

Vstupní zpráva – výzkumný plán evaluace projektu *Časná identifikace a cílené intervence pro rodiny ohrožené psychosociálním stresem v perinatálním období: realizační fáze*

Leden 2025

1. Úvod – východiska a cíle evaluace

Projekt *Časná identifikace a cílené intervence pro rodiny ohrožené psychosociálním stresem v perinatálním období: realizační fáze* (dále „projekt“) patří mezi komplexní intervence sestávající z několika součástí, u kterých je obtížné určit, zda a do jaké míry jsou v daném kontextu „aktivní“, tj. přispívají k výsledku. Jak demonstruje teorie změny (viz samostatnou přílohu), projekt zahrnuje různé typy činností, chování, strategií a interakcí, přičemž každá součást může přispívat k celkovému účinku. Celý systém, jeho nastavení a funkčnost bude sledovat procesní evaluace. Z hlediska účinku se jako klíčové jeví tři komponenty, na něž se zaměří evaluace dopadová. Jedná se o 1) screening psychických a sociálních stresorů (KA1), 2) službu Koordinátorky podpory (KA2) a 3) certifikovaný kurz pro porodní asistentky (KA3).

Hlavním cílem evaluace je 1) vyhodnotit výsledky a efekty intervence na cílovou skupinu žen po porodu ohrožených psychosociálním stresem, 2) posoudit příspěvek jednotlivých komponent programu (KA1, KA2 a KA3) k celkovému výsledku a 3) popsat a vyhodnotit proces zavádění intervence ve vybraných porodnicích s ohledem na její další šíření.

Konkrétní evaluační otázky a navržené přístupy a metody evaluace pro jednotlivé klíčové aktivity jsou popsány níže.

2. Metodologický rámec evaluace

Pro projekt je plánována úplná evaluace, která bude vedená teorií změny jak na úrovni jednotlivých procesů a jejich výsledků, tak celkového dopadu na cílové skupiny (CS). Metodologicky se bude jednat o multi-arm studii, ve které rozlišujeme jednotlivé větve podle toho, jaká klíčová aktivita bude v dané porodnici probíhat. Tento *blokový design* umožní vyhodnotit efekty jednotlivých komponent intervence a jejich případnou synergii. Spolu s procesním posouzením náročnosti implementace jednotlivých komponent a alespoň hrubým odhadem jejich nákladovosti tak bude možné doporučit účinnou a zároveň ekonomicky hospodárnou variantu pro šíření do dalších porodnic v ČR.

Procesní evaluace bude průběžně hodnotit procesní aspekty zaváděné inovace, což umožní včas identifikovat problémy na úrovni konkrétní porodnice i celého projektu. Bude tak možné upravovat procesy na základě vlastního pozorování a zpětné vazby od jednotlivých CS (ženy po porodu, porodní asistentky), popř. dalších aktérů (management porodnice). Formativní evaluace včas odhalí případné implementační problémy (technické, kapacitní, informační, komunikační, administrativní, etické apod.) a přispěje k jejich efektivnímu řešení. Výsledky procesní evaluace jednak přispějí k ověření teorie změny, jednak umožní optimalizovat nastavení celé inovace s ohledem na její možné rozšíření na celou Českou republiku (*upscaling*).

Dopadová evaluace se zaměří na odhad působení intervence na CS žen po porodu ohrožených psychosociálním stresem. Zde bude kombinována evidence získaná v rámci procesní evaluace s kvalitativními i kvantitativními daty (viz níže).

Za evaluaci projektu nese zodpovědnost *garantka evaluace*, která nastavuje a koordinuje veškeré evaluační aktivity a zpracovává evaluační zprávy. Garantka evaluace odborně vede další členy projektového týmu, kteří budou na evaluaci spolupracovat a informuje ŘO o vývoji projektu a jeho výsledcích.

2.1. Evaluační otázky

Typy evaluace, evaluační aktivity a otázky shrnuje Tabulka 1.

Tabulka 1 Typy evaluace a evaluační otázky

Oblast evaluace	Číslo otázky	Evaluační otázky
Procesní evaluace	1	Jak probíhá spolupráce realizačního týmu s porodnicemi na implementaci jednotlivých komponent projektu?
	2	Jak jsou využívány jednotlivé komponenty projektu (screening, koordinátorka, vzdělávání porodních asistentek) a další podpůrné nástroje (sociální síť projektu)?
	3	Jak probíhá příprava a realizace certifikovaného kurzu pro porodní asistentky (včetně zájmu o kurz a jeho subjektivního hodnocení účastnicemi)?
	4	Jak jsou využívány partnerské zdravotní a sociální služby s prvky case managementu?
	5	Jak se daří zapojovat další aktéry do spolutvorby řešení, sdílení získaných zkušeností a šíření výsledků v zájmu systémového ukotvení kvalitní péče o duševní zdraví žen v perinatálním období?
Dopadová evaluace	6	Zvyšuje certifikovaný kurz kompetence porodních asistentek v oblasti psychosociální podpory rodiček?
	7	Jaký je dopad intervence, resp. jejích jednotlivých komponent, na ochotu CS ohrožených žen po porodu aktivně snižovat rizika psychosociálního stresu (včetně případného snížení vnitřní stigmatizace psychických a sociálních obtíží)?
	8	Jaký je dopad intervence, resp. jejích jednotlivých komponent, na psychosociální stres u CS ohrožených žen po porodu?
	9	Jaký je dopad intervence na kvalitu života a wellbeing u CS ohrožených žen po porodu?

Zdroj: vlastní zpracování

2.2. Procesní evaluace

Procesní evaluace je vedena výše uvedenými evaluačními otázkami (EO), jejichž charakter a příslušné zdroje dat, na nichž bude hodnocení postaveno, popisuje tato kapitola. Procesní evaluace bude mít formativní charakter, zároveň bude sloužit pro ověření teorie změny projektu a vyhodnocení implementačních bariér a facilitujících faktorů intervence s ohledem na možnost jejího budoucího šíření.

EO1: Jak probíhá spolupráce realizačního týmu s jednotlivými porodnicemi na implementaci jednotlivých komponent projektu?

Tato otázka se zaměří na procesní sledování průběhu klíčových aktivit 1 a 2, konkrétně bude sledovat způsob jakým realizační tým spolupracuje při přípravě jednotlivých nástrojů a jejich implementaci v porodnicích. Sběr evaluačních dat bude probíhat průběžně po celou dobu projektu, intenzivněji potom v prvním roce. Vzhledem k předchozí výborné spolupráci realizátora s porodnicemi budeme provádět rychlé ověření spolupráce, které nezatíží personál porodnic. Podrobnější ověření bude nutné pouze v případě zjištěných problémů. Hlavními zdroji dat budou:

- Projektová dokumentace (zápisy ze schůzek, komunikace realizačního týmu) a vytvořené/upravené metodické materiály.
- Polostrukturované rozhovory nebo ohniskové skupiny se členy týmu a vybranými zástupci porodnic (on-line či osobně).

EO2: Jak jsou využívány jednotlivé komponenty projektu (screening, koordinátorka) a další podpůrné nástroje (sociální síť projektu)?

Bude nastaven průběžný monitoring všech klíčových i podpůrných nástrojů, abychom mohli vyhodnotit případné problémy při jejich využívání a operativně na ně reagovat. Výsledky této evaluace budou jednak průběžně předávány realizačnímu týmu, jednak poslouží pro dopadovou evaluaci. Hlavními zdroji dat budou:

- Statistiky o počtu zaslaných a vyplněných screeningů
- Statistiky o kontaktech koordinátorek
- Statistiky o návštěvnosti sociálních sítí projektu

EO3: Jak probíhá příprava a realizace certifikovaného kurzu pro porodní asistentky (včetně zájmu o kurz a jeho subjektivního hodnocení účastnicemi)?

Tato otázka sleduje implementaci KA3 a způsob, jakým je kurz připravován a nabízen. Dále budeme vyhodnocovat zájem porodních asistentek o CK a spokojenost účastnic tohoto kurzu. Sběr evaluačních dat bude probíhat od zahájení dané klíčové aktivity až do ukončení kurzu. Hlavními zdroji dat budou:

- Projektový monitoring – data o zapojení CS, účasti na vzdělávacích aktivitách atd.
- Polostrukturovaný dotazník spokojenosti účastnic CK
- V případě potřeby polostrukturované rozhovory nebo ohniskové skupiny se zástupci zapojených porodnic (on-line/osobně podle potřeby)
- Polostrukturované rozhovory se členy týmu zodpovědnými za danou aktivitu (on-line/osobně)

EO4: Jak jsou využívány partnerské zdravotní a sociální služby s prvky case managementu?

Pro dosažení cílů projektu je zásadní, aby CS opravdu využívala nabízené sociální a zdravotní služby. Proto budeme v rámci možností sledovat, zda a v jaké míře ohrožené ženy o služby žádají a zda jsou jim opravdu poskytnuty. Vzhledem k povaze intervence *není realizátor za poskytování těchto služeb odpovědný* a bude tak mít i omezený přístup k těmto údajům. Nicméně v rámci dohodnuté spolupráce bude vyžadována součinnost a alespoň agregovaný přehled o využití služeb. Popř. bude alespoň v minimálním rozsahu získávána od samotné CS ohrožených žen.

EO5: Jak se daří zapojovat další aktéry do spolupráce řešení, sdílení získaných zkušeností a šíření výsledků v zájmu systémového ukotvení kvalitní péče o duševní zdraví žen v perinatálním období?

Tato EO vyhodnotí naplnění aktivity směřujících k advokacii a zajištění šíření výsledků projektu. Jedná se především o míru naplnění advokační strategie, konkrétně např. zapojování do databází služeb, spolupráce s aktéry na vytváření řešení, šíření skrze odborné akce apod. Z evaluačního hlediska budou informace zjišťovány v rámci monitoringu, zúčastněným pozorováním (např. u odborných akcí) a rozhovory s realizačním týmem a relevantními aktéry.

2.3. Dopadová evaluace

Hlavní metodou pro odhad dopadu intervence bude kontrafaktuální evaluace na úrovni CS porodních asistentek (EO6) a ohrožených žen (EO7 až EO9).

EO6: Zvyšuje certifikovaný kurz kompetence porodních asistentek v oblasti psychosociální podpory rodičů?

Tato EO se zaměří na vyhodnocení dopadu CK na kompetence porodních asistentek. Vzhledem k povaze vzdělávací aktivity bude evaluace probíhat na základě krátkého testu, který prověří kompetence CS před kurzem a po kurzu (bez kontrolní skupiny). Test bude administrován všem účastníkům CK prostřednictvím e-learningové platformy Moodle.

EO7: Jaký je dopad intervence, resp. jejích jednotlivých komponent, na ochotu CS ohrožených žen po porodu aktivně snižovat rizika psychosociálního stresu (včetně případného snížení vnitřní stigmatizace psychických a sociálních obtíží)?

EO8: Jaký je dopad intervence, resp. jejích jednotlivých komponent, na psychosociální stres u CS ohrožených žen po porodu?

EO9: Jaký je dopad intervence na kvalitu života a wellbeing u CS ohrožených žen po porodu?

Pro zodpovězení těchto tří EO bude proveden kvazi-experiment s kontrolní skupinou zaměřený na odhad dopadu intervence na chování CS ohrožených žen po porodu a jejich duševní zdraví a wellbeing. Na úvod je nutné zdůraznit, že pouze jedna z těchto kategorií dopadu – ochota CS ohrožených žen po porodu aktivně snižovat rizika psychosociálního stresu (EO7) – se nachází v oblasti kontroly realizátora projektu (viz Teorie změny v příloze 2). Realizátor vychází z dostupné evidence a předchozích zkušeností z práce s CS žen po porodu a zná její potřeby. Budeme tedy ověřovat, zda dokázal navrhnout vhodný způsob intervence, který povede k tomu, že se ohrožené ženy budou aktivizovat a vyhledají pomoc. Není již však v moci realizačního týmu zdravotní a sociální služby poskytovat, kontrolovat či garantovat jejich dostupnost a kvalitu. Může pouze doporučovat ověřené poskytovatele, se kterými již spolupracoval v inkubační fázi. Volba konkrétní služby je také plně na straně CS. Přesto však chceme v rámci projektu tyto dopady sledovat, protože představují konečný cíl celého projektu. Zároveň nám evaluace umožní upozornit na případné nedostatky v kvalitě či dostupnosti těchto služeb.

Jak již bylo naznačeno výše, metodologicky se jedná o multi-arm studii, ve které rozlišujeme čtyři ramena podle toho, jaká klíčová aktivita bude v dané porodnici probíhat. Aktuálně je dohodnuta účast 35 porodnic s tím, že do konce roku 2025 očekáváme přibližně 40 zapojených porodnic. Ve všech spolupracujících porodnicích bude nastaven screening psychických a sociálních stresorů v tzv. *pasivní variantě* (KA1). Ženy, které jsou po porodu ohrožené zvýšeným psychosociálním stresem jsou o tomto riziku informovány a získají kontakty na služby.

První větev studie tvoří kontrolní skupina porodnic ($n \approx 24$), které budou pokračovat v dosavadním pasivním screeningu. Ve druhé větvi budou porodnice s Koordinátorkou podpory (KA2), která k pasivnímu screeningu přidá aktivní podporu při zvládání obtíží včetně případného doporučení do partnerských služeb ($n \approx 4$). Třetí větev přidává ke screeningu intervenci v podobě porodních asistentek (KA3), vyškolených v rámci certifikovaného kurzu ($n \approx 4$). V porodnicích, kde bude probíhat KA3, očekáváme oproti běžnému screeningu přesnější záchyt ohrožených pacientek a jejich okamžitou a intenzivnější podporu hned v porodnici. Součástí této aktivity je také validace screeningu, která zahrnuje reportování, osobní intervence, následné kontrolní návštěvy, základní psychosociální intervence a síťování. Oproti koordinátorkám podpory očekáváme, že u porodních asistentek dojde k přímějšímu kontaktu a větší důvěře ze strany pacientek, zejména během omezeného času stráveného v porodnici. Díky proškoleným porodním asistentkám bude možné efektivněji identifikovat a podporovat ženy, které potřebují pomoc, a poskytnout jim nezbytnou péči i po opuštění zdravotnického zařízení. Zároveň je ale potřeba zdůraznit, že vrchol poporodní deprese často nastává až po propuštění z porodnice, takže KA2 a KA3 se doplňují.

Proto jsou poslední čtvrtou větví porodnice, kde působí jak koordinátorky podpory, tak vyškolené porodní asistentky, tj. kombinace KA2 a KA3 ($n \approx 4$). Počty porodnic v jednotlivých ramenech studie budou upřesněny v průběhu roku 2025 podle kapacit projektu (to se týká především porodních asistentek, u kterých mají kurzy teprve proběhnout). V průběhu tohoto roku se také bude implementace jednotlivých klíčových aktivit upravovat podle potřeb porodnic a pilotovat její funkčnost (aktuálně např. možnost propojení screeningu přímo s Národním screeningovým centrem ÚZIS). Odladěná a kapacitně naplněná intervence potom bude v roce 2026 „zafixována“ a rigorózně vyhodnocen její dopad pomocí blokového designu, který shrnuje tabulka 2.

Tabulka 2 Ramena studie podle klíčových aktivit od ledna 2026 do června 2027

	Screening (KA1)	Koordinátorka (KA2)	Porodní asistentka (KA3)
KS ($n \approx 24$)	X	–	–
IS1 ($n \approx 4$)	X	X	–
IS2 ($n \approx 4$)	X	–	X
IS3 ($n \approx 4$)	X	X	X

Zdroj: vlastní zpracování

Výběr porodnic bude záměrný s cílem sestavit intervenční skupiny s co nejpodobnějším profilem porodnic z hlediska jejich velikosti a geografického rozložení. Srovnávány budou výsledky před a po intervenci, a to jak mezi jednotlivými intervenčními skupinami, tak se skupinou kontrolní (*difference-in-differences*).

Vzhledem k velikosti KS zvažujeme také možnost doplnit DiD popsany výše o studii, která by porovnávala jednotlivé intervenční větve na individuální úrovni pomocí *propensity score matching* (PSM). Pokud by se navíc podařilo propojit naše data s ÚZIS, mohli bychom dokonce porovnávat

výsledky s porodnicemi, kde neprobíhá ani screening. Tyto možnosti nicméně považujeme za doplněk hlavní studie a bude ověřeny teprve v průběhu roku 2025.

Co se týče časového harmonogramu na individuální úrovni, ženy z CS budou do studie vstupovat průběžně (*rolling enrolment*) po celou dobu projektu, resp. klíčové aktivity v dané porodnici. Všechny ženy po porodu ve všech zapojených porodnicích dostanou možnost projít screeningem. Část z nich screening vyplní a pouze ženy s rizikovým profilem budou e-mailem vybídnuty k vyhledání pomoci. Těchto účastnic studie očekáváme řádově vyšší tisíce s tím, že většina z nich projde pouze pasivním screeningem. Tuto skupinu budeme považovat za kontrolní, přestože *de facto* také obdrží pobídku. Nicméně považujeme za neetické, aby ohrožené ženy z CS byly o riziku pouze informovány a nebyla jim nabídnuta pomoc alespoň v podobě kontaktů na pomáhající organizace.

Samotná intervence nebude časově omezena a účastnice jí mohou čerpat v průběhu celého projektu. Naopak pro měření bude rozhodující doba, kdy účastnice vyplní první screening (T0), což bude typicky jeden až dva dny po porodu. V případě vyššího rizika psychosociálního stresu bude účastnice vyzvána k vyplnění screeningu za další tři měsíce (T1) a za jeden rok (T2). Tato období byla stanovena na základě zkušenosti realizačního týmu s ohledem na obvyklý průběh poporodní deprese. Ta se v některých případech projeví v rádech dnů až týdnů, vrcholu dosahuje přibližně 3 měsíce po porodu a odeznívá do jednoho roku. Ve složitějších případech (např. domácí násilí) může dojít k výraznějšímu zpoždění. Lze nicméně očekávat poměrně vysoký drop-out ze studie, který bude potřeba ošetřit z hlediska systematické úmrtnosti.

Sběr dat bude probíhat elektronicky skrze již existující řešení provozované NÚDZ (popř. skrze Národní screeningové centrum ÚZIS). Hlavní sledované proměnné jsou depresivní symptomy měřené Edinburskou škálou (zlatý standard pro měření přítomnosti symptomů duševních obtíží po porodu, nástroj byl námi validován na české populaci) a přítomnost a závažnost psychosociálních stresorů (otázky identifikovány na základě rozhovorů s ženami a s organizacemi z oblasti sociálních služeb). Tyto nástroje byly ověřeny v inkubační fázi. V rámci šíření zvažujeme využití validovaných proměnných pro wellbeing (WHO-5)¹ a kvalitu života, popř. další relevantní proměnné jako je spokojenost s poskytnutou péčí a soc. službami. Jsme si nicméně vědomi, že rozšíření screeningového dotazníku o tyto položky nesmí ohrozit ochotu účastnic studie dotazník vyplnit.

Co se týče měření kvality života, je nutné si uvědomit, že porod představuje významný zásah do života (nejen) rodičky. Standardní škály tak v prvních dnech a týdnech po porodu nedávají příliš smysl (např. položky týkající se práce nebo sexuálního života, popř. společenského života nebo využití volného času). V týmu tedy budou v průběhu roku 2025 diskutovány (a případně pilotovány) různé možnosti měření kvality života po porodu. Mimo jiné budeme vycházet ze studie Hendrych Lorenzové a kol., která se touto otázkou zabývala a jednotlivé škály shrnuje (viz tabulka 3).²

1 Dotazník se skládá z 5 položek a je navržen pro měření aktuálního subjektivního wellbeingu. Položky se týkají pozitivních nálad a myšlenek, vitality a zájmu o život během posledních dvou týdnů. Respondenti hodnotí každou položku na škále od 0 (nikdy) do 5 (vždy), což umožňuje maximální skóre 25. Vyšší skóre indikuje lepší subjektivní wellbeing. WHO-5 je jednou z nejvíce používaných škál pro hodnocení wellbeingu a má vysokou senzitivitu a specifitu pro detekci depresivních poruch.

² Hendrych Lorenzová, E., Bártlová, S., & Ratislavová, K. (2019). The quality of life of women in puerperium—The introduction of the Mother-Generated Index (MGI) questionnaire. *Kontakt*, 21(2), 164–171. <https://doi.org/10.32725/kont.2019.016>

Tabulka 3 Charakteristiky vybraných nástrojů pro hodnocení kvality života žen v šestinedělí

Nástroj/Země původu	Specifické pro šestinedělí	Počet a obsah položek	Metoda odpovědí	Typ dotazníku/Metodologie
SF-36 (Short-Form 36) / USA	Ne	8 dimenzí života: Fyzická omezení, fyzická bolest, obecné zdraví, vitalita, sociální funkce, emoční problémy, duševní zdraví	Škálování	Standardizovaný generický dotazník
SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) / Irsko	Ne	5 životních cílů: Úroveň spokojenosti v životních cílech v %, posouzení důležitosti cílů od 0 do 100 %	Strukturovaný rozhovor	Subjektivně vnímaná kvalita života/Rozhovor
WHOQOL-BREF / Švýcarsko	Ne	24 položek ve 4 doménách a 2 individuální položky	Škálování	Standardizovaný generický dotazník
MAPP-QoL (Maternal Postpartum Quality of Life) / USA	Ano	41 položek, 4 domény: zdraví, socio-ekonomické faktory, psychologicko-spirituální aspekty, rodina	2 části dotazníku (Likertova škála): Hodnocení spokojenosti a stanovení důležitosti oblasti života	Standardizovaný generický dotazník
PNMI (Postnatal Morbidity Index) / Velká Británie	Ano	3 sledované domény: fyzická morbidita ženy, fyzická morbidita dětí, vztah matky k dítěti	Dotazník s následujícími položkami: typ poranění po porodu, léčba poranění, počet rehospitalizací a jejich příčiny	Standardizovaný generický dotazník

MAMA (Maternal Adjustments and Maternal Attitude) / Velká Británie	Ano	60 položek dotazníku, 5 subškál: vzhled těla, fyzické symptomy, sexualita, vztah s dítětem, vztah s partnerem	Škálování	Standardizovaný generický dotazník
MGI (Mother-Generated Index) / Velká Británie (Skotsko)	Ano	Maximálně 8 oblastí života, žádné domény, pouze příklady odpovědí	Odpovědi respondentek	Smíšený dotazník s prvky individualismu

Zdroj: Hendrych Lorenzová, E., Bártlová, S., & Ratislavová, K. (2019). The quality of life of women in puerperium—The introduction of the Mother-Generated Index (MGI) questionnaire. *Kontakt*, 21(2), 164–171. <https://doi.org/10.32725/kont.2019.016>

V tabulce nejsou zahrnuty i další zvažované nástroje jako Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, zkrácená verze) nebo AQoL (Assessment of Quality of Life), který byl realizačním týmem využit v předchozích studiích.

Další oblastí, kterou budeme sledovat, je využití psychosociální péče a spokojenost CS s poskytnutou péčí. Respondentkám bude předložen seznam služeb s otázkou na to, zda některou z nich využívají a pokud ano, do jaké míry jsou s ní spokojené. Také položíme otevřenou otázku, která umožní klientkám případně sdílet své zkušenosti a navrhnout změny. Aktuálně zahrnujeme následující služby, jejich konečná podoba se však může v průběhu projektu změnit.

- Telefonní krizová linka (např. Linka důvěry)
- Psychologická nebo psychoterapeutická podpora
- Poradenské služby v oblasti rodičovství (vzdělávání a rozvoj rodičovských dovedností, zvládání stresu apod.)
- Krizová pomoc rodinám a sociálně-právní poradenství
- Komunitní centra nebo mateřská centra (prevence sociální izolace a komunitní podpora)
- Podpora zaměřená na domácí násilí (např. poradna Bílého kruhu bezpečí, azylové domy, právní podpora)
- Podpora při hledání finanční nebo materiální pomoci
- Jiná (prosím, specifikujte): _____
- Nevyužívám žádné z výše uvedených služeb

Poslední relevantní otázkou je problematika vnitřní stigmatizace psychických a sociálních obtíží, kterou chce intervence snižovat. Vzhledem k tomu, že měření stigmatizace pomocí položek dotazníku není realistické (navýšení dalších položek by významně snížilo návratnost), navrhuje měřit dopad intervence na základě srovnání ochoty rodiček v IS a KS vyhledat pomoc, popř. srovnání rozdílů mezi IS1 až IS3 (vliv koordinátorkou podpory, PA a jejich synergie). Další zvažovaná varianta je zařazení samostatné baterie do dotazníku místo některé ze škál na kvalitu života. Tuto změnu bychom provedli

až od roku 2027, kdy budeme mít sebraná data za celý rok 2026. Také je možné provést ex-post kvalitativní rozhovory s vybranými respondentkami.

3. Přehled výzkumných metod sběru a analýzy dat

3.1. Analýza projektových monitorovacích dat a projektové dokumentace

Analýza monitorovacích dat projektu a projektové dokumentace je z hlediska efektivity i hospodárnosti vždy výchozí metodou pro zodpovězení evaluačních otázek v procesní i dopadové evaluaci. V případě monitoringu se v našem případě bude jednat o data sledující zapojení porodnic, zapojení CS do screeningu, data sledující účast porodních asistentek na CK, data sledující využití koordinátorek podpory, spolupracujících služeb a také data o komunikaci výsledků projektu. Všechna monitorovací data budou v průběhu projektu sbírána příslušnými členy projektového týmu a průběžně předávána k evaluaci.

Také veškeré relevantní projektové dokumenty včetně odborných a vzdělávacích výstupů budou ze strany RT evaluátorům průběžně předávány. Z tematického hlediska půjde zejména o dokumentaci zachycující:

- proces a výsledky spolupráce realizačního týmu se zapojenými porodnicemi na implementaci jednotlivých komponent intervence,
- proces přípravy a realizace CK pro porodní asistentky,
- proces oslovování a spolupráce projektu s návaznými službami pro ohrožené ženy a
- proces komunikace a šíření výstupů a výsledků projektu.

3.2. Polostrukturované rozhovory a ohniskové skupiny

Smyslem rozhovorů v rámci této evaluace je ověřit a doplnit informace sekundárního charakteru z projektové dokumentace a monitoringu a také proniknout hlouběji do problematiky intervence a perspektivy realizátora projektu, jeho cílových skupin a dalších aktérů. Jedná se o významný zdroj kvalitativních dat pro řešení všech otázek procesní i dopadové evaluace. Rozhovory budou vedeny jak se členy odborného projektového týmu, zejména s garantem projektu a zástupci klíčových aktivit, tak i s CS a dalšími zapojenými aktéry.

Při polostrukturovaném rozhovoru se zpravidla používá seznam otázek nebo okruhů témat s definovanou strukturou, které mají být pokryty, ale pořadí a konkrétní formulace otázek může být přizpůsobena aktuálnímu průběhu rozhovoru. Tato metoda umožňuje přizpůsobit otázky konkrétním situacím nebo tématům, která během rozhovoru vyvstanou. Evaluátor tak může rozšířit otázky podle odpovědí respondenta, což podporuje otevřenější a přirozenější konverzaci. Navíc tak lze získat detailnější vhled do postojů respondentů.

Součástí této vstupní zprávy je rámcový harmonogram a frekvence rozhovorů (viz kapitola 4), nicméně přesný časový plán rozhovorů bude stanoven až v průběhu projektu v souladu s vývojem projektových aktivit.

Rozhovory budou připravovat evaluátoři. Pro všechny rozhovory budou zpracovány scénáře a definovány okruhy témat a subtémat. Provedené rozhovory budou zaznamenávány na diktafon a vyhodnoceny. Se všemi získanými daty bude nakládáno v souladu s pravidly ochrany osobních údajů a Etickým kodexem České evaluační společnosti.

Možnou alternativou individuálních rozhovorů bude při evaluaci metoda ohniskových skupin. Jedná se také o kvalitativní metodu sběru dat prostřednictvím moderované diskuse 6-12 účastníků v délce 1 až 3 hodin. Jejím prostřednictvím mohou být získávány informace k evaluačním otázkám EO1 až EO5. Skupinová dynamika nám pomůže odhalit zkušenosti a perspektivy, jaké by mimo skupinovou interakci nebyly dosažitelné. Díky vzájemnému myšlenkovému podněcování budou účastníci konfrontováni s názory a postoji druhých, což v nich vyvolá potřebu vyjádřit svůj pohled na dané téma.

Ohniskové skupiny budou v případě potřeby dle připraveného scénáře moderovat evaluátoři s cílem co nejméně do diskusí zasahovat, pouze je usměrňovat. Ohniskové skupiny budou se souhlasem účastníků nahrávány, případně bude jejich obsah písemně zaznamenáván. Rámcový harmonogram fokusních skupin je součástí kapitoly 4, nicméně přesné časování a počty skupin budou stanoveny až dle vývoje jednotlivých aktivit projektu.

3.3. Zúčastněné pozorování

Tato metoda je do evaluace zařazena, jelikož úspěch dalšího šíření a možného systémového ukotvení psychosociální podpory žen v prenatálním období je závislý nejen na výsledcích v terénu, ale rovněž na efektivní komunikaci řešení mezi stakeholdery. Komunikační aktivity budou zastřešeny advokační strategií projektu a relevantních akcí se budou v roli pozorovatelů účastnit také evaluátoři. Průběh každého pozorování bude zaznamenáván na záznamové archy, následně vyhodnocován a použit při zpracovávání příslušných evaluačních otázek, zejména EO5.

3.4. Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření bude v tomto projektu součástí procesu vzdělávání porodních asistentek. Bude se jednat o jednoduché zpětnovazební šetření spokojenosti. Dotazník bude mít elektronickou formu, poběží na platformě Moodle a bude jednotlivým účastnicím rozeslán bezprostředně po ukončení CK. Jeho smyslem je získat bezprostřední reflexi k proběhlému vzdělávání a předat ji tvůrcům a lektorům CK.

Screeningové dotazníky budou dále použity jako nástroj sběru dat pro měření dopadu projektové intervence (jejích jednotlivých komponent) na chování CS ohrožených žen po porodu a jejich duševní zdraví a wellbeing. Podrobné informace k designu dotazníku a způsobu realizace šetření jsou součástí kapitoly 2.3. věnované dopadové evaluaci.

Rámcový harmonogram všech dotazníkových šetření obsahuje kapitola 4. Přesný harmonogram bude nicméně stanoven až v průběhu projektu spolu s reálným vývojem zapojování porodnic a vzdělávání porodních asistentek.

4. Rámcový harmonogram evaluace

Tabulka 4 Rámcový harmonogram evaluačních aktivit

Analýza projektových monitorovacích dat a projektové dokumentace	Průběžně po celou dobu projektu
Polostrukturované rozhovory se členy týmu (reflexe vývoje projektu a jeho aktivit)	Několikrát za projekt - cca 2x za rok
Polostrukturované rozhovory nebo ohniskové skupiny se zástupci zapojených porodnic a dalších relevantních aktérů problematiky	Dle potřeby – minimálně 2x za projekt

Testování účastnic CK (bez kontrolní skupiny)	Vždy před a po CK – online (Moodle)
Dotazníkové šetření spokojenosti účastnic CK	Vždy po ukončení CK – online (Moodle)
Kvazi-experimentální screeningové dotazníkové šetření žen v prenatálním období (3 intervenční a 1 kontrolní skupina porodnic)	Průběžně při vstupu rodiček do porodnic (T0 – do 2 dnů po porodu, T1 – 3 měsíce po porodu a T2 – 1 rok po porodu)
Zúčastněné pozorování (zejména odborných akcí projektu)	V průběhu celého projektu – dle kalendáře odborných akcí

5. Výstupy evaluace

Kromě tohoto dokumentu – Vstupní zprávy – výzkumného plánu evaluace projektu, který je standardně podrobně zpracováván v prvních měsících realizace, bude přibližně ve dvou třetinách délky projektu zpracována **Průběžná evaluační zpráva**. Obsahovat bude zejména procesní zjištění týkající se celkového vývoje a řízení projektu a jeho hlavních intervenčních aktivit. Také bude reflektovat první vlnu výsledků dopadové evaluace týkající se hlavních komponent intervence (screeningu, působení koordinátorek a vzdělávání porodních asistentek v porodnicích) a v té souvislosti i aktuálnost původní teorie změny, která bude pravděpodobně s prvními výsledky revidována.

V závěru celého projektu bude zpracována **Závěrečná evaluační zpráva**, která shrne výsledky veškerého sběru dat s důrazem na dopady jednotlivých komponent intervence na chování CS ohrožených žen po porodu a doplňkově i na jejich duševní zdraví a wellbeing. Všechny výsledky budou ve zprávě podrobně diskutovány rovněž s ohledem na vývoj advokacie usilující o systémové ukotvení kvalitní péče o duševní zdraví žen v perinatálním období napříč ČR.

Vedle těchto spíše formálních výstupů bude s relevantními evaluačními zjištěními a výsledky pochopitelně pracovat celý projektový tým jak v rámci svých advokačních aktivit, tak i odborné publikační činnosti.

6. Limity a rizika evaluace

6.1. Faktor interní evaluace

Rizikem provedení kvalitní evaluace je možná ztráta nezávislosti interních evaluátorů a jejich přílišného přijetí perspektivy realizátorů projektu, tedy neschopnost vidět a pojmenovávat dostatečně zřetelně negativní důsledky projektu, případně nesplnění zamýšlených cílů nebo vstřícné hodnocení ukazatelů a zjištění.

Téma přílišné podpory realizačních týmů ze strany interních evaluátorů a riziko přílišné svázanosti s osudem projektu je v odborné evaluační komunitě často přítomné. Nicméně jsou k dispozici již ověřené postupy snižující hlavní rizika této formy evaluace, kterých se drží i tato interní evaluace (viz

Tabulku 5). Oba evaluátoři se hlásí k dodržování zásad Etického kodexu evaluátora České evaluační společnosti s důrazem na zásadu nestrannosti a objektivity.

Tabulka 5 Rizika interní evaluace

Rizika interních evaluátorů	Návrh snížení rizik
Mohou mít skryté zájmy na určitých výsledcích.	Riziko je relevantní, nicméně je v procesní části omezeno triangulací metod (sběrem dat k jednomu tématu z různých zdrojů) a také podrobným plánem evaluace stanoveným v úvodní fázi evaluace.
Mohou být negativně ovlivněni historií a znalostí organizačních hodnot realizátora.	Riziko zde není relevantní, neboť evaluátoři byli do projektu přijati až v přípravné fázi projektu, a tudíž nejsou organizační kulturou realizátora hodnotově zatíženi.
Mohou být ovlivněni vlastním pohledem na management (projektu).	Toto je obecné riziko evaluací – evaluátor, pokud se managementem projektu zabývá, popisuje postup projektu a případně hledá souvislosti mezi rozhodnutími a jejich dopady v projektu. Tyto souvislosti a závěry z nich vyvozené budou triangulovány s realizačním týmem, aby nedošlo k dezinterpretacím – ať k přehnané kritičnosti, nebo benevolentnosti v hodnocení.
Nemusí mít zkušenost s velkou šíří evaluačních metod a technik.	Evaluaci vede zkušená interní evaluátorka (garantka evaluace) se znalostí širokého spektra výzkumných a evaluačních metod a technik. S evaluacemi má dlouholeté zkušenosti v různých oblastech. Je zde doložitelná více než 18letá výzkumná praxe a 12letá praxe s evaluacemi projektů.
Mohou inklinovat k favorizování projektů, které byly vyvinuty v rámci jejich vlastní organizace.	Bylo již zmíněno, že garantka evaluace i interní evaluátor jsou v týmu noví a nezatížené historií organizace. Evaluátoři i realizační tým jsou si vědomi potřeby objektivních evaluačních výstupů pro úspěšnost následného upscalingu intervence.

Zdroj: upraveno podle Smutek (2014)³

6.2. Neochota CS a dalších účastníků projektu spolupracovat při evaluaci

Podmínkou realizace této evaluace je ochota CS projektu (žen a porodních asistentek) a dalších klíčových účastníků (zejména zapojených nemocnic a následných služeb) zapojit se do sběru dat. Primární evaluační data budou od cílových skupin, zástupců porodnic a relevantních služeb získávána pomocí širokého spektra metod – dotazníkových šetření, rozhovorů či ohniskových skupin. Riziko neochoty spolupracovat je tedy pro tuto evaluaci relevantní.

V oblasti dat pro dopadovou evaluaci je toto riziko do velké míry eliminované skutečností, že bude pro měření dopadu používat data ze screeningového dotazníku pro ženy v prenatálním období, který je

³ Smutek, M. (2014). Evaluace sociálních programů. Gaudeamus.

klíčovou součástí intervence a realizátor má již celý systém sběru dat vybudovaný a ověřený. Zde lze samozřejmě očekávat poměrně vysoký drop-out z šetření (při 2. a 3. screeningu 3 měsíce resp. 1 rok po porodu), který bude muset být ošetřen z hlediska systematické úmrtnosti.

Také v případě porodních asistentek je testování před a po ukončení certifikovaného kurzu, pomocí něhož bude měřeno zvýšení kompetencí sester v oblasti psychosociální podpory, povinnou součástí jejich vzdělávání. Data pro dopadovou evaluaci tak budou zcela jistě k dispozici.

V oblasti procesní evaluace budou potřebná primární data zajišťována v první linii samotným odborným projektovým týmem, který si povede poměrně detailní monitoring vývoje a výsledků hlavních komponent intervence.

Sekundárně pak budou procesní data sbírat i evaluátoři, nicméně s důrazem na minimalizaci časové zátěže respondentů a informátorů. Frekvence sběru dat bude citlivě nastavena a konzultována s odborným projektovým týmem (a v tomto ohledu může být v případě potřeby oproti plánu i snížena). V této souvislosti chceme při sběru dat také hojně využívat digitální technologie, které šetří čas a zvyšují dostupnost respondentů.