

## **Doživljanje staršev po prezgodnjem rojstvu v enoti za intenzivno nego in terapijo rizičnih novorojenčkov<sup>#</sup>**

KLAUDIA URBANČIČ\*

*Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana*

**Povzetek:** V prispevku je predstavljen del rezultatov akcijske raziskave procesa zdravstveno vzgojnega svetovanja, ki se nanaša na doživljanja staršev ob rojstvu prezgodaj rojenih otrok v Porodnišnici Ljubljana v Enoti za intenzivno nego in terapijo rizičnih novorojenčkov. Predstavljen je pomen promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in zdravstveno vzgojnega svetovanja. Namen prispevka je oceniti stanje z vidika doživljanja staršev in nato vpeljati spremembo v prakso zdravstvene nege. Sprememba je stalno izvajanje zdravstveno vzgojnega svetovanja staršem v intenzivni enoti. V rezultatih je predstavljeno doživljanje mater in očetov neposredno po rojstvu otroka in pred odpustom otroka domov, merjeno na petih konceptih: doživljanje sebe, doživljanje otroka, doživljanje okolja intenzivne enote in osebja ter domačega okolja. Za zbiranje podatkov je bil uporabljen vprašalnik. Predstavljen je postopek nastajanja merskega inštrumenta. Za obdelavo numeričnih podatkov so uporabljene mere srednje vrednosti, T-test za male vzorce, za ugotavljanje zanesljivosti merjenja je bila opravljena analiza sklopov spremenljivk po metodi notranje konsistentnosti Cronbachov alfa, razlike med latentnimi koncepti v času so predstavljene z grafičnimi predstavitvami 95% intervalov zaupanja. V rezultatih so predstavljene statistično značilne razlike na vseh petih konceptih, metodološke ugotovitve in omejitve raziskave. Avtorica ocenjuje, da je bil program uspešno uveden v prakso in prispeva k večji kakovosti bivanja staršev v bolnišnici.

**Ključne besede:** prezgodaj rojeni otroci, starši, zdravstveno vzgojno svetovanje, neonatalna intenzivna enota, akcijsko raziskovanje, vprašalniki, merske značilnosti, Slovenija

## **Parent' s experiences and perceives at premature newborn in the neonatal intensive care unit**

KLAUDIA URBANČIČ

*University of Ljubljana, University college of health care, Ljubljana, Slovenia*

**Abstract:** The article addresses experiences and perceptions of parents of prematurely born infants after childbirth at the neonatal intensive care unit in the Ljubljana maternity hospital. Aim of health promotion and significance of health education for health education counselling are presented. The purpose of the study was to assess parent' s experiences and introduce changes in nursing practice. The

---

<sup>#</sup>*Delo je bilo izvršeno v Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov, Klinični oddelek za perinatologijo, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana. Članek je nastal na osnovi rezultatov raziskave, nastale v okviru magistrske naloge. Mentor naloge je bil izr. prof. dr. Peter Praper.*

---

<sup>\*</sup>*Naslov / address: mag. Klaudia Urbančič, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska cesta 26a, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: klaudia.urbanic@vsz.uni-lj.si*

goal was to permanently introduce health education counselling for parents in intensive care unit. Parents' perceptions right after the infant' regarding five concepts are presented (self-perception, perception of the infant, perception of the staff and of the intensive care setting, and perception of home setting). Results demonstrate statistically significant differences between mothers and fathers at the time of delivery and at discharge. A questionnaire was designed for collecting data and its development is presented. Descriptive statistics and T-test are used for quantitative data analyses as well as Chronbach's alpha (for assessing reliability of scales), while mean differences with confidence intervals were plotted over time. Statistically significant differences were found on all five dimensions of parents' experience. Methodological findings and research limitations are also discussed. The author positively evaluates the effect of the health education counselling programme and maintains that it has a positive effect on parents' critical thinking, and contributing to quality assurance in nursing.

**Key words:** premature infants, parents, health education counselling, neonatal intensive care unit, action research, psychometric scales, metric characteristics, Slovenia

CC=3370

Članek predstavlja del rezultatov akcijske raziskave procesa zdravstveno vzgojnega svetovanja staršem prezgodaj rojenih otrok, v katero so bili vključeni starši v letu 1998 v Enoti za intenzivno nego in terapijo rizičnih novorojenčkov v Porodnišnici Ljubljana. V pripravah na izvajanje procesa sem oblikovala vzgojno izobraževalni program in protokol akcijskega uvajanja spremembe. Nalogo sem zastavila v dveh delih. V prvem delu sem spremljala starše v času otrokovega bivanja v porodnišnici, ki so bili sočasno vključeni v program svetovanja in zdravstvene vzgoje. V drugem delu me je zanimalo doživljanje staršev v časovnih točkah približno tri mesece po odpustu otroka domov in eno leto po odpustu domov. Ta del še poteka. V prvem delu sem zastavila raziskovalni problem na štirih ravneh. V tem prispevku bom predstavila drugo raven, to so doživljanja mater in očetov prezgodaj rojenih otrok neposredno po rojstvu njihovega otroka v času spremljanja otroka v Enoti za intenzivno nego in terapijo rizičnih novorojenčkov (v nadaljevanju EINT).

V prispevku bi želela predstaviti spoznanja o doživljanju staršev ostalim zdravstvenim delavcem in delavcem v zdravstvu z namenom, učinkovitejšega spremljanja staršev v krizni situaciji, ki je vse prej kot naklonjena raziskovalčevemu delu. V primerjavi z ostalimi člani zdravstvenega tima in tima zdravstvene nege se v času bivanja v bolnišnici z bolniki najdaljši čas zadržijo medicinske sestre. Med izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege in postopkov diagnostično terapevtskega programa pri bolnikih zberejo pomembne informacije, ki niso neposredno predmet njihovega dela, so pa zelo pomembne za učinkovito timsko spremljanje posameznega bolnika in za učinkovit pretok strokovnih informacij.

### **Kaj utemeljuje potrebe po programu zdravstvene vzgoje in svetovanja za starše prezgodaj rojenih otrok?**

Program zdravstveno vzgojnega svetovanja temelji na programih promocije zdravja. Njihov osnovni namen je izboljšati zdravje ljudi in ne le odpraviti bolezen (Katz in Peberdy, 1997; Macleod, 1993). Za medicinske sestre v bolnišnicah je značilno, da enačijo promocijo zdravja z zdravstveno vzgojo in jo pojmujejo kot dajanje nasvetov bolnikom o zdravju ali pogosteje o bolezni. Področje promocije zdravja je veliko širše od te tradicionalne vloge zdravstvene vzgoje, ki ostaja omejena na enosmerno dajanje nasvetov zdravstvenih delavcev, ki imajo strokovno znanje in s tem moč, uporabnikom zdravstva.

Glavne komponente zdravja kot so socialna, ekonomska in okoljna, ostajajo pogosto izven nadzora posameznika ali celo družbe. Tako je temeljni vidik promocije zdravja v tem, da ima za svoj cilj *dati moč* (empower) posamezniku, mu pomagati k prevzemanju aktivne vloge v soodločanju pri izbiri načina življenja/vedenja, ki vpliva na njegovo zdravje. Svetovna zdravstvena organizacija tako opredeli definicijo promocije zdravja kot proces usposabljanja ljudi, da bi povečali nadzor in izboljšali svoje zdravje (Ewles in Simnett, 1996; Stein, 1997).

Pri ugotavljanju perečih zdravstvenih problemov in nadaljnjem oblikovanju zdravstveno vzgojnega programa imajo med drugimi prednost naslednja področja (Green et al, 1980): zdravstveni problemi, ki imajo za posledico visoko smrtnost, invalidnost, nezmožnost za delo in povzročajo velike ekonomske stroške; zdravstveni problemi, ki prizadenejo matere in otroke. Število prezgodaj rojenih otrok se v Sloveniji giblje okoli 6% na leto (Verdenik in Pajntar, 1998). Ti otroci sodijo zaradi posebnosti v razvoju in nadaljnje zdravstvene obravnave v kategorijo rizičnih novorojencev in rizičnih otrok. Če pomislimo, da spremljata vsakega prezgodaj rojenega otroka vsaj dve odrasli osebi in sta z njegovo usodo čustveno obremenjeni daljše obdobje po porodu, se delež rizične populacije poveča. Spremljanje rizične populacije je za vsako državo drago in predstavlja v programih promocije zdravja ciljno in prednostno področje dela.

Starše prezgodaj rojenih otrok je porod presenetil. Mnogi ne uspejo obiskati programov predporodne priprave v šolah za bodoče starše. Zaradi negotovosti izida sta starša prestrašena in zbegana. Navdajajo ju občutki krivde. Poleg tega, sta sedaj, ko bi najbolj potrebovala drug drugega, ločena; mati je v porodnišnici, oče pa doma, oziroma razpet med domom, ženo in otrokom. V tem obdobju potrebujeta dodatno podporo in svetovanje, ki se razlikujeta od potreb staršev otrok rojenih ob terminu (Brooten, Gennaro, Knapp, Brown in York, 1989).

Čas hospitalizacije otročnice s prezgodaj rojenim otrokom je bistveno daljši, kot čas hospitalizacije otročnice z zdravim donošenim novorojencem. Običajno se materino fizično zdravstveno stanje izboljša že nekaj dni po porodu. Njena psihična vzdržljivost in razpoloženje sta močno povezana s stabilizacijo otrokovega stanja in nihata v času enega dneva. Z zdravstveno vzgojnim programom bi začeli nekaj dni po porodu (v stik

z otrokom naj mati pride že prve ure po porodu), vanj bi vključili skupino staršev, ki se jim je rodil otrok v približno enakem časovnem obdobju. Starša sta v tej situaciji biološko motivirana in močno dovzetna za informacije. Poleg tega je zdravstveno vzgojno izobraževanje dejavnik zoper zmanjševanje anksioznosti, ki jo povzročata negotovost in nepoznanost določenega problema (Comerford Freda, 1998; Melnyk, 1997).

Hospitalizacija matere in prezgodaj rojenega otroka predstavljata v ekonomskem pogledu za bolnišnico velik strošek. Dolžino ležalne dobe skrajšamo s kakovostno zdravstveno nego in zgodnejšimi odpusti domov (Sol in Wilson, 1989). To dosežemo z izobraževanjem staršev, ki bo pospešilo čimprejšnje vključevanje staršev v oskrbo otroka v bolnišnici in zagotovilo, da bodo tako izobraženi in bolj samozavestni starši pravočasno prepoznali otrokove zdravstvene težave po odpustu domov. Obenem bodo izobraženi starši omogočali svojemu otroku kakovosten razvoj v zdravem okolju in tako preprečevali možnost bolezni in njihovih ponovitev.

Cilji zdravstveno vzgojnega programa so lažje dosegljivi, če je delovanje usmerjeno na posameznika in hkrati na njegovo neposredno okolje, ki ga pogosto predstavljajo pomembni drugi. V ta namen je dobro pripraviti *vzporedne programe* zdravstvene vzgoje (Ewles in Simnet, 1996). Na primer, matere, otroke in očete vključimo ob prezgodnjem porodu v osnovni program, za stare starše, otrokove starejše sorojence pripravimo *vzporedni program*. S tem bomo za mater in očeta skušali ustvariti podporno okolje, ki bo spodbujalo nove zdrave oblike vedenja in pomagalo stabilizirati novo vedenje.

### **Namen raziskave in opredelitev raziskovalnega problema**

Namen raziskave je vpeljati spremembo, s pomočjo akcijskega raziskovanja, za izboljšanje kakovosti življenja staršev in prezgodaj rojenih otrok ter zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege. Spremembo predstavlja stalno izvajanje zdravstvene vzgoje in svetovanja staršem prezgodaj rojenih otrok (Bayne in Nicolson, 1993; Davis in Fallowfield, 1993). Starši so bili ves čas otrokovega bivanja v porodnišnici vključeni v program zdravstvene vzgoje za starše prezgodaj rojenih otrok. *Zdravstveno vzgojni program* sem oblikovala na osnovi teoretskih spoznanj promocije zdravja s poudarkom na empowermentu in aktivni vlogi staršev v procesu spremljanja otroka. Upoštevala sem priporočila Svetovne zdravstvene organizacije v Planu do leta 2000 in v navodilih za Otroku prijazno porodnišnico. Izhajala sem iz rezultatov raziskave Preventivni program v terapiji novorojencev, ki ga je leta 1994 oblikovala Velikonjeva (Velikonja, 1994) in sem takrat v njem sodelovala kot medicinska sestra v EINT. Za skupino medicinskih sester sem oblikovala *vzporedni program*. Zdravstvena vzgoja in svetovanje imata na eni strani izobraževalno nalogo, na drugi strani pa spremljanje in psihično podporo staršem (Palmer in McMahan, 1997). Cilj zdravstvene vzgoje je, da vsaka mati že v porodnišnici prevzame aktivno vlogo v spremljanju svojega otroka in na lastno pobudo izraža medicinski sestri in ostalemu osebju vprašanja in dvome, ki jo navdajajo, ter da osvoji znanje, ki ji bo omogočalo pravočasno prepoznavanje nepravilnosti v razvoju njenega otroka in pravočasno poiskanje strokovne pomoči.

Opredelitev raziskovalnega problema je potekala na štirih ravneh:

- preizkusiti program zdravstveno vzgojnega svetovanja v praksi, ga prilagoditi danim okoliščinam in analizirati njegovo uspešnost;
- opazovati doživljanje mater in očetov prezgodaj rojenih otrok od rojstva do odpusta otroka domov;
- ugotoviti, kako vpliva program na izobraženost staršev, na njihovo kritičnost in prevzemanje aktivne vloge v spremljanju otroka;
- ugotoviti, kako se na izvajanje programa in na spremembo odzivajo medicinske sestre in kako so pripravljene sodelovati.

## Metoda

### Udeleženci

#### *Skupina staršev in otrok*

Selekcioniran vzorec so predstavljali vsi starši in njihovi prezgodaj rojeni otroci, ki so bili v času od maja do avgusta 1998 sprejeti v Enoto za intenzivno terapijo in nego rizičnih novorojenčkov Kliničnega oddelka za perinatologijo na Ginekološki kliniki v Ljubljani. Proces sem spremljala od maja do novembra 1998.

Prvotno sem nameravala v nalogo vključiti 20 mater in 20 očetov, vendar, ker sem vsak par spremljala približno tri mesece in so bili v tem času v EINT sprejeti novi starši, ki so se želeli sami vključiti v program, sem zajela tudi te. V program zdravstveno vzgojnega svetovanja sem vključila vse starše in otroke, vključno z otroki s porodno težo nad 2500g in gestacijsko starostjo nad 37 tednov ter vključno z otroki, ki so bili nameščeni v EINT le nekaj dni. Primerjavo vzorca sem naredila z vsemi otroki, ki so se v času procesa nahajali v EINT, to je z 207 otroci in z vsemi otroki, ki so bili v predhodnem letu 1997 sprejeti v EINT, to je s 361 otroci in 322 materami. Za obdelavo podatkov sem izbrala le prezgodaj rojene otroke.

Skupino staršev je tako predstavljalo 33 parov oziroma 33 mater in 27 očetov ter 39 otrok. Šest mater je bilo samskih. Med otroki je bilo pet parov dvojčkov. Matere in očetje so dvakrat izpolnjevali vprašalnik: prvič na začetku ob sprejemu otroka v EINT in drugič zadnji teden pred odpustom otroka domov. Izpolnjen vprašalnik je prvič vrnilo 31 (93,9%) mater in 22 (81,5%) očetov in drugič 27 (81,8%) mater in 15 (55,6%) očetov. Dnevnike so pisale vse matere, v branje jih je dalo 16 (48,5%) mater.

#### *Skupina medicinskih sester*

V akcijsko skupino so bile prvotno vključene tri medicinske sestre iz Enote za intenzivno terapijo in nego novorojenčkov Kliničnega oddelka za perinatologijo na

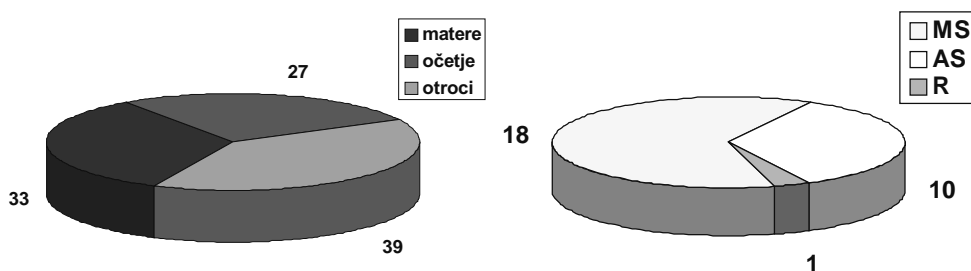
Ginekološki kliniki v Ljubljani in raziskovalka. Zaradi velikega zanimanja medicinskih sester sem skupino razširila na 10 članic stalne skupine, v program pa se je lahko vključilo vseh 28 medicinskih sester, ki so bile v tem obdobju prisotne v EINT (tri medicinske sestre so bile na porodniškem dopustu, ena je bila na bolniški), medicinska sestra, ki je sicer razporejena v otroško ambulanto in tri medicinske sestre iz mlečne kuhinje. Tesneje so v akcijski skupini sodelovale tri medicinske sestre.

### Zbiranje in obdelave podatkov

Za spremljanje procesa zdravstveno vzgojnega svetovanja sem uporabila način *akcijske raziskave* (Urbančič, 1999, 2001). Uporabila sem študijo več vzporednih primerov in analizirala proces s sočasno uporabo kvantitativnih in kvalitativnih metod (Mesec, 1997; Parahoo 1997). Po predhodni pridobitvi soglasij vodstva klinike in etične komisije sem pričela s pripravljanim akcijskega polja. *Akcijsko polje* je predstavljala Enota za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov, natančneje področje zdravstvene nege: interakcija med starši, otrokom in medicinsko sestro/raziskovalko. *Akcijsko skupino* je predstavljala skupina medicinskih sester in sama kot raziskovalka (Urbančič, 1999, 2001).

Za zbiranje podatkov v obsegu celotne raziskave je bilo uporabljeno nestrukturirano opazovanje z udeležbo, vprašalniki za matere in za očete in polstrukturiran intervju za starše, za spremljanje dinamike v EINT je bila uporabljena lista opazovanja za otroka, mater in očeta, dnevniški zapisi refleksij staršev, vprašalnika in zapisi refleksij medicinskih sester ter zapisi refleksij raziskovalke (Denzin in Lincoln, 1994; Parahoo, 1997; Sagadin, 1993, 1995a, 1995b; Strauss, 1995). V tem prispevku bom predstavila rezultate, ki so bili zbrani z vprašalnikoma in so se nanašali na doživljanja staršev ob spremljanju otroka.

Želela bi navesti nekaj spoznanj do katerih sem prišla v času med oblikovanjem vprašalnika. Vprašalnik sem pripravila v namen raziskave. Pri tem sem upoštevala spoznanja pregledane literature in lastne izkušnje oziroma izkušnje in predloge staršev,



Slika 1: Skupina staršev in otrok ter skupina medicinskih sester: akcijska skupina (AS), raziskovalka (R) in ostale medicinske sestre (MS) v EINT.



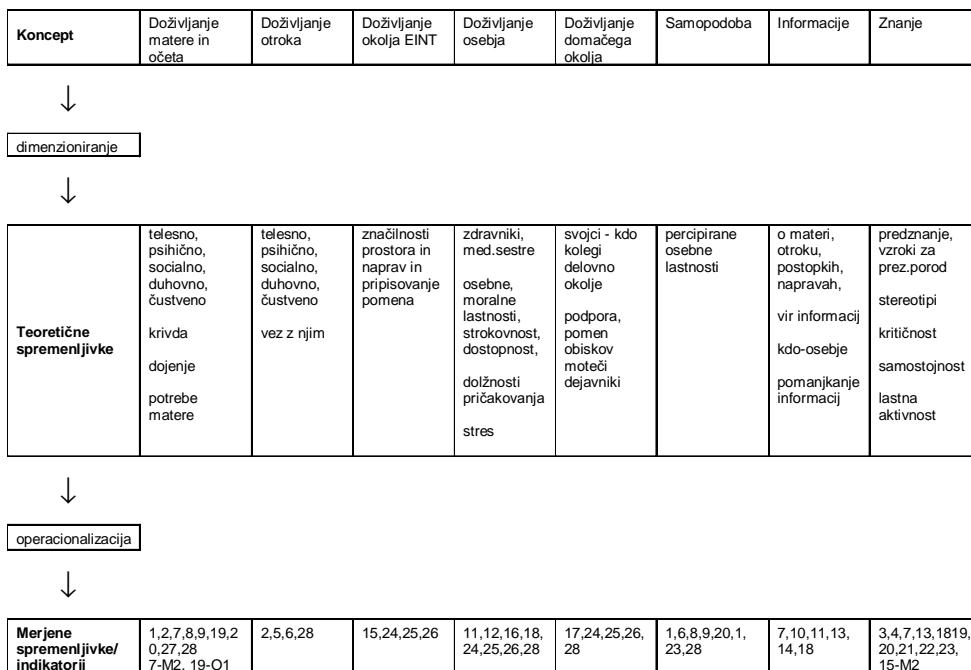
ki so v preteklosti imeli prezgodaj rojene otroke v EINT ljubljanske porodnišnice. Na osnovi tega in na osnovi postavljenih odprtih vprašanj staršem sem oblikovala kategorije in sklope. Vprašalnik sem dala v poskusno reševanje šestim parom in na osnovi njihovih predlogov (predlagali so nekatere kategorije, ki naj jih dodam v doživljanju staršev) oblikovala končno obliko. Poskusno izpolnjevanje vprašalnika je trajalo 25 do 30 minut. Zavedala sem se, da je vprašalnik dolg, vendar sem upoštevala dejstvo, da ko raziskovalec začne z obravnavo problema, ki je kompleksen, težko opazovan in ga spremljajo čustveno zelo obremenilne okoliščine, naj podatke zbere enkratno, celostno in kar najmanj moteče za udeležence. V ta namen sem skušala ravnati čim bolj časovno ekonomično in sem vsebino vprašalnika omejila le na doživljanje staršev. Za ostale podatke, ki so jih zbrali drugi strokovnjaki in službe v porodnišnici, sem uporabila vire porodnega zapisnika, otroškega lista in otrokove dokumentacije. Mnenje teh staršev je bilo, da vprašalnik ni predolg in, da postopno vodi mater ali očeta, da se obenem tudi izpove. To ugotovitev so v poteku raziskave potrdili tudi ostali starši in menili, da jim vprašalnik nudi možnost za kritično izpoved o doživljanju osebja in intenzivne enote in, da deluje nanje vsebina vprašalnika razbremenjujoče in tolažilno v smislu, da se nekdo zanima tudi za mater in za očeta in ne le za otroke.

Vprašalnik sem pripravila v štirih oblikah: posebej za matere neposredno po porodu in pred odpustom otroka domov (M1 je začetni, M2 je končni vprašalnik) in posebej za očete neposredno po porodu in pred odpustom otroka domov (O1 je začetni, O2 je končni vprašalnik). Vprašalnika za matere in za očete se med seboj razlikujeta glede na nekatere posebnosti na primer: doji mati, oče jo pri tem spodbuja; telesno stanje matere spremlja krvavitev, bolečina, slabost, oče je navadno telesno zdrav. Vprašalnika na začetku in na koncu spremljanja procesa se razlikujeta v časovnih pogledih glede na izkušnje in pričakovanja staršev. Vprašalnika sta zajemala 29 vprašanj od katerih je bilo 23 zaprtih in 6 odprtih vprašanj. Zaprta vprašanja so bila pretežno oblikovana v lestvice. Vsebinsko sta bila vprašalnika razdeljena na naslednje sklope doživljanja mater in očetov v času od rojstva do odpusta domov: samega sebe, svojega otroka, osebja v intenzivni enoti, okolja intenzivne enote in domačega okolja. Koncepti so se nanašali še na znanje matere in očeta, informacije, samopodobo. V naslednji tabeli prikazujem proces oblikovanja merjenih spremenljivk.

V vprašalniku sem za začetno oceno stanja uporabila vse v tabeli prikazane koncepte, za nadaljnjo analizo pa sem izločila nekatere merjene spremenljivke in izhajala iz vrednosti Cronbachov alfa večjih od 0.70. To dejstvo bo še posebej potrebno upoštevati v nadaljevanju raziskave pri eventualni tipologiji vprašalnika oziroma posameznih lestvic. Najvišja vrednost koeficienta je bila izračunana pri sklopu doživljanj osebja (0,91) in pričakovanih lastnosti osebja (0,81), najnižja pa pri doživljanju staršev ob prvem stiku z otrokom (0,50).

Začetni vprašalnik so starši izpolnjevali prve štiri do sedem dni po rojstvu otroka (čim je to materino telesno stanje dovoljevalo), končni vprašalnik pa zadnji teden pred odpustom otroka domov. S starši sem pred tem že opravila dva do tri individualna

Tabela 1: Prikaz merskega procesa od teoretičnega koncepta do merjenih spremenljivk (vir: Ferligoj in sod., 1995; Pahor, 1997)



svetovalna pogovora, šele nato sem jih povabila v raziskavo. Zagotovila sem jim, da bodo deležni enake obravnave tudi, če se ne bodo odločili za sodelovanje. Spremni dopis vprašalnika je vseboval kratko obrazložitev raziskave in obrazec za prostovoljno sodelovanje udeleženih oseb. Prve vprašalnice sem razdelila staršem meseca maja 1998, zadnje meseca avgusta 1998 in nato zaključila s spremljanjem vseh staršev meseca novembra 1998. Nabiralnik, ki sem ga pripravila za vračanje vprašalnikov, so starši s pridom uporabili tudi za ostala sporočila, zahvale, pisma. Uporabljajo ga je tudi osebje. Služba zdravstvene nege v Kliničnem centru je sicer pripravila skrinjice za izrekanje mnenj bolnikov, vendar so starši raje uporabili nabiralnik v EINT. Ustrezala jim je njegova bližina in možnost takojšnje trenutne potrebe po izpovedi.

Z uporabo kvantitativnih metod sem analizirala zveze med starši na začetku ob rojstvu otroka in pred vključenostjo v program zdravstvene vzgoje in na koncu pred odpustom domov po zaključenem programu zdravstvene vzgoje. Zanimal me je vpliv programa na znanje in ravnanje staršev in njihovo kritično razmišljanje. S pomočjo kvalitativnih metod sem obravnavala doživljanje staršev v času izvajanja programa in doživljanje medicinskih sester ter njihovo vrednotenje programa. Ker sem spremljala le sedemmesečni izsek procesa v EINT in sem v obdelavo podatkov zajela le 33 parov, sem za predstavitev ozadja celotnega dogajanja v EINT, primerjala moje podatke



s celoletnim poročilom za leto 1997 Oddelka za raziskovalno delo v Porodnišnici Ljubljana.

V obdelavi numeričnih podatkov sem izračunala mere srednje vrednosti. Za ugotavljanje zanesljivosti merjenja sem opravila analizo sklopov spremenljivk po metodi notranje konsistentnosti Cronbachov alfa. Razlike med latentnimi koncepti (doživljanja staršev) v času so predstavljene z grafičnimi predstavitvami 95% intervalov zaupanja za povprečja izbranih latentnih konceptov. Za ugotavljanje razlik sem uporabila statistične metode za male vzorce ( $n < 30$ ). Za analizo razlik med materami na začetku in materami na koncu (M1 in M2) ter očeti na začetku in očeti na koncu (O1 in O2) sem uporabila T-test za odvisne vzorce (paired samples T-test). Za analizo razlik med materami in očeti na začetku (M1 in O1) in analizo razlik med materami in očeti na koncu (M2 in O2) sem uporabila T-test za neodvisne vzorce (T-test groups). Zaradi nekaterih posebnosti v razporeditvi posameznih trditev sem funkcijo za izračun testa posebej definirala. Za analizo odgovorov na odprta vprašanja, dnevniških zapisov in zapisov refleksij sem uporabila kvalitativen pristop po metodi analize vsebine (Denzin in Lincoln, 1994; Mesec, 1997; Pahor, 1995, 1997; Parahoo 1997; Sagadin, 1993; Splichal in Bekeš, 1990; Strauss, 1995; Webb, 1989). V zbranih besedilih sem nekaj tem in kategorij oblikovala že vnaprej, nekaj pa jih je nastalo s sprotnim branjem. Identificirane enote sem preštevala, razporejala na različnih kontinuumih od negativnih do pozitivnih.

## Rezultati z razpravo

V tem delu bom predstavila predvsem kvantitativno obdelane rezultate. Predstavila bom le nekatere koncepte doživljanj staršev zbranih z vprašalnikom za starše, ki sem jih v nekaterih za prakso pomembnejših primerih dopolnila s podatki iz dnevnikov, iz analize odprtih vprašanj in iz spremljanja dinamike procesa. Primerjala sem odgovore med materami na začetku ob rojstvu otroka in ob koncu pred odpustom domov (M1 in M2); podatke med očeti na začetku in na koncu (O1 in O2) ter začetno stanje med materami in očeti (M1 in O1) in končno stanje med materami in očeti (M2 in O2).

### Kako doživljajo starši sami sebe

#### *Trenutno doživljanje staršev*

Z uvodno lestvico trenutnega doživljanja staršev sem želela usmeriti pozornost matere ali očeta v lastno doživljanje in pozornost od otroka k njima. Obenem je imel ta sklop trditev namen, da starša povede v razmišljanje in kritično analizo samega sebe v trenutkih intenzivnega stresa. Zlasti matere so bile v začetni fazi veliko bolj usmerjene na dogajanje v zvezi z otrokom in so zanikale pomembnost lastnega počutja in skrb za lastno zdravje. Matere so najpogosteje izpolnjevale vprašalnik zvečer na svoji postelji

na oddelku za otročnice potem, ko so opravile zadnje črpanje mleka. Navedle so, da so jih trditve v vprašalniku postopno vodile, da so se izpovedale in urejale svoje misli. Zlasti matere so se v vprašalniku pri odprtih vprašanjih obširno razpisale in izpovedale. Zelo pogosto so starši na koncu pripisali svoja mnenja in pohvale ter graje. Slednje so se najpogosteje nanašale na agresivno in nestrokovno ravnanje medicinskih sester. Pogosto so se poleg takih sporočil podpisali in mi vprašalnike osebno vračali. Ta spoznanja me navajajo k ugotovitvi, da potrebujejo starši v težkih trenutkih priložnost za izpoved stisk, ki jih povzročajo žalost, negotovost ali jeza. Obenem potrebujejo možnost, da izrazijo svoja nestrinjanja in napišejo kritiko, ki jo je zanje težje ustno povedati osebju. Če bi starši imeli ves čas možnost odprte linije za izrekanje svojih mnenj, bi to pomenilo ne samo, da bodo kritizirali, ampak, da bodo tudi pohvalili, se zahvalili in podobno. Tovrstna povratna informacija ima velik pomen za motivacijo in zmanjševanje učinkov sindroma izgorelosti, ki je pri medicinskih sestrah zelo prisoten.

Primerjava med materami na začetku in materami ob odpustu je v splošni oceni pokazala, da je telesno, psihično, socialno, čustveno počutje mater pred odpustom otroka domov povprečno višje ocenjeno kot prve dni po rojstvu. V telesnem zdravju mater so se statistično pomembne razlike pokazale v občutenju bolečine in v utrujenosti. Razumljivo je, da so matere prve dni po porodu bolj utrujene in imajo več bolečin. Statistično pomembno se rezultati razlikujejo pri zunanem izgledu mater: prve dni po porodu so matere bolj zaskrbljene glede svoje zunanosti. To je razvidno tudi iz odgovorov na odprta vprašanja in iz analize spremljanja dogajanja v EINT. Matere so to tudi same pogosto izražale. Opazno je, da dlje, ko je mati v porodnišnici, več volje ima za urejanje svojega izgleda, raje so v trenerkah kot v bolniškem perilu ali v pižamah. Ena mati je navedla, da jo je izgled (bolniško perilo, krvavi madeži na srajci) v prvih razgovorih z osebjem zelo motil, saj je bila šibka in nesamozavestna: *Zdravnik je bil v obleki, urejen, jaz pa v krvavi halji, šibka in odvisna od njegovih informacij.*

Matere najbolj skrbi zdravje otroka (bolj kot otroci doma, mož, lastno zdravje). Nakazana je razlika (trend) med večjo zaskrbljenostjo za otroka prve dni kot pred odpustom domov. Zelo se veselijo svojih otrok, so nanje ponosne in močno upajo, da bo z otrokom vse v redu (ocene povprečij nad 4,4 do 5). Visoke ocene povprečij (4,8) so navedle tudi v želji po dojenju. Zaskrbljenost, da ne bi imele mleka, je ves čas približno enako prisotna (3,9 in 3,86). Nekoliko bolj kot same matere so za to, da žena/partnerka ne bi imela mleka bili zaskrbljeni možje. V začetku deluje na matere okolje v intenzivni enoti bolj moteče kot pred odpustom domov (ocene povprečij 2,6 in 2,0, nakazan je trend). Osebjem v intenzivni enoti so matere v obeh primerih v povprečju precej visoko ocenile (4,2 in 4,5).

Primerjava med očeti na začetku in očeti ob odpustu: očetje so pri vseh trditvah dosegali v povprečju nekoliko višje ocene kot matere. Očetje si bolj kot matere same želijo, da bi žena/partnerka prišla domov. Ob koncu si vrnitev žene domov še bolj želijo kot na začetku ob rojstvu otroka. Še bolj kot žena/partnerka se veselijo svojega otroka, bolj so ponosni nanj in povsem zaupajo, da bo z otrokom vse v redu. Naprave

Tabela 2: Primerjava med materami na začetku in koncu ter primerjava med očeti na začetku in koncu - trenutno doživljanje sebe (1 - ne drži; 5 - zelo drži)

	M1/ mean	M2/ mean	M1-M2 T-test	M1-O1 T-test	O1/ mean	O2/ mean	O1-O2 T-test	M2-O2 T-test
01.počutim se v redu	3,78	4,26	0,053 <sup>T</sup>	(0,184)	4,00	4,57	(0,120)	0,055 <sup>T</sup>
02.prepričana sem, da bo vse v redu	4,33	4,46			4,36	4,93	0,088 <sup>T</sup>	0,096 <sup>T</sup>
03.oddahnila sem si, ker je porod mimo	3,64	3,77			4,00	4,50		
04.imam dober apetit po hrani	3,61	3,70		(0,185)	3,22	3,46		
05.imam voljo, da negujem svoje telo in uredim svojo zunanost	4,35	4,57			4,29	4,50	0,082 <sup>T</sup>	
06.ni mi mar, kako izgledam	1,65	1,74			2,14	2,14		
07.počutim se utrujeno	3,25	2,88	0,028*		3,23	3,85		
08.imam bolečine	2,71	1,46	0,001***					
09.sem šibka	2,14	1,81						
10.nelagodno se počutim zaradi svojega izgleda: lasje, telo,spalna srajca	2,78	1,65	0,008**	0,002**				
10.-O nelagodno se počutim zaradi ženinega izgleda: lasje, telo, spalna srajca					1,38	1,31		
11.želim si domov	4,00	4,22						
11.-O želim si, da bi žena/partnerka prišla domov				(0,124)	4,38	4,92	(0,110)	0,094 <sup>T</sup>
12.veselim se svojega otroka	4,96	5,00		(0,162)	5,00	5,00		
13.želim si, da bi dojila	4,83	4,88						
13.-O želim si, da bi žena/partnerka dojila otroka					4,70	4,30		(0,176)
14.skrbi me za otroka	4,74	4,48	0,11 <sup>T</sup>	0,069 <sup>T</sup>	4,67	4,67		
15.skrbi me za otroke in moža doma	3,33	3,07						
15.-O skrbi me za otroke doma				(0,153)	3,60	4,40		
16.skrbi me za moje zdravje	3,21	3,13		0,081 <sup>T</sup>	2,62	3,00		
16.-O bojim se za zdravje žene/partnerke				0,045*	4,58	4,08	0,082 <sup>T</sup>	0,036*
17.skrbi me, če bom imela mleko	3,90	3,86						
17.-O skrbi me, če bo žena/partnerka imela mleko					4,00	3,89		
18.naprave v intenzivni enoti name moteče delujejo	2,61	2,00	0,055 <sup>T</sup>		2,92	3,00		
19.z osebjem v intenzivni enoti sem zadovoljna	4,26	4,52			4,69	4,77		
20.ponosna sem na svojega otroka	4,46	5,00			4,92	5,00		
21.upam, da bo vse v redu z otrokom	4,96	5,00		(0,162)	5,00	5,00		
22.-O počutim se nemočnega					2,29	1,79	0,089 <sup>T</sup>	
23.-O rad bi pomagal					4,92	4,92		
24.-O razpet sem med ženo/partnerko, otrokom in domom					3,75	4,17		
25.-O pogoste vožnje med domom in porodnišnico so napore					3,69	4,31	0,055 <sup>T</sup>	
26.-O otrokom doma težko razložim kaj je z dojenčkom in mamo					2,60	1,80		
27.-O obveznosti doma težko zmorem postoriti					2,08	3,17	0,025*	
28.-O težko si vzamem čas za obisk					2,50	2,75		
stopnja stresa	3,17	4,09	0,000***		3,00	4,00	0,020*	

Opomba: statistične pomembnosti: <0,05 - \*, <0,01 - \*\*, <0,001 - \*\*\* in 0,05 - 0,10 -TREND

v intenzivni sobi na očete v povprečju bolj moteče delujejo kot na matere skozi ves čas spremljanja otroka. Zanimivo, da jih ob koncu bolj motijo kot na začetku ob rojstvu otroka. Pri materah je ravno obratno. Verjetno ima na te ocene vpliv dolžina in

pogostnost stika z otrokom: mati je v primerjavi z očetom več z otrokom, pogosteje ga obiše in pogosteje se vključi v delo z njim. Zdravstveno vzgojni program prvih obiskov staršev k otroku je bil namenjen prav spodbujanju vezi, dotikanju in ljubkovanju otroka. Ta kakovost vezi z otrokom materi omogoča, da se pogosteje usmerja na otroka in nekako odmisli cevke in ostale naprave na njem. To je pomembno spoznanje, ki ga lahko prenesemo na tiste matere, ki manj pogosto obiskujejo svoje otroke v EINT in vzpostavljajo manj kakovostno vez z otrokom, za razliko od mater, ki so ves čas ob otroku. Z osebjem so bili očetje skozi ves čas v povprečju bolj zadovoljni kot matere.

V tem času, ko imajo otroka na EINT se očetje počutijo nemočnega, kar pogosto navajajo v pogovorih, čeprav tu navedena povprečja niso tako nizka; ob rojstvu otroka so bolj nemočni kot proti koncu. Razlika ni statistično značilna, nakazan je trend. Ves čas si očetje močno želijo, da bi pomagali (4,9 in 4,9). Počutijo se razpeti med domom in ženo/partnerko in zanimivo, da se ob koncu počutijo bolj razpeti kot v začetku ob rojstvu otroka. Pogoste vožnje med domom in porodnišnico jih utrujajo: na koncu so bolj utrujeni kot prve dni ob rojstvu otroka - nakazan je trend. Prve dni so očetje otrokom doma težje razložili, kaj se dogaja z dojenčkom in mamo, kot na koncu. Očetje proti koncu čedalje težje zmorejo postoriti vse obveznosti doma kot prve dni. Razlika je statistično značilna. Ob koncu si težje vzamejo čas za obisk kot na začetku. Podobne razloge so navajali očetje, ko so prihajali na obisk k materam. Pogosto so o tem potožile tudi žene, zlasti tedaj, ko so želele, da bi se očetje udeleževali zdravstveno vzgojnega programa. Nekaj mater, ki so dolgo vztrajale hospitalizirane v porodnišnici ob otroku in so se potem (in ne takoj po rojstvu) odločile, da gredo domov, so kot razlog navedle predvsem utrujenost in preobremenjenost moža.

Primerjava začetnega stanja med materami in očeti: statistično značilno se razlikujejo povprečja v doživljanju nelagodnosti zaradi zunanjšega izgleda partnerke: matere se prve dni bolj nelagodno počutijo kot očetje. Ob ponovitvi na večjem vzorcu bi lahko bile domnevno statistično značilne razlike pri trditvi tek po hrani: zanimivo, da navajajo očetje slabši apetit kot matere in to skozi celo obdobje spremljanja. Nakazan je trend, da matere bolj kot očete skrbi za otroka. Po drugi strani pa očete bolj kot matere skrbi za otroke doma. Trend je nakazan v trditvi, kjer matere bolj kot očete skrbi za lastno zdravje. Ta ugotovitev je glede na materino zdravstveno stanje razumljiva. Statistično značilno se razlikujejo rezultati v skrbi za materino zdravje: očete je bolj kot matere strah za zdravje žene/partnerke. Ob ponovitvah na večjih vzorcih bi mogoče dobila domnevne statistične značilnosti v trditvah: želim si domov/partnerka, veselim se otroka, upam, da bo vse v redu z otrokom. V vseh teh trditvah navajajo očetje večja povprečja kot matere.

Primerjava končnega stanja med materami in očeti: statistično značilno se skupini razlikujeta v strahu za zdravje partnerke: ponovno je očete bolj kot matere same, strah za ženino zdravje. Očetje si bolj kot matere želijo, da bi žena prišla domov, bolj kot matere so prepričani, da bo vse v redu. Matere si bolj kot očetje želijo, da bi dojile (4,8 in 4,7). Trenutno ocenjevanje stresa pri sebi: matere ocenjujejo pri sebi v povprečju večjo stopnjo *stresa ob rojstvu* otroka kot pred odpustom domov. Razlika je statistično

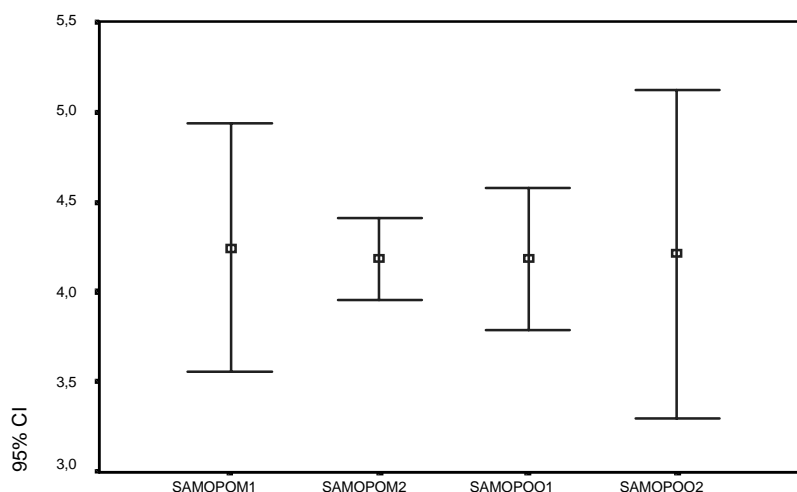
značilna. Enaka je ocena pri očetih in prav tako statistično značilna.

### Samoocene in samopodoba staršev

V tem sklopu so starši podajali samoocene o samostojnosti, lastni sposobnosti, upanju in dejavnikih, ki jih zaznavajo pri sebi in jim pripisujejo odločilen pomen v procesu spremljanja otroka in prevzemanja samostojnosti in lastne aktivnosti.

Primerjava med materami na začetku in materami ob odpustu: v povprečju so samoocene mater ob odpustu iz porodnišnice nekoliko nižje kot v začetku ob rojstvu otroka. Statistično značilne razlike so se pokazale pri oceni gotovosti matere ob vsakem stiku z otrokom: matere so ob odpustu bolj gotove vase kot na začetku. To ocenjujem kot dober pokazatelj in ga pripisujem med drugim vplivu zdravstveno vzgojnega svetovanja. Poveča se tudi samostojnost matere, kar je eden od glavnih ciljev zdravstveno vzgojnega programa. Ob tem moram poudariti tudi spreminjanje ostalih trditev v tej lestvici, namreč, samoocene mater ob drugem merjenju, so v povprečju nižje kot ob rojstvu otroka. Ob tem lahko razmišljamo v smeri večje kritičnosti mater in zavedanja vseh obremenitev staršev ob odpustu otroka domov. Vendar, če se kritičnost staršev povečuje s tem, ko se bližajo odhodu domov, zakaj se potem matere *upajo manj* kot na začetku *spraševati* zdravnike in medicinske sestre, to kar jih zanima? Ob tem je zanimiva tudi ugotovitev, da se matere v drugem merjenju ocenjujejo manj sposobne za izražanje tega kar občutijo v sebi.

Primerjava med očetmi na začetku in očetmi ob odpustu: v primerjavi samoocen očetov je izstopala razlika pri samooceni samostojnosti za negovanje otroka. Če se



Slika 2: Interval zaupanja - primerjava med materami na začetku in koncu ter primerjava med očetmi na začetku in koncu - samopodoba staršev (1 - sploh ne drži; 5 - zelo drži)

matere ob koncu ocenjujejo bolj *samostojne* kot ob rojstvu otroka, je pri očetih ravno obratno. Razlika ni statistično značilna, bi pa utegnila postati ob ponovitvi na večjem vzorcu. Ob koncu se očetje čutijo manj gotovi pri rokovanju z otrokom kot so se čutili ob rojstvu otroka. Ob tem ponovno razmišljam o vplivu programa zdravstvene vzgoje. V veliki večini očetje niso obiskovali programa, zlasti ne tega dela, ki je potekal v skupini. Pogosto je običajen potek dela tak, da se začne v aktivnosti ob otroku najprej vključevati mati in preživi potem z otrokom več časa kot oče. V spremljanju dinamike staršev sem pogosto zabeležila to razliko med materjo in očetom. To je dobro opazno tudi v primerih, ko je prve dni ob rojstvu oče pogosto pri materi in otroku in je celo on tisti, ki mater spodbuja, potem pa oče redkeje ali za manj časa prihaja na obiske (različne delovne obveznosti). Mati tako pridobi prednost pred očetom v samostojnosti, samozavesti, samopobudi pri delu z otrokom. Razmišljanja, kako stalen stik z otrokom in aktivnosti matere ob njem, vplivajo na njeno večjo samostojnost in kritičnost, lahko prenesemo obenem na matere, ki niso deležne kakovostnega stika z otrokom. Zlasti je to opazno v primerih, ko je mati doma in prihaja zaradi velike oddaljenosti bolj poredko na obiske k otroku.

Primerjava začetnega stanja med materami in očetmi: Samoocene med materami in očetmi ob rojstvu otroka so se statistično razlikovale v trditvah: sem dovolj močna/an, da bom to preživel, upam si vprašati zdravnika in medicinsko sestro, to kar želim in v iskanju pomoči v veri. Očetje so se višje ocenili kot matere v trditvi, da so dovolj močni, da bodo to preživali. Očetje si veliko več upajo spraševati kot matere, tako zdravnike kot medicinske sestre. Matere pripisujejo veliko večji pomen veri kot očetje. Matere so bolj kot očetje samostojne v negovanju otroka.

Primerjava končnega stanja med materami in očetmi: statistično značilno so matere ob odpustu domov bistveno bolj samostojne pri negovanju otroka kot očetje. Domnevni razliki sta se pokazali v trditvah: upam si vprašati medicinsko sestro to kar želim- višje so se ocenili očetje in ob vsakem stiku z otrokom se počutim negotovo - bolj negotovi so očetje.

### **Kako so starši doživljali otroka**

#### *Trenutno doživljanje otroka:*

V tem delu so starši s simboli/slikicami ocenjevali otroka: izbrali so simbol s katerim bi najbolje označili počutje otroka tistega dne. V času, ko so matere prvič izpolnjevale vprašalnik, so ocenile svojega otroka statistično značilno višje (boljšega počutja) kot ob odpustu. Enake ocene so podali očetje.

#### *Doživljanje otroka, ko so ga prvič obiskali v EINT*

Primerjava med materami na začetku in materami ob odpustu: videti je stopnjevano zaznavanje mater ob drugem izpolnjevanju vprašalnika pri ocenjevanju otrok. Zdi se, da so se s časovno oddaljenostjo spominjale stresnega prezgodnjega poroda in otroka

še manjšega, še bolj neobgljenega, še bolj posebne barve in podobno. Statistično značilna razlika v doživljanju in spominjanju matere prej in sedaj je nastopila v doživljanju otrokovega steklenega izgleda: v prvem vprašalniku so se spominjale otroka kot steklenega (2,13), v drugem vprašalniku pa to še stopnjevale (2,74). Domnevne razlike bi se na večjem vzorcu lahko pokazale še pri trditvah: bil je *rdeč* in skozi kožo je bila *vidna žilna risba*. Tudi tu se matere po določenem času spominjajo otroka kot še bolj rdečega in s še bolj opazno žilno risbo.

Primerjava med očeti na začetku in očeti ob odpustu: za očete ne morem podati podobne ugotovitve kot pri materah. Očetom se je prvič otrok veliko bolj smilil kot drugič. Razlika je domnevna in bi jo lahko potrdili na večjem vzorcu. V drugem ocenjevanju se jim je zdel veliko bolj rdeč kot prvič in veliko bolj so se bali, da bo umrl kot prvič.

Primerjava začetnega stanja med materami in očeti: statistično značilno so matere v začetku doživljale otroka bolj nemočnega, šibkega in krhkega kot očetje. Materam se je otrok bolj smilil kot očetom - razlika nakazuje trend. Materam se je otrok zdel manjši kot očetom, medtem, ko se je očetom zdel bolj ujet v cevke in naprave kot materam.

#### *Kaj so si starši želeli, ko so prvič obiskali otroka*

Videti je, da so matere s časovno oddaljenostjo od stresnega prezgodnjega poroda, uspele še bolje opredeliti, kaj so si želele, ko so prvič videle otroka: že prvič se je mati spominjala, da se je otroka želela dotakniti, drugič si je to še bolj želela (4,6 in 4,7). Razlike niso statistično značilne, vendar za vedenje v praksi in za pomoč materi ob prvem obisku pomembne. Izražene potrebe matere v drugem ocenjevanju kažejo na še večjo željo, da bi bil pri njej takrat prisoten mož/otrokov oče/partner. Razlike so statistično značilne. Najmočnejše so bile izražene želje, da bi bil ob *materi mož*, da bi se *otroka dotaknila* in da bi otrok *živel*. Pri očetih so bile najmočnejše izražene želje, da bi živel, da bi bila ob njem žena/partnerka, da bi se ga dotaknil in da bi se pogovarjal z medicinsko sestro. Prvič so se očetje spominjali, da so si bolj želeli stikov s svojci. Razlika nakazuje trend. V primerjavi začetnega stanja med materami in očeti bi domnevne razlike lahko nastopile v trditvah: matere so več jokale kot očetje, v večjem povprečju kot očetje so menile, da bi bilo za otroka bolje, če bi umrl in matere so si bolj kot očetje želele govoriti s svojci. V primerjavi končnega merjenja med materami in očeti se statistično značilno veliko več mater kot očetov sedaj ob koncu spremljanja otroka spominja, da so si ga želele dotakniti. Statistično značilno več mater kot očetov si je želelo takrat govoriti s svojimi starši/svojci.

#### *Kako so doživljali sebe, ko so prvič videli otroka v EINT*

Tu navajajo starši zelo podobne odgovore kot v prvi tabeli: matere so bile utrujene, šibke, vrtelo se jim je, počutile so se krivo. Ob koncu so se matere počutile bolj krivo kot v začetku. Nakazana je domnevna razlika, ki bi se na večjem vzorcu lahko potrdila.



Prvič so bile matere bolj prizadete glede svojega izgleda in so si bolj želele domov kot drugič. V teh dveh primerih je nakazan trend. Očetje se v začetku spominjajo, da se jim je bolj vrtelo in so bili šibkejši, ob odpustu pa so za svoje počutje ob tem istem prvem obisku otroka podali nižje ocene - nakazan je trend. Spominjajo se, da so se prvič počutili nelagodno zaradi ženinega/partnerkinega izgleda, ob odpustu to še bolj stopnjujejo - nakazan je trend.

### **Doživljanje osebja v EINT**

V tem delu so starši podajali svoja mnenja o osebnih, moralnih lastnostih zdravnikov in medicinskih sester, o njihovi strokovnosti, dostopnosti za starše in pa mnenja o tem ali so v stresu. Na splošno so starši zdravnike visoko ocenili (od 4 do 5). Medicinske sestre niso tako visoko ocenjene, vendar še vedno visoko (nad 4). V tem prispevku zaradi obsežnosti rezultatov tega vidika ne bom natančneje predstavljala. Nekaj najpomembnejših ugotovitev bom navedla v sklepnem delu prispevka.

### **Doživljanje okolja EINT**

Primerjava med materami na začetku in koncu je pokazala, da delujejo ob koncu številne aparature na matere statistično značilno bolj zastrašujoče kot ob rojstvu otroka. V začetku se matere šele privajajo na intenzivno enoto, vse je novo, informacij je ogromno, vendar so zanje najpomembnejše tiste o otroku. Potem se počasi seznanijo z napravami in jim tudi pripisujejo pomen glede na otroka. Tudi prižiganje alarmov vzbuja v materah večji strah ob koncu kot ob začetku. Razlika je statistično značilna. Matere so v skupini pogosto povedale, da čeprav sedaj poznajo lažne alarme in čeprav njihov otrok že dolgo ni več na napravah, še vedno zelo vznemirjeno in prestrašeno reagirajo. Iz dnevnikov je razbrati, da pripisujejo velik pomen zlasti zvočnim alarmom (najbolj neprijetna jim je *saturacija*), čeprav ima v danem trenutku otrok na sebi pripomoček ali napravo, ki je lahko bistveno bolj nevarna (na primer z vidika okužbe). Nekaj mater je zapisalo in pripisalo velik pomen *venflonki* na otrokovi glavic, čeprav je bil do sedaj otrok na centralnem venskem katetru, ki je zanj veliko bolj nevaren. Vse, kar je na otrokovi glavic se materam zdi zelo boleče in zastrašujoče. Nekaj mater je zapisalo v dnevnik, da je zanje neprijeten in zastrašujoč zvok črpalke za mleko. Spoznanja so pomembna za osebje vključeno v proces spodbujanja laktacije pri materah in za osebje, ki sodeluje pri posodabljanju naprav v intenzivnih enotah. Dve materi sta povedali: - *Sedaj, ko sem začela dojeti, tiste mašine nočem več slišati. Zadnjič sem jo slišala na oddelku in me je kar srh.* - *Kupila sem si raje svojo črpalko, ki je dražja, ampak tiha in prijazna. Tistega zvoka ne prenesem in se ne morem sprostiti.* Po drugi stani pa matere navajajo, da deluje okolje intenzivne enote nanje pomirjujoče, ker vedo, da bodo tu njihovemu otroku res pomagali - nakazan je trend. Matere ob koncu bolj kot na začetku pogrešajo odprto okolje in naklonjeno

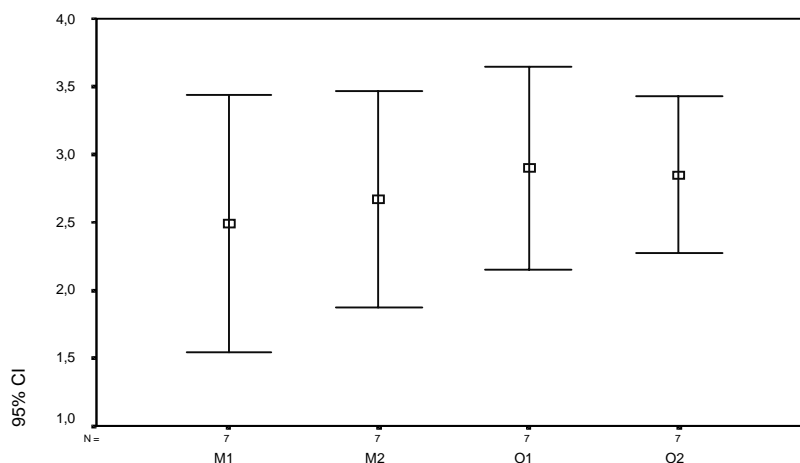
obiskom staršem - nakazan je trend.

Primerjava med očeti na začetku in očeti ob odpustu: očetje na koncu menijo, da nudi okolje premalo zasebnosti, zaradi stalne prisotnosti osebja in steklenih sten. Razlike so statistično značilne. Statistično značilno jih na koncu bolj kot na začetku moti močna svetloba, ki je prisotna 24 ur. Primerjava končnega stanja med materami in očeti: matere v primerjavi z očeti statistično značilno bolj moti prižiganje alarmov in v njih vzbuja strah. V začetku, ko se starši šele navajajo na novo okolje in je to zelo specifično, si verjetno želijo stalno prisotnost osebja. To jim daje med vsemi tistimi napravami občutek varnosti. Pozneje, ko že sami negujejo otroka, pa je zanje dobrodošla prisotnost medicinske sestre v vsakem trenutku, ko potrebujejo podporo. Prepričana sem, da jim medicinska sestra, ki je usmerjena na njihove potrebe, omogoča tudi zasebne trenutke z otrokom. Seveda je za starše zelo moteče, če ravna z njimi osebje nadzirajoče, karajoče, jih omejuje, po drugi strani pa od njih pričakuje, da gredo že čez nekaj dni samostojni domov.

### Doživljanje domačega okolja

Splošne povprečne ocene v tem delu niso prav visoke, gibljejo se od 1,38 do 3,5.

Matere ob odpustu pogosteje kot na začetku ugotavljajo, da obiski v intenzivni enoti dobro vplivajo na sorojence - nakazan je trend. Ta ugotovitev se povezuje z ocenami, ki so jih podali starši, da otrokom doma težko razložijo, kaj se dogaja z mamo in dojenčkom. V zdravstveno vzgojnem svetovanju sem predvidela tudi vsebine na temo, kako pripraviti in razložiti sorojencem prezgodnje rojstvo bratca ali sestrice. Matere so iz izkušenj povedale, da je dobro, če otroke pripeljejo v intenzivno enoto.



Slika 3: Interval zaupanja - primerjava med materami na začetku in koncu ter primerjava med očeti na začetku in koncu - doživljanje domačega okolja (1 - ne drži, 5 - zelo drži)

Prej jih je dobro pripraviti in tudi potem se je potrebno z njimi pogovarjati in jim dati možnost izražanja s pomočjo slik, risb, fotografij. Matere so v zaključku statistično značilno pogosteje kot na začetku navedle, da jih obiski in radovednost kolegov in znancev obremenjuje. Ta problem so matere pogosto izpostavile na skupini in v odprtih odgovorih v vprašalniku. Tudi iz njihovih dnevnikov je razbrati posamezne dneve, ko so jim nezaželeni obiski vskočili med aktivnosti. Matere te obiskovalce razumejo kot vsiljivce, ki bi želeli videti njihovega zelo majhnega otroka, na kar so še posebej občutljive. Moti jih tudi, da prihajajo na ogled intenzivne enote in njihovih *čudežnih* otrok, strokovne delegacije (iz seminarjev), študenti v civilu in večjih skupinah. Ob tem se sklicujejo na hišno pravilo, ki je njihove obiske zelo omejilo zaradi nevarnosti okužb. V skupinah in pri individualnem delu so matere izrazile željo, naj bi bila ustanova tista, ki bi omejila obiske, saj jim same to težko dopovejo. V primerjavi začetnega stanja med materami in očeti, predvsem očetje pogosteje izražajo, da jih domači s svojimi nasveti pogosto obremenjujejo - nakazan je trend.

Ob koncu očetje statistično značilno v večji meri kot matere menijo, da jih svojci obremenjujejo. To ugotovitev so navedle tudi nekatere matere v dnevnikih. Ena mati je podrobno opisala obisk svoje mame: *... cel teden sem se spravljala k sebi in se sproti borim, da moj otrok le ni tako majhen. Danes sem nekoliko boljše, vendar prvo, kar je mama izjavila je bilo, kako je majhen. Raje bi videla, da jih ne bi bilo na obisk.*

V skupini so matere pogosto povedale, kako jih svojci (mame, tašče) obremenjujejo z nasveti glede ustrezne prehrane. Vztrajajo tudi potem, ko jim matere prenesejo navodila, ki jih svetuje osebje v porodnišnici. To seveda starše obremenjuje in vanje vnaša zmedo. Menim, da je najboljši način, prav izobraževanje mater, da bodo imele znanje, same razumevale pomen določenih zdravih vedenj in znale razložiti svoje ravnanje.

## Sklepne ugotovitve in predlogi

Rezultati celotne raziskave so predstavljeni v štirih poglavjih: v prvem sem podrobno predstavila potek akcijskega raziskovanja in uvajanje programa v prakso, v drugem sem predstavila doživljanja staršev, v tretjem vrednotim program zdravstveno vzgojnega svetovanja in v četrtem ugotavljam, kako se nanj odzivajo medicinske sestre (Urbančič, 1999). V tem sklepnem delu bom kratko povzela temeljne ugotovitve doživljanja staršev in pomembna spoznanja za sodelovanje strokovnjakov v praksi.

1. Prezgodnji porod, spremljanje otroka neposredno po tem in okolje intenzivne enote predstavljajo za starše velike telesne in psihične obremenitve. Zelo visoko stopnjo stresa, ki je na začetku višja kot na koncu, podajo starši tudi v samoocenah. Matere so bile v začetku utrujene, imele so bolečine, motil jih je zunanji izgled, zaradi katerega so se počutile nelagodno in podrejeno. Ta

spoznanja naj bi v svoje delo vključevali vsi zdravstveni delavci: zlasti prve dni po porodu in v nadaljevanju v času ohranjanja mleka naj matere ne bi časovno dolgo preobremenjevali v sedečem ali celo stoječem položaju. V prvi fazi, ko je pri starših prisoten upravičen strah pred izgubo otroka (Als, 1986), so starši dovzetni za manjšo količino informacij, ki naj bodo selekcionirane na najnujnejša vedenja o otroku. K boljšemu počutju, ki bi ga materi nudil zunanji izgled, lahko osebje prispeva z upoštevanjem okolja, perila in skrbno izbiro prostora, v katerem bo materi posredovalo informacije. Na spremenjen izgled zaradi bolečine in izčrpanosti matere osebje težje vpliva, lahko pa so zdravstveni delavci usmerjeni na to, da ravnajo s starši spoštljivo, dostojanstveno in se zavedajo, da je neverbalna in verbalna komunikacija v njihovem poklicu del strokovnega področja.

2. Zdravstveno vzgojno svetovanje ima poleg izobraževalne naloge predvsem namen spremljanja in psihične podpore staršem. Razlike samoocen staršev v samostojnosti negovanja otroka, dotikanju otroka in zanesljivosti stika z njim, sposobnosti pravočasnega zastavljanja vprašanj strokovnjakom so nastale predvsem med materami, ki so bile stalno vključene v program in očeti, ki so se vanj vključevali občasno. Matere so tako dobile prednost pred očeti v samostojnosti, samozavesti in samopobudi pri delu z otrokom in v kritičnosti do ravnanja strokovnjakov. Prednosti so se pokazale zlasti pri vključenosti mater v skupinsko obliko dela, ki je sočasno delovala kot skupina za samopomoč. Materam je ostal v spominu otrokov steklen izgled, rdeča barva in žilna risba kože. Očetom se je otrok predvsem smilil, bolj kot materam se jim je zdel ujet v cevke in naprave in ni se jim zdel tako majhen kot materam. Ob koncu so se matere spominjale svojega prvega srečanja z otrokom še bolj potencirano kot ob sprejemu. S časovno oddaljenostjo dobijo boleči dogodki še večjo ostrino. Ta spoznanja sem vključila v program spremljanja staršev. Osebje naj bi bilo nanje še posebej pozorno, zlasti pri načrtovanju prvega obiska matere in očeta pri otroku (Urbančič, 1995,1998).
3. Od osebja pričakujejo starši visoko strokovnost, prijaznost in odkritost pri podajanju informacij. Od medicinskih sester matere pričakujejo, da ob svojem delu sočasno razlagajo in da ne motijo s posegi takrat, ko otrok spi in se hrani. Od zdravnikov pričakujejo enako in menijo, da bi morali staršem omogočiti prisotnost ob otroku zlasti takrat, ko to potrebujejo. Starši so postavljali večje zahteve in pričakovanja za medicinske sestre kot za zdravnike
4. Številne naprave v intenzivni enoti delujejo na začetku na matere zastrašujoče, kasneje se z njimi seznanijo in jim pripisujejo pomen glede na otroka. Še vedno, tudi ob odpustu, so za matere zastrašujoči pripomočki, ki so nameščeni na otrokovo glavico. Za matere je moteč zvok črpalke za mleko, ob katerem se težko sprostijo. V začetku, ko se starši navajajo na novo okolje, jim stalna prisotnost osebja daje občutek varnosti. Pozneje, ko sami negujejo otroka, je

dobrodošla prisotnost medicinske sestre, ki je usmerjena na njihove potrebe in jim omogoča tudi zasebne trenutke z otrokom.

5. Domače okolje in svojci so staršema v pomoč zlasti v začetku, po mnenjih nekaterih staršev delujejo pozneje obremenilno. Matere potrebujejo predvsem podporo in prisotnost moža ter prisotnost ostalih svojih otrok. Osebjem naj bi spremljanje in delo s starši načrtovalo na načine, ki bi kar najbolj omogočali sožitje vseh družinskih članov. Zlasti je to pomembno ob rojstvu prvega otroka, ko se oblikuje mlada družina. Materi in očetu je potrebno omogočiti dovolj zasebnosti in nemoteno prisotnost pri otroku zlasti potem, ko otrokovo in materino stanje to dovoljuje. Zgodnja vključitev v zdravstveno vzgojni program bo materi omogočila pridobitev znanj in ustreznih ravnanj pri otroku, predvsem s področja ohranjanja mleka, ustrezne prehrane, pestovanja otroka. Nadaljnje spremljanje in nudenje podpore materi bo omogočilo stabilizacijo zdravih vedenj in ohranjanje le teh, kljub obremenilnim nasvetom svojcev (mater in tašč).

Metodološki vidiki ugotovitev: kvantitativno ugotavljanje sprememb med materami in očeti v času je pokazalo nekatere statistične razlike v konceptih doživljanja staršev, otroka, okolja intenzivne enote in domačega okolja. Verjetno bi se dalo med določenimi dejavniki ob ponovitvi meritev na večjem vzorcu dobljene domnevne razlike statistično značilno dokazati. Kvalitativna analiza je predstavila bistveno bogatejše in za prakso pomembnejše rezultate pri uvajanju zdravstveno vzgojnega programa. V nadaljevanju raziskave je načrtovana natančnejša analiza dnevnikov staršev in raziskovalke, ugotavljanje razlik in razvrščanje v skupine za nekatere spremenljivke v spremljanju dinamike staršev. Omejitve naloge so predstavljale predvsem specifične okoliščine intenzivne enote, kjer je skrb za življenjske funkcije pri otroku v danem trenutku pomembnejša od raziskovanja. Starši, ki imajo otroka v intenzivni enoti, doživljajo velike emocionalne obremenitve in realen strah pred izgubo otroka. V takih trenutkih je težko presoditi in jih v pravem trenutku povabiti v raziskavo. To pomeni večjo porabo časa in večji osip udeležencev. Intenzivnost dela in izmensko delo medicinskih sester je zahtevalo veliko prilagodljivosti in podvajanja dela.

Ugotovitve raziskave o doživljanju staršev in uvajanju programa zdravstveno vzgojnega svetovanja so uporabne za Enoto intenzivne nege in terapije novorojenčkov v Porodnišnici Ljubljana, za delo s starši v bolnišnici po ostalih pediatričnih enotah, ki si prizadevajo za uresničevanje programov Otroku prijazne bolnišnice in programov Zdravih bolnišnic. Uporabnost rezultatov je pomembna za kontinuiteto zdravstvene nege v patronažni dejavnosti. Metodološki rezultati so uporabni za raziskovalno dejavnost zdravstvene nege, sam program, osnovan na programih promocije zdravja pa za Inštitut za varovanje zdravja in Ministrstvo za zdravstvo.

Seveda je raziskava le del velikih in nikoli zadostnih prizadevanj za izboljšanje kakovosti bivanja v porodnišnici staršev in otrok. Rezultati in vsa prizadevanja izzvenijo, če ni ustreznega sočasnega interdisciplinarnega sodelovanja. Poskus ponovitve popolnoma enake raziskave v naravnem okolju, bi lahko pokazal drugačne rezultate.

Vendar, kdo lahko presoja, da je njegova lastna žalost večja od žalosti drugega posameznika in kdo lahko zanemari enkratnost in neponovljivost posameznikovega doživljanja, pa čeprav v namene raziskave.

## Literatura

- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organisation: Framework for assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 6, 3-53.
- Bayne, R. in Nicolson, P. (ur.) (1993). *Counselling and psychology for health professionals*. London: Chapman & Hall.
- Brooten, D., Gennaro, S., Knapp, H., Brown, L. in York, R. (1989). Clinical specialist pre- and postdischarge teaching of parents of very low birth weight infants. *Journal of Gynaecology and Nursing*, 18, 316-322.
- Comerford Freda, M. (1998). Can patient education help mothers of sick children cope? *Mother and Child Nursing*, 23, 52-56.
- Davis, H. in Fallowfield, L. (ur.) (1993). *Counselling and communication in health care*. Chichester: Wiley.
- Denzin, N.K. in Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative research*. London: Sage.
- Ewles, L. in Simnett, I. (1996). *Promoting health*. London: Bailliere Tindall.
- Ferligoj, A., Leskošek, K. in Kogovšek, T. (1995). *Zanesljivost in veljavnost merjenja [Reliability and validity of measurement]*. Metodološki zvezki 11. Ljubljana: FDV.
- Green, L., Kreuter, M., Deeds, S. in dr. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Katz, J. in Peberdy, A. (1997). *Promoting health. Knowledge and practice*. Houndmills: Macmillan & Open University.
- Macleod Clark, J. (1993). From sick nursing to health nursing: evolution or revolution? V J. Willson-Barnettin J. Macleod Clark (ur.), *Research in health promotion and nursing* (str. 214-231). Houndmills: Macmillan.
- Melnyk, B.M. (1997). Helping mothers cope with a critically ill child: a pilot test of the COPE intervention. *Research Nursing Health*, 20, 3-14.
- Mesec, B. (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2. del [Research methodology of social work part 2]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo.
- Pahor, M. (1995). Raziskovanje na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje in uporabnost kvalitativnih metod [Research in the field of nursing and health education and the use of qualitative methods]. Ljubljana: *Obzornik Zdravstvene Nege*, 29, 107-111.
- Pahor, M. (1997). *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani [Nursing/health promotion students' changes of attitudes and values]*. Doktorska disertacija [Unpublished dissertation]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Palmer, S. in McMahon, G. (1997). *Handbook of counselling*. London: Routledge.



- Parahoo, K. (1997). *Nursing research. Principles, process and issues*. Houndmills: Macmillan.
- Sagadin, J. (1993). Kvalitativna analiza podatkov ob študiji primera [Qualitative data analysis in case study]. *Sodobna Pedagogika*, 44, 115-123.
- Sagadin, J. (1995a). Nestandardizirani intervju [Unstandardized interview]. *Sodobna Pedagogika*, 46, 311-322.
- Sagadin, J. (1995b). Standardizirani intervju [Standardized interview]. *Sodobna Pedagogika*, 46, 102-111.
- Sol, N. in Wilson, P.K. (1989). *Hospital health promotion*. Champaign: Human kinetics books.
- Splichal, S. in Bekeš, A. (1990). *Analiza besedil: statistična obdelava jezikovnih podatkov v družboslovnih raziskavah [Content analysis: Processing of statistical language data in the sociology resarches]*. Ljubljana: FDV.
- Stein, J. (1997). *Empowerment and women's health*. London: Zed books.
- Strauss, A.L. (1995). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Urbančič, K. (1995). Zdravstvena vzgoja staršev nedonošenčka [Health education of parents of premature]. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 29, 127-138.
- Urbančič, K. (1998). Komunikacija s starši prezgodaj rojenih otrok v enoti intenzivne nege in terapije [Communication with parents of premature infants in the intensive care unit]. Ljubljana: *Obzornik Zdravstvene Nege*, 32, 155-166.
- Urbančič, K. (1999). *Zdravstveno vzgojno svetovanje staršem prezgodaj rojenih otrok - akcijska raziskava procesa [Health education counseling for parents of premature infants]*. Magistrska naloga [Unpublished MA thesis]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Urbančič, K. (2001). Teoretična izhodišča in načrt akcijske raziskave procesa zdravstveno vzgojnega svetovanja staršem [Theoretical foundations and plan of action research of the process of health education counseling to parents]. Ljubljana: *Obzornik Zdravstvene Nege*, 35, 5-11.
- Velikonja, V. (1994). *Preventivni program v terapiji novorojencev [The preventive programme in the therapy of newborn infants]*. Doktorska disertacija [Unpublished dissertation]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Verdenik, I. in Pajntar, M. (1998). *Perinatologia Slovenica 1987-1996*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD.
- Webb, C. (1989). Action research: philosophy, methods and personal experiences. *Journal of Advances in Nursing*, 14, 403-410.

Prispelo/Received: 29.05.2001

Sprejeto/Accepted: 28.01.2002