

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Julie Semeráková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Míra edukace primipar o péči o novorozence

Julie Semeráková

Bakalářská práce

Rok 2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Julie Semeráková**
Osobní číslo: **Z15198**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Míra edukace primipar o péči o novorozence**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. Nová kniha o těhotenství a mateřství. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
2. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. MANDYSOVÁ, Petra. Příprava na edukaci v ošetrovatelství. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395- 971-5.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ et al. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Čermák

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 18. června 2019

Termín odevzdání bakalářské práce: 15. srpna 2019



doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

L.S.



Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. července 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 8. 2019

Julie Semeráková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala panu PhDr. Zdeňku Čermákovi za odborné vedení této bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala své rodině a mému příteli za podporu během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce „Míra edukace primipar o péči o novorozence“ je prací teoreticko – průzkumnou. V teoretické části se autorka práce zabývá tématem edukace, vysvětluje základní pojmy a poukazuje na důležitou roli novorozenecké sestry při edukaci prvorodičky. Dále se zabývá se problematikou péče o novorozence dle novodobých trendů. V průzkumné části autorka interpretuje výsledky průzkumného rozhovoru, reaguje na potřeby daného pracoviště a podává návrh a doporučení pro dobrou praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

edukace, novorozenec, péče, primipara

TITLE

The Level of Primipara Education on Essential Newborn Care

ANNOTATION

This bachelor thesis, "The Level of Primipara Education on Essential Newborn Care," is a theoretical-exploratory paper. In the theoretical part, the author of thesis deals with the topic of education, explains basic terminology and highlights the important role of a newborn nurse when educating a primipara and with the issues of newborn care according to the current trends. In the exploratory part, the author interprets the results of research dialogue and reacts to the needs of the particular department.

KEYWORDS

Education, Care, Newborn, Primipara,

OBSAH

Úvod	11
Teoretická část	12
1 Edukace	12
1.1 Definice a základní pojmy	12
1.2 Edukační proces	12
1.2.1 Edukant	13
1.2.2 Edukátor	13
1.2.3 Edukační konstrukty	14
1.2.4 Edukační prostředí	14
1.3 Typy edukace	14
1.4 Druhy edukace	14
1.5 Fáze edukace	15
1.5.1 Fáze počáteční pedagogické diagnostiky	15
1.5.2 Fáze projektování	15
1.5.3 Fáze realizace	15
1.5.4 Fáze upevnění a prohlubování učiva	15
1.5.5 Fáze zpětné vazby	15
1.6 Metody edukace	16
1.7 Úloha novorozenecké sestry v edukaci prvorodičky	17
2 Péče o novorozence	19
2.1 Výživa novorozence	19
2.1.1 Kojení	19
2.1.2 Alternativní způsoby krmení	22
2.2 Manipulace s novorozencem	22
2.3 Hygienická péče o novorozence	23
2.4 Oblečení novorozence, pobyt venku	26

2.5	Klid a komfort novorozence	26
2.6	Screeningová vyšetření novorozence	27
2.7	Péče o novorozence po propuštění do domácího prostředí	28
	Průzkumná část	31
3	Metodika práce	31
3.1	Výzkumné metody	31
3.2	Výběr výzkumného souboru.....	32
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.4	Sběr dat.....	33
3.5	Zpracování dat	33
3.6	Cíl práce.....	34
4	Zpracované rozhovory	35
4.1	Rozhovor č. 1.....	36
4.2	Rozhovor č. 2.....	41
4.3	Rozhovor č. 3.....	47
5	Závěrečné shrnutí	53
5.1	Získávání informací.....	53
5.2	Ošetření novorozence bezprostředně po porodu.....	54
5.3	Bonding	54
5.4	Manipulace s novorozencem	55
5.5	Hygiena novorozence	56
5.6	Kojení	56
5.7	Screeningová vyšetření.....	57
5.8	Péče po propuštění z porodnice domů.....	57
5.9	Spokojenost klientek	58
5.9.1	Pozitiva	58
5.9.2	Negativa.....	58

6	Diskuze	60
7	Závěr	67
8	Použitá literatura.....	69
9	Přílohy.....	74

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DK – dolní končetiny

DC – dýchací cesty

ČNeoS – Česká Neonatologická Společnost

WHO – World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

CNS – centrální nervová soustava

MM – mateřské mléko

GIT – gastrointestinální trakt

DM – diabetes mellitus

TK – krevní tlak

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

DPM – dědičné poruchy metabolismu

CH – kongenitální hypotyreóza

CAH – kongenitální adrenální hyperplazie

CF – cystická fibróza

UZ – ultrazvuk

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

ÚVOD

Narození dítěte je pro každou ženu velkou událostí, zejména pro ženy prvorodičky, které vstupují do ještě nepoznané etapy života. V této fázi se prvorodička setkává se spoustou nových věcí informací a situací, se kterými se musí v relativně krátkém čase srovnat, přizpůsobit se jim a naučit se adekvátně jednat. Proto je v prvních dnech po porodu velice důležitá pomoc ze strany zdravotnického personálu. Podaná pomocná ruka, ochota, přístup k informacím a praktickému nácviku je pro prvorodičku zásadní moment v péči o dítě a dává jí možnost samostatně se postarat o svého potomka v systému rooming-in i po návratu domů.

Edukace klientek novorozeneckými sestrami je zásadním milníkem v péči o novorozence. Dle vyhlášky č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., má dětská sestra kompetence edukovat matky v péči o novorozence po dobu pobytu v porodnici a následně po propuštění do domácí péče. Porodní asistentka má dle již zmíněné vyhlášky kompetence k podpoře a edukaci žen v péči o novorozence, včetně kojení, dále může poskytovat informace o životosprávě při kojení, ošetření novorozence.

Dle mého názoru se v praxi někdy stává, že jsou rutině předávány informace od zdravotnického personálu bez ohledu na fyzický či psychický stav klientky, její momentální rozpoložení, nově zjištěné informace v péči o novorozence a podobně. Tím se může zásadně snižovat kvalita edukačního procesu. Může docházet ke snižování spokojenosti klientek s poskytnutou edukací a tím i ke kvalitě poskytované péče, což může mít za následek snižování prestiže zdravotnického zařízení. Považuji za důležité, aby se klientkám předávali nejkvalitnější informace v co nejpříjemnějším prostředí a za vhodných podmínek. Především ale považuji za důležité získávat zpětnou vazbu od klientek, reagovat na získané poznatky a napomáhat tak ke zkvalitňování poskytované péče. V průzkumné části se proto zaměřuji na interpretaci informací získaných z průzkumného rozhovoru. V teoretické práci se zaměřuji na problematiku edukace, ve které se snažím popsat veškeré aspekty edukace a vyzdvihnout důležitou roli novorozenecké sestry ve vztahu ke klientce – prvorodičce. V neposlední řadě se v teoretické části věnuji novodobým trendům v péči o novorozence.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE

Bez edukace se v dnešním světě neobejdeme. Díky ní se lidstvo dokáže rozvíjet, posunovat se kupředu, překonávat stará omezení. Jedinci dává šanci rozvíjet svojí osobnost, zvýšit samostatnost a snížit závislost na druhých.

1.1 Definice a základní pojmy

Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, které lze přeložit jako vpřed, vychovávat. Juřeníková definuje pojem edukace jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Znamená výchovu a vzdělávání jedince. Výchova rozvíjí postoje, potřeby, zájmy a chování daného jedince.

Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národu.

Vzdělávání je proces, který má za úkol u jedince rozvíjet jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace (Juřeníková, 2010, s. 9).

Výchova je definována jako záměrné, cílevědomé působení, které se projevuje všestranným formováním osobnosti. Výchova společně se vzděláváním se v reálném procesu prolínají a nelze je od sebe oddělovat (Taliánová, Řeřuchová, 2011, s. 5–6). Výchovu lze také definovat jako proces, při kterém dochází k záměrnému působení na osobnost jedince s požadavkem změny v jednotlivých složkách osobnosti (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 12).

Edukace by měla mít **vždy stanovený cíl**. Dle Nemcové, Hlinkové je „*Kategorie cíle klíčovým prvkem v edukaci a představuje plánované a očekávané změny, dosahované prostřednictvím vyučování ve vědomostech, schopnostech, vlastnostech, hodnotách a osobnosti*“ (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 14–15).

1.2 Edukační proces

Jedná se o činnost lidí, při které dochází ať už záměrně nebo nezáměrně k učení. Tento proces probíhá v průběhu celého života (Juřeníková, 2010, s. 10). Může být také definovaný jako výchovně – vzdělávací proces, tedy cílevědomé, plánované a záměrné působení edukátora na edukanta (Nemcová, Hlinková 2010, s. 12). Výsledkem edukačního procesu je zvýšení samostatnosti, převzetí zodpovědnosti, naučení nových vědomostí, zručností a postojů.

Lze říci, že o úspěch při edukaci se nejedná při pouhém předání určitého množství informací edukantovi, ale spočívá v tom, kolik se toho edukant naučil (Mandysová, 2016, s. 16).

Edukační proces se může úspěšně realizovat za vnitřních a vnějších podmínek. K vnějším podmínkám řadíme např. vybavení zdravotnického zařízení, příp. didaktické prostředky. Velice významný je i vliv rodiny – její funkčnost, životní styl, hodnoty apod., dále sem můžeme zařadit i vliv společnosti, sociálního prostředí, životního stylu dané osoby. K vnitřním podmínkám se řadí genetické dispozice, aktuální úroveň psychického stavu (např. kognitivní procesy – vnímání, pozornost, paměť; psychické obsahy – vědomosti, zručnost, návyky; psychické stavy – euforie, deprese; emoční motivační vlastnosti – postoje, potřeby, zájmy atd.), aktuální úroveň fyzického stavu - např. momentální zdravotní stav nebo odolnost proti zátěži (Magurová, Majerníková, 2009, s. 82–83).

Tento proces je ovlivněn 4 determinanty:

1.2.1 Edukant

Edukantem se rozumí subjekt učení, u nějž nezáleží na věku a ani na prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí se můžeme, jakožto se subjektem učení, nejčastěji setkat se zdravým nebo nemocným klientem. To však neznamená, že edukantem nemůže být i student zdravotnického oboru, který si prohlubuje vědomosti a dovednosti potřebné pro výkon profese a zdárné dokončení studia, či jakýkoli jiný zdravotník prohlubující své znalosti v rámci celoživotního vzdělávání. Každý edukant je individuální osobnost, kterou můžeme charakterizovat **fyzickými** – věk, zdravotní stav, pohlaví; **afektivními** – motivace, postoje; **kognitivními vlastnostmi** – schopnost učit se. Jeho charakteristiku může ovlivňovat i etnická příslušnost, víra, sociální prostředí (Juřeníková, 2010, s. 10).

1.2.2 Edukátor

Edukátor je aktér edukační aktivity, tedy ten, který provádí edukaci a předává informace edukantovi. Ve zdravotnictví předávají informace lékaři a další nelékařský personál. V rámci edukace plní kroky edukačního procesu, neopomíná reagovat na další potřeby klienta a jeho rodiny. Snaží se pomoci klientovi pochopit jeho roli v péči o sebe samého, převzít zodpovědnost za své zdraví a snažit se zredukovat pocity úzkosti, nejistoty. Na edukátora jsou kladeny i určité požadavky pro zajištění, co nejefektivnějšího průběhu edukace. Mezi požadavky můžeme zařadit dostatek potřebných znalostí v dané problematice, konzultační dovednosti, dostatek empatie, ochota pomoci, respekt ke klientovi (Mandysová, 2016, s. 7–10).

1.2.3 Edukační konstrukty

V přípravě a realizaci edukace se využívají edukační konstrukty, kterými se označují různé pomůcky. Řadíme sem například plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály. Všechno výše vyjmenované ovlivňuje kvalitu procesu edukace (Juřeníková, 2010, s. 10). Ve zdravotnictví se můžeme nejčastěji setkat s edukačními programy, edukačními plány pro různé zdravotní problémy či onemocnění. Na základě nejnovějších poznatků z praxe založené na důkazech se může vypracovat edukační plán pro konkrétního klienta, rodinu či komunitu (Nemcová, Hlinková, 2010, s. 16–17).

1.2.4 Edukační prostředí

Místo, ve kterém probíhá edukace, nazýváme **edukační prostředí**. Osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, sociální klima, atmosféra edukace – všechny tyto prvky působí na smysly klienta a mohou samotný proces ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně. Je důležité nepodceňovat důležitost edukačního prostředí, neboť může enormně ovlivnit výsledek celého edukačního procesu (Juřeníková, 2010, s. 10).

1.3 Typy edukace

Edukaci rozdělujeme na tři skupiny - základní, reedukační, komplexní. **Základní edukace** je charakterizována jako edukace, při které jsou předávány nové vědomosti či dovednosti a klient je motivován ke změně postojů. **Reedukační edukace** je považována za edukaci, při které se naváže na předchozí dovednosti a vědomosti jedince a dochází k jejich prohlubování. Za **komplexní edukaci** považujeme takovou edukaci, při které se ucelené vědomosti předávají etapově, budují se dovednosti a postoje, které vedou k udržení či zlepšení zdraví (Juřeníková, 2010, s. 11–12).

1.4 Druhy edukace

Primární edukace je zaměřena na zdravé jedince s cílem předcházet zdravotním problémům nebo zvyšovat kvalitu života zlepšením zdravotního stavu. **Sekundární edukace** může zabránit přechodu nemoci do chronického stavu a obnovit zdraví. **Terciární edukace** se týká dlouhodobě invalidních a těch, kteří nemohou být zcela vyléčeni. Učí vyhýbat se komplikacím a využívat co nejvíce možnosti zdravého žití (Svěráková, 2012, s. 153).

1.5 Fáze edukace

Edukace se dělí na pět fází:

1.5.1 Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Během první fáze se zdravotník v roli edukátora snaží zjistit úroveň vědomostí, dovedností, návyků edukanta a zjišťuje jeho nedostatky a tím i edukační potřeby. K tomuto zjištění využívá např. rozhovor nebo pozorování. První fáze je velmi důležitá pro stanovení cílů edukace (Juřeníková, 2010, s. 21–23).

1.5.2 Fáze projektování

V druhé fázi edukátor plánuje cíle, zvolí metodu, formu a obsah edukace, zajistí si pomůcky (Juřeníková, 2010, s. 21–23).

1.5.3 Fáze realizace

Prvním krokem třetí fáze je **motivace** edukanta, na kterou navazuje **expozice**, při které edukátor zprostředkovává nové poznatky – edukant by se měl v této fázi aktivně podílet na přijímání informací od edukátora, nikoliv pouze pasivně přijímat.. Dále následuje **fixace**, při které dochází k procvičování a opakování již získaných vědomostí a dovedností. Na fixaci navazuje **průběžná diagnostika**, kdy edukátor zjišťuje zdali edukant pochopil danou problematiku. Následuje krok zvaný **aplikace**, při které by měl edukant zvládnout použít získané vědomosti a dovednosti (Juřeníková, 2010, s. 21–23).

1.5.4 Fáze upevnění a prohlubování učiva

Ve čtvrté fázi by mělo docházet k systematickému opakování a procvičování tak, aby se zajistila fixace naučených vědomostí a dovedností. Jedná se o důležitou fázi k zajištění uchování vědomostí a znalostí v dlouhodobé paměti (Juřeníková, 2010, s. 21–23).

1.5.5 Fáze zpětné vazby

V páté fázi, tedy fázi zpětné vazby, se edukátor snaží zhodnotit výsledky edukanta, ale i výsledky jeho samotného. Hodnocení výsledků dává možnost zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem (Juřeníková, 2010, s. 21–23).

1.6 Metody edukace

Pojem metoda je odvozený z řeckého slova *methodos* neboli cesta, způsob. Prostřednictvím metod dosahujeme předem daných edukačních cílů (Magurová, Majerníková, 2009, s. 53). Při volbě edukačních metod přihlížíme k osobnosti edukanta, k jeho vědomostem, dovednostem a zkušenostem. Musí se respektovat momentální zdravotní a psychický stav jedince a i prostředí, ve kterém by měla edukace probíhat. Zároveň se nesmí opomenout přihlídnout ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace (Juřeníková, 2010, s. 37).

Edukační metody se dělí na **teoretické**, **praktické** a **teoreticko-praktické**. Mezi teoretické řadíme přednášku, eventuálně přednášku s diskuzí, cvičení a seminář. Do praktické řadíme instruktáž, exkurze, stáž, asistování, rotace práce. A do teoretické – praktické můžeme zařadit diskuzní metody, problémové metody, programovou výuku, projektové metody, diagnostické a klasifikační metody (Juřeníková, 2010, s. 37–38).

Ve zdravotnictví patří mezi nejčastější metody:

- **Přednáška;**
- **vysvětlování;**
- **instruktáž společně s praktickým cvičením;**
- **rozhovor;**
- **diskuse;**
- **práce s textem;**
- **konzultace.**

Při vysvětlování se klientovi snaží pomoci objasnit příčinu a souvislost tak, aby byl schopen pochopit podstatu dané problematiky, tato metoda se nejčastěji volí v případě, že se jedinec s danou problematikou setkává poprvé a nejde se tak opřít o jeho doposud získané znalosti. Při této metodě se doporučuje doplnit výklad pomůckami, které mohou dopomoci k pochopení problému – obrázky, fotografie, schémata, modely. Při instruktáži a praktickém cvičení se nejdříve provádí teoretický úvod – tedy instruktáž – a následuje praktická část, ve které se edukant seznamuje s jistým pracovním postupem, aby získal určitou psychomotorickou dovednost. Součástí každodenní praxe zdravotníka je rozhovor. Základ této metody spočívá v kladení otázek mezi edukátorem a edukantem, tím dochází k vzájemné výměně informací. Slouží tak ke sběru informací o edukantovi či upevnění získaných vědomostí. Práce s textem je jednou z nejvíce využívaných metod ve zdravotnictví. Používají se například leták, brožura, plakát, článek v časopise, kniha. V žádném případě by písemný materiál neměl být jediným

zdrojem informací, jedná se spíše o doplňující metodu napomáhající edukantovi pochopit danou problematiku (Juřeníková, 2010, s. 37–47).

1.7 Úloha novorozenecké sestry v edukaci prvorodičky

Ve zdravotnictví má edukace nesmírný význam. I z tohoto důvodu je součástí výuky studentů pochopení důležitosti edukace při vykonávání budoucí profese, ve které budou plnit mimo jiné i pedagogickou roli. Pro dosažení vysoké úrovně profesionality se musí dosáhnout rozvoje ve třech hlavních složkách – **kognitivní, afektivní, behaviorální**. Kognitivní oblast představuje soubor vědomostí a psychické zručnosti. Afektivní složkou se rozumí empatický přístup, asertivita, adekvátní rozhodování. Behaviorální složka zahrnuje zručnost a praktické odborné schopnosti (Magurová, Majerníková, 2009, s. 31–32).

V prvních hodinách a dnech po porodu jsou novopečené matky nejvíce vnímavé k radám zdravotníků. Porodní asistentka/dětská sestra v pozici novorozenecké sestry je tedy pro ženu důležitým zdrojem informací a oporou. Měla by jí být vždy na blízku a společně s ošetřujícím lékařem zodpovídat případné dotazy a řešit vzniklé problémy, eventuálně odkazovat na studijní materiály (literatura, brožury, letáky), specializované osoby (např. na laktační poradkyně). V současné době, kdy systém rooming-in umožňuje matkám být neustále na blízku svému dítěti již od prvních hodin života, je důležité, aby se žena nebála manipulovat se svým dítětem, aby ho dokázala správně uchopit a přiložit k prsu, polohovat ho, koupat ho, pečovat o jeho pokožku, oblékat ho a zvládla i péči o dítě po propuštění z porodnice domů (Šusterová, 2010, s. 86–88).

Důležitou roli tedy mají novorozenecké sestry, které mají (jako jeden z cílů) naučit matku postarat se o dítě po dobu pobytu v porodnici a dále po propuštění do domácího prostředí. Důležitý je individuální přístup ke každé matce, musí se brát zřetel na jedinečnost osobnosti matky. Neméně důležité je specifikování potřeb každé matky – tzn. vyřešit problém deficitu vědomostí, zručnosti nebo nedostatečné motivace. Novorozenecká sestra by měla v rámci zvolení vhodné metody edukace získat údaje, které výběr metody přímo ovlivňují. Konkrétně jde o **pohotovost, poddajnost, motivace, společensko-ekonomické faktory, vzdělání, věk, názory na zdraví**. Novorozenecká sestra by měla pochopit jednání klientky v souvislosti s jejím společenským, kulturním a domácím prostředím, měla by být schopna respektovat její názory (Šusterová, 2010, s. 86–88).

Pro podporu dlouhodobého udržení výsledků edukace je nutné, aby obsah klientce dával smysl. Edukace by měla mít dobrou organizaci, probíhat by měla v příjemném prostředí (pokoj

matky). Rychlost by měla být přizpůsobena schopnostem klientky. Novorozenecká sestra by měla poskytovat pozitivní zpětnou vazbu jakožto znamení, že klientka dosáhla plánovaného cíle. Měla by jí motivovat v procvičování nových znalostí a dovedností a vyjadřovat podporu (Mandysová, 2016, s. 18).

2 PÉČE O NOVOROZENCE

Edukace prvorodiček je velmi důležitá a měla by být prováděna s pečlivostí, ochotou a trpělivostí. V prvních dnech se jedná hlavně o nácvik správné techniky kojení, manipulaci s potomkem tak, aby bylo zajištěno jeho bezpečí, péče o jeho pokožku, nácvik koupání novorozence a správného oblékání, polohování, a zároveň i podání informací o plánovaných vyšetřeních. Součástí je i edukace matky v péči o novorozence po propuštění.

2.1 Výživa novorozence

2.1.1 Kojení

Mateřské mléko je tekutina, kterou nelze ničím plně nahradit. Pro zahájení kojení je důležité umožnit matkám první přiložení novorozence k prsu do půl hodiny až hodiny po porodu z důvodu zvýšené tvorby prolaktinu a oxytocinu. Podle doporučení WHO je důležité výlučné kojení po dobu 6 měsíců, poté pokračovat v kojení a postupně zavádět příkrmy do 2 let věku dítěte, ale může se pokračovat i déle (Slezáková, 2017, s. 252–253).

Mateřské mléko se svým složením přizpůsobuje potřebám novorozence a kojence. V prvních 4 dnech po porodu se v prsu matky tvoří v malém množství **mlezivo tzv. kolostrum**. Jeho konzistence je smetanová, barva je lehce nažloutlá. Kolostrum je velmi bohaté na imunoglobuliny. Od 5. do 20. dne se mění na přechodné mléko smetanové konzistence a od 20. dne na zralé mléko, které má vodnatý vzhled (Dort, 2013, s. 24; Petržílková, 2015, s. 114).

Během samotného kojení se mateřské mléko se svým složením také přizpůsobuje potřebám novorozence – rozlišuje se tzv. **přední mléko**, které je bohaté na laktózu, má hydratační účinek a **zadní mléko**, které je bohaté na tuky a vitamíny v nich rozpustné a má tedy sytící účinek. Mateřské mléko má ideální poměr bílkovin, tuků a cukrů. Nízká hladina proteinu zajišťuje správný růst a vývoj dítěte do půl roku života a zároveň se přizpůsobuje schopnostem nezralých ledvin novorozence. Obsah tuku se mění v průběhu jednoho kojení - obsahuje vysoké množství nenasycených mastných kyselin důležité pro správný vývoj mozku, sítnice a pro postupné vytváření obalů nervových spojů. Je bohaté na cholesterol. Cukry jsou zastoupeny především laktózou, která usnadňuje vstřebávání vápníku a železa a je důležitá pro správný vývoj CNS. Vitamíny, minerály a stopové prvky jsou v MM obvykle dostačující, je třeba dodávat pouze vitamin D a K. Řada hormonů, enzymů, růstových faktorů a obraných látek je v MM obsažena také (Sedlářová, 2008, s. 86–87; Petržílková, 2015, s. 114).

O tom jestli bude kojení úspěšné či neúspěšné rozhoduje řada faktorů. Závisí to nejenom na přání matky kojít, ale i na podpoře okolí a především zdravotnického personálu, který by měl předat ženě dostatek informací a praktickou pomoc. V období těhotenství by se žena měla seznámit především s technikou kojení a přikládání dítěte k prsu; alternativními způsoby dokrmování a nechat si vyšetřit bradavky s ohledem na vpáčené bradavky. Pro podporu kojení bezprostředně po porodu by se mělo kojení zahájit nejdéle do půl hodiny až 2 hodin, kdy je sací reflex nejsilnější, stejně tak sekrece prolaktinu a oxytocinu (Laktační liga, 2015, s. 3).

V rámci rooming – in, tedy společného pobytu matky s dítětem, je matce umožněn nepřetržitý přístup k novorozenci, díky čemuž je umožněno také kojení dle potřeb dítěte. Kojení by mělo být zcela individuální, neměla by se omezovat délka a frekvence kojení. Vyšší frekvence kojení zvyšuje produkci mléka. Během pobytu v porodnici by dítě mělo být výlučně kojeno bez podávání umělé výživy, čaje. Podáváním dudlíků, dokrmů dochází k produkci inhibičních proteinů, které dočasně tlumí tvorbu mléka (Dort, 2013, s. 25; Laktační liga, 2015, s. 3–6).

Kojení napomáhá rychlejší involuci dělohy u matky a pomáhá k rychlejšímu dosažení předporodní tělesné hmotnosti. Snižuje riziko vzniku karcinomu prsu a vaječníků. Chrání také před osteoporózou. Podporuje vzájemný vztah mezi matkou a dítětem. Výhodou kojení je i jeho dostupnost, správná teplota a také fakt, že je levnější než umělá strava. Pro dítě je MM nejpřirozenější a nejvýhodnější výživa – chrání ho před průjmy, alergiemi, infekcemi dýchacího ústrojí, uší. Je prokázán nižší výskyt atopického ekzému, obezity, chronických onemocnění GIT. V pozdějším věku ho chrání před DM, vysokým TK a cévními chorobami (Slezáková, 2017, s. 253–254).

Správná technika kojení je základem úspěchu. Jedná se o další předpoklad úspěšného kojení. Základem je správné držení prsu a správné přiložení dítěte k prsu. Pro správné držení prsu se prsty nedotýkají dvorce, palec je umístěn vysoko nad dvorcem a zbylými prsty je prs podepřen zespodu. Dítě by mělo být schopno uchopit kromě bradavky i co největší část prsního dvorce. Je důležité nezapomenout, že dítě přikládáme k prsu, nikoliv prs k dítěti. Tělo dítěte by mělo být v těsném kontaktu s tělem matky, neměla by mezi nimi být žádná překážka (spodní ruka dítěte, zavinovačka). Dítě leží na boku. Obličejem, hrudníkem, bříškem a kolena směřuje k matce. Ucho, rameno a kyčle dítěte by mělo tvořit jednu linii. Dítě matka přitahuje za raménka a záda nikoliv za hlavičku. Brada, nos a tváře se dotýkají prsu, přičemž brada je v prsu hluboce zabořená. Nemělo by docházet ke zbytečným dotekům nad spojnicí uší či tváře dítěte aby

nedocházelo k matení sacího reflexu (Slezáková, 2017, s. 254–255). Ústa dítěte by měla být široce otevřena, jazyk vysunutý přes dolní dásně, rty ohrnuty ven a jazyk žlábkovitě ohnut okolo bradavky. Pohybují se pouze spánky dítěte, tváře nepropadávají dovnitř a není slyšet žádný zvuk – mlaskání je projevem špatné techniky sání (Gregora, Velemínský, 2011, s. 62).

Existují různé polohy, které může matka s dítětem během kojení zaujmout. Žena by měla být o těchto polohách informována, aby si sama vybrala tu pro ni nejvhodnější a nejpříjemnější:

- **Poloha vleže**, kdy matka i dítě leží na boku. K vyrovnání hlavy s výší ramene se používá polštář, který si matka vloží pod hlavu, v zádech se mírně prohýbá dozadu. Dítě je umístěno v ohbí paže. Horní končetina nesmí být zdvižena nad úroveň ramene, loktem dolní končetiny se nesmí opírat;
- **poloha vsedě**, kdy hlava dítěte spočívá v ohbí paže matky, přičemž předloktí matky je oporou zad dítěte. Prsty jedné matčiny ruky spočívají na hýždích či stehnu výše umístěné nožky dítěte. Druhá ruka přidrží prs. Spodní ručka dítěte je kolem pasu matky tak, aby netvořila překážku mezi tělem matky a dítěte;
- **fotbalové boční držení** je vhodná poloha u žen s velkými prsy, plochými bradavkami a u žen po císařském řezu. Dítě při zvolení této polohy leží na předloktí matky, která podpírá raménka dítěte, prsty podpírají hlavu dítěte. Nožky dítěte jsou podél matčina boku, chodidla se nesmí o nic opírat. Předloktí si matka, pro zajištění správné techniky sání, podepře polštářem;
- **polohu tanečnicka**, lze doporučit u novorozenců, kteří se špatně přisávají. Dítě při této poloze leží na předloktí matky a ruka matky podpírá prs téže strany;
- **vleže na zádech**, tato poloha se doporučuje u novorozenců, kteří se špatně přisávají nebo u žen po císařském řezu. Žena při této poloze leží na zádech a novorozence si může přesouvat k prsu bez většího úsilí.

Při správném provedení by žena měla být relaxovaná, neměla by cítit bolest bradavek, zad, ramen, rukou. Bradavka ženy není poškozená ani oploštělá a po kojení je prs vyprázdněný. Dítě nešpulí rty, nevpadávají mu tváře, saje dlouhými doušky a při sání nesrká, nemlaská. Dítě může volně dýchat, špičkou nosu odtlačuje prsní tkáň (Laktační liga, 2015, 6–18).

2.1.2 Alternativní způsoby krmení

V některých případech i přes veškerou snahu matky či zdravotnického personálu není plné kojení možné – např. nedostatek mateřského mléka či odloučení dítěte a matky z důvodu nemoci. Výhodou alternativního krmení je fakt, že vyžaduje aktivní pohyb jazyka dítěte, který je důležitý pro úspěšné kojení. Sání z láhve a prsu vyžaduje dva různé způsoby, pro dítě je tedy matoucí a brzy začne vyžadovat pouze lehčí způsob sání a to je sání z láhve. Proto se přistupuje k alternativním způsobům krmení, díky nimž dítě nezačne preferovat láhev.

Při **krmení lžičkou** se dítě drží ve svislé poloze, lžička s mlékem se přiloží ke rtům a počká se, až dítě začne provádět sací pohyby. Lžička se pak nakloní do takové polohy, aby mléko mohlo vytéci.

Při **krmení po prstu** se dítě drží ve svislé poloze naproti matce/novorozenecké sestře. Ukazovák se vsune dítěti do úst po polovinu druhého článku, nehet směřuje k jazyku. Prst směřuje na patro, kde je sací bod – při podráždění dítě začne pohybovat jazykem. Poté se k prstu připojí silikonová špička, připojená na stříkačku s mlékem. Lze použít i cévku ke krmení, která je napojena na stříkačku nebo se mléko vstříkuje přímo ze stříkačky na prst.

Při **krmení kádinkou/hrníčkem** se dítě drží ve vzpřímené poloze. Kádinka se přiloží ke rtům dítěte. Dítě na tento podnět zareaguje vysunutím jazyka a jeho stočením do pohárku, čímž získá mléko z kádinky (Laktační liga, 2015, s. 19–20).

2.2 Manipulace s novorozencem

Zejména prvorodičky, které nemají žádné předchozí zkušenosti s novorozencem, si ze začátku mohou být nejisté v tom, jak správně manipulovat s novorozencem aby bylo zajištěno jeho bezpečí a psychická pohoda. Gregora a Velemínský ml. uvádí několik základních pravidel týkajících se zvedání, chování, pokládání novorozence – základem manipulace je šetrnost a jemnost. Při manipulaci s dítětem se musí vyvarovat rychlých a prudkých pohybů, ty mohou dítě dráždit nebo vést k úlekovým reakcím. V případě, že chce matka dítě zvednout či položit nesmí zapomenout podepřít dítěti hlavu a tělo tak, aby nedošlo k záklonu. Při pokládání se nejdříve pokládá zadeček dítěte, posléze se vytahuje ruka zpoza záhlaví. Gregora a Velemínský doporučují pro správný vývoj šíjového svalstva dítě pravidelně nechávat na kratší dobu v poloze na bříšku. Polohu na bříšku může novorozenec zaujmout pouze pod dohledem dospělého a pouze na krátký časový interval – např. 2-3 minuty při každém přebalení, koupání. Pro spánek je vyhrazena poloha na zádech. Manipulace by se měla provádět střídavě na obě ruce a obě strany aby se zátěž vyrovnala. Pro bezpečné držení a přenášení se dítě jednou rukou

drží za stehno, druhou křížem za rameno. Hlava dítěte je opřena o předloktí matky. Po kojení je důležité nechat novorozence odříhnout. Matky by měly být poučeny, do jaké polohy je vhodné novorozence zpolohovat pro usnadnění odříhnutí. U **polohy přes rameno** dítě leží svým trupem na hrudi matky. Ruka matky přidrží zadeček. Váha spočívá na hrudi matky. Vhodná je také **úlevová poloha**, při které dítě leží na předloktí matčiny ruky, kterou ho drží za stehno. Žáda dítěte se opírají o tělo matky a hlava spočívá volně v loketním ohbí. Tato poloha pomáhá při nadýmání novorozence. Pokud novorozenec často ublinkává je doporučována zvýšená poloha v postýlce (Gregora, Velemínský, 2011, s. 86–88).

2.3 Hygienická péče o novorozence

První koupel novorozence je dle Fendrychové doporučována provádět po stabilizaci stavu novorozence – tzn., že jeho vitální funkce jsou stabilní (počet dechů, pulzů a tělesná teplota) (Fendrychová a kol., 2009, s. 64). Pánek tvrdí, že první koupel by měla být provedena nejdříve za 6 hodin po porodu. Zároveň dodává, že může být bez obav provedena až po 24 hodinách. Odkladem prvního koupání je zabráněno tepelným ztrátám a smytí mázku. Mázek, neboli vernix caseosa, má nenahraditelnou hydratační funkci a významně se podílí na acidifikaci kůže novorozence. pH kůže se pohybuje kolem 6 a postupně se snižuje, vzniká tzv. „kyselý plášť“ chránící kůži novorozence před infekcí. Pokud je mázek bezprostředně po porodu odstraněn dochází k acidifikaci kůže pomaleji (Pánek, 2013, s. 364). Při první koupeli se používá metoda „sprchování“ – z důvodu prevence kontaminace čerstvě přerušeno pupěčního pahýlu. Po první koupeli by mělo dojít k hodnocení kůže novorozence. Kůže se hodnotí denně a je důležité poučit rodiče dítěte o tom, čeho si všimat a jak minimalizovat vznik poškození kůže. (Fendrychová a kol., 2009, s. 64–65) Fendrychová říká „*V samotném procesu hodnocení je třeba se zaměřit na barvu kůže, stav hydratace, výskyt morf, erozí a lézí, kvalitu kůže a kožních adnex. Procesu hodnocení předchází pečlivé umytí a dezinfekce rukou hodnotitele. Postupuje se od hlavy až k patám dítěte, přes trup, končetiny, se zvláštní pozorností na oči, uši, záhlaví, okolí pupku, zadeček a genitálie, místa vstupů a fixací, se zaměřením na suchost, podráždění, zvýšenou citlivost, apod.*“ Při hodnocení kůže se může využívat objektivních metod jako např. skóre stavu kůže novorozenců (Neonatal Skin Condition Score) (Fendrychová, 2015, s. 2–3).

V dnešní době není **každodenní koupel** pro donošené novorozence doporučována. Uvádí se, že rizikem častých koupelí může být – vysušování pokožky mýdlem nebo jiným prostředkem; vstřebávání škodlivých látek prostřednictvím vody/z kosmetických přípravků; vznik alergií; změna pH kůže a tím zvýšené riziko vzniku infekcí. Za optimální se považuje koupel 2x-3x za týden. Použití mýdla je doporučováno 1x týdně, volí se mýdlo s neutrálním pH. Denně se dle

aktuálních poznatků myjí pouze místa zapáčky, zadeček a genitálie. **Při zhojené pupeční jizvě se může přistoupit ke koupeli ve vaničce.** Používá se tolik vody, aby dítě mělo ponořena i raménka. Není doporučováno namydlení dítěte na podložce před samotnou koupelí – hrozí riziko ztrát tepla odpařováním a také hrozí vyklouznutí dítěte při jeho přenášení z podložky do vaničky. Před koupáním je důležité si vše předem připravit. Teplota okolí by měla dosahovat 25–27 °C, teplota vody 37–39 °C. Teplotu vody si matka může zkontrolovat pomocí svého předloktí či teploměru. Před koupelí se dítě svlékne a očistí se mu zadeček. Při přenosu musí matka dbát na správné držení – jednou rukou drží dítě za vzdálenější rameno a horní část paže, druhou ruku podsune pod zadeček a drží jí vzdálenější stehno a kyčelní kloub. Při koupání se dítě drží za vzdálenější rameno a paži a matka svým předloktím podpírá hlavičku a krk. Druhou rukou omývá dítě. Při zahájení koupele, kdy ještě nebyla přidána žádná dětská koupel, se žínkou namočenou v teplé vodě otře obličej. Poté se může do vaničky přidat speciální dětské mýdlo/dětská koupel bez obsahu mýdla/dětská koupel s přídavkem oleje. K mytí nejsou vhodná běžná mýdla z důvodu prevence nadměrného vysušování pokožky. Vlasy novorozence nevyžadují žádné speciální šampony. Omývat je lze také nedráždivým přípravkem stejně jako tělo novorozence. Při koupeli se postupuje vždy odshora dolů – začíná se na vlasaté části hlavy, postupuje se směrem k uším, krku, zádkám, hrudníku a břichu. Až poté se omývají ruce a nohy. Dále se omývá genitál – u děvčat se omývání a sušení provádí směrem od symfýzy k anu, chlapcům se nepřetahuje předkožka přes žalud. Na závěr se myje zadeček novorozence. Po koupeli se novorozenec přenesse na podložku, kde se důkladně osuší. Pokožka se nesmí při sušení třít, aby nedošlo k jejímu poškození. Větší pozornost při sušení se věnuje místům kožních záhybů, aby nedošlo k zapáření těchto míst. Pokud má novorozenec kůži zdravou, není třeba ji po koupeli promazávat. Při suché pokožce je možné použít emolencia, bez parfémů a konzervačních prostředků. Mohou se nanášet i několikrát denně vyjma obličejové a vlasaté části hlavičky novorozence. Emolencia mohou být přípravky na bázi vazelíny/minerálního oleje. Doporučován je i sterilní slunečnicový olej, který má ochranný efekt proti vzniku infekce (Fendrychová a kol., 2009, s. 67–68; Fendrychová, 2015, s. 3–5).

Po koupeli je nezbytné vydezinfikovat veškeré pomůcky ke koupeli, včetně vaničky. Je důležité také poučit rodiče o hlavních zásadách koupele. Mezi hlavní zásady patří: kontrola teploty vody předloktím (voda by neměla být horká ani vlažná); dítě nenechávat bez dozoru, protože se může utopit během minuty i v malém množství vody; nenechávat dítě bez dozoru ani na přebalovacím pultě, vždy ho brát s sebou (Fendrychová, 2010, s. 126–127).

U **přebalování** je důležité si připravit pomůcky předem – čistou plenu; vodu s mýdlem/vlhčený ubrousek, bez obsahu alkoholu, parfému, konzervačních látek; plenu na osušení; ochranný krém na kůži. V dosažitelnosti přebalovací podložky je dobré mít i koš na použité pleny. Při přebalování není doporučeno zvedat zadeček nad úroveň hlavičky, lepší je dítě otočit na bok, novou plenu podsunout a dítě otočit zpět. Jednorázové pleny se vybírají dle hmotnosti dítěte, tak aby dobře padly a nezakrývaly pupeční pahýl (Fendrychová, 2015, s. 6–7). Časté přebalování je prevencí **vzniku opruzenin**. Přesto ale může dojít ke vzniku opruzenin z důsledku průjmového onemocnění, z důvodu přechodu na jinou stravu atd. Jedná se o faktory, kterým nelze jednoduše předcházet. Pokud ke vzniku opruzenin i přes veškerou snahu dojde, je důležité eliminovat dráždivé podněty – rozkládající stolice je zdrojem proteáz a lipáz, které nabourávají ochrannou vrstvu kůže. Delší kontakt kůže s močí také vyvolává podráždění pokožky. Důležité ke zhojení opruzené kůže je sucho – po omytí dítěte je žádoucí (pokud to teplota okolí dovolí) nechat ho chvíli „rozbalené“. Pokožka má šanci zaschnout. Tímto postupem se i dočasně eliminuje nežádoucí tření. Na čistá a zaschlá postižená místa se mohou aplikovat masti/krémy s panthenolem, vitamínem E a zinkem (Kolářová, Wiedermannová 2010, s. 196–198).

U **péče o pupeční pahýl** je důležité si zapamatovat, že před ošetřením je nezbytné si pečlivě umýt ruce, osušit jednorázovým ručníkem a potřít ruce dezinfekcí až do zaschnutí. Pupeční pahýl se myje čistou vodou eventuálně s přídavkem mýdla v případě znečištění pahýlu stolicí/močí. V případech, kdy je pupečník uzavřen svorkou je možné dítě koupat „ponořením“ aniž by se muselo čekat na odpadnutí pupečního pahýlu. Po koupeli je nutné ho důkladně osušit. Nechává se volný bez krytí, nepřekrývá se plenkou. Důležité je poučit matku o délce přirozeného zasychání pupečního pahýlu a jeho odpadnutí – jedná se o 6. – 14. den věku dítěte. (Fendrychová, 2015, s. 9) Na některých pracovištích je pupeční pahýl snesen po 48 hodinách, rána se sterilně kryje. Dítě se v den snesení pupečního pahýlu nekoupe. (Pánek, 2013, s. 363–364) Pokud je po odpadnutí jizva klidná, je možno koupat běžným způsobem. V případě, že je jizva zarudlá, zapáchá nebo je přítomen patologický sekret, je důležité vydezinfikovat postižené místo, zajistit sterilní krytí a neprodleně informovat pediatra. Gregora a Velemínský ml. ve své práci tvrdí, že „*Ošetřování jizvy po odstraněném mumifikovaném pahýlu spočívá v šetrném čištění spodiny dezinfekčním prostředkem – lihem, jednou denně po koupání*“ (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 78).

Jako důvod uvádí, že nezahojená, vlhká pupeční jizva může být stále vstupní branou infekce. Nedoporučují tedy v prvních týdnech ponořovat břicho novorozence do koupele do té doby, dokud se plně nezhojí (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 78).

2.4 Oblečení novorozence, pobyt venku

Při výběru oblečení se dává přednost kvalitním materiálům z bavlny. Je třeba si uvědomit, že dítě se při pobytu venku v kočárku téměř nehýbe, a proto musí být dostatečně ustrojeno. Především v chladných dnech. Na druhé straně není dobré ani přehřátí dítěte. Kontrolu teploty může matka provést přiložením dlaně na nos, šiji či záda dítěte. Kůže by neměla být studená, ani horká a vlhká. Co se týče pobytu s novorozencem venku, tak v letním období by v polostínu měl novorozenec pobývat již brzy po propuštění do domácího prostředí. Je možné ho zpočátku nechávat ve větrané místnosti řádně ustrojeného a přikrytého, ale je třeba dát pozor na možný průvan. V letním období se musí dát pozor na pobyt na přímém slunci, který není doporučován a dbát na prevenci přehřátí. V ostatních obdobích je pro pobyt venku hraniční teplota -5°C (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 94–95).

2.5 Klid a komfort novorozence

Novorozenec v prvních dnech života prodělává dramatické změny. Ačkoliv je na tyto změny předem připraven, je žádoucí eliminovat nadměrné stimuly, které by ho mohly vyrušovat ze spánku a celkově ho rušit. Novorozenec na tyto stimuly může reagovat celým tělem – lekne se, dojde k vybavení Moroova reflexu a začne plakat. **Hluk** novorozenci může způsobovat nestabilitu vitálních funkcí. Dítě je hlukem vyrušováno, spánek je mělký, neefektivní. Trvale zvýšený hluk může dítěti poškodit sluch, ovlivnit jeho další vývoj. Ostré **světlo** také novorozenci působí změny v jeho stavech bdění a spánku. Jestliže na novorozence neustále svítí, dítě leží se zavřenýma očima v polospánku – není ani bdělé ani nespí. Není tak připravené na sociální kontakt. Dle Fendrychové je součástí zajištění komfortu novorozence **šetrná manipulace**. Po narození novorozenec čelí působení gravitace – dosud byl ve stavu beztlíže. Hlavní zátěž spočívá na hlavě a na trupu, končetiny jsou krátké a slabé. V momentě kdy si novorozenec chce odpočinout bez stresu, musí zvýšit svalové napětí břicha a končetin, a také zadržet vzduch v plicích. Tímto způsobem se novorozenec může velmi rychle vysílit. Může cítit bezmoc a nespokojenost. Uspokojuje se v pevném objetí, přitulením či po sání. Zvedání z postýlky se nesmí provádět trhavými a přímými pohyby. Fendrychová doporučuje novorozence nejprve přetočit na bok, nadzvednout do sedu a poté zvednout do stoje a přenést hmotnost novorozence do náruče. Při pokládání doporučuje pokládat dítě nožkami napřed, položit na bok a teprve poté na záda. Pohyby by měly být pomalé, smysluplné. Dítěti tato

manipulace napomáhá cítit rozložení své hmotnosti, neztrácet orientaci o svém těle a uvolněně spát (Fendrychová a kol., 2009, s. 62–63). Novorozenec může zpočátku spát kdykoli během dne i v noci. Pokud je spokojený a nakrmený, může prospat až 20 hodin denně (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 96).

2.6 Screeningová vyšetření novorozence

V rámci pobytu v porodnici odeberou novorozenecké sestry dítěti krev z patičky k tzv. screeningovému vyšetření. Tímto způsobem lze odhalit onemocnění, která by mohla (pokud by zůstala nerozpoznána) poškodit duševní i fyzický vývoj dítěte. Tato vyšetření mohou být rodiči odmítnuta, avšak musí vědět, že tímto krokem vystavují své dítě riziku trvalého poškození (Gregora, Velemínský ml., 2011, s. 79). Dle věstníku MZČR se při odmítnutí musí provést tyto úkony: *„Odmítnutí odběru a provedení novorozeneckého laboratorního screeningu musí být řádně zdokumentováno ve zdravotní dokumentaci dítěte a podepsáno zákonným zástupcem. Při odmítnutí podpisu zákonného zástupce, je nesouhlas s provedením screeningu podepsán svědkem, který potvrdí, že zákonný zástupce byl informován o možných důsledcích neprovedení novorozeneckého laboratorního screeningu“* (věstník Ministerstva zdravotnictví, 2016, částka 6, s. 9). **Laboratorní screening** se řídí věstníkem Ministerstva zdravotnictví z roku 2016, který nahrazuje metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následné péče uveřejněný ve Věstníku MZ č. 6/2009. Definice dle věstníku zní *„Novorozenecký screening slouží k vyhledávání chorob v jejich časném stádiu tak, aby se tyto nemoci u novorozence diagnostikovaly a léčily dříve, než se stačí projevit a způsobit nevratné poškození zdraví“* (věstník Ministerstva zdravotnictví, 2016, částka 6, s. 8). Dle věstníku MZČR se v současné době vyhledává 18 vzácných chorob, mezi ně patří – vrozené selhání funkce štítné žlázy (kongenitální hypotyreóza), vrozené selhání funkce ledvin (kongenitální adrenální hyperplazie), 15 dědičných onemocnění látkové výměny (fenylketonurie, vybrané organické acidurie, poruchy metabolismu aminokyselin, poruchy ve zpracování mastných kyselin a deficit biotinidázy) a vrozená porucha vazkosti hlenu dýchacích cest (cystická fibróza).

U všech novorozenců se odebere po 48–72 hodinách od narození vzorek kapilární krve na 2 listy dvojité novorozenecké screeningové kartičky. Musí se dodržet metodika odběru suché kapky definovaná věstníkem MZČR. Po odběru se krev nechá zaschnout v horizontální poloze kartičky ve speciálních stojácích po dobu 3 hodin. Následně se vyplněné kartičky se zaschlými krevními kapkami odešlou poštou k vyšetření do příslušných laboratoří – jedna kartička pro vyšetření DPM, druhá pro vyšetření CH, CAH, CF. Při nejasném nálezu screeningu

ve vyšetřovaném vzorku screeningová laboratoř informuje rodiče a příslušného lékaře, v jehož péči se dítě nachází a požaduje se provedení nového odběru vzorku krve, případně zajistí příslušná opatření (věstník Ministerstva zdravotnictví, 2016, částka 6, s. 3–9).

Pánek ve svém odborném článku uvádí, že od roku 2012 má být prováděn **screening sluchu** novorozenců metodou transientních evokovaných otoakustických emisí. Současně dodává, že tento screening se provádí v období 2. – 3. dne po porodu zaškoleným personálem. V případě nevybavnosti se 1. rescreening provádí ještě před propuštěním do domácího prostředí. 2. rescreening by měl být proveden do 1 měsíce ve spádové ORL ambulanci (Pánek, 2013, s. 364).

Součástí screeningu by mělo být i **ultrazvukové vyšetření ledvin**, avšak celoplošný screening zaveden není. Na základě skrytých vývojových vad ledvin a močových cest se mohou rozvíjet infekční a zánětlivé změny. Může také dojít k selhání ledvin. Pomocí UZ ledvin dojde k odhalení těchto nemocí, což může pomáhat těmto komplikacím předcházet (Dort, 2013, s. 20–22). Při **UZ kyčlí** hodnotí ortoped postavení stehenní kosti v kyčelním kloubu a současně utváření jamky kyčelního kloubu prostřednictvím UZ vyšetření. První vyšetření by se mělo provádět ještě před propuštěním z porodnice do domácího prostředí. Druhé vyšetření ve 3–6 týdnech života a další ve 3 měsících života. Ortoped také hodnotí postavení nožičky v kotníku (Gregora, Velemínský ml., 2011, 79). Dalším povinným vyšetřením je tzv. **katarakta**. Jedná se o vyšetření očního pozadí k odhalení šedého zákalu. Provádí se oftalmoskopem ze vzdálenosti 30 cm. Test je negativní pokud se objeví tzv. „červený reflex“ – tedy odraz světla od sítnice. Pokud se neobjeví, je novorozenec poslán k oftalmologovi (Petržílková, 2015, s. 121). Při nepoznané vadě může dojít až k těžké/ireverzibilní amblyopii (Kuběnová a kol., 2014, s. 143).

2.7 Péče o novorozence po propuštění do domácího prostředí

Pro zajištění sjednocení postupu a minimalizace pochybností jednotlivých zdravotnických zařízení vydalo MZČR metodický postup týkající se zásad propuštění novorozence do domácí péče. Metodický postup propouštění novorozenců do domácí péče dle věstníku MZČR zní následovně:

„1.1. Propuštění fyziologického novorozence do jeho vlastního sociálního prostředí se doporučuje v souladu s názorem českých odborných lékařských společností po uplynutí nejméně 72 hodin od jeho narození, jestliže

a) průběh postnatální adaptace hlavních fyziologických funkcí a jejich stabilita odpovídá věku;

b) byl aplikován vitamín K;

c) příjem výživy novorozence je zajištěn a křivka hmotnosti již neklesá;

d) byla provedena screeningová vyšetření novorozence

e) zbytek pupečníku zasychá, nebo byl odstraněn seříznutím a po seříznutí uplynulo alespoň 24 hodin;

f) zdravotní stav novorozence dovoluje jeho propuštění do vlastního sociálního prostředí.

1.2. Za fyziologického novorozence je považován donošený novorozenec (trvání těhotenství 37+0 až 41+6 týdnů a dnů), s hmotností nad 2 500 g a který je bez zjevných známek patologie.

1.3. Informace o splnění výše uvedených podmínek jsou uvedeny v propouštěcí zprávě novorozence, popř. zprávě o novorozenci“ (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2013, částka 8, s. 2).

Novorozenec může být propuštěn do domácího prostředí před uplynutím 72 hodin, pokud to jeho zákonný zástupce požaduje a také pokud předložil písemné odvolání souhlasu s poskytnutím zdravotnických služeb novorozenci nebo písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytováním zdravotnických služeb novorozenci, popřípadě bylo toto odvolání či prohlášení uvedeno do zdravotnické dokumentace novorozence. Zákonný zástupce musí být důkladně informován o případných důsledcích vyplývajících z propuštění novorozence z porodnice před uplynutím 72 hodin od narození (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2013, částka 8, s. 2).

Musí být také informován o skutečnosti, že v zájmu zdraví novorozence české odborné lékařské společnosti doporučují:

„1. do 24 hodin po propuštění zdravotní péči (klinické vyšetření) u poskytovatele zdravotních služeb v oboru neonatologie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost;

2. provedení odběru krve na screening dědičných metabolických poruch 48 – 72 hodin po narození u poskytovatele zdravotních služeb v oboru neonatologie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost;

3. další dosud neprovedená screeningová vyšetření novorozence u poskytovatele zdravotních služeb“ (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2013, částka 8, s. 2).

České odborné lékařské společnosti však doporučují propouštět novorozence po uplynutí 72 hodin od narození a to především z důvodu, že v prvních hodinách po porodu hrozí vyšší riziko náhlého úmrtí dítěte. 72 hodin po porodu umožňuje fyziologickému novorozenci plnou poporodní adaptaci. Během této doby je novorozenci kontrolováno fungování životních funkcí, zjišťuje se, zda nejsou přítomny některé závažné vrozené vady nebo zdali nejsou problémy s odchodem stolice, moči a udržením tělesné teploty. Součástí je i vyšetření kyčlí, novorozenecký screening vrozené katarakty a screening sluchu. Hospitalizace po 72 hodin od narození tak zajistí novorozenci odpovídající a potřebný rozsah zdravotní péče. Novorozenci jsou propouštěni do domácího prostředí, pokud jejich křivka hmotnosti po poporodním úbytku již neklesá. Největší váhové úbytky jsou 2. až 3. den po porodu. Na základě stagnující hmotnostní křivky mohou být zavčas provedena vyšetření odhalující nemoci/vrozené vady. V případě kratšího pobytu než 72 hodin hrozí u novorozence dehydratace s rizikem mozkového krvácení, není-li sledován adekvátní příjem potravy (věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2013, částka 8, s. 4). Kuběnová tvrdí, že *„Potíže s přibýváním mohou souviset s nedostatečným krytím potřebného příjmu novorozence – pozvolně se rozvíjející laktace, nedostatek mléka, špatná technika kojení, stejně tak ale mohou být prvním příznakem závažného onemocnění či vývojové vady“* (Kuběnová, 2014, s. 142).

Před propuštěním do domácího prostředí by měla být žena poučena o výživě dítěte, musí vědět jak dítě uchopit a vzít do náruče, jak ho uložit, jak ho nechat po jídle odříhnout, jak dodržovat hygienu novorozence popř. jaké přípravky používat, jak pečovat o pupeční pahýl/jizvu, jak ho správně oblékat (Fendrychová, 2009, s. 130). Matka by měla být ujistěna, že v případě jakéhokoliv problému se může obrátit na pediatra či se obrátit na příslušný zdravotnický personál, který jí bude nápomocen v případě potíží.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

Šetření probíhalo od 20. ledna do 28. února 2019 v oblastní nemocnici Královehradeckého kraje, na oddělení šestinedělí, jehož součástí je i novorozenecké oddělení. Průzkum byl schválen hlavní sestrou a vrchní sestrou novorozeneckého oddělení a byl vytvořen informovaný souhlas s rozhovorem.

3.1 Výzkumné metody

Jako technika sběru dat byl vybrán průzkumný rozhovor s návodem. Rozhovor s návodem se řadí do kvalitativního výzkumu. Vojtíšek říká, že pro kvalitativní výzkum je charakteristický záměrný výběr vzorku, protože se vyhledávají vhodní respondenti na základě stanoveného záměru. Cílem rozhovoru je zjistit názory a myšlenky respondentů na otázky související s jejich životní zkušeností. Výhodou rozhovoru je vyšší validita získaných dat. Nevýhodou rozhovoru je fakt, že ho mohou ovlivnit okolnosti – např. osobnost tazatele, vystupování, místo a čas rozhovoru, způsob prezentace otázek (Vojtíšek, 2012, s. 18). Dle Hendla rozhovor s návodem představuje „seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat“ (Hendl, 2016, s. 178–179). Tento návod měl zajistit, že se dostane na všechna témata důležitá pro autorku práce. Hendl říká, že „Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace. Současně umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnávání. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému zároveň uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti“ (Hendl, 2016, s. 178–179).

Pro rozhovor bylo stanoveno 9 základních oblastí:

- 1. oblast: získávání informací;
- 2. oblast: ošetření novorozence bezprostředně po porodu
- 3. oblast: bonding;
- 4. oblast: manipulace s novorozencem, polohování;
- 5. oblast: hygiena novorozence, péče o pokožku;
- 6. oblast: kojení;
- 7. oblast: screeningová vyšetření;
- 8. oblast: péče po propuštění z porodnice domů;
- 9. oblast: hodnocení edukace klientkami.

Schéma bylo navrženo dle doporučení Hendla, který uvádí, že po stanovení obecného tématu je vhodné napsat témata a okruhy otázek, jež nás budou zajímat a poté si uspořádat daná témata dle logického pořadí (Hendl, 2016, s. 179). V tomto případě od přijetí klientky k porodu na porodním sále až po propuštění z porodnice domů. K prvním 8 stanoveným tématům jsem si vymezila základní otázky, vedoucí ke splnění cílů bakalářské práce. Otázky byly formulovány podle situace a doplňovány sondážními otázkami napomáhající k rozvinutí tématu. Poslední oblast (9.) sloužila ke shrnutí hodnocení respondentek s poskytnutou edukací novorozeneckými sestrami, kdy jsem respondentkám ponechala možnost se volně vyjádřit k tématu.

Podkladem průzkumného rozhovoru s návodem byla odborná literatura a odborné články, zabývající se problematikou současných trendů péče o fyziologického novorozence.

3.2 Výběr výzkumného souboru

Základním souborem byly klientky po porodu na oddělení šestinedělí daného nemocničního zařízení Královehradeckého kraje. Výzkumným souborem byly záměrně vybrané 3 klientky **splňující následující kritéria:**

- primipary,
- bez věkového omezení,
- bez zdravotnického vzdělání,
- 2. den po spontánním porodu,
- ústní a informovaný souhlas s rozhovorem.

Výběr byl proveden na základě dostupnosti což je podle Vojtíška charakterizováno jako „*Výzkumník vybírá vzorek záměrně a v aktuální situaci volí respondenty, kteří jsou k dispozici*“ (Vojtíšek, 2012, s. 20-21).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z 3 žen – prvorodiček, ve věku od 24–29 let. Výzkum probíhal na gynekologicko – porodnickém oddělení v zařízení oblastního typu. Při příchodu na oddělení šestinedělí jsem si nejprve zjistila, které ženy přítomné na tomto oddělení splňují mnou daná kritéria. Po domluvě se staniční sestrou jsem tyto vybrané ženy šla navštívit na jejich pokoj, abych zjistila, zdali budou ochotné se podílet na tomto výzkumu. Stupeň vzdělání jsem v tomto průzkumu nezohledňovala, kritériem však bylo vybrat respondentky bez zdravotnického vzdělání.

3.4 Sběr dat

Rozhovory s klientkami probíhaly bez předchozí domluvy. Respondentky byly vybrány po domluvě se staniční sestrou, dle dostupnosti na oddělení šestinedělí – respondentky byly vybrány záměrně dle již zmíněných kritérií. V případě, že klientka s rozhovorem souhlasila, mohlo se přistoupit k samotnému rozhovoru. Ten probíhal na klientkou určeném nerušeném místě, kde se cítila nestresovaná a klidná. Probíhal za předpokladu, že se klientka cítila uvolněná, ničím nerušená a po fyzické stránce se cítila dobře. Rozhovor probíhal ve chvíli, kdy klientka usoudila, že se nemusí aktuálně věnovat svému dítěti a měla tak čas odpovídat na otázky průzkumného rozhovoru. Před zahájením rozhovoru byl klientce vysvětlen záměr výzkumu, slíbena anonymita dat a znovu položena otázka, zdali souhlasí s rozhovorem. Tento souhlas měl i písemnou formu, tu klientka v případě souhlasu s rozhovorem podepsala. Celý rozhovor trval v rozmezí 15 – 20 minut a průběh rozhovoru byl nahráván na diktafon.

3.5 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována způsobem doslovné transkripce, která je Hendlem charakterizována jako „...*proces převodu mluveného projevu interview do písemné podoby*“ (Hendl, 2016, s. 212). Pro analýzu dat jsem vytvořila vlastní výzkumný design. Inspirací mi byla metoda zakotvené teorie a práce studentky Ivy Bartošové (Bartošová, 2017, s. 29–50). Soubor, který obsahoval doslovně přepsané rozhovory, jsem si vytiskla a provedla tzv. otevřené kódování. To Vojtíšek charakterizuje jako „*Výzkumník vytvoří formulář kategorií, které jsou důležité pro hledání odpovědí na výzkumné otázky, jednotlivým kategoriím přiřadí i jevy, které je charakterizují*“ (Vojtíšek, 2012, s. 41). Nejprve jsem si rozhovory pročítala a hledala, jaký význam mají slova, věty či souvětí, které jsem získala od výzkumného souboru. Pomocí barev jsem každé myšlence přiřadila nějaký kód. Následně jsem provedla kategorizaci – hledala jsem souvislosti mezi jednotlivými kódy a sloučila je podle jednotícího kritéria. Pojmenování kategorií mi usnadnil již předem vypracovaný návod k rozhovoru. Na základě kategorií a kódu jsem rozhovor interpretovala. Na závěr jsem kategorie a kódy jednotlivých respondentek porovnávala a hledala podobnosti a rozdíly.

Výsledky rozhovorů byly porovnány s dalšími výzkumy na stejné či podobné téma.

Výstupem průzkumné části by měla být především reakce na potřeby daného pracoviště, podání návrhu a doporučení pro dobrou praxi.

3.6 Cíl práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je:

- popsat problematiku edukace, jakožto nástroje pro předávání informací ženám po porodu, se zaměřením na základní oblasti edukace,
- literární rešerše a popsání aktuálních poznatků a trendů v péči o donošeného fyziologického novorozence.

Cílem průzkumné části bakalářské práce je:

Hlavní cíl

- Zjistit informovanost prvorodiček v oblasti péče o novorozence.

Výzkumné otázky

- V jakých oblastech péče o novorozence jsou prvorodičky edukovány?
- Jak respondentky hodnotí poskytnutou edukaci týkající se oblastí péče o novorozence?
- Jaký způsob získávání informací v oblastech péče o novorozence respondentky upřednostňují?

4 ZPRACOVANÉ ROZHOVORY

Rozhovor č. 1

Rozhovor č. 2

Rozhovor č. 3

4.1 Rozhovor č. 1									
Získávání informací	Ošetření novorozence po porodu	Bonding	Manipulace s novorozencem	Hygiena novorozence	Kojení	Screeningová vyšetření	Péče po propuštění z porodnice domů	Spokojenost klientek	
								SUBKATEGORIE	
Informace od známých	Identifikace novorozence	Možnost přiložení novorozence po porodu	Bezpečnost na oddělení	Okolní prostředí	Technika kojení	Průběh vyšetření	Informovanost	POZITIVA	NEGATIVA
Internetová fóra	Kredeizace	Ošetření novorozence	Polohování	Pomůcky, přípravky	Polohy ke kojení	Přítomnost u vyšetření	Písemná edukace	Vstřícný personál	-
Zdravotnický personál	Péče o pupeční pahýl	Přiložení k prsu	Praktický nácvik	Postup samotné koupele	Ústní edukace	Ústní edukace		Empatický personál	

	Aplikace vitamínu K	Bonding 2 hodiny po porodu	Písenná edukace	Přebalování	Praktický nácvik	Písenná edukace		Písenné edukační letáky, brožury	
	Přítomnost partnera u 1. ošetření	Ústní edukace	Ústní edukace	Péče o pokožku				Klidné prostředí	
	Ústní edukace			Péče o pupeční pahýl				Konzistentnost informací	
				Praktický nácvik				Důvěra v personál	
								Dostatek informací	

Interpretace

S první respondentkou, paní M., které v době rozhovoru bylo 27 let, byl veden rozhovor o proběhlé edukaci v oblastech péče o novorozence, o jejich pocitech a spokojenosti s poskytnutými informacemi od novorozeneckých sester, o způsobu získávání informací.

První část rozhovoru se zaměřila na oblast získávání informací. Paní M. uvedla, že sama před porodem se žádného předporodního kurzu nezúčastnila. Pouze si pročítala internetová fóra, která jí však nic užitečného nepřinesla. Některé informace získávala také od kamarádek, které již děti mají. Těmto informacím však nepřikládala velký význam, protože si uvědomovala, že každá matka to má jinak. Největší váhu přikládala informacím od zdravotnického personálu, na který spoléhala. „*Spoléhala jsem na to, že všechny informace dostanu tady v porodnici od sester nebo doktorů.*“ Věřila, že veškeré potřebné informace a praktický nácvik získá během pobytu na oddělení šestinedělí. Hodně informací získávala nejen během ústního poučení od sester, ale také skrz informační letáky, brožury, které jí pomohly ukotvit získané informace či nahlédnout a vzpomenout si v případě, že jí velké množství informací znemožňovalo si na něco rozpomenout.

Další část rozhovoru se zaměřovala na zjišťování oblastí péče o novorozence, ve kterých jsou ženy edukovány. Paní M. byla přijata během dne na porodní sál, kde jí porodní asistentky odvedly do místnosti zvané „čekanky“. Tedy místnost, ve které měla paní M. soukromí a klid během 1. doby porodní. V této místnosti s ní mohl být přítomen i přítel. Po nějaké době za paní M. přišla novorozenecká sestra a poučila ji mj. o tom, které výkony se novorozenci provádí během 1. doby porodní. „*Řekla mi, co se bude dít s miminkem po porodu – veškerá ta vyšetření a nutné úkony jako je popsání novorozence, vykapání očí těmi kapkami, péče o ten pupečník a také, že mu budou aplikovat ten vitamín*“ Poučení, které zahrnovalo edukaci o identifikaci novorozence po porodu, péči o pupeční pahýl, kredeizaci a aplikaci vitamínu K, proběhlo ústně, což paní M. považovala za dostatečné a nepocítovala potřebu informace doplňovat. Paní M. důvěřovala odbornosti personálu „*Vše jsem nechala na nich*“. Věděla, že je v dobrých rukou a hlavní pro ni bylo, aby vše dopadlo dobře a její dítě se narodilo v pořádku. Uklidňoval jí také fakt, že novorozenecká sestra nabídla otci možnost být přítomný u prvního ošetření.

Součástí tohoto ústního poučení byla také zmínka o „bondingu“. Novorozenecká sestra nabídla paní M. možnost přiložení nahého novorozence na hrud' matky ihned po porodu, což přijmula s nadšením. Novorozenecká sestra se dále zeptala na jiná přání, které by paní M. mohla mít. Další přání však neměla. Po porodu jí byl novorozenec přiložen nahý na hrud'. Zde byl chvíli

ponechán a poté odnesen k vykonání prvního ošetření. Paní M. toto krátké odtržení nevnímá špatně „*Jak jsem říkala, chtěla jsem hlavně, aby vše proběhlo dobře, což se stalo...takže za mě dobrý, cítila jsem úlevu*“ Poté jí byla dcera přivezena v postýlce, zabalená v zavinovačce. Novorozenecká sestra zkusila novorozence přiložit k prsu, což proběhlo neúspěšně. Za chybu to paní M. nevnímá, protože se dcera následně rozkojila bez problémů. Hlavní pro ni byl fakt, že mohli být všichni tři spolu nerušeně 2 hodiny po porodu.

Po převezení na oddělení šestinedělí za paní M. po nějaké době přišla novorozenecká sestra, která jí vysvětlila bezpečnost manipulace s novorozencem, to zahrnovalo - nenechávat dítě nikdy bez dozoru, nespát s dítětem v jedné posteli, nepohybovat se po oddělení šestinedělí s dítětem v náručí (vždy převážet v postýlce). Součástí edukace bylo také poučení o polohování novorozence – jaké polohy jsou vhodné ke spaní, jaké polohy jsou vhodné k odříhnutí. S paní M. také novorozenecké sestry provedly praktický nácvik manipulace s novorozencem, který zahrnoval bezpečné zvedání a pokládání novorozence. Vše bylo nejdříve paní M. předvedeno a následně to sama pod bedlivým dozorem sester provedla sama, případné chyby jí ihned opravily. Edukace proběhla ústně společně s praktickým nácvikem. Součástí toho byla i edukace v podobě brožury, která pomohla ukotvit získané informace. Jak sama paní M. říká „*Poučena jsem v tomto směru byla až až. Nemůžu si stěžovat. Na to jak jsem se ze začátku strašně bála, jsem to zvládla myslím celkem v pohodě. Díky péči sestřiček.*“ V oblasti hygieny novorozence byla paní M. poučena především o vhodné teplotě okolního prostředí, jaké pomůcky a přípravky si má před koupelí připravit a opět jí bylo zdůrazněno, aby nenechávala novorozence nikdy bez dozoru. Postup samotné koupele byl demonstrován novorozeneckou sestrou na dceři paní M. „*začala nám ukazovat samotný postup koupele – od hlavičky směrem dolů. Ukazovala také jak mimino držet aby nevyklouzlo*“ Praktická ukázka probíhala u jednoho přebalovacího pultu pro skupinu matek, vzájemně si tak mohly doplňovat informace. Během praktické ukázky mohla paní M. zhlédnout také jak se dítě správně po koupeli suší, aby nedocházelo k poškození pokožky a také jak pečovat o pokožku dítěte. V rámci edukace se sestrou probrala péči o pupeční pahýl a přebalování novorozence. K první samostatné koupeli si paní M. mohla zavolat novorozeneckou sestru – tato možnost jí byla nabídnuta, tu však nevyužila.

S kojením neshledala žádný problém. Největší výhodu viděla v tom, že za celou dobu pobytu měla během denní směny k dispozici stejné novorozenecké sestry, mohly tak vždy navázat tam, kde v edukaci skončili a pilovat tak správnou techniku kojení. Polohy během kojení jí byly vysvětleny – mezi nejoblíbenější polohy zařadila - kojení v polosedě s vypodloženými

nohama, poloha vleže na boku, poloha vsedě. Poučení proběhlo ústně a bylo doplněno praktickou ukázkou – tedy v tomto případě nácvik poloh při kojení a nácvik správné techniky kojení. Během tohoto na paní M. sestra dohlížela a opravovala případně chyby.

O screeningových vyšetřeních byla poučena především skrz edukační leták, který dostala při příchodu na oddělení šestinedělí. Průběh vyšetření byl dostatečně vysvětlen prostřednictvím edukačního letáku, tento způsob si velmi pochvalovala „*Je to pohodlné, protože já si někdy nepamatuju úplně všechno, co nám říkají – těch informací je opravdu hodně. Takhle sestra přišla, řekla, že je potřeba provést ta vyšetření, což jsem souhlasila a pak jsem si v klidu znovu pročetla, co se bude vlastně dít*“ Samotnému vyšetření přítomná nechtěla být, i když jí tato možnost byla personálem nabídnuta. Věřila v odbornost a profesionalitu personálu a raději si chvíli odpočinula. O péči po propuštění z porodnice domů zatím ústně poučena nebyla, byl jí však poskytnut písemný materiál, ve kterém bylo vše dostatečně a jasně vysvětleno – stejně jako v předešlém případě si tuto formu velmi pochvalovala – umožňovalo jí připomenout si některé informace v případě, že je pod tíhou velkého množství informací zapomené. Ústní formou prý bude poučena v den propuštění lékařem.

Poslední část rozhovoru se věnovala hodnocení spokojenosti s proběhlou edukací. Paní M. neuvěděla žádná negativa týkající se proběhlé edukace. „*Fakt jsem naprosto spokojená, nečekala jsem takovou péči, ale možná to je tím, že nemáme žádné problémy...nevím, ale za mě velká spokojenost.*“ Vyzdvihuje především empatický personál, který byl vždy nápomocen a neváhal podat pomocnou ruku. Pochvalovala si i vstřícný personál – zejména co se týče respektování přání rodičky během porodu, ale i během celého následujícího pobytu. Mezi pozitivita také řadí klidné prostředí, ve kterém probíhala samotná edukace, díky čemuž se cítila nerušeně a měla pocit naprostého klidu a bezpečí. V neposlední řadě chtěla také pochválit konzistentnost a dostatek informací – příkládala to především faktu, že se o ni po celou dobu pobytu staraly stejné novorozenecké sestry, se kterými si mohla utvořit vztah a navazovat vždy na již získané informace. Tuto edukaci podpořil i písemný edukační materiál, který měla paní M. k dispozici již od příchodu na oddělení šestinedělí, mohla si tak díky němu upevnit získané informace, či doplnit chybějící nebo zapomenuté. „*Je lepší mít ty informace na papíře, který si můžu vzít domů a ty hlavní zásady tam mít uvedený. Můžu se vždycky podívat a nemusím se stresovat, že něco zapomenou a budu muset kvůli každé maličkosti volat.*“

4.2 Rozhovor č. 2

Získávání informací	Ošetření novorozence bezprostředně po porodu	Bonding	Manipulace s novorozencem	Hygiena novorozence	Kojení	Screeningová vyšetření	Péče po propuštění z porodnice domů	Spokojenost klientek	
								SUBKATEGORIE	
Zdravotnický personál	Vážení a měření	Možnost přiložení novorozence po porodu	Bezpečnost na oddělení	Okolní prostředí	Ústní edukace	Průběh vyšetření	Informovanost	POZITIVA	NEGATIVA
	Kredeizace	Ošetření novorozence	Polohování	Pomůcky, přípravky		Nepřítomnost u vyšetření	Písemná edukace	Vstřícný personál – akceptace přání klientek	Nedostatek informací
	Identifikace	Přiložení k prsu	Písemná edukace	Postup samotné koupele		Ústní edukace		Odbornost personálu	Absence praktického nácviku (kojení)

	Péče o pupeční pahýl	Bonding 2 hodiny po porodu	Ústní edukace	Přebalování		Písemná edukace		Písemné edukační letáky, brožury	Nedostatečná informovanost v oblasti kojení
	Aplikace vitamínu K	Ústní edukace	Opožděný praktický nácvik	Péče o pokožku					Nekonzi- stentnost informací
	Přítomnost partnera u 1. ošetření			Péče o pupeční pahýl					
	Ústní edukace			Praktický nácvik					

Interpretace

S druhou respondentkou, paní N., které v době rozhovoru bylo 24 let, byl veden rozhovor o proběhlé edukaci v oblastech péče o novorozence, o jejich pocitech a spokojenosti s poskytnutými informacemi od novorozeneckých sester, o způsobu získávání informací.

První část rozhovoru se věnovala oblasti získávání informací. Paní N. si předem žádné informace nezískávala – nezúčastnila se předporodního kurzu, nehledala informace v odborných člancích/literatuře, ani nepročítala žádná internetová fóra. V okolí nemá ani žádné dobré kamarádky, které by již byly matkami. Pokud by takovou možnost měla, ani by jí nevyužila. Nechtěla by se nechat stresovat od ostatních matek. Veškerou naději tak vložila do zdravotnického personálu „*Myslela jsem, že vše, co potřebuji znát, získám tady v porodnici.*“ Důvěřovala odbornosti zdravotnického personálu, a proto neměla potřebu hledat informace před porodem. Věřila, že veškeré informace a praktický nácvik získá během pobytu na oddělení šestinedělí. Důležitý pro ni byl poskytnutý písemný edukační materiál, který jí dopomohl upevnit získané informace nebo jí pomohl vzpomenout si na již získané poznatky – nemusela tak, jak sama uvedla, neustále zvonit na sestry a doptávat se.

Druhá část rozhovoru se zaměřila na oblasti edukace primipar týkající se péče o novorozence. Paní N. přijali na sál v dopoledních hodinách. Porodní asistentky ji odvedly do místnosti zvané „čekanky“, kde mohla být nerušeně a v klidu po celou 1. dobu porodní. V této místnosti s ní mohl být přítomen i přítel. Asi po hodině paní N. navštívila jedna z novorozeneckých sester a ústní formou ji poučila o péči o novorozence bezprostředně po porodu – poučení zahrnovalo – vážení a měření novorozence, identifikace novorozence, kredeizace, péče o pupeční pahýl, aplikace vitamínu K. Tato forma a obsah byl pro paní N. dostačující, ačkoliv si žádné informace předem nezjišťovala, věřila, že je v rukou profesionálů a plně se oddala do jejich péče. „*Já jsem si o tomhle nezjišťovala žádné informace, protože si myslím, že zdravotníci vědí, co dělají, takže jsem to opravdu nechala vše na nich*“ Důležité pro paní N. byla hlavně myšlenka, aby porod proběhl bez komplikací a aby ona a její syn byli v pořádku. Jejímu partnerovi byla nabídnuta možnost přítomnosti u prvního ošetření, což přijali oba s velkým nadšením „*Nabídla nám i možnost, že u toho ošetření bude moc být přítomný tatínek, to jsem ocenila, aspoň to budu mít všechno hezky nafocené a uvidím to taky (smích)*“

Před porodem s novorozeneckou sestrou ústní formou probraly i možnost „bondingu“. Byla jí nabídnuta možnost přiložení nahého novorozence na hrud' ihned po porodu. To přijala velmi ráda. „*Bylo mi to nabídnuto přiložení miminka „skin to skin“ ihned po porodu, pokud bude*

všechno v pořádku“ Novorozenecká sestra se jí ptala na jiná možná přání, ale žádná neměla. Po porodu jí byl novorozenec ihned přiložen na hrud', kde byl na krátkou chvíli ponechán a poté odnesen k prvnímu ošetření. Paní N. cítila úlevu z dobře zvládnutého porodu, ale také pociťovala velkou únavu. Krátké odtržení novorozence od ní nevnímá jako chybu nýbrž jako standardní postup. Po krátké chvíli přivezl partner zabalené novorozeně v zavinovačce. Novorozenecká sestra pokusila přiložit novorozence k prvnímu přísátí, avšak neúspěšně. Paní N. mohla poté být 2 hodiny po porodu s novorozencem zcela nerušeně na porodním boxu.

Po dvou hodinách byla paní N. převezena na oddělení šestinedělí. Po uplynutí krátké doby za ní přišla novorozenecká sestra. Edukace byla zahájena podáním informací o bezpečnosti manipulace s novorozencem, to zahrnovalo poučení o tom, že dítě nesmí být nikdy ponecháno bez dozoru, nikdy by nemělo spát s matkou v jednom lůžku a při přesunu po oddělení by mělo být umístěno ve své postýlce, nikoli v náručí. Tyto zásady byly také součástí písemného edukačního materiálu, který měla paní N. k dispozici ihned po příchodu na oddělení. Negativně však vnímala fakt, že jí nikdo prakticky nepředvedl ani nepodal informace k polohování a správné a bezpečné manipulaci s novorozencem. Využila tak zkušenosti druhé matky, která s ní sdílela pokoj. Ačkoliv se snažila získat zkušenosti od druhé matky, strach, který během manipulace s novorozencem pociťovala, jí přiměl požádat o doplnění edukace v oblasti manipulace s novorozencem. Během té již získala potřebné informace a praktický nácvik, který již hodnotila jako dostačující – obsahem edukace především bylo poučení o polohování novorozence – jaké polohy jsou vhodné ke spaní, jaké polohy jsou vhodné k odříhnutí. Praktický nácvik se zaměřil na bezpečné zvedání a pokládání novorozence. Pod dozorem sestry si vše vyzkoušela. Přesto si myslí, že by se novorozenecké sestry měly aktivněji zajímat o matky, zejména prvorodičky *„...ale stejně by se asi měli zajímat, jestli to matky, zejména ty co mají první, zvládají“*. Hygiena novorozence byla demonstrována na synovi paní N. u jednoho z přebalovacích boxů. Praktické ukázkou byly přítomny další dvě matky. Novorozeneckou sestrou jim byla vysvětlena vhodná teplota okolního prostředí během koupele, byly jim nabídnuty různorodé pomůcky a přípravky, které si ženy mohou připravit již před samotnou koupelí. Následovala praktická ukáзка samotné koupele, která mj. zahrnovala i ukázkou správné manipulace během hygieny, tak aby bylo zajištěno bezpečí dítěte. Po koupeli následovalo poučení a ukáзка správného osušení kůže, aby nedošlo k poškození integrity a také jak pečovat o pokožku. Součástí ukáзки bylo i poučení o péči o pupeční pahýl a přebalování.

K první samostatné koupeli si mohla paní N. přivolat novorozeneckou sestru. Tuto možnost nevyužila, protože vše podstatné pochopila již z ústního poučení a praktické ukázky. *“Tohle bylo opravdu dobrý, z té ukázky jsem to pochopila a už jsem to mohla provádět úplně sama..“*

V oblasti kojení se paní N. již potýkala s nepříjemnostmi. Po převozu na oddělení šestinedělí za ní sice sestry přišly, avšak edukace byla strohá, nedostatečná a bez praktického nácviku. Paní N. tak zcela tápala v problematice kojení, nevěděla rozmanitost poloh při kojení a ani neznala správnou techniku kojení. Následkem toho muselo být její dítě dokrmováno nutrilonem, protože se v jejich prsech netvořil dostatek mateřského mléka, ačkoliv se snažila prsa dostatečně stimulovat. Tato skutečnost velmi negativně ovlivňovala její psychiku a probouzela v ní stavy sebeobviňování *„Víte co, já si připadám pak strašně blbě, že ani nedokážu nakrmit své dítě. Jenže ono tohle není samozřejmost a já jako ani nevím, co mám pořádně dělat. Myslela jsem, že mi to tu všechno ukážou a poradí mi, ale někdy mám pocit, že spíš tou neschopností druhé otravuju. Tohle mě vážně mrzí, já chtěla kojit opravdu...ale nejde mi to.“* Paní N. připouští, že tuto zkušenost měly i některé její známé a proto situaci chce řešit až po odchodu z porodnice již vlastní cestou.

O screeningových vyšetřeních byla poučena dostatečně již při příchodu na oddělení šestinedělí a to především formou edukačního písemného materiálu, ve kterém byly dopodrobna popsána všechna vyšetření. Přítomnost u vyšetření jí personálem nabídnuta nebyla. V den vyšetření novorozenecká sestra přišla za paní N. a pouze jí informovala, že si její dítě na chvíli odveze k vykonání vyšetření. Paní N. byla ráda, že tento čas může využít k osobní hygieně. Důvěřovala odbornosti personálu, a proto nepocítovala potřebu být přítomná vyšetřením *„Nechala jsem to na nich (sestry) a počkala si, až mi ho zas přivezou, zas tak dlouho to netrvalo“* O péči po propuštění z porodnice domů byla poučena písemným edukačním materiálem, ve kterém byly shrnuty nejdůležitější body. Tuto formu si paní N. taktéž velmi pochvalovala a vyzdvihovala její účinnost *„Do toho papíru můžu kdykoliv nahlédnout a nemusím se bát, že na něco zapomenu nebo spíš když na něco zapomenu, nemusím nikomu volat a zase se ptát“*

Poslední část rozhovoru se věnovala hodnocení spokojenosti s poskytnutou edukací. Paní N. mezi pozitiva zařadila především odbornost, profesionalitu zdravotnického personálu a také vstřícnost, zejména v respektování přání rodiček během porodu, kdy chtěly vyjít rodiče maximálně vstříc. Vyzdvihla také písemný edukační materiál jako dobrou formu edukace, která dopomáhala ukotvit získané informace a poskytovala podporu v případě, že některá informace byla zapomenuta.

Za velké mínus paní N. považovala především nekonzistentnost a nedostatek informací, zejména v oblasti kojení. Kvůli nejednotnosti informací se v této oblasti ztrácela a cítila se zmatená „*Musím říct, že mi přijde, že každá ta sestřička prosazuje svoji metodu a já se v tom ztrácím. Mohli by opravdu zapracovat na tom, aby každá směna říkala pořád to samé a ne, že se na vás budou v uvozovkách zlobit, když to děláte podle jiné směny.* V této oblasti chyběl, v případě paní N., i praktický nácvik kojení, což se projevovalo především špatnou technikou kojení, zaujímání jedné polohy při kojení a nedostatečnou tvorbou mateřského mléka. Celá tato situace měla za následek sklony k sebeobviňování. Propadala myšlenkám, že je špatná matka a cítila se zoufale a neschopně. Zároveň měla strach se obrátit na zdravotnický personál z obavy, že bude na obtíž. „*Bojím se, abych někoho neotravovala.*“

Paní N. však neopomněla zdůraznit, že během celého pobytu se k ní všichni chovali víceméně pěkně, pobyt si celkem užila. Jen by chtěla svým názorem přispět k vylepšení edukace v oblasti kojení, aby se i matky prvorodičky cítily sebejistě.

4.3 Rozhovor č. 3

Získávání informací	Ošetření novorozence bezprostředně po porodu	Bonding	Manipulace s novorozencem	Hygiena novorozence	Kojení	Screeningová vyšetření	Péče po propuštění z porodnice domů	Spokojenost klientek	
								SUBKATEGORIE	
Předporodní kurz	Ústní edukace	Možnost přiložení novorozence po porodu	Bezpečnost na oddělení	Okolní prostředí	Laktační poradkyně	Průběh vyšetření	Informovanost	POZITIVA	NEGATIVA
Odborná literatura	Porodní plán	Nepřetržitý kontakt 1 hodinu po porodu	Polohování	Pomůcky, přípravky		Nepřítomnost u vyšetření	Písemná edukace	Vstřícný personál – akceptace přání klientek	Nedostatek informací
Odborné články	Přítomnost partnera u 1. ošetření	Ošetření novorozence	Písemná edukace	Postup samotné koupele		Písemná edukace		Písemné edukační letáky, brožury	Absence praktického nácviku (kojení)

Zdravotnický personál		První přisátí novorozence k prsu	Ústní edukace	Přebalování					Nedostatečná informovanost v oblasti kojení
		Bonding 2 hodiny po porodu		Péče o pokožku					Nekonzi- stentnost informací
		Ústní edukace		Péče o pupeční pahýl					Nezájem a špatný přístup personálu
				Praktický nácvik					

Interpretace

S třetí respondentkou, paní L., které v době rozhovoru bylo 29 let, byl veden rozhovor o proběhlé edukaci v oblastech péče o novorozence, o jejich pocitech a spokojenosti s poskytnutými informacemi od novorozeneckých sester, o způsobu získávání informací.

První část rozhovoru se zaměřila na oblast získávání informací. Paní L. neponechala nic náhodě a aktivně sbírala informace již před porodem. A to zejména v odborných publikacích a článcích na internetu. Snažila se najít co nejvíce informací týkající se péče o novorozence, chtěla se tak co nejvíce připravit na novou životní roli. Internetová fóra nepročítala, protože nevěřila v jejich odbornost. Věděla, že na taková fóra může psát hodně lidí z neověřených zdrojů. Na základě informací a poznatků, které získala z odborné literatury a odborných článků si paní L. sestavila porodní plán. Před porodem, jakožto prvorodička, se také zúčastnila předporodního kurzu, který byl zaměřený na manipulaci s novorozencem. Paní L. si spoustu informací našla sama. Byly to informace, které si ověřovala a věřila jim, proto k některým radám zdravotnického personálu byla skeptická. I přesto ale byla radám zdravotnického personálu otevřená a snažila se diskutovat možné postupy. Vívala každou pozornost zdravotnického personálu a především praktické ukázky, který jí dopomáhaly se v dané oblasti zlepšovat. Na oddělení šestinedělí si velmi cenila poskytnutého písemného edukačního materiálu, který byl důležitým doplňkem celé proběhlé edukace. Pomáhal jí především nezapomenout již řečené poznatky nebo doplnit mezery, které vznikly z důvodu získání velkého množství informací během krátké chvíle.

Druhá část rozhovoru se věnovala oblastem edukace týkající se péče o novorozence. Paní L. byla přijata na porodní sál v noci. Porodní asistentka ji odvedla na „čekanky“, do místnosti, kde mohla být celou 1. dobu porodní. V této místnosti měla zajištěn klid a soukromí. Její manžel mohl být přítomen po celou dobu a být jí tak psychickou podporou. Paní L. si s sebou přivezla porodní plán, který se týkal jak samotného porodu, tak v něm byly uvedeny body týkající se bezprostředního ošetření novorozence po porodu. Novorozenecká sestra, která jí za krátkou chvíli navštívila, s ní tyto body zkonzultovala, popřípadě doplnila jisté informace. Paní L. přiznala, že s ní novorozenecká sestra neprobrala jednotlivé kroky 1. ošetření novorozence, to ale přičítá faktu, že sestru přesvědčila o tom, že o těchto krocích byla již informována před porodem. Paní L. také získala lepší pocit v momentě, kdy novorozenecká sestra nabídla jejímu manželovi být přítomný u prvního ošetření. Věřila tak, že všechna přání týkající se 1. ošetření, která probrala s novorozeneckou sestrou, budou splněna.

Novorozenecká sestra jí informovala i o možnosti přiložení nahého novorozence po porodu. Což paní L. přijala, měla to i uvedené v porodním plánu. S novorozeneckou sestrou probraly ještě další přání týkající se bondingu. Paní L. měla v porodním plánu uvedeno, že si přeje, aby jí novorozenec byl po porodu přiložen na hrud', byl zde ponechán hodinu a až poté odnesen k vykonání prvního ošetření. To vše za předpokladu, že stav novorozence po porodu bude dobrý. Po porodu byl paní L. přiložen novorozenec na hrud', byl přikrytý pouze bondážní dečkou a byl zde ponechán nepřetržitě celou 1. hodinu a až poté odnesen k vykonání 1. ošetření. Po ošetření byl přinesen zpět k paní L. Další hodinu mohli být nerušeně na porodním boxu. Během tohoto dvouhodinového intervalu se novorozenci podařilo spontánně přisát k prsu.

Po převezení na oddělení šestinedělí za paní L. přišla novorozenecká sestra, která jí ústní formou poučila o bezpečnosti manipulace, což zahrnovalo především poučení o tom, aby nenechávala své dítě nikdy bez dozoru, nespala s ním v jednom lůžku a při přesunu po oddělení měla dítě bezpečně uložené v postýlce, nikoli v náručí. Tyto zásady byly i součástí písemného edukačního materiálu, který paní L. dostala při příchodu na oddělení k dispozici. Novorozenecká sestra vysvětlila i polohy pro odříhnutí, bezpečné polohy novorozence ke spánku. Chyběl však praktický nácvik bezpečné manipulace s novorozencem, paní L. měla zpočátku velký strach se svým dítětem hýbat nebo ho i chovat „...*mám strach s ním nějak více manipulovat*“ Paní L. měla zaplacený nadstandardní pokoj, tudíž byla na pokoji sama a nemohla tak využít zkušenosti jiné matky. Přiznala, že ačkoliv navštěvovala předporodní kurz zaměřený na manipulaci s novorozencem, měla pocit, že by potřebovala více praktických ukázek nebo alespoň odborný dohled zdravotnického personálu, který by mohl pomoci napravit případné chyby. „*Zkrátka mě mrzí, že mi to nějak více nevysvětlili nebo spíš, že se nezajímají a automaticky počítají s tím, že to zvládám jako ostatní matky. Ale já se pak kvůli tomu cítím špatně a to by prostě nemělo být.*“

Jelikož byla paní L. na nadstandardním pokoji, který má samostatný přebalovací box a vaničku, byla praktická ukázka předvedena pouze paní L. Novorozenecká sestra vysvětlila důležitost okolní teploty při svlékání novorozence. Doporučila přípravky a pomůcky, které je vhodné si před koupelí připravit. Následovala demonstrace postupu samotné koupele, u které byla popsána a předvedena bezpečná manipulace s novorozencem během hygieny tak, aby bylo zajištěno jeho bezpečí. Po koupeli byla poučena o správném postupu při sušení pokožky a také o zásadách péče o pokožku, aby se zamezilo jejímu poškození. Poučena byla i v péči o pupoční pahýl a přebalování. Paní L. si nebyla po první ukázce jistá, zdali vše správně pochopila. Nechtěla však žádat o další ukázku, protože měla pocit, že by tak mohla zdravotnický personál

obtěžovat „Ze začátku jsem se bála ho nějak brát do ruky, ale nechtěla jsem otravovat a furt se na něco ptát. Takže tohle bylo pro mě taky hodně stresující, nakonec jsme se s tím nějak poprali, ale nemůžu říct, že díky nim. Tohle mi taky vadí no, že se prostě nikdo nezajímá a nedoptává se, jestli jsem všechno pochopila dobře.“

S nepříjemnostmi se potýkala i v oblasti kojení. Edukace v této oblasti byla zcela nedostatečná a bez praktického nácviku. Paní L. nebyla poučena zdravotnickým personálem o polohách při kojení ani jí nebyla vysvětlena správná technika kojení. I přesto, že se paní L. dožadovala odborného dohledu zdravotnického personálu, který by jí pomohl opravit nedostatky a psychicky jí podpořil, nestalo se tak. „Vše co bylo, že ta sestra ke mně přišla řekla mi ať jí ukážu tu techniku, jak jí dělám. Mně to vůbec nešlo, já se s tím ze začátku strašně trápila, vůbec nechtěl pít, vůbec nám to nešlo a ona teda řekla, ať jí to ukážu a tak jsem to ukázala a ona mně pak vzala to moje prso a začala mu ho rvát do pusy.“ Tuto skutečnost paní L. velice nelibě nesla. Cítila se vystresovaně a neschopně, měla sklony k sebeobviňování, že je špatná matka. Špatný psychický stav pak způsoboval záchvaty pláče. Na základě toho si paní L. zavolala do porodnice laktanční poradkyni a snažila se vyřešit tento problém již svojí cestou.

O průběhu screeningových vyšetření byla paní L. edukována především prostřednictvím písemného edukačního materiálu, který obsahoval veškeré důležité informace o vyšetřeních, vysvětloval jejich nutnost a průběh. V tomto ohledu paní L. byla informována důsledně, nepocíťovala, že by potřebovala informace doplnit. Zaskočilo jí však, že jí nikdo neinformoval o tom, kdy se vyšetření provádí. Přála si být přítomná u vyšetření, avšak tuto možnost jí nikdo nenabídl. „Co mě fakt hodně mrzí je to, že mi ani neřekli, že bych mohla být u toho samotného vyšetření. Protože já tam chtěla být, ale nenapadlo mě, že to vyšetření provedli, zrovna když jsem byla ve sprše a nemohla jsem být přítomna tomu vyšetření, vlastně mi ani nikdo neřekl, že se to zrovna bude provádět.“ O péči po propuštění z porodnice domů byla paní L. informována dostatečně prostřednictvím písemného edukačního materiálu, který měla k dispozici. Zahrnoval nejdůležitější informace. Ústní formou prý bude poučena až v den propuštění lékařem. Tuto formu si paní L. velmi chválila, protože tak mohla vždy nahlédnout do materiálu a připomenout si důležité body.

Poslední část rozhovoru se věnovala hodnocení a spokojenosti paní L. s proběhlou edukací. Paní L. si stěžovala především na nedostatek informací a také na jejich nejednotnost, měla pocit, že každá sestra jí podávala jiné informace. Následkem toho se cítila nesvá a nejistá. Především v oblasti kojení si myslela, že jí nebylo podáno dostatek informací, aby tuto oblast mohla ovládnout. I chybějící praktický nácvik měl na svědomí, že paní L. neznala rozmanitost poloh při kojení, neznala správnou techniku kojení. Následkem toho začala pochybovat o sobě samé, přepadávaly jí černé myšlenky, cítila se bezmocně a neschopně. *„Víte co, když mi to kojení nejde a malej furt brečí, to prostě na klidu nepřidává, já se navíc cítím tak nemožně a neschopně, že se ani nedokážu postarat o své dítě a dát mu vše co potřebuje. Je to prostě špatný, se takhle cítit a myslím, že ten personál by tu měl být také proto, aby se matky těmhle pocitům vyvarovaly, ale to tady právě asi nefunguje nebo nevím... pokud budu mluvit za sebe tak nefunguje.“* Za velikou chybu považovala i to, že se novorozenecké sestry aktivněji nezajímaly, zdali veškeré úkony zvládá bez obtíží – jejich přístup považuje za fádňní, nedostatečný a neodpovídající dnešním standardům. *„Tohle mi vadí no, že se prostě nikdo nezajímá a nedoptává se, jestli jsem všechno pochopila dobře. Nebo nemůžu říct nikdo, ale rozhodně ty, které jsem chytila já.“*

Mezi pozitiva paní L. zařadila především vstřícnost personálu, vyzdvihla fakt, že veškerá přání, která měla uvedená v porodním plánu, s ní byla prodiskutována a víceméně jí všechna přání byla splněna. Stejně tak chválila i formu písemného edukačního materiálu, který ji byl k dispozici již od příchodu na oddělení šestinedělí. Tato forma pro ni představovala důležitý prvek v rámci celého pobytu. Díky těmto materiálům si dokázala některé informace rychleji a přesněji zapamatovat.

5 ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ

Tato kapitola se zaměřuje na porovnání kódů stejných kategorií u všech respondentek.

5.1 Získávání informací

Způsob získávání informací se u dvou respondentek - **paní M.** a **paní N.** moc nelišil. Jak z rozhovorů vyplývá, obě přikládaly největší váhu informacím od zdravotnického personálu. Spoléhaly, že veškeré důležité informace týkající se péče o novorozence získají během pobytu v porodnici. U **paní N.** to byl dokonce jediný způsob, jakým získávala informace – ať už prostřednictvím praktických ukázek, ústních poučení či poskytnutého edukačního materiálu k různým oblastem péče o novorozence, který si chválila. Veškerou důvěru tak vložila do rukou zdravotnického personálu. Radám byla zcela otevřená a snažila se řídit podle rad a informací, které jí zdravotnický personál poskytl. **Paní M.** si před porodem zjišťovala informace i pročitáním internetových diskusí, z kterých však měla smíšené pocity a nepřikládala jim žádný význam. Bylo to pro ni spíše zpestření. Některé informace a rady dostala také od svých kamarádek, které již matkami byly. Tyto informace však pro ni také nebyly směrodatné. Nejvíce užitečné pro ni byly informace a rady získané od zdravotnického personálu. Ty jí byly, stejně jako u **paní N.**, předány ve formě praktických ukázek, ústního poučení a edukačního materiálu. Stejně jako **paní N.** si edukační materiál chválila a vyzdvihovala jej. Poslední respondentka, **paní L.**, na rozdíl od předešlých dvou respondentek přikládala informacím získaným od zdravotnického personálu menší váhu, ačkoliv uvedla, že se snažila být radám od personálu otevřená, snažila se různé přístupy diskutovat a vítala každou pozornost zdravotnického personálu. Od zdravotnického personálu očekávala, že jí naučí skrz praktické ukázky a nácviky manipulovat s novorozencem, kojit ho, pečovat o jeho hygienu. Chválila si, stejně jako předešlé respondentky, edukační materiály, které jim personál během pobytu dal k dispozici. Co nejvíce teoretických poznatků se snažila získat sama již před porodem prostřednictvím odborné literatury a odborných článků. Využila také možnost zúčastnit se předporodního kurzu, který byl zaměřený na manipulaci s novorozencem. Internetová fóra si **paní L.** nepročítala, neboť nevěřila, podobně jako **paní N.**, v jejich odbornost.

5.2 Ošetření novorozence bezprostředně po porodu

V této oblasti se výpovědi všech tři respondentek víceméně shodují. Paní M. a paní N. uvedly, že po přijetí na porodní sál, kde byly uloženy na místnost zvanou „čekanky“, za nimi po krátké chvíli přišla jedna z novorozeneckých sester a během rozhovoru s nimi probrala jednotlivé kroky prvního ošetření novorozence jako identifikaci novorozence, kredeizaci, péči o pupeční pahýl, aplikaci vitamínu K a v případě paní N. i zmínka o vážení a měření novorozence. Novorozenecká sestra jim také ponechala prostor pro případné dotazy či vyslovení přání. Ani jedna z nich však žádná další přání týkající se prvního ošetření novorozence neměla, stačilo jim nastínění průběhu prvního ošetření, zbytek si přály nechat v rukou zdravotnického personálu. Paní L. byla také uložena na „čekanky“, také za ní po krátké době přišla novorozenecká sestra. V případě paní L. však spolu neprobíraly jednotlivé kroky 1. ošetření, neboť paní L. uvedla, že kroky 1. ošetření zná a nepotřebuje již žádné další informace. Společně s novorozeneckou sestrou tak probíraly sepsaný porodní plán, který si paní L. jako jediná z respondentek přinesla s sebou k porodu. Všechny tři respondentky byly rády, když jim novorozenecká sestra nabídla možnost přítomnosti otce u prvního ošetření. V případě paní M. a paní N. především proto, aby otec první ošetření fotograficky zdokumentoval a ony tak mohly později vidět průběh tohoto ošetření. Paní L. ocenila přítomnost manžela u prvního ošetření zejména proto, že chtěla, aby dohlédl na průběh onoho 1. ošetření.

5.3 Bonding

Z rozhovoru vyplývá, že o možnosti bondingu byly náležitě poučeny všechny tři respondentky. Během rozhovoru s novorozeneckou sestrou již před porodem probraly, zdali si budou přát přiložit po porodu nahého novorozence na hrud'. Paní M. a paní N. tuto možnost přijaly s nadšením. Ani jedna z těchto dvou respondentek neměla žádná jiná přání ohledně bondingu. Vyjádřily především touhu, aby porod dopadl dobře a ony, společně s novorozenci, byli v pořádku. Oběma pak novorozenec byl skutečně přiložen na hrud', za krátkou chvíli jim však byl novorozenec odebrán a odnesen k vykonání 1. ošetření ačkoliv to stav novorozence nutně nevyžadoval. Zpět jim byl přinesen zabalený již v zavinovačce. Ani jedna to však nevnímá negativně, nýbrž jako součást standardních postupů. Za více důležité považovaly, že porod proběhl v pořádku a ony mohly strávit následné 2 hodiny po porodu nerušeně, pouze s potomkem a partnerem. Naproti tomu paní L. měla sepsaný porodní plán, kde měla mj. uvedeno, že si přeje, aby novorozenec (pokud to zdravotní stav nebude vyžadovat) nebyl odnesen k vykonání prvního ošetření ihned po porodu, ale až po 1 hodině. Po celou hodinu tak byl na hrudi matky, přikryt pouze bondážní dekou. Po 1 hodině po porodu byl odnesen

k vykonání 1. ošetření a přinesen zpět k matce, kde byl nahý na hrudi další hodinu. Paní L. tak mohla také nerušeně strávit 2 hodiny po porodu s potomkem a manželem.

Zajímavé je, že v případě paní L. se první přísátí k prsu povedlo již během 2 hodinového intervalu zcela spontánně, zatímco paní M. i paní N. uvedly, že první přísátí novorozence k prsu bylo neúspěšné, ačkoliv jim byl novorozenec k prsu přiložen také během dvouhodinového intervalu. Avšak v těchto dvou případech byl novorozenec během přiložení k prsu již zabalen v zavinovačce.

5.4 Manipulace s novorozencem

Všechny respondentky se shodly, že po příchodu na oddělení šestinedělí byly poučeny jak ústní tak písemnou formou o bezpečnosti manipulace s novorozencem na oddělení šestinedělí, což zahrnovalo např. poučení o tom, aby nenechávaly své dítě nikdy bez dozoru, nespaly s ním v jednom lůžku a při přesunu po oddělení měly dítě bezpečně uložené v postýlce, nikoli v náručí. Dále se však výpovědi rozcházejí. Paní M. jako jediná uvedla, že byla informována o polohování novorozence a také s ní byl proveden praktický nácvik těchto poloh a správné manipulace s novorozencem, což zahrnovalo především nácvik zvedání a pokládání novorozence. Uvedla také, že tento nácvik byl proveden ihned po příchodu na oddělení šestinedělí. Což zásadně snížilo, až odbouralo strach při manipulaci s novorozencem. Zato paní N. zprvu vůbec netušila, jak má správně zacházet se svým potomkem, neznala ani důležitost polohování novorozence. Do jisté doby využívala rad druhé matky, která s ní sdílela pokoj. Až strach, který pocítovala během manipulace s novorozencem, paní N. přiměl požádat zdravotnický personál o doplnění informací a provedení praktického nácviku. Ten již paní N. pomohl odbourat strach při manipulaci s novorozencem. Třetí respondentka, paní L. jako jediná absolvovala před porodem kurz zaměřený na manipulaci s novorozencem. Ani ten však nestačil, aby paní L. nepocítovala jistý strach při manipulaci s novorozencem nebo se nebála potomka chovat. Stejně jako paní N. uvedla, že jí po porodu nikdo neinformoval o manipulaci s novorozencem, zahrnující např. zvedání a pokládání novorozence. Na rozdíl od paní N. však měla zaplacený nadstandardní pokoj a nemohla tak alespoň využít rad jiné matky. Informace o polohování novorozence, zahrnující např. polohy pro odříhnutí a spánek jí byly stejně jako první respondentce, paní M. vysvětleny po příchodu na oddělení šestinedělí. Všechny tak víceméně vyjádřily, jak za důležité v této oblasti považují podporu zdravotnického personálu a jejich odborný dohled při praktickém nácviku.

5.5 Hygiena novorozence

V této oblasti se všechny výpovědi respondentek shodly. Všechny tři respondentky popsaly stejný průběh edukace v oblasti hygieny novorozence. Novorozenecká sestra si půjčila novorozence jedné z matek a na něm demonstrovala samotný postup koupele. Před samotnou koupelí respondentkám vysvětlila důležitost okolní teploty, popsala jim, jaké pomůcky si respondentky mají před koupelí připravit a případně doporučila jaké přípravky při koupeli používat. Následně předvedla samotnou koupel, kde popsala i bezpečnou manipulaci s novorozencem při koupeli aby bylo zajištěno jeho bezpečí. Po koupeli zdůraznila, jak je důležité pečovat o pokožku novorozence, předvedla jak novorozence osušit aby nedošlo k poškození integrity kůže. Součástí této praktické ukázky bylo i poučení o péči o pupeční pahýl a bylo také předveden postup přebalování novorozence. Jediné, co se ve výpovědích lišilo, bylo to, že paní L., která měla zaplacený nadstandardní pokoj, byla praktická ukázka předvedena pouze jí samotné. V případě respondentek paní M. a paní N. byla praktická ukázka předvedena ve skupině více matek. Paní M. a paní N. také dostaly nabídku, že u první samostatné koupele jim může být nápomocná jedna z novorozeneckých sester. Ani jedna však tuto nabídku nevyužila, protože vše podstatné pochopily již během první ukázky. Naproti tomu paní L. tato možnost nabídnuta nebyla. Paní L. oproti dalším dvěma respondentkám ukázku ne zcela pochopila a uvítala by, kdyby se zdravotnický personál více zajímal, zdali ženy skutečně prakticky ovládají nově nabyté informace.

5.6 Kojení

Jak z rozhovoru vyplývá, nejrozsáhlejší edukaci v oblasti kojení dostala pouze první respondentka, paní M. Ta jako jediná dotazovaná uvedla, že jí byla vysvětlena správná technika kojení, byly jí vysvětleny různé polohy při kojení a mohla si tak vybrat pro sebe nejvhodnější. Vše bylo podpořeno praktický nácvikem a odborným dohledem novorozenecké sestry. Jako jediná měla také tu výhodu, že první dny po porodu měla k dispozici stejné novorozenecké sestry (denní směna), mohly tak v edukaci vždy navázat tam, kde skončily. Naopak s velkými nepříjemnostmi se v této oblasti potýkaly zbylé dvě respondentky. Paní N. uvedla, že ústní edukace, kterou měla k dispozici ona, byla nedostatečná a strohá. Nebyly jí vysvětleny žádné polohy pro kojení, ani správná technika kojení. Neproběhl praktický nácvik, ani neměla k dispozici odborný dohled. Uvedla, že podobně na tom byly její známé a tak chtěla vzniklý problém řešit až po odchodu z porodnice svojí vlastní cestou. Stejnou zkušenost uvedla i paní L., které také nebyly podány informace o polohách při kojení, ani jí nebyla vysvětlena správná technika kojení.

Stejně jako u paní N., ani v tomto případě neproběhl praktický nácvik. Paní L. se dožadovala odborného dohledu, ten však nepřinesl žádné změny. Proto si, na rozdíl od paní N., zavolala na pomoc laktační poradkyni. Oběma těmto respondentkám vzniklá situace způsobila stavy sebeobviňování, bezmocnosti a neustálého stresu.

5.7 Screeningová vyšetření

Z rozhovoru vyplývá, že v této oblasti byly všechny tři respondentky poučeny dostatečně, především prostřednictvím písemného materiálu, který shrnul jednotlivá vyšetření a jejich postup. Všechny tři respondentky se shodly, že tato forma jim vyhovovala nejvíce, protože jim poskytovala možnost nahlédnout a připomenout si nutnost a průběh jednotlivých vyšetření v případě, že si nestihly zapamatovat velké množství informací. Paní M. uvedla, že ačkoliv jí byla nabídnuta možnost být u samotných vyšetření, necítila potřebu být přítomná. Věřila odbornosti personálu a vše nechala v jejich rukou. Stejně tak paní N., které sice nabídnuta možnost být přítomná u vyšetření nebyla, pouze jí bylo sděleno, že se novorozenec na chvíli odveze na sesternu k vykonání vyšetření, ale i ona věřila odbornosti zdravotnického personálu a svěřila tak novorozence pouze do jejich rukou. Volný čas, kdy byl její potomek na vyšetření, využila k osobní hygieně. Paní L. si jako jediná přála být přítomná u vyšetření, avšak jí tato možnost také nebyla nabídnuta. K vyšetření došlo ve chvíli, kdy byla paní L. ve sprše a nebyla informována o tom, že se vyšetření budou zrovna v tu chvíli provádět. To vnímala velmi negativně „...nenapadlo mě, že to vyšetření provedli, zrovna když jsem byla ve sprše a nemohla jsem být přítomna tomu vyšetření, vlastně mi ani nikdo neřekl, že se to zrovna bude provádět.“

5.8 Péče po propuštění z porodnice domů

Všechny tři respondentky shodně uvedly, že o péči po propuštění domů byly informovány prostřednictvím edukačních písemných materiálu, ve kterých jsou shrnuty nejdůležitější body. Všechny vyzdvihovaly účinnost této formy edukace. Uznaly, že vinou velkého množství informací mohou některé poznatky zapomenout. Písemný edukační materiál tak pro ně představuje jakousi oporu, kdy do něj mohou nahlédnout a rozpomenout si na poznatky, které získaly během pobytu v porodnici.

5.9 Spokojenost klientek

V této podkapitole bych ráda rozvedla uvedená pozitiva a negativa, které uváděly jednotlivé respondentky.

5.9.1 Pozitiva

Mezi pozitivní prvky všechny tři respondentky shodně uvedly vstřícnost personálu. U paní N. a paní L. to však bylo myšleno spíše pro personál, který měly k dispozici před porodem. Vyzdvihly fakt, že personál nejen podal veškeré informace týkající se prvního ošetření a bondingu, ale aktivně se zajímal i o případná přání, které by ženy měly v souvislosti s poporodní péčí o novorozence nebo bondingu. Paní L. vyzdvihla i fakt, že přání, která měla uvedená v porodním plánu, byla víceméně splněna. Paní M. vyzdvihla jako jediná vstřícný a empatický personál, který měla k dispozici po celou dobu pobytu. Všechny tři respondentky také shodně vyzdvihly poskytnutý edukační materiál, který měly k dispozici již od příchodu na oddělení šestinedělí. Tato forma edukace jim pomáhala si lépe ukotvit získané informace nebo také poskytovala podporu v případě, že z důvodu velkého množství informací něco zapomněly – mohly si tak jednoduše připomenout nově nabyté informace.

Paní L., již jako jediná, žádné další pozitiva neuvedla.

Paní N. ještě vyzdvihla odbornost personálu, který byl přítomný za jejího pobytu.

Paní M. pak jako jediná chválila klidné prostředí, které jí pomáhalo zvykat si na novou životní roli a také, že měla ve všech oblastech edukace dostatek informací k úspěšnému zvládnutí dané problematiky. Také jako jediná uvedla, že po celou dobu byly informace konzistentní, nerozcházel se. Přičítala to faktu, že po celou dobu pobytu měla k dispozici stejné novorozenecké sestry. Jako jediná také uvedla, že měla po celou dobu pobytu stoprocentní důvěru v personál, což jí zajistilo duševní pohodu.

5.9.2 Negativa

Paní M. jako jediná z respondentek neuvedla žádná negativa.

Paní N. a paní L. pak shodně uvedly, že za největší negativum během celého pobytu považovaly nedostatek informací, zejména v oblasti kojení. Především jim chyběl hlubší pohled do této problematiky, praktický nácvik poloh při kojení a správné techniky kojení. Za velké negativum obě považovaly také nekonzistentnost informací, které jim byly v této oblasti podány.

Podle jejich názoru každá směna říkala něco jiného, což jim způsobovalo zmatek a stres. Tato situace na jejich psychiku působila velmi špatně. Obě udávaly pocity bezmocnosti,

neschopnosti a stresu. Obě také přepadávaly sebeobviňující myšlenky, že jsou špatnými matkami.

Paní L. dále uvedla, že některé novorozenecké sestry měly, podle jejího názoru, zastaralé názory. Zejména jejich přístup k matkám považovala za neodpovídající dnešním standardům. Překvapil jí taky nedostatečný zájem ze strany personálu ujistit se, zdali matky chápou a především prakticky zvládají postupy, které jim byly v rámci edukace předány. Sama by uvítala jakoukoliv pozornost ze strany personálu.

Jako poslední uvedla, že by si přála, aby zdravotnický personál prvorodičky v porodnicích více podporoval, aby mohly svojí novou životní roli zvládnout bez problémů a v psychické pohodě.

6 DISKUZE

V této kapitole bakalářské práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky. Odpovědi na výzkumné otázky nelze vztáhnout na edukaci primipar obecně, ale platné jsou pouze pro tyto tři respondentky. Tuto skutečnost chápu jako nedostatek této bakalářské práce.

Hlavní cíl: Zjistit informovanost prvorodiček v oblasti péče o novorozence.

Výzkumná otázka č. 1: V jakých oblastech péče o novorozence jsou prvorodičky edukovány?

U všech třech respondentek bylo probráno 7 oblastí edukace týkající se péče o novorozence – ošetření novorozence bezprostředně po porodu, bonding, manipulace s novorozencem, hygiena novorozence, kojení, screeningová vyšetření, péče po propuštění z porodnice domů. V jednotlivých oblastech jsem zjišťovala rozsah a obsah edukace u jednotlivých respondentek.

Z výzkumného šetření vyplývá, že největší rozsah edukace péče o novorozence měla k dispozici respondentka označována, jako paní M. Paní M. byla edukována ve všech stanovených oblastech takovým způsobem, že nepocítovala nedostatek informací ani u jedné z oblastí. Nejméně informací pak dostala respondentka označována jako paní L, ihned za ní byla respondentka paní N., která v jisté oblasti taktéž pocítovala akutní nedostatek informací.

Největší shoda výpovědí respondentek o obsahu edukace byla především v oblasti **hygieny novorozence**, kde se na totožném obsahu edukace shodly všechny tři respondentky. Souhlasím s Viktorínovou (2017, s. 46), která ve výsledcích své práce uvádí, že nejčastější způsob předávání informací v oblasti hygieny novorozence je praktická ukázka doplněná výkladem. I výsledky této práce dokazují, že všechny tři respondentky měly k dispozici praktickou ukázku, která byla doplněná odborným výkladem o správné teplotě okolí, pomůckách, přípravcích ke koupeli, bezpečné manipulaci, péči o pupeční pahýl, přebalování a péči o pokožku. Odborný dohled u první koupele pak měly k dispozici paní M. a paní N, ty však nabídku nevyužily, protože vše podstatné pochopily již během prvního výkladu a praktické ukázky. Paní L. měla pocit, že ne vše z první ukázky zcela pochopila a přála si, aby jí někdo postup zopakoval nebo na ní alespoň dohlížel – paní L. však uvedla, že možnost odborného dohledu jí nabídnuta nebyla. Myslím si, že v případě požádání personálu o odborný dohled či zopakování určitého postupu koupele by jí personál rád vyhověl. Paní L. se však už nechtěla ptát, protože měla pocit, že by někoho mohla obtěžovat. „*Já bych potřebovala, aby na mě někdo koukal, jak to dělám, prostě dohled nad tím jestli všechny ty úkony zvládám. Já jsem ale nechtěla otravovat, tak jsem radši o další ukázku nepožádala.*“

V oblasti **péče o novorozence po propuštění z porodnice domů** byly taktéž všechny edukovány ve stejném rozsahu. Všechny uvedly, že edukace proběhla formou písemného edukačního materiálu, který jim byl poskytnut již po příchodu na oddělení šestinedělí a poskytl jim dostatek informací, které by mohly po propuštění z porodnice potřebovat. Všechny tři také uvedly, že edukovány budou znovu také v den propuštění lékařem. Stejným způsobem byly všechny respondentky edukovány v oblasti **screeningových vyšetření**. Všechny měly po příchodu na oddělení šestinedělí k dispozici písemný materiál, který důkladně popisoval důvody a průběh samotných vyšetření. Jediné v čem se respondentky rozcházejí, byla možnost přítomnosti/nepřítomnosti u vyšetření. Paní M, jako jediné tato možnost byla nabídnuta a před samotným vyšetřením na to znovu byla upozorněna. Paní N. tato možnost nebyla nabídnuta, ale byla znovu personálem poučena, že si odváží novorozeně k vyšetření. Paní L. tato možnost nabídnuta nebyla a ani nebyla personálem znovu upozorněna o průběhu vyšetření. Vyšetření tak proběhlo bez jejího vědomí. Mahelová (2010), která prováděla výzkum v nemocnicích Královéhradeckého a Pardubického kraje o informovanosti žen o screeningových vyšetření, se ve své práci zmiňuje, že nejvíce informací ženy dostanou od lékaře z novorozeneckého oddělení (28,07%) a novorozeneckých sester (19,30%), spíše mluvenou formou – v Královéhradeckém kraji to uvádí 76,47% (13) žen a Pardubickém kraji 65,00 % (12) žen. Mahelová si myslí, že mluvená forma je častěji volena proto, že nejsou k dispozici kvalitní materiály. Ve své práci dále zjišťuje, zdali tyto informace byly pro respondentky dostačující – porovnává nemocnici Královehradeckého kraje, kde 58,82 % (10) žen vnímalo informace jako nedostačující a 41,18 % (7) za dostačující, s nemocnicí Pardubického kraje, kde 70,00 % (14) žen získané informace považovalo za dostačující a 30% (6) nikoliv. Tento rozdíl přičítá tomu, že v té době personál novorozeneckého oddělení v Pardubické nemocnici využíval jak mluvené formy edukace, tak i doplňkové metody – nástěnky, brožury, fotografie. S tímto názorem souhlasím, neboť i výsledky mé práce ukazují jak je písemný materiál v této oblasti edukace vysoce efektivní a matky jsou díky němu dostatečně informovány.

V dalších uvedených oblastech edukace se výpovědi respondentek víceméně shodují, ale přesto se v nich nacházejí rozdílnosti. V oblasti **ošetření novorozence bezprostředně po porodu** se respondentky shodují v rozsahu edukace, kde byly především paní M. a paní N. podrobně informovány o jednotlivých krocích 1. ošetření jako: identifikace novorozence, kredeizace, péče o pupeční pahýl, aplikace vitamínu K. Paní N. pak ještě o vážení a měření novorozence. Paní L. o těchto krocích mohla být novorozeneckou sestrou poučena také, ale jelikož si sama

před porodem sháněla informace a na jejich základě sepsala porodní plán, přesvědčila novorozenkou sestru o tom, že jí nemusí znovu v této oblasti edukovat. Za součást této edukace považují i to, že novorozenké sestry nabídnou partnerovi ženy přítomnost u prvního ošetření novorozence, aby se sami mohli rozhodnout, zdali tomu přihlížet chtějí či nikoliv. Z rozhovorů vyplývá, že této nabídce využili všichni bez rozdílu.

V oblasti **bonding** byl obsah edukace také víceméně podobný. Novorozenké sestry sice nevysvětlovaly samotnou podstatu bondingu, ale ptaly se především na přání rodiček. Paní M. a paní N. se v této oblasti nejvíce shodovaly. Ani jedna neměla vypracovaný porodní plán, nechaly tak podstatné věci na zdravotnickém personálu. Obě si přály pouze položit novorozence po porodu na hrud'. U obou k tomu skutečně došlo, avšak po krátké době byl odnesen k vykonání 1. ošetření. Siláková (2014) ve své práci na téma bonding zjistila, že v nemocnicích Jihomoravského a Zlínského kraje také až 34% ženám dítě krátce přiloží na hrud' a poté odnesou k vykonání prvního ošetření. Hamanová, Lamplotová, Lamková ve svém výzkumu publikovaném roku 2015 uvádí, že pouze u 48,7% respondentek je novorozenec v přímém kontaktu s matkou po celou dobu poporodního období. Dále ve své studii uvádí myšlenku, že ačkoliv vysoké procento zdravotnického personálu (96,1%) podporuje bonding, za nedostatečnou podporou bondingu může stát zaběhnutý rutinní systém na oddělení a velká zodpovědnost personálu za novorozence. S touto myšlenkou se víceméně ztotožňují neboť jak můžeme pozorovat v případě paní L., která jako jediná měla vypracovaný porodní plán s přáním ponechat novorozence alespoň jednu hodinu po porodu na hrudi matky a až poté ho odnést na vykonání prvního ošetření, byl tento proces uskutečněn bez větších problémů. U všech třech respondentek se jednalo o fyziologické novorozence. Ráda bych ještě k tomuto doplnila myšlenku Hamanové et al (2015), které ve své studii na závěr dodávají, že začít podporovat bonding může každý, jenom je potřeba rozhodnout se a přijmout bonding jako normu. (Hamanová, Lamplotová, Lamková, 2015, s. 29) Ráda bych ještě dodala, že paní M. a paní N. byl novorozenec k prsu přiložen během prvních dvou hodin, avšak neúspěšně. V případě paní L. bylo první přisátí k prsu nejen úspěšné ale i zcela spontánní bez nutnosti přikládání k prsu ze strany personálu.

V oblasti **manipulace s novorozencem** se již rozsah a obsah edukace lehce lišil. Nejvíce informací dostala paní M., která byla poučena o bezpečnosti manipulace s novorozencem na oddělení šestinedělí, o polohování novorozence (poloha ke spánku, k odříhnutí), byl s ní proveden praktický nácvik bezpečné manipulace s novorozencem, zejména zvedání a pokládání novorozence. Paní N. a paní L. již však uváděly nedostatky. Paní N. byla po příchodu na

oddělení šestinedělí edukována pouze o bezpečné manipulaci s novorozencem na oddělení šestinedělí. Jiné informace jí zprvu řečeny nebyly a tak využívala rad od matky, která s ní sdílela pokoj. K doplnění informací v této oblasti došlo až po jisté době, kdy sama paní N. z důvodu strachu manipulovat se svým dítětem, požádala o reedukaci. Ta již byla doplněna o poučení o polohování a praktický nácvik manipulace s novorozencem. Paní L. zase v této oblasti chyběla praktická ukázka a následný nácvik manipulace s novorozencem. Tato skutečnost jí způsobovala strach s dítětem manipulovat. Také Kumbálková (2014) ve své práci „Edukační proces u šestinedělky v oblasti péče o novorozence“ vyhodnocuje otázku, zdali si v některé oblasti matky přály doplnit edukaci a pokud ano v které. Z 96 žen této možnosti využilo 20 žen. Doplnit edukaci v oblasti manipulace s novorozencem si přálo nejvíce matek – 25 % (5). Můžeme tedy usuzovat, že tuto oblast edukace není dobré podceňovat a ženy by v ní měly být řádně proškoleny. Zejména ženy prvorodičky, kterým strach může následně zabraňovat v péči o novorozence.

V oblasti kojení se rozsah edukace lišil nejvíce. Největší rozsah edukace byl poskytnut paní M., u které proběhl praktický nácvik správné techniky kojení a poloh pro kojení. Praktický nácvik byl doplněn odborným výkladem. Následný odborný dohled pomohl ihned odstranit případné chyby. Paní M. díky tomu plně kojila své dítě a neshledala žádný problém. V případě dvou dalších respondentek paní N. a paní L. neproběhl žádný praktický nácvik správné techniky kojení a poloh pro kojení, nebyl poskytnut ani odborný výklad. Paní N. ústní formou dostala pouze pár informací ohledně kojení, které se navíc při každé směně rozcházely. Kvůli tomu nemohla plně kojit své dítě – to muselo být dokrmováno nutrilonem. V případě paní L. nedošlo téměř k žádné edukaci. Aby se rozkojila musela si na pomoc zavolat laktační poradkyni. Paní N. i paní L. kvůli této skutečnosti přepadávaly sebeobviňující myšlenky, pocity neschopnosti a bezmocnosti. Ludašová (2015) ve své práci publikuje tabulku, ve které zjišťuje, které oblasti edukace vnímají prvorodičky jako nejdůležitější. Ludašová oblasti edukace rozděluje na kategorie: péče o dítě a péče o sebe samotnou. Zjistila, že v kategorii péče o dítě 63 % prvorodiček považuje za nejdůležitější výživu novorozence a v kategorii péče o sebe samotnou 26 % prvorodiček považuje za nejdůležitější umění kojit. Podle mého názoru, je tedy tato oblast péče o novorozence pro prvorodičky zásadní a měla by se jí věnovat dostatečná pozornost.

V roce 2012 byla uveřejněna švédská studie, která se zaměřila na zdravotníky. Studie se zabývala praktickým tréninkovým programem o kojení se zaměřením na časové období prvního přiložení, náhražky mléka, pevnou stravu a dobu kojení. Studie probíhala v 10 švédských

nemocnicích. Studie se zúčastnilo 540 primipar, které byly rozděleny do dvou kontrolních a jedné intervenční skupiny. U intervenční skupiny studie prokázala delší dobu výlučného kojení i v případě, že první dvě hodiny po porodu nedošlo k prvnímu přiložení k prsu. Intervenční skupiny, která byla řízena programem, vykazovala i nižší počet dětí dostávající náhražku mléka. S touto myšlenkou souhlasím neboť i ve výsledcích mého průzkumu můžeme vidět, že ačkoliv u paní M. neproběhlo během prvních dvou hodin po porodu k prvnímu přisátí, následná edukace zahrnující praktickou ukázkou, praktický nácvik a odborný výklad, přinesla úspěch v podobě plného kojení. Naproti tomu paní L. měla během prvních dvou hodin po porodu úspěch v podobě spontánního prvního přisátí novorozence k prsu, ale následný nedostatek informací a nácviku správné techniky kojení zapříčinil, že paní L. měla v oblasti kojení velké problémy. (Chrásková, Boledovičová in Ekström et al 2015)

V roce 2012 probíhala v USA studie, která se zaměřovala na vliv edukace zdravotníků na délku kojení. Tato studie nepotvrdila významný statistický vztah mezi délkou kojení a znalostmi zdravotníků ačkoliv měli s matkami pravidelný kontakt. Autoři studie si myslí, že výsledky mohou ukazovat nejenom na nedostatek času v klinické praxi, ale také i na zvýšenou potřebu vzdělávat poskytovatele zdravotní péče, kteří provádějí edukaci o kojení. Zmiňují se také o tom, jak důležité je vytvářet pozitivní okolí kolem kojících matek – různé edukační kurzy, podpůrné skupiny či přátelé mají kladný vliv na délku kojení. (Chrásková, Boledovičová in Chen et al 2015)

Výzkumná otázka č. 2: Jak respondentky hodnotí poskytnutou edukaci týkající se oblastí péče o novorozence?

Nejlépe poskytnutou edukaci hodnotí paní M., která neuvedla žádné nedostatky týkající se proběhlé edukace. Vyzdvihovala především klidné prostředí, empatický a vstřícný personál, který jí významně pomáhal zvyknout si na novou životní roli a během krátké doby si osvojit nové dovednosti týkající se péče o novorozence. Na základě této výpovědi je patrné jak velkou roli hraje okolní okolí na edukaci prvorodičky. Paní M. jako jediná také uvedla, že po celou dobu pobytu dostávala ve všech oblastech jednotné informace – to přičítala faktu, že se o ni po celou dobu staraly stejné sestry.

Druhá respondentka paní N. kladně hodnotila především odbornost personálu a jejich vstřícnost ve smyslu akceptace přání rodiček. Líbilo se jí, že jí před porodem novorozenecká sestra chtěla vyjít vstříc ve všech přáních. Nejhůře hodnotí edukaci v oblasti kojení, ke které dostala malé množství informací – tyto informace navíc nebyly konzistentní a způsobovaly jí zmatek.

Absence praktického nácviku správné techniky kojení a poloh pro kojení způsobil, že paní N. nemohla plně kojit své dítě z důvodu malého množství mléka. To muselo být dokrmováno nutrilonem. Paní N. tuto skutečnost nesla velmi těžce, neboť si nesmírně přála své dítě kojit. Paní N. přepadávaly sebeobviňující myšlenky, že je špatnou matkou. Měla pocit neschopnosti, bezmocnosti a cítila velký stres. Přála by si, aby personál podával konzistentní informace a více se zajímal o duševní pohodu matek. Myslí si, že by personál měl vyvinout větší zájem o rodičky, zejména o ty, které rodí poprvé. Další oblasti edukace paní N. hodnotí veskrze kladně.

Podobně na tom byla Paní L. Ta si chválila stejně jako paní N. vstřícnost personálu ve smyslu akceptace přání rodiček. Vyzdvihla fakt, že novorozenecká sestra jí vyhověla ve víceméně všech přáních, které měla uvedené v porodním plánu. Nejhůře, stejně jako paní N., hodnotí oblast kojení. K této oblasti jí nebyl poskytnut žádný odborný výklad, chyběl praktický nácvik správné techniky kojení a poloh pro kojení. Minimum informací, které k této oblasti dostala, považovala za nekonzistentní a nemoderní. Tato skutečnost způsobila, že se paní L. cítila neschopně a bezmocně. Také cítila velký stres, že své dítě nemohla plně kojit. Přepadávaly jí sebeobviňující myšlenky, že je špatnou matkou. Paní L. si nakonec musela sama zavolat laktační poradkyni. Přístup personálu považuje za špatný, myslí si, že by se personál měl více zajímat o duševní pohodu matek, zejména prvorodiček. Myslí si, že by se měl více zajímat o to, zdali ženy nové informace a dovednosti zvládají využívat v praxi. V pilotní studii Olecké et al, která si za cíl kladla zjistit potřeby prvorodiček s dítětem v symbiotickém období života v oblasti zdravotní gramotnosti, zjistili, že jedna z nejdůležitějších potřeb prvorodiček je psychická pohoda matky. Z analýzy jejich rozhovoru vyplývá, že pro úspěšné zvládnutí prvního půlroku mateřství, je nejdůležitější psychická pohoda matky. Uvádí, že matky stav „být v pohodě“ nepovažují za samozřejmý, ale za ideální stav. K tomu aby se matka cítila v psychické pohodě, je za potřebí aby matka cítila, že v pohodě je její dítě, že se o něj dokáže plnohodnotně postarat. (Olecká et al, 2016, s. 7–8) Můžeme tedy vidět, jak důležité je nepodceňovat edukaci, zejména prvorodiček, v péči o novorozence. Souhlasím s myšlenkou, kterou Chrásková, Baladovičová uveřejnily ve své studii roku 2015. Ty zdůrazňují, že je nutné, aby se některé praktické dovednosti matkám ukázaly a následně aby si je matky samy vyzkoušely. Zdůrazňují i důležitost zpětné vazby – matky si potřebují nové vědomosti a dovednosti zažít – úkolem profesionálního zdravotnického personálu je osobně se přesvědčit zda si nové dovednosti, vědomosti osvojila. Pokud ne personál by je měl upřesnit, doplnit. (Chrásková, Baladovičová, 2015, s. 44–45)

Všechny respondentky shodně vyzdvihovaly poskytnutý písemný edukační materiál, který jim v jistých oblastech významně dokázal pomoci zapamatovat si nové informace.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký způsob získávání informací v oblastech péče o novorozence respondentky upřednostňují?

Na základě rozhovoru vyplývá, že ačkoliv v dnešní době se informace dají sehnat lehce z internetu, matky prvorodičky více spoléhají na informace od zdravotnického personálu. Ať již prostřednictvím ústní formy, praktické ukázky, či písemného edukačního materiálu – který si respondentky v tomto případě velmi chválily, neboť jim poskytnul možnost rychleji si zapamatovat informace či osvěžit zapomenuté. Je důležité zdůraznit, jakou důvěru tím matky vkládají do zdravotnického personálu. Za velmi krátký čas si musí osvojit velké množství nových informací a dovedností. Olecká et al ve své studii zmiňují, že typické pro prvorodičky je vyhledávání informací spíše o těhotenství a porodu, méně pak vyhledávají informace o době po porodu, tedy péči o dítě. (Olecká et al, 2016, s. 2) Paní L. jako jediná před porodem absolvovala kurz týkající se manipulace s novorozencem a jako jediná vyhledávala informace z odborných knih nebo článků. Tyto informace však sloužily spíše k vypracování porodního plánu nežli k samotné péči o dítě. Na základě výsledků rozhovoru můžeme usoudit, že i paní L. potřebovala přímou podporu ze strany zdravotnického personálu. Byla otevřena radám a v případě, že měla výhrady, snažila se je diskutovat. Na základě rozhovorů můžeme také vidět, jak důležité jsou praktické ukázky a nácviky k tomu, aby si ženy nové poznatky osvojily a dokázaly je využívat.

V tomto případě ani jedna z respondentek k získání informací nepoužívala internet, ačkoliv paní M. jako jediná uvedla, že si diskusní internetová fóra pročítala – nepřikládala jim však žádný význam, pročítala si je pouze pro zpestření. Naopak ve studii Olecké et al (2016) uvádějí internet jako hlavní a nejpohodlnější zdroj informací. Uvádějí, že jejich respondentky využívaly internet především k pročítání internetových diskusních fór, méně k hledání odbornějších zdrojů, zejména erudovaných autorů.

Nejméně pak respondentky využívaly rad od příbuzných, jiných matek. Tento způsob získávání informací uvedla pouze paní M. ta však i tento způsob získávání informací nepovažovala za směrodatný.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce nesoucí název „Míra edukace primipar o péči o novorozence“ měla za úkol splnit cíle teoretické a praktické části.

Cílem teoretické části bylo popsat problematiku edukace se zaměřením na základní oblasti edukace. Neméně důležitým cílem teoretické části byla také literární rešerše a popsání aktuálních poznatků a trendů v péči o donošeného fyziologického novorozence.

Cílem praktické části bylo zodpovědět 3 výzkumné otázky. Odpovědi na tyto otázky vedly k naplnění hlavního cíle bakalářské práce. Pro hledání informací, které povedou k odpovědím na výzkumné otázky, byl použit kvalitativní výzkum.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost prvorodiček v oblasti péče o novorozence. Pomocí rozhovoru s návodem jsem u 3 prvorodiček zjišťovala obsah a rozsah edukace v oblastech, které jsem si před zahájením rozhovoru stanovila. Jednalo se o oblasti – **ošetření novorozence bezprostředně po porodu, bonding, manipulace s novorozencem, hygiena novorozence, kojení, screeningová vyšetření, péče po propuštění domů.** Na základě odpovědí rozhovorů a pomocí otevřeného kódování byla zjištěna informovanost žen v jednotlivých oblastech. Díky stanoveným kategoriím a kódům proběhla interpretace jednotlivých rozhovorů. Nakonec jsem jednotlivé interpretace rozhovorů srovnala mezi sebou, abych zjistila rozdílnost či shodu v rozsahu a obsahu edukace v péči o novorozence u jednotlivých žen. Toto porovnání je uvedeno v závěrečném shrnutí. Z výzkumného šetření vyplývá, že největší rozsah edukace péče o novorozence měla k dispozici respondentka označována, jako paní M. Paní M. byla edukována ve všech stanovených oblastech takovým způsobem, že nepocítovala nedostatek informací ani u jedné z oblastí. Nejméně informací pak dostala respondentka označována jako paní L, která pocítovala nedostatek informací v oblasti **manipulace s novorozencem**, ale především v oblasti **kojení**, ve které chyběl především odborný výklad, praktická ukázka a nácvik správné techniky kojení a poloh pro kojení. V oblasti **kojení** nebyla dostatečně edukována ani třetí respondentka paní N., která uvedla, že v jejím případě neproběhla praktická ukázka a nácvik správné techniky kojení a poloh pro kojení. Dostala minimum informací, které navíc nebyli konzistentní. Obě tyto respondentky měly s kojením velké potíže a byla tím narušena jejich duševní pohoda. Z rozhovorů vyplývá, že v dalších oblastech byly edukovány dostatečně.

Na základě rozhovorů vyplývá, že poskytnutou edukaci nejlépe hodnotí paní M., která neuvedla jediné negativum. Vyzdvihovala empatický, vstřícný personál, ve kterém měla důvěru. Chválila si dostatek informací, které byly konzistentní a také klidné prostředí během edukace. Nejméně spokojená s poskytnutou edukací byla paní L., která uvedla nejvíc negativ při hodnocení poskytnuté edukace. Vadil jí především špatný přístup personálu - zdůrazňovala nedostačující podporu matek, nízký zájem o zpětnou vazbu, nezájem o duševní pohodu matky. Paní L. pak společně s paní N. kriticky hodnotily absenci praktického nácviku správné techniky kojení a poloh pro kojení, absenci odborného výkladu k této problematice. Nedostatek informací pak u obou respondentek způsobil problémy s kojením. Na základě výsledků rozhovorů vyplývá, že kvůli nedostatečné edukaci v této oblasti výrazně psychicky strádaly. Obě kladně hodnotí vstřícný personál ve smyslu akceptace přání rodiček. Všechny respondenty ve svých výpovědích vyzdvihují poskytnutý písemný edukační materiál, který jim v mnohých oblastech pomohl si informace rychleji zapamatovat nebo připomenout pokud na něco zapomněly.

Dále bylo prostřednictvím rozhovorů zjištěno, že respondenty při získávání informací v oblasti péče o novorozence upřednostňují získávání informací od zdravotnického personálu během pobytu v porodnici (ústní forma, písemná forma, praktický nácvik a praktické ukázky). Ani jedna z respondentek neudala za hlavní zdroj informací internet, informace získané od přátel nebo jiných matek. Paní L. pak jako jediná uvedla zdroj informací také odborné články a publikace, předporodní kurz. Tyto informace však využila spíše k sestavení porodního plánu než při následné péči o dítě.

Výsledky rozhovorů diskutuji s jinými výzkumy na podobné téma a podávám návrh a doporučení pro dobrou praxi.

Věřím, že výsledky tohoto průzkumu mohou fungovat jako zpětná vazba a podílet se na zlepšování poskytované péče a tím přispět k zlepšení psychické i fyzické pohody matky a dítěte. Do budoucna bych navrhovala výzkum zabývající se touto problematikou zopakovat a rozšířit o větší počet respondentek. Další výzkum s více respondenty by tak mohl výsledky mého průzkumu prohloubit a rozšířit o nové skutečnosti.

8 POUŽITÁ LITERATURA

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2253-8.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej péče v pediatrii: 2. časť péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-489-4.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-247-5014-9.

MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.

MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovateľství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5.

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6.

NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-321-9.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky.* Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠUSTEROVÁ, Dáša. Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému roaming – in. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2010, roč. 20, č. 3, s. 86-88. ISSN 1210-0404.

TALIÁNOVÁ, Magda a Magdalena ŘEŘUCHOVÁ. *Vybrané kapitoly z didaktiky ošetrovatelství.* Pardubice: Univerzita Pardubice, 2011. ISBN 978-80-7395-389-8.

Internetové zdroje

Kojení: Všechno, co potřebujete vědět [online]. In.: Praha: Laktační Liga, 2015, s. 2-30 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/wp-content/uploads/2015/09/Brozura-kojeni-CZ.pdf>

Metodické doporučení pro ČR: Doporučení pro porodnice a novorozenecká oddělení. *Kojeni*[online]. Praha: laktační liga [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/doporuceni/>

Ten steps to successful breastfeeding. WHO [online]. World health organization, 2018 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody: Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol.* Praha, 2012. Dostupné také z: <http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9%20metody.pdf>

Články v elektronickém časopise

CHRÁSKOVÁ, Jana a Mária BOLEDOVIČOVÁ. Význam edukace v oblasti kojení. *Profeseonline* [online]. 2015, **8**(1), 39-46 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2015/01/06.pdf>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Adaptovaný klinický doporučený postup: Péče o kůži novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2015, **16**(4), 275-278 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/04/17.pdf>

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Bezpečnost ošetrovatelských postupů – koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2010, **11**(2), 126-128 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/02/12.pdf>

HANZL, Milan. Prevence krvácení novorozenců a malých kojenců způsobené nedostatkem vitamínu K. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, **12**(1), 60-61 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/17.pdf>

KOLÁŘOVÁ, Renata a Hana WIEDERMANNOVÁ. Desatero v péči o opruzeniny novorozenců a kojenců. *Pediatric pro praxi* [online]. 2010, **11**(3), 196-198 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/03/16.pdf>

KUBĚNOVÁ, Kateřina et al. Rizika novorozence po propuštění z porodnice do domácí péče. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, **15**(3), 141-143 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/06.pdf>

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. Pilotní studie potřeb prvorodiček s dítětem v symbiotickém období života v oblasti zdravotní gramotnosti. *Profeseonline* [online]. 2016, **9**(2), 1-9 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2016/02/01.pdf>

PÁNEK, Martin. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(6), 363-366 [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>

Legislativní dokumenty

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, ročník 13, částka 8.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, ročník 16, částka 6.

Výzkumné práce, studie

II. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy s podtitulem: Péče o ženu a dítě [online]. Univerzita Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015 [cit. 2019-04-13]. ISBN 978-80-7395-895-4. Dostupné z: <https://fzs.upce.cz/sites/default/files/public/luva3059/luva3059-22224.pdf>

BARTOŠOVÁ, Iva. *Alzheimerova choroba v rodině* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2019-08-09].

Dostupné z:

file:///F:/Bakalářská%20práce%20nové/BartosovaI_AlzheimerovaChoroba_ZC_2017.pdf.

Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

KUMBÁLKOVÁ, Martina. *Edukační proces u šestinedělky v oblasti péče o novorozence* [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z:

[file:///C:/Users/Julie2/Downloads/BPTX_2013_1_11110_0_340291_0_134390%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Julie2/Downloads/BPTX_2013_1_11110_0_340291_0_134390%20(4).pdf).

Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

LUDAŠOVÁ, Tereza. *Priority sester a matek po porodu v oblasti edukace* [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: https://theses.cz/id/zszxy3/Bakal_sk-prce.pdf.

Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální Fakulta.

MAHELOVÁ, Kamila. *Informovanost žen o screeningových vyšetřeních u novorozence* [online]. Pardubice, 2010 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/36805/MahelovaK_Informovanostzen_VS_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

SILÁKOVÁ, Šárka. *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem* [online]. Zlín, 2014 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z:

https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/27994/sil%C3%A1kov%C3%A1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

VIKTORÍNOVÁ, Petra. *Význam edukace v péči o novorozence z pohledu prvorodičky* [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: file:///C:/Users/Julie2/Downloads/Bakalarska_prace_-_Petra_Viktorinova.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální Fakulta.

Zahraniční studie

Chen P, Johnson L, Rosenthal M. Sources of Education About Breastfeeding and Breast Pump Use: What Effect do they Have on Breastfeeding Duration? An Analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. *Child Health Journal*. 2012;16(7): 1421-30.

Ekström A, Kylberg E, Nissen E. A Process-Oriented Breastfeeding Training Program for Healthcare Professionals to Promote Breastfeeding: An Intervention Study. *Breastfeeding Medicine*. 2012; 7(2): 85-92.

9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Průzkumný rozhovor – seznam vodících otázek</i>	75
--	----

Příloha A – *Průzkumný rozhovor – seznam vodících otázek.*

- Absolvovala jste předporodní kurz?
- Byla jste po přijetí na porodní sál obeznámena novorozeneckou sestrou o tom, jaké výkony se Vašemu dítěti bezprostředně po porodu provádí?
- Byla jste po přijetí na porodní sál obeznámena novorozeneckou sestrou o možnosti a výhodách bondingu?
- Byla jste na oddělení šestinedělí poučena o správné manipulaci s novorozencem a jeho polohováním?
- Byla jste poučena o hygieně novorozence a péči o jeho pokožku?
- Byla jste poučena novorozeneckými sestrami o správné technice kojení, polohách při kojení?
- Byl Vám vysvětlen průběh a nutnost provedení základních screeningových vyšetření novorozence? Mohla jste být přítomna vyšetřením?
- Byla jste poučena o péči po propuštění z porodnice domů?
- Jak byste zhodnotila Váš pobyt v porodnici z hlediska získaných informací týkající se péče o novorozence?

Doplňující otázky:

- Zjišťovala jste si v těhotenství informace sama? Jakým způsobem?
- Co Vám bylo k tomuto tématu řečeno? Prosím popište, jak probíhala edukace novorozeneckou sestrou v této oblasti a co bylo jejím obsahem.
- Jakým způsobem Vám byly informace předány?
- Bylo něco, čemu jste nerozuměla? A proč?
- Jaký dojem ve Vás edukace novorozeneckými sestrami zanechala?
- Jak jste se cítila?
- Spatřujete v něčem problém?