

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Martina Kumbálková

**Edukační proces u šestinedělky v oblasti péče o  
novorozence**

**Postpartum educational process in the field of neonatal  
care**

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze:

Martina Kumbálková

Podpis:

KUMBÁLKOVÁ, Martina. *Edukační proces u šestinedělky v oblasti péče o novorozence. [Postpartum educational process in the field of neonatal care]*. Praha, 2014. 72 s., 4 příl., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

## **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce pojednává o edukaci matek v oblasti péče o novorozence. Edukace (získávání informací) je nedílnou součástí každodenního života, zvláště pak pro ženy, kterým se narozením potomka dosavadní život změní.

V teoretické části je popsána samotná edukace, fyziologický a patologický novorozenec a stručný souhrn péče o něj. Empirická část měla za cíl zjistit, zda jsou matky edukovány během hospitalizace na standartním i nadstandartním oddělení šestinedělí. Vedlejší cíle pak měli odhalit, zda je pro ně edukace dostatečná, srozumitelná a zda matky požadují doplnění edukace, případně o které oblasti. Kvantitativním výzkumem bylo pro sběr dat použito anonymního nestandardizovaného dotazníku. Jednotlivé položky dotazníku jsou vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů. Z výsledků vyplynulo, že 98,96 % matek v období sběru dat bylo v porodnici edukováno, čímž se potvrdil předpokládaný výsledek hlavního cíle. Potvrdil se i předpoklad u vedlejšího cíle č. 1, jehož cílem bylo zjistit, zda je poskytovaná edukace dostatečná. Zda je edukace také srozumitelná, bylo předmětem zkoumání vedlejšího cíle č. 2. Zde byl předpoklad překročen o více jak 20 %. Vedlejší cíl č. 3 byl zaměřen na to, zda v některé oblasti péče o novorozence matky postrádají edukaci nebo ji chtějí doplnit. Tento cíl se jen těsně nepotvrdil.

Cílená a plánovaná edukace je dle výzkumu pro matky důležitá a nepostradatelná. V praxi je potřeba zjišťovat potřeby matek a individuálně pak edukaci jednotlivým matkám přizpůsobovat.

**Klíčová slova:** edukace, novorozenec, péče o novorozence

**Abstrakt v AJ:**

The thesis deals with the education of mothers in the area of care of the new-born. Education (information gathering) is an integral part of everyday life, especially for women, for whom current life changes by the birth child.

The theoretical part describes the actual education, physiological and pathological new-born and a brief summary of caring for him. The empirical part was designed to determine whether the mothers are being educated during hospitalization at standard as well as at higher standard section of postpartum. Secondary objective was to reveal whether the education is sufficient and understandable for them and to understand whether mothers require additional education, and if so, for which areas. Quantitative research was used for data collection by using non-standardized anonymous questionnaire. Individual items of the questionnaire are evaluated using tables and graphs. The results showed that 98.96 % of the mothers were educated in the hospital during the period of data collection, what confirmed the expected outcome. The assumption of the side objective no. 1 was confirmed, the aim of which was to determine whether the provided education was adequate. Whether education is also understandable, it examined the secondary objective no. 2. Here, the assumption is exceeded by more than 20%. The secondary objective no. 3 focused on whether in some area of the care of newborn mothers lack the education or they want to supplement it. This target is just not confirmed.

Targeted and planned education is, according to research, for mothers important and indispensable. In practice, it is necessary to identify the needs of mothers and then adapt education to each mother individually.

**Keywords:** education, new-born, new-born care

**Poděkování:**

Děkuji Mgr. Miluši Kulhavé za vedení mé závěrečné bakalářské práce, za cenné rady a připomínky při jejím zpracování.

## Obsah:

Úvod . . . . .	9
Teoretická část	
1 Edukace . . . . .	10
1.1 Základní pojmy v edukaci . . . . .	10
1.2 Edukační proces . . . . .	11
1.3 Cíle edukace . . . . .	11
1.4 Metody edukace . . . . .	12
1.5 Požadavky na edukátora . . . . .	13
2 Novorozenec . . . . .	15
2.1 Klasifikace novorozence . . . . .	15
2.2 Fyziologický novorozenec . . . . .	15
2.3 Patologický novorozenec . . . . .	18
3 Edukace šestinedělky na oddělení šestinedělí . . . . .	23
3.1 Kojení, techniky kojení, odstříkávání mateřského mléka, náhrada mateřského mléka . . . . .	23
3.2 Hygienická péče, přebalování, oblékání, péče o pokožku, denní režim, spánek . . . . .	25
3.3 Edukace v rámci pobytu v domácím prostředí (bezpečné prostředí, návštěvy, pobyt venku, návštěvy pediatra) . . . . .	26
Výzkumná část	
4 Volba problematiky. . . . .	29
5 Cíle. . . . .	30
6 Metodika výzkumného šetření. . . . .	31
7 Charakteristika výzkumného vzorku . . . . .	33
8 Průběh dotazníkového šetření . . . . .	40
9 Zpracování dotazníkového šetření . . . . .	41

10 Vyhodnocení výsledků . . . . .	54
11 Diskuse . . . . .	56
12 Návrhy pro praxi . . . . .	59
13 Závěr . . . . .	60

Použitá literatura

Seznam tabulek a grafů

Seznam použitých zkratk

Přílohy



## Úvod:

Téma edukace šestinedělky v oblasti péče o novorozence jsem si vybrala proto, že považuji za důležité poskytnout novopečeným matkám podrobné, srozumitelné a plnohodnotné informace, které jim pomohou orientovat se v nové situaci a následně poskytnout novorozenci adekvátní péči.

Edukace neboli výchova a vzdělávání je nedílnou součástí života každého jedince již od narození. Bez dostatku informací bychom se nemohli rozvíjet, nedokázali bychom komunikovat či se o někoho postarat. A zvláště pak, když bychom měli pečovat o svého vlastního potomka. Edukace je pro nás již samozřejmostí, bez níž se neobejdeme. Novopečená maminka tedy po porodu oprávněně předpokládá, že se jí informace ohledně péče o novorozence dostanou. Rodiče jsou pro novorozence nenahraditelnou oporou a potřebují jednoduché a srozumitelné rady, které jim péči usnadní.

V prvních dnech života novorozence je zapotřebí, aby se matky naučily s dětmi zacházet, přebalovat je, oblékat a kojit. Na řadu tedy přichází množství otázek, které dosud nemusely řešit. Matky jsou v prvních hodinách a dnech po porodu velmi vnímavé k radám zdravotníků. Otázky týkající se péče o dítě by jim měly zodpovědět hlavně sestry a lékaři na novorozeneckých odděleních. Všechny matky, bez ohledu na to, kolikáté dítě se jim právě narodilo, spojuje právě potřeba získávat nové či další informace týkající se péče o své narozené dítě. Každá z nich přichází do porodnice s různou úrovní znalostí v této oblasti a každá je před porodem získávala jiným způsobem.

Novorozenecké období je nejkratší vývojové období, přesto v něm dochází k nejdramatičtějším, nejrizikovějším a nejdynamičtějším změnám. Tyto změny a jejich správný vývoj jsou zásadní pro celý další život každého jedince. Správnou péčí můžeme v nemalé míře průběh novorozeneckého období ovlivnit a přispět tak ke správnému startu do života. V dnešní době, kdy je ve většině porodnic zaveden systém rooming-in, se největší měrou na správné adaptaci novorozence svou péčí podílí právě novopečené maminky. Informace, které by jim měly být v porodnici v rámci edukace podávány, by měly zahrnovat hlavně oblasti hygieny, výživy, oblékání, bezpečí, ale i nutnost pojištění u zdravotní pojišťovny, kdy prvně kontaktovat dětského lékaře po propuštění z porodnice do domácího prostředí, jak a za jakých podmínek chodit na vycházky či jak se provádí základní resuscitace novorozence.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Edukace

### 1.1 Základní pojmy v edukaci

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova eduko, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Edukace je tedy proces, při kterém jedince vzděláváme a vychovááme, přičemž se oba pojmy prolínají a nelze je jednoznačně oddělit. Vzdělávání i výchova u každého z nás ovlivňují postoje, chování, potřeby i zájmy.

Výchovou se snažíme docílit pozitivních změn ve vývoji, utvářet optimální podmínky pro rozvoj jedince v souladu s jeho individuálními vlastnostmi, s etickými kodexy a stimulovat tak rozvoj socializované osobnosti. Vzdělávání je pak proces rozvoje vědomostí, dovedností, schopností a návyků a odráží míru vzdělanosti v dané sociální skupině, státě, národě, ale i v celém světě (Juřeníková, 2010).

„Edukace ve zdravotnickém zařízení umožňuje zlepšení komunikace mezi klientem a ošetřujícím personálem a patří do komplexní ošetrovatelské péče. Konkrétní vzdělávání nemocných se odvíjí od kompetencí edukujícího, kterým může být lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut i příslušníci ostatních profesí (<http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/>).“

Během procesu edukace předáváme klientovi informace, dovednosti, které by si měl osvojit, pochopit je a naučit se je ve svém životě používat. Je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Jedinci můžeme předávat vědomosti a dovednosti pro něho nové nebo můžeme navázat na předchozí edukaci a dále ji prohlubovat.

Edukaci jako proces ovlivňuje řada faktorů. Jsou to především dovednosti edukátora, jeho vědomosti, schopnost zaujmout a umět komunikovat, informaci podat a vysvětlit, dále fyzické či kognitivní vlastnosti vzdělávaného jedince, jeho momentální zdravotní stav a v neposlední řadě je to prostředí, ve kterém edukaci provádíme.

Komunikace mezi lidmi je dorozumívání se a tvoří nedílnou součást edukace. Mezi úrovní komunikace a efektivitou edukačního procesu tedy existuje velice úzký vztah. Komunikaci nejčastěji dělíme na komunikaci slovem, písmem či symboly, to znamená

komunikaci verbální a komunikaci neverbální, beze slov. Během komunikace bychom měli dbát na jednoduchost, srozumitelnost, výstižnost podávaných informací, měli bychom je přizpůsobit znalostem a schopnostem edukovaného člověka. Měli bychom dát přednost jednoduchým českým výrazům, případnou odbornou terminologii vhodně vysvětlit, mluvit spisovně, logicky a držet se tématu. Na úvod je nutné se klientovi představit, podat mu ruku, dívat se mu do očí, zvolit vhodnou vzdálenost pro komunikaci a samozřejmostí je také vhodné upravení edukujícího (Ezrová & Ratislavová, 2011).

## 1.2 Edukační proces

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení je specifický především péčí o zdraví klientů a edukace je každodenní součástí této péče. Proces probíhá od přijetí pacienta do zdravotnického zařízení až po jeho propuštění do domácí péče.

Proces edukace se zpravidla dělí do čtyř fází. První je fáze pedagogické diagnostiky, kdy musíme odhalit úroveň znalostí a dovedností klienta pozorováním či rozhovorem, zjistit jeho aktuální zdravotní stav, věk, možné edukační bariéry. V další fázi si stanovíme edukační diagnózu, zvolíme cíle, metody, formu, obsah edukace a naplánujeme ji na správný čas. Třetí fází je fáze realizace, kdy klienta motivujeme, poté mu nové nebo doplňující informace předáváme a to vše s jeho aktivní účastí. Ve čtvrté závěrečné fázi je třeba nové informace procvičovat, zafixovat a přesvědčit se, zda klient edukaci rozuměl a získané informace či dovednosti dovede použít. Edukační proces tedy analyzujeme a celý ho zhodnotíme. Do dokumentace pacienta provedeme zápis o edukaci (Juřeniková, 2010; <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>).

## 1.3 Cíle edukace

Každý edukátor by měl jednoznačně vědět, čeho chce edukací dosáhnout a jaké informace chce klientovi podat. Správná a přesná formulace cílů nám umožňuje efektivnější plánování celého edukačního procesu, motivaci a samotné předávání informací a dovedností. Cíle edukace jsou očekávané výsledky, kterých se má poskytovanou edukací dosáhnout. Rozdíl mezi výsledkem edukace a edukačním cílem by měl být na konci edukace co nejmenší (Juřeniková, 2010).

Edukační cíle můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé, na nižší a vyšší. Cíle formuluje vždy edukátor a to zcela konkrétně, přesně a jasně tak, aby byla možná jejich kontrola. Cíle by měly být stanoveny nejen přiměřeně ke schopnostem daného jedince, měly by tedy být pro něho splnitelné, a zároveň jeho schopnosti a vědomosti nepodceňovat, ale měly by také splňovat podmínku komplexnosti. Tedy působit na celou osobnost edukovaného, na jeho kognitivní schopnosti, rozvoj motorických vlastností i ovlivnění názorů, návyků a postojů. Ke správnému stanovení cílů nám pomohou vypracované taxonomie cílů pro oblasti vzdělávací, postoje a psychomotorické (Dušková, 2006).

Edukační cíle se většinou nesoustřeďují jen na jednu oblast edukace, ale vzájemně se prolínají a kombinují. Pokud si stanovíme cíl, je nutné mu přizpůsobit metody, formy a také obsah edukace, které by měly být vzájemně harmonické a komplexní (<http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>).

## 1.4 Metody edukace

Pojem metoda můžeme chápat jako proces naplňování námi stanovených cílů, jako promyšlené a cílevědomé působení edukátora na klienta, kdy vyvíjíme snahu o jeho aktivaci v učení vedoucí k jejich naplnění. Metody by měly splňovat zásadu názornosti, přiměřenosti, srozumitelnosti, individuálního přístupu, propojení teorie a praxe, aktuálnosti, uvědomělosti a v neposlední řadě zpětné vazby. Při volbě metody bychom měli vzít v úvahu osobnost edukanta, jeho dosavadní vědomosti a zkušenosti, momentální zdravotní a psychický stav, věk, mentální zralost i prostředí, kde budeme edukaci provádět. Prostřednictvím zvolené metody pak budeme předávat pouze plnohodnotné a nezkrácené vědomosti a dovednosti.

Edukačních metod existuje velké množství, pro přehlednost je můžeme rozdělit na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické. Ve zdravotnictví se nejčastěji setkáme s přednáškou, vysvětlením, rozhovorem, konzultací či instruktáží a kombinací.

Přednáška nám umožňuje předat informace velké skupině lidí najednou. Můžeme zde použít i pomůcky pro lepší pochopení prezentované problematiky a umožnit klientům dělat si poznámky, popřípadě poskytnout informace také v tištěné podobě. Nevýhodou je malá aktivita posluchačů a nízká zpětná vazba pro kontrolu pochopení informací (Dušková, 2006).

„Vysvětlení nejčastěji používáme tehdy, pokud se nemůžeme opřít o předcházející zkušenosti a vědomosti posluchače“ (Juřeniková, 2010, s. 39). Snažíme se klientovi objasnit příčiny a souvislosti tak, aby pochopil podstatu problému.

Rozhovor je každodenní součástí zdravotnické praxe a každý zdravotnický pracovník by měl tuto metodu ovládat. Základem je kladení otázek sloužící především ke sběru informací o pacientovi. Otázky bychom měli mít promyšlené, srozumitelné a předem připravené. Při rozhovoru je nutné dodržovat zásady správné komunikace.

Konzultace patří mezi nejvíce užívané metody edukace ve zdravotnictví. Je to setkání s odborníkem, poradcem a slouží pacientovi k dalšímu objasnění podaných informací. Často se kombinuje s dalšími metodami, například instruktáží a má charakter dlouhodobých a opakujících se setkání. V rámci konzultace si můžeme ověřit, zda klient podaným informacím rozumí, zda si osvojil potřebné dovednosti.

Instruktáž je teorie spojená s praxí. Nejčastěji ji provádíme prostřednictvím mluveného slova doplněného praktickou ukázkou. Pacientovi vše nejdříve vysvětlíme, poté provedeme pomalou praktickou ukázkou se slovním doprovodem, s přesným, správným a výstižným popisem činnosti a nezapomeneme upozornit na možné chyby, kterých by se edukanta mohl dopustit. Při vlastním praktickém nácviku edukujeme jedince či malou skupinu. Složitě dovednosti učíme klienty v jednotlivých fázích, činnost slovně doprovázíme a opět upozorňujeme na chyby. Fáze praktického nácviku je náročná na trpělivost edukátora i edukovaného, pokud je to nutné, děláme v edukaci přestávky. Praktický nácvik není vhodné používat u velkých skupin (Juřeniková, 2010; Šusterová, 2010).

## **1.5 Požadavky na edukátora**

Na edukátory jsou kladeny stále větší a větší požadavky, kterým se musí přizpůsobit i každý zdravotnický pracovník, který má ve své profesi roli edukátora. Rolí se rozumí předpokládané chování, jednání, vědomosti. Zdravotník zde poskytuje vědomosti a zkušenosti, předává je pacientovi, radí mu, podporuje ho, diagnostikuje jeho edukační potřeby, stanovuje edukační diagnózy, realizuje je a celou edukaci koordinuje.

Edukátor by měl mít předpoklady charakterové, intelektové, senzomotorické, sociální, vědomostní i autoregulační. Měl by být trpělivý, tolerantní i důsledný, zručný,

obratný, měl by ovládat zásady správné komunikace, mít potřebné znalosti a zkušenosti, znát nejnovější metody a poznatky, být adaptabilní a umět se přizpůsobit. Být pro edukovaného autoritou. Měl by provádět sebereflexi, dokázat sám sebe hodnotit a na sobě pracovat.

Edukátor by měl pamatovat i na možné bariéry v předávání informací. Ze strany klienta to může být charakter onemocnění, poruchy smyslového vnímání, jazyková bariéra nebo kulturní odlišnosti. Zdravotník pak může podcenit přípravu, mít nedostatek času, nedostatečné znalosti či být unaven (Juřeníková, 2010; Šusterová, 2010; Ezrová & Ratislavová, 2011).

## 2 Novorozenec

### 2.1 Klasifikace novorozence

Novorozeneckým věkem je stanoveno období, které nastává po přestřižení pupečníku do ukončeného 28. dne věku. Toto období dále dělíme na rané do 7. dne života a pozdní do 28. dne. Každý novorozenec je charakterizován svým gestačním věkem, porodní hmotností a jejich vzájemným vztahem. Dle těchto parametrů třídíme novorozence podle gestačního věku, podle porodní hmotnosti a podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku (Dort, 2011; Fendrychová, Borek et al. 2012).

Dle gestačního věku je novorozenec donošený (narozený v rozmezí 2 týdny před a po termínu porodu), novorozenec nedonošený (narozený více jak 2 týdny před termínem porodu) a novorozenec přenášený (narozený více jak 2 týdny po termínu porodu). Fyziologická délka těhotenství je 40 týdnů. Dle porodní hmotnosti pak dělíme novorozence na novorozence s fyziologickou hmotností (2500 – 4500 g), s nízkou porodní hmotností (pod 2500 g), s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500 g) a novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností (pod 1000 g). Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku dělíme novorozence na eutrofického, který odpovídá dosaženému gestačnímu stáří, hypotrofického, jehož hmotnost je pod 10. percentilem hmotnosti pro daný ukončený gestační týden a hypertrofického, kdy hmotnost novorozence přesahuje 90. percentil hmotnosti pro daný gestační týden. Průměrná porodní hmotnost pro daný gestační věk je uvedena v tabulkách, zpracovaných na základě celostátního sběru statistických údajů (Fendrychová, Borek et al. 2012; Gomella, 2013).

Novorozence lze také rozdělit na fyziologické a patologické.

### 2.2 Fyziologický novorozenec

Fyziologického novorozence charakterizujeme jako zdravého, zralého, eutrofického, narozeného v termínu (38.-42. týden gestace), jeho hmotnost se pohybuje mezi 2500-4500g, průměrně 3500g, délka 48-55cm, průměrně 50cm. Obvod hlavy má být 32-37cm, průměrně 34cm a obvod hrudníku o 1-2cm menší než obvod hlavy. Tělesná teplota v axile by se měla pohybovat v rozmezí 35,6-37,3°C, v průměru o 0,3-0,5°C nižší než v rektu (Fendrychová, Borek et al., 2012).

„Frekvence dýchání je 30-60 dechů/min, průměrně 40 dechů/min, tepová frekvence je 100-160 tepů/min, průměrně 120 tepů/min, tlak krve je v rozmezí 50-75/30-45mm Hg“ (Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 28).

K obecným známkám fyziologického novorozence patří bdělý stav, kdy má novorozenec otevřené oči, bdělý výraz a aktivní pohyb končetinami. Na kůži bezprostředně po porodu mívá dítě akrální cyanózu (promodrání kolem úst a akrálních částí rukou a nohou), po zahřátí je kůže sytě červená, krytá mázkem (nejvíce v kožních záhybech). Někdy se na zádech a ramínkách vyskytují zbytky jemného ochlupení (lanugo). Vlasy jsou jemné, nehty na ručkách přesahují konečky prstů, na nožkách nehty dosahují konečky prstů, prsní bradavky jsou pigmentované a ušní boltce mají dobře tvarovanou a elastickou chrupavku. Fontanela na hlavičce je v úrovni s kůží. Jeho obličej, především pak nos, mohou pokrývat retenční cystičky mazových žláz zvané milia. Končetiny drží ve flexi a pohyby jsou symetrické, plošky nohou jsou rýhované po celé ploše. Varlata u chlapců jsou sestouplá ve skrótu, u dívek jsou malá labia kryta velkými.

Spontánní hybnost novorozence jsou převážně reflexní pohyby. Při neklidu a úleku se může dostavit třes horních končetin. Novorozenecké období je charakteristické výbavností reflexů, podle kterých můžeme posoudit, zda se dítě správně vyvíjí (Morouf, sací, hledací, Babinského reflex a reflexní úchop). Během vývoje některé reflexy a reakce zanikají, jiné se objevují. Úsměv v začátku novorozeneckého období je spíše tikem, neúmyslnou reakcí, teprve od třetího týdne je to reakce úmyslná (Fendrychová, 2011; <http://www.zdravotniregistr.cz/clanek/fyziologicky-novorozenec>).

Zdravý novorozenec je schopný vnímat zrakem okolní svět ihned po narození, i když ne v plné míře jako dospělý. Nejlépe se mu daří zrakově vnímat předměty a osoby, které se vyskytují od jeho očí ve vzdálenosti asi 25-30 cm. Vnímá okolní svět také ostatními smysly, tedy sluchem, hmatem, čichem i chutí. Nejčastěji leží na zádech s hlavičkou otočenou ke straně, protože ji ještě neudrží ve střední poloze. Na bříšku se obvykle schoulí do klubíčka a hlavičku si položí opět na jednu či druhou stranu. Nožičky pak má skrčené pod bříškem a ručky pod hrudníkem. Objevuje se snaha o zvednutí hlavy, čímž děti posilují šíjové svalstvo (<http://rodina-deti.doktorka.cz/novorozenec-a-prvni-mesic-zivota/>).

První péčí je ošetření novorozence na porodním sále. „Cílem prvního ošetření novorozence je zabezpečení vhodných podmínek pro nerušený nástup jeho postnatální



adaptace po vybavení a první lékařské zhodnocení stavu“ (Dort, Dortová, & Jehlička, 2013, s. 19). Vše se musí provádět s maximální šetrností a opatrností. První ošetření fyziologického novorozence většinou provádí porodní asistentka nebo dětská sestra. Po vybavení musí být novorozenec osušen a dle zvyklostí může být položen na břicho matky a přiložen k prsu, provádíme tzv. bonding, teprve potom je provedeno základní ošetření novorozence nebo je po vybavení novorozence provedeno základní ošetření a poté přiložen matce k prsu. (Dort, 2011)

Do základního ošetření novorozence zahrnujeme především hodnocení adaptačního procesu pomocí skóre dle Apgarové, kdy v 1., 5. a 10. minutě po porodu hodnotíme zdravotní stav dítěte. K dalšímu bezprostřednímu ošetření po porodu patří zamezení ztrát tepla osušením, ošetření pupečního pahýlu (z něho se odebírá krev na povinné vyšetření k vyloučení nákazy novorozence syfilitidou, na krevní skupinu a Coombsův test), označení, kredeizaci (v České republice je zvykem provádět výplach spojivkových vaků pomocí Ophthalgo-Septonexu), zjištění váhy a míry dítěte a založení dokumentace. Každý novorozenec je poté vyšetřen pediatrem či neonatologem, který zjišťuje aktuální zdravotní stav, odhaluje vrozené vývojové vady. Dítě v dobrém zdravotním stavu může být poté ještě ponecháno na porodním sále s rodiči pod dohledem porodní asistentky či dětské sestry. Nezbytné je ale poučit rodiče o možných komplikacích poporodní adaptace novorozence a v případě výskytu jejich nahlášení personálu porodního sálu, kde se dítě nechává dle zvyklostí jednotlivých oddělení (Dort, 2011; David, 2008).

Po překlada novorozence na novorozenecké oddělení je uložen na observační box a je provedena kontrola fyziologických funkcí, pupečního pahýlu a tělesné teploty, opakuje se kredeizace a je aplikován vitamín K jako prevence krvácivé nemoci novorozenců. Zde je novorozenec ponechán do doby, než je matka přeložena z porodního sálu a schopna se o své dítě sama starat. Observace sama pak trvá v daných intervalech obvykle 12-24 hodin.

První koupel musí být provedena šetrně a bez zbytečné prodlevy, aby nedošlo k prochladnutí novorozence. Během koupele sestra pozorně sleduje chování dítěte, stav jeho pokožky (zarudnutí, eroze) či hybnost všech končetin (Dort, 2011). Na podložce novorozence omyjeme, přičemž postupujeme od hlavy k dolním končetinám, nakonec genitál a zadeček. Všimáme si kožních záhybů, dbáme na to, aby se voda nedostala do očí, uší, nosu a zbytečně na pahýl. Vykoupané dítě dáme na suchou osušku a důkladně a zároveň šetrně je osušíme. Nadměrný mázek je možné odstranit pomocí oleje, ale

z hygienických důvodů není třeba odstranit mázek všechen. Důležité je při sušení nepoškodit celistvost kůže (Fendrychová et al., 2009).

Je-li matka již schopna se o novorozence starat sama, dětská sestra provede edukaci matky, srozumitelně a důkladně matku poučí o péči, přebalování, pravidlech bezpečnosti, přikládání dítěte k prsu a rozvoje laktace. Následně se přesvědčuje, že matka jejím pokynům rozuměla a že je dodržuje. Do základní péče o novorozence patří přebalování a oblékání, kojení či krmení, koupání a zajištění bezpečného a termoneutrálního prostředí. Během pobytu na novorozeneckém oddělení se také provádí celoplošný screening metabolických vad, vyšetření dysplazie kyčelních kloubů, screening kongenitální katarakty a vrozených vad ledvin a močových cest (Věstník MZ ČR, 2009; [http://www.theses.cz/id/jdhpq6/MICHALOV\\_Veronika\\_-\\_konen\\_verze\\_DP.pdf](http://www.theses.cz/id/jdhpq6/MICHALOV_Veronika_-_konen_verze_DP.pdf); <http://rodina-deti.doktorka.cz/novorozenec-a-prvni-mesic-zivota/>).

## 2.3 Patologický novorozenec

Mezi patologické novorozence můžeme zařadit děti s porodní hmotností pod 1500g i každé jiné dítě ohrožené na zdraví nebo i na životě. Nejčastější příčinou patologie je hypoxie, vrozená vývojová vada nebo infekce (Velemínský, 2003). Patologickým novorozencem se může stát dítě z jakékoli klasifikační skupiny. Primárně se dá za patologického novorozence považovat každé novorozeně narozené před ukončeným 37. týdnem těhotenství. „Předčasný porod i porod v termínu jsou důsledkem aktivace stejných mechanismů, ale zásadní rozdíl je ve skutečnosti, že v případě porodu v termínu jsou mechanismy aktivovány fyziologicky, zatímco u předčasného porodu patologicky“ (Straňák, 2013, str. 349).

Příčiny nezralosti jsou různého původu, velmi často se ale příčina nezjistí. Zralost nám pomáhá určit, jak dobře je dítě při narození vyvinuté, připravené na život a do jaké míry jsou jeho orgány schopné fungovat mimo tělo matky. Vždy je nutné posuzovat spíše gestační stáří než porodní hmotnost. Dítě narozené předčasně poznáme i podle morfologických a funkčních znaků. Na první pohled je nápadná relativně velká hlavička nezralého dítěte v porovnání s jeho trupem, ten bývá dlouhý a štíhlý. Štíhlé a drobné jsou i jeho končetiny. Minimální vrstva podkožního tuku zdůrazňuje dojem hubených a málo vyvinutých dětí. Jeho kůže bývá v závislosti na zralosti tmavě růžová, hojně krytá mázkem a lanugem, až sytě červená, průsvitná, bez podkožního tuku, krytá řídkými chloupky a

minimem mázku. Často je kůže prosáklá, velmi citlivá na dezinfekční prostředky, na náplasti. Vlasy má nezralý novorozenec řídké, většinou mu chybí i řasy. Ušní boltce nemají vyvinutou chrupavku, jsou nedostatečně formované, rýhování na ploskách a dlaních je slabé nebo zcela chybí. Kostra hrudníku je měkká, poddajná. Prsní bradavky chybí nebo jsou málo patrné. Na břišní stěně se rýsují kličky střev a úpon pupečníku je posunut směrem dolů, ke sponě stydké. U chlapců nebývají sestouplá varlátka, u děvčátek jsou malé stydké pysky větší než velké. Funkční znaky jsou opět závislé na stupni zralosti. Dýchání může být normální, ale také nedostatečné, vyžadující podporu. Dechové pohyby jsou často zrychlené, mělké, nepravidelné, objevují se apnoické pauzy, dušnost. V krevním oběhu se objevuje přetrvávání otevřeného duktu jako následek poruchy jeho fyziologického uzávěru, děti mohou trpět hypotenzí až srdečním selháním. Trávicí trakt vykazuje také známky nezralosti, motilita střev je zpomalená, děti hůře tráví podávanou stravu, její zavádění je pomalejší, smolka odchází delší dobu. Reflexy těchto novorozenců jsou nevyzrálé, nedokonalé nebo chybějí vůbec – těžce nezralé děti nedokážou sát a polykat, nemají kašlací reflex. Vzhledem k malé až žádné tukové zásobě mají velké problémy s termoregulací, snadno se podchladí i přehřejí. Jsou více ohroženi infekcemi přenesenými od matky během porodu nebo nozokomiálními nákazami díky nezralosti imunitního systému, jež mohou vést až k ohrožení života. Je zvýšené riziko anémie či poškození kůže (Dokoupilová, Fišárková, 2009; Fendrychová, Borek et al., 2012; <http://nedoklubko.cz/2011/04/14/predcasne-narozene-ditem/>).

Kromě nedonošenosti mohou být příčinou patologie komplikace vzniklé během porodu, bezprostředně po něm i později. U novorozence během vybavení a v nejbližších hodinách po něm dochází ke změnám fyziologických, biochemických, imunologických a hormonálních funkcí. Dítě je probuzené, dýchá a křičí, zvyšuje se metabolismus, narůstá spotřeba kyslíku mozkiem. Dochází k přestavbě krevního oběhu a novorozenec se plně adaptuje na vnější svět. Během této poporodní adaptace může kdykoliv dojít ke komplikacím. Mezi nejčastější patří dechové problémy způsobené hypoxií, zpomalenou reabsorpcí plicní tekutiny, aspirací plodové vody, pneumotoraxem, infekcí i špatnou přestavbou fetálního oběhu, která způsobí přetrvávání vysoké plicní cévní rezistence. Hyperbilirubinémie způsobená imunizací matky erytrocytárními antigeny plodu může ohrozit novorozence bilirubinovou encefalopatií. Infekce přenesená od matky či nozokomiální nákazy mohou vést k závažným stavům ohrožujícím dětský život. Pokud nastanou komplikace již ve vývoji plodu v děloze, mohou se u novorozence vyskytovat

vrozené vývojové vady. K nejčastějším patří srdeční vady, rozštěpové vady (zejména rozštěp rtu a patra), malformace nebo chybění končetin, vady vnitřních orgánů, hydrocefalus a další (Fendrychová, 2011; <http://nemoci.vitalion.cz/vrozene-vyvojove-vady/>).

Patologický znamená chorobný, nezdravý, nenormální, neodpovídající stanovené normě zdraví. Patologické novorozence je nutné umístit na specializované pracoviště a provést kroky vedoucí k monitoraci a zajištění životních funkcí, v krajních případech k záchraně života. Nejčastěji v této kategorii nalezneme novorozence nedonošeného, narozeného předčasně. Péče o takové dítě je v dnešní době poskytována na specializovaných pracovištích vyškoleným zdravotnickým personálem. Péče o patologického novorozence je soustředěna především na podporu dýchání, stabilizaci tělesné teploty, prevenci infekce, vhodnou výživu a hydrataci, správnou péči o kůži i podporu rodičů. Porod nedonošeného novorozence by měl být veden na pracovišti, kde je k dispozici intenzivní péče pro novorozence. Porod dětí před 32. týdnem těhotenství by měl probíhat v perinatologickém centru (Dort, Dortová & Jehlička, 2013).

První ošetření patologického novorozence na porodním sále provádí dětský lékař nebo neonatolog a dětská sestra. Prvním úkolem po porodu novorozence je zabránit ztrátám tepla. Novorozence ihned po porodu zabalíme do nahřáté pleny, podvážeme pupečník prádlovou gumou nebo umělohmotnou svorkou, přestříháme jej a dále v pravidelných intervalech kontrolujeme. Novorozené dítě poté umístíme do vyhřevného lůžka nebo pod tepelný zářič do suché nahřáté pleny nebo osušky.

„Nedonošeného novorozence zabalíme, podle doporučení Evropské rady pro resuscitaci (European Resuscitation Council – ERC) z roku 2010, do plastové fólie, která brání rychlému odpařování a tím ztrátám tepla. Hypotermie výrazně ovlivňuje další průběh adaptace (Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 46).“

Na miminko stále saháme a tím zároveň provádíme taktilní stimulaci, kdy aktivujeme v kůži řadu dotykových receptorů stimulujících dýchání. Dle potřeby dítě krátce a šetrně odsajeme nejprve z dutiny ústní, poté z nosu, případně nosohlтанu. Odsávání se nedoporučuje provádět standartně u všech novorozenců, ani u dětí se zkalenou plodovou vodou.

Dalším krokem je zvážení a změření novorozence, které provádíme dle jeho zdravotního stavu na porodním sále nebo je můžeme odložit na dobu po stabilizaci dítěte. Nezapomeneme změřit obvody hlavy a hrudníku. Stejně jako u fyziologického novorozence provedeme prevenci konjunktivitidy a identifikaci dítěte. Bonding a první přiložení u patologického novorozence spíše neprovádíme, dítě matce před transportem na specializované pracoviště alespoň ukážeme (Fendrychová, 2011).

U nedonošených novorozenců provádíme během hospitalizace navíc neurologické vyšetření, screening retinopatie, screeningové vyšetření sluchu a sonografické vyšetření mozku.

Vlastní péče o nedonošeného novorozence spočívá především v šetrném zacházení. Děti jsou uloženy do vyhřátého inkubátoru, který umožňuje udržení termoneutrálního prostředí a potřebné vlhkosti a napojeny na přístroj zaznamenávající srdeční akci a saturaci krve kyslíkem. Pokud to vyžaduje zdravotní stav, jsou nepřetržitě sledovány i další životní funkce. Když má dítě problémy s dýcháním, je nutné zahájit umělou plicní ventilaci pomocí dýchacího přístroje nebo třeba podávat kyslík do inkubátoru.

Výživa nedonošených dětí je většinou od začátku zajištěna infuzní terapií, ale zároveň se snažíme co nejdříve začít dítě krmit mateřským mlékem. Pro donošené děti i ty děti, které se narodily předčasně, je mateřské mléko ideální výživou (Dokoupilová & Fišárková, 2009). Proto edukujeme matky ve správné stimulaci prsních bradavek a v odstříkávání mateřského mléka, které pak podáváme dětem dle zralosti a zdravotního stavu nasogastrickou sondou do žaludku či stříkačkou přes prst. Kojení nedonošeného dítěte je možné zahájit poté, co dosáhne určitého stupně vyzrálosti rozhodujících fyziologických mechanismů (termostabilita, stabilita ventilace a cirkulace, koordinace reflexů, hlavně dýchání, sání a polykání). Tato vyzrálost se objevuje okolo 32. týdne těhotenství, u dětí narozených před tímto termínem musíme s kojením počkat. Neméně důležitá je správná poloha dítěte při kojení a správná technika přiložení dítěte k prsu. To vše se musí děti i jejich maminky naučit.

Koupání a hygiena se v podstatě neliší od péče o fyziologického novorozence, jen bychom měli vždy postupovat šetrně a udržovat dítě v teplém prostředí.

Předčasně narozené děti uložené v inkubátoru nemají dostatečný kontakt s matkou, proto bychom měli prostřednictvím klokánkování tuto nevýhodu zmírnit. Dítě se jen v pleně, ponožkách a čepičce ukládá matce na hrudník mezi prsa, kůže na kůži, jako do

klokání kapsy. Tato metoda přibližuje maminky k jejich nedonošeným nebo příliš malým dětem, má psychologické i fyzické výhody, zlepšuje nástup laktace. Klokánkování také může podporovat první fázi neurologické adaptace novorozence na mimoděložní život. Děti mají stabilnější srdeční rytmus, pravidelněji dýchají, jsou lépe zásobené kyslíkem, méně pláčou a dělají méně nekoordinovaných pohybů. Délka klokánkování závisí na zdravotním stavu novorozence. Dle zdravotního stavu a zralosti dětí je postupně přemísťujeme z inkubátoru do babythermu - vyhřevného lůžka a dále do postýlky s vyhřevnou dečkou, jejíž teplotu postupně snižujeme až do chvíle, kdy je dítě natolik zralé, že si tělesnou teplotu dokáže udržet samo (Fendrychová, 2011; <http://nedoklubko.cz/2011/04/14/predcasne-narozene-ditem/>).

Každá manipulace s novorozencem je pro něho stimulací a proto bychom se jí neměli vyhýbat. Dotyky by měly být pomalé, kvalitní, při jakémkoli zvedání a přenášení bychom měli dát dětem pocit jistoty a bezpečí. Musíme respektovat pocity dítěte, reagovat na jeho pláč. Děti jsou z nitroděložního života zvyklé na stísněný prostor, proto je vhodné nedonošeným dětem tento prostor co nejvíce napodobit pomocí polohování a polohovacích pomůcek. Péče o nedonošeného či patologického novorozence je o něco náročnější než o fyziologického, ale s dostatkem informací a s pomocí personálu i toto matky zvládnou (Behinová, 2012; Gregora & Paulová, 2008).

### **3 Edukace šestinedělky na oddělení šestinedělí**

#### **3.1 Kojení, techniky kojení, odstříkávání mateřského mléka, náhrada mateřského mléka**

„Kojení je základní výživou všech novorozenců, neboť má nesporné výhody jako optimální složení stravy pro zdravý růst a vývoj, imunologické faktory, působí preventivně proti civilizačním chorobám (ateroskleróza, diabetes mellitus a další), vytváří pevnou vazbu mezi matkou a dítětem, podporuje jeho vývoj a má také ekonomickou výhodnost (Dort, Dortová, & Jehlička, 2013, s. 27).“.

WHO doporučuje výhradní kojení do 6 měsíců věku, v dalším období se zavádějí nemléčné příkrmy při pokračujícím kojení do 2 let i déle. Jedním z hlavních důvodů je nižší výskyt infekcí u kojených dětí. Na základě studií ohledně oddalování expozice potravinovým antigenům a potencionálním alergenům včetně lepku bylo vydáno doporučení pro zavádění nemléčných porcí ve věku od 4 do 6 měsíců. Důležitým krokem pro úspěšné kojení je správný zácvek každé matky v porodnici jak v technice přikládání a kojení, tak v odstříkávání mateřského mléka a celkové péči o prsa.

Kojení samotné má pro novorozence řadu výhod. Je to hlavně optimální složení mateřského mléka, jeho výživová hodnota, obsah minerálních látek, vitaminů, hormonů, enzymů, imunologických faktorů, vytváření pevné vazby mezi matkou a dítětem, prevence civilizačních chorob a v neposlední řadě i ekonomická výhodnost. Kojení by mělo patřit do obecného povědomí společnosti, ženy by měly být motivovány a především důsledně edukovány. Nástup laktace je sice fyziologická záležitost, ale matky se nemusí kojení vždy naučit. Na zvládnutí kojení se může podílet řada zdravotnických pracovníků, nejčastěji jsou matky zaučovány na novorozeneckém oddělení prostřednictvím dětských sester a na oddělení šestinedělí od porodních asistentek. Mléčná žláza se na kojení připravuje celé těhotenství vlivem estrogenů, po porodu účinkem prolaktinu dochází k samotné tvorbě mléka. Laktace se zvyšuje stimulací bradavek při sání dítěte. V prvních dnech se tvoří mlezivo bohaté na imunoglobuliny s nižším obsahem laktózy, po několika dnech se mléko mění na zralé. Fyziologický novorozenec je vybaven hledacím, sacím a polykacím reflexem a jejich vzájemnou koordinací již od 32. - 34. týdne těhotenství. Kojení by mělo být individuální dle potřeb a chuti dítěte, většinou se ustálí na 8-11 dávkách denně. Délka

kojení nemá být omezována a intervaly mezi jednotlivými kojeními by neměly přesáhnout 4 hodiny (Gregora & Paulová, 2008; Mydlilová, 2009).

Matka by měla při kojení vždy zvolit pohodlnou polohu pro sebe i pro dítě, které je obličejem natočeno k ní, ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Matka přitahuje rukou dítě k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku, zbytečně se nedotýká hlavičky ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu. Mezi matkou a dítětem nemá být žádná překážka (spodní ruka dítěte, uzel na zavinovačce), matka neodtahuje prs od nosu dítěte. Dítě přikládáme k prsu, nikoli prs k dítěti, brada je zabořená do prsu, tváře a nos se dotýkají prsu, dítě nesmí křičet a samotné kojení nesmí matku bolet. Nejčastěji užívanou metodou je kojení vsedě, dále matky mohou zvolit polohu vleže, fotbalové boční držení, polohu tanečnicka, vzpřímenou vertikální polohu či kojení vleže na zádech. U dvojčat lze volit různé polohy: boční fotbalové držení, kojení vleže, polohu do kříže nebo paralelní polohu.

Při odstříkávání mateřského mléka je důležité dodržování základních hygienických požadavků (čistota rukou, osobní hygiena). Lze zvolit metodu ručního odstříkávání, které redukuje bakteriální kontaminaci, dají se ale použít také odsávačky mateřského mléka, u kterých je nutná čistota a sterilizace. Mléko se odstříkává do plastických či skleněných, vyvařených lahví. Odstříkávání se provádí v pravidelných intervalech jako kojení v případě, kdy matka nemůže své dítě kojit, v případě kojení a zvýšené tvorby mléka odstříká matka i po kojení. Mléko lze uchovat v chladničce po dobu 24 hodin nebo v mrazničce při teplotě -20°C po dobu 3 měsíců (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/soucasne-trendy-pece-o-novorozence-308636>; <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kojen%C3%AD>).

Kojení může mít také své kontraindikace a překážky. Mezi ně patří nemoci matky jako srdeční selhání, onemocnění jater, ledvin, laktační psychóza, dále farmakoterapie matky či vrozené poruchy metabolismu matky, vpáčené bradavky, ragády na bradavkách nebo mastitida (Dort, Dortová, & Jehlička, 2013). Pokud matka nemůže své dítě kojit, můžeme zvolit umělou výživu. Náhradami mateřského mléka jsou myšleny všechny přípravky umělé výživy (umělé mléko, formule) určené pro novorozence, kojence a batolata jakéhokoliv věku. Na našem trhu je velké množství výrobků nahrazujících mateřské mléko, ale umělá výživa je jen jeho vzdálenou náhradou, protože neobsahuje stovky výjimečných látek obsažených v mateřském mléce. Jsou připravovány adaptací kravského mléka, kdy se snižuje obsah bílkovin a solí, mění se poměr syrovátky a kaseinu



na 60:40, přičemž v kravském mléce je poměr opačný (Konopásková, 2013). Mezi náhradní přípravky patří mléka hypoalergenní, pro nedonošené děti, antirefluxová mléka bránící návratu žaludečního obsahu zpět do jícnu, mléka pro děti s prokázanou alergií na bílkovinu v kravském mléce, formule pro nezralé děti, sójové preparáty a další. O jejich použití je třeba poradit se s lékařem. Po zavedení určitého druhu kojeneckého mléka není vhodné rychlé střídání druhů a značek, mohlo by to dítěti spíše uškodit (Konopásková, 2013; <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/soucasne-trendy-pece-o-novorozence-308636>).

### **3.2 Hygienická péče, přebalování, oblékání, péče o pokožku, denní režim, spánek**

Rozhodující a významný faktor v péči o novorozence, zvláště pak o nedonošeného novorozence, je udržení dítěte v teple. Je prokázáno, že podchlazení zvyšuje morbiditu i mortalitu novorozenců. I Světová zdravotnická organizace uznala, že zajištění termoneutrálního prostředí je základem pro zdraví novorozenců na celém světě a je nutné dodržovat určité postupy i v domácím prostředí.

Koupání je dobré provádět s vědomím, že tím můžeme novorozenci jak prospět, tak i ublížit. Koupání dle nejnovějších poznatků není nutné provádět denně, abychom zbytečně nevysoušeli pokožku, každý den je ale nutné omýt vodou a mýdlem genitál a zadeček. V domácím prostředí je koupel považována za vhodnou příležitost ke kontaktu s dítětem, proto není třeba rodičům striktně diktovat jejich četnost. Důležité je osvojit si manipulaci s novorozencem a dodržovat zásady bezpečnosti a udržení dobré tělesné teploty. Po koupeli je také nutné dítě zahřát a v některém případně překrýt vlhké vlásky čepičkou (Fendrychová, 2011).

Balení novorozenců se provádí do plen, které se v současné době používají převážně jednorázové, ale stále více matek se vrací k látkovým. Toto rozhodnutí je pouze na rodičích, záleží na nich, čemu dají přednost. Vždy je potřeba při přebalení zadeček a genitál omýt, osušit a dle potřeby ošetřit. Při oblékání se řídíme teplotou místnosti, kde se dítě právě zdržuje, dbáme na to, aby nedošlo k přehřátí ani k podchlazení. Stále častěji se vrací balení novorozence do plen, bavlněných šátků nebo dečky takovým způsobem, aby se nemohl hýbat, a tím sám sebe nevyrušoval ze spánku. Toto balení kromě tepelného komfortu dodává také pocit jistoty a bezpečí a usnadňuje každému novorozenci

přizpůsobení novému prostředí po porodu (Fendrychová, 2011). Takto svázání novorozenci dle důkazů také lépe usínají, spí a nebudí se. Novorozence ukládáme do polohy na zádech jako prevenci náhlého úmrtí. V poloze na bříšku můžeme novorozence nechat jen na krátkou dobu a pod dohledem. Pokud na břicho usne, přetočíme jej na záda.

Oblékání závisí na roční době, nemělo by však docházet k přehřátí či podchlazení novorozence díky nevhodně zvolenému oblečení. Doporučení se s dobou mění, v zásadě ale platí, že děti oblékáme přibližně jako sebe s tím, že máme k dispozici ještě příkrývku. V horkých dnech můžeme dát jednu vrstvu při zakrytí celého kožního povrchu, protože proudící vzduch kůže i v létě ochlazuje, ve větru klidně dáme slabou čepičku. V zimě pak dáme o vrstvu více, spíše vrstvíme slabé oblečení než bychom dali jednu vrstvu silnou. Pokud chceme mít novorozence zabaleného v zavinovačce, můžeme v ní nechat volné nožičky. Během přebalování je vhodné dát miminko na chvíli na bříško (<http://www.mojebetynka.cz/rodina-a-vy/maminky-rady-rozhovory-a-pribehy/obleknout-dite-je-veda>).

Promašťování kůže novorozenců není nezbytné, záleží na stavu pokožky. Pokud je to nutné, použijeme slunečnicový olej, u kojenců lze používat dětská kosmetická pleťová mléka s přísadou vitaminů, pantenolu nebo rostlinných výtažků. Kůže novorozenců a kojenců je náchylná k opruzeninám především v místech vlhké zapáčky, proto je nutné v těchto místech kůži pečlivě očistit, osušit a ošetřit vhodným přípravkem.

Spánek je pro novorozence hlavní náplní dne a je velice důležitý zejména pro jeho růst. Zpočátku novorozenci spí až 20 hodin denně a s každým měsícem se potřeba spánku snižuje. Chování dítěte je velmi nepředvídatelné a musí se krmit alespoň dvakrát za noc. Novorozenec se vzbudí vlivem vnějších nebo vnitřních podnětů a po uspokojení potřeb opět usíná (Fendrychová, 2011; <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/soucasne-trendy-peco-o-novorozence-308636>).

### **3.3 Edukace v rámci pobytu v domácím prostředí (bezpečné prostředí, návštěvy, pobyt venku, návštěvy pediatra)**

Bezpečí je pro novorozence jedním ze základních předpokladů správného vývoje a dalšího života. Rodiče se musí naučit s novorozencem správně zacházet, umět ho uchopit, přebalit, vykoupat. Měli by si osvojit zásady bezpečného ukládání ke spánku, kdy dítě

dáváme na rovnou podložku bez polštáře. Pokud musíme od novorozence odejít, musíme ho zabezpečit proti pádu. Nikdy ho nenecháme samotného na stole, přebalovacím pultu ani ve vaničce. K základům bezpečnosti v dnešní době patří užívání dětských autosedaček při cestování nebo bezpečnostních pásů v kočárku u dětí, které již sedí.

Vycházky s novorozencem jsou dle doporučení omezeny venkovní teplotou. Doma by měl novorozenec zůstat, pokud klesne teplota pod  $-5^{\circ}\text{C}$  a vystoupí výše jak na  $30^{\circ}\text{C}$ . V prvních dvou týdnech je lepší chodit jen na kratší dobu a do míst, kde se nepohybuje velké množství lidí. Tvářičku proti mrazu i větru chráníme vhodným krémem a celé dítě pak chráníme před přímým sluncem a větrem. V domácím prostředí se snažíme udržovat stále stejnou, přiměřenou teplotu, ke spánku novorozence ukládáme do chladnější a vyvětrané místnosti. Oblečení vrstvíme stejně jako sobě s tím, že máme k dispozici ještě deku. V horkých dnech můžeme děti obléknout lehce, tedy klidně jen jednou vrstvou, ale snažíme se krýt celý kožní povrch. Prouděním vzduchu se kůže novorozence rychle ochlazuje a může se při nedostatečně vyvinuté termoregulaci rychle snižovat jeho tělesná teplota. To znamená, že za teplého větrného počasí dáme miminku i čepičku. V zimních měsících dáváme stejný počet vrstev oblečení nebo o jednu navíc jako u dospělých a dítě dáme do vaku a pod deku. Pokud nosíme miminko v šátku, oblékneme většinou dítěti i sobě o jednu vrstvu méně, protože pohyb nosiče je o něco namáhavější a vzájemně se oba zahřívají. Tepelnou pohodu dítěte nejlépe zjistíme, pokud přiložíme své rty na tváře, případně nosík miminka. Pokud jdeme s dítětem ven na delší procházku či výlet, je vhodné vzít nějaké oblečení s sebou, abychom mohli dítě přiobléci (Fendrychová, 2011; <http://www.mojebetynka.cz/rodina-a-vy/maminky-rady-rozhovory-a-pribehy/obleknout-dite-je-veda>; [http://www.nutriklub.cz/porod/?utm\\_source=seznam&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=&utm\\_term=&utm\\_content=Nutriklub\\_longterm\\_porod&wt\\_mc=cpc.seznam.nutriklub\\_longterm\\_porod\\_search](http://www.nutriklub.cz/porod/?utm_source=seznam&utm_medium=cpc&utm_campaign=&utm_term=&utm_content=Nutriklub_longterm_porod&wt_mc=cpc.seznam.nutriklub_longterm_porod_search) ).

Návštěvy u novorozence, který přišel právě z porodnice, vystavují dítě obrovskému množství choroboplodných zárodků - nejrůznějším virům a bakteriím, se kterými se ještě díky nezralosti imunitního systému nedokáže poprat. Taková návštěva může mít za následek silnou infekci a následnou hospitalizaci v nemocnici. Z tohoto důvodu je vhodnější odsunout návštěvy na dobu po šestinedělí a vynechat návštěvy prostor, kde se vyskytuje větší množství lidí (<http://novorozenec.zdrave.cz/kdy-jit-poprve-ven-s-miminkem/>).

Do dvou dnů po propuštění z porodnice by měl novorozence vyšetřit již předem zvolený pediatr. Dále se provádí u dítěte preventivní prohlídky ve věku 14 dní, 6 týdnů, 3 měsíců, 4 měsíců a dále do 1 roku vždy po dvou měsících (Vyhláška MZ ČR, 2012). Po narození je dítěti na příslušné matrice vystaven rodný list, který si musí rodiče vyzvednout a do 8 dnů je také třeba nahlásit novorozence ke zdravotní pojišťovně. Ze zákona je to pojišťovna, u které je pojištěná matka (Behinová, 2012; Dokoupilová & Fišárková, 2009).

U novorozenců a kojenců může dojít k náhlému úmrtí, což je definováno jako náhlá a vzhledem k předchozímu zdravotnímu stavu nečekaná situace, kdy se ani při pitvě nenalezne žádná příčina úmrtí. Rizikových faktorů je velké množství, nejčastější jsou poloha na břicho ve spánku, spaní s rodiči či pasivní kouření. Pokud rodiče najdou doma dítě, které nedýchá, je bledé, cyanotické, nereaguje, je třeba zahájit resuscitaci. Ta se skládá z nepřímé srdeční masáže a umělého dýchání. Masáž srdce provádíme technikou dvou prstů proti tvrdé podložce nebo technikou obou palců proti ostatním prstům, kdy kvalita kompresí je mnohem důležitější než přesné dodržení frekvence. Při dýchání obejmeme svými rty ústa i nos novorozence, vdechneme do jeho plic jen objem své dutiny ústní, abychom nepoškodili plíce dítěte. Na úvod resuscitace provedeme 5 iniciačních dechů, dále pokračujeme v poměru 3 stlačení hrudníku a 1 umělý vdech a kontaktujeme rychlou zdravotnickou pomoc (Klementa, 2011; Liška, 2013; Gomella, 2013; <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2002/05/04.pdf>; <http://www.prvni-pomoc.com/kardiopulmonalni-resuscitace>).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 Volba problematiky

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku edukace matek po porodu během pobytu na oddělení šestinedělí, zda a v jaké míře dostávají informace potřebné k tomu, aby se mohly bez problémů celodenně starat o své právě narozené dítě. Narození dítěte představuje pro každou ženu převratnou událost, v jejím životě se objeví někdo, kdo vyžaduje celodenní péči, zajištění bezpečí a dalšího bezproblémového fyzického i psychického vývoje osobnosti. Z tohoto důvodu vyžadují a potřebují novopečené matky dostatek informací, které jim usnadní poskytování plnohodnotné péče.

Šestinedělí je období šesti týdnů po porodu, kdy se organizmus ženy vrací do původního stavu před otěhotněním. S tím souvisí řada změn nejen z oblasti fyzických, ale také psychických. Její pozornost je v největší míře zaměřena na novorozence, hlavní náplní dne je z počátku vyčerpávající péče o něj. Nejdůležitější částí denního programu maminky v šestinedělí je kojení.

Již 20 let pracuji na novorozeneckém oddělení a každá matka má ohledně péče o novorozence řadu otázek. A není podstatné, zda porodila první či další dítě. Někdy mám pocit, že se prostě předpokládá, že se každá žena o své dítě dokáže bez problémů postarat, ale ze zkušenosti vím, že tomu tak není. Řada žen potřebuje mnoho informací, rad, ukázek a jejich neustálé opakování, aby získala dostatečnou sebedůvěru a odcházela z porodnice s pocitem, že novou životní situaci doma zvládne. Zajímalo mě tedy, jak to ve skutečnosti s edukací matek v oblasti péče o novorozence je. V naší porodnici by měla edukace šestinedělek probíhat, proto jsem chtěla zjistit, zda vůbec jsou matky po porodu edukovány, zda je pro ně poskytovaná edukace dostatečná a srozumitelná a zda mají zájem o rozšíření edukace o další oblasti péče o novorozence.

## **5 Cíle**

### **Hlavní cíl:**

Zjistit, zda jsou šestinedělky edukovány v oblasti péče o své právě narozené dítě.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 95 % matek je v naší porodnici edukováno.

### **Vedlejší cíle:**

Cíl č. 1: Zjistit, zda je tato edukace pro šestinedělky z jejich pohledu dostatečná.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že pro 75 % šestinedělek je edukace dostatečná.

Cíl č. 2: Zjistit, zda je tato edukace pro šestinedělky z jejich pohledu srozumitelná.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že pro 75 % šestinedělek je edukace srozumitelná.

Cíl č. 3: Zjistit, zda v některé oblasti péče o novorozence postrádají šestinedělky dostatečnou edukaci s požadavky na její doplnění.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že méně jak 20 % šestinedělek bude mít požadavky na doplnění edukace.

## 6 Metodika výzkumného šetření

Ke zpracování empirické části jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Na sběr dat jsem použila formu dotazníku, neboť se dotazník provádí anonymně a jeho zpracování je poměrně rychlé a jednoduché. Jednalo se o nestandardizovaný dotazník, ve kterém byly předem připravené otázky s nabídnutými možnostmi odpovědí.

V záhlaví dotazníku vysvětluji matkám důvod mého šetření a ujišťuji je, že získaná data jsou anonymní a budou použita pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Dotazník obsahoval 17 otázek, z toho prvních 7 se týkalo demografických zjištění, dalších 10 otázek bylo věnováno problematice edukace a péče o dítě. Matky vybíraly z nabízených možností, u otázky č. 4, 11 a 15 mohly u jedné možnosti odpověď rozvinout a u otázky č. 16 byla nutná jejich vlastní odpověď. V dotazníku jsem použila otázky uzavřené (otázka č. 8, 9, 12, 13, 14), otázky výběrové (otázka č. 1, 2, 3, 5, 6, 7), otázky výčtové (otázka č. 4, 11), otázku filtrační (otázka č. 10), otevřenou (otázka č. 16), polouzavřenou (otázka č. 15) a škálovou (otázka č. 17).

V otázce č. 1 zjišťuji, jaký je věk hospitalizovaných matek.

V otázce č. 2 se dotazuji na jejich nejvyšší dosažené vzdělání, kde mají na výběr z 6 možností.

Otázka č. 3 se matek ptá, kolikáté dítě se jim právě narodilo.

Otázka čtvrtá, výčtová, zjišťuje, podle čeho se matka rozhodla porodit své dítě právě v Thomayerově porodnici. Matky měly možnost volby více odpovědí i své vlastní.

V otázce č. 5 měly matky na výběr ze tří možností na otázku týkající se četnosti nynějšího těhotenství.

Otázka šestá se ptala na způsob porodu, zda se jednalo o porod spontánní či operační.

A poslední demografická otázka zjišťovala délku jejich pobytu v porodnici bez ohledu na důvod.

Zbytek otázek se věnoval problematice edukace a péče o dítě.

V otázce č. 8 jsem se ptala na průběh péče o miminko po dobu hospitalizace, zda jej měla matka stále u sebe nebo se na péči podílely i dětské sestry.

Další otázka se týkala zjišťování informací o péči o novorozence před nástupem do porodnice.

Otázka č. 10 byla zaměřena na poskytnutí edukace v porodnici a poskytla odpověď na hlavní cíl bakalářské práce, a to, zda jsou edukovány. Filtrovala matky na ty, které byly v porodnici edukovány zdravotnickým personálem a na ty, které edukovány nebyly.

Otázka č. 11 byla určena pro matky, které na předešlou otázku odpověděly kladně, a zjišťovala, kdo matky v porodnici edukoval. Matky mohly u této otázky zvolit více odpovědí.

Na vedlejší cíl č. 1 byla zaměřena uzavřená otázka č. 12, která se ptala, zda byla poskytnutá edukace pro matky dostatečná.

Další uzavřená otázka č. 13, která se týkala vedlejšího cíle č. 2, se dotazovala na srozumitelnost edukace.

Ve 14. otázce jsem chtěla zjistit, zda matky odcházejí z porodnice s pocitem, že péči o nového člena rodiny zvládnou či nikoli.

Polouzavřená otázka č. 15 měla zjistit, zda bude matkám po příchodu do domácího prostředí někdo s péčí o novorozence pomáhat nebo vše zvládnou sami.

V otázce č. 16 měly matky možnost volné odpovědi na otázku, ve které oblasti by si přály poskytnout více informací ohledně péče o miminko. Tato otázka mi poskytla odpověď na vedlejší cíl č. 3

Závěrečná 17. otázka byla položena za účelem zjištění, jak byly hospitalizované matky spokojené s poskytnutou edukací. Odpověď měly zaznamenat na stupnici od 1 do 5 známkou jako ve škole.



## 7 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazníkové šetření probíhalo v Thomayerově nemocnici na oddělení standardního a nadstandardního šestinedělí.

Cílovou skupinou pro dotazníkové šetření byly hospitalizované matky po porodu. Pro upřesnění charakteru zkoumané skupiny sloužily v dotazníku otázky č. 1 – 7, ve kterých se dotazují na věk hospitalizovaných matek, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, zda se jedná o prvoroďičku či víceroďičku, na způsob, kterým vybíraly porodnici a délku jejich pobytu v porodnici, na způsob porodu či na četnost nynějšího těhotenství.

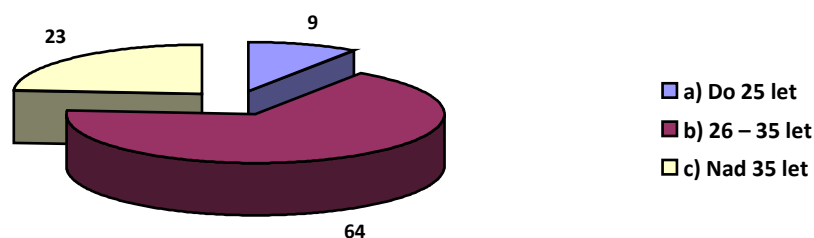
Vyhodnocení položky č. 1

**Kolik je Vám let?** (a) do 25 let, b) 26-35 let, c) nad 35 let).

Tabulka č. 1 Věk respondentek

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>D<sub>i</sub> (%)</b>
a) Do 25 let	9	9,38 %
b) 26 – 35 let	64	66,67 %
c) Nad 35 let	23	23,96%
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100,01 %</b>

Graf č. 1 Věk respondentek



V první otázce týkající se charakteru zkoumaného vzorku se dotazují matky, do jaké věkové kategorie patří. Kategorie jsem dala k dispozici tři, první do 25 let, druhou od 26 do 35 let a třetí, kam spadají matky starší 35 let.

V období sběru dat bylo hospitalizováno nejvíce matek ve věku 26 – 35 let, a to 64 matek (66,67 %). Další skupinu tvořily matky ve věku nad 35 let, celkem 23 matek (23,96 %). Nejméně zastoupenou skupinou byly matky mladší než 25 let, těch bylo v tomto období po porodu jen 9 (9,38 %).

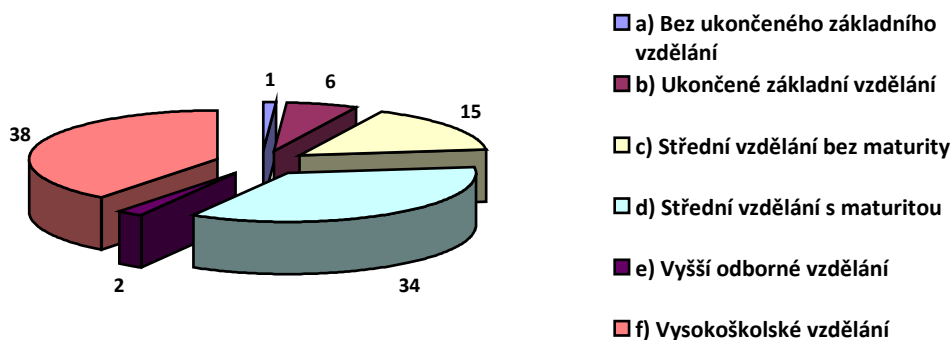
#### Vyhodnocení položky č. 2

**Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?** (a) bez ukončeného vzdělání, b) ukončené základní vzdělání, c) střední vzdělání bez maturity, d) střední vzdělání s maturitou, e) vyšší odborné vzdělání, f) vysokoškolské vzdělání)

Tabulka č. 2 Vzdělání respondentek

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Bez ukončeného základního vzdělání	1	1,04 %
b) Ukončené základní vzdělání	6	6,25 %
c) Střední vzdělání bez maturity	15	15,63 %
d) Střední vzdělání s maturitou	34	35,42 %
e) Vyšší odborné vzdělání	2	2,08 %
f) Vysokoškolské vzdělání	38	39,58 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 2 Vzdělání respondentek



Tato výběrová otázka měla 6 možných odpovědí. Nejpočetnější skupinu tvořily matky, které dosáhly vysokoškolského vzdělání, těch bylo hospitalizováno 38 (39,58 %). Další početnou skupinu tvořily matky se středoškolským vzděláním s maturitou, kterých bylo 34 (35,42 %). 15 matek (15,63 %) dosáhlo ve svém životě středního vzdělání bez maturity, 6 matek (6,25 %) ukončilo vzdělávání základním vzděláním. Vyššího odborného vzdělání dosáhly 2 matky (2,08 %) a nejmenší skupinu bez ukončeného základního vzdělání tvořila pouze 1 matka (1,04 %).

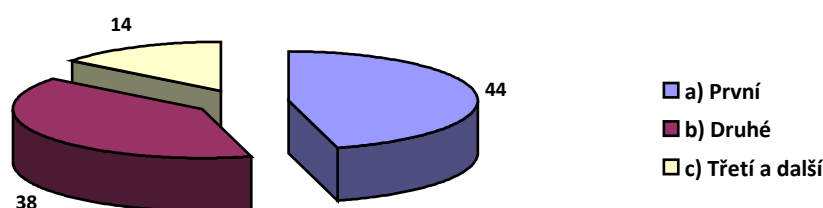
Vyhodnocení položky č. 3

### Kolikáté dítě se Vám narodilo? (a)první, b) druhé, c) třetí a další)

Tabulka č. 3 Kolikáté dítě matka porodila

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> %</b>
a) První	44	45,83 %
b) Druhé	38	39,58 %
c) Třetí a další	14	14,58 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>99,99 %</b>

Graf č. 3 Kolikáté dítě matka porodila



Třetí otázka měla za úkol zjistit, zda vlastně již matky mají zkušenost s péčí o novorozence, zda již mají doma jiné dítě. Ve zkoumaném vzorku převládaly matky, které již měly doma další dítě. 38 (39,58 %) z nich odpovědělo, že právě porodily druhé dítě a dokonce 14 matek (14,58 %) má nyní své třetí či další dítě. Zbývajících 44 matek (45,83 %) bylo v porodnici hospitalizováno v souvislosti s porodem svého prvního dítěte.

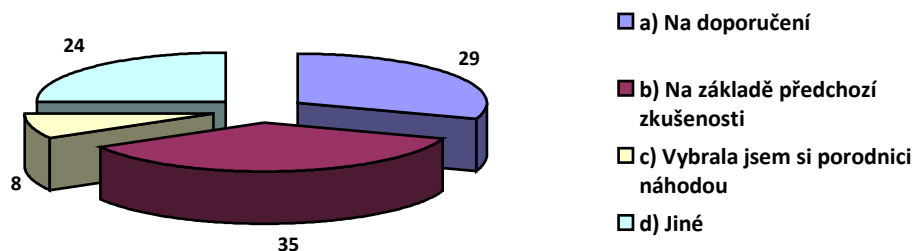
#### Vyhodnocení položky č. 4

**Proč jste si vybrala tuto porodnici?** (a) na doporučení, b) na základě předchozí zkušenosti, c) vybrala jsem si porodnici náhodou, d) jiné

Tabulka č. 4 Důvod výběru porodnice

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>D<sub>i</sub> (%)</b>
a) Na doporučení	29	30,21 %
b) Na základě předchozí zkušenosti	35	36,46 %
c) Vybrala jsem si porodnici náhodou	8	8,33 %
d) Jiné	24	25,00 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 4 Důvod výběru porodnice



V této otázce jsem chtěla zjistit důvody, které vedly matky k výběru právě této porodnice, podle čeho se rozhodovaly, případně, zda dají na něčí doporučení.

Nejvíce matek se rozhodlo pro porod v této porodnici na základě předchozí zkušenosti. Těchto matek bylo celkem 35 (36,46 %). Další početnou skupinou, a to celkem 29 matek (30,21 %), byly ty, které volily porodnici na základě doporučení. Nejmenší skupinu tvořily matky, jejichž volba byla jen náhodná, těch bylo podle šetření 8 (8,33 %). Celkem početnou skupinou zde bylo ještě 24 matek (25 %), které volbu provedly z jiného důvodu nebo na výběr neměly. Tyto výsledky jsou zobrazeny v tabulce a grafu č. 4. Nejčastějším důvodem byla blízkost porodnice, kterou uvedlo 14 respondentek. Dalším důvodem byla vstřícnost personálu a odbornost, pro kterou si porodnici vybraly 3

respondentky, stejný počet respondentek uvedl, že byly převezeny z jiné porodnice, 2 respondentky byly do nemocnice odeslány svým gynekologem. Jedna respondentka uvedla, že si porodnici vybrala jako své minulé pracoviště a jedna respondentka uvedla, že se v jejím případě jednalo o rychlý převoz bez možnosti výběru porodnice.

Potěšující je, že celkem 64 matek (66,67%) zvolilo tuto porodnici pro dřívější dobrou zkušenost či na základě zkušenosti někoho jiného, na doporučení.

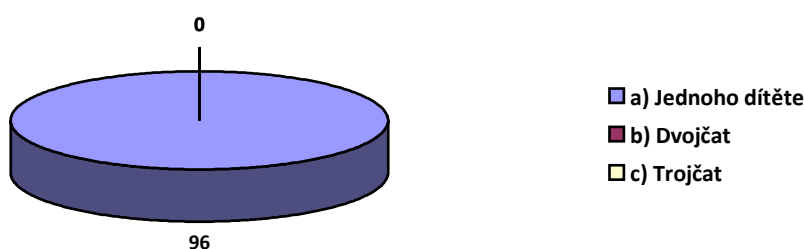
Vyhodnocení položky č. 5

**Nyní se jednalo o porod:** (a) jednoho dítěte, b) dvojčat, c) trojčat)

Tabulka č. 5 Četnost těhotenství

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Jednoho dítěte	96	100 %
b) Dvojčat	0	0 %
c) Trojčat	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 5 Četnost těhotenství



Pro lepší posouzení zácviku matky jsem chtěla zjistit, kolik dětí se jednotlivým matkám z jejich současného těhotenství narodilo.

Na tuto otázku jsem dostala jednoznačnou odpověď. Všech 96 matek (100 %), které se zúčastnily dotazníkového šetření, nyní porodilo pouze jedno dítě. Ve zkoumaném vzorku se tedy nevyskytla žádná dvojčata ani další vícečetná těhotenství. Výsledky zobrazuje tabulka a graf č. 5.

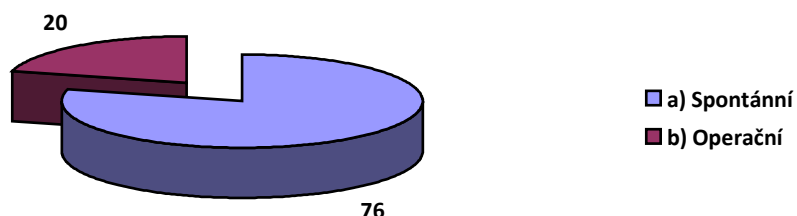
Vyhodnocení položky č. 6

**Jaký byl způsob vašeho porodu? (a) spontánní, b) operační)**

Tabulka č. 6 Způsob porodu

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Spontánní	76	79,17 %
b) Operační	20	20,83 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 6 Způsob porodu



Na tuto již další výběrovou otázku opět odpovědělo všech 96 matek. Převážná většina, to je 76 matek (79,17 %), rodilo spontánním způsobem. U zbývajících 20 matek (20,83 %) bylo těhotenství ukončeno operačním způsobem.

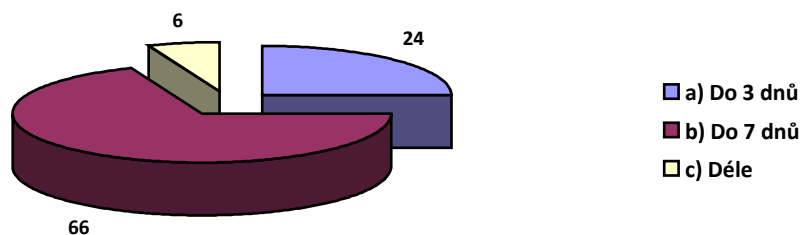
Vyhodnocení položky č. 7

**Jak dlouho jste byla nyní v porodnici? (a) do 3 dnů, b) do 7 dnů, c) déle)**

Tabulky č. 7 Délka pobytu v porodnici

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Do 3 dnů	24	25,00 %
b) Do 7 dnů	66	68,75 %
c) Déle	6	6,25 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 7 Délka pobytu v porodnici



Tuto otázku jsem pokládala z důvodu, abych zjistila, jak dlouho byly matky v souvislosti s nynějším porodem hospitalizované a jaký měly čas si edukaci procvičit.

66 matek (68,75 %) odpovědělo, že jejich pobyt v porodnici se pohyboval v rozmezí 4-7 dní. U 24 matek (25 %) byla hospitalizace krátká, trvala do 3 dnů. Zbývajících 6 matek (6,25 %) bylo v porodnici více jak týden.

Výzkumný vzorek tvořila skupina respondentek, které byly nejvíce věkové kategorie od 26 do 35 let, nejčastěji s dosaženým vysokoškolským vzděláním a v porodnici byly hospitalizované nejčastěji v souvislosti s porodem svého prvního dítěte. Porodnici matky volily nejčastěji na základě předchozí zkušenosti. Všem respondentkám se narodilo z tohoto těhotenství jedno dítě a to převážně spontánním způsobem, přičemž byly nejčastěji hospitalizované v délce 4 až 7 dní.

## **8 Průběh dotazníkového šetření**

Empirické šetření probíhalo od 1. prosince 2013 a do 31. ledna 2014. Celkem bylo na oddělení šestinedělí sestrami namátkově rozdáno 100 dotazníků, ze kterých se vrátilo 96 dotazníků (návratnost je tedy 96 %). Těsně před propuštěním do domácího prostředí, sestry kontaktovaly matky a po úvodní instruktáži ohledně vyplnění dotazníku, rozdaly matkám dotazník k jeho vyplnění. Každý dotazník obsahoval 17 otázek, prvních 7 bylo zaměřeno na demografické rozdělení respondentek, zbývajících 10 otázek se týkalo vlastní edukace a péče o novorozence.

Vrácené dotazníky byly vyplněny celé, všechny matky odpověděly na veškeré otázky v dotazníku položené.



## 9 Zpracování dotazníkového šetření

Odpovědi na jednotlivé položky v dotazníku jsou vyhodnoceny pomocí přehledných tabulek a výsečových grafů, které zobrazují v plošném formátu jednotlivé hodnoty k celku. Absolutní četnost je v tabulkách označena symbolem  $n_i$ . Relativní četnost (procentuální vyjádření) je označeno symbolem  $p_i$ . Při výpočtu relativní četnosti jsou výsledná čísla zaokrouhlena vždy na dvě desetinná místa, a to tak, že u číslice 1 až 4 je zaokrouhlováno dolů a u číslice 5 až 9 je zaokrouhlováno nahoru. Takže jejich prostý součet nemusí vždy odpovídat 100 %.

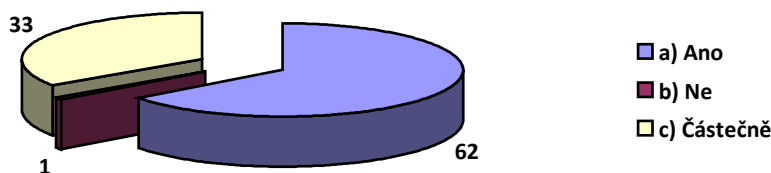
Vyhodnocení položky č. 8

**Pečovala jste o své miminko během pobytu v porodnici sama?** (a) ano, b) ne, c) částečně).

Tabulka č. 8 Způsob péče o dítě

	$n_i$	$p_i$ (%)
a) Ano	62	64,58 %
b) Ne	1	1,04 %
c) Částečně	33	34,38 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 8 Způsob péče o dítě



První otázka zaměřená na vlastní edukaci v oblasti péče o novorozence a péče o něj měla za úkol zjistit, zda se matky staraly o své děti samy nebo zda byly děti v částečné či plné péči dětských sester.

Kladně, to znamená, že se o své dítě staraly od porodu pouze samy, odpovědělo 62 matek (64,58 %). Dalších 33 maminek (34,38 %) pečovalo o své dítě částečně a částečně převzaly péči sestry, pouze 1 matka (1,04 %) uvedla, že se sama o své dítě nestarala vůbec.

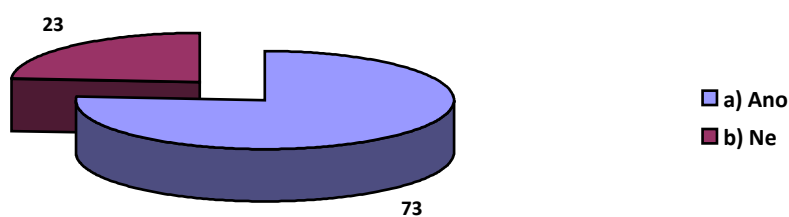
Vyhodnocení položky č. 9

**Získávala jste informace týkající se péče o novorozence před nástupem do porodnice?** (a) ano, b) ne)

Tabulka č. 9 Získávání informací před porodem

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Ano	73	76,04 %
b) Ne	23	23,96 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 9 Získávání informací před porodem



Jednalo se o uzavřenou otázku s možností odpovědi ano či ne. Možnost ano, tudíž že matka získávala informace ohledně péče o novorozence před porodem, odpovědělo 73 matek (76,04 %), zbylých 23 matek (23,96 %) si žádné informace před nástupem do porodnice nevyhledávalo.

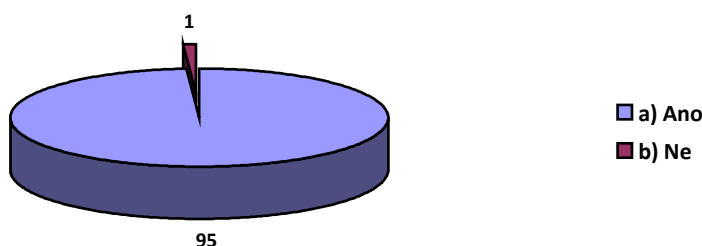
Vyhodnocení položky č. 10

**Byla jste nyní v porodnici edukována (informována) v oblasti péče o novorozence? (a) ano, b) ne)**

Tabulka č. 10 Byla jste edukována

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>D<sub>i</sub> (%)</b>
a) Ano	95	98,96 %
b) Ne	1	1,04 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 10 Byla jste edukována



Tato otázka dává odpověď na hlavní cíl empirického šetření a zároveň matka filtruje na ty, které edukovány byly, a na ty, které nebyly v rámci pobytu v porodnici edukovány v oblasti péče o novorozence. Odpověď na tuto otázku dává tabulka a graf č. 10.

Z šetření vyplynulo, že 95 matek (98,96 %) v porodnici zdravotnickým personálem edukováno bylo, jen 1 matka (1,04 %) uvedla, že ji nikdo ze zdravotnického personálu v porodnici needukoval.

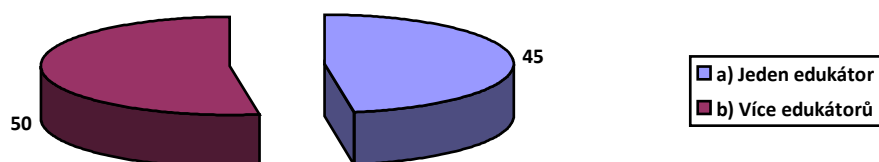
Vyhodnocení položky č. 11

**Pokud jste na předešlou otázku odpověděla ano, kdo Vás v oblasti péče o novorozence v porodnici edukoval? (možnost více odpovědí) (a) lékař, b) dětská sestra, c) porodní asistentka, d) někdo jiný, kdo)**

Tabulka č. 11 Kdo edukoval

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Jeden edukátor	45	47,37 %
b) Více edukátorů	50	52,63 %
<b>celkem</b>	<b>95</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 11 Kdo edukoval

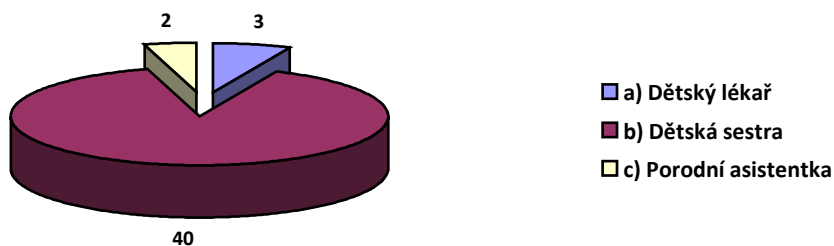


Na předešlou otázku odpovědělo kladně 95 matek (98,96 %), což v této otázce tvoří 100 %. Z toho 45 matek (47,37 %) zaškrtno jen jednu odpověď, zbývajících 50 matek (52,63 %) bylo během pobytu v porodnici edukováno více edukátory.

Tabulka č. 12 Kdo byl jediným edukátorem

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Dětský lékař	3	6,67 %
b) Dětská sestra	40	88,89 %
c) Porodní asistentka	2	4,44 %
<b>celkem</b>	<b>45</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 12 Kdo byl jediným edukátorem

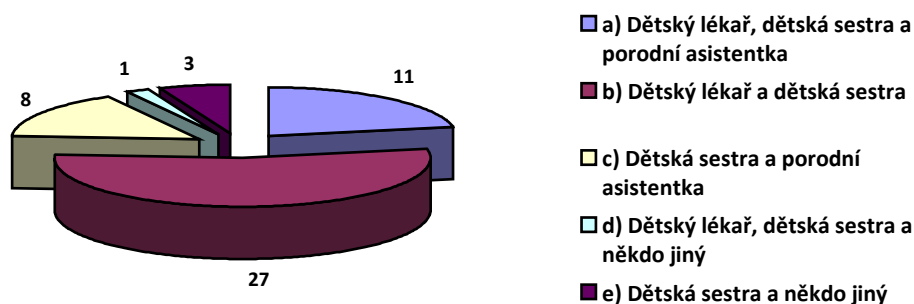


Z 45 matek (47,37 %), které zaškrtnly jen jednoho edukátora, označilo 40 matek (88,89 %) dětskou sestru, 3 matky (6,67 %) dětského lékaře a 2 matky (4,44 %) porodní asistentku. Tabulka a graf č. 12.

Tabulka č. 13 Kdo edukoval v případě více edukátorů

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Dětský lékař, dětská sestra a porodní asistentka	11	22 %
b) Dětský lékař a dětská sestra	27	54 %
c) Dětská sestra a porodní asistentka	8	16 %
d) Dětský lékař, dětská sestra a někdo jiný	1	2 %
e) Dětská sestra a někdo jiný	3	6 %
<b>celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 13 Kdo edukoval v případě více edukátorů



V této výčtové otázce měly novopečené matky na výběr z 3 možností a další čtvrtou, kde mohly uvést vlastní odpověď. Bylo možné uvést také více odpovědí. Nejvíce matek volilo variantu s více možnostmi odpovědi, konkrétně bylo těchto matek 50 (52,08 %), (tabulka a graf č. 11). 27 (54 %) z nich označilo za edukátora dětského lékaře a dětskou sestru, 11 matek (22 %) k této variantě přidalo ještě porodní asistentku. 8 matek (16 %) jako zdroj informací uvedlo dětskou sestru a porodní asistentku, další 3 matky (6 %) přidaly k dětské sestře brožury, sousedící matku či v jednom případě také předporodní kurz. 1 matka (2 %) byla edukována dětským lékařem, dětskou sestrou a další informace získala z brožur a letáku na oddělení. Výsledky jsem uvedla v tabulce a grafu č. 13.

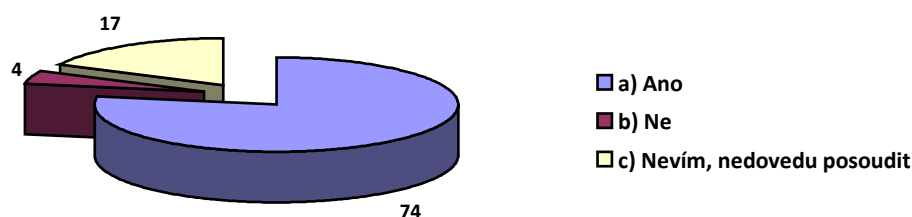
#### Vyhodnocení položky č. 12

**Pokud jste byla nyní v porodnici edukována (informována) v oblasti péče o novorozence, byla pro Vás tato edukace dostatečná? ( a) ano, b) ne, c) nevím, nedovedu posoudit)**

Tabulka č. 14 Byla edukace dostatečná

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Ano	74	77,90 %
b) Ne	4	4,21 %
c) Nevím, nedovedu posoudit	17	17,89 %
<b>celkem</b>	<b>95</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 14 Byla edukace dostatečná



Tato uzavřená otázka se vztahovala k vedlejšímu cíli č. 1, který měl za úkol objasnit, zda jsou informace poskytované matkám pro ně dostatečné.

Opět na ni odpovědělo jen 95 matek, které byly v porodnici ukovány a tvoří zde 100% celek. Dostatečná edukace se zdála být pro 74 matek (77,90 %), naopak jako nedostatečnou ji hodnotily 4 matky (4,21 %). 17 maminek (17,89 %) nedokázalo posoudit, zda je informací dostatek na to, aby se o své dítě dokázaly postarat samy.

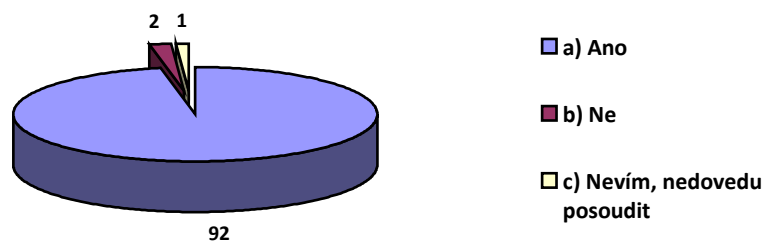
Vyhodnocení položky č. 13.

**Pokud jste byla nyní v porodnici edukována (informována) v oblasti péče o novorozence, byl pro Vás tato edukace srozumitelná? (a) ano, b) ne, c) nevím, nedovedu posoudit)**

Tabulka č. 15 Byla edukace srozumitelná

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Ano	92	96,84 %
b) Ne	2	2,11 %
c) Nevím, nedovedu posoudit	1	1,05 %
<b>celkem</b>	<b>95</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 15 Byla edukace srozumitelná



K tomu, abych získala odpověď na vedlejší cíl č. 2, byla položena tato uzavřená otázka. 92 matek (96,84 %) zhodnotilo edukaci poskytnutou zdravotnickým personálem jako srozumitelnou, pro 2 matky (2,11 %) byly informace nesrozumitelné a 1 matka (1,05 %) tuto skutečnost nedokázala posoudit.

Vyhodnocení položky č. 14

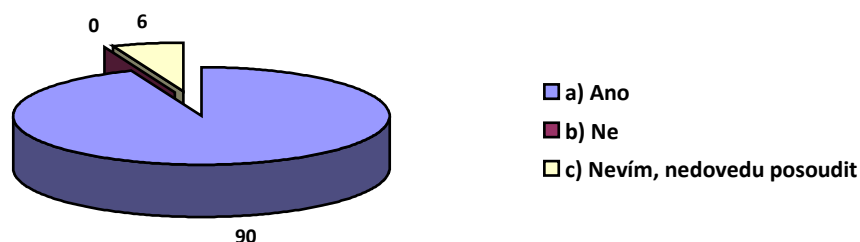
**Myslíte se, že péči o své právě narozené dítě po příchodu z porodnice domů zvládnete?** (a) ano, b) ne, c) nevím, nedovedu posoudit)

Tabulka č. 16 Zvládnutí péče doma

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Ano	90	93,75 %
b) Ne	0	0 %
c) Nevím, nedovedu posoudit	6	6,25 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>



Graf č. 16 Zvládnutí péče doma



90 maminek (93,75 %) bylo při propuštění přesvědčeno, že péči o svého novorozence po příchodu domů zvládnou, zbývajících 6 (6,25 %) si nebylo jistých, nedokázalo tuto situaci zhodnotit. Ani jedna matka neodcházela s pocitem, že péči nezvládne.

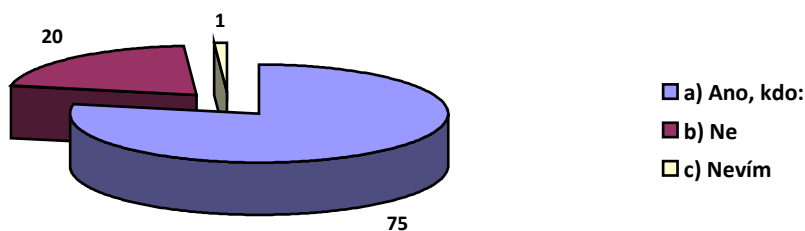
Vyhodnocení položky č. 15

**Bude Vám někdo po příchodu z porodnice s péčí o miminko pomáhat?** (a) ano, kdo:, b) ne, c) nevím)

Tabulka č. 17 Pomoc s péčí doma

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Ano, kdo:	75	78,13 %
b) Ne	20	20,83 %
c) Nevím	1	1,04 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 17 Pomoc s péčí doma



Tato polouzavřená otázka měla opět možnost vlastní odpovědi. Tu využilo 75 matek (78,13 %) – tabulka a graf č. 17 a většinou uváděli více možností. Samostatně se bude o svého potomka starat 20 maminek (20,83 %) a 1 matka (1,04 %) neví, zda jí s péčí někdo pomůže. Nejvíce bodů jako pomocník získal manžel, přítel, prostě otec dítěte, celkem 38, další početnou skupinu tvořily babičky, tchýně, které zvolilo 17 matek. 13 matek uvedlo jako pomocníka otce i babičky dítěte, 5 matek si myslí, že jim bude pomáhat celá rodina, jedné dcera a jedna matka má na pomoc s péčí o novorozence domluvenou chůvu.

Vyhodnocení položky č. 16

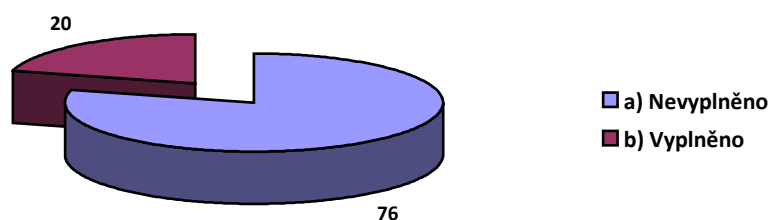
**V jaké oblasti péče o novorozence Vám chybí dostatečná edukace (informace)?**

**Vypište:** (a) nevyplněno, b) vyplněno)

Tabulka č. 18 Požadují doplnění edukace

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Nevyplněno	76	79,17 %
b) Vyplněno	20	20,83 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 18 Požadují doplnění edukace

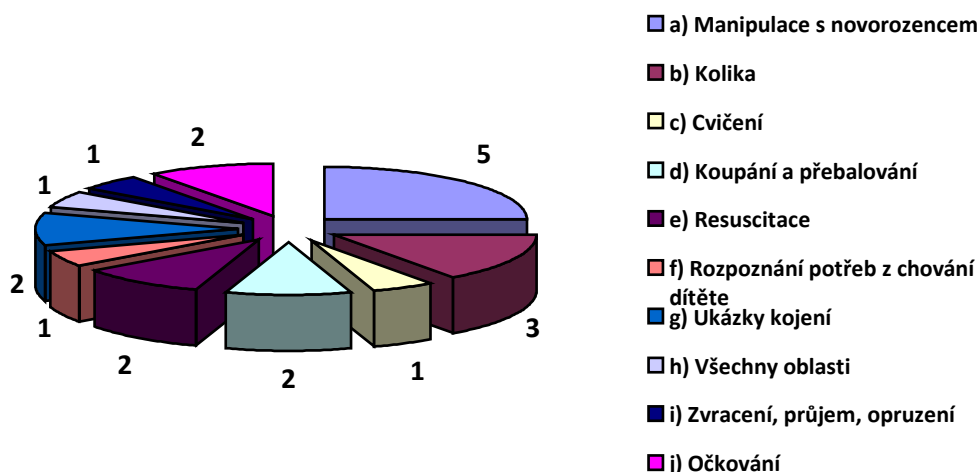


U této otázky odpovídající na vedlejší cíl č. 3 měly matky možnost vypsání vlastní odpovědi. Tuto možnost využilo celkem 20 matek (20,83 %) z celkového počtu 96 matek. Výsledky najdeme v tabulce a grafu č. 18.

Tabulka č. 19 Oblasti k doplnění edukace

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) Manipulace s novorozencem	5	25 %
b) Kolika	3	15 %
c) Cvičení	1	5 %
d) Koupání a přebalování	2	10 %
e) Resuscitace	2	10 %
f) Rozpoznání potřeb z chování dítěte	1	5 %
g) Ukázky kojení	2	10 %
h) Všechny oblasti	1	5 %
i) Zvracení, průjem, opruzení	1	5 %
j) Očkování	2	10 %
<b>celkem</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 19 Oblasti k doplnění edukace



Požadavky na doplnění mělo celkem 20 matek, což v tomto případě tvoří celek 100 %. Z toho 5 matek (25 %) chtělo rozšířit edukaci o manipulaci a zacházení s novorozencem, další 3 matky (15 %) zajímalo, jak rozpoznat u dítěte koliku a jak při ní pokračovat v péči. 2 matky (10 %) naznačily zájem o rozšíření a opakování ukázek koupání a přebalování, další 2 matky (10 %) o opětovné ukázky kojení, jiné 2 matky (10 %) by rády získaly informace o očkování novorozenců a dětí. O oblast resuscitace projeví zájem také 2 matky (10 %). Po 1 matce (5 %) byl projevěn zájem o cvičení s novorozenci, dále o situace spojené se zvracením, průjmy a opruzeninami či o to, jak rozpoznat z chování dítěte jeho potřeby. Zbývající matka (5 %) by rozšířila všechny oblasti edukace. Oblasti zaznamenává tabulka a graf č. 19.

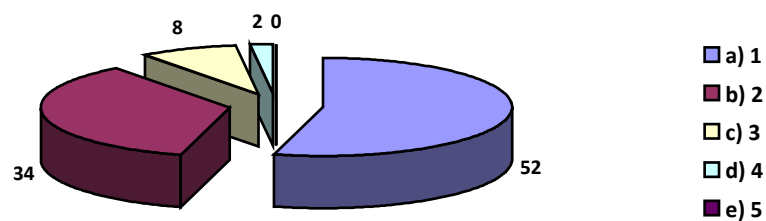
Vyhodnocení položky č. 17

**Označte známkou jako ve škole, jak jste byla nyní v porodnici spokojena s poskytnutou edukací (informacemi).** (a) 1, b) 2, c) 3, d) 4, e) 5)

Tabulka č. 20 Spokojenost s edukací

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>p<sub>i</sub> (%)</b>
a) 1	52	54,17 %
b) 2	34	35,42 %
c) 3	8	8,33 %
d) 4	2	2,08 %
e) 5	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 20 Spokojenost s edukací



Na tuto škálovou otázku odpovědělo 52 matek (54,17 %) známkou nejlepší, tedy velmi spokojená, 34 matek (35,42 %) bylo spíše spokojených, 8 matek (8,33 %) označilo edukaci známkou 3 a 2 matky (2,08 %) uvedly známku 4, tudíž spíše nespokojena.

## 10 Vyhodnocení výsledků

V této části práce se budu věnovat zjištění, zda výsledky získané z empirického šetření odpovídají mým předpokladům.

### Hlavní cíl

Zjistit, zda jsou šestinedělky edukovány v oblasti péče o své právě narozené dítě.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 95 % matek je v naší porodnici edukováno.

Hlavnímu cíli byla v dotazníku vyhrazena otázka č. 10.

Výsledky průzkumu neprokázaly mou domněnku, že 95 % matek v naší porodnici je před propuštěním do domácího prostředí edukováno zdravotnickým personálem v oblasti péče o novorozence. Výsledky předčily mé očekávání, neboť z celkového počtu 96 matek, bylo edukováno 95, což představuje 98,96 %. Jen 1 matka uvedla, že ji nikdo v porodnici needukoval, že potřebné informace získala od své vlastní matky.

### Vedlejší cíle

**Cíl č. 1:** Zjistit, zda je tato edukace pro šestinedělky z jejich pohledu dostatečná.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že pro 75 % šestinedělek je edukace dostatečná.

Na vedlejší cíl č. 1 se ptala otázka č. 12.

Z odpovědí novopečených matek jsem se dozvěděla, že pro 74 matek, což je 77,90 %, je poskytovaná edukace v rámci porodnice dostatečná. I u této položky předčily výsledky mé očekávání a to o 2,90 %.

**Cíl č. 2:** Zjistit, zda je tato edukace pro šestinedělky z jejich pohledu srozumitelná.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že pro 75 % šestinedělek je edukace srozumitelná.

Na druhý vedlejší cíl byla zaměřena dotazníková otázka č. 13.

U této otázky jsem předpokládala, že 75 % matek bude považovat probíhající edukaci na odděleních šestinedělí za srozumitelnou. Z výzkumu vyplynulo, že 92 matek

(96,84 %) považuje edukaci během pobytu v porodnici za srozumitelnou. Můj předpoklad předčil očekávání o více než 20 %.

**Cíl č. 3:** Zjistit, zda v některé oblasti péče o novorozence postrádají šestinedělky dostatečnou edukaci s požadavky na její doplnění.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že méně jak 20 % šestinedělek bude mít požadavky na doplnění edukace.

Otázka č. 16 byla zaměřena na poslední vedlejší cíl, cíl č. 3.

Z výzkumu mezi šestinedělkami vyplynulo, že celkem 20,83 % matek by bylo rádo, kdyby byla edukace v oblasti péče o novorozence rozšířena o další oblasti nebo kdyby se některé oblasti více opakovaly či rozšířily.

Můj předpoklad o méně než 20 % matek, které budou požadovat doplnění či rozšíření edukace, se tedy jen těsně nepotvrdil.

## 11 Diskuse

V dnešní moderní a technické době je nesmírně jednoduché díky množství různých zdrojů jakékoliv informace získat. Dostupný je hlavně internet, odborné články v časopisech či literatura v knihovnách. Řadu informací novopečeným matkám poskytnou i dětské lékaři při pravidelných preventivních prohlídkách a určitě i rodina a kamarádky. Jen je potřeba se v nich zorientovat a vybrat ty opravdu potřebné. Matky v porodnici si teprve zvykají na novou situaci, zprvu se v ní hůře orientují, a proto vyžadují informace jednoduché, srozumitelné a stručné. A právě taková musí být edukace prováděná zdravotnickým personálem. Dle mého názoru i dle toho, co vyplynulo z průzkumu, jsou hlavním zdrojem edukace sestry, především ty dětské, ale nelze opomenout ani porodní asistentky.

Většina mladých lidí si uvědomuje potřebu finančního i materiálního zajištění ještě před založením vlastní rodiny. Mnoho žen se nejdříve věnuje kariéře a až poté řeší rodinu. Tím se zvyšuje věk těhotných, zvyšuje se riziko možných komplikací spojených s otěhotněním, těhotenstvím i porodem. Věk matek oslovených během výzkumného šetření se nejčastěji pohyboval v rozmezí 26 - 35 let, většinou se jednalo o prvoroďičky s vysokoškolským vzděláním. Podobné výsledky z dotazníkového šetření získala i Bláhová (2010), kdy výzkumný vzorek tvořily převážně matky nad 25 let se vzděláním ukončeným alespoň maturitou. Z toho vyplývá, že matky častěji rodí své první dítě později, než bývalo zvykem, jsou ale více vzdělané, informované, zodpovědnější, vyrovnanější, více na novou situaci připravené. Naopak bývají pravděpodobně díky životním zkušenostem i vědomí vyššího věku a možných komplikací úzkostnější, mají o dítě větší strach, obávají se, jak vše zvládnou. To může být příčinou většího zájmu o rozšíření edukace, o její častější opakování. Do tohoto pak zapadá i vyplněný dotazník matky, která uvedla, že ji nikdo v porodnici needukoval, a to i přes to, že se o své dítě během hospitalizace starala sama. Jednalo se o matku bez základního vzdělání ve věku do 25 let, porodila své první dítě a před porodem si sama žádné informace ohledně péče o novorozence nezjišťovala. Myslím, že je to názorný příklad toho, jak věk a vzdělání souvisí se zodpovědností.

Důležité pro zácvik každé matky je možnost se o své dítě starat v co největší míře vlastními silami. Jen tak si mohou novorozence osahat, naučit se s ním zacházet a rozpoznávat jeho potřeby dle chování a reakcí. Samozřejmostí je i navození vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem, který nepřichází sám od sebe, ale pro další psychosociální



vývoj dítěte je nenahraditelný. S potěšením jsem zjistila, že jen 1 matka uvedla, že se o své dítě v porodnici vůbec nestarala. Vzhledem k tomu, že s novorozenci pracuji dlouhou dobu, jen těžko si ale dovedu tuto situaci představit. Matky mívají své děti od porodu u sebe, sestry se o ně starají jen v případě operačního porodu, při narození patologického novorozence nebo v případě, že sama matka o sesterskou péči požádá třeba z důvodu únavy. Pak tato péče trvá jen nezbytně dlouhou dobu a děti se k matkám přinášejí na kojení.

V naší porodnici probíhá běžná edukace po celou hospitalizaci matek až do propuštění, před odchodem jsou ještě matky edukovány dětským lékařem formou přednášky. Jak vyplynulo z výzkumu, z hodnoceného vzorku bylo edukováno 98,96 % matek, což je pro mě vcelku překvapivý výsledek. Proto by se mohlo zdát, že hospitalizované matky dostávají o péči dostatečné množství informací. Z výzkumu jsem ale zjistila, že téměř 20 % maminek by uvítalo rozšíření edukace. Více jak polovina požadavků na rozšíření či doplnění edukace se týkala oblastí, které jsou v rámci edukace v porodnici poskytované. Pak se nám objevuje otázka, zda edukátoři dobře odvádějí svou práci a zda edukace obsahuje opravdu vše, co by obsahovat měla. Bláhová ve své práci ohledně informovanosti matek v oblasti péče o novorozence v domácím prostředí uvádí, že v té době bylo v nemocnici Strakonice z 80 matek edukováno 58 a 22 matek informace v porodnici nezískalo. Z těch edukovaných 52 % matek považovalo edukaci za dostatečnou. K práci edukátorů je nutné podotknout, že většina sester přiznává, že díky nárůstu zdravotnické dokumentace zbývá stále méně a méně času na pacienta. A to je pravděpodobně důvod toho, proč se v otázce ohledně doplnění edukace objevily požadavky na opakování některých úseků edukace a to i přes to, že pro 96,84 % matek je poskytovaná edukace srozumitelná. Samozřejmě dalšími faktory ovlivňujícími poskytnutou edukaci může být například únava či vlastní osobnost edukátora. Ze strany matek se může podílet na nezdaru edukace například nervozita z nové situace, snaha o získání co největšího množství informací z již zmiňované obavy o dítě, mezi kterými se novopečené matky nemusí dokonale orientovat. Často nedokáží posoudit nastalé situace, vyhodnotit potřeby novorozence, neboť jen nemají dostatek vlastních zkušeností. Na toto jsem se ale ve výzkumu nezaměřila.

Z výzkumu je možné vyvodit i další poznatky. Ženy se ve více jak 78 % spoléhají na to, že jim s péčí o novorozence pomůže jiná osoba. Většinou počítají s otcem či babičkami dítěte. Jedna vysokoškolsky vzdělaná matka ve věkové kategorii nad 35 let

dokonce uvedla jako pomocníka chůvu. Je možné se v této otázce domnívat, že nutnost pomoci souvisí s nejistotou matek, může se ale jednat také o snahu návratu do zaměstnání z důvodu finanční situace rodiny, či přenechání nebo střídání rodičovské péče s otcem dítěte. Tato varianta péče se objevuje v naší společnosti stále častěji. I Bláhová ve své bakalářské práci došla k podobným výsledkům. Nejčastějším pomocníkem byl matkami uveden jejich partner, dále pak babičky dítěte.

Z poslední otázky, ve které matky celkově hodnotily edukaci poskytnutou zdravotnickým personálem, vyplynulo, že 86 z nich (89,59 %) oznámkovalo edukaci známkou 1 či 2 (ve výzkumu Bláhové bylo spokojeno či velmi spokojeno 94 % matek). Toto hodnocení je určitě přívětivé, nicméně mě napadá otázka, proč matka, která údajně nebyla edukována, označila spokojenost s poskytnutou edukací známkou 3. Pochopila vůbec, co to edukace je?

Důležité je také podotknout, že edukace není proces náhodný, ojedinělý, ale naopak proces plánovaný, cílevědomý, který respektuje potřeby jednotlivých matek a jejich dětí. Je to proces, který bychom měli přizpůsobit každému pacientovi tak říkajíc na tělo. A je jen na nás, edukátorech, jak si s individuálním přístupem poradíme.

## 12 Návrhy pro praxi

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že získávání informací o nové životní situaci, jakou narození vlastního dítěte je, je bezesporu potřebnou a důležitou součástí života novopečené matky. Dostatek informací je v tomto případě doslova životně důležitý.

Edukace šestinedělek v oblasti péče o novorozence během hospitalizace matek v Thomayerově nemocnici v praxi funguje dobře, což potvrdily výsledky mého výzkumu. Domnívám se ale, že v praxi je potřeba vytipovat oblasti, které jsou pro novopečené matky z jejich pohledu důležité a těm poté věnovat pozornost a individuálně je přizpůsobit jednotlivcům. Svůj velký význam má například vyvěšení letáků s různou problematikou po stěnách oddělení nebo přítomnost brožur na pokojích matek tak, aby je měly kdykoli k dispozici. Dětské sestry i porodní asistentky by měly edukaci matek provádět opakovaně s ohledem na potřeby jednotlivých matek a jejich dětí. Požadavky na rozšíření edukace v oblasti manipulace s novorozencem je možné řešit ukázkami držení či nošení novorozence, ukázkami různých poloh vhodných pro spánek i odpočinek po jídle. Informace týkající se dětských kolik, resuscitace nebo očkování je možné zahrnout do závěrečného povídání dětského lékaře před propuštěním matek domů. V tomto případě by bylo například také vhodné vytvořit tištěný manuál, který by měly matky k přečtení na pokojích nebo leták vyvěšený na chodbě.

Správná, včasná a srozumitelná edukace je pro matky a zároveň jejich novorozence nepostradatelnou součástí začátku vzájemného soužití a proto bychom k ní měli takto přistupovat.

## 13 Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala problematikou edukace matek po porodu v oblasti péče o právě narozené dítě.

V teoretické části jsem probrala v prvním díle pojem edukace, edukační proces, jaké lze použít při edukaci metody i jaké jsou na edukátora stanovené požadavky. Ve druhé části jsem čtenáře seznámila s novorozencem, jeho klasifikací, rozdělila jsem novorozence na fyziologické a patologické novorozence. Třetí kapitolu teoretické části jsem zaměřila na vlastní edukaci a na jednotlivé oblasti související s péčí o novorozence. Jedná se např. o oblast kojení, přebalování, koupání, péče o pokožku, oblékání v domácím prostředí, návštěvy lékaře i co je potřeba zařídit po opuštění z porodnice.

Bakalářskou prací jsem chtěla zjistit, jak je šestinedělkami edukace v oblasti péče o novorozence probíhající v Thomayerově nemocnici vnímána, především pak to, zda je matkám opravdu poskytována a zda je pro ně v současné podobě dostatečná a srozumitelná.

Empirické části se zúčastnilo 96 matek. 95 z nich v šetření uvedlo, že byly během hospitalizace po porodu edukované v oblasti péče o novorozence a to nejčastěji dětskou sestrou. Pro 74 matek (77,90 %) z těchto edukovaných byla tato edukace dostatečná a dokonce pro 92 (96,84 %) matek byla poskytnutá edukace srozumitelná. Převážná většina šestinedělek (90 matek) odcházela z porodnice s pocitem, že péči o novorozence v domácím prostředí zvládne, většina ze zkoumaného vzorku (75 matek – 78,13 %) počítá s pomocí některého člena rodiny, nejvíce budou pomáhat otcové dětí. 20 matek by uvítalo rozšíření či doplnění stávající edukace, největší zájem projevily matky o manipulaci s novorozencem.

S edukací poskytovanou zdravotnickým personálem během pobytu v porodnici bylo spokojeno 52 matek z 96, což je 54,17 %. Edukace je dle výsledků výzkumu mezi matkami po porodu prováděna, ale pětina matek požadujících její rozšíření tvoří dost početnou skupinu. Je tedy potřeba zlepšit poskytování informací týkajících se novorozenců a péče o ně, více se matkám věnovat a hlavně edukaci poskytovat individuálně dle jejich požadavků.

## Použitá literatura

Behinová, M. (2012). *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3let*. Praha: Mladá fronta.

David, Timothy, J. (2008). *Clinical Topics in Cystic Fibrosis*. London: Royal Society of Medicine.

Dokoupilová, M., & Fišárková, B. (2009). *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Praha: Portál.

Dort, J. (2011). *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita.

Dort, J., Dortová, E., & Jehlička, P. (2013). *Neonatologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Dušková, B. (2006). *Edukace v ošetrovatelství. II část*. Ostrava: s. n.

Ezrová, M., & Ratislavová, K. (2011). *Podpora vztahu matky a novorozence po porodu*. Sestra, č. 3, s. 36-37.

Fendrychová, J, Borek, I., et al. (2012). *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCONZO.

Fendrychová, J. (2011). *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence*. Vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, a.s.

Fendrychová, J., et al. (2009). *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii, 2. část, Péče o novorozence*. Brno: NCONZO.

Gomella, Tricia, L. (2013). *Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs*. United States of America: McGraw-Hill Education LLC.

Gregora, M., & Paulová, M. (2008) *Péče o novorozence a kojence*. Praha: Grada.

Janota, J., Straňák, Z., et al. (2013). *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta a.s.

Juřeníková, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Klementa, B. (2011). *Resuscitace ve světle nových guidelines*. Olomouc: Solen.

Konopásková, K. (2013). *Výživa u dětí*. Lékařské listy, č. 9, s.7.

Liška, K. (2013). *Resuscitace novorozence*. Neonatologické listy, roč. 19, s. 3-8.

Mydlilová, A. *Kojení, děti a mozek*. Mamita, roč. 8, č. 30/2009, s. 15.

Šusterová, D. (2010). *Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming-in*. Sestra, č. 3, s. 86-88.

Velemínský, M. (2003). Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující. In Fendrychová, J., Borek, I., et al. (2012). *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCONZO.

Věstník MZ ČR, částka 6, (srpen 2009). *Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následná péče*. Strana 7-15.

Vyhláška MZ ČR č.70/2012 Sb., (2012). *O preventivních prohlídkách*.

Bláhová, M. (2010). *Efektivita edukace matek v nemocnici Strakonice, a.s. v péči o novorozence v domácím prostředí*. Bakalářská práce. Dostupné z [https://theses.cz/id/dd7dca/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_16799](https://theses.cz/id/dd7dca/downloadPraceContent_adipIdno_16799) (11. 4. 2014)

*Edukační proces*. (2013). Dostupné z <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1> (15.12.2013)

Jura, J. (2002). *Syndróm náhlého úmrtia dojčiat*. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2002/05/04.pdf> (9.1.2014)

*Kardiopulmonální resuscitace*. Dostupné z <http://www.prvni-pomoc.com/kardiopulmonalni-resuscitace> (9.1.2014)

Kojení. (2013). *Wikipedie*. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kojen%C3%AD> (3.12.2013)

Kulhavá, M. (2012). Edukace je součástí zdravotní péče. *Florence. Akcent VZP 9/2012*. Dostupné z <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/> (30.11.2013)

Michalová, V. (2013). *Management ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence s využitím klasifikačních systémů NANDA, NIC A NOC*. Diplomová práce. Dostupné z [http://www.theses.cz/id/jdhpq6/MICHALOV\\_Veronika\\_-\\_konen\\_verze\\_DP.pdf](http://www.theses.cz/id/jdhpq6/MICHALOV_Veronika_-_konen_verze_DP.pdf) (10.12.2013)

Mocková, M. (2012). Kdy jít poprvé ven s miminkem. *Zdravě.cz*. Dostupné z <http://novorozenec.zdrave.cz/kdy-jit-poprve-ven-s-miminkem/> (19.2.2014)

Mydlilová, A. (2007). Současné trendy péče o novorozence. *Zdraví.E15. Postgraduální medicína*. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/soucasne-trendy-pece-o-novorozence-308636> (2.12.2013)

Novorozenec a první měsíc života. (2011). *Doktorka.cz*. Dostupné z <http://rodina-deti.doktorka.cz/novorozenec-a-prvni-mesic-zivota/> (2.12.2013)

Obdržálková, V. (2009). Obléknout dítě je věda. *Moje betynka*. Dostupné z <http://www.mojobetynka.cz/rodina-a-vy/maminky-rady-rozhovory-a-pribehy/obleknout-dite-je-veda> (21.1.2014)

Ondrová, B. (2011). Předčasně narozené dítě. *Nedoklubko*. Dostupné z <http://nedoklubko.cz/2011/04/14/predcasne-narozene-ditem/> (10.1.2014)

Procházky s novorozencem, (2014). *Nutriklub*. Dostupné z [http://www.nutriklub.cz/porod/?utm\\_source=seznam&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=&utm\\_term=&utm\\_content=Nutriklub\\_longterm\\_porod&wt\\_mc=cpc.seznam.nutriklub\\_longterm\\_porod\\_search](http://www.nutriklub.cz/porod/?utm_source=seznam&utm_medium=cpc&utm_campaign=&utm_term=&utm_content=Nutriklub_longterm_porod&wt_mc=cpc.seznam.nutriklub_longterm_porod_search) (12.1.2014)

Šťastný, J. (2013). Fyziologický novorozenec. *Zdravotní registr*. Dostupné z <http://www.zdravotniregistr.cz/clanek/fyziologicky-novorozenec> (10.12.2013)

Vrozené vývojové vady. (2012). *Vitalion*. Dostupné z <http://nemoci.vitalion.cz/vrozene-vyvojove-vady/> (5.12.2013)

## Seznam tabulek a grafů

### Tabulky:

Tabulka č. 1 Věk tazatelek . . . . .	33
Tabulka č. 2 Vzdělání tazatelek . . . . .	34
Tabulka č. 3 Kolikáté dítě matka porodila . . . . .	35
Tabulka č. 4 Důvod výběru porodnice . . . . .	36
Tabulka č. 5 Četnost těhotenství . . . . .	37
Tabulka č. 6 Způsob porodu . . . . .	38
Tabulka č. 7 Délka pobytu v porodnici . . . . .	38
Tabulka č. 8 Způsob péče o dítě . . . . .	41
Tabulka č. 9 Získávání informací před porodem . . . . .	42
Tabulka č. 10 Byla jste edukována . . . . .	43
Tabulka č. 11 Kdo edukoval . . . . .	44
Tabulka č. 12 Kdo byl jediným edukátorem . . . . .	44
Tabulka č. 13 Kdo edukoval v případě více edukátorů . . . . .	45
Tabulka č. 14 Byla edukace dostatečná . . . . .	46
Tabulka č. 15 Byla edukace srozumitelná . . . . .	47
Tabulka č. 16 Zvládnutí péče doma . . . . .	48
Tabulka č. 17 Pomoc s péčí doma . . . . .	49
Tabulka č. 18 Požadují doplnění edukace . . . . .	50
Tabulka č. 19 Oblasti k doplnění edukace . . . . .	51
Tabulka č. 20 Spokojenost s edukací . . . . .	53



## Grafy:

Graf č. 1 Věk tazatelek . . . . .	33
Graf č. 2 Vzdělání tazatelek . . . . .	34
Graf č. 3 Kolikáté dítě matka porodila . . . . .	35
Graf č. 4 Důvod výběru porodnice . . . . .	36
Graf č. 5 Četnost těhotenství . . . . .	37
Graf č. 6 Způsob porodu . . . . .	38
Graf č. 7 Délka pobytu v porodnici . . . . .	39
Graf č. 8 Způsob péče o dítě . . . . .	41
Graf č. 9 Získávání informací před porodem . . . . .	42
Graf č. 10 Byla jste edukována . . . . .	43
Graf č. 11 Kdo edukoval . . . . .	44
Graf č. 12 Kdo byl jediným edukátorem . . . . .	45
Graf č. 13 Kdo edukoval v případě více edukátorů . . . . .	46
Graf č. 14 Byla edukace dostatečná . . . . .	47
Graf č. 15 Byla edukace srozumitelná . . . . .	48
Graf č. 16 Zvládnutí péče doma . . . . .	49
Graf č. 17 Pomoc s péčí doma . . . . .	50
Graf č. 18 Požadují doplnění edukace . . . . .	51
Graf č. 19 Oblasti k doplnění edukace . . . . .	52
Graf č. 20 Spokojenost s edukací . . . . .	53

## **Seznam použitých zkratk**

cm – centimetr

g – gramy

min – minuta

mm Hg - milimetrů rtuti

WHO – Světová zdravotnická organizace

např. – například

$n_i$  – absolutní číslo

$p_i$  % – relativní číslo (%)

příl. – přílohy

s – strana

**Přílohy:**

- A) Žádost o téma bakalářské práce
- B) Dotazník
- C) Žádost o umožnění sběru dat
- D) Prohlášení o nahlížení

A) Žádost o téma bakalářské práce



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
DĚKANÁT  
STUDIJNÍ ODDĚLENÍ  
121 08 PRAHA 2, KATEŘINSKÁ 32  
tel.224964241

**BAKALÁŘSKÉ STUDIUM**  
obor Všeobecná sestra

**VĚC: TÉMA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

V Praze 22.10.2013

Student: Martina Kumbálková

Téma bakalářské práce: v ČJ - Edukační proces u šestinedělky v oblasti péče o novorozence

v AJ - Postpartum educational process in the field of neonatal care

Anotace: Cílem práce bude zjistit, zda jsou rodičky po porodu před odchodem do domácího prostředí dostatečně edukovány v oblasti péče o novorozence. V teoretické části bakalářské práce se budu zabývat pojmem edukace, novorozence, předčasně narozený novorozence, šestinedělí, péče o novorozence, o předčasně narozeného novorozence. V praktické části bych chtěla kvantitativním výzkumem zjistit, zda jsou matky po porodu svého prvního či dalšího dítěte edukovány lékaři nebo sestrami v péči o své právě narozené dítě, zda je tato edukace pro ně dostatečná a srozumitelná, v jaké oblasti by chtěly být rodičky více edukovány a co v edukaci postrádají.

Myslím, že výsledky výzkumu budou přínosné pro lékaře a sestry pracující na oddělení šestinedělí a novorozenců, kterým by mohly pomoci v edukaci novopečených maminek.

Pracoviště: Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Podpis:

Oponent:

## B) Dotazník

Milá maminko,

jmenuji se Martina Kumbálková a jsem studentkou bakalářského studia 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor Všeobecná sestra. K úspěšnému ukončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci, ve které se snažím zjistit, zda jsou novopečené maminky v porodnici před odchodem do domácího prostředí dostatečně edukovány (informovány) v péči o své právě narozené miminko. Ke zjištění potřebných údajů Vás prosím o vyplnění krátkého dotazníku.

Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a Vámi sdělené údaje nikterak nezveřejňuji, využiji je pouze ke zpracování práce.

Prosím Vás proto o pečlivé přečtení otázek a zaznamenání odpovědí.

Za vše Vám mockrát děkuji. Martina Kumbálková

1. Kolik je Vám let?
  - a) Do 25 let
  - b) 26 – 35 let
  - c) Nad 35 let
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažení vzdělání?
  - a) Bez ukončeného základního vzdělání
  - b) Ukončené základní vzdělání
  - c) Střední vzdělání bez maturity
  - d) Střední vzdělání s maturitou
  - e) Vyšší odborné vzdělání
  - f) Vysokoškolské vzdělání
3. Kolikáté dítě se Vám narodilo?
  - a) První
  - b) Druhé
  - c) Třetí a více
4. Proč jste si vybrala tuto porodnici?
  - a) Na doporučení
  - b) Na základě předchozí zkušenosti
  - c) Vybrala jsem si porodnici náhodou
  - d) Jiné, uveďte jaké: \_\_\_\_\_
5. Nyní se jednalo o porod:
  - a) Jednoho dítěte
  - b) Dvojčat
  - c) Trojčat
6. Jaký byl způsob Vašeho porodu?
  - a) Spontánní
  - b) Operační
7. Jak dlouho jste byla nyní v porodnici?
  - a) Do 3 dnů
  - b) Do 7 dnů
  - c) Déle

8. Pečovala jste o své miminko během pobytu v porodnici sama?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Částečně
9. Získávala jste informace týkající se péče o novorozence před nástupem do porodnice?
- a) Ano
  - b) Ne
10. Byla jste nyní v porodnici edukována (informována) v oblasti péče o novorozence?
- a) Ano
  - b) Ne
11. Pokud jste na předešlou otázku odpověděla ano, kdo Vás v oblasti péče o novorozence v porodnici informoval? (Možno i více odpovědí)
- a) Lékař
  - b) Dětská sestra
  - c) Porodní asistentka
  - d) Někdo jiný, kdo: \_\_\_\_\_
12. Pokud jste byla nyní v porodnici edukována (informována) v oblasti péče o novorozence, byla pro Vás tato edukace *dostatečná*?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím, nedovedu posoudit
13. Pokud jste byla nyní v porodnici edukována (informována) v oblasti péče o novorozence, byla pro Vás tato edukace *srozumitelná*?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím, nedovedu posoudit
14. Myslíte si, že péči o své právě narozené dítě po příchodu z porodnice domů zvládnete?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
15. Bude Vám někdo po příchodu z porodnice s péčí o miminko pomáhat?
- a) Ano, kdo: \_\_\_\_\_
  - b) Ne
  - c) Nevím, nedovedu posoudit
16. V jaké oblasti péče o novorozence Vám chybí dostatečná edukace (informace)? Vypište:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

17. Otázka na závěr:

Označte známkou jako ve škole, jak jste byla nyní v porodnici spokojena s poskytnutou edukací (informacemi).

Velmi spokojená 1    2    3    4    5 Nespokojená

Ještě jednou bych Vám chtěla poděkovat za čas, který jste věnovala vyplnění dotazníku.

C) Žádost o umožnění sběru dat



**THOMAYEROVA NEMOCNICE**  
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

**POKYNY K PODÁNÍ ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN**

**Pokyny pro žadatele**

Žádost musíte podat **písemně**, uvést datum a váš podpis. Žádost včetně příloh předáte osobně v Centru pro vzdělávání a vědu TN.

**Písemná žádost musí obsahovat**

Příjmení a jméno žadatele  
Kontaktní adresu  
Telefon  
E-mail  
Škola/Fakulta  
Obor studia  
Ročník studia  
Účel sběru šetření  
Způsob provedení sběru dat  
Použité výzkumné metody, popište, přiložte dokumentaci  
Termín sběru  
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden  
Presentace dat

**Poučení**

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum ..... 20. 11. 2013 ..... Podpis: ..... *Kateřina Křížová* .....

**Vyplňuje Thomayerova nemocnice**

**Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN**

Souhlasím se sběrem dat  ANO  NE

Požaduji vyjádření etické komise  ANO  NE

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: ..... 28. 11. 2013 .....

*Cejpková Lenka*  
vedoucí sestry  
Podpis vedoucího kliniky / oddělení

**Vyjádření odpovědného náměstka:**

Souhlasím se sběrem dat  ANO  NE

Datum: ..... 28. 11. 2013 .....

*Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA*  
Podpis odpovědného náměstka

