený proti ostatním prstům. V 9. měsíci dítě používá klešťové neboli špetkové uchopování. Dítě jej umí využít pro uchopení drobečků nebo malých kuliček. Úchop je prováděn tak, že dítě drží předmět mezi palcem a ukazovákem. Pro dítě je v tomto období mnohem snadnější předmět uchopit než jej odložit.

„Pro objevování okolí má pro dítě obrovský význam celkový pohybový vývoj (tzv. hrubá motorika). Dítě obvykle začne samostatně lézt a sedět mezi 6. a 8. měsícem. Lezení má důležité psychologické aspekty – důležité je osamostatňování, dostane se samo, kam potřebuje. Učí se prostorové orientaci, vnímání velikosti a dalších vjemových modalit. Vstupuje do nových sociálních situací. Projevuje se u něj značný pokrok v získání sebedůvěry. Od této chvíle může pozorovat bez omezení dění okolo sebe a jeho obzor se dále rozšiřuje. Kolem jednoho roku začíná samostatně chodit (s rozmezím u zdravých dětí mezi 9 a 17 měsíci věku). Díky samostatné chůzi může dítě rovnými nohama vstoupit do

druhého roku života, jehož hlavní náplní je postupné získávání nezávislosti a samostatné objevování světa.“ (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 14)

Významné mezníky motorického vývoje:

- ovládnutí hlavičky – kolem 2. měsíce, důležité pro orientaci;
- úchop – manipulace s předměty ve 4. měsíci, předání předmětu z ruky do ruky v 6. měsíci;
- sezení – bez opory kolem 6. – 7. měsíce;
- samostatná lokomoce.

(Ptáček, Kuželová, 2013, s.15) Dítě v kojeneckém věku dokáže rozlišovat základní emoční projevy, které projevuje níže uvedenými vrozenými a získanými aktivitami. Vrozenými aktivitami jsou broukání a úsměv. Broukání, které se objevuje kolem 4. měsíce života dítěte, má za účel přitáhnout pozornost dospělých, kteří dítěti „odpovídají“, mluví s ním. To je velmi důležité pro to, aby se dítě naučilo používat řeč k mezilidskému kontaktu a samozřejmě i pro samotný rozvoj řeči. Upoutat pozornost a evokovat reakce dospělých má i vrozený úsměv (zvaný sociální).

O biologickém původu broukání a úsměvu svědčí fakt, že jich jsou schopné i neslyšící, resp. nevidomé děti. V přijatelných existenčních podmínkách se dítě nedokáže nudit. Všechno nové je zajímavé. Zpočátku jsou to jednoduché aktivity (např. mávání rukama), které nemají žádný vědomý cíl; pak se ale stane například to, že dítě při mávání strčí rukou do hračky nad sebou, čímž ji rozhoupe. Původní činnost, tj. mávání rukama již není samoúčelná, nýbrž se stává účelným prostředkem k dosažení určitého cíle, tedy rozhoupání hračky. Zde začíná chápání příčiny a následku, neboli tzv. kauzální souvislosti, což je předpoklad pro rozvoj záměrného, účelného a s vědomím nějakého cíle vedeného jednání. Již v kojeneckém věku lze nalézt první projevy individuálních rozdílů. Ty jsou dány jednak dispozičními základy, jednak ranou zkušeností. Významný vývojový psycholog Erik Erikson nazval toto období receptivní fází. Receptivita znamená otevřenost podnětům okolního světa. Kojenec v této době získává základní důvěru ke světu – schopnost obnovovat pozitivní vztah i po eventuální frustraci. Nepříliš dlouhá a častá frustrace posiluje důvěru více než neměnný stav. Na základě raných zkušeností se formuje bazální postoj ke světu. (Erikson, © 2016)

V souvislosti s tímto obdobím je důležité zmínit následující pojmy:

- instinktivní chování – je determinováno jako určité vrozené schéma. U lidí se mluví o tzv. instinktu na rozeznávání obličejů,
- imprinting, tj. vtištění – typ raného učení, které tvoří základ pro připoutání dítěte k rodičům,
- spouštěče – jde o podnět z prostředí, který spouští určité chování.

Rozvoj poznávacích procesů probíhá v interakci mezi zráním a učením. Do půl roku se kojeneček naučí ovládat své tělo v reakci na podněty z okolí. Podmínkou rozvoje řeči je sluch, kterým disponuje jedinec již v prenatálním stádiu. Předpokládá se vrozená schopnost rozlišovat fonémy. Od 4. měsíce života dokáže dítě napodobovat zvuky podobné slovům – broukání. Mezi 6. a 8. měsícem začíná žvatlat – opakuje podobné slabiky. Ke konci prvního roku života se objevuje první slovo. Rozumění slovům ne, nesmíš, dej či vlastní jméno přichází dříve. (Ptáček, Kuželová, 2013, s.16)

Vývoj osobnosti není možné jednoznačně objektivně hodnotit, tak jako například vývoj motoriky nebo vnímání. Tento proces lze vysvětlovat různými teoriemi, z nichž jako velmi vhodnou z hlediska tématu této práce jeví teorie Erika Eriksona, která určující vliv na vývoj osobnosti přikládá prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Tato tzv. psychosociální teorie, modeluje vývoj osobnosti jedince prostřednictvím překonávání sociálních krizí.

První krize, která probíhá zhruba do 12. měsíce je hledání základní důvěry. Dítě zjišťuje, do jaké míry může důvěřovat matce a nejbližšímu okolí. Zjišťuje, zda je svět místem, kde se může na věci a lidi spolehnout. Dítě tedy prochází krizí hledání důvěry oproti nedůvěře. Klíčovou roli v procesu překonávání krize pak hraje matka. Ta přestože zůstává nejdůležitějším objektem vnějšího světa pro dítě, nemusí být nutně nenahraditelná, pokud existuje v životě kojence tzv. primární pečující osoba, kterou může být i otec (případně i např. pěstoun).

Pro žádoucí vývoj dítě potřebuje, aby matka (primární pečující osoba) jeho potřebám porozuměla a dokázala mu poskytovat adekvátní zpětnou vazbu. Tedy takovou, která bude srozumitelná pro dítě samotné. Z chování matky si dítě odvozuje význam vlastních aktivit, což má pro jeho psychický vývoj (v oblasti emocí, sebepojetí nebo sebedůvěry a v mnoha dalších) závažné důsledky. Příkladem nesprávné komunikace ze strany matky je tzv. dvojná vazba, kdy není v souladu verbální a neverbální složka jejího projevu (např. oslovuje dítě něžným, zdvořilým slovem, ale má přitom negativní výraz v obličejí). Dítě je pak zmatené a neví, jak tomuto chování porozumět. Jeho nejdůležitější základní psychická

potřeba – potřeba jistoty a bezpečí je tímto frustrována. (Bowlby, 2012, s. 30-31)

„Sociální prostředí kojence by mělo být emocionálně vřelé, stabilní a předvídatelné. Jestliže je dítě zanedbáváno nebo naopak vystaveno nepřiměřeným nárokům, rodiče jsou příliš autoritativní nebo naopak příliš liberální, případně jsou k výchově dítěte z nějakého důvodu nekompetentní, dítě strádá ve svých potřebách a nerozvíjí se tak, jak by mělo a/nebo mohlo. Předpokladem pro zdravý vývoj dítěte je přiměřené uspokojování všech jeho potřeb. Z nebiologických jsou to hlavně potřeba jistoty a bezpečí, potřeba stimulace a učení a potřeba lásky.“ (Bowlby, 2012, s. 30)

„Základním prostředkem socializace je mezilidská interakce. Postupem času si dítě uvědomí účinky vlastního chování a začne je užívat záměrně. Matka zde funguje jako zrcadlo, poskytuje originální zpětnou vazbu a dává svému dítěti najevo, že chápe jeho potřeby a pocity. V tomto období začíná být důležitá interakce i s dalšími osobami mimo základní rodinu, aby si dítě začalo uvědomovat i sociální rozměr své existence.“ (Bowlby, 2012, s. 31)

Je zřejmé, že centrální charakteristikou, ale i potřebou dítěte v tomto období je sociální vývoj. Ten je zde spojen s tvorbou prvního vztahu, ten podle řady teorií, ale výzkumů hraje v dalším vývoje dítěte, ale i celém jeho životě zásadní význam. V této souvislosti je nejčastěji zmiňována tzv. teorie attachmentu neboli teorie přimknutí, která je svázána se jménem John Bowlby, britským psychoanalyticky orientovaným psychologem. Z hlediska dobrovolnické péče je důležité, že Bowlby zmiňuje jako nejúčinnější faktory, které zmírňují intenzitu reakcí malých dětí na odloučení od matky (smrt, nemoc, zřeknutí se apod.) patří:

- známý společník nebo známé předměty z vlastnictví dítěte,
- mateřská péče poskytovaná náhradní matkou (osobou).

Od narození do 3. měsíce – v tomto období se projevují tzv. nediskriminované reakce k lidem. Děti vykazují reakce na lidi, ale obecně vždy stejné. Preferují lidský hlas a tvář. Ve třetím měsíci života se objevuje tzv. sociální smích – úsměv jako reakce na lidskou tvář. Smích tak představuje základní sociální interakci, které je dítě schopno a která attachment prohlubuje. U některých zvířat se krátce po narození objevuje tzv. imprinting, tedy specifická forma učení, která trvá relativně krátkou dobu po narození a během které si mládě fixuje podobu prvního pečujícího tvora, kterého vidí. V případě, že to není

biologická matka, může se mládě zafixovat na příslušníka jiného druhu. Tato forma učení se u lidí nevyskytuje, nicméně první tři měsíce jsou v rozvoji attachmentu velmi podstatné a pro dítě je důležité, aby jeho potřeby primárně a stabilně uspokojovala jedna známá osoba. U dětí, které jsou v tomto období v kojeneckém ústavu, může v důsledku absence primární vztahové osoby v tomto období dojít k narušení psychického a sociálního vývoje s důsledky na celý život. (Ptáček, Kuželová, 2013, s. 17)

Od 3. do 6. měsíce – dítě se v této fázi zaměřuje již na známé lidi, jsou evidentní diferencované sociální reakce. Děti se smějí jen na známé lidi. Na neznámé osoby dítě obvykle reaguje projevy úzkosti nebo strachu. Jedná se o nejdůležitější období pro vývoj attachmentu a to proto, že dítě si již základní aspekty vztahu s blízkou osobou dovede uvědomovat. Zcela jednoznačně pro něj platí, že pečující osoba znamená jistotu, bezpečí, uspokojení potřeb. Naopak neznámá osoba představuje nejistotu, neklid, možnost neuspokojení potřeb. Dítě je na pečující primární osobě zcela závislé. Proto je v tomto období potřebná nejen jedna pečující osoba, ale i její schopnost poskytnout dítěti dostatečnou emoční zpětnou vazbu a vytvořit stabilní a předvídatelný kontakt. Absence primární vztahové osoby nebo nejistota v tomto kontaktu může mít závažné důsledky na celý život dítěte.

Pokud nedojde k rozvoji tohoto primárního pouta, často především v důsledku institucionální výchovy nebo dlouhodobé hospitalizace, nese si dítě následky po celý další život, včetně problémů s navazováním a udržováním mezilidských vztahů, ale též se u nich častěji projevují různé duševní porucha, častěji se však vyskytuje sociální nepřizpůsobivost a kriminalita.

V případech, kdy péči o narozené dítě nemůže plnit za jakýchkoliv důvodů biologická rodina, probíhá v tomto období zvolená náhradní péče. Jestliže pro kojence byla nejvhodnějším řešením pěstounská péče na dobu přechodnou, dalo by se s určitou mírou odborné nadsázky říci, že pro kojence to je jediná možná forma náhradní péče. Je samozřejmé, že ani pěstounská péče na dobu přechodnou není ideálním řešením, nicméně v situaci, kdy stát nemůže dítěti zaručit vhodnou stabilní primární pečovatelskou osobu, je to jediné vhodné řešení. Dítě je samozřejmě dopředu zcela plánovaně ohroženo ztrátou tohoto kontaktu, nicméně z odborného hlediska to má mnohem menší následky než i několikaměsíční pobyt dítěte v institucionální péči.

„Dokument organizace Adra, který se přímo zabývá poskytováním dobrovolnické služby vydaný v roce 2010 organizací Adra (Adra, 2010, online) vychází při doporučení k podpoře novorozenců a kojenců dobrovolníky z jednotlivých fází psychomotorického vývoje dítěte. Aspekty vývoje kojence vzhledem k péči jsou v tomto materiálu podobné, jako v předchozím textu, ale jsou zde více zdůrazněny praktické dovednosti dítěte, které je možné podporovat, a z toho důvodu jsou v následujícím textu stručně uvedeny.“ (Nakládalová, © 2010)

V kojeneckém věku (0-12 měsíců) by mělo být zdravé dítě schopno v oblasti tzv. hrubé motoriky v 6 týdnech držet hlavičku v rovině těla. Ve 3 měsících se již samo nadzvedávat z ležící polohy - hlava nezůstává pozadu, ale je držena nad rovinou polohy těla. V 6 měsících sedí a opírá se o stěnu (bez postranní opory), umí se překulit (dříve z břicha na záda, asi o měsíc později i naopak). V žádném případě se dítě nesmí posazovat dříve, než se samostatně dokáže do polohy vsedě dostat. V 9 měsících sedí dítě stabilně na podlaze a může se otáčet, aby dosáhlo na hračku, stojí a přidrží se nábytku. Ve 12 měsících se dítě vytahuje do stoje, drží se nábytku a obchází, dělá první samostatné krůčky.

V oblasti tzv. jemné motoriky dokáže normálně se vyvíjející dítě v 6 týdnech krátce zafixovat houpající se předmět. Ve 3 měsících krátce podrží chrastítka, sleduje pohybující se osobu očima. Po třetím měsíci začíná dítě ohmatávat předměty, a to rukama i nohama. Od 4. měsíce dítě tyto předměty i strká do úst, čímž se s nimi seznamuje a zkoumá jejich vlastnosti nejen zrakově, ale i hmatově. Po 12 měsících věku vkládání předmětů do úst již pozbude významu a považujeme je za zlozvyk. V 6 měsících zvedne hračku z podložky, přendá ji z ruky do ruky. V 9 měsících se dívá po padajících hračkách, šťouchá ukazováčkem do předmětů, donese šálek k puse. Ve 12 měsících uchopuje do pinzety (palcem a ukazováčkem proti sobě), po názorném předvedení tluče kostkami o sebe, postaví 2 kostky na sebe, je schopno si utřít samo pusu plenkou, vhodí minci do pokladničky, snaží se zasunout klíč do zámku.

V oblasti jazykového vývoje se dítě v 6 týdnech utiší matčíným hlasem a začíná vokalizovat (brouká a klototá). Ve 3 měsících se směje a vyská radostí. V 6 měsících začíná nesrozumitelně žvatlat, reaguje na emocionálně rozdílný hlasový projev matky. V 9 měsících zdvojuje slabiky (ma ma, da da), napodobuje zvuky, rozumí „ne“, ukáže kde je máma, táta. V tomto období narůstá pasivní slovní zásoba - slova, kterým dítě rozumí. Ve 12 měsících řekne 2-3 slova s významem, podává na žádost hračku, vyplní jednoduchý

příkaz (např. „dej mi to“). V oblasti zrakového vnímání otáčí normálně se vyvíjející dítě od 2. měsíce hlavu za lesklými pohyblivými se předměty. Ve 3. měsíci fixuje všechny předměty. V šesti měsících vydrží kojeneček fixovat až 30 sekund, a spontánně se otáčí za zrakovými podněty. V 9 měsících rozeznává barvy.

V oblasti sluchového vnímání otočí zdravě rostoucí kojeneček v 7. - 8. Týdnu hlavu za zvukem, důsledné otočení hlavy lze pozorovat až od 4. měsíce věku. Cílený diagonální pohyb hlavy za zdrojem zvuku se testuje v sedmi měsících věku. Ve 2. - 3. měsíci diferencuje kojeneček několik tónů. Po 6. měsíci je možno u dítěte pozorovat uspokojení při hudbě a zpěvu, vytváří se již asociace mezi optickým vnímáním a zvukem (tikání u hodin, zvonek u dveří a příchod návštěvy). Slově začíná kojeneček rozumět okolo 9. měsíce.

Konkrétně se v tomto materiálu pro dobrovolnickou podporu dětí v kojenečském období doporučuje:

- povzbuzovat dítě k pohybové aktivitě dle motorického vývoje
- (dítě předčasně neposazovat, nestavit a nechodit s ním)
- dávat dítěti hračky k uchopování a experimentování
- podporovat hlasový projev, dítěti zpívat a využívat rytmických nástrojů
- učit chápat pochvalu a pokárání

Výše uvedený vývoj dítěte a jeho podpora je z dobrovolnického hlediska zajisté velmi žádoucí. Bohužel jsou tato doporučení uvažována až od doby několika týdnů po narození. Otázkou je, jak zabezpečit dobrovolnickou podporu u výše uvedených dětí ve fázi od narození do stáří několika týdnů.

2.3 Možnosti dobrovolnictví při péči o kojence

Smyslem této závěrečné podkapitoly věnované vývoji kojence je na základě dostupných zdrojů popsat, u kterých kojenců je možné dobrovolnictví využít. V úvodu již bylo naznačeno, že se bude nejčastěji jednat o kojence v raném období života umístěných v nemocničních zařízeních a kojenečských ústavech. Pro přesnější vymezení skupiny novorozenců a kojenců, kterých se potenciálně týká předmětná dobrovolnická činnost, je nutné potřebným způsobem strukturovat situace, za kterých se tyto děti do výše uvedených zařízení dostávají.

„První, a z hlediska poskytování dobrovolnických služeb zřejmě nejpotřebnější a nejvyužitelnější skupinou dětí, jsou ty, jichž se jejich matky bezprostředně po porodu zřekly. V České republice existuje několik způsobů, jak legálně odložit novorozence:

1. zanechat dítě po porodu na novorozeneckém oddělení,
2. diskrétní porod, tj. porod ve vzdálené porodnici
3. vložení dítěte do babyboxu ,
4. anonymní předání Fondu ohrožených dětí (FOD),
5. utajený porod.“ (Kümmel, Janků, © 2016)

Takto narozené děti mohou být s písemným souhlasem matky (rodičů), určeny k adopci, případně dále postupují systémem zdravotnické a ústavní péče. I v případě, že souhlas k adopci existuje, nemusí se jednat o krátký proces, během nějž dítě stále zůstává v péči nemocnice nebo kojeneckého ústavu.

Druhou skupinou mohou být děti, jichž se rodiče nezřekli, ale nemohou mu z různých důvodů věnovat v novorozeneckém a kojeneckém období věku péči v potřebném rozsahu. Třetí skupinou pak mohou být naopak děti, které sice jsou v péči rodičů, ale jsou jim z důvodu sociálně-právní ochrany dětí odebrány.

Níže uvedené tabulky (tabulka 1,2) shrnují počet dětí, kterých se rodiče v minulých letech zříkali, či je odložili. Statistiky se týkají dětí odložených po porodu ve zdravotnických zařízeních (tabulka 1) a dětí odložených do babyboxů (tabulka 2). Počet dětí v zájmovém věku odebraných rodičům do institucionální péče není v současné době možné zjistit, neboť potřebné statistiky není možné získat. Z níže uvedených údajů však nicméně vyplývá, že v české republice se každý rok narodí minimálně cca 40 dětí, u nichž lze v raném kojeneckém věku nesporně uvažovat o poskytování dobrovolnické péče v kontextu této práce.

Tabulka 1: Počty utajovaných porodů v České republice v letech 2004 – 2010

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Počet ÚP	5	13	11	17	15	0	20

(Kamasová, ©2013)

Údaje v tabulce 1 bylo možné ve výše uvedených letech čerpat z demografických údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ). Bohužel od roku 2011 až do současnosti nejsou statistiky uváděny, a z veřejně přístupných zdravotnických databází (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Státní zdravotní ústav, Ministerstvo zdravotnictví) je není možné získat.

Tabulka 2: Statistika babyboxů 2006 – 2016

Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet dětí	5	5	4	11	12	22	20
Rok	2013	2014	2015	2016	Pozn.:		
Počet dětí	18	12	18	4			

(Babybox, ©2016)

3 TEORIE PODPORUJÍCÍ ZDRAVÝ VÝVOJ KOJENCE

„Podle výzkumu terapeutů ve floridském Touch Research Institute se předčasně narozené děti v inkubátoru vyvíjejí rychleji, když se jim třikrát denně dostane pohlázení. Z výzkumu dokonce vyplynulo, že hlazené děti mohli lékaři propustit domů z nemocnice až o šest dní dříve než děti nehlazené. Děti dosahovaly přímo neuvěřitelné pokroky: přibývaly na váze bez toho, že by jim ošetřovatelé podávali více potravy než ostatním dětem. Byly aktivnější, vyrovnanější, na svoje okolí reagovaly živěji, méně plakaly a lépe spaly. Rychleji vyrovnávaly „vývojovou nezralost“. Náskok dětí, kterým se dostalo dotekové terapie, byl možný pozorovat ještě po roce života. Tyto děti byly „napřed“ nejen z hlediska tělesné hmotnosti, ale i jejich duševní a motorické schopnosti byly vyspělejší než u dětí nehlazených (z kontrolní skupiny). U mnohých předčasně narozených dětí se podařilo zmírnit i nepříznivé následky vyplývající z jejich nezralosti.“(Bělohávková, ©2011)

3.1 Péče o novorozence bezprostředně po narození

Cílem prvotní péče o novorozence ve zdravotnickém zařízení je poskytnout mu takové ošetření, které mu zabezpečí vhodné podmínky pro nástup a rozvoj jeho postnatální adaptace a první lékařské zhodnocení jeho zdravotního stavu (ten je také zcela zásadní pro rozhodnutí, zda je v případě potřeby možné poskytnout dobrovolnickou péči). Všechny úkony musí být prováděny s maximální šetrností. Fyziologického novorozence ošetřuje dále sestra, případně porodní asistentka. Patologického a nedonošeného novorozence ošetřuje sestra a lékař neonatologického oddělení. U zdravých, donošených novorozenců se provádí časný kontakt s matkou, který je samozřejmě důležitý pro rozvoj laktace, ale na základě neurobiologických poznatků také pro rozvoj pevné vazby matka-dítě a její pečovatelské připravenosti. Tomuto krátkému časovému úseku je přisuzován značný význam, a často se označuje jako tzv. zlatá hodinka.(Dort, Dortová, Jehlička, 2013, s. 19)

Matka i dítě potřebují v prvních hodinách a dnech trpělivého a vnímavého průvodce. Kromě toho každý novorozenec potřebuje teplo, mateřské mléko a adekvátní péči. U fyziologického nekomplikovaného porodu je počátek péče v porodní asistentky či dětské sestry. Základní kroky v péči o novorozence jsou zaměřeny na prevenci ztrát tepla, přerušení pupečníku, kojení, podporu kontaktu matka-dítě a nezbytné úkony. Za donošeného novorozence je považováno dítě narozené po nekomplikovaném těhotenství mezi 38. a 42. týdnem těhotenství.

Po narození je přerušena pupečník a provedeno základní ošetření novorozence a zhodnocení jeho stavu. Z pupečnickové krve jsou provedena nezbytná vyšetření – sérologické vyšetření na syfilis, v případě potřeby vyšetření krevní skupiny, včetně Rh faktoru a přítomných protilátek, bilirubinu a další nezbytná vyšetření. Dříve se provádělo, a v některých porodnicích stále provádí, přerušování pupečníku záhy po porodu, cca do 30–60 s. U zdravého fyziologického novorozence, který nevyžaduje resuscitaci, je doporučován odložený podvaz pupečníku. Dlouho byly vedeny spory o správném načasování přerušování pupečníku. Tyto spory jsou vedeny stále, nicméně ze studií vyplývá, že nejvhodnější čas pro podvaz pupečníku je mezi 1 a 3 minutami od porodu, ideálně mezi 2. – 3. minutou. Během prvních třech minut stoupá objem krve až na 100 ml/kg. S tímto objemem krve dítě dostane zásobu železa okolo 50 mg/kg (4), což je hodnoceno jako dostatečná prevence anémie v kojeneckém věku. Ve studiích bylo prokázáno, že pozdním přerušování pupečníku nedochází k signifikantnímu zvýšení viskozity krve. Byl zaznamenán vyšší výskyt novorozenecké žloutenky s nutností fototerapie. Podvaz pupečníku se provádí svorkou či gumou ve vzdálenosti cca 2–3 cm od úponu pupečníku. Pupeční pahýl je udržován v suchu a čistotě a je ponecháván spontánní mumifikaci. Na některých pracovištích je pupeční pahýl po 48 hodinách snesen, raná plocha je sterilně kryta a dítě ten den není koupano. Krytí je odstraňováno za 24 hodin. Druhým přístupem je samovolné odpadnutí pupečního pahýlu, k němuž dochází obvykle za 5–21 dní. K ošetření nekomplikované jizvy v tomto případě není nutné použití dezinfekčních prostředků. Fyziologický novorozenec by měl být krátkodobě hospitalizován. Dle doporučení České neonatologické společnosti by tato doba měla činit 72 hodin. (Pánek, 2013, s. 363-366)

Jednou z klíčových podmínek bezprostřední péče o novorozence je zajistit potřebnou okolní teplotu. Pro správnou adaptaci novorozence je na prvním místě nutné zajistit tzv. termoneutrální prostředí. Hodnota ideální teploty je pro každé dítě individuální a závisí na jeho hmotnosti. Pro fyziologického novorozence je termoneutrálním prostředím teplota 33 °C. Po porodu je teplota dítěte stejná nebo jen mírně vyšší, než je teplota matky. Normální teplota novorozence v rektu je 36,5–37,5°C. Pokud není zabráněno ztrátám tepla, dochází k podchlazení novorozence. O hypotermii mluvíme při poklesu tělesné teploty pod 36 °C v rektu. Je nutné zajistit dostatečnou teplotu na porodním boxu, která by se měla pohybovat kolem 25 °C, osušení a odstranění vlhkých plen. Dítě by mělo být ošetřováno na vyhřívaném lůžku či vyhřívaném přebalovacím stole. V případě nekomplikovaného porodu a dobrého

zdravotního stavu matky i novorozence je preferován kontakt skin to skin. Kůže matky vytváří termoneutrální prostředí, kdy je dítě položeno na břicho či hrudník matky, je možné jej lehce osušit a je přikryto přikrývkou. Při kontaktu skin to skin nebo bondingu se ponechává dostatečný čas matce i dítěti na adaptaci. Zajištěním termoneutrálního prostředí dochází k normalizaci srdeční akce a dýchání, snižuje se u dítěte energetický výdej, v případě bondingu je stimulováno sání a tvorba mléka a též je regulováno osídlení dítěte. Zároveň se upevňuje vztah mezi matkou a dítětem. Problém spíše technického rázu může nastat v případě porodu císařským řezem. I v tomto případě je možný kontakt skin to skin, je však zapotřebí plná spolupráce a souhlas operátora. Pokud matka není pro svůj zdravotní stav schopna kontaktu kůže na kůži, může být proveden i jinou osobou, ideálně otcem. Takový kontakt je využíván k adaptaci dítěte, poté je vhodné do 2 hodin po porodu dítě přiložit k prsu matky.

Současné trendy v péči o novorozence směřují k praxi založené na důkazech a jsou vesměs návratem k přirozenému průběhu šestinedělí, bez zbytečných intervencí. Základním mottem v péči o nedonošené novorozence je „Don't disturb“, tedy volně přeloženo „zbytečně nerušit“. Na oddělení šestinedělí má být plně podporován režim rooming in. Separace dítěte je možná pouze na nezbytně nutnou dobu a jen v indikovaných případech. Podmínkou toho je dobrý zdravotní stav matky i dítěte. Tato doporučení a trendy se však v praxi prosazují obtížně.

3.2 Doplnující přístupy k péči o novorozence a kojence

Smyslem této podkapitoly je poukázat na některé teorie, či spíše přístupy k péči o novorozence a kojence, které by mohly být označeny jako alternativní, či netradiční. Při bližším pohledu se však jeví jako logické, široce využitelné a široce prospěšné, takže může být až s podivem, že jejich běžnější a rozsáhlejší uplatnění v českých porodnicích je zatím velmi pozvolné.

„Uplatňování níže uvedených metod vychází především z předpokladu, že novorozenec je originální lidská bytost. Individualita člověka je dána při početí genetickou kombinací od otce a matky, jedinečný je i jeho individuální vývoj v prenatálním i postnatálním období. Existují samozřejmě obecné vzorce chování a zákonitosti vývoje lidského jedince, kterými každé dítě v rámci psychomotorického, sociálního a emotivního zrání prochází. Ať zdravé nebo nemocné dítě je různé ve svých projevech, a to již z období nitroděložního. Ze samé podstaty genetiky je nepochybné,

že každé dítě je natolik jedinečné, že je chybou zkušenosti paušálně přenášet z jednoho dítěte na druhé a děti srovnávat. Děti nelze srovnávat v rámci zkušenosti ošetřujícího ani v rámci jedné rodiny a sourozeneckých konstelací.“ (Weberová, ©2004)

Rodiče i zdravotníci by se měli učit vnímat dítě jako konkrétní lidskou bytost a přijímat jej tak. Od prvních minut po narození má novorozenec spektrum sociálních, psychických a citových potřeb, které bývají často přehlíženy. Osobnostní rysy, vztahy mezi rodiči, podmínky nitroděložního vývoje a okolnosti porodu jsou určující pro budování vztahu rodičů a dítěte. Zdravotníci by měli vnímat dvojici matka-dítě jako originální a jedinečnou jak ve vzájemné interakci obou při tělesném kontaktu, tak při kojení a utváření režimových opatření. Jednou z největších potřeb novorozence je potřeba tělesného kontaktu „kůže na kůži“. Je u člověka vrozená a specificky lidská. Je ji třeba uspokojovat v přirozených situacích (koupání, převlékání apod.), případně chováním nahého dítěte v náruči. Rodiče by měli být povzbuzováni k takto intimnímu kontaktu s dítětem. Novorozenec je kompetentní lidskou bytostí a často se křikem domáhá sociálního kontaktu s matkou nebo jinou blízkou osobou. Nechce být sám, chce slyšet lidské hlasy, (nejlépe hlas matky), dívat se na lidské tváře, cítit bezpečí v rodičovské náruči. První při uklidnění by měla být tvář, úsměv, hlas a náruč matky nebo otce, oční kontakt, pohlázení. (Weberová, ©2004)

3.2.1 Klokánkování

„Klokánkování je metoda, jejíž podstatou je kontakt kůže na kůži (skin-to-skin). Nezralý novorozenec (novorozenec narozený před 38. týdnem gestace) nebo novorozenec s nízkou porodní hmotností (porodní váha novorozence pod 2500 gramů) je umístěn vertikálně mezi matčina prsa. Metoda má pozitivní vliv na potřeby dítěte jako je teplo, kojení, ochrana před infekcemi, stimulace, bezpečí a láska.“ (Sikorová, Szusková, © 2012)

„Klokánkování umožňuje zapojit matky přímo do péče o jejich křehké děti. Je to efektivní metoda, snadno využitelná, napomáhá lepšímu pocitu dětí narozených před termínem, protože inkubátory opakovaně a často zbytečně oddělují děti od jejich matek a ochuzují je o nezbytný kontakt.“ (Sikorová, Szusková, © 2012)

Vznik klokánkování je datován do roku 1978 v Kolumbii v Bogotě. Ve zdejší porodnici nezralé děti umíraly z důvodu špatných podmínek, a proto se zdejší pediatr Edgar Rey Sanabrie rozhodl zkusit něco nového. Ponechal matky v nemocnici déle a nechal děti dovyvinout na jejich tělech. Výsledkem opatření byl významný pokles

nemocnosti, snížení počtu infekcí, apnoí, bradykardií, zvýšení laktace a především pokles mortality. V dnešní době je metoda úspěšně aplikovaná v mnoha rozvinutých i rozvojových zemích a používá se buď jako doplněk intenzivní péče anebo namísto konvenčních metod péče o děti s nízkou porodní hmotností. Klokánkování může být využíváno i přerušovaně s prokázanými emočními a kojícími benefity. Optimální je dvouhodinové a delší sezení, za předpokladu, že je dítětem dobře tolerováno. Toto dvouhodinové rozpětí je důležité, protože poskytuje matce stimulaci potřebnou ke zvýšení tvorby mléka. Tato ideální délka sezení klokánkování také redukuje počet přesunů do a z polohy klokánkování. Rozhodnutí o tom, kdy s klokánkováním začít je individuální, vždy záleží na zdravotním stavu dítěte a jeho matky. Kontakt kůže na kůži by měl začít co nejdříve po porodu. Je možné a nutné o prospěšnosti klokánkování matky poučit a vytvořit pro ně co možná nejlepší podmínky. Metoda klokánkování může být realizována téměř u každého dítěte s nízkou porodní hmotností poté, co se stane dítě medicínsky stabilní. Klokánkování není doporučeno dětem, které mají příliš křehkou kůži pro manipulaci a dětem na medicínské podpoře krevního tlaku, protože vzpřímená poloha u klokánkování změní hodnotu krevního tlaku.

Benefity metody lze rozdělit na fyziologické, psychologické a benefity výživy. Benefity výživy se však týkají pouze kojících matek, což však je již případ, kterým se nezabývá tato práce a proto jsou z bližšího popisu vypuštěny. Většina fyziologických benefitů této metody je nejistá či pouze částečně potvrzená. Pouze dva fyziologické efekty klokánkování jsou prokázané jistě – teplota a váha. Tělesná teplota vzrůstá o 1 °C během 1–2 hodin klokánkování a váhový přírůstek dětí, které byly opakovaně klokánkovány je prokazatelně vyšší. Psychologické benefity klokánkování jsou spojeny s obdobím, kdy je dítě narozené před termínem porodu přijato na Jednotku intenzivní a resuscitační péče pro novorozence (JIRPN), je rodiči vnímáno jako narušení normálního vztahu rodičů a dítěte, protože separace vytváří překážku v pečování a dotýkání se dítěte. Klokánkování zkracuje toto neoptimální období a dovoluje rodičům v období hospitalizace hrát aktivní roli v péči o dítě. Při klokánkování dítěte na hrudníku rodičů je okolní hluk, který je vždy přítomen na JIRPN absorbován kůží a oblečením rodičů. Klokánkování tak omezuje působení stresu na dítě a následně má pozitivní vliv na mentální vývoj. Klokánkování zlepšuje psychický stav rodičů, pomáhá rychlejšímu smíření a překonání úvodního stresu a šoku z předčasného porodu. Dítě uložené do klokánkovací polohy se rychle uklidní, upadne do nižšího stavu vědomí a obvykle usne. Spánek je převážně klidný s pravidelným

dýcháním. Klidný spánek následuje i tehdy, když je dítě drženo v klokánkovací poloze otcem a trvá dokonce déle než při držení matkami. Matky také uvádějí, že když jsou děti nazlobené před krmením a jsou následně uloženy do polohy klokánkování, usnou ještě i na hodinu. Studie udávají, že děti, které podstoupily kontinuální klokánkování, měly v jednom roce života vyšší Inteligenční kvocient, než děti, které obdržely tradiční péči. Vysvětlením je načasování prvního sezení, které začíná po narození již v nemocnici poté, co je zdravotní stav dítěte stabilizovaný. Dalším vysvětlením je samotná poloha při klokánkování, která stimuluje smyslové oblasti: zvuková stimulace díky matčinu hlasu, čichová stimulace z blízkosti matčina těla, vestibulárně-kinestetická stimulace díky uložení dítěte na hrudník rodiče, doteková stimulace ze stálého kontaktu kůže na kůži, a oční stimulace, když je dítě uloženo ve vzpřímené pozici, která dítěti umožňuje vidět matčinu tvář, tělo a okolní předměty. Přestože stimulace sensorů byla označena pouze jako krátkodobá, je doporučena pro možné pozitivní působení na mentální vývoj. (Sikorová, Szusková, © 2012)

3.2.2 Význam kontaktu skin to skin jako prostředku proti bolesti

Tato podkapitola shrnuje výzkum provedený ve Spojených státech amerických, jehož výsledky významně přispěly k chápání metody (přístupu) skin to skin jako nástroje k tišení bolesti u novorozenců a kojenců.

Studie konstatuje, že skin-to-skin kontakt je efektivní, lehce proveditelnou a bezpečnou intervencí proti bolesti u novorozenců. Přirozeně vysoká míra schopnosti kooperace mezi matkou a dítětem, která byla v této studii prokázána, je dle autorů výzkumu předpokladem pro standardní zavedení tohoto přístupu v institucionální zdravotnické péči.

Zjištěné výsledky jsou poměrně jasné. Přístup skin-to-skin aplikovaný v případě tohoto výzkumu formou klokánkování znatelně redukoval pláč a bolestivé grimasy u kojenců, jimž byl proveden odběr krve z paty, a to o 82 %, respektive 65 % ve srovnání s kontrolní skupinou novorozenců. Doprovodným efektem bylo také značné snížení srdeční frekvence v porovnání s kontrolní skupinou.

Způsob tišení dětí byl u jednotlivých dětí velmi rozdílný. Některé se snažily dítě obouručně přivinout přímo k sobě, jiné k tomuto úchopu přidávaly něžnou mluvu nebo vydávaly tišící zvuky. Byla zaznamenána celá řada kombinací výše uvedených způsobů, které však studie dále nezkoumala, neboť bez ohledu na způsob projevu zbavovaly tyto způsoby uklidňování zkoumané novorozence strachu a napětí. (Gray, Watt, Blass, ©2013)

3.2.3 Bonding

Zřejmě nejznámější propagátorka „bondingu“ v České republice, Mgr. Michaela Mrowetz, k této problematice uvádí, že podpora raného kontaktu matky s dítětem je nejzdravější a nejpřirozenější způsob péče o novorozence. Jak autorka dále uvádí, tento názor se pozvolna začíná prosazovat i v českém a slovenském systému rodinné péče. Jestliže je tento přístup, jehož uplatnění je vždy individuální, aplikován matkou, respektive i dalšími příslušníky nejbližší rodiny (rodinou jako celkem), lze následně očekávat podporu rozvoje sebedůvěry a respektu v rodině a z dlouhodobého hlediska i v celé společnosti. Poskytování této péče není v žádném případě nutné omezovat pouze na zdravotnická zařízení a ne pouze pro tzv. zdravé děti, ale lze ji s úspěchem použít pro děti nemocné a předčasně narozené. Autorka se tak věnuje aplikaci bondingu i v otázkách rodinných rituálů i v případech, kdy dítě zemře časně po porodu, či se narodí již mrtvé. Tato problematiku je však tématu této práce již poněkud vzdálená a proto se jí tento materiál dále nezabývá a soustředí se na aplikaci bondingu u živých dětí a jeho potenciálu v oblasti poskytování dobrovolnické péče. (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 27)

„Bonding není metoda, jak je mnohdy zdravotnickými odborníky mylně interpretována. Kromě těsného kontaktu mezi dítětem a matkou (rodiči, blízkou osobou) získávají zdravotníci pomocí tohoto přístupu také vlastní zpětnou vazbu mezi dítětem a jeho matkou, potažmo rodinou, a mohou tak podporovat zdravé adaptační mechanismy dětí, matek a celých rodinných systémů. Z hlediska aplikace bondingu je v rámci porodu několik faktorů, které je nutné zdůraznit a blíže popsat. Prvním faktorem je problematika odložení přerušování pupeční šňůry. Časné přerušování pupečníku způsobuje, že objem krve novorozence může být ochuzen až o 30–50 %. Takto masivní změna se neobjevuje nikdy v životě bez vážných následků. Včasné přerušování pupečníku může bránit dobré poporodní adaptaci a přispívat k snížení objemu obíhající krve a následnému snížení množství kyslíku v krvi, což může vést k vážným zdravotním poškozením u citlivých novorozenců.“ (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 28)

Nedostatek železa a chudokrevnost z nedostatku železa jsou hlavními zdravotními problémy malých dětí na celém světě a jsou spojovány se špatným rozvojem nervové soustavy. U zdravých novorozenců se vyčkáním po dobu nejméně tří minut před přerušováním pupeční šňůry zlepšují hodnoty železa ve čtyřech měsících a snižuje počet případů novorozenecké anémie. Navíc opožděné přerušování pupečníku není spojováno s žádnými vedlejšími účinky na zdraví. Odložené přerušování pupečníku je doporučováno

i Českou neonatologickou společností a Evropskou radou pro resuscitaci. (Mrowetz, 2013, s. 201)

Druhým faktorem je zabezpečení raného kontaktu matky s dítětem formou kůže na kůži (skin-to-skin). Mrowetz rovněž zmiňuje léčivé účinky tohoto kontaktu, kdy zmiňuje, že raný skin-to-skin kontakt může u zdravého, nemocného i nedonošeného novorozence zlepšit výsledky kojení, vytvoření rané vazby (attachment) mezi matkou (blízkou osobou) a dítětem, zmírnit novorozenecký pláč a zvýšit kardiorespirační stabilitu. Navíc nemá žádné zjevné krátkodobé ani dlouhodobé negativní účinky.

„Dalším faktorem je stimulace rozvoje mateřského chování prostřednictvím očního kontaktu matky s dítětem. Separací je očnímu kontaktu zamezeno a separované matky mají menší zájem o dítě. Dále jsou více ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou a depresí, méně vyhledávají oční kontakt se svým dítětem, a to ještě po roce od separovaného průběhu porodu. Je ztížený nástup laktace. Dítě potřebuje, aby matka cítila vůni jeho hlavičky. Rutinně užívaná čepička jako tepelná ochrana dětské hlavy po porodu může narušovat rozvíjení spontánního mateřského chování. Když je matka naladěná na pocity dítěte, limbický systém ji podporuje v chování adekvátním potřebám dítěte. Čím více synchronního mateřského chování matka vyprodukuje, tím více dopaminu produkuje hormonální systém novorozence a ten zajišťuje novorozenci libé pocity. Čepice tedy mohou ovlivnit čichové vjemy matky a tím i komplikovat startující mateřské synchronní chování a omezit potřeby dítěte.“ (Mrowetz, 2013, s. 207)

Bonding bývá také dáván do souvislosti s usnadněním prvního kojení a zvyšováním úspěšnosti kojení během raného poporodního období. Vzhledem k tomu, že kojení je v péči o novorozence nezastupitelnou úlohou biologické matky, je zde využití dobrovolnické péče v zásadě znemožněno a proto se práce tímto přínosem bondingu již dále nezabývá.

Jak dále uvádí Mrowetz a Peremská, děti v kontaktu kůže na kůži s matkou pláčou méně. Novorozenci v průběhu první hodiny života v kontaktu kůže na kůži s matkou pláčou v první půlhodině života jednu minutu, v druhé půlhodině života nepláčou. Děti separované od matek pláčou v první půlhodině života průměrně 16 minut a v druhé půlhodině průměrně 18 minut. Výsledky studií hovoří o tom, že pláč je geneticky naprogramovanou odpovědí na separaci.

Další přínos časného raného kontaktu matky s dítětem spočívá v zajištění dostatečné teploty dítěte. Matka dobře zahřívá a přizpůsobí se potřebám dítěte. Při porovnání kontaktu kůží na kůži s vyhříváním lůžkem jako podpory termoregulace novorozenců výsledky potvrdily hypotézu, že tělesná teplota bude nejvyšší u zkoumaných dětí, které měly kontakt nejdříve, nižší u zkoumaných novorozenců, kteří měli kontakt kůží na kůži až po počátečním ošetření, a nejnižší u těch dětí z kontrolní skupiny, kterým se nedostalo žádného kontaktu kůží na kůži s jejich matkami. (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 31)

Dalším faktorem je problematika separace matky a dítěte po porodu a vliv tohoto opatření na fyziologický a vztahový vývoj dítěte a matky. K tomu Mrowetz uvádí, že matky se zkušeností se separací předchozího dítěte další dítě při raném kontaktu pevně drží a zamezují mu v přirozené adaptaci a pohybech. Ženy, obzvláště ty, které byly u předchozího porodu separované od svého dítěte a pak se „naučily“ kojit metodou „přiložení“ personálem, mají při porodu dalšího dítěte, kdy je raný kontakt podporován, někdy problém respektovat adaptaci a tempo dítěte a první adaptační zaplakání. Je nutné dát dítěti čas, aby se zadaptovalo a zorientovalo mimo dělohu, v čemž je podporuje kontakt s matkou kůže na kůži, její dech, tlukot jejího srdce i její doteky. Dopady poporodní separace na dítě však až dosud nebyly známy. Vědci měřili variabilitu srdeční činnosti u dvoudenních spících dětí po dobu jedné hodiny, a to jak během kontaktu kůže na kůži s matkou, tak během osamocení v postýlce vedle matčiny postele. Novorozenecká vegetativní činnost byla u separovaných dětí o 176 % vyšší a klidný spánek nižší o 86 % v porovnání s dětmi, u nichž probíhal kontakt kůže na kůži.

Tato zjištění zdůraznila zvláštní rozpor. Při výzkumech se zvířaty je separace od matky běžným způsobem vytváření stresu, aby se mohly zkoumat škodlivé účinky na vyvíjející se mozek novorozence. Současně je separace lidských mláďat běžnou praxí, zvláště když je vyžadována speciální lékařská péče (například péče v inkubátoru).

Od problematiky poporodní separace dítěte a matky se také odvíjí negativní následky na psychiku ženy. Pokud rodička ztrácí kontrolu nad porodem a novorozencem, zvyšuje se tím pravděpodobnost rozvoje negativních prožitků, rozvoje akutní reakce na stres a posttraumatické stresové poruchy. Zamezení kontaktu skin to skin vede ke snížení vyplavování oxytocinu a dalších hormonů, jež vytvářejí a pudí v rodičce pečovatelské chování.

Matky, které byly separované od svých dětí po porodu, mají větší sklon k negativnímu vnímání. Ženy s negativním porodním zážitkem, či dokonce s porodním traumatem, jsou v dalším životě významně častěji ohroženy poruchou vztahu k dítěti či partnerovi, mívají sníženou důvěru ve své rodičovské schopnosti, dalšímu těhotenství se častěji snaží vyhnout. Pokud otěhotní, je těhotenství častěji provázeno komplikacemi a s větší pravděpodobností ukončeno císařským řezem.

Nezanedbatelnou výhodou podpory raného kontaktu je i tzv. psychická pohoda personálu. Pokud personál ihned po porodu přejímá novorozence do svých rukou a snaží se během krátké doby provést veškeré úkony ošetrovatelské a administrativní péče, může se dostat do stresových situací. Ve stresu je i větší riziko chyb. Upřednostňování rutinních postupů a administrativních úkonů před psychologickými vede ke stresu personálu, k upřednostňování separace novorozence a jeho matky se všemi škodlivými následky pro matku i dítě. Rizikem je pak nespokojená rodička, či přímo stížnosti na personál a jiné.

I problematický nástup laktace a nesamostatnost matky, která si nevěří v péči o novorozence, nadále zatěžuje zdravotnický personál. Pokud má personál spíše klidný a vyčkávací přístup, je i rodička-matka ve větší psychické pohodě. Dle údajů Mrowetz a Peremské je bonding v prvních dvou hodinách podporován pouze u necelé jedné třetiny českých porodů (údaj z roku 2013). Následně se, vzhledem k rutinním postupům v ošetrovatelské péči zvyšuje pravděpodobnost oddělení dítěte od matky po porodu. Tato pravděpodobnost se dále zvyšuje s početnějším ošetrujícím personálem a absencí doprovázející osoby (možnost využití dobrovolníků), snižuje se péčí porodní asistentkou jako dominantním pečovatelem o dítě i matku. Personál, který se stará o nově vzniklou rodinu, velmi často upřednostňuje rutinní postupy separace a přednostní vyplnění zdravotnické dokumentace všemi údaji před podporou bondingu. Tím však, bohužel, zvyšuje riziko problémů v rané poporodní adaptaci novorozence a riziko problémů s kojením. Velkým problémem je i podpora kontaktu matek a novorozenců po porodu císařským řezem. Matky jsou mnohdy rutinně umístovány na gynekologické Jedinotky intenzivní péče (JIP), kde možnost mít svého novorozence dlouhodobě vedle lůžka je omezená nebo nulová, stejně jako možnost podpory otce anebo doprovázející osoby v převzetí aktivity, pokud jde o držení novorozence na těle matky. Podpora raného kontaktu také vyžaduje sebevědomí zdravotníků a jejich sebedůvěru, pokud jde o vlastní kompetence pečovat o rodinu jako o jednu jednotku. Dle pozorování autorek přispívá podpora raného

kontaktem k většímu komfortu v pracovním prostředí a eliminuje syndrom vyhoření zdravotníků, protože zvyšuje psychosociální bezpečí zdravotníků i ošetřované rodiny.

Čím více dítě i matku zdravotníci podpoří ve vzájemném kontaktu kůže na kůži, tím více dítěti ulehčí start do života, adaptaci na vnější prostředí, u matky podpoří rodičovské kompetence a posílí její schopnost pečovat o dítě i v dalších nelehkých situacích spojených s výchovou. (Mrowetz, 2013, s. 201-205)

3.2.4 Bazální stimulace v péči o nezralé novorozence

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině (bazální rovině) lidské vnímání. Autorem tohoto konceptu je speciální pedagog, profesor Dr. Andreas Fröhlich, který se od roku 1970 zabýval ve Spolkové republice Německo dětmi, které se narodily s těžkými somatickými a intelektovými změnami. Do ošetrovatelské péče byl tento koncept přenesen v 80. letech 20. století a v současné době zaujímá významné místo také v péči o nedonošené děti. (Friedlová, 2007, s. 13-19)

Každý člověk má vnímání pomocí smyslů a smyslových orgánů, které vznikají, vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají nenahraditelný význam od narození po celý lidský život. Díky smyslům vnímá člověk sebe sama a okolní svět. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání podporuje pohyb a komunikace naopak předává výsledky pohybu a vnímání. Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace, vnímání a jejich úzké propojení. Tento koncept umožňuje podporu výše uvedených činností pomocí cílené stimulace smyslových orgánů a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech.

Využití konceptu bazální stimulace v neonatologické a ošetrovatelské péči provádí v současné době zdravotnický personál, ovšem z hlediska průběhu těchto ošetrovatelských úkonů lze pozorovat určitý potenciál pro využití dobrovolníků. Koncept bazální stimulace lze využívat v rámci zkvalitnění péče o nedonošené děti. V praxi se jedná o provádění přiměřených somatických, vibračních a vestibulárních podnětů, které podporují rozvoj a upevnění tělesného vnímání, základem fyzického kontaktu je v případě bazální stimulace dotyk a hlazení. Stimulace se provádí většinou v inkubátoru s termoneutrální teplotou ve speciálních lůžcích, tzv. pelíšcích, které mají tvar dělohy a chrání a hřejí tělíčko novorozence. K opoře dítěte jsou dále používány různé tvarované kuličkové podložky, fleecové dečky apod. Součástí bazální stimulace je také skin-to skin kontakt, kontaktní dýchání, orofaciální stimulace, provádění intenzivního zrakového kontaktu.

To vše přispívá nejen k fyziologickému rozvoji, ale i k vývoji citových vazeb, emocionální a nervové rovnováže.

I přes to, že se tyto úkony provádí na JIP, lze do nich zapojit také matku, která takto získá jednak důvěru k personálu, sobě samé a celé soužití s okolním lidským a materiálním prostředím se postupně harmonizuje. Na základě praktických klinických poznatků tak lze říci, že bazální stimulace v ošetrovatelské péči o nedonošené péči má významný vliv na kvalitu jejich dlouhodobého vývoje. (Friedlová, 2007, s. 13-19)

3.2.5 Motýlí masáže

Další metodou, kterou lze potenciálně využít v dobrovolnické péči o děti v novorozeneckém a raném kojeneckém věku, jsou tzv. motýlí masáže. Jejich zavedení do praxe prosadila rakouská lékařka Eva Reich. Tyto masáže vychází z předpokladu, že vše negativní, co dítě prožívá v lůně matky, tzn. stresy, traumata a strach, u něj vytváří bloky, které se projevují v jeho životě ve schématech myšlení, chování a přístupu k nastalým životním situacím. Kromě psychické a emoční nerovnováhy, stresu a poruch v chování, se tyto bloky dokáží odrazit i formou fyzických nemocí. Tyto bloky je pak dle této teorie možné účinně kompenzovat pomocí tzv. metamorfní techniky, která využívá principu jemné masáže reflexních bodů na chodidle, rukou a hlavě.

V praktické novorozenecké a kojenecké péči se jedná o provádění velmi jemných a lehkých dotyků, které pomáhají uvolňovat hlubší napětí. Jsou vhodné pro novorozence, (starším zdravým dětem poskytují podporu) a také pro předčasně narozené děti (zraněné dítě masáže léčí). Masáž jim neublíží, ale naopak, jemné doteky je uklidní a postupně uvolní. Hlavní přínos této metody je pak uváděn v oblasti rychlejšího tělesného a mentálního vývoje dětí, kterým se této péče v raném období života dostalo. Velmi účinná je tato metoda pro podporu dokončení vývinu předčasně narozených dětí, které byly umístěny v inkubátorech, včetně jejich emočního prožívání, termoregulace, trávení a dalších životních projevů a procesů. Masáž také pomáhá zmírnit psychické a fyzické následky traumat (způsobených např. těžkým nebo předčasným porodem, či zážitky z prenatálního období). Masáž podporuje rozvoj dětí bezproblémových stejně jako traumatizovaných, nemá vedlejší účinky a nezávisí na anamnéze ani diagnóze. (Kopasová, ©2016)

4 DOBROVOLNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Dobrovolnictví jako veřejně prospěšnou činnost chápeme jako ochotu člověka dát část svého času a sil ve prospěch potřebné organizace nebo člověka, aniž by byl s příjemcem pomoci vázán přátelskými či jinými vazbami. Z dobrovolné činnosti má přínos nejen její příjemce, ale i dobrovolník, kterému přináší nové přátelské vztahy, nové zkušenosti a dovednosti, někdy i částečné řešení problému nezaměstnanosti. Dobrovolníky najdeme nejčastěji v nestátních neziskových organizacích, které po roce 1989 kromě obnovy své činnosti rehabilitují také dobrovolnictví, jako jednu z občanských činností, která je v řadě zemí světa považována za samozřejmou součást života. Je třeba připomenout, že dobrovolnictví má v českých zemích bohatou tradici. Jeho kořeny sahají do období národního obrození a následně do doby prvního československého státu po roce 1918, kdy dobrovolné spolky významně ovlivnily kulturní úroveň mladého českého státu. V současnosti je nejvíce dobrovolníků zapojeno do činností v oblastech ekologie, humanitární pomoci, oblasti lidských práv, sociálních a zdravotnických zařízení a dále v oblasti kulturní, sportovní, vzdělávací a práce s dětmi a mládeží. (Hestia, ©2016)

4.1 Zákon o dobrovolnictví

Pro organizaci dobrovolnictví v České republice je klíčovou legislativní normou zákon č. 198/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě – dále jen „zákon“). Smyslem této podkapitoly je upozornit na nejdůležitější části zákona z hlediska poskytování dobrovolnické služby z hlediska tématu této diplomové práce. (Česko, 2002)

Tato norma upravuje podmínky, za kterých stát podporuje dobrovolnickou službu, která je organizována podle tohoto zákona, a kterou vykonávají dobrovolníci bez nároku na odměnu. Norma tedy upravuje dobrovolnické aktivity v oblasti tzv. formálního dobrovolnictví, tj. poskytovaného ve prospěch neziskových organizací a dalších fyzických a právnických osob dle tohoto zákona.

Zákon se nevztahuje na dva druhy činnosti. Na činnosti upravené zvláštními právními předpisy, i když tyto znaky naplňují znaky dobrovolnické služby podle tohoto zákona – např. zákon o sociálních službách, a pak na činnost, která nesplňuje dobrovolnické znaky dle zákona, ale jsou vykonávány dobrovolníky. Tímto je myšleno zejména tzv. neformální dobrovolnictví.

Z hlediska tématu práce je podstatné to, že dobrovolnická činnost se dle zákona může vykonávat také při péči o děti. Vzhledem k specifčnosti a náročnosti dobrovolnické služby v rámci péče o děti v raném kojeneckém období života je potřebné zmínit i další omezení a podmínky, které přináší zákon a pak také metodické doporučení ministerstva zdravotnictví k evaluaci dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních, které je podrobněji rozebráno v následující podkapitole.

„Za dobrovolnickou službu uvedenou v zákoně se dále nepovažuje činnost týkající se uspokojování osobních zájmů, anebo je-li vykonávána v rámci podnikatelské nebo jiné výdělečné činnosti anebo v pracovněprávním vztahu, služebním poměru nebo členském poměru. Tato část tématu je důležitá zejména z hlediska serióznosti a zajištění etiky poskytování dobrovolnické služby. Důležité je také to, že dle zákona nenáleží dobrovolníkovi za výkon dobrovolnické služby odměna.“ (MVČR, ©2015)

Dobrovolník vykonává dobrovolnickou službu na základě smlouvy uzavřené s vysílající organizací. V případě dlouhodobé dobrovolnické služby nebo v případě krátkodobé dobrovolnické služby, k jejímuž výkonu je dobrovolník vyslán do zahraničí, musí být tato smlouva písemná. Tato část zákona je podstatná zejména z hlediska nutné formalizace vztahu nejen mezi dobrovolníkem a vysílající organizací, ale i mezi vysílající a přijímající organizací. Jedná se o kritérium bezpečnosti a legality.

Vysílající organizací je dle zákona veřejně prospěšná právnická osoba se sídlem v České republice, která dobrovolníky vybírá, eviduje, připravuje pro výkon dobrovolnické služby a uzavírá s nimi smlouvy o výkonu dobrovolnické služby za podmínky, že má udělenou akreditaci ministerstvem vnitra České republiky. Tyto akreditace je možné sledovat v seznamu na webových stránkách ministerstva vnitra, kde jsou seřazeny v seznamu dobrovolnických projektů od roku 2003, kdy vstoupil zákon v platnost. Akreditace je jednotlivým projektům udělována vždy na čtyři roky a pro zachování platnosti musí být po uplynutí této lhůty obnovována. Jeho součástí je i vymezení jednotlivých druhů dobrovolnické služby a jejich zaměření, jejichž organizování a zajišťování vysílající organizace provádí.

Přijímající organizací je pak dle zákona fyzická osoba nebo veřejně prospěšná právnická osoba, pro jejíž potřebu je dobrovolnická služba vykonávána, způsobilá uzavřít smlouvu s vysílající organizací a schopná dostát závazkům vyplývajícím z této smlouvy. Jak již bylo uvedeno výše, vysílající organizaci uděluje akreditaci Ministerstvo vnitra (dále jen

"ministerstvo") na návrh akreditační komise složené po jednom zástupci Ministerstva zahraničních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva vnitra, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva životního prostředí, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva kultury, Ministerstva financí a Rady vlády pro nestátní neziskové organizace. Akreditační komise je poradním orgánem ministerstva.

Z hlediska organizací, kterým lze akreditaci poskytnout, uvádí zákon tyto typy organizací: spolek, nadace, nadačním fond, ústav, sociální družstvo, obecně prospěšná společnost, církev nebo náboženská společnost nebo právnická osoba církve nebo náboženské společnosti evidovanou podle zákona upravujícího postavení církví a náboženských společností.

Výše uvedené organizace musí být bezúhonné a dále musejí doložit schopnost s ohledem na kvalifikační složení svých orgánů, zaměstnanců nebo členů, realizovat konkrétní projekty nebo programy dobrovolnické služby. Zároveň musí být také finančně způsobilé k organizaci přípravy a provádění dobrovolnické služby a plnit další povinnosti vyplývající ze zákona.

Z hlediska dobrovolnické péče o děti v kojeneckém věku, a vzhledem k tomu, že tyto děti jsou umíst'ovány ve zdravotnických zařízeních a kojeneckých ústavech, je důležité ustanovení § 10 zákona. To upravuje využívání dobrovolnické služby státem a územními samosprávnými celky, které jsou často zřizovateli výše uvedených zařízení. Zákon uvádí, že dobrovolnickou službu mohou využívat státní orgány, organizační složky státu, orgány a organizační složky územních samosprávných celků a státní příspěvkové organizace. Příspěvkové organizace územních samosprávných celků a školské právnické osoby mohou využívat dobrovolnickou službu účelně a za podmínek stanovených v § 2 zákona. V tom případě mají podle zákona postavení přijímající organizace. (Česko, 2002)

4.2 Struktura dobrovolnictví a poskytování dobrovolnické služby

Cílem této podkapitoly je na základě dostupných údajů podrobněji analyzovat současný stav poskytování dobrovolnické služby v České republice.

První impuls pro zavedení dobrovolnictví do zdravotnických zařízení v ČR vycházel v roce 1998 – 1999 z nestátních neziskových organizací (NNO). Prvotní byl konkrétně podnět Národního dobrovolnického centra Hestia, o. s., a několika dalších nestátních

neziskových organizací, které se profilyovaly jako první „dobrovolnická centra“ u nás. Metodický rámec pro bezpečné fungování dobrovolníků v nemocnicích ale od počátku (tj. od roku 1999 - 2000) vznikal z iniciativy zdravotníků uvnitř nemocnic. Průkopnickou pilotní nemocnicí v dobrovolnickém programu byla Fakultní nemocnice v Praze – Motole, speciálně Klinika dětské onkologie.

„Při dotazníkovém průzkumu v roce 2011 se k realizaci dobrovolnického programu přihlásilo celkem 61 poskytovatelů zdravotních služeb. Od roku 2011 je existence dobrovolnických programů ve zdravotnictví, počet dobrovolníků a počet jimi odpracovaných hodin, evidována Ústavem zdravotnických informací statistiky (ÚZIS). Při nahlédnutí do registru ministerstva vnitra však lze zjistit, že v oblasti poskytování dobrovolnické služby v oblasti péče o kojence, či přesněji řečeno o děti v kojeneckých zařízeních (0-3 let) jsou v současnosti registrovány pouze tři organizace, tj. Občanské sdružení Maltéžská pomoc, Dobrovolnické centrum z. s. a Dobrovolnické centrum Totem.“ (Diakonie, © 2015)

4.2.1 Dobrovolnictví v České republice – statistické vyjádření

Text této statě vychází z informací uveřejněné týmem HESTIA, o. s. zveřejněných v roce 2011. Dle této studie se v České republice zabývá nějakou formou dobrovolnické činnosti zhruba 30 % české populace starší 15 let. Toto číslo je však poněkud zavádějící, protože jsou v něm zahrnuty prakticky všechny dobrovolné neziskové spolky a organizace, včetně sdružení dobrovolných hasičů, členů rybářských a mysliveckých sdružení, sportovních oddílů apod. Skutečné číslo dobrovolníků zabývajících se prací v oblasti zdravotnictví je mnohem nižší a je komentováno v dalším textu. Z evropského hlediska je zastoupení české populace v dobrovolnické činnosti průměrná (29 %) a je zhruba na úrovni států jakými jsou například Belgie, Francie, Rakousko nebo Německo (33-24 % dobrovolníků). Z níže uvedené tabulky (tabulka 1) je patrné, že počet členů dobrovolnických organizací v České republice je v jednotlivých věkových kategoriích velmi stabilní. (Hestia, ©2011)

Tabulka 3: Dobrovolníci v České republice dle věkových skupin (%)

	Věkové skupiny (roky)					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+

Formální dobrovolníci	32	33	32	33	29	22
Ostatní populace	68	67	68	67	71	78

Ze zahraničních zkušeností se vzděláním osob, které se účastní dobrovolnické činnosti, vyplývá, že stoupající vzdělanost populace měřená stupněm dosaženého vzdělání, má pozitivní vliv na účast obyvatelstva v dobrovolnických organizacích. Dále bylo zjištěno, že vysokoškolsky vzdělaní lidé se více podílejí na formální dobrovolnické činnosti než neformální. Níže uvedená tabulka (tabulka 2) přináší přehled struktury českých dobrovolníků dle jejich vzdělání.

Tabulka 4: Stabilita činnosti českých dobrovolníků v organizacích (%)

Délka činnosti vykonávané pro jednu organizaci	Formální dobrovolníci		
	1 rok a <	25	Krátko a střednědobá činnost
2-3 roky	16		
4-5 let	15	Dlouhodobá činnost	59
6-10 let	17		
> 10 let	29		
Celkem	100		

Tabulka 5: Frekvence vykonávání činností v českých dobrovolnických organizacích

Frekvence vykonávané činnosti	Formální dobrovolníci		
	Denně	4	Pravidelná činnost
1 x týdně a >	33		
1x měsíčně a >	37		
čtvrtletně (4 x ročně)	17		

1 – 2x ročně	9	Příležitostná činnost	59
Celkem	100		

Z výše uvedené tabulky (tabulka 4) vyplývá, že nejvíce formálních dobrovolníků se věnuje dobrovolnickým aktivitám týdně a měsíčně. V rámci získaných hodnot je také nutné uvážit, že ne všechna činnost, která je uváděna jako týdenní nebo měsíční, je ve skutečnosti vykonávána pouze v takto přesném časovém rámci. Je zde nutné připustit možnost, že určitá část dobrovolníků vykonává určitou činnost například několikrát týdně, ale nikoliv denně, nebo několikrát během měsíce, ale ne pouze jednou za měsíc atp. Při porovnání údajů o frekvenci vykonávaných dobrovolnických činností s celkovou délkou doby práce pro organizaci vyplynula zajímavá korelace dat, kdy je zřejmé (tabulka 5), že dlouhodobí dobrovolníci pracují ve prospěch organizace výrazně pravidelněji a krátkodobí dobrovolníci naopak více příležitostně, což v zásadě potvrzuje logický předpoklad vyplývající z charakteristiky krátkodobých nebo dlouhodobých dobrovolnických aktivit.

Tabulka 6: Pravidelnost a délka aktivity v dobrovolnických organizacích v České republice (%)

Forma dobrovolnictví dle frekvence	Práce pro jednu organizace – časově		
	krátkodobě	středně dlouhodobě	celkem
Pravidelná	38	62	100
Příležitostná	46	54	100

Níže uvedená tabulka (tabulka 6) se dále zabývá dobvolnictvím ve zdravotnických zařízeních České republiky.

Tabulka 7: Evidence dobrovolníků u poskytovatele zdravotních služeb v České republice v roce 2013.

Přehled podle typu zdravotnického zařízení (ZZ)
--

Typy zdravotnického zařízení	Počet daného typu ZZ celkem v ČR	Z toho počet ZZ kde pracují dobrovolníci	Počet dobrovolníků
Fakultní nemocnice	10	6	559
Nemocnice	146	41	872
Nemocnice následné péče	32	6	37
Léčebna dlouhodobě nemocných	73	15	83
Psychiatrická léčebna	18	1	5
Ost. odborné léčebné ústavy	14	2	59
Hospic	16	12	323
Zdravotnické středisko	90	1	8
Samostatná ord. praktického lékaře pro dospělé	4441	3	13
Samostatná ord. zubního lékaře	5623	2	4
Samostatná ord. lékaře specialisty	7060	3	5
Samostatné zařízení logopeda	276	1	3
Domácí zdravotní péče	413	6	47
Samostatné zařízení nelékaře - rehabilitace	997	1	15
Zdravotní péče v ÚSP	7	1	2
Ost. ambulantní zařízení	79	1	15
Sdružení dětských zařízení	1	1	17
Kojenecký ústav	6	3	15
Kojenecký ústav s dětským domovem	15	9	252
Dětský domov (pro děti 1-3 let)	10	5	58
Dětský stacionář	28	2	3
CELKEM	19355	122	2395

Z tabulky 6 vyplývá, že nejvíce dobrovolníků vykonává v České republice činnost u poskytovatelů zdravotních služeb, tedy zejména v nemocnicích (téměř 60 %). Dále necelých 13,5 % dobrovolníků u poskytovatelů zdravotních služeb působí v zařízení typu hospic a na třetím místě jsou dobrovolníci pracující v kojeneckých ústavech

a kojeneckých ústavech spojených s dětským domovem v celkovém počtu cca 11 % všech dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních.

Pokud by mělo být hodnoceno rozdělení dobrovolnické činnosti dle organizace, pak dle tabulky 7 bylo v roce 2013 v České republice evidováno celkem 122 zdravotnických zařízení s dobrovolnickým programem, z toho celkem 54 s vlastním dobrovolnickým programem a 68 s programem, kde byla partnerem nestátní nezisková organizace. Zajímavé je, že počet dobrovolníků je u obou typů organizace dobrovolnického programu v podstatě shodný, tj. 51 % dobrovolníků pracovalo ve zdravotnických zařízeních s vlastním dobrovolnickým programem a 49 % dobrovolníků spolupracovalo s poskytovatelem zdravotnických služeb prostřednictvím nestátní neziskové organizace.

Tabulka 8: Dobrovolnictví u poskytovatelů zdravotnických dle organizace

	Počet ZZ s DP	Počet ZZ s vlastním programem	Počet ZZ s partnerem NNO	Počet dobrovolníků		
				v ZZ s vlastním programem	v ZZ s partnerem NNO	Celkem
Česká republika	122	54	68	1230	1165	2395

(MZČR, ©2016)

Legenda:

ZZ – zdravotnické zařízení

NNO – nestátní nezisková organizace.

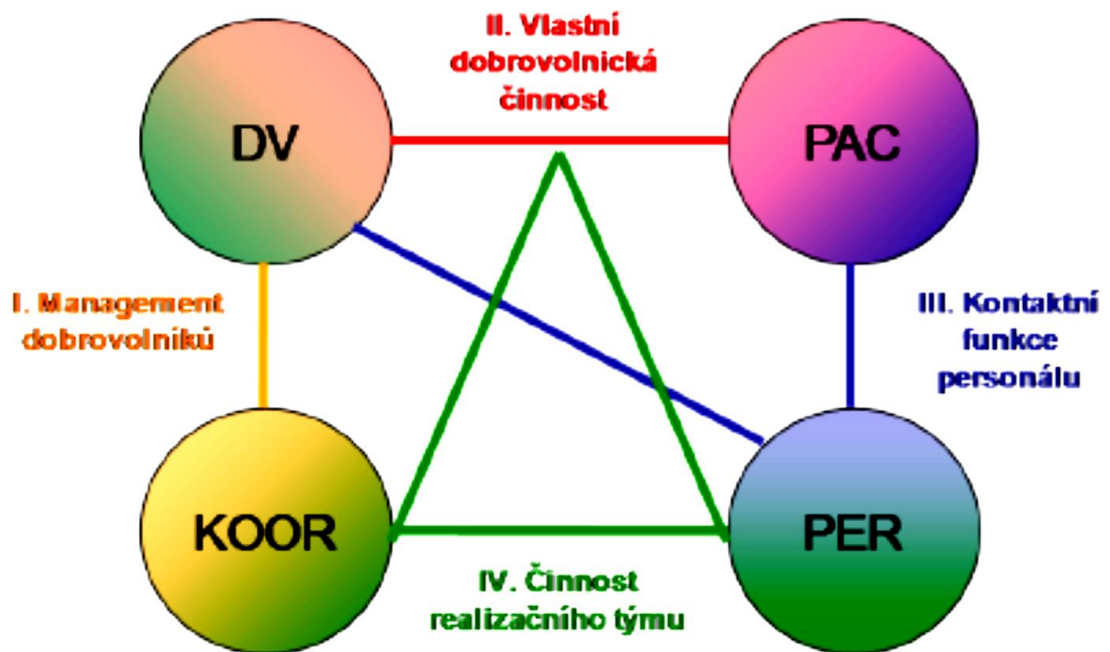
Z výše uvedených porovnání tedy vyplývá, že ve zdravotnictví působil na základě organizované dobrovolnosti pouhý zlomek dobrovolníků v České republice. Bude-li uvažována populace České republiky ve výši 10 miliónů osob a je-li uváděno, že 30 %, tzn. 3,3 miliónu osob je nějakým způsobem organizováno v dobrovolné činnosti, pak z tohoto množství osob vykonává dobrovolnickou činnost ve zdravotnictví pouze 0,75 % všech dobrovolníků.

4.3 Práce s dobrovolníky ve zdravotnických zařízeních

Cílem této podkapitoly je stručně informovat o systému řízení výběru, managementu a hodnocení dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních v České republice. Tento proces probíhá v rámci níže uvedeného schématu, v jehož rámci probíhají jednotlivé subprocesy.

- **Subproces I.**, management dobrovolníků, je klíčovou činností pro nábor a výběr dobrovolníků, zajištění jejich základní přípravy na dobrovolnickou činnost v nemocnici, příležitosti k jejich dalšímu učení a zajištění kontroly a podpory pro dobrovolníky
- **Subproces II.**, vlastní dobrovolnická činnost, je především procesem vztahu dobrovolníka a pacienta a jejich vzájemného vlivu, poskytování zpětných vazeb apod.
- **Subproces III.**, kontaktní funkce personálu je hlavní náplní činnosti, která se týká zajištění bezpečných podmínek pro přístup dobrovolníka k pacientovi, které zajišťuje a zprostředkovává kontaktní osoba jako zástupce personálu
- **Subproces IV.**, je charakterizován jako činnost realizačního týmu, přičemž zahrnuje vzájemné vztahy a spolupráci interního garanta zodpovědného za dobrovolnický program uvnitř nemocnice, koordinátora dobrovolníků a kontaktních osob, případně garanta spolupracující nestátní neziskové organizace, který je zodpovědný za akreditaci programu u Ministerstva vnitra ČR. Realizační tým zajišťuje tvorbu celkové koncepce programu, jeho hodnocení a směr dalšího rozvoje. (MZČR, ©2011)

Obrázek 1: Řízení a vzájemné vztahy u dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení.



(MZČR, ©2016)

Legenda:

DV – dobrovolníci

PAC – pacienti

PER – personál ve zdravotnickém zařízení

KOOR – koordinátor dobrovolníků nebo dobrovolnického programu

Z hlediska aplikace výše uvedeného procesu na model hodnocení dobrovolnického programu, lze jednoznačně identifikovat tři základní úrovně hodnocení dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení:

- oblasti a podoblasti kvality dobrovolnického programu (I. – IV.) - jsou základními pilíři, na kterých je postaveno fungování celého programu a které mají zásadní vliv na jeho kvalitu a efektivitu,
- Kritéria – definují míru kvality v daných oblastech,

- Indikátory (ukazatele) – jsou konkrétními měřícími jednotkami pro hodnocení a míru jednotlivých kritérií.

Téma ani povolený rozsah této práce neumožňuje se úrovněmi hodnocení dobrovolnických programů dále zabývat. Jedná se o problematiku obsáhlou a tvoří v rámci dobrovolnických programů ve zdravotnictví samostatné téma.

Autorka této práce však považuje za důležité upozornit na rizika tohoto procesu, a to jak na straně managementu, dobrovolníků, zdravotníků, tak i pacientů či klientů. Níže uvedený obrázek 2, zobrazuje možná rizika, která sebou přináší aplikace dobrovolnických programů v oblasti poskytování zdravotních služeb. Předcházení těmto rizikům je nutné ve všech oblastech řízení rizik tohoto procesu. Dle názoru autorky práce je však důležité zaměřit se zejména v oblasti dobrovolnických služeb v oblasti péče o nově narozené děti a děti v raném kojeneckém věku na rizika ze strany dobrovolníka, ať už se jedná o závazek mlčenlivosti, bezúhonnosti, pojištění, vstupního síta ve zdravotnickém zařízení, důsledném vyškolení, dalším vzdělávání atd. Na druhou stranu si každý dobrovolník musí být při dobrovolnické činnosti s dětmi v raném kojeneckém věku vědom především emocionálních rizik a rizik odmítání ze strany pacienta (klienta).

Tabulka 9: Rizika procesu řízení dobrovolnických programů
ve zdravotnických zařízeních

	MOŽNÁ RIZIKA (OHROŽENÍ)	PREVENCE TĚCHTO RIZIK
PRO PACIENTA (RODINU)	Únik a zneužití osobních informací o pacientech (rodinných poměrech)	Závazek mlčenlivosti jako součást dohody o spolupráci v rámci dobrovolnické činnosti
	Odcizení nebo poškození osobních věcí pacientů dobrovolníky	Prokázání trestní bezúhonnosti a uzavřená pojistka dobrovolníka
	Přenos infekce z dobrovolníka na pacienty	Prokázání zdravotní způsobilosti dobrovolníků před zahájením činnosti
	Fyzické nebo psychické poškození pacientů v důsledku nevhodného přístupu nebo postupu dobrovolníků	Vstupní síto, vstupní a specializovaná příprava dobrovolníků, spolupráce personálu při výběru vhodných dobrovolnických aktivit, písemné stanovení podmínek pro jejich vykonávání, zaškolení a spolupráce personálu při manipulaci dobrovolníků s pacienty
	Přílišná fixace pacientů na dobrovolníky	Informovanost pacientů o možnostech a limitech dobrovolnické činnosti
PRO PERSONÁL A PRACOVISŤE	Poškození vybavení zařízení při nevhodném zacházení nebo odcizení dobrovolníky	Poučení dobrovolníků o bezpečnosti práce, specializované zaškolení a prokázání trestní bezúhonnosti, pojištění dobrovolníků
	Průnik cizích osob nebo odmítnutých nevhodných uchazečů na pracoviště a záměna za dobrovolníky	Jednotná a zřetelná identifikace dobrovolníků, kontakt s personálem při průchodem pracovištěm, písemná evidence návštěv dobrovolníků
	Dobrovolník vykonává činnost, za kterou nese zodpovědnost personál	Informovanost personálu, zodpovědný výběr dobrovolnických činností personálem a dobře provedená vstupní příprava dobrovolníků
PRO DOBROVOLNÍKA	Odcizení nebo poškození osobních věcí dobrovolníků	Úložný prostor pro potřeby dobrovolníků na pracovišti
	Přenos infekce z pacientů na dobrovolníky	Poučení o hygienických zásadách, spolupráce personálu při výběru pracovišť a pacientů
	Emocionální zátěž (např. při zhoršení stavu či úmrtí pacienta, konflikty s personálem...)	Povinná účast na supervizích a možnost konzultace s psychologem bezprostředně po zátěži
	Opakované odmítání pacienty	Spolupráce personálu při výběru pracovišť a pacientů

(MZČR, ©2016)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 NÁVRH DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU ZAMĚŘUJÍCÍ SE NA DĚTI V RANÉM KOJENECKÉM OBDOBÍ

Název projektu: Chůvičky

Anotace: Tento projekt je zaměřený na děti v raném stadiu života, které nemohou být z různých objektivních důvodů v kontaktu se svými rodiči. Příkladem takových dětí může být špatný psychologický stav matky s projevem laktační psychózy, psychické nebo fyzické komplikace matky, nebo v konečném důsledku odebrání dítěte rodičům ze sociálních či jiných důvodů.

Projekt Chůvičky si klade za cíl především integrovat studenty, například Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, zejména pak budoucí zdravotní sestry a porodní asistentky, do zdravotnických zařízení formou odborné praxe a zároveň tím působit v primární prevenci dalšího zdravého vývoje dítěte.

Zaměření: Dobrovolnický program

Forma realizace: Ambulantní návštěva dobrovolníků do nemocnice/porodnice

Popis projektu:

- **Proč?** Dobrovolnický program řeší alternativní péči dobrovolníků nahrazujících kontakt s biologickou matkou a tím zajistit zdravý vývoj dítěte. Fyzický kontakt je základní potřebou každého dítěte. Pokud matka, případně otec, nemůže z objektivních důvodů tento kontakt dítěti dát, je potřeba člověk zastupující. U zdravotnického personálu pracujícího na poporodním oddělení není v časových možnostech tento kontakt doplnit tak, aby byl plnohodnotný. Zároveň personál není vždy schopný postarat se o emocionální a sociální vývoj dítěte, který již po porodu probíhá.
- **Kdo?** Dobrovolníci. V první fázi projektu by tyto dobrovolníci byli vybíráni z řad těch studentů, kteří pravidelně dochází na poporodní oddělení formou praxe. Tato dobrovolnická služba by jim byla nabídnuta za předpokladu splnění jistého kritéria, kterým je studium zdravotnických věd.

Po úspěšné aplikaci první fáze Druhá fáze obnáší samotnou realizaci. Na základě poznatků z fáze první bude nastaven systém zaškolování nových dobrovolníků ze zdravotnického a hygienického hlediska tak, aby se programu „Chůvičky“ mohli

účastnit i dobrovolníci z řad studentů jiných oborů. Tento projekt bude nabízen primárně studentům Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, aby se zamezilo spekulacím při výběru vhodnosti dobrovolníku a také tím byla podchycena patřičná úroveň a kvalita poskytované služby.

- **Co?** Cíle projektu budou naplňovány ambulantní docházkou dobrovolníků na patřičné oddělení příslušného zdravotnického zařízení. Dobrovolníci budou docházet na základě pokynů z daného oddělení a budou provádět substituční metody, které budou nahrazovat kontakt s primárním pečovatelem. V rámci ambulantního docházení dobrovolníků do porodnice budou nabízeny a praktikovány různé formy kontaktů. Takovými příklady může být klokánkování, neboli kontakt skin to skin, či motýlí masáž. Tyto techniky podporují celkový vývoj novorozence, aktivizují v něm jeho léčitelské schopnosti, přináší mu kvalitnější a delší spánek a podporuje dýchání. Něžný dotek pomáhá tedy na fyzické, mentální i emoční rovině.

Cíle projektu:

- Prevence zdravého vývoje dítěte
- Kompenzovat dítěti chybějící fyzický kontakt
- Šíření osvěty o novodobých trendech v péči o novorozence
- Podpora dobrovolnictví v porodnickém zařízení

Lokalizace: porodnice/ novorozenecké oddělení

Doba realizace: Realizace první fáze bude probíhat jeden rok, na základě poznatků z fáze první se bude jednat o fázi druhé.

Popis cílové skupiny:

1. Dobrovolník - student zdravotnických věd
2. Novorozenec - předčasně narozené dítě, nebo dítě narozené v termínu porodu, bez možné fyzického kontaktu s rodičem

Milníky:*1. milník*

Název milníku: Příprava realizace

První návrh projektu, který vyplývá z teoretických východisek diplomové práce

Druhý návrh projektu, kde jsou zakomponovány úpravy na základě výsledku empirické části práce

Výsledek milníku: Diplomová práce

Časová náročnost: 1. 9. 2015 - 15. 4. 2016

2. milník

Název milníku: Závěrečná fáze vypracování projektu

Výsledek milníku: Po vyjmutí z diplomové práce vznikne projekt, který obsahuje rozpočtovou část, strategie financování, PR a který je možno předložit investorům a potenciálním provozovatelům.

Časová náročnost: 6 měsíců

3. milník

Název milníku: Uvedení do praxe

Výsledek milníku: Aplikace na porodním/novorozeneckém oddělení se sestavenou skupinou dobrovolníků z řad studentů zdravotnických věd. Zakomponování dobrovolnické služby do systému nemocnice a do systému praxí univerzity.

Časová náročnost: 1 rok

4. milník

Název milníku: Transformace a rozšíření projektu

Výsledek milníku: Transformace služby vyplývající z její roční praxe a rozšíření skupiny dobrovolníků a další obory mimo zdravotnické vědy.

Časová náročnost: 1 rok

5.1 SWOT analýza

S (strengths- silné stránky):

- spolupráce na projektu s předními odborníky na danou problematiku
- potenciál aplikace projektu mimo porodnice (kojenecký ústav, dětský domov pro děti do 3let věku)
- aktuálnost, originalita, jedinečnost

W (weaknesses- slabé stránky):

- spolupráce s dobrovolníky
- rozpočet
- nezakomponování projektu do praxí studentů

O (opportunities- příležitosti):

- možnost propojení navrhovaného programu s již zavedenými programy nemocnic
- zvýšení povědomí o moderních trendech při péči o novorozence
- aplikovatelnost ve více porodnicích v regionech

T (threats- hrozby):

- nesouhlas matek se zapojením jejich dítěte do programu
- nezařazení programu do služeb porodnice
- neochota zdravotnického personálu spolupracovat s dobrovolníky

6 REALIZACE VÝZKUMU KVALITATIVNÍ ČÁSTI

Teoretická část shrnuje vývoj novorozence se zásahem do poslední prenatální fáze vývoj dítě v děloze matky. Zahrnuje témata, která úzce souvisí s informacemi, důležitými pro plánovaný dobrovolnický projekt. Jedná se o otázky z teorií zdravého vývoje novorozence, hlavně jeho doplňujícími přístupy k péči o novorozence a také samotným dobrovolnictvím jak z legislativní stránky, tak také možnostmi dobrovolnictví při péči o novorozence. Tato problematika je dále rozvíjena také v praktické části práce. Ta je zaměřena na samotný návrh projektu a dále na výzkumnou část kvalitativní povahy, ve které se respondenti z oblasti zdravotnictví, klinické psychologie a sociální péče podrobí výzkumu, kde budou zkoumány jejich postoje a hlavně názory k navrhovanému dobrovolnickému projektu „Chůvičky“.

Za cíl kvalitativní empirické části jsme si zvolili odpovědět na otázku, je-li navrhovaná dobrovolnická služba odborníky považovaná za potřebnou. Pomocí výzkumu se snažíme zjistit jejich subjektivní názor na návrh této služby a samotnou potřebu a účelnost její realizace.

6.1 Výzkumný problém

V našem výzkumu hodnotíme navrhovanou alternativní dobrovolnickou službu, zaměřující se na děti v raném kojeneckém věku, bez možnosti kontaktu s rodiči na základě odpovědí a názorů respondentů z řad profesionálů a odborníků oborů, úzce související s vývojem dětí. V návaznosti na stanovený cíl výzkumu: je-li navrhovaná dobrovolnická služba odborníky považovaná za potřebnou - je smyslem výzkumu upravit návrh projektu tak, aby odpovídal požadavkům odborníků z praxe, kteří by se po aplikaci projektu do praxe s ním mohli setkat nebo by mohli být jeho součástí. Je důležité, aby projekt splňoval kritéria pro praxi a zachytil v případné fázi možná rizika, které by mohla hrozit při snaze dobrovolnickou službu začít poskytovat.

Jedná se o deskriptivní problém, při kterém hledáme odpověď při realizaci našeho výzkumu pomocí otázky: „jaké to je, nebo zda vůbec to je?“ - zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt zkoumaného jevu.

6.1.1 Výzkumné otázky

Dle stanoveného výzkumného cíle byla vytvořena série dílčích otázek, které v průběhu výzkumu povedou respondenty žádoucím směrem.

Jaký je přínos plánované dobrovolnické služby?

Jaká je představa aplikace plánované dobrovolnické služby?

Jaké jsou subjektivní názory odborníků?

6.1.2 Dílčí otázky

Dílčí otázky doplňují a rozvíjí jak hlavní výzkumný cíl empirické části práce, a to je - zda je navrhovaný dobrovolnický projekt možno uvést do praxe a zda respondenti z odborné části populace vidí v navrhované dobrovolnické službě přínos, tak také pomocí dílčích otázek rozvineme podrobněji hlavní výzkumné otázky, a to - jaký je přínos a představa aplikace projektu do praxe. Jedna z dílčích otázek zabývající se problémy a úskalími v realizaci navrhovaného dobrovolnického projektu bude také klíčovou součástí následné úpravy projektu. Zodpovězení a rozbor této otázky, která však nepatří mezi klíčové pro empirickou část, je důležitá pro transformaci projektu a pro případné vyvarování se budoucím problémům v praxi.

1. Co shledáváte v rámci navrhovaného dobrovolnického programu jako přínosné?
2. Jaké vidíte problémy a úskalí v realizaci navrhovaného dobrovolnického programu?
3. Dovedete si představit uvedení této navrhované dobrovolnické činnosti do praxe?
4. Jaký je Váš subjektivní názor na tento návrh dobrovolnického programu?
5. Jaké jsou Vaše doporučení pro tento dobrovolnický program?

6.2 Pojetí výzkumu

Pro realizaci této části výzkumu jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, a to vzhledem k úzké skupině respondentů a hlavně k povaze subjektivních názorů respondentů. Ve výzkumu je třeba zohlednit individualitu jednotlivých rozhovorů. Není možné tyto otázky zodpovědět pomocí dotazníku, a to ani jeho otevřenou formou otázek. Kvalitativním výzkumem docílíme podrobnějšího popisu a vzhledu do zkoumané problematiky, umocněným subjektivním názorem a doporučením odborníků - respondentů.

Subjektivní názory a postoje založené na praxi a odbornosti respondentů, považují za přínosnou část jak výzkumu, tak také samotného projektu. Kvalitativní výzkum je nedílnou součástí psychologického a sociálně- pedagogického výzkumu. V sociálních vědách, zabývajících se konkrétní tematikou nebo problémem, je nedílnou částí právě tento výzkum.

6.3 Výzkumný soubor

Oproti kvantitativnímu výzkumu se v kvalitativním výzkumu řídíme jinými pravidly pro výběr výzkumného souboru. Výzkumný soubor nereprezentuje populaci a obecné postavení společnosti k danému tématu, ale zaměřuje se na konkrétní skupinu, které se daná problematika týká. Respondenti byli vybráni metodou záměrného, účelového, výběru vzorku. Při tomto výběru výzkumného souboru byly vyhledáni respondenti na základě jejich vlastností a na základě jejich propojení s danou tematikou. Jak již bylo uvedeno výše, jedná se o respondenty, kteří díky své práci mohou objektivně zhodnotit funkčnost navrhovaného projektu. Jejich subjektivní názor, u kterého se předpokládá, že je ovlivněn jejich praxí v oboru, dokáže návrh projektu upravit tak, aby jeho aplikace do praxe byla snazší. Tento výzkumný soubor byl vytvořen na základě zkoumání daného tématu a při sledování trendů v péči o novorozence. Výzkumný soubor tvoří 4 odborníci. Respondenti byli vybráni na základě těchto kritérií: znalost problematiky vývoje dětí a novorozenců, znalost o vývoji člověka obecně, klinická práce s dětmi, práce ve zdravotnictví, práce v sociální oblasti. Dva z nich jsou kliničtí psychologové, dva pracovníci ve zdravotnictví. Pro doplnění výzkumu byl realizován také rozhovor s potencionálním dobrovolníkem, tento respondent se zabývá oblastí sociálního podnikání, dobrovolnictvím a projekty v sociální sféře. Tento respondent je schopný, díky svému vzdělání sociálního pedagoga, okomentovat navržený projekt na základě všech svých zkušeností a také jako člověk v roli potencionálního dobrovolníka. Kliničtí psychologové se zabývají ve své praxi jak psychickým vývojem dětí, tak sociálním vývojem a jsou schopni zhodnotit přínos projektu v praxi. Respondenti ze zdravotnictví, se zaměřením na novorozenecké období dětí, zase obohatí výzkum svým pohledem na proveditelnost dobrovolnictví a mohou upozornit na rizika projektu z pohledu zdravotníků. Předpokládám, že také mohou pomoci předejít komplikacím při snaze zavést navrhovaný projekt do praxe tím, že z jejich pohledu navrhnou proces výběru dobrovolníků, tak aby se předešlo hygienickým a právním potížím.

6.4 Realizace výzkumu

Při realizaci výzkumu bylo prováděno interview, realizován byl rozhovor. Jedná se rozhovory, které jsou moderované, výzkumník vede celý rozhovor a směřuje jej k určitému cíli a za účelem výzkumné studie. Rozhovory byly prováděny individuálně a ne skupinově, tak abychom předešli fenoménům, jako je skupinová dynamika a jiné, což by se u tohoto nového návrhu dobrovolnické služby mohlo stát (Miovský, 2006, s. 156).

Při kvantitativním výzkumu je role výzkumníka velmi důležitá. Důležitá je také ve vztahu k terénu, prostředí, kde rozhovor probíhá. S odvoláním na respondenty, kteří tvoří výzkumný soubor empirické části práce, nebylo třeba být až tak obezřetný na vliv tázajícího a prostředí v závislosti na odpovědi. Respondenti zde nejsou v roli vyšetřovaných, ale v roli poradců z řad odborníků. Vzhledem k jejich profesím jsou na rozhovory zvyklí. Etické otázky hrají však ve výzkumu z oblastí sociální nebo psychologické velkou roli. Zachování anonymity je v tomto případě nutností. Jedná se zatím o návrh projektu v rámci diplomové práce, pokud by poznatky měly být použity dále do praxe, je třeba zajistit další schválení jmenování respondentů, tak aby jejich jména mohla být použita pro podporu projektu.

Po přivítání s respondentem, přičemž rozhovor probíhal na místě jím určeném, byly respondentům sděleny základní informace, z jakého důvodu se staly součástí výzkumného souboru a informace o nadcházejícím rozhovoru, kolik zabere času a také o zaznamenání rozhovoru. Dostali informace, že tento výzkum bude provádět anonymně v rámci této diplomové práce. Při případném uvedení navrhovaného projektu do praxe, je zapotřebí získat souhlas o zveřejnění informací o respondentech. Následovalo polostrukturované interview které bylo zaznamenáno pro potřeby výzkumníka. Tyto souboru sloužili k přepisu rozhovoru do textové podoby, jenž je součástí diplomové práce (viz. příloha). Respondenti odpovídali na předem dané dílčí otázky výzkumu a některé části tématu dále rozvíjeli. Závěrem rozhovoru jsme se rozloučili a bylo jim poděkováno za pomoc při přípravě dobrovolnického projektu a také samotné diplomové práce. Každé z interview trvalo zhruba hodinu.

6.5 Výzkumná technika

V závislosti na výběru kvalitativního výzkumu a charakteru výzkumu při použití výpovědí respondentů na úpravy návrhu dobrovolnického projektu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor patří mezi snad nejrozšířenější v oblastní interview při psychologickém nebo sociální výzkumu, kde je aplikován kvalitativní přístup. Při této výzkumné technice stanovíme jasné schéma výzkumu v návaznosti na stanovený cíl výzkumu. Toto schéma a cíl výzkumu nám definují okruh otázek, které jsou popsány v kapitole 5.1.2 Dílčí otázky, na které je nutné se respondentů ptát. Počet daných otázek je 5, doplněné individuálně dle rozhovorů. Otázky byly zvoleny tak, aby odpověď mohla být použita pro úpravy projektu, ale aby také poskytly respondentům prostor pro jejich vyjádření. Pořadí otázek je možné upravit individuálně v závislosti na každém respondentovi a směru rozhovoru. Schéma a cíl výzkumu si můžeme definovat také jako jádro interview. Toto jádro výzkumu jsme nuceni dodržet. Polostrukturovaný rozhovor nám umožňuje na toto jádro pak nabalovat další doplňující otázky, pokud je třeba a umožní nám také lehkou obměnu a transformaci otázek tak, abychom se mohli přizpůsobit jednotlivým respondentům. Volbou vhodných otázek a stanovením jádra dosáhneme poměrně vysokého stupně jednotlivosti a především úrovně výzkumného materiálu (Miovský, 2006, s. 157 - 162).

6.6 Zpracování dat

Jak se můžete dočíst výše, byla provedena transkripce rozhovorů do textové podoby a to na základě souhlasů respondentů. Poslední fází data managementu, tomuto termínu rozumíme jako zpracovávání dat a přípravu na analýzu, jsme při editorování textu použili pro analýzu barvení textu. Při této editaci pracujeme s barevným označením pasáží, které se týkají určitých tematických celků. Ty jsme rozdělili jednoduše, v souvislosti na odpovědích na základě dílčích otázek. Barvami označujeme všechna místa, která spolu tematicky souvisí. Tento postup usnadňuje orientaci v textu a urychluje analýzu (Miovský, 2006, s. 210-211).

Jako hlavní analýza dat byla použita metoda vytváření trsů. Vytváření trsů slouží k seskupení a konceptualizaci výroků do skupin. Tyto trsy vnikaní podobností informací v jednotlivých trsech. V tomto procesu tvoříme obecnější zformulované kategorie s informacemi nesoucí opakující se znaky s určitým uspořádáním. Hlavním znakem trsu je tematický překryv, který vyhledáváme v odpovědích respondentů. Takové pasáže

se týkají postojů ke konkrétní otázce. Základní principem této metody je srovnání dat a tvoření ze základních jednotek, to znamená výroků, jednotky obecnější, trsy (Mioviský, 2006, s. 221). Tyto trsy jsou posléze použity pro úpravu návrhu dobrovolnického projektu v rámci diplomové práce.

6.7 Kategorie a trsy

6.7.1 Kategorie pozitiv projektu

„...Ta možnost být v kontaktu s laskavým a vlídným přijímajícím člověkem, tak to bude zdárně působit přes jeho smysly jako je oční kontakt, lidské nebo tělesné teplo, konejšivý dotyk v náručí...“ *a pro dobrovolníky?* „...smysluplné naplnění praxe...“ *co Vás ještě napadá za pozitiva?* „...mnoho důvodů ze zdárného psychického i emočního vývoje dítěte, řadu důvodů proč je fyzický kontakt s novorozencem důležitý pro zdárný psychický i emoční vývoj...“ (rozhovor RK), *Má tento projekt pro Vás nějaký smysl?* „...Pro odložené děti, bez rodiny, tak ano...“ „...je samozřejmě lepší, když má dítě kontakt, než aby tam leželo samotné...“ *a pro dobrovolníky?* „...to může dělat více lidí než jen se zdravotním vzděláním...“ (rozhovor BK), „...celkem dobrý projekt, ale největší jeho účelnost bych viděla právě v zařízeních, kde je péče o děti, které jsou bez možnosti kontaktu s primární rodinou. Kojenecké ústavy, nebo zařízení pro děti potřebující okamžitou pomoc nebo dětské domovy pro děti do tří let...“ „...Ty malé děti si neumí aktivně získat tyto podněty samy a jsou tedy více odkázány na stimuly z vnějšího prostředí a také se musí mít pro koho snažit. Toto jsou dva důležité aspekty...“ „...uplatnění u dětí, které jsou umístěny do zařízení určených k jejich péči...“ *Proč v kojeňáku, když pomínu fakt, že tam jsou děti bez primárního pečovatele?* „...Když se bavíme o kojeňáku, i když tento termín není již moc platný, tak tam je to akceptovatelnější z toho pohledu, že oni už i dobrovolnické aktivity mají už zavedené. Takže tam by se to dalo pak aplikovat efektivněji...“ *a v nemocnici?* „...V tomto případě by to asi bylo efektivní i s ohledem na to, že by službu poskytoval zdravotní personál, takže by se rodič nebo ta matka by se cítili v bezpečí, protože jsou to lidé, kteří se na oddělení běžně pohybují. Tím pádem by to mělo velmi vřelý vliv i na matku, jelikož by věděla, že je o dítě postaráno. Tím, že by ty děti byly ještě rozvíjeny, tak by se pak lépe navázal i ten vztah s tou matkou jako takový. Děti by byly aktivizovány, byly by aktivnější v dosahování a získávání toho kontaktu a tím pádem i čitelnější zvláště pro ty maminky, které trpí nějakým poporodním bludem...“ *největší pozitivum?* „...ta prevence, že to je právě ono...“

„...Důležitá věc v tomto celém programu je taky ten důraz, který kladete na taktilní část celého programu. Celý ten dotyk, to je to co děti v tomto věku potřebují nejvíce...“ „...Velký prostor najdeme taky u neonatologické péče, je čím dál větší počet předčasně narozených dětí a u statistiky do budoucna musíme počítat s jejím nárůstem. U dětí hospitalizovaných právě v zařízeních s neonatologickou péčí bývá občas problém, co se týče kontaktu s tím rodičem, jednak je ve většině zařízení nemožná stálá hospitalizace rodiče a dítěte najednou a také v rámci sociálních vazeb, myslím tím, když má žena i další děti, nemůže u dítěte, které tuto péči potřebuje trávit všechnen čas...“ „...Jsem velmi ovlivněna svou prací v kojeneckém ústavu a vidím v aplikaci v tomto zařízení velký potenciál...“ „...Program je navržen s daleko větší intimitou než jiné dobrovolnické programy ale myslím si, že to právě to co přináší tu přidanou hodnotu a nový přínos v poskytování služeb...“ „... Je to o dotyku a o tom, že s tím dítětem někdo je...“ (rozhovor BH), „...Přínos si myslím, že bude dobrý, velmi dobrý, dokážu si představit, že by to pro ně bylo přínosem, ten pocit, jakože tam něco je, něco jako je typ klokánkování jak se děti dávají, tak si myslím, že to má něco do sebe...“ (rozhovor ZE), „...Já si myslím, že největší přínos to bude mít pro ty dobrovolníky a pro ty malé děti...“ „...A co se týče těch dobrovolníků, tak teda předpokládám, že to budou vykonávat asi holky, tak pro ně to bude mít určitě i přínos do budoucna...“ (rozhovor MH).

6.7.1.1 Shrnutí trsu

Všichni respondenti shledali projekt jako pozitivní. Zhodnotili a zdůraznili hlavně přínos v tom, že hlavním smyslem je prevence založená na osobním, emocionálním kontaktu s dítětem. Shledali v projektu přínos v rozšíření působnosti personálu, nebo potencionálních dobrovolníků o taktilní stimulaci. Pro aplikaci projektu se bere jako samozřejmost fyzické zajištění dítěte z hlediska zdravotní péče. Velký přínos také respondenti shledali pro cílovou skupinu dobrovolníků, nebo také vykonavatelů této navrhované služby. Ohodnotili pozitivně nejen přínos pro jejich osobní rozvoj, ale také šíření takzvané osvěty v moderních trendech v péči o novorozence. Za nejsilnější část projektu shledávají působnost v prevenci. Prevence v oblasti zdravého vývoje jedince, jak po emocionální stránce, tak po stránce psychické a sociální.

6.7.2 Kategorie negativ projektu

„...Z psychologického hlediska děti považují za problematické časté střídání těch dobrovolníků a dalších pečujících osob u miminka...“ „...kontakt té cizí osoby

s novorozencem nebo kojencem...“ „...kontakt s dítětem které je nahé, což může narážet také na etické otázky...“ „...Nedonošené děti v inkubátorech, byť je z psychologického hlediska jasně daná potřeba kontaktu, se jeví jako největší problém...“ (rozhovor RK), „...matka by neměla být s dítětem odděleně...“ „...Vidina toho, že by se mého dítěte dotýkal někdo jiný, je v mém momentálním stavu absolutně neschůdná...“ „...Realizace v rámci výukového plánu těch studentek by mohla být ale trochu problém...“ (rozhovor BK), „...pochopení rodičů této služby může být jakási limita...“ „...To, že by schválili, že do zařízení dochází někdo, kdo s jejich dítětem manipuluje, stimuluje ho a aktivizuje ho, by naráželo na jeho vlastní povědomí o jeho vlastních rodičovských schopnostech...“ „...kontakt SKIN TO SKIN, bojím se, že co se nemocnic týče a nastavení programu jako prevence, narážíme tady na etický problém. Toto je opravdu tak velký zásah do intimity jedince, že pokud se bavíme o tom, že dítě primární rodinu má a počítá se s ní, jen je v chvilkovém oslabení, tento kontakt nedoporučuji...“ „...Pokud je tento projekt realizován na novorozenech a neonatologických jednotkách, tak to tam velmi bude narážet na souhlas nebo nesouhlas rodičů...“ „...jakým způsobem se dají integrovat na takovému oddělení, z hygienických důvodů, tito dobrovolníci...“ (rozhovor BH), „...Nevím, jak do budoucna s legislativou...“ „...podpisy a dle legislativy si myslím, že to bude obtížné...“ „...Myslím si, že legislativa...“ „...ten podpis té matky tam bude muset pokaždé být, nemyslím si, že to jde nějak obejít...“ „...vedení nemocnice a ty zdravotní sestry, co tam jsou aktuálně na tom oddělení, protože nikdo nemá rád, když se jim někdo dívá pod ruku a nechcou slyšet, že nemají na něco čas a přitom ví ve skutečnosti, jak to je a byly by rády za to pomoc, ale je to takové těžké...“ „...Aby to fakt dělali lidi, co by věděli proč tam jdou a tak. Ten výběr bude asi těžký. Aby to nedělaly třeba holky na škole jenom proto, že to mají úplně jako povinně, protože znám svoje spolužačky, že některé na to fakt jako úplně nejsou...“ (rozhovor ZE), „...Nevidím v tom velký problém v tom, že by to měl někdo dělat a chci k tomu dát svolení a chci to vědět dopředu a počítat s tím...“ „...A ví oni o sociálním a psychologickém aspektu té služby? Oni, jak bych to řekla, je naučí ve škole to, jak odrodit, ale možná je to jen můj nějaký zkruslený názor...“ (rozhovor MH)

6.7.2.1 *Shrnutí trsu*

Po sumarizaci negativ projektu je největším problémem pro respondenty legislativní forma projektu. Jako problém dotázaní vidí zakomponování programu do služeb nemocnic, kromě zařízení péče o děti bez rodiny. Vidí problém v souhlasu rodičů

při poskytování této služby novorozencům. Jako řešení navrhují, stejně jako v návrhu projektu, zakomponování služby přímo do služeb, které nemocnice poskytuje. Respondenti se také zaměřili ve svých skepsích na výběr dobrovolníků samotných. Naráží na povinnost účasti na projektu v rámci praxe. Volba účasti na projektu by měla být zcela dobrovolnická, na základě subjektivního vnímání každého dobrovolníka. Provádět úkony v rámci této služby pouze za „účast“ je zcela nevhodný způsob plnění idey projektu. Je třeba se také zaměřit na znalost dané problematiky jednotlivých dobrovolníků i v rámci stanov studia. Ne všechny obory se zabírají vývojem novorozenců, hlavně vývoje psychosociálního. Opakovanou obavou se také stala etická stránka proveditelnosti projektu. Kontroverzní se zdá být dotyk dítěte na holou kůži. Proveditelnost kontaktu SKIN TO SKIN tedy shledáváme za nemožnou. Vhodnější se zdá být aplikace bazální stimulace, například dětí v neonatologické péči, přes rukavici z vhodného, na těle příjemného, materiálu. Respondenty připomínaná obava ohledně přístupu stálých zaměstnanců oddělení se zdá být řešitelná podporou vedení oddělení a nemocnice či zařízení.

6.7.3 Kategorie aplikace do praxe

„...otázka místa kontaktu dobrovolníka s dítětem...“ „...uvedení do praxe bude potřeba pochopení a entuziasmus pro tuhle věc...“ „...Dokážu si představit, že by taková služba u nás vznikla...“ „...Studentky by neměly určitě problém s tím, docházet k těm miminkům a dotýkat se jich, zvláště pokud by měly adekvátní proškolení nebo by studovaly ty zdravotnické vědy...“ (rozhovor RK), „...v případě dětí, které jsou ohroženy prostředím, kteří jsou i bez primárního pečovatele a jsou ohroženi ve zdravém vývoji. Právě děti z kojeneckých ústavů a dětských domovů...“ „...existuje porodnice, kde mají takto najatou chůvu, která se tam chodí o děti starat zase trochu jinak, než to dělají sestry...“ „...V kojenáku se péče stará jen o zajištění jeho fyziologických potřeb, je třeba myslet na tu taktilní stimulaci. Dovedu si to představit více v zařízeních tedy zdravotních, ale se zaměřením na sociální stránku věci, jako třeba ten kožeňák...“ (rozhovor BK), „...Za mě určitě ano, určitě. Protože třeba fakultka v Ostravě, si myslím, že s tím vůbec nebude mít problém, protože ti tam právě dělají bazální stimulaci...“ (rozhovor ZE), „...Ten projekt se zdá jako nízkonákladový, ale myslím, že by se mělo investovat minimálně do kvalitního zaškolení těch dobrovolníků...“ „...může být realizovatelný i v jiných zařízeních, než je porodnice...“ (rozhovor MH)

6.7.3.1 *Shrnutí trsu*

Všichni dotazovaní respondenti shledávají projekt jako aplikovatelný do praxe. Již z předchozích analýz vyplývá, že největší pravděpodobnost dlouhodobého zavedení této navrhované služby je v zařízeních zaměřující se na děti bez možnosti kontaktu s rodinou. Konkrétně dětské domovy pro děti do 3 let věku nebo také kojenecké ústavy. Sice je jedná o zařízení zdravotnické, ale s důrazem na psychický a sociální směr vývoje dítěte. Potenciál služby se také nabízí v zařazení programu do služeb v neonatologické péči. S praxí je také možné propojit zaštitění odborníků na danou problematiku do garance nad projektem. Součástí zavedení do praxe se také zdá být propagace nových, pokrokových trendů v péči a prevenci u novorozenců a propagace projektu samotného.

6.7.4 **Kategorie subjektivních názorů**

„...Z hlediska matky, která nemůže být v kontaktu se svým dítětem, bych jednoznačně přivítala ten fakt, že moje dítě neleží nikde opuštěné, sice zajištěné co se výživy a hygieny týče, ale strádající bez vlídného kontaktu...“ (rozhovor RK), „...Mělo by jít o podporu rodičovství, pomoci té matce s kontaktem a ne je rozdělovat a nahrazovat kontakt tady pomocí takového programu...“ „...vybudování rodinných pokojů, kde by se mohly všechny jednotky primární rodiny propojit...“ „...Myslím si ale, že podpora umístování dětí do kojeneckých ústavů taky není ta správná cesta a mělo by se dítě okamžitě „dát“ nějaké rodině...“ (rozhovor BK), „...Já jako matka, bych uvítala sice intenzivnější kontakt s členy mé rodiny více než s dobrovolníkem...“ (rozhovor BH), „...mně by se to líbilo, kdyby to tam bylo a nabídli mi to, když jsem za něma nemohla jít ty dva dny, tak bych byla určitě ráda, kdyby tam někdo s něma byl a neměly by pocit, že tam jsou jenom někde s těma přístrojema, protože si myslím, že to vnímají...“ „...Ani by mi nevadilo, kdyby se jich měli dotýkat třeba rukou na to tělíčko, já si myslím, že těm dětem to udělá jenom dobře, že cítí jakože teplo...“ Já myslím, že před tím porodem jsem odsouhlasila úplně všechno...“ „...Ale vím, že u těch holek, že to bylo jediné, jakože to jim fakt dělalo potom dobře, že do teďka, takže si myslím, že mně by to nevadilo. A hlavně bych jim odsouhlasila všechno a že byly v pořádku v tu chvíli a že si říkám, že nemocnice ví, co mají dělat, že by jim nedělali nic, co by bylo špatně...“ „...Takže bych byla ráda, kdyby tam někdo takový byl...“ (rozhovor ZE), „...Já bych toho využila a myslím si, že je potřeba víc takových projektů, který budou pracovat na tom, aby to prostředí bylo více osobnější...“ „...navrhla bych také specializované porodní domy,

kde se ta matka bude cítit jako v domácím prostředí, ale zároveň bude mít za sebou lékařský tým...“ (rozhovor MH)

6.7.4.1 *Shrnutí trsu*

Respondenti reagovali odlišně, při otázce subjektivního názoru na program, než když jej hodnotili z pozice odborníků z praxe. Co se týče jejich vlastních dětí, je nutno podotknout, že všichni respondenti pochází z úplných a fungujících rodin a taky v takové žijí, tento program by pro ně za „normální“ situace nebyl přijatelný. Když však připustili možnost separace sebe jako rodiče od dítěte z nějakých objektivních důvodů, tento projekt by uvítali také v jejich osobní rovině. Zhodnotili myšlenku, že o jejich dítě je postaráno na osobní úrovni a ne jen z hlediska lékařské péče, jako velmi uklidňující. Ze svého vlastního pohledu by také rádi uvítali možnost nabídnout krátkodobou účast v projektu členům své rodiny, konkrétně svým sourozencům a rodičům. Pokud je primární rodina indisponovaná, uvítali by řízený a podporovaný kontakt s širší rodinou. Myšlenka na to, že jejich dítě někde „leží opuštěné“ je strastiplnější než myšlenka na to, že jejich dítě chová někdo cizí. Řízení procesu bazální stimulace pod hlavičkou programu a také nemocnice samotné se zdá být pro všechny schůdná.

6.7.5 **Kategorie doporučení pro praxi**

„...nejspíše oddělením určena nejvhodnější doba, kdy by tato služba měla být na oddělení provozována. Tento čas by měl určit zdravotnický personál...“ „...nejideálnější by bylo, kdyby na oddělení pracoval psycholog, který by mohl tento projekt odborně i garantovat...“ „...Získat nadšeného primáře...“ „...Připravit ty dobrovolníky alespoň nějakým základním proškolením o raném vývoji dítěte, o dotykové terapii, o tom provozu ve zdravotnickém zařízení a také hygienickém prostředí nemocnice...“ „...supervize...“ (rozhovor RK), „...že u dětí a matek, u kterých se už dopředu ví, že mohou být rizikové, by mohla být takováto služba naplánována dopředu, dobrovolník se s rodinou nebo matkou seznámí ještě před porodem, vybudují si nějaký vztah a matka pak bude v klidu, že se jejího dítěte dotýká tento konkrétní člověk...“ „...možnost těm rodinám se s dobrovolníkem seznámit a poznat se...“ „...poskytnout supervizi a pohlídat, ať tito lidé nepřebírají kompetence rodičů...“ (rozhovor BK), „...Když je miminko v inkubátoru, je možné stimulaci a dotyk provádět skrz třeba nějakou měkkou příjemnou rukavici. Je to jedna z forem základních masáží, takže dovední je ok...“ „...neonatologická péče se stále zlepšuje, ale prostor pro tuto službu, v péči může být

přínosné i tam...“ „...Doporučuji také, že pokud se někdo do tohoto dobrovolnického programu přihlásí, tak by měl také počítat s tím, i vy jako realizátor, že co se týče nejlepší pomoci dítěti a navození vztahu s dítětem, celý program by měl být založen opravdu na pravidelnosti a tak trochu i stejnotvárnosti v tom smyslu, že jeden konkrétní dobrovolník dochází za jedním konkrétním dítětem. Pevně pravidelná doba, čas, jako v jakémkoliv typu dobrovolnické služby...“ „...upřednostnila rozšíření kontaktu s mou rodinou, jako manžel, babičky a tak...“ „...službu musí vykonávat lidé, kteří mají opravdu velmi kladný vztah k dětem...“ „...naučit různé tipy při uchopování dítěte a být schopni rozpoznat z mimiky dítěte co mu je a není příjemné. Být hodně senzitivní a vnímat reakci toho dítěte. Být schopni diferencovat reakce dítěte...“ „...komponovat program ne jako dobrovolnickou službu, ale rehabilitační program, nebo program podporující taktilní stimulaci...“ „...U dětí v neonatologické péči může krom dotyku být taky služba založena na tom pohybu s tím dítětem...“ (rozhovor BH), „...musí být zakomponované v té nemocnici, že to tam dělají běžně...“ „...vymyslet to tak, aby si ty maminky nemyslely, že ten člověk nahrazuje toho rodiče, aby pochopily, že to je jenom dobře po tu dobu, co třeba indisponovaná, ale jinak si myslím, že by tam neměl být problém...“ „...nastavit hranice, že ti tam jsou jenom speciálně pro to miminko v tu danou hodinu a nebudou se tam někde motat a budou opravdu jenom pro to miminko, tak si myslím, že to zvládnou...“ „...že by se to nabídlo třeba i příbuzným, že by tam mohli být, tak by to bylo taky dobré...“ „...ani nedozví, že takhle někdo porodil z rodiny, protože jsou různé problémy rodinné, já si myslím, že pokud by mohli takto suplovat ty chůvičky, co tam budou jako z těch škol nebo takhle, tak by to bylo hezké, ale jinak si myslím, že tak asi nic. Hlavně peníze pořádně získat, udělat tomu fakt velkou reklamu...“ (rozhovor ZE), „...A tady bych právě viděla prostor, pro tu větší investici, aby to zaškolení nebylo jen takové plytké, ale aby bylo provedeno kvalitně a na vysoké úrovni. To znamená nebát se oslovit odborníky z řad klinických psychologů, jako třeba paní M. Mrowec a nebo někoho z oblasti sociální pedagogiky se zaměřením na opravdu malé děti...“ „...Ještě předtím, než bych tento projekt předkládala nějakým porodnicím, tak bych si právě dopředu zjistila, které porodnice jsou otevřené novým metodám nebo přístupům...“ „... nevzdávat se...“ (rozhovor MH)

6.7.5.1 Shrnutí trsu

V trsu Doporučení pro praxi dochází takřka k úplnému překrytí se shrnutím výše definovaných trsů. Doporučení se odvíjí jak ze subjektivních pocitů respondentů k projektu,

tak hlavně z jejich praxe v oboru. Jako hlavní bod je důležité najít vhodnou nemocnici či jiné zařízení, kde by mohl být tento projekt aplikován. Dalším krokem je zajistit plnou podporu a důkladné poznání problematiky u zdravotního personálu zařízení. Na základě vyhodnocení situace na oddělení, stálý personál konkretizuje čas, ve kterém se bude tato služba poskytovat a také zvolí vhodné prostory. Po konzultacích s dobrovolníky a realizátorem projektu se navrhne nejvhodnější způsob přímé aplikace služby na novorozence. To znamená zvolení techniky, ať už by se jednalo o klasickou formu bazální stimulace nebo specializovaný styl např. Motýlí masáže. Každému dobrovolníkovi bude určeno dítě a také harmonogram návštěv u každého dítěte. Tím se zajistí pravidelnost a stabilita v nabízené službě. V dalších fázích samotného projektu, na základě výzkumu, můžeme zvažovat možnost rozšíření programu o výcvik, který se bude moci nabídnout širší rodině dětí, které jsou hospitalizovány. Jako nejvhodnější prostředí, jak pro dobrovolníky, tak pro novorozence se jeví zařízení, ve kterém je zaměstnáván také psycholog. Psycholog může na místě garantovat projekt jako takový a také může nabídnout supervizi a konzultace pro dobrovolníky. Jako jedno z neposledních doporučení se jeví rozpracování finanční stránky projektu. V oblasti financování, dle respondentů, je třeba se zaměřit na složku PR, která by měla pomoci v šíření dostatečného množství informací mezi laickou veřejností. Pochopení programu a jeho přijetí je pro budoucí praxi v této službě nepostradatelné. Jako jednu z možných variant realizace shledávají dotazovaní v neonatologické péči.

7 SHRUTÍ: ÚPRAVA NÁVRHU DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU ZAMĚŘUJÍCÍ SE NA DĚTI V RANÉM KOJENECKÉM OBDOBÍ

Název projektu: Chůvičky

Anotace: Projekt se zaměřuje na děti v raném stádiu života. Tímto stádiem se rozumí dítě hned po porodu do věku 6 měsíců. Projekt je navržen tak, aby jeho cílovou skupinou byly děti na novorozeneckém oddělení, které nemohou být dočasně v kontaktu se svým rodičem a také na děti, u kterých je absence kontaktu dlouhodobějšího rázu. Mohou to být děti hospitalizované na delší dobu v nemocnici, děti v neonatologické péči, děti umístěné do kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti od 3 let věku.

Projekt Chůvičky si klade za cíl především integrovat studenty, například Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, zejména pak budoucí zdravotní sestry a porodní asistentky, do zdravotnických zařízení formou odborné praxe a zároveň tím působit v primární prevenci dalšího zdravého vývoje dítěte. Po delší zkušenosti s projektem a zavedením služby do jiných zdravotnických zařízení je tendence zapojit do programu také studenty jiných oborů, ne jen zdravotnických.

Zaměření: Dobrovolnický program

Forma realizace: Ambulantní návštěva dobrovolníků do nemocnice/porodnice, do dalších zdravotnických zařízení

Popis projektu:

- **Proč?** Dobrovolnický program působí v oblasti primární prevence a v oblasti zdravého vývoje jedince s důrazem na zdravý psychický a sociální rozvoj. Fyzický kontakt je základní potřebou každého dítěte. Pokud matka, případně otec, nemůže z objektivních důvodů tento kontakt dítěti poskytnout, je potřeba člověk zastupující. U zdravotnického personálu pracujícího oddělení s těmito dětmi, není v časových možnostech tento kontakt doplnit tak, aby byl plnohodnotný. Zároveň personál není vždy schopný postarat se o emocionální a sociální vývoj dítěte, který již po porodu probíhá. Působením dobrovolníků v této preventivní péči se pomáhá jedinci se správným „startem“ v životě v oblasti vývoje na stavbu sociálních vztahů a psychiky.

- **Kdo?** Dobrovolníci. V první fázi projektu by tito dobrovolníci byli vybíráni z řad těch studentů, kteří pravidelně dochází na poporodní oddělení formou praxe. Tato dobrovolnická služba by jim byla nabídnuta za předpokladu splnění jistého kritéria, kterým je studium zdravotnických věd.

Po úspěšné aplikaci první fáze nastává fáze druhá, jež obnáší samotnou realizaci. Na základě poznatků z fáze první bude nastaven systém zaškolování nových dobrovolníků ze zdravotnického a hygienického hlediska tak, aby se programu „Chůvičky“ mohli účastnit i dobrovolníci z řad studentů jiných oborů. Projekt má potenciál v oblasti zaštitění odborníků z oblasti klinické psychologie a sociální pedagogiky.

Tento projekt bude nabízen primárně studentům Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, aby se zamezilo spekulacím při výběru vhodnosti dobrovolníku a také tím byla podchycena patřičná úroveň a kvalita poskytované služby. Pro tuto spolupráci je nutné zaštitění univerzitou. V nejlepším případě počítám se zakomponováním programu do praxí studentů univerzity.

- **Co?** Cíle projektu budou naplňovány ambulantní docházkou dobrovolníků na patřičné oddělení příslušného zdravotnického zařízení. Dobrovolníci budou docházet na základě pokynů z daného oddělení a budou provádět substituční metody, které budou nahrazovat kontakt s primárním pečovatelem. V rámci ambulantního docházení dobrovolníků do porodnice budou nabízeny a praktikovány různé formy kontaktů. Příkladem může být klokánkování, neboli kontakt skin to skin či motýlí masáž. Tyto techniky podporují celkový vývoj novorozence, aktivizují v něm jeho léčitelské schopnosti, přináší mu kvalitnější a delší spánek a podporují dýchání. Něžný dotek pomáhá tedy na fyzické, mentální i emoční rovině. Služba bude prováděna pravidelně, s důrazem na individuální přístup ke každému dítěti. Jedním z principů programu je také přidělení každému dobrovolníkovi dítě, kdy při každém případě bude sestaven harmonogram docházení k dítěti, styly a formy stimulace a časový plán.

Jako jedním z dalších postupů ve vývoji v programu počítáme s vybudováním vzdělávacího programu, který absolvují dobrovolníci, ale bude moci být nabídnut také rodinným příslušníkům dítěte, které bude dlouhodobě hospitalizované a bude

tak mít prostor pro kontakt s rodinou. I v tomto případě se nepočítá s kontaktem s otcem a matkou.

Stejný postup jako na novorozeneckém oddělení je navržen také pro neonatologickou péči.

V programu, který je zaveden v kojeneckém ústavu (dětském domovu) je vyžadováno dlouhodobé zapojení dobrovolníků. V tomto zařízení je možné mluvit o intenzivnějším vybudování vztahu mezi dítětem a dobrovolníkem. V rámci možností programu, dobrovolníků a po konzultaci s psychologem zařízení, je nutno nastavit konečnou délku poskytované služby jednotlivému dítěti. Jako ideální varianta se zdá být aplikování této služby v zařízení, nebo na oddělení, kde je zaměstnán také klinický psycholog. Klinický psycholog může jednak projekt na místě garantovat a podpořit tak v rámci spolupráce se zařízením, ale také poskytnout dobrovolníkům nutnou supervizi.

Cíle projektu:

- Prevence zdravého vývoje dítěte
- Kompenzovat dítěti chybějící fyzický kontakt
- Šíření osvěty o novodobých trendech v péči o novorozence
- Podpora dobrovolnictví v porodnickém zařízení

Lokalizace: zařízení pro děti do věku 6 měsíců života

Doba realizace: Realizace první fáze bude probíhat jeden rok, na základě poznatků z fáze první se bude jednat o fázi druhé.

Popis cílové skupiny:

1. Dobrovolník
2. Novorozenec - předčasně narozené dítě, nebo dítě narozené v termínu porodu, bez možného fyzického kontaktu s rodičem

Milníky:*1. milník*

Název milníku: Příprava realizace

První návrh projektu, který vyplývá z teoretických východisek diplomové práce.

Druhý návrh projektu, kde jsou zakomponovány úpravy na základě výsledku empirické části práce.

Výsledek milníku: Diplomová práce

Časová náročnost: 1. 9. 2015 - 15. 4. 2016

2. milník

Název milníku: Závěrečná fáze vypracování projektu

Výsledek milníku: Po vyjmutí z diplomové práce vznikne projekt, který obsahuje rozpočtovou část, strategie financování, PR a který je možno předložit investorům a potenciálním provozovatelům programu ve spolupráci s realizátorem.

Časová náročnost: 6 měsíců

3. milník

Název milníku: Uvedení do praxe

Výsledek milníku: Aplikace na porodním/novorozeneckém oddělení se sestavenou skupinou dobrovolníků z řad studentů zdravotnických věd. Zakomponování dobrovolnické služby do systému nemocnice a do systému praxí univerzity.

Časová náročnost: 1 rok

4. milník

Název milníku: Transformace a rozšíření projektu

Výsledek milníku: Transformace služby vyplývající z její roční praxe a rozšíření skupiny dobrovolníků o další obory mimo zdravotnické vědy. Zavedení programu do dalších zařízení.

Časová náročnost: 1 rok

ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali návrhem dobrovolnického projektu „Chůvičky“. V první, teoretické části práce jsme si stanovili teoretické východiska, na základě kterých jsme provedli první návrh projektu. Teorie je rozdělena na tři oblasti. V první části jsme se věnovali popisu věkového období u dětí do věku 6 měsíců života se zaměřením na jeho vývoj po stránce fyzické, psychické a sociální. V části druhé se pojednávalo o moderních trendech v oblasti péče o novorozence. Zkompletovali jsme teorie tyto metody popisující. V našem případě se jednalo o bazální stimulaci, která zastřešuje jednotlivé konkrétní metody, o motýlí masáži, bonding a také metodu SKIN TO SKIN. Závěrem teoretické části jsme shrnuli legislativní stránku dobrovolnictví v České republice, jeho mapování co se četnosti a druhů týče.

V empirické části jsme formou kvalitativního výzkumu, polostrukturovaných rozhovorů, provedli výzkum v oblasti klinické psychologie, zdravotnictví a sociální pedagogiky. Těmto respondentům byl předpoložen navrhovaný projekt a na základě otázek se nám podařilo získat odpovědi pro náš cíl práce. Cílem práce bylo získat jejich názory a doporučení pro tento projekt. Po analýze rozhovorů, která byla provedena podle teorií trsů, jsme jejich odpovědi vyhodnotili a zapracovali jejich názory, poznatky a doporučení do projektu, který je použit jako shrnutí empirické části a doporučení pro praxi.

Návrh projektu vidíme jako hlavní přínos práce. Jeho praktické zaměření a aplikace prevence v oblasti sociální pedagogiky umožňuje podchycení problémů jedinců již v prvopočátku života. S jednodušším a příjemnějším startem do života je pravděpodobnější zdravé nastavení a fungování jedince v dalších vývojových stupních. Dalším přínosem je také obeznámení odborné veřejnosti s možností využití tohoto projektu. Pod jejich záštitou a díky těmto kontaktům předejdeme případným kopiím projektu. Tento projekt se liší svou jedinečností v oblasti prevence. Je založen na intimitě mezi všemi zúčastněnými, díky níž se upevňuje individuální přístup v působení v oblasti prevence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BOWLBY, John, 2012. *Odloučení – kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0076-5.
- [2] ČESKO, Zákon 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě) In: *Sbírka zákonů*. [on line]. 2002 [cit.2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-198>
- [3] DORT Jiří, DORTOVÁ Eva, JEHLIČKA, Petr, 2013. *Neonatologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-246-2253-8.
- [4] FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-131-4.
- [5] FRIEDLOVÁ, Karolína, In: *Koncept bazální stimulace a jeho využití v intenzivní neonatologické a ošetrovatelské péči*. [online]. 2007 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: http://www.bazalstimulace.cz/pdf/cl_vpelisku.pdf
- [6] GRAY, Jarry, WATT, Lisa, BLASS, Eliot, In: *M. Skin-to-skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns*, [online]. 2013 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/105/1/e14.full.pdf>
- [7] HESTIA, o.s., In: *Volunteering Infrastructure in the Czech Republic* [online]. 2011 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://hest.positivezero.co.uk/cdn/public/001134.pdf>
- [8] HESTIA, o.s., In: *Volunteering Infrastructure in the Czech Republic* [online]. 2011 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.hest.cz/cs-CZ/o-hestia/o-dobrovolnictvi>
- [9] MROWETZ, Michaela, PEREMSKÁ, Marcela, In: *Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti*. [online]. 2013 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>
- [10] MROWETZ, Michaela, In: *Contact between mother and child promotes health*. [online]. 2013 [cit.2016-03-15]. Dostupné z: http://www.klinikapsycholozka.cz/wpcontent/uploads/PRE_25_S1_2013_Mrowetz_p25-32.pdf
- [11] KAMASOVÁ, Klára, In: *Diskrétní a utajované porody v ČR*. Univerzita Palackého Olomouc.. [online]. 2013 [cit.2016-03-15]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/hyul1b/00180053-237242866.pdf>

- [12] KÜMMEL, Jan, JANKŮ, Petr, In: *Legální anonymní odložení novorozence v ČR – současné možnosti v ČR*. [online]. 2016 [cit.2016-03-15].
Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_04_06.pdf
- [13] KOPASOVÁ, Eva In: *Motýlí masáže*. [online]. 2016 [cit. 2016-03-15].
Dostupné z: <http://www.rodinnyzivot.eu/index.php/napln-casopisu/t%C3%A9ma-%C4%8D%C3%ADsla/72-nejmen%C5%A1%C3%AD-d%C4%9Bti/258-mot%C3%BDI%C3%AD-mas%C3%A1%C5%BEE>
- [14] Ministerstvo vnitra ČR, In: *Seznam akreditovaných projektů – dobrovolnická služba*. [online]. 2016 [cit.2016-03-15].
Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/seznam-akreditovanych-projektu.aspx>
- [15] Ministerstvo zdravotnictví ČR., In: *Teoretická východiska k metodice evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních*. [online]. 2010 [cit.2016-03-15].
Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-evaluace-dobrovolnickych-programu-ve-zdravotnickych-zarizenich_5552_1840_15.html
- [16] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [17] NAKLADALOVÁ Lenka. In: *Materiál ke školení dobrovolníků*. [online]. 2010 [cit.2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.adra.cz/file/517>
- [18] PÁNEK Martin, In: *Současné trendy v péči o novorozence*. [online]. 2013 [cit.2016-03-15].
Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>
- [19] PTÁČEK, Radek, KUŽELOVÁ, Hana, 2013. *Vývojová psychologie pro sociální práci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7421-060-0
- [20] SIKOROVÁ, Lucie, SUSZKOVÁ, Monika, In: *Ověření benefitů metody klokánkování – pilotní studie*. [online]. 2012 [cit.2016-03-15].
Dostupné z: http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/2012-2013/031.pdf
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

[22] WEBEROVÁ, Magdaléna, In: *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice*. [online]. 2004 [cit.2016-03-15].

Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200403-0002.php>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Řízení a vzájemné vztahy u dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení.	50
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Počty utajovaných porodů v České republice v letech 2004 – 2010.....	27
Tabulka 2: Statistika babyboxů 2006 – 2016.....	28
Tabulka 3: Dobrovolníci v České republice dle věkových skupin (%).....	44
Tabulka 4: Stabilita činnosti českých dobrovolníků v organizacích (%).....	45
Tabulka 5: Frekvence vykonávání činností v českých dobrovolnických organizacích.....	45
Tabulka 6: Pravidelnost a délka aktivity v dobrovolnických organizacích v České republice (%).....	46
Tabulka 7: Evidence dobrovolníků u poskytovatele zdravotních služeb v České republice v roce 2013.	46
Tabulka 8: Dobrovolnictví u poskytovatelů zdravotnických dle organizace	48
Tabulka 9: Rizika procesu řízení dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Přílohy I až IV rozhovory s respondenty, odborníky.

Příloha V rozhovor s respondentem z oblasti sociální pedagogiky, dobrovolnictví a sociálního podnikání, sociálních projektů.

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR RK

Pohlaví: žena

Věk: 52

Dosažené vzdělání: PhDr., klinický psycholog, práce na dětském oddělení PL Opava, práce s mladými matkami, které mají poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (ve vysokém stádiu těhotenství) nebo se o děti nemohou po porodu starat, protože absolvují toxikomanickou léčbu.

Představení projektu, viz kapitola č. 5

1.

Přínos je v určité v tom, že novorozeně nebo kojeneček, bez fyzického kontaktu strádá. A pokud bude mít dítě možnost být v kontaktu s laskavým a vlídným přijímajícím člověkem, tak to bude zdárně působit přes jeho smysly jako je oční kontakt, lidské nebo tělesné teplo, konejšivý dotyk v náručí. Toto se odráží v emočním prožívání dítěte. Dítě je zklidněné a posiluje se jeho pocit bezpečí.

A přínos pro dobrovolníky?

Z hlediska dobrovolníku se v rámci toho projektu nabízí jako smysluplné naplnění praxe, kdy vykonávají nějakou činnost, která i jim přináší nějaké naplnění smyslů. Současně jsou nuceni dodržovat základní hygienická opatření, respektovat a poznávat provoz ve zdravotnickém zařízení, jeho chod atd. Přípravují se tak na svou budoucí práci ve zdravotnickém zařízení.

2.

Z psychologického hlediska děti považují za problematické časté střídání těch dobrovolníků a dalších pečujících osob u miminka. Z hlediska hygienického zůstává otázkou, jak zajistit vlastně ten bezpečný kontakt té cizí osoby s novorozencem nebo kojencem. Dále může být dalším uzlem přijetí na straně zdravotnického personálu v rámci jejich běžného provozu. Měla by být nejspíše určena nejvhodnější doba, kdy by tato služba měla být na oddělení provozována. Tento čas by měl určit zdravotnický personál oddělení. Z hlediska praktického pak zůstává ještě otázka místa kontaktu dobrovolníka s dítětem. Otázkou zůstává, zda dítě má být oblečené nebo nahé, což může narážet také na etické otázky. Jako reálnější se jeví

možnost dotyku dítěte přes oblečení. Nedonošené děti v inkubátorech, byť je z psychologického hlediska jasně daná potřeba kontaktu, se jeví jako největší problém.

3.

Domnívám se, že v uvedení do praxe bude potřeba pochopení a entuziasmus pro tuhle věc, především u primáře příslušného oddělení. Ideální by bylo, pokud by na oddělení pracoval psycholog, který by mohl tento projekt odborně i garantovat.

4.

Z hlediska matky, která nemůže být v kontaktu se svým dítětem, bych jednoznačně přivítala ten fakt, že moje dítě neleží nikde opuštěné, sice zajištěné co se výživy a hygieny týče, ale strádající bez vlídného kontaktu. Jako člověk pracující ve zdravotnictví se obávám mnoha hygienických překážek. Jako klinický psycholog mohu uvést mnoho důvodů ze zdárného psychického i emočního vývoje dítěte, řadu důvodů proč je fyzický kontakt s novorozencem důležitý pro zdárný psychický i emoční vývoj.

Můžete z praxe posoudit, zda to, že dítě mělo dostatečné množství fyzického kontaktu v období novorozence, má nějaký vliv?

Když posuzujeme úroveň sociability a emoční zralosti u dospělého, dospívajícího člověka tak obvykle jen usuzujeme na okolnosti a události, které jeho vývoj utvářely. A je zřejmé, že je-li doložena emoční deprivace, například absencí primárního bondingu, nebo emoční deprivací v raném dětství, pak jsou vysvětlitelné nějaké odchylky ve struktuře či organizace osobnosti. Lidé primárně deprivovaní bývají často narcistní nebo naopak mohou trpět depresí, nemají rozvinutou empatii a můžeme je vidět jako věčné hledače lásky.

5.

Získat nadšeného primáře.

Je to reálné?

Jo... 😊

Připravit ty dobrovolníky alespoň nějakým základním proškolením o raném vývoji dítěte, o dotykové terapii, o tom provozu ve zdravotnickém zařízení a také hygienickém prostředí nemocnice.

Doporučovala bych se postarat o tým dobrovolníků formou supervize. Předpokládáme-li, že dobrovolníci budou studentky, citlivé, vnímavé, laskavé, pak mohou být zatížené obavou o

to dítě a mohou k němu přilnout silnější emoční vazbou a samy pak strádat z absence dalšího kontaktu.

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR BK

Pohlaví: žena

Věk: 30

Vzdělání: porodní asistentka, zaměření na alternativu tzn. domácí porady, velký důraz klade na podporu rodičovství a rozvoje vztahu matky s dítětem. Momentálně je ve stavu očekávání, cca měsíc před porodem. Ve svých postojích odmítá porody v nemocnici a lékařskou pomoc pro rodičky a novorozence.

Představení projektu, viz kapitola č. 5

Díky za představení projektu, s tím jaké je mé pracovní zaměření je stále primární to, že matka by neměla být s dítětem odděleně. Vidím zaměření toho projektu, pokud by měl vzniknout někde jinde. Mělo by jít o podporu rodičovství, pomoci té matce s kontaktem a ne je rozdělovat a nahrazovat kontakt tady pomocí takového programu. Nahradit tento kontakt člověkem, který je mimo tu rodinu, mimo otce a matky je chyba. Nemyslet na to, že máme matku a dítě, každého zvlášť ale brát je jako jednu jednotku. Že nedojde k rozdělení matky a dítěte by mělo eliminovat to, že ona se nebude chtít, nebo nebude schopná se o dítě starat. Vidina toho, že by se mého dítěte dotýkal někdo jiný, je v mém momentálním stavu absolutně neschůdná. Je možné, že se moje odpověď odvíjí od mého momentálního stavu. Reálnější při pomoci v této problematice vidím například vybudování rodinných pokojů, kde by se mohly všechny jednotky primární rodiny propojit. Chápu, že pro dítě je tento projekt a jeho náplň třeba velmi důležitá, ale pokud nastane situace taková, kdy by tato služba byla potřeba, vidím jako lepší cestu hledání spojení s primární rodinou. Se vstupem každého dalšího člověka mezi tyto jednotky primární rodiny, se od sebe ještě více odpoutají.

Pokud si u této problematiky opravdu konkretizujeme cílovou skupinu v rámci dětí, jedná se nám primárně opravdu o děti, které tento kontakt s primární rodinou mít nemohou, ani s novou rodinou, pokud se bavíme o následné adopci. Je to program působící v rovině prevence a pomoci ve správném startu pro děti, které jej nemohou mít již od narození. Nebavíme se o tom, že by tato služba měla třeba formu ambulantní docházky do rodin novorodiček a jejich dětí. Jedná se vyloženě o zdravotní prostředí a izolaci dítěte od vnějšího světa.

Co se týče aplikace tady na tyto děti. Odložené, bez rodiny tak ano. Tam si dokážu představit, že to může být, jako ten program, jako dočasná pomoc při řešení situace s těmito dětmi. Myslím si ale, že podpora umístování dětí do kojeneckých ústavů taky není ta správná cesta a mělo by se dítě okamžitě „dát“ nějaké rodině. Chápu, že dítě potřebuje ke svému zdravému vývoji dotyk a stimulaci, ale potřebuje to od jedné konkrétní osoby, která bude jen jeho ne od dobrovolníka.

Tento projekt by měla zaručovat pravidelnost a stálost dobrovolníku u jednotlivých dětí.

Těžko říct, jestli v tom shledávám nějaký přínos. Ano shledávám, je samozřejmě lepší, když má dítě kontakt, než aby tam leželo samotné, sice zajištěné ale samotné, zabalené v zavinovačce. Ale podle mě to není to hlavní, na co bychom se teď v této problematice měli zaměřovat.

Z pohledu sociální pedagoga se na tuto problematiku díváme tak, že nejlepší prevence každého problému by měla začít hned na začátku.

Já v tom žádný jiný přínos nevidím, než to co jsem řekla. Opravdu toto shledávám jako ne úplně šťastné řešení problematiky, spíše tento projekt odvádí zase pozor někam jinak než je podpora dítěte a matky.

3.

Dokážu si představit, že by taková služba u nás vznikla. V jednom časopise jsem kdysi četla článek, že existuje porodnice, kde mají takto najatou chůvu, která se tam chodí o děti starat zase trochu jinak, než to dělají sestry. Ale služba se týkala jedné osoby a neměla tak široké pole i budoucí působnosti jak jste se zmiňovala. Z praktického hlediska by to určitě funkční bylo. Studentky by neměly určitě problém s tím, docházet k těm miminkům a dotýkat se jich, zvláště pokud by měly adekvátní proškolení nebo by studovaly ty zdravotnické vědy, jak bylo řečeno. Dobrovolníky by sehnat šlo. Realizace v rámci výukového plánu těch studentek by mohla být ale trochu problém.

4.

Můj čistě subjektivní názor je absolutně negativní. Toto bych razantně odmítla a to z toho důvodu, že by se mého dítěte dotýkal někdo jiný a mě by to bylo šíleně líto, že se ho nedotýkám já. Dítě by mělo být se mnou tak jako celých těch 9 měsíců. Viděla bych to spíše tak, aby pokud je to tedy takhle nutné, byl u mě někdo, kdo mi s tím dítětem nebo k tomu vztahu k němu podpoří a pomůže. Kdo mě bude podporovat v tom, ať s ním mám

kontakt a pokud bych se bála, tak mě podpoří a podrží mě třeba za ruku. Někdy mají ženy strach se na dítě, z různých důvodů, navázat. Daleko více bych tedy ocenila někoho, kdo by mě podpořil.

A s dítětem by měl být někdo z nás, mě a otce dítěte pokud ani jeden z nás u dítěte být nemůže. Tak mě tak napadá, že u dětí a matek, u kterých se už dopředu ví, že mohou být rizikové, by mohla být takováto služba naplánována dopředu, dobrovolník se s rodinou nebo matkou seznámí ještě před porodem, vybudují si nějaký vztah a matka pak bude v klidu, že se jejího dítěte dotýká tento konkrétní člověk. Prostě dát tam třeba možnost těm rodinám se s dobrovolníkem seznámit a poznat se. Pozdější kontakt tohohle člověka s miminkem by měl být o to příjemnější i pro tu rodinu.

5.

Je důležité také dobrovolníkům poskytnout supervizi a pohlídat, ať tito lidé nepřebírají kompetence rodičů a drží se profesní stránky toho vztahu k dítěti. Pokud matka ve vztahu figuruje, neustále ji prosazovat na první místo. Co se těch dobrovolníků týče a jejich profesí myslím, že to může dělat více lidí než jen se zdravotním vzděláním. Nejde o manipulaci s léky nebo ohledně zdravotního, fyzického stavu dítěte.

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR BH

Věk: 42

Pozice: Mgr., práce psychologa v kojeneckém ústavu, diagnostika dětí, psycholog na dětském oddělení PN.

Představení projektu, viz kapitola č. 5

Ten projekt by měl být zaměřený jen na to dítě nebo také na podporu kontaktu primárního pečovatele s dítětem?

Projekt je zaměřený, zatím, na saturaci toho dítěte. Protože v rámci těch nových trendů, které zde fungují a jsou propagovány, se zaměřuje hodně teorií a expertů právě na podporu vztahu rodič-dítě, ale ne každé dítě může mít tento kontakt s primární rodinou, proto byl navržen tento projekt.

Takže to může být zaměřeno také na děti, které jsou dlouhodobě hospitalizovány? A z nějakého důvodu ta matka tam nemůže být, třeba se stará o více dětí nebo ...

Ano.

Zaměřili jsme projekt na děti, které jsou umístěny ve zdravotnickém zařízení. Původně byl projekt navržen tak, aby péče zahrnovala také děti v kojeneckých ústavech nebo v dětských domovech do 3 let věku dítě, každopádně tam ale projekt není navržen na takovou úroveň z hlediska hygienických, legislativních a vzdělávacích postupů, aby mohl být hned aplikovatelný. Jak jsem zmínila v anotaci, jedná se o další milníky v projektu.

Myslím si, že je to celkem dobrý projekt, ale největší jeho účelnost bych viděla právě v zařízeních, kde je péče o děti, které jsou bez možnosti kontaktu s primární rodinou. Kojenecké ústavy, nebo zařízení pro děti potřebující okamžitou pomoc nebo dětské domovy pro děti do tří let. Jde o to, že tam jsou ty děti vysoce ohroženy nedostatkem stimulace a nedostatkem podnětů, které by stimulovaly jejich vývoj. Myslím, že ze znalosti psychomotoriky je zcela jasné, že motorika a psychika jsou velmi úzce propojeny a když dítě nemá adekvátní, vzhledem k věku, podnětnou stimulaci, tak se nerozvíjí dobře po fyzické ani psychické stránce. Ty malé děti si neumí aktivně získat tyto podněty samy a jsou tedy více odkázány na stimuly z vnějšího prostředí a také se musí mít pro koho snažit. Toto jsou dva důležité aspekty. Při absenci těchto aspektů dochází k vývojovému skluzu a deprivaci, které ty děti už později nemusí nikdy dohnat. Takže si myslím, že pokud by se toto mělo zavádět, tak vidím opravdu největší uplatnění u dětí, které jsou

umístěny do zařízení určených k jejich péči. Děti jsou tam umístěny z důvodů jak sociálních tak zdravotních, ten jejich zdravotní stav neumožňuje propuštění domů a tím pádem jsou vystaveny větší možnosti deprivace, než kdyby to bylo jinak.

Cílová skupina by tedy mohla být tam. Pokud se tedy do normální rodiny narodí dítě, předpokládá se, že i když matka se starat nemůže tak roli může nahradit otec. Je možné, tak jak jste zmiňovala, že pochopení rodičů této služby může být jakási limita, že běžně fungující rodič s dostatečnými rodičovskými kompetencema, chce vytvořit sám tomu dítěti takové stimulační podmínky, aby jej nikdo nemusel nahrazovat. To, že by schválili, že do zařízení dochází někdo, kdo s jejich dítětem manipuluje, stimuluje ho a aktivizuje ho, by naráželo na jeho vlastní povědomí o jeho vlastních rodičovských schopnostech.

Myslím si, že by to šlo vyřešit tím, že by tento program byl zakomponován do služeb nemocnice, které se na příslušném oddělení poskytují, tudíž by to tento program bral automaticky jako služba nemocnice. I ti dobrovolníci, kteří by službu vykonávali, by byli součástí lékařského personálu, kterým i tak jsou, když jsou na tom oddělení na praxi.

To si myslím, že je toto nejvíce reálná šance při realizaci toho projektu v nemocnici. Když se bavíme o kojeňáku, i když tento termín není již moc platný, tak tam je to akceptovatelnější z toho pohledu, že oni už i dobrovolnické aktivity mají už zavedené. Takže tam by se to dalo pak aplikovat efektivněji, protože tam není důležitý, nebo vzhledem k té péči o to dítě není důležitý souhlas biologického rodiče, ale je to v intencích nebo režii té instituce.

V nemocnicích by tento program měl fungovat v rámci poskytování primární prevence ve zdravém vývoji novorozence. Tam by dobrovolníci pracovali pouze u každého dítěte velmi krátkou dobu, to je týden, maximálně 14 dnů, které ale sledujeme v rámci vývoje jedince jako velmi důležité. V tomto období by pomohli překlenout to období, indispozice matky, a stimulovat a hladit to dítě tak, aby jednak na to bylo zvyklé a jednak, aby mu pomohli ho vnitřně nastartovat.

V tomto případě by to asi bylo efektivní i s ohledem na to, že by službu poskytoval zdravotní personál, takže by se rodič nebo ta matka by se cítili v bezpečí, protože jsou to lidé, kteří se na oddělení běžně pohybují. Tím pádem by to mělo velmi vřelý vliv i na matku, jelikož by věděla, že je o dítě postaráno. Tím, že by ty děti byly ještě rozvíjeny, tak by se pak lépe navázal i ten vztah s tou matkou jako takový. Děti by byly aktivizovány, byly by aktivnější v dosahování a získávání toho kontaktu a tím pádem i čitelnější zvláště pro

ty maminky, které trpí nějakým poporodním bludem. Což trošičku narušuje ten vztah matky vůči tomu miminku.

Myslím si, že ta prevence, že to je právě ono. Klást ten důraz právě na tu prevenci, aby děti byly stimulovány a mohly se pak stát aktivními účastníky v rámci té komunikační diády s tím pečovatelem, který z nějakého důvodu nefunguje a když se dítěti někdo věnuje tak se stane dítě více aktivním a pak si toho primárního pečovatele přitáhne k sobě a toto přesně může být také velmi silná prevence pak vůči nějakému zanedbávání nějakého rizika, které souvisí s nevytvoření bazálního propojení dítěte a rodiče. Důležitá věc v tomto celém programu je taky ten důraz, který kladete na taktilní část celého programu. Celý ten dotyk, to je to co děti v tomto věku potřebují nejvíce.

Co se týče samotného dotyku nebo terapie a kontaktu SKIN TO SKIN, bojím se, že co se nemocnic týče a nastavení programu jako prevence, narážíme tady na etický problém. Toto je opravdu tak velký zásah do intimity jedince, že pokud se bavíme o tom, že dítě primární rodinu má a počítá se s ní, jen je v chvilkovém oslabení, tento kontakt nedoporučuji. Když se ale bavíme o dětech bez primární rodiny, tam je to něco jiného. Pochování a hlazení miminka je v pořádku v obou případech. Když je miminko v inkubátoru, je možné stimulaci a dotyk provádět skrz třeba nějakou měkkou příjemnou rukavici. Je to jedna z forem základních masáží, takže dovední je ok.

Velký prostor najdeme taky u neonatologické péče, je čím dál větší počet předčasně narozených dětí a u statistiky do budoucna musíme počítat s jejím nárůstem. U dětí hospitalizovaných právě v zařízeních s neonatologickou péčí bývá občas problém, co se týče kontaktu s tím rodičem, jednak je ve většině zařízení nemožná stálá hospitalizace rodiče a dítěte najednou a také v rámci sociálních vazeb, myslím tím, když má žena i další děti, nemůže u dítěte, které tuto péči potřebuje trávit všechnen čas. U nás se tato péče stále zlepšuje, ale prostor pro tuto službu, v péči může být přínosné i tam. Víme, že mezi bdělým stavem a spaním miminka bývají velké rozdíly, ale najde se i tam samozřejmě prostor, kdy děti mohou přijímat tyto nabízené podmínky.

2.

Pokud je tento projekt realizován na novorozenech a neonatologických jednotkách, tak to tam velmi bude narážet na souhlas nebo nesouhlas rodičů. To si myslím, že je první věc. Druhá věc je, jakým způsobem se dají integrovat na takovémto oddělení,

z hygienických důvodů, tito dobrovolníci. Jakým způsobem by toto bylo zakomponované do stanov týkajících se běžného provozu.

3.

Vidím největší naplnění představ projektu a největší možnost stimulace dětí právě v případě dětí, které jsou ohroženy prostředím, kteří jsou i bez primárního pečovatele a jsou ohroženi ve zdravém vývoji. Právě děti z kojeneckých ústavů a dětských domovů. Tuto službu bych v takovém prostředí shledala jako velmi podmíněnou. Pokud se vazba mezi dobrovolníkem a dítětem vytvoří, může to jen podpořit vývoj dítěte. Děti, které jsou třeba umístovány do přechodných pěstounských rodin, se v dalším životě pohybují více v rozptylu normy, co se psychosociálního vývoje týče, než děti, které jsou jen v kojeneckém ústavu. V kojenečku se péče stará jen o zajištění jeho fyziologických potřeb, je třeba myslet na tu taktilní stimulaci.

Dovedu si to představit více v zařízeních tedy zdravotních, ale se zaměřením na sociální stránku věci, jako třeba ten kojeneček.

Doporučuji také, že pokud se někdo do tohoto dobrovolnického programu přihlásí, tak by měl také počítat s tím, i vy jako realizátor, že co se týče nejlepší pomoci dítěti a navození vztahu s dítětem, celý program by měl být založen opravdu na pravidelnosti a tak trochu i stejnotvárnosti v tom smyslu, že jeden konkrétní dobrovolník dochází za jedním konkrétním dítětem. Pevně pravidelná doba, čas, jako v jakémkoliv typu dobrovolnické služby.

4.

Já jako matka, bych uvítala sice intenzivnější kontakt s členy mé rodiny více než s dobrovolníkem. Pokud je to zdravotnická péče, je to v pořádku, ale co se týče intimního kontaktu dobrovolníka a dítěte bych raději upřednostnila rozšíření kontaktu s mou rodinou, jako manžel, babičky a tak.

5.

Doporučení, pro tuto službu je hlavně to, že pokud bude realizovaná, službu musí vykonávat lidé, kteří mají opravdu velmi kladný vztah k dětem. Ty děti jsou schopny vycítit, velmi intuitivně rozpoložení toho daného člověka. Je pro ně důležité se cítit bezpečně a jistě v náručí toho druhého. Takže nesmí se kontaktu s tím miminkem bát. A tím, že je to většinou o manipulaci s tím dítětem měl by se dobrovolník naučit různé typy

při uchopování dítěte a být schopni rozpoznat z mimiky dítěte co mu je a není příjemné. Být hodně senzitivní a vnímat reakci toho dítěte. Být schopni diferencovat reakce dítěte.

Jsem velmi ovlivněna svou prací v kojeneckém ústavu a vidím v aplikaci v tomto zařízení velký potenciál. Bát se toho, že dobrovolníci se velmi upnou k dítěti, ano je to možné ale je třeba mít odborný dohled nad těmi dobrovolníky a poskytovat jim dostatečné informace a supervize k projektu. Co jsou jejich limity. Program je navržen s daleko větší intimitou než jiné dobrovolnické programy ale myslím si, že to právě to co přináší tu přidanou hodnotu a nový přínos v poskytování služeb.

Doporučuji tedy službu zakomponovat do programu ne jako dobrovolnickou službu, ale rehabilitační program, nebo program podporující taktilní stimulaci. U dětí v neonatologické péči může krom dotyku být taky služba založena na tom pohybu s tím dítětem. Uvědomme si, že dítě je do porodu součástí matky a ta se nějakým způsobem pohybuje a dítě je na tento pohyb zvyklé. Když se pak předčasně narodí, je umístěno na delší dobu do statického prostředí inkubátoru. Bylo v návrhu a možná taky v realizaci udělat tyto inkubátory tak, aby slabý kinetický pohyb vykonávaly. U nás je toto však minimální, takže chvíli chovat to dítě a pohupovat s ním, akorát zase může pomoci navodit prostředí, ve kterém se dítě má za normálních okolností vyvíjet.

Jo, zajímavý projekt, zajímavý projekt v tom, že tohle může opravdu dětem pomoci. Je to o dotyku a o tom, že s tím dítětem někdo je. Je to tahle diáda, propojení.

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR ZE

Pohlaví: žena

Věk: 30

Vzdělání: zdravotní sestra, práce na novorozeneckém a porodním oddělení, práce na dětském oddělení psychiatrické nemocnice. Momentálně na mateřské dovolené s dvojčaty.

Představení projektu, viz kapitola č. 5

1.

Přínos si myslím, že bude dobrý, velmi dobrý, byla jsem shodou okolností v Ostravě na JIPce s holkama, co mám teď ty dvojčata a ony byly narozené o měsíc dříve, ale byly v pořádku, tak si to dokážu představit. Mně nic nebylo, i když jsem strávila na JIPce dva dny, dokážu si představit, že by to pro ně bylo přínosem, nevím jak ony by to cítily, jako ty dvě, protože vím, že ze začátku teda moc kontaktu nechtěly, jakože neměly teda, ale určitě je to přínosem, budou mít aspoň pocit, jakože tam něco je, že to není, vylezou ven – jako se narodí, tak že nejsou tak vytržené tak jak teďka všichni říkají, že jsou vytržené, protože já jsem chtěla císaře, tak by to bylo že jsou fakt skoro jako u maminky, něco jako je typ klokánkování jak se děti dávají, tak si myslím, že to má něco do sebe. Nevím, jak do budoucna s legislativou, ale bude to určitě jakože dobré. Ale nevím jak které maminky no, to co jsem zažila zrovna u těch, co tam byly, tak jak se říká, že ty maminky se nemůžou starat a takové, tak u těch to bude úskalí. To asi fakt musí být zakomponované v té nemocnici, že to tam dělají běžně, protože podpisy a dle legislativy si myslím, že to bude obtížné, ale takové jakože, mně by se to líbilo, kdyby to tam bylo a nabídli mi to, když jsem za něma nemohla jít ty dva dny, tak bych byla určitě ráda, kdyby tam někdo s něma byl a neměly by pocit, že tam jsou jenom někde s těma přístrojema, protože si myslím, že to vnímají.

Ani by mi nevadilo, kdyby se jich měli dotýkat třeba rukou na to tělíčko, já si myslím, že těm dětem to udělá jenom dobře, že cítí jakože teplo. Já když jsem byla na té JIPce a potom chodila za holkama, tak tam byly jiné děti, co tam ty maminky u toho nemohly být, i kvůli místu, a právě i my jsme se snažili těm jiným dětem, jakože jsme je tam třeba pohladili nebo něco jakože v rámci toho, protože ty sestřičky to nezvládají všechno samy že. Já si myslím, že když si to dítě pak nezvykne třeba na cizího člověka, tak dobré.

2.

Myslím si, že legislativa. Teda nás na praxi dávali do kojeňáku, že jsme se mohli starat v kojeňáku tady v Opavě a pak to přestalo, protože se začalo říkat, že tam můžou chodit pouze sestry, co mají pediatrii nebo jsou dětské sestry. Takže si myslím, že tam půjdou jenom když teda můžou, tak z těch porodních asistentek, jako z výšky ze školy. Ale jinak si myslím, že to záleží na legislativě, já si myslím, že ten podpis té matky tam bude muset pokaždé být, nemyslím si, že to jde nějak obejít, aby to bylo dobré, ale z vlastní zkušenosti vím, že na každou blbost se chce podpis. Tak aby to nebylo tak, aby si ty maminky nemyslely, že ten člověk nahrazuje toho rodiče, aby pochopily, že to je jenom dobře po tu dobu, co třeba indisponovaná, ale jinak si myslím, že by tam neměl být problém. Jedině možná ještě vedení nemocnice a ty zdravotní sestry, co tam jsou aktuálně na tom oddělení, protože nikdo nemá rád, když se jim někdo dívá pod ruku a nechcous slyšet, že nemají na něco čas a přitom ví ve skutečnosti, jak to je a byly by rády za to pomoc, ale je to takové těžké. Ale nemyslím si, že by tam měly být nějaké velké překážky. Sestry se přizpůsobí vždy, ale trvá to, vždycky se najde někdo, ale myslím si, že když si tam udělá každý hranice, že ti tam jsou jenom speciálně pro to miminko v tu danou hodinu a nebudou se tam někde motat a budou opravdu jenom pro to miminko, tak si myslím, že to zvládnou. Že to není jako že by řekly „né“ tady to nebude, to si stejně ani nemůžou dovolit, ale myslím si, že to je o člověku a i o té sestře osobně. Každá ta sestra se má starat, ale vždycky je ti někdo sympatičtější, i to miminko, nebo někoho je jí více líto, tak se mu více věnuje. Tak si myslím, že to pochopí a že se jim, těm sestrám, usnadní i trošičku práce, že třeba nejlepší by bylo, kdyby je ty chůvičky mohly i nakrmit, že by pomohly a to miminko by neleželo jenom v posteli a nedala se mu jenom ta lahvička na krmení, ale byla by to tam fakt to osobní.

3.

Za mě určitě ano, určitě. Protože třeba fakultka v Ostravě, si myslím, že s tím vůbec nebude mít problém, protože ti tam právě dělají bazální stimulaci, ti vlastně s tím začínali jako jedni z mála v České republice, takže si myslím, že s tímhle by třeba vůbec nemuseli mít problém, nevím jak jiné nemocnice, ale tam si myslím, že jsou flexibilní a budou i nadšení možná.

4.

Já myslím, že před tím porodem jsem odsouhlasila úplně všechno a bylo mi to jedno, i potom na té JIPce. Jako ze svého osobního pohledu, tak já nemám ráda kontakty, já nemám ráda, když na mě lidi sahají a objímají, jediný, kdo teďka může všechno, tak jsou moje děti a ty vyčerpají veškeré to, co mám nahromaděné. Ale vím, že u těch holek, že to bylo jediné, jakože to jim fakt dělalo potom dobře, že do teďka, takže si myslím, že mně by to nevadilo. A hlavně bych jim odsouhlasila všechno a že byly v pořádku v tu chvíli a že si říkám, že nemocnice ví, co mají dělat, že by jim nedělali nic, co by bylo špatně. A když vím, že jsem omdlela a musela jsem být dýl na JIPce, tak jsem aspoň věděla, že o ně bylo postaráno. Nebo že kdyby tam byl někdo, kdo je mohl pohladit nebo něco, tak by to bylo fajn, protože manžel tam nemohl jít, protože se čekalo až na mě, jako až budu v pořádku. Takže bych byla ráda, kdyby tam někdo takový byl. Kdyby do toho byli třeba zakomponovaní, že by se to nabídlo třeba i příbuzným, že by tam mohli být, tak by to bylo taky dobré. Že by třeba i za tím vlastním, protože dost často sem nemůžou sami příbuzní jít bez svolení maminky nebo tatínka, rodičů, tak by bylo hezké i tak, kdyby tam mohli. Kdyby byla ta možnost a někdo z té rodiny by chtěl, tak by to bylo fajn. Já myslím, že by mi to nevadilo vůbec. Tak až budu příště rodit, tak jsem zvědavá, jestli tam budou už.

5.

Já si myslím, že je plno těch rodin, co matka „ne-e“ a otec „ne-e“, ale jsou tam ty babičky, které by za to dýchaly, aby tam mohly být a všechno, akorát třeba někdy se to třeba ani nedozví, že takhle někdo porodil z rodiny, protože jsou různé problémy rodinné, já si myslím, že pokud by mohli takto suplovat ty chůvičky, co tam budou jako z těch škol nebo takhle, tak by to bylo hezké, ale jinak si myslím, že tak asi nic. Hlavně peníze pořádně získat, udělat tomu fakt velkou reklamu a nevím co všechno, protože lidi na to slyší a myslím si, že by to bylo dobré, protože se chytají i čepičky se pletly a všechno to se chytá a je to dobře, že to tak je a myslím si, že víc asi doporučit asi ne. Asi ne vím, co bych ještě doporučila. Hlavně ať jsou připraveni a jsou to fakt ochotní lidi, co to chtěou dělat a ne že tam si myslí, že něco udělají a mají to proto, aby si udělali plus. Aby to fakt dělali lidi, co by věděli proč tam jdou a tak. Ten výběr bude asi těžký. Aby to nedělaly třeba holky na škole jenom proto, že to mají úplně jako povinně, protože znám svoje spolužačky,

že některé na to fakt jako úplně nejsou. Jinak si myslím, že to máte dobře udělány, mě by to ani nenapadlo. Tak ať se vám daří a ať to vyjde, ale bude to dlouhá trasa, protože tady všechno trvá, ale bylo by to hezké, protože jsem zažila klokákování a bylo to hezké. Jsou věci u dvojčat, co bych třeba já nechtěla, ale tady tohle by mi osobně nevadilo. Když nebude mě nikdo nutit k bazální stimulaci, když budu v komatu, tak ostatní ať si dělají co chtějí.

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR MH

Pohlaví: žena

Věk: 26

Dosažené vzdělání, obor: Bc., sociální pedagogika, zaměření na sociální podnikání, projekty v sociální oblasti, dobrovolnictví

Představení projektu, viz kapitola č. 5

1.

Já si myslím, že největší přínos to bude mít pro ty dobrovolníky a pro ty malé děti. Protože, jako znám, no znám, mám povědomí o té problematice, i když se mě to zatím netýká, protože jsem nerodila a zatím ani nehodlám. Určitě ale na to chci být nějaký způsobem připravená a sleduju moderní trendy v přístupech v péči o dítě. Kdyby se stal nějaký „průser“ se mnou a já bych v tu chvíli nebyla schopná jako být plně k dispozici tomu dítěti, chtěla bych, aby mě někdo adekvátně zastoupil.

Pojďme se ještě vrátit k tomu, jaký to má přínos pro ty dobrovolníky a děti?!

No tak děti mají šanci zdravého vývoje, co může předcházet nějakým asociálním jevům, nebo dalším komplikacím v sociálním a psychologickém vývoji. To je pak přece vidět i na těch dospělých lidech, chlapech (smích), kdo se s mamkou mazlil, když byl malej a kdo ne. Na mém příteli to jde vidět, konkrétně to, že se s mamkou mazlil, a teď nemá problém s tím přijít za svojí mamkou a projevit jí jakýkoliv cit. A co se týče těch dobrovolníků, tak teda předpokládám, že to budou vykonávat asi holky, tak pro ně to bude mít určitě i přínos do budoucna, ne jen ve vztahu třeba k jejich vlastnímu budoucímu dítěti, ale také to pro ně bude určitý druh osvěty, protože si nemyslím, že by o tom každý věděl, jako o této problematice a síle dotyku.

2.

Já si myslím, že největší problém bude ze strany toho personálu v nemocnici. Mám pocit, že jim vyhovuje ta situace, kdy mají ty matky naplánované císaře, každá na určitou hodinu, a tím to pro ně hasne. Potom pro ně existují další postupy jako: dám dítě do inkubátoru, dám ho krmit, ale úplně se z toho vytratila ta láska nebo aspoň vřelý pohazení, který to dítě v tu chvíli taky potřebuje. Je to celý takový sterilní. Mám zkušenost takovou, že ty sestry, které na tom oddělení pracují už dlouho, tak jsou absolutně profesionální

a poznamenané svou dlouho praxí a zkušenostmi, že taky působí sterilně jako to prostředí tam, chybí jim ten lidský rozměr. Takže si myslím, že ony jako nebudou chtít přistoupit na realizaci projektu, protože pro ně to bude práce navíc. Další bod, který mě tak napadá je právní stránka věci. Protože bych určitě chtěla dopředu vědět, kdo bude manipulovat s mým dítětem, protože vidím rozdíl v tom, když mi někdo dítě donese a nakrmí ho, popřípadě ho obstará a v tom, když ho někdo chová. Nevidím v tom velký problém v tom, že by to měl někdo dělat a chci k tomu dát svolení a chci to vědět dopředu a počítat s tím. Pak si ještě myslím, že by se měl klást větší důraz na finanční stránku projektu.

Já jsem ale v první fázi s rozpočtem nepočítala, jak jsem zmiňovala na začátku, vy vidíte nějakou finanční investici, v tom co jsem Vám řekla?

Ten projekt se zdá jako nízkonákladový, ale myslím, že by se mělo investovat minimálně do kvalitního zaškolení těch dobrovolníků.

V první fázi se jedná ale o studenty zdravotnických věd, to znamená, že co se týče zdravotnického zaškolení, to oni mají.

A ví oni o sociálním a psychologickém aspektu té služby? Oni, jak bych to řekla, je naučí ve škole to, jak odrodit, ale možná je to jen můj nějaký zkrácený názor.

Před nástupem do programu budou dobrovolníci samozřejmě seznámeni s tím, čeho se projekt týká a jaký je jeho význam. Budou mít zájem o to se do programu přihlásit, takže povědomí o dané problematice mít budou.

A tady bych právě viděla prostor, pro tu větší investici, aby to zaškolení nebylo jen takové plytké, ale aby bylo provedeno kvalitně a na vysoké úrovni. To znamená nebát se oslovit odborníky z řad klinických psychologů, jako třeba paní M. Mrowec a nebo někoho z oblasti sociální pedagogiky se zaměřením na opravdu malé děti.

3.

Ano, dovedu. A myslím si že je dobrý nápad, že tento projekt může být realizovatelný i v jiných zařízeních, než je porodnice. Právě v tom kojenáku je to potřeba ještě víc. Tam se s tím miminkem nepomazlí nikdo, nebo aspoň ne v takové míře, aby bylo nabažené toho dotyku a emočně uspokojeno.

4.

Myslím, že to je fajn. Já bych toho využila a myslím si, že je potřeba víc takových projektů, který budou pracovat na tom, aby to prostředí bylo více osobnější. Nemocnice

je hodně stresový prostředí. A snad se jednoho dne dostaneme i k tomu, že budou fungovat specializované porodní domy, kde se ta matka bude cítit jako v domácím prostředí, ale zároveň bude mít za sebou lékařský tým, kdyby náhodou něco. Nejvíc ale prostě vidím problém v přístupu té nemocnice. Ten projekt může být skvěle napsanej, může dávat absolutní smysl, může být myšlený naprosto dobře, ale pak ti prostě někdo v nemocnici řekne, že je to zbytečný a ty si skončil.

5.

Ještě předtím, než bych tento projekt předkládala nějakým porodnicím, tak bych si právě dopředu zjistila, které porodnice jsou otevřené novým metodám nebo přístupům, tam je větší pravděpodobnost, že se program může uchytit. Určitě bych si ještě zjistila, jestli je nutný to teda právně ošetřit, víme, že když tě ošetřuje medik tak je k tomu nutný souhlas pacienta, tak jestli by to fungovalo stejně v tomhle programu. Navázala bych kontakt s dobrovolníky, jestli by vůbec do toho školení šli a jestli by pomohli. Jinak si myslím, že ta hlavní myšlenka je v pořádku, i celá ta struktura toho projektu. Určitě bych to nevzdávala u prvního nezdaru, jako třeba nepřijetí ze strany nemocnice nebo při setkání s negativním ohlasem.