Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Využití Omaha systému v laktačním poradenství

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Simona Veselá

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

Konzultant: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2018

Využití Omaha systému v laktačním poradenství

Abstrakt

Současný stav: Diplomová práce se zabývá využitím Omaha systému v laktačním poradenství. V současné době je péče o novorozence uskutečňovaná cestou praktického dětského lékaře minimální. Proto je velmi důležitá návaznost komunitní péče v souvislosti se zkracující se délkou hospitalizace matky a novorozence. S laktačním poradenstvím úzce souvisí povinnost vést si dokumentaci o poskytované péči. Jako vhodná standardizovaná terminologie pro komunitní péči je považován Omaha systém. Zároveň řada studií poukazuje na vhodnost jeho implementace do komunitního ošetřovatelství, kde právě laktační poradenství může být tou vhodnou oblastí.

Předmět: V teoretické části práce se zabýváme analýzou Omaha systému, laktačním poradenství, problematikou kojení a legislativou týkající se ošetřovatelské dokumentace. Hlavním záměrem výzkumu je implementace Omaha systému v laktačním poradenství.

Cíle: V diplomové práci jsme si stanovili 3 hlavní cíle. Prvním cílem bylo zmapovat rozdíly v poskytování laktačního poradenství laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi. Druhým cílem bylo zmapovat způsob zaznamenávání údajů kojících matek laktačními poradkyněmi a jejich následná analýza. Třetím cílem bylo vypracovat a evaluovat vytvořenou dokumentaci dle Omaha systému v oblasti laktačního poradenství poskytovaného laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním.

Metodika: K dosažení stanovených cílů jsme využili kvantitativně kvalitativní metody sběru dat. Pro kvantitativní šetření jsme zvolili metodu dotazování prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku, kterým jsme zjišťovali, jak laktační poradkyně poskytují laktační poradenství a jaké jsou rozdíly mezi poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými poradkyněmi. Pro kvalitativní část výzkumu jsme využili metodu dotazování prostřednictvím polostrukturovaného hloubkového rozhovoru. Třetí část výzkumu tvoří obsahová analýza Omaha systému, na jejímž základě byla vytvořena dokumentace pro laktační poradenství. Před samotným rozhovorem byla dokumentace laktačním poradkyním se zdravotnickým vzděláním rozdána. Dokumentaci měly zhodnotit, případně vyzkoušet a ověřit v praxi. Kvantitativní část výzkumu byla statisticky zpracována prostřednictvím počítačového programu MS Excel. Kvalitativní část výzkumu - rozhovory - byly zpracovány metodou

otevřeného kódování. Analýzou rozhovorů byla zodpovězena stanovená výzkumná otázka.

Výzkumný soubor: Respondenty v tomto výzkumném šetření představují laktační poradkyně. První výzkumný soubor představují laktační poradkyně bez rozdílu ve vzdělání, čímž myslíme laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním a matky. Druhý výzkumný soubor počítá pouze s laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním. Dotazníkové šetření probíhalo prostřednictvím elektronického dotazníku, který vyplnilo 106 respondentek. Rozhovory byly provedeny s 6 laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním.

Výsledky: Z dotazníkového šetření vyplývá, že jsou rozdíly v poskytování laktačního poradenství mezi poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a poradkyněmi-matkami, čímž se potvrdila H1. Oficiální dokumentaci pro laktační poradenství používá jen velmi malé procento dotazovaných a jsou to především poradkyně se zdravotnickým vzděláním. Pozitivním zjištěním je, že ač poradkyně v převážné většině nevlastní oficiální dokumentaci, údaje o matkách a kojení si poradkyně-matky i zdravotníci alespoň zaznamenávají. Dalším zjištěním je, že oficiální dokumentace dotázaných laktačních poradkyň obsahuje popis problému a řešení. V neoficiální dokumentaci, kterou poradkyně vlastní převážně v papírové formě, nás potěšilo zaznamenávání počtu pomočených plen a stolic oproti metodě, kdy se váží kontrolní kojení, jelikož sledování močení a stolice zhodnotí velice dobře, jak dítě prospívá. Uvedené výsledky ukázaly, že H2 se nepotvrdila. Je pozitivní, že téměř polovina z dotazovaných by měla zájem o vytvořenou standardizovanou dokumentaci pro laktační poradenství. Dále bylo zjištěno, že laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním nepoužívají standardizovanou taxonomii ošetřovatelských problémů. H3 nebyla tedy potvrzena. Z výsledků dále vyplývá, že pouze dvě laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, kterou není podle jejich výpovědí vůbec jednoduché získat. Většina dotazovaných poradkyň také nespolupracuje s pediatrem ani gynekologem. Největšími problémy, které laktační poradkyně při poskytování mají, jsou nedostatek času a také chybějící smlouva se zdravotní pojišťovnou. Většina laktačních poradkyň si myslí, že delší hospitalizace ženy nemá lepší vliv na kojení. Z rozhovorů s laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním vyplývá, že nově vytvořená dokumentace Omaha systému je zpracována pečlivě a přehledně a doplnily by ji jen o pár informací, které jim v dokumentaci chybí. Myslí si, že je více časově

náročná, což vidí jako problém při konzultaci, na kterou není vymezen velký časový prostor z důvodu finanční situace matky nebo kvůli zdravotní pojišťovně.

Závěry: Výstupem této práce je nově vytvořená dokumentace dle Omaha systému pro laktační poradkyně a laktační centra, která umožní efektivnější poskytování laktačního poradenství.

Klíčová slova

Omaha systém; dokumentace; laktace; poradenství; kojení

The Use of Omaha System in Lactation Counselling

Abstract

Present state: This thesis deals with the use of Omaha system in lactation counselling. At present time the care of newborns realized through general practitioners is minimal. Therefore, the connection of community nursing related to shorter time of hospitalization of both mother and her newborn child is vital. Lactation counselling is very closely connected to the obligatory documentation of provided care. Omaha system is considered as a suitable

standardized terminology for community nursing. Moreover, a number of studies point out the suitability of its implementation to community nursing where, lactation counselling could be an appropriate area.

Subject: The thesis dealt with the analysis of Omaha system, lactation counselling, the issue of breastfeeding as a whole and the legislation related to nursing documentation in the theoretical part. The main aim of the research is the implementation of Omaha system in lactation counselling.

Goals: Three main goals were set in the thesis. The first one was to map the differences between the care provided by lactation counsellors with and without medical qualification. The second goal was to describe the way of administration of breastfeeding mothers by lactation counsellors and its further analysis. Finally, the third goal was to elaborate and evaluate the documentation according to Omaha system in the field of lactation counselling provided by counselors with medical qualification.

Methodology: To achieve the goals of this thesis quantitative-qualitative method of data collection was used. The method of questioning through a non-standardized questionnaire, which helped to find out how lactation counsellors provide the counselling and describe the differences between counselors with and without a medical qualification was selected for quantitative research. The qualitative part of the research was based on the use of semi-structured in-depth interview method.

The third part of the research is represented by the content analysis of Omaha system which was the basis for the creation of lactation counselling documentation. This documentation was distributed to lactation counselors prior to the interview itself. They were asked to evaluate and alternatively try to use it in practice. The quantitative part of the research was statistically processed in MS Excel program. The qualitative

part of the research (the interviews) was processed with open coding method. The research question was answered through the analysis of the interviews.

Research file: The respondents in this research are represented by lactation counselors. The first research file is represented by lactation counselors both with and without medical qualification. The second research file includes lactation counselors with medical qualification only.

The questionnaire research was realized through an electronic questionnaire which was completed by 106 respondents. The interviews were conducted with six lactation counselors with a medical qualification.

Results: The questionnaire research shows differences in the counselling provided by the counselors with and without a medical qualification which supports H1. The official documentation for lactation counselling is used by a small part of respondents and mainly by counselors with a medical qualification. A positive finding is that despite not having official documentation, most counselors record data about mothers and breastfeeding. Next, it has been found out that the official documentation of responded lactation counselors includes problems and solutions description.

The unofficial documentation, which is lead mainly in paper form, contains another positive finding, specifically the number of wet diapers and faecal matter compared to the method of weighing control breastfeeding because recording urinating and faecal matter evaluate very well how the newborn prospers. The stated results show that H2 has not been supported. However, it is positive that almost half of the respondents show an interest in using a prepared standardized documentation for lactation counselling. Next, it has been found out that lactation counselors with a medical qualification do not use standardized taxonomy of nursing problems. The results show that only two lactation counselors with a medical qualification have a contract with a health insurance company, which is, according to the counselors, hard to get. The most of the responded counselors do not cooperate with a podiatrist or gynecologist. The most troubling issues during the counselling itself for them are lack of time and missing contracts with a health insurance company. Most of the lactation counselors think that longer hospitalization of mothers does not have a better effect on the quality of breastfeeding. Moreover, the interviews with the lactation counselors with a medical qualification show that the newly created documentation of Omaha system has been processed thoroughly and clearly and they would add just a few details that they miss there.

They consider it more time demanding, which could mean a problem during the consultation because of the lack of time caused by the financial situation of mothers or because of health insurance companies.

Conclusions: The output of tis thesis is a newly created documentation for lactation counselors and lactation centers based on Omaha system which allows a more effective way of providing lactation counselling.

Key words

Omaha system; documentation; lactation; counselling; breastfeeding

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Využití Omaha systému v laktačním poradenství“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2018 .....

Bc. Simona Veselá

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. a své konzultantce Mgr. Aleně Machové za ochotu a cenné rady při vedení diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat svým respondentkám za účast ve výzkumu. Velké díky patří mé rodině a partnerovi, kteří mi byli velkou oporou při mém studiu.

ÚVOD 12
1 SOUČASNÝ STAV 14
1.1 Komunitní ošetřovatelství 14
1.2 Systém Omaha 15
1.2.1 Charakteristika systému Omaha 16
1.2.2 Schéma klasifikace problémů 16
1.2.3 Schéma intervencí 18
1.2.4 Škála pro hodnocení výsledků problémů 18
1.2.5 Systém Omaha v laktačním poradenství 19
1.3 Kojení 20
1.3.1 Výhody kojení pro dítě 22
1.3.2 Význam kojení pro matku 22
1.3.3 Fyziologie laktace 23
1.3.4 Technika kojení 25
1.3.5 Polohy při kojení 27
1.3.6 Problémy při kojení 28
1.3.7 Manipulace s mateřským mlékem 31
1.3.8 Alternativní metody krmení novorozence 31
1.3.9 Kontraindikace kojení 32
1.4 Laktační poradenství 33
1.4.1 Podmínky výkonu laktačního poradce 36
1.4.2 Edukace v laktačním poradenství 37
1.4.3 Dokumentace v laktačním poradenství 38
2 Cíle práce, výzkumné otázky, hypotézy 42
2.1 Cíle práce 42
2.2 Výzkumné otázky 42

2.3 Hypotézy 42
2.4 Operacionalizace pojmů 43
3 METODIKA PRÁCE 44
3.1 Metodika kvantitativního výzkumu 44
3.2 Metodika kvalitativního výzkumu 45
3.3 Charakteristika výzkumného souboru 46
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 47
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu 47
4.1.1 Statistické zpracování hypotéz 69
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu 72
4.2.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů 72
5 DISKUZE 78
6 ZÁVĚR 94
8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 96
9 SEZNAM PŘÍLOH 103
10 SEZNAM ZKRATEK 123

ÚVOD

Ošetřovatelství jako vědní obor popisuje dynamický rozvoj s potřebou flexibilně reagovat na nové vědecké poznatky z oblastí společenských věd, medicíny, celospolečenských požadavků a legislativních změn v oblasti poskytování zdravotní péče včetně (Boledovičová, Zrubcová, 2009). Tématem této práce je využití Omaha systému v laktačním poradenství. Teoretická část diplomové práce spojuje problematiku laktačního poradenství se zaváděním klasifikačního systému Omaha v komunitním ošetřovatelství. Laktační poradenství je úzce spjaté se stále diskutovanou problematikou kojení po celém světě. Problematikou kojení a jeho doporučením jako té nejlepší vhodné potravy pro dítě se zabývá WHO a UNICEF. Zde je ale přiblížen pohled na skupinu těch, které se o práva matek a jejich dětí zasazují. Jsou to právě ony laktační poradkyně, které mohou mít zdravotnické vzdělání nebo jsou to matky, které odkojily alespoň jedno ze svých dětí. Je na matce, koho ona zvolí, ke komu má větší důvěru. Obě zmíněné skupiny jsou vyškoleny a dále vzdělávány pod Laktační ligou. Tyto poradkyně se snaží vyplnit pomyslnou díru ve zdravotnickém systému, která se v proměnách času vytvořila, jelikož v minulých letech byla síť komunitní péče daleko více realizována jak v péči o ženu v poporodním období, tak v péči o novorozence. Dnes, kdy jsou matky se svými dětmi propouštěny do domácího ošetřování z porodnice mnohem dříve, než tomu bylo v letech předešlých, chybí realizovaná návaznost péče. To znamená, že návštěvní služba porodní asistentkou a dětskou sestrou fungovala dříve prostřednictvím jejich praktických lékařů. Dnes již vidíme málokdy dětskou sestru pracující u praktického lékaře navštěvovat novorozence v domácím prostředí. Tato forma komunitního ošetřovatelství se tak postupně přesouvá do privátní sféry a ženy za tuto službu musí platit. Některé laktační poradkyně mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, ale je jich velmi málo, a tak nedokáží poptávku uspokojit. Jelikož je laktační poradkyně také poskytovatelem péče, měla by každá z nich vést alespoň elementární ošetřovatelskou dokumentaci. Ty z nich, které vykazují zdravotní pojišťovně, by měly evidovat i ty údaje, které jsou zdravotní pojišťovnou požadovány. Jedním z dílčích cílů je tudíž vytvořit dokumentaci na základě využití Omaha systému, který je využíván jako standardizovaná ošetřovatelská terminologie pro komunitní péči již v mnoha zemích. Výzkum se dále zabývá rozdíly v poskytování laktačního

poradenství mezi poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a matkami a také problémy, se kterými se poradkyně potýkají.

1 SOUČASNÝ STAV

V teoretické části práce se zabýváme laktačním poradenstvím, které má velkou úlohu v poporodním období matky a v péči o novorozence v současné společnosti. Jednotlivé kapitoly se věnují komunitnímu ošetřovatelství, které s laktačním poradenstvím úzce souvisí, systému Omaha, jenž představuje standardizovanou terminologii pro potřeby komunitní péče, a problematice kojení, která hraje důležitou roli v životě matky a dítěte.

1.1 Komunitní ošetřovatelství

Z výzkumu Schönbauerové a Boledovičové (2015) vyplývá, že v letech 1949–1989 byla péče o novorozence a kojence uskutečňována v rámci obvodního zdravotního systému, do něhož patřila návštěvní služba v rodinách, poradny pro novorozence a kojence a spádová lékařská péče. Získané informace vedou k přesvědčení, že právě komunitní péče o dítě hraje důležitou roli ve zdravotnickém systému i v dnešní době, kdy návštěvní služba dětskou sestrou u novorozenců a kojenců není praktikována na rozdíl od vyspělých evropských států, kde je běžnou praxí.

Za rozvoj primární prevence uskutečňované na základě návštěvní služby a zdravotní služby v terénu jsou považována 50. léta 20. století. Zde je myšleno především pediatrické a gynekologicko-porodnické ošetřovatelství. Péče o novorozence, kojence a matku měla za cíl snížit tehdejší vysokou kojeneckou úmrtnost. Ta zavedením terénní péče o matku a dítě v souvislosti s vědeckým pokrokem v oblasti medicíny výrazně poklesla (Houštěk, 1982).

Do roku 1973 vykonávaly návštěvní službu dětské a ženské sestry společně. Vyhláška ze dne 27.4.1973 stanovila, že návštěvní službu v rodině, kde je novorozenec, bude vykonávat pouze dětská sestra a ženská sestra ji zastoupí, pokud nebude časově zvládat. Dětská sestra měla především edukovat matku v péči o dítě a fungovat jako aktivní dozor (Horanský, Špánik, 1975).

V současnosti podle vyhlášky č. 70/2012 Sb. dítě absolvuje 9 preventivních prohlídek v rámci jeho prvního roku života. První prohlídka by měla být do dvou dní od propuštění ze zdravotnického zařízení. Vyhláška navíc udává, že pokud je to možné, měla by být vykonána v jeho vlastním sociálním prostředí. Mimo vyšetření spočívající v celkovém posouzení novorozence by mělo být posouzeno i sociální prostředí dítěte,

péče o novorozence a kojení či umělá mléčná výživa Další prohlídky následují ve 14 dnech, v šesti týdnech, ve 3 měsících, ve 4–5 měsících, v 6 měsících, v 8 měsících, v 10–11 měsících a ve 12 měsících věku dítěte.

V domácím prostředí je nejčastěji realizována první návštěva novorozence po příchodu matky a novorozence z porodnice. První návštěva by měla proběhnout do 48 hodin od propuštění ze zařízení. Za výhodu návštěvy v domácím prostředí považujeme navázání bližšího kontaktu mezi sestrou a matkou dítěte. Zároveň je setkání uskutečněné v prostředí, kde dítě není ohroženo nozokomiální nákazou. Návštěva je přizpůsobena režimu dítěte a je možné řešit aktuální problémy v péči o dítě, edukovat či provést nácvik v prostředí, ve kterém je péče o dítě realizována (Sikorová, 2012).

Podle vyhlášky č.391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je dovoleno dětské sestře bez indikace lékaře vykonávat návštěvní službu.

Z výzkumů Brožíkové (2016) vyplývá, že komunitní péče poskytovaná dětskou sestrou v přirozeném prostředí za účasti rodiny a komunity tak, jak je definována, skoro neexistuje. Podle jejich studie směřují veškeré ošetřovatelské činnosti do ordinací praktického lékaře, v mnoha případech i první návštěva novorozence.

1.2 Systém Omaha

Zpracovávání samotného systému začalo již v 70. letech, kdy zaměstnanci (VNA) Visiting Nurse Association Omaha (Nebraska) začali revidovat zdravotní stav domácností a veřejné zdravotní záznamy klientů a osvojili si na problém orientovaný přístup. Hlavním úkolem bylo poskytnout užitečnou příručku pro praxi neboli způsob dokumentace a strukturu pro management informací. Zpočátku byly informace o systému šířeny prostřednictvím seminářů. První článek byl publikován v roce 1982 a první kniha vyšla v roce 1992. Současná kniha o systému Omaha je z roku 2005. Tento systém není držen pod autorskými právy, ale měl by být publikován na základě informací, které poskytuje právě kniha z roku 2005 nebo webové stránky www.omahasystem.org.mk (Omaha system, 2018). V podmínkách České republiky ho ověřovaly Beňová a Boledovičová (2016), podle kterých by bylo vhodné využití softwaru při sběru a zpracování údajů. Beňová (2017) dále doporučuje vytvořit a evaluovat elektronickou dokumentaci se zavedenou českou verzí překladu Omaha systému.

Naučit se plně využívat Omaha systém (Omaha systém, 2018) je pro někoho záležitostí týdnů, pro jiného měsíců. Každý student Omaha systému by se měl stát aktivním účastníkem procesu a investovat svůj čas na opakování a studium. Beňová (2017) navrhuje zavést výuku standardizované terminologie Omaha systému v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání sester.

V roce 1992 uznala Americká asociace sester Omaha systém jako standardizovanou terminologii pro podporu ošetřovatelské praxe. V roce 2014 se Minnesota stala prvním státem, který využívá standardizovanou terminologii ve všech elektronických zdravotnických záznamech. Důkazem, z něhož toto rozhodnutí vyšlo, bylo používání Omaha systému v 96,5 % okresů Minnesota. Systém Omaha je od roku 2009 členem Aliance pro ošetřovatelskou informatiku (Omaha systém, 2018).

1.2.1 Charakteristika systému Omaha

Klasifikační systém Omaha se skládá ze tří komponentů, které jsou vzájemně propojeny: schéma klasifikace problémů (Problem Classification Scheme), schéma intervencí (Intervention Scheme) a hodnotící škála výsledků problémů (Problem Rating Scale Outcomes). Tento systém byl vyvinut pro využití v komunitním ošetřovatelství na základě mnoha výzkumů a je již také plně využíván mnoha zeměmi světa (Martin, 2005).

1.2.2 Schéma klasifikace problémů

Schéma klasifikace problémů je členěno do čtyř domén: environmentální, psychosociální, fyziologická a doména chování související se zdravím. Je to kompletní uspořádaný systém poskytující strukturu, pojmy, jazyk, systém podnětů a klíčů pro standardizované hodnocení týkající se zdraví jednotlivců, rodin a komunit. Dále napomáhá praktickému sběru, třídění, dokumentaci, klasifikaci a analýze. Má také potřebu usilovat o komunikaci s klienty. Schéma klasifikace problémů umožňuje prakticky oddělovat podstatná data od nepodstatných a zjišťovat objektivní a účinné. Organizuje základní prvky dat a identifikuje vazby mezi vzory dat. Raději než vyjadřující hodnoty praktiků schéma úmyslně sumarizuje objektivní a subjektivní klientovo údaje. To je most mezi diagnózou a poskytováním péče. Medicínské diagnózy, laboratorní testy, etiologie a související faktory nejsou zahrnuty v klasifikačním schématu problému, ale je potřeba zvážit, kdy schéma použít. Schéma

nenahradí další specializovanou terminologii. Je kompatibilní s doplňkovou medicínskou diagnózou a dalšími klasifikacemi. Klasifikační schéma problému je organizováno následujícím způsobem. Na první úrovni jsou domény, na druhé úrovni problémy, na třetí úrovni modifikátory a na čtvrté úrovni jsou příznaky a symptomy. Termíny objevující se ve stejné úrovni nejsou v seznamu hierarchicky seřazeny, každý z nich je stejně důležitý. Ke každému problému se hlásí pár částí, které plynou z obecného ke specifickému. Tyto části zahrnují název problému, jeden modifikátor od jednotlivce, rodiny nebo komunity a jeden modifikátor pro podporu zdraví a potencionální či aktuální soubory. Jeden nebo více symptomů a příznaků jsou identifikovány jako aktuální problém, stejně jako představují rizikové faktory potencionální problém, a popisné údaje slouží pro problém v podpoře zdraví (Martin, 2005).

Využití klasifikačního schématu problému by mělo být podle Martin (2005) založeno na pěti obecných předpokladech:

1. Pečující se skutečně starají o klienty jako o jednotlivce, rodiny a komunity a rozvíjejí interpersonální a komunikační dovednosti, které jsou dostatečné k získání platných a spolehlivých údajů o klientovi. Klienti jsou zahrnuti napříč věkem a spektrem zdravotních potíží a představují rozdíly v sociální, kulturní, spirituální, regionální, politické a ekonomické oblasti.

2. Podmínky a problémy, které klient potřebuje řešit, obává se jich a usiluje o ně, jsou stanoveny z klientova pohledu. V ideálním případě klient uznává problém a je ochotný zapojit se do změny. Schopnost pečujícího je identifikovat problémy a stanovit priority, které jsou možná odlišné od priorit klientských.

3. Profesionálové v oblasti podpory zdraví mají dostatečné znalosti a dovednosti k tomu, aby byli schopni rozlišit, zda se jedná o podporu zdraví, nebo o potencionální či aktuální problém. Dále musí stanovit, zda se jedná o problém jednotlivce, rodiny nebo komunity.

4. Identifikované problémy jsou východiskem pro stanovení intervencí. Problémy jsou nezbytnými komponenty systému Omaha. Když zdravotníci označí problém vysokou prioritou, měli by vytvořit plán péče, identifikovat hodnocení a aktivně s klientem pracovat na problémech. Naproti tomu když odborníci identifikují problém s nízkou prioritou, stačí data zaznamenat, aniž by bylo nutné bezprostředně zahajovat

intervence. Zdravotníci by měli být schopni racionálně popsat problém a správně se rozhodnout.

5. Schéma klasifikace problémů je holistickým základem Omaha systému a mělo by být stanoveno z klientova (rodinného, komunitního) pohledu. Péče je dále zaměřena na jejich aktuální či potencionální problémy nebo podporu zdraví.

1.2.3 Schéma intervencí

Podle Martin (2005) jde o celistvou klasifikaci potřebnou k popisování činností a aktivit. Schéma intervencí obsahuje činnosti, které jsou nezávislé a směřující ke splnění stanoveného cíle plánu ošetřovatelské péče a k dokumentování ošetřovatelských intervencí.

Intervenční schéma je také sestaveno pro potřeby multidisciplinárního týmu, aby byl zajištěn přenos informací ve vztahu k prevenci onemocnění, zlepšení a obnovy zdraví, snížení příznaků onemocnění a k poskytnutí klidného umírání. Schéma se skládá ze třech úrovní: kategorie, cíle a informace specifické pro klienta. V první úrovni intervencí se zabýváme 4 kategoriemi. První kategorií je výuka, vedení, poradenství. V této kategorii provádíme činnosti, na základě kterých poskytujeme informace a materiály. Podporujeme klienta, jednotlivce, rodinu nebo komunitu v sebepéči a v samostatném řešení problémů. Druhou kategorií je léčba a terapeutické postupy. V této činnosti se zabýváme praktickými postupy, jako je péče o ránu, snížení nebo zmírnění příznaků jednotlivce, rodiny, nebo komunity. Třetí kategorií je případový management, kam řadíme činnosti, jako jsou koordinace mezi poskytovateli zdravotních služeb a zlepšení komunikace mezi nimi. V poslední kategorii, kterou je sledování, monitorujeme stav jedince, rodiny a komunity a to, jakým způsobem přistupuje k daným podmínkám (Omaha systém, 2018).

Druhou úroveň schématu tvoří cíle, kterých je 75 a v anglické verzi systému jsou seřazeny abecedně. Je možné začlenit je do všech čtyř kategorií intervencí. Třetí úroveň představují informace specifické pro klienta. Ty jsou vytvořené poskytovateli a jsou považovány za nejkonkrétnější (Martin, 2005).

1.2.4 Škála pro hodnocení výsledků problémů

V poslední části, kterou je vyhodnocení, pracujeme s pětistupňovou Likertovou škálou. Hodnotíme na žebříčku od jedné do pěti. Tato škála mapuje znalosti, chování a

stav. Na pátém stupni hodnotím vynikající znalosti, přičemž na prvním stupni nejsou žádné znalosti. Dále stejně u chování, které může být nevhodné až důsledně vhodné, a stavu, kde můžou být extrémní příznaky a symptomy nebo na pátém stupni vůbec žádné příznaky/symptomy (Martin, 2005).

Podle Martin (2005) bylo měřítko vytvořeno pro dva primární účely: zkoumat výsledky ve vztahu ke specifickým kritériím chování a určit, jak dobře dosáhli klienti specifických znalostí, chování nebo stavu. Pomocí hodnotící škály chceme změřit klientovo pokroky ve vztahu ke konkrétním zdravotním problémům. Znalost je definována jako to, co klient ví, chování jako to, co dělá, a stav jako počet a závažnost příznaků (Omaha systém, 2018).

Podle Sikorové (2012) je vhodné využít k hodnocení výsledků Likertovu škálu, která se shoduje s NOC a přiřazuje číslo 1 nejméně žádoucímu výsledku a číslo 5 stavu nejvíce žádoucímu. Ve výsledcích znalostního testu léčebného režimu číslo 1 ukazuje na žádné znalosti a poukazuje na nejméně žádoucí stav, zatímco číslo 5 značí rozsáhlé znalosti a představuje nejvíce žádoucí stav. Zde však musíme brát na vědomí, že hodnocení na škále 5 nemusí být dosaženo u všech pacientů. Výsledným kritériem by měla být zdravá dobře komunikující a vzájemně naslouchající rodina, která je ochotna vzájemně se respektovat, pomáhat si a podporovat se a kde jsou společné činnosti založeny na vzájemné důvěře. Členové rodiny na sebe vzájemně působí a ovlivňují se. Sdílejí volný čas, smysl pro zodpovědnost, tradice, rituály a respekt k soukromí (Sikorová, 2012).

1.2.5 Systém Omaha v laktačním poradenství

Podle Martin (2005) systém Omaha pohlíží na klienta, v našem případě na ženu, ze čtyř různých pohledů neboli domén. Mezi ty patří například environmentální doména, ve které se zaměřujeme na ekonomické faktory, jako je finanční příjem rodiny, hygienické podmínky, bydlení a bezpečné okolí či pracoviště. V psychosociální doméně zkoumáme, jaký je sociální kontakt rodiny, změněná životní role a mezilidské vztahy. Dále posuzujeme zármutek, duševní zdraví, sexualitu, opatrovnictví, rodičovství, zanedbávání, růst a vývoj a v neposlední řadě komunikaci s komunitními zdroji.

Fyziologická doména se zaměřuje na fungování lidského těla. Obsahuje posouzení sluchu, zraku, řeči/jazyka, orálního zdraví, kognice, bolesti, kůže, neuro-muskulo-

skeletární funkce, dýchání, zažívání/hydratace, střevní funkce, močové funkce, těhotenství, poporodního období a přenosných či infekčních chorob.

Poslední doména hodnotí chování související se zdravím. Ta zahrnuje výživu, spánek/vzorek odpočinku, fyzickou aktivitu, osobní péči, užívání návykových látek, rodinné plány, návštěvu zdravotní péče či léčebný režim.

Martin (2005) ve své knize věnovala kapitolu poporodnímu období, kde se zaměřuje na jednotlivé intervence. My jsme vybrali jeden z příkladů: Žena, která je těhotná poprvé, požaduje informace o kojení po podpůrné skupině. Zde budeme řešit aktuální problém, kterým jsou potíže s kojením.

Intervenční schéma zabývající se výukou a poradenstvím posuzuje anatomii/ fyziologii, spojení/náklonnost, stravovací management, péči o ránu/hojení, péči o rodinné plánování a osobní hygienu. Zde se zaměřujeme především na fyziologii laktace a interakci mezi rodičem a dítětem. Dále hodnotíme to, jak funguje proces stávání se rodičem či zda jsou nějaké speciální potřeby dítěte. Ve stravovacím managementu hovoříme s matkou o očekávaných změnách hmotnosti, o potřebě laktace a doporučíme jídlo a tekutiny vhodné v období kojení. Zajímáme se o to, jak matka pečuje o jizvu po císařském řezu, či poskytujeme informace v oblasti týkající se obnovy sexuální aktivity. Dalším bodem je péče o prsy a bradavky, koupání nebo vhodné oblečení. Snažíme se matce doporučit vhodnou relaxaci. Klademe důraz na potřebu zvýšeného odpočinku. Ujistíme ženu, že i pomoc od rodiny je potřebná. V této fázi intervencí provádíme také různá screeningová vyšetření, například vyšetření prsů. Dále očekáváme různé poporodní emoční změny, což může směřovat až k poporodní depresi. Všímáme si také fyzických příznaků, mezi které zahrnujeme močové nebo vaginální infekce a různé infekce prsu. Měli bychom být natolik profesionální, abychom dokázali rozhodnout, kdy už je vhodné upozornit poskytovatele zdravotních služeb. Myslíme tedy gynekologa, pediatra či praktického lékaře, v neposlední řadě sociální pracovníky.

1.3 Kojení

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo dodržovat deset kroků k úspěšnému kojení. Zařízení by mělo mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu, a školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech

nezbytných k provádění této strategie. Dále by mělo informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení, umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu, ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí. Neměli by, s výjimkou lékařsky indikovaných případů, podávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka. Praktikovat by měli rooming-in, což znamená umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně, žádoucí je podpora kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu). Kojeným novorozencům nedáváme žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod. V neposlední řadě povzbuzujeme zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení (Laktační liga, 2018e).

V roce 1992 WHO a UNICEF spustilo Baby-friendly Hospital Iniciative, aby byla poskytována a zlepšovala se péče o matku a jejího novorozence. BFHI vede ve více než 150 zemích světa baby-friendly zařízení. V roce 2002 členské státy WHO schválily průvodce globální strategií pro výživu kojenců a malých dětí. Jedním z jeho cílů je vytvořit prostředí, které umožní matkám, ostatním členům rodiny a ostatním pečovatelům implementovat informovaná rozhodnutí ve výživě kojenců. V květnu 2012 členské státy WHO stanovily globální strategii pro další podporu schvalující komplexní plán pro výživu matek, kojenců a malých dětí. Jedním z šesti cílů je, aby nejméně 50 % dětí mladších šesti měsíců bylo výhradně kojeno, a to do roku 2025. 5. července 2013 evropské členské státy podepsaly Vídeňskou deklaraci o výživě a nepřenosných onemocněních v kontextu Zdraví 2020. To je zásadní zlepšení zdravého životního stylu zahrnující adekvátní podporu a propagaci kojení (WHO, 2013).

V České republice jsou porodnice kontrolovány a certifikovány podle toho, jak jsou nakloněny kojení a zda splňují určité parametry v péči o matku a dítě. Na tomto podkladu je jim následně udělen certifikát Baby-friendly Hospital (Laktační liga, 2017 a).

Výlučné kojení po dobu 6 měsíců a jeho pokračování s postupným zaváděním příkrmů do 2 let věku dítěte je doporučováno WHO a UNICEF. Za dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a následných relevantních rezolucí valného shromáždění WHO je zodpovědná vláda České republiky (Laktační liga, 2018b). Muntau (2014) popisuje výlučné kojení mezi 4.–6. měsícem, jelikož postupné zavádění lepku mezi 4. – 6. měsícem u kojeného dítěte snižuje riziko vzniku celiakie. Podle Velemínského (2017) určitá skupina odborníků tento postup doporučuje,

avšak jeho účinek doposud není prokazatelný. Muntau (2014) navíc udává zavedení příkrmu v 5. a nejpozději v 7. měsíci života dítěte. S tímto tvrzením Velemínský (2017) a Mydlilová (2015) nesouhlasí.

Při propuštění z porodnice je výlučně kojeno cca 82 % novorozenců. Přesto statistiky ukazují, že v 6 týdnech je výlučně kojeno pouze 27,5 % kojenců a ve 3 měsících pouze 15,3 % kojenců (Laktační liga, 2018c).

1.3.1 Výhody kojení pro dítě

Lawrence (2016) uvádí dva hlavní benefity pro dítě, to jest správná výživa a ochrana proti nemocem. Tento přírodní způsob krmení může vytvořit pouto lásky a bezpečí mezi matkou a dítětem a způsobuje snahu prosazovat se jako osoba skrz interakci s matkou. Odpovědné mezinárodní agentury tlačí na vlády, aby zaručily kojení jejich dětem od narození po dobu čtyř až šesti měsíců a následně pokračovaly v nahrazování vhodnými potravinami do dvou let.

Dort a kol. (2013) vidí jako hlavní výhody kojení především optimální složení stravy pro zdravý růst i vývoj a imunologické faktory. Kojení také vede k vytváření pevné vazby mezi matkou a dítětem, což podporuje vývoj dítěte. Velkou úlohu hraje také v prevenci civilizačních chorob. Podle WHO (2018a) je vhodné výhradní kojení do 6. měsíce věku s následným zaváděním nemléčných příkrmů s možným pokračováním v kojení až do 2 let i déle. Exkluzivní kojení po dobu šesti měsíců navíc představuje výhradní kojení bez přidaného jídla nebo nápoje a to včetně vody. Peloušková (2007) uvádí jako výjimku vitamíny, minerální látky a ordinované léky.

Podle Boledovičové (2010) navíc svým optimálním poměrem živin, vitamínů a minerálních látek, pokrývá měnící se výživné potřeby kojence. Mateřské mléko se dobře tráví a vstřebává a minimálně zatěžuje nezralý trávicí trakt a vylučovací systém. U kojených dětí je výrazně nižší výskyt respiračních a průjmových onemocnění.

1.3.2 Význam kojení pro matku

Podle Boledovičové (2010) a Peloušková (2007) je kojení zároveň benefitem i pro matku. Mateřské mléko je totiž výhodné i z praktického hlediska. Je kdekoliv přístupné, má vždy optimální teplotu, je pohodlné a ekonomicky nenáročné oproti umělé výživě.

Podle Roztočila (2017) a Peloušková (2007) oxytocin, který je při kojení vyplavován, stahuje dělohu a podílí se na menším krvácení. Kojení navíc chrání matku

před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou. Má velký vliv na psychickou pohodu matky. Někde je popisována i snadná úprava hmotnosti právě díky kojení a nízký počet matek trpících chudokrevností. Kojené děti jsou v budoucnu méně nemocné a ženy tudíž nemají tak vysokou absenci v zaměstnání.

Dle Sedlářové (2008) vede k úspěchu v kojení především vůle a přání matky, která by měla být aktivně podporována svými blízkými, okolím a zdravotníky. Zdravotnický personál by měl být matce nápomocen a být schopen poskytnout jí praktickou pomoc a potřebné informace. Ženy by měly být informovány o důležitosti, výhodách a technikách kojení již v graviditě, což pak zaručí úspěšný start a udržení kojení.

1.3.3 Fyziologie laktace

Kojení je proces, na který je organizmus matky připravován současně s vývojem plodu. Tvorba a množství mléka je řízena především dvěma hormony: oxytocinem a prolaktinem. Oxytocin je tvořen v zadním hypothalamu a prolaktin v předním laloku hypofýzy. Oba jsou ukládány a vylučovány z hypofýzy. Následně je mléko tvořeno ve žlázových buňkách mléčné žlázy a přechází do vývodů, kde se v rozšířené části pod dvorcem prsu hromadí. Odsud je mechanizmem jazyka a ústních svalů vystřikováno a dítětem polykáno. Tvorba mléka zesiluje 2. až 3. den po porodu, může být provázena otokem či prokrvením prsu a může působit bolestivě (Roztočil, 2017). Prolaktin je odpovědný za spouštění tvorby časného mateřského mléka neboli mleziva. Hladina tohoto hormonu stoupá v průběhu těhotenství a svého maxima dosahuje v prvním týdnu po porodu. Následně po třech měsících začne klesat k hodnotám, jaké byly před samotným porodem. Laktace ale i nadále pokračuje. Oxytocin má za cíl uvolnění mléka do vývodného systému žlázy a zároveň tak jeho dosažitelnost pro dítě. Reflex, na jehož podkladě vše probíhá, se jmenuje „let-down“ neboli ejekční. Tento reflex je nepodmíněný a u každé ženy trvá jeho vybavení jinak dlouho. Je to od desítek vteřin po několik pár minut od momentu, kdy začne dítě sát (Slezáková, 2017).

Mateřské mléko odpovídá měnícím se požadavkům narozeného dítěte. Mlezivo neboli kolostrum se začíná tvořit v menším množství v prvních dnech po porodu a obsahuje především velký poměr imunoglobulinů (Dort, 2013). Fendrychová a Borek (2012) uvádí, že mlezivo může být tvořeno od šestého až sedmého měsíce těhotenství.

V dalších dnech se kolostrum, které je žluté a hustší, proměňuje ve zralé mléko, které je světle modré, řidší. Často zmiňované takzvané „slabé mléko“ neexistuje. Laická veřejnost o něm však často mluví. Tato mylná informace vzniká především ze změny zabarvení zralého mléka (Velemínský, 2009).

Fendrychová a Borek (2012) také uvádí, že mlezivo krátkodobě následuje mléko přechodné, které se proměňuje v mléko zralé asi od pátého dne. U matek nezralých novorozenců se mléko produkuje mezi desátým až čtrnáctým dnem. Dostatečné množství mateřského mléka se začíná tvořit asi druhý týden po porodu, přičemž plně odpovídá nárokům novorozence.

Mezi základní živiny, které obsahuje mateřské mléko (Velemínský, 2009), patří cukry (5–7 g/100ml), tuky (3,8 g/100 ml), bílkoviny (1,3 g/100 ml).

Podle Fendrychové a Borka (2012) se množství tuku v mléce liší v různou denní dobu, ale i v průběhu kojení a odstříkávání. Nejvíce ho je v pozdějších odpoledních hodinách. Rozlišujeme dva druhy mléka. Mléko přední a zadní. Na začátku kojení se tvoří mléko přední a je to jakési „mléko na žízeň“. Mléko zadní je bohaté na tuk a dítěti dodává 30–50 % energie. Dle Muntau (2014) je mléko přední chudší na tuky.

Energetická hodnota mateřského mléka je 67 kcal/100 ml. Mléko dále obsahuje vitamíny rozpustné ve vodě v dostatečném množství. Obsah vitamínů rozpustných v tucích se mění v závislosti na nasycení mateřského organizmu. Množství vitamínu A a E dostatečně zajišťuje nároky novorozence. Avšak obsah vitamínu D a K je nízký, je tedy nutné ho dítěti dodávat (Dort, 2013). Kudlová a Mydlilová (2005) zmiňují, že děti matek, jejichž strava je nekvalitní, mohou mít nižší příjem některých vitamínů (např. vitamín A, B2, B6, A B12). V tomto případě je matce doporučeno zlepšit stravování či jí raději podávat vitamínové preparáty než zahajovat podávání příkrmů kojencům před ukončeným 6. měsícem.

Podle Muntau (2014) a Boledovičové (2010) hlídáme počet pomočených plen, které by podle Muntau (2014) měly být mokré při každém přebalení. Velemínský (2017) zmiňuje i 7–8 stoliček za den, avšak u kojeného dítěte nemusí být i sedm dnů přítomna vůbec, jelikož organizmus dítěte mateřské mléko zpracuje. Pokud je však dítě neklidné, rozhodnutí necháme na lékaři. Stolice kojeného dítěte by měla mít žlutou barvu. Často se ale může vyskytnout řídká zelená stolice, což nutně nemusí znamenat průjem. Většinou jsou to nestrávené zbytky mléčného cukru, které na vzduchu oxidují a tím pádem změní barvu. Pokud tedy dítě prospívá a není plačtivé, nemusíme mít obavy.

Váhové přírůstky dítěte bývají po narození okolo 150–250 g za týden, zatímco koncem prvního roku života už to bývá pouze okolo 50–80 g za týden. V prvních pěti měsících dítě svou porodní váhu obvykle zdvojnásobí a na konci prvního roku života až ztrojnásobí (Pelouškova, 2007).

Laktační liga (2018d) uvádí, že průměrný příbytek na váze by měl být 125–200 g za týden a zároveň by se prospívání dítěte mělo hodnotit podle percentilových grafů. Příbytek posuzujeme od té nejnižší poporodní hmotnosti, nikoliv od porodní hmotnosti. Pokud dítě na hmotnosti nepřibývá, měli by zdravotníci zkontrolovat styl kojení a přiložení dítěte, případně jej opravit. Tvorbu mléka může maminka zvýšit častějším přikládáním (asi 10–12x za den) a střídáním obou prsů při jednom kojení. Výhodné pro podporu laktace je také odstříkávání mezi kojením 8–10x za den 10–15 minut, nejlépe však odsávačkou, kdy je možné zapojit obě prsa současně. Podle Hübler a Jorch (2010) usnadní mechanická stimulace prsní žlázy odsávačkou tvorbu mléka. Podle Velemínského (2017) by dítě nemělo být na kojení buzeno, jelikož zdravé hladové dítě se přihlásí samo. K buzení dítěte se připouští v případech, kdy má dítě těžkou žloutenku nebo je těžce nedonošené. Některé matky pro zklidnění vyžadují kontrolní vážení kojení. Na nějaký čas je proto dobré matkám váhu půjčit, jelikož tím získají jistotu. Také dle Troupové, Hanzla a kol. (2010) i Machové a Nasadilové (2014) by sestra měla matku informovat o způsobech správného sání a přikládání na základě potřeb dítěte a přání dítě, nikoliv podle pravidelných časových intervalů. Podle Weberové (2004) kontrolní vážení nemá smysl, jelikož nebere v úvahu aktuální potřebu dítěte, jeho žízeň, hlad a denní rytmus. Povětšinou je žena nucena nakojit v poradně, kdy je pod stresem a snaží se nakojit co nejlépe. Pokud ale chceme posoudit skutečnou dostatečnost kojení, mělo by vážení probíhat 24 hodin denně několik dní po sobě. Zároveň je také nutné sledovat počet pomočených plen, případně stoliček.

1.3.4 Technika kojení

Než začínáme kojit, je vhodné zvolit správnou pozici pro matku i dítě. Nejprve matka začíná kojit vleže, následně vsedě. U obou způsobů je důležité, aby dítě bylo na boku, obličej, hruď, bříško a kolena dítěte by měly směřovat k matce. Spodní ruka kojence by měla být pod prsem. Dítě by mělo být přikládáno k prsu a ne prs k dítěti. Uchopení prsu matkou by mělo být takové, aby se nedotýkala prsty dvorce. Prs je podepřen všemi prsty krom palce, který přikládá vysoko nad dvorec. Dbáme na to,

aby byla bradavka vždy v úrovni úst dítěte. Dále matka dráždí bradavkou ústa dítěte, čímž je vyvolán hledací reflex. Pozná jej tak, že má dítě pusinku otevřenou jako při zívání. V té chvíli nabízí prs tak, aby jej dítě mohlo uchopit i s částí dvorce, tedy více pod bradavkou. Dítě, které pláče, by se nemělo nikdy přikládat, jelikož při křiku dává jazyk nahoru na patro a stejně není schopno bradavku uchopit. Správnou techniku sání poznáme, když ret a jazyk dítěte překrývají oblast pod bradavkou. Nos a brada dítěte by se měla dotýkat prsu. Prs by se neměl odtahovat, dítě je schopno dýchat, pokud je přiloženo správně. Hlavními znaky toho, že je dítě špatně přiloženo k prsu, můžou být ohrnutí dolního rtu do dutiny ústní, dvorec není v ústech kojence, při sání dítěti vpadávají tváře a může mlaskat nebo nemá široce rozevřená ústa a jazyk je vzadu v dutině ústní (Sedlářová, 2008).

Dítě se přitulí k prsu a začne rapidně sát, nejprve možná osm nebo více nasátí na jedno polknutí se mění na vzorec dvou nasátí na jedno polknutí nebo jedno nasátí na jedno polknutí. Tento vzorec se mění v průběhu času krmení s periodou 2:1 nebo 1:1 a reflektuje větší tvorbu mléka. Tyto periody jsou rozdělené na úseky s rychlým sáním a s příležitostným odpočinkem. Po úseku, kdy jde nejprve mlezivo, dítě může vypít několik mililitrů mléka v pár minutách, pokud je náležitě hladové a přiložené. Zde není určená správná délka krmení, aby dítě vytáhlo dostatek mléka. Avšak děti s důsledným krátkým sáním (< 5 minut) nebo dlouhým sáním (> 20 minut) by měly odhadem dosáhnout adekvátního příjmu mléka (Cadwell, 2016).

Dort (2013) uvádí, že délka kojení není při správné technice příčinou poškození bradavek a nemá být tudíž limitována. Podle Velemínského (2009) se doporučuje neomezená doba sání. Dle Roztočila (2017) čím častěji a déle dítě saje, tím je více mléka v mléčné žláze vytvořeno a následně snadněji uvolňováno dítěti do úst. Podle Muntau (2014) by mělo být dítě zpočátku přikládáno k jednomu prsu na 2–4 minuty a mělo by prs plně vypít až do vyprázdnění. Jako dobu, za kterou je prs vyprázdněn, považuje 7–9 minut a nedoporučuje nechat dítě u prsu déle než 20 minut, jinak hrozí ragády. Dle Weberové (2004) by délka a frekvence kojení neměla být omezována. Jednotlivá kojení se můžou v různou denní dobu lišit v závislosti na aktuálním stavu a potřebě dítěte. Velký vliv má také to, zda je správně přiložené.

Žena by měla mít vyšetřené prsy již před porodem. Zjistíme-li, že má matka bradavky vpáčené, měla by být edukována o nošení formovačů bradavek již od 6. měsíce těhotenství (Sedlářová, 2008). Medela (2018) uvádí jako obvyklou dobu

nošení formovačů od 32. týdne těhotenství. Důležité je ale neopomenout konzultaci s lékařem, porodní asistentkou nebo laktační poradkyní.

Podle Velemínského (2009) je také používání formovačů, misek, kalíšků pro odkapávání mleziva nebo mléka případně speciální vložky vhodnější než použití vaty či plenky do podprsenky, jelikož vlhké prostředí, které se zde může vytvořit, přispívá ke vzniku bakteriální infekce a moučnivky.

Koudelková (2013) zmiňuje jako důležité vhodnou hygienu prsou. Bradavky by měla žena omývat teplou vodou a poté dobře osušit. Při citlivosti bradavek je vhodné ošetření Bepanthen krémem nebo Purelanem. Významné je i potření bradavek mateřským mlékem, které má hojivé účinky. Velemínský (2009) je ale toho názoru, že používání mýdla na bradavky stejně jako dezinfekčních přípravků není vhodné. Matka a dítě tvoří pár, co se týče obrany proti infekci, není tudíž ani nutné omývání prsu před kojením. Následně se tak zažívací trakt novorozence osídlí matčinou flórou.

Problémy s bradavkami bývají častým důvodem k přerušení kojení. Dříve se apelovalo na „otužování“ bradavek v průběhu těhotenství. V současnosti se klade důraz především na správnou techniku kojení a správné polohy při kojení matky a dítěte. Vyjma nošení formovačů od druhé poloviny těhotenství můžeme ploché bradavky masírovat. Stiskneme palec proti prstům a slabým povytahováním bradavky dopředu je možné tkáň pod plochou částí bradavky uvolnit (Velemínský, 2009).

1.3.5 Polohy při kojení

Před samotným přiložením dítěte je důležité uvědomit si, že musíme k dítěti přistupovat jako k individuální bytosti. Rozeznáváme děti velmi neklidné, které potřebují utišit před kojením, děti vyžadující odpočinek, které při kojení střídají aktivitu s odpočinkem, děti hladové a děti, které o kojení nejeví zájem i několik dnů. Kojení se musí matka nejprve naučit a k tomu potřebuje trpělivost. Matky se většinou při edukaci o své dítě strachují a chvátají. Spěch zde ale není na místě, jelikož matka pak ztrácí trpělivost a sebedůvěru. Pokud se nenajde ani zdravotník, který by ji podpořil, vznikají problémy, a tak matka často sáhne po umělé výživě (Velemínský, 2009).

WHO a UNICEF doporučují včasné zahájení kojení během jedné hodiny po porodu, které navíc chrání dítě proti získání infekce a redukuje novorozeneckou

úmrtnost (WHO, 2018b). Muntau (2014) uvádí jako časné přiložení do prvních 2 hodin po porodu.

Mezi základní polohy při kojení (Příloha 1) řadíme polohu vsedě a vleže. Dále můžeme zvolit boční polohu „fotbalovou“, která je výhodná především u matek s velkými prsy nebo plochými bradavkami. Při této poloze je důležité vypodložit si dítě nějakým polštářem a položit jej na předloktí ženy. Poloha tanečníka je výhodná pro nedonošené děti či když nastane problém a dítě se neumí dobře přisát. Po císařském řezu je vhodné zvolit polohu vleže na zádech, kdy je dítě přiloženo přes břicho matky, nebo v polosedě s podložením nohou (Fendrychová, Borek, 2012). Kojení vleže na zádech můžeme zařadit také jako vhodnou polohu pro děti, které se špatně přisávají. Vzpřímená vertikální poloha bývá doporučována jak pro nedonošené děti, tak pro ty, které mají malou bradu. Pro kojení dvojčat je vhodné využít polohy takové, aby mohly být obě děti kojeny současně a tudíž měly každé dítě svůj prs, jako je například u „fotbalového“ držení (Laktační liga, 2018d).

1.3.6 Problémy při kojení

Novorozenec by měl být do domácího ošetřování propuštěn až tehdy, pokud dosáhne váhového přírůstku, a následně by měl být vyšetřen pediatrem alespoň do 48 hodin. Dítě by mělo být při první prohlídce prohlédnuto, zváženo, měl by být zjištěn počet pomočených plen a počet stolic. Měla by být zkontrolována matčina prsa, technika kojení, poloha, přiložení a správné přisátí dítěte (Laktační liga, 2018d). Podle Věštníku částky 8 z roku 2013 Ministerstva zdravotnictví České republiky se doporučuje propustit fyziologického novorozence do jeho vlastního domácího prostředí v souladu s názorem českých odborných lékařských společností po uplynutí nejméně 72 hodin od narození dítěte. Za dále stanovených podmínek, jako je aplikace vitamínu K, správná postnatální adaptace a stabilita odpovídající stáří dítěte, je zajištěn příjem novorozence, hmotnostní křivka nadále neklesá a screeningová vyšetření byla provedena. Další podmínkou je zasychající zbytek pupečního pahýlu nebo uplynutí 24 hodin od jeho seříznutí a zároveň to, že zdravotní stav dítěte dovoluje jeho propuštění. V opačném případě, pokud zákonný zástupce požádá o propuštění před uplynutím 72 hodin, musí předložit písemné odvolání s poskytnutím zdravotních služeb novorozenci a je informován o možných důsledcích způsobených předčasným propuštěním novorozence.

Podle Laktační ligy (2018d) nám úbytek, který překročí 7 % od porodní hmotnosti, ukazuje na možné problémy s kojením. Černá a Kollárová (2015) uvádí úbytek na váze víc jak 10% jako příznak nedostatku mateřského mléka. Muntau (2014) označuje 10% úbytek jako fyziologický, ale při větším úbytku následuje dokrm roztokem glukózy nebo přípravkem počáteční kojenecké umělé výživy. Dále má být dosažena porodní hmotnost dítěte do jeho 10 dnů věku. Weberová (2004) považuje za velkou chybu doporučit dokrm a neinformovat se o množství pomočených plen, frekvenci pití a režim dítěte. Wambach (2014) vytvořila vývojový diagram pro hodnocení a management novorozeneckého váhového úbytku založený na expertním názoru (Příloha 2).

Nejčastějšími problémy při kojení můžou být ragády, potíže s malými či vpáčenými bradavkami, retence mléka a mastitis. Pokud na bradavkách vzniknou ragády, bývá to nejčastěji zapříčiněno špatnou technikou kojení, což může zlepšit změna polohy při kojení či krátkodobé použití mesokainového gelu (Dort, 2013).

Mastitida neboli zánět prsní žlázy nastává nejčastěji okolo 3. týdne po porodu, projevuje se celkovou schváceností, teplotou a oteklostí a horkostí prsu. Často bývá postižen pouze jeden prs a to v dolní a boční části. Vhodná je lokální terapie jako aplikace studených a teplých obkladů, časté kojení z nemocného prsu, před kojením uvolnit dvorce odstříkáním a odstříkat i po kojení. Dítě by se mělo nejprve přiložit na prs zdravý. Brada dítěte by měla směřovat na postižené místo. Měla by být i zkontrolována a případně upravena technika kojení (Laktační liga, 2018e).

Podle Dorta (2015) se mastitis léčí nejčastěji protistafylokokovými antibiotiky (oxacilin) a stejně jako Laktační liga (2018e) uvádí, že není důvod k odstavení dítěte. Někdy ale musí dojít k chirurgické incizi žlázy s drenáží a právě tehdy se nedoporučuje z postiženého prsu kojit (Dort, 2015).

Podle Dorta (2015) a Laktační ligy (2018d) by měly být studené obklady užívány mezi kojením a teplé vlhké obklady těsně před kojením.

Podobné příznaky může mít ucpaný mlékovod, kdy se vyskytuje také teplota, zarudnutí a zduření jednoho prsu. Zde se vše ale obvykle napraví během 2–3 dnů. První pomoc je stejná jako u mastitis, vyjma antibiotik, která zde nejsou nutná a postačí například Paralen či Brufen (Laktační liga, 2018d).

Dalším podobným problémem k řešení je bolestivé nalití prsou, které přichází mezi 2.–4. dnem po porodu, kdy jsou oba prsy horké, oteklé a bolestivé. Zde využíváme

přikládání obkladů, odstříkání před kojením, které změkčí dvorec, a důležité je zde časté přikládání a změna kojících poloh (Laktační liga, 2018d).

Jiným problémem při kojení může být silný vypuzovací reflex, kdy se dítě zalyká a ublinkává po kojení. Při kojení je vhodné zvolit vzpřímenou polohu, zabránit vytékání mléka gravitací a vyzkoušet tlakovou masáž přiložením celé plochy ruky, následně přerušit kojení a pokračovat po 1–2 minutách, kdy se proud mléka zpomalí (Laktační liga, 2018d). Druhým problémem zde může být slabý vypuzovací reflex, kdy se mléko nespouští. Zde může být příčinnou stres, používání šidítek, lahví a omezování kojení. Jako intervenci zde zvolíme užití teplých a vlhkých obkladů na prsy před kojením, masáže prsů tlakem, kroužením a vytřásáním prsů v předklonu (Mydlilová, 2015).

Někdy bývají děti při kojení spavé. Zde je namístě využití určitých stimulačních prvků. Nejdůležitější je dítě probudit a to tím stylem, že na něj mluvíme, snažíme se s ním navázat oční kontakt, pohybujeme s ním nebo i odstraníme nějakou vrstvu oblečení, jelikož sací aktivita se snižuje v příliš teplém prostředí. Před přiložením jej přebalíme, můžeme otřít obličej studenou žínkou a kroužíme prstem okolo pusinky. Aby nám dítě vydrželo aktivní, vymáčkneme trochu mléka na pusinku a tím dítě navnadíme, zkoušíme vystřídat polohy při kojení, mezi prsy necháme dítě odříhnout, případně vyzkoušíme techniku „přehazování“ neboli časté střídání prsou (Laktační liga, 2018d).

Dalším problémem, který můžeme řešit, je nedostatek mateřského mléka. Tvorba mléka závisí na častosti přikládání. Čím častěji se dítě přikládá, tím více mléka se tvoří. Nedostatečně kojené dítě vykazuje několik faktorů, mezi které patří: nedosáhnutí porodní hmotnosti do třech týdnů, málo pomočených plen a stolic, kdy jako normu bereme 6–8 močení za den a 3–6 stolic za den do 6 týdnů. Dítě také zaostává v percentilových růstových grafech (délkový a hmotnostně výškový). Jako intervence zde zařadíme: kontrolu techniky kojení, častější kojení 10–12 krát za den a z toho 1–2krát i v noci, přikládání na obě prsa při každém kojení a vystřídání prsou i čtyřikrát při jednom kojení. Vhodné je mezi kojením 8–10 krát odstříkávat po dobu 10–15 minut. Nevhodné je použití lahví a dudlíků. V případě nutnosti dokrmu by mělo být využito alternativních způsobů (Mydlilová, 2015).

1.3.7 Manipulace s mateřským mlékem

V některých případech může být problémem i nadbytek mateřského mléka. V současnosti se dá tento problém kladně využít ve prospěch ostatních. V České republice jsou čtyři banky mateřského mléka: v Českých Budějovicích, Hradci Králové, Mostu a Praze (Mydlilová, 2015). V Nemocnici České Budějovice je jedna z nich a má tři části. První sloužící pro příjem a vyšetření darovaného mateřského mléka, zajišťuje veškerou administrativu s tím spojenou, jako je například i vyšetření dárkyň. Druhá část je určena k pasterizaci, zchlazování a šokovému zamražení mléka. Třetí část je pro uskladnění, jeho kontrolování a následnou expedici. Mateřské mléko je sem sváženo třikrát týdně z Českých Budějovic a okolí vzdáleného cca do 40 km. Ve výjimečných případech je mléko sváženo po domluvě a za pomoci jiných dětských oddělení v kraji i z větší vzdálenosti. Mateřské mléko z banky je použito pro předčasně narozené děti nebo děti nemocné, jejichž matky nemají dostatek svého vlastního mléka.

Dárkyně mateřského mléka musí splňovat určité podmínky. Je to každá matka, která má nadbytek mateřského mléka, než je potřeba jejího dítěte. Mléko smí odevzdávat do 6. měsíce věku svého dítěte. Dále musí být zdravá, žít v dobře hygienicky zajištěném prostředí. Následně jsou matce provedeny odběry na HIV, syfilis, hepatitidu B a C. Akutní onemocnění či případná medikace matky musí být zkonzultována s lékařem banky mateřského mléka. Také zde probíhá hodnocení kvality mateřského mléka (Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., 2018).

Čerstvé mateřské mléko, pasterizované i nepasterizované, by mělo být skladováno při teplotě +4 °C a mělo by se spotřebovat do 24 hodin. Pasterizace probíhá při +62,5 °C po dobu 30 minut. Mražené mateřské mléko skladujeme při teplotě −18 °C po dobu nejdéle 3 měsíců. Mléko rozmrazujeme buď v lednici při teplotě +4 °C nebo pod studenou tekoucí vodou a následně ho skladujeme při teplotě +4 °C po dobu nejdéle 24 hodin. Rozmražené mléko nesmíme opakovaně zamrazovat. K rozmrazování nepoužíváme mikrovlnou troubu (Laktační liga, 2018d).

1.3.8 Alternativní metody krmení novorozence

Možností v dokrmování dítěte je celá řada. Aby bylo kojení úspěšné, nemělo by se dítě dokrmovat z láhve (Fendrychová a Borek, 2012). Velemínský (2009) navíc upřesňuje, že pokud dítě saje z lahve, je to stejný mechanismus, jako když si cucáme prst, naproti tomu sání z prsu je srovnatelné spíše se sáním z předloktí. Právě četnost

přikládání zvyšuje produkci mléka a častost a neopodstatněnost dokrmování utvrzuje matky v tom, že kojení není dostačující. Dokrmování navíc nemá vliv na snížení doby trvání žloutenky.

Ve chvíli, kdy dítě není možné kojit, by mělo být dokrmováno takzvaným alternativním způsobem. Mezi tyto metody řadíme krmení lžičkou, kapátkem, stříkačkou, kádinkou a za použití cévky ze suplementoru. Při krmení lžičkou dítě držíme ve svislé poloze a přiložíme lžičku ke rtům, kterou následně nahneme, až začne vytvářet sací pohyby. Dítěti bychom měli ponechat čas na polknutí. Při podávání mléka stříkačkou si musíme dát pozor, aby neuchopilo stříkačku rty a netahalo za píst, jelikož by si zvykalo sát jinak než při samotném kojení. Dokrm kádinkou je vhodný i pro nezralé děti od 30. týdne gestace a s poruchou sání a polykání, jelikož podporuje stimuly potřebné pro koordinaci sání a polykání. Zde dítě vysune jazyk a stočí ho do kornoutku. Využívání suplementoru při kojení stimuluje tvorbu mléka. Dítě tak saje mléko z prsu i z nádobky na odstříkané mléko současně pomocí cévky, která je připevněna k prsu (Fendrychová a Borek, 2012).

Laktační liga (2018d) navíc uvádí krmení po prstu, kdy ukazovák vsuneme do úst dítěte po polovinu druhého článku. Nehet by měl být na tu stranu, kde je jazyk. Prstem míříme na patro, čímž je vyvolán sací reflex. K prstu přidáme silikonovou cévku napojenou na stříkačku s mlékem nebo mléko spouštíme přímo ze stříkačky na prst. Dokrmování má však nepříznivý vliv na průběh kojení. Dokrmované dítě se cítí najezené a tudíž jeví i menší zájem o prs, což může způsobit také větší hmotnostní úbytky a následné problémy s prsy zapříčiněné retencí mléka.

1.3.9 Kontraindikace kojení

Podle Dorta (2013), Fendrychové a Borka (2012) je kojení kontraindikováno v souvislosti s vrozenou poruchou metabolismu galaktozemií. Je to onemocnění, kdy se musíme vyhnout příjmu laktózy v potravě. Dalším onemocněním je fenylketonurie a nemoc javorového sirupu neboli Leucinóza, kdy obsahuje mateřské mléko drobné známky fenylalaninu. Podle Dorta (2013) může být dítě i nadále částečně kojeno se samozřejmostí monitorace fenylalaninu a větvených aminokyselin, mezi které řadíme valin, leucin a izoleucin. Všichni autoři se shodují i v onemocněních matky, která jsou kontraindikací kojení. Tato skupina onemocnění zahrnuje srdeční selhání, onemocnění jater, ledvin, psychiatrická onemocnění: psychózy, laktační psychózy neboli postnatální

deprese, které můžou ohrozit i dítě. Dále uvádějí tuberkulózu, kdy se podle Fendrychové a Borka (2012) může dítě nakazit při samotném kontaktu s matkou a to nejen skrze mateřské mléko. Naopak výživa mateřským mlékem v době virových infekcí, angíny, v průběhu infekce virem herpes simplex a při hepatitidě B znamená pro dítě zdroj cenných protilátek.

Muntau (2014) zmiňuje kontraindikované léky, mezi které patří cytostatika, radionuklidy, kombinovaná léčba psychofarmaky, antiepileptika a kontrastní nebo dezinfekční prostředky s jódem.

Pokud je matka nakažena virem HIV až v průběhu kojení, znamená to pro dítě větší riziko nákazy, než kdyby se nakazila již v průběhu gravidity. Ve vyspělých zemích, kde jsou již dostupné náhrady mateřského mléka ve smyslu umělé výživy, je doporučeno této možnosti využít. V rozvojových zemích je kojení i přes rizika přenosu infekce mlékem podporováno (Fendrychová, Borek, 2012).

1.4 Laktační poradenství

Podle Boledovičové (2010) je většina žen rozhodnuta, že bude své dítě kojit. Aby se ale kojení rozvinulo a bylo podporováno i nadále, nejen po dobu hospitalizace, je potřeba nalézt prostředky, které budou kojení efektivně napomáhat. Takovým vzácným prostředkem jsou informace a praktická pomoc. Podle Velemínského (2017) je každá žena schopna kojit, problém však bývá ve správné technice kojení. Podle Weberové (2004) je na základě výzkumů a zkušeností laktačních poradců dokázáno, že minimálně 85 % problémů s kojením je v souladu s neznalostí techniky kojení. První dny jsou doprovázeny celou řadou nejasností a problémů, které v matce probouzejí neklid a pocit neschopnosti. Kojení je sice pro ženu fyziologické, ale ukazuje se, že je matky nutné v technice edukovat, a to zejména v praktické části (Velemínský, 2017). Podle Weberové (2004) vedou rozporuplné a odlišné informace zdravotníků podávané matkám k vnitřní nejistotě ženy. Probouzejí v nich obavy o zdravý vývoj dítěte. Stres ženy evokuje v dítěti neklid a pláč, který je následně připisován hladu a nedostatečné výživě kojence.

Z výzkumného šetření Schönbauerové (2018) vyplývá, že prvorodičky by potřebovaly více informací při propouštění z porodnice než vícerodičky, kterým poskytované informace stačí. Vícerodičky mají mnohem více informací v oblastech, jako je kojení a jeho technika. Dále zjistily, že 59,8 % dotázaných matek má zájem o

návštěvní službu. Jako pozitivní na návštěvní službě vnímají kontrolu správnosti postupů, pomoc s kojením, poskytnutí informací a psychické podpory.

Šestinedělí je období, kdy se žena vrací do hormonální i fyzické etapy před těhotenstvím s výjimkou kojení. Jedná se o rizikové období z hlediska duševních onemocnění. Mohou být přítomny příznaky mírné deprese nebo neurotických projevů, které jsou považovány za přiměřené. V klasifikaci duševních onemocnění jsou charakterizovány jako poruchy chování spojené s šestinedělím. Jde o duševní poruchy, které však nesplňují kritéria duševních onemocnění klasifikovaných jinde. Patří sem například lehká deprese, která se dříve označovala jako poporodní blues v obvyklé době trvání 3–5 dní po porodu, kde jako hlavní příznak vnímáme plačtivost. Pláč je obvykle bezdůvodný, z nejasných příčin, v souladu se smutkem. Vyskytují se zde i příznaky, jako jsou pochybnosti o své nové roli, pocity méněcennosti, poruchy spánku a pozornosti. Je možné, že se objeví i somatické příznaky, jako je bolest hlavy, únava a deprese. Výskyt této deprese se objevuje v 60–70 %. Poporodní deprese s neurotickými stavy je dlouhodobějšího charakteru a trvá asi 2 týdny, v komplikovanějších případech i 1 měsíc. Příznaky jsou stejné jako u poporodního blues, doplňuje je emoční labilita a podrážděnost. Objevuje se po příchodu domů, kdy se žena vrací do reality a je odpovědná za péči o dítě, domácnost a je nucena přizpůsobit se nové životní roli a novým povinnostem. Zvýšenému riziku jsou vystaveny ženy s těžkou ekonomickou situací, špatným partnerským vztahem nebo s problémovým novorozencem, kde může problém představovat novorozenec s vrozenou vývojovou vadou nebo s poruchou příjmu potravy. Jako prevenci zde vidíme dobrou přípravu na rodičovskou roli a podporu ze strany rodiny a partnera (Roztočil, 2017). Pro screening poporodních depresí používáme Edinburskou škálu poporodní deprese (Edinburgh Postnatal Depression Skale) neboli EPDS. Tato škála má deset oblastí k posouzení. Výsledný součet desíti a více bodů informuje o možné depresi (Takács, Sobotková, Šulová, 2015). Dalším podrobnějším nástrojem je Screeningová škála poporodní deprese neboli Postpartum Depression Screening Scale-PDSS (Beck,Gable 2000). Zde hodnotíme 35 oblastí, je jednodušší a bodová hranice v rozpětí 35–59 svědčí o normální postnatální adaptaci. Hodnoty 80–175 bodů již značí známky depresivní poruchy a vyžadují odbornou psychiatrickou pomoc (Takács, Sobotková, Šulová, 2015).

Na základě studie bylo zjištěno, že postnatální deprese se může prolínat s kojením. V této studii byla testována schopnost Edinburské poporodní deprese (EPDS)

předpovědět pozdější problémy s kojením, jíž výsledkem je, že čím vyšší je skóre EPDS, tím je možné spojení s pozdějším selháním v kojení (Gagliardi,2012). Podle Annagür (2013) by lékaři měli věnovat zvláštní pozornost každé potíži s laktací v průběhu prvního týdne od porodu, jelikož poruchy včasné laktace jsou spojeny s větším rizikem předčasného ukončení kojení a zároveň nižším úspěchem kojení.

WHO a UNICEF zavedlo 40 hodinové kurzy laktačního poradenství. Vzdělávací kurz je svým schématem zaměřen na zdravotnické pracovníky. Ti mohou poskytovat kvalifikovanou pomoc kojícím matkám a pomoct jim překonat problémy. Obě instituce mají také vytvořen pětidenní kurz poradenství pro kojence a malé děti v oblasti výživy. Zdravotničtí pracovníci jsou tak zdatní prosazovat vhodnost kojení, doplňkové krmení a krmení kojenců v souvislosti s HIV. Základní dovednosti k podpoře kojení jsou také součástí 11denního tréninkového kurzu orientovaného na management dětských nemocí pro zdravotnické pracovníky prvního stupně, který kombinuje schopnosti pro zvládání nenadálých situací s preventivní péčí. Hodnocení laktačního poradenství poskytovaného vyškolenými zdravotnickými pracovníky stejně jako komunitními pracovníky ukázalo, že je to efektivní intervence, která vede ke zlepšení exkluzivity kojení (WHO, 2018c).

Černá a Kollárová (2015) v Laktačním minimu pro pediatry shrnují přínos laktačního poradenství, který vnímají ve vlivu na rostoucí počet dlouhodobě kojených dětí a v pozitivním působení na psychiku matky. Mezi nevýhody poradenství řadí nejednotnost v přístupu řešení situací, ve vzdělávacím systému chybí reflexe a hodnocení práce poradců. Poradci většinou nevykonávají preventivní péči, péče je placena klientem a povětšinou chybí komunikace mezi pediatrem a laktačním poradcem. Machová a Tomášková (2015) také uvádějí, že je velice důležitá spolupráce sester z neonatologických oddělení a sester z ordinací praktického pediatra. Informace by měli být v ideálním případě stejné a měly by se doplňovat.

Podle Machové a Tomáškové (2014) by cílem edukace měla být právě jistota matky při kojení, přičemž by měla zahrnovat ústní sdělení informací doplněné písemnou formou a následnou praktickou ukázkou s nácvikem samotné matky.

Podle Mydlilové (2009) jsou rizikovými faktory pro výlučné kojení při propuštění velmi krátká (méně než 3 dny) nebo příliš dlouhá hospitalizace (více než 4 dny) matky a dítěte ve zdravotnickém zařízení. Pokud je pobyt kratší než tři dny, je pravděpodobné, že se nestihnou dořešit problémy různého charakteru týkající se kojení, přičemž delší

pobyt většinou představuje nějaké problémy ze strany matky či dítěte, které mohou následně ovlivnit kojení.

Z kalifornské studie, která se zabývala tím, jaký vliv má doba hospitalizace po porodu na udržitelnost kojení, vyplynulo, že ženy, které opouštějí nemocnici dříve, než je standardní doporučený pobyt, mají zvýšené riziko předčasného ukončování kojení (National Center for Health Statistics, and California Department of Health Services, 2004).

Naopak Lewis (2000) přináší informace o studii ze Severní Karolíny z roku 1988, ze které vyplynulo, že kratší pobyt v porodnici zvyšuje pravděpodobnost kojení. Připisuje to tomu, že matky jsou tak kratší dobu předmětem nemocničních praktik, které kojení zrovna nepodporují (dokrm a separace od dítěte).

Wagner (2015) informuje o Jižní Karolíně, kde jsou ženy a jejich kojenci nyní propouštěni dříve (12–24 hodin) po narození do domácího ošetřování, kdy tradiční navazující vyšetření ve věku dvou týdnů musí být nahrazeno dřívějším. Uvádí nutnost provádět více pečlivých posudků kojení v interakci matky a dítěte. Dřívější sledování pravděpodobně vede k úspěšnější tvorbě laktace a ke zdravějšímu kojenci. Úspěšné vyšetření závisí na poskytovateli zdravotní péče a na vědomostech mechaniky kojení, hodnocení úspěšné laktace a intervencích požadovaných, když se vyvinou potíže.

1.4.1 Podmínky výkonu laktačního poradce

V České republice je možné studium laktačního poradenství s následným získáním certifikátu Laktační liga. Status laktačního poradce mohou získat pouze zdravotníci a matky po absolvování kurzu. Kurz je dvoudenní a poté následuje praxe v Národním laktačním centru. Kurzy jsou akreditovány WHO a UNICEF. Laktační poradkyně mohou být následně uvedeny na webových stránkách Laktační ligy a poskytovat telefonické a online poradenství zdarma. Dále by se měly pravidelně doškolovat. Pokud nejsou školeny dva roky a více, jsou ze seznamu vyřazeny. Laktační liga je základnou pro laktační poradce. Získávají od ní nové trendy a informace z oblasti výživy, kojení a návody pro práci. Mohou se na základnu obracet s problémy, které při poskytování poradenství mohou nastat (Laktační liga, 2018e).

Podle zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění má každá žena v České republice platící zdravotní pojištění nárok na návštěvu v domácím prostředí

jedenkrát v těhotenství a třikrát v šestinedělí. Tento zákon však hovoří o návštěvě porodní asistentkou, která má s pojišťovnou smlouvu.

1.4.2 Edukace v laktačním poradenství

Laktační poradkyně by se měly řídit desaterem pro správnou komunikaci s klienty. Měly by být plně soustředěny na svou klientku a její problém, být empatické a dávat jí najevo svou podporu. Klientku si vyslechneme, neskáčeme jí do řeči a mluvíme jednoduše a pomalu. Neměly bychom hned v úvodu hovoru používat své zkušenosti. Necháme je až na konec nebo na okamžik, kdy o ně klientka projeví zájem. Východisko hledáme spolu s matkou. Nabízíme jí různé možnosti, rozhodnutí ale necháváme na ní. Na závěr rozhovoru bychom měly stručně shrnout, na čem jsme se domluvily. Pokud nás v průběhu hovoru dostihnou emoce, měly bychom si udělat krátkou pauzu. Klientku o tom informujeme, než budeme dále pokračovat. Tyto rady se dají aplikovat jak na telefonické konzultace, tak při osobní kontaktu (Laktační liga, 2018f).

Podle Mydlilové (2015) supluje laktační poradenství tradiční formy předávání zkušeností s kojením a dobré poradenství vytváří sebedůvěru matky a dodává jí podporu. Kvalitní poradenství vychází z pochopení laktace, aby se časným řešením předcházelo problémům a vážnějším komplikacím. V zásadách laktačního poradenství je stanoveno 6 kroků pro správnou komunikaci. Patří mezi ně neverbální komunikace, při které bychom měly držet hlavu ve stejné výšce, udržovat oční kontakt, dát matce najevo, že na ni máme čas, a využívat přiměřený dotyk, který v matce probouzí pocit sounáležitosti. Dále využíváme otevřených otázek. Projevujeme zájem. Jinou formou shrneme, co matka říkala. Jsme empatické. V komunikaci s matkou je někdy důležité hodnocení, které by mělo být založeno na pozitivních slovech, jelikož se snažíme podpořit matčinu sebedůvěru. Snažíme se proto vyhnout negativnímu hodnocení.

Mydlilová (2015) také v šesti bodech shrnuje, jak budovat matčinu sebedůvěru a podporu. Měly bychom přijmout její představy. Musíme jí dodat pochopení, že mít starosti je přirozené a nesnižuje to její důvěru v sebe samu. Důležité je zjistit, co dělá správně, a chválit ji za to. Pokud bude naše pochvala upřímná, stoupne sebedůvěra matky a s tím spojená důvěra v nás a naše rady. Měly bychom poskytovat i praktické rady, kam zařadíme pomoc při kojení, odstříkávání mateřského mléka a řešení problémů s kojením spojených. Podáváme ty informace, které jsou v dané době potřebné a použitelné, aby se matka necítila kritizována. Naše vyjadřovací schopnosti by měly být

srozumitelné. V neposlední řadě podáváme rady, nikoli rozkazy. Je totiž důležité nevnucovat matce naše názory. Musíme jí dát prostor, aby se sama mohla rozhodnout.

Podle Weberové (2004) bychom si měly před kontrolou kojení prohlédnout prs matky, obličej dítěte, zhodnotit spodní čelist dítěte a zjistit, jakým způsobem dítě hýbe jazykem. Dále bychom měly zhodnotit individuální růstovou rychlost na základě percentilových grafů, informovat se o režimu dítěte a posoudit ho. Potom bychom měly zjistit počet pomočených plen za den. Je důležité zjistit od matky, jak se dítě projevuje a jaký má spánkový režim, což je následně dobré srovnat s možným ikterem a mírou zralosti dítěte.

Pro správné posouzení kojení existuje také dotazník k hodnocení techniky kojení (Příloha 3). Při hodnocení kojení bychom se měly soustředit na věk matky, stav výživy, vzhled matky a vhodné oblečení. Sledujeme výraz matky, to, jak se nám zdá spokojená, uvolněná a jak s dítětem manipuluje. Zhodnotíme polohu dítěte při kojení a interakci matka-dítě. Všímáme si postoje matky ke kojení. Kontrolujeme techniku sání a stav bradavek. Důležité je také povšimnout si, jaká je podpora ze strany rodiny či jak se chová doprovod matky (Mydlilová, 2015).

1.4.3 Dokumentace v laktačním poradenství

K dokumentování kojení sestry nejčastěji používají subjektivní systém slovního hodnocení (dobře, pěkně, špatně aj.). LATCH skóre (Jensen, Wallace, Kelsay, 1994) je hodnotící systém pro kojení, který poskytuje systematickou metodu pro sběr informací o jednotlivých kojeních. Každé písmeno ze zkratky LATCH hodnotí jednu oblast kojení (Příloha 3).

Poprvé byl v České republice pojem ošetřovatelská dokumentace zasazen do právního systému v roce 2006 Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006 Sb., podle které je ošetřovatelská dokumentace samostatnou částí zdravotnické dokumentace. Z ustanovení vyplývá, že se jedná o doklad o průběhu ošetřovatelské péče a měl by obsahovat ošetřovatelskou anamnézu pacienta, posouzení jeho stavu a ošetřovatelský plán. V plánu péče musí být obsažen ošetřovatelský problém nebo vytvoření příslušné diagnózy. Následně stanovujeme a zaznamenáváme potencionální ošetřovatelské intervence, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta. Podle charakteru výkonu by měl být zaznamenán i čas provedení. Třetí část plánu péče by měla obsahovat zhodnocení a případné změny. Vyhláška klade důraz také na vedení

zápisů informujících o průběhu pacientova zdravotního stavu, o předávání informací a o edukaci pacienta. Ze zákona také vyplývá, že poskytovatel zdravotních služeb může přizpůsobit rozsah jednotlivých částí dokumentace typu zdravotnického zařízení a charakteru poskytované ošetřovatelské péče. Zejména tehdy, nepřekročí-li hospitalizace tři dny.

Podle Kvapilové (2015) je prostřednictvím dokumentace předkládán přehled výkonů ošetřovatelské péče, které by měly tvořit oporu pro financování. Na základě správného vedení ošetřovatelské dokumentace získáváme statistická data pro vědeckovýzkumnou činnost. Vondráček a Kučková (2013) ještě uvádí důležitost vedení ošetřovatelské dokumentace, která slouží jako doklad o tom, že ošetřovatelská péče byla poskytována v souladu s ošetřovatelskými standardy. Podle Brabcové (2015) by mělo být v zájmu sestry vést přesvědčivou a svědomitou dokumentaci. Prokešová (2015) zařadila administrativní proces mezi 5 rizikových procesů v ošetřovatelství.

Příjmová anamnéza by měla být sestavena tak, aby byla pro sestru co nejméně časově náročná a poskytovala anamnestické údaje oboru, pro který je určena (Vondráček, Wirthová, 2008). Sestra zjišťuje informace z minulosti nemocného, které jsou nezbytné pro sestavení individuálního plánu ošetřovatelské péče. Otázky sestry proto není možné zaměřit pouze na současný stav, zde je důležité zjistit, co je pro pacienta životní standart, aby mohla naplánovat péči. Tyto informace mohou vést pacienta k soběstačnosti a aktivitě na samotném terapeutickém procesu (Staňková, 2009).

Dne 24. května 2016 nabylo platnosti nařízení Evropské unie 2016/679 o ochraně osobních údajů GDPR, které se začalo uplatňovat 25.5.2018. Nařízení se týká zpracování osobních údajů a nakládání s nimi. Toto nařízení posiluje práva občanů v současném digitálním věku (Evropská komise, 2018). Příklad souhlasu s poskytnutím osobních údajů najdeme v Příloze 5.

S ošetřovatelskou dokumentací úzce souvisí i ošetřovatelský proces, který byl zasazen do Věštníku Ministerstva zdravotnictví České republiky v roce 2004. Důraz je kladen na práci metodou ošetřovatelského procesu, který jde ruku v ruce s řádně vedenou zdravotnickou dokumentací. Dle Holubové a Pálkové (2012) jsou jedním ze záporů ošetřovatelského procesu jeho vysoké administrativní nároky, které sestrám přináší.

Ošetřovatelský proces má 5 fází. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. V první fázi se sestra zaměřuje na sběr informací a dělíme ji na dvě části. Získávání ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení současného stavu klienta uskutečňovaného na základě fyzikálního posouzení sestrou (Tóthová, 2014). Podle Staňkové (2009) má sestra v této fázi nejvíce příležitostí navázat bližší kontakt s klientem, poznat ho nejen po stránce medicínské, ale i personální a sociální.

Druhá fáze ošetřovatelského procesu je členěna ještě do čtyř fází: utřídění a vyhodnocení informací, stanovení zdravotních problémů a potřeb ošetřovatelské péče, formulování ošetřovatelské diagnózy a stanovení priority diagnóz.

Třetí fází je plánování, v rámci kterého se připravuje plán ošetřovatelské péče pro určitého pacienta. Jsou zde zapisovány ošetřovatelské intervence a příslušná hodnotící kritéria. Plán by nám měl dát odpovědi na tyto otázky: Které problémy je důležité vyřešit, odstranit, zmírnit a kterému problému je třeba předejít? Jaké ošetřovatelské intervence jsou potřebné k odstranění vyřešení či předcházení problému? (Tóthová, 2014). Je důležité brát na vědomí, že existují dvě formy ošetřovatelských intervencí. Ty, které byly předepsány sestrou, a potom ty, které naordinoval lékař. Charakter intervencí se od sebe samozřejmě liší (Carpenito - Moyet, 2009). V první části této fáze sestra stanovuje po konzultaci s klientem cíle, kterých chce dosáhnout. V druhé části zvolí intervence, které k dosažení cíle pomohou. Ve třetím kroku se věnuje diskuzi s klientem nad zrealizovaným plánem péče. V poslední části představí plán ostatním členům ošetřovatelského týmu. Sestra po celou dobu spolupracuje s klientem a jeho rodinou (Staňková, 2009).

Ve čtvrté fázi ošetřovatelského procesu jsou prováděny samotné intervence, které jsou do plánu následně zaznamenávány. Znovu jsou zhodnoceny klientovy potřeby, které sestra následně aktualizuje. V případě, že je plán v souladu se zdravotním stavem klienta a intervence byly provedeny, měly by se vyřešit i klientovo problémy (Tóthová, 2014).

V páté fázi by měla být zhodnocena dosavadní poskytnutá ošetřovatelská péče. Zde posuzujeme, zda bylo dosaženo cílů, či nikoliv. Porovnávají se zde ošetřovatelské intervence s výsledky u klienta a eventuálně je provedena revize a modifikace plánu ošetřovatelské péče. Tato fáze představuje významný aspekt celého procesu, jelikož se zde sestry stávají zodpovědné za své intervence, v těch neúčinných nepokračují a

střídají je za ty účinné. Podle toho, v jakém časovém úseku je hodnocení prováděno, rozlišujeme hodnocení termínované, průběžné a závěrečné (Tóthová, 2014).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat rozdíly v poskytování laktačního poradenství laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

Cíl 2: Zmapovat způsob zaznamenávání údajů od kojících matek laktačními poradkyněmi a jejich následnou analýzu

Cíl 3: Vypracovat a evaluovat vytvořenou dokumentaci dle Omaha systému v oblasti laktačního poradenství poskytovaného laktačními poradci se zdravotnickým vzděláním

2.2 Výzkumné otázky

V1: Jaký mají laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním názor na vytvořenou dokumentaci dle Omaha systému

2.3 Hypotézy

H1: Existují rozdíly v poskytování laktačního poradenství mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

H2: Existují rozdíly v zaznamenávání údajů od kojících matek mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

H3: Laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním používají standardizovanou ošetřovatelskou taxonomii

2.4 Operacionalizace pojmů

Laktační poradenství

Laktační poradenství supluje tradiční formy předávání zkušeností s kojením a dobré poradenství vytváří sebedůvěru matky a dodává jí podporu. Kvalitní poradenství vychází z pochopení laktace, aby se časným řešením předcházelo problémům a vážnějším komplikacím (Mydlilová 2015).

Laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním

Dětská sestra, porodní asistentka, Všeobecná sestra, lékař/lékařka, či jiné dosažené zdravotnické vzdělání získané v rámci studia na SŠ, VOŠ, VŠ, vlastnící certifikát Laktační poradkyně.

Laické laktační poradkyně

Matky, které mají osobní zkušenost s kojením svých dětí a vlastní certifikát Laktační poradkyně.

Omaha systém

Je klasifikační systém skládající se ze tří částí: posouzení, intervence a vyhodnocení. Systém se využívá v komunitním ošetřovatelství (Martin, 2005).

Ošetřovatelská dokumentace

Poprvé byl v České republice pojem ošetřovatelská dokumentace zasazen do právního systému v roce 2006 Vyhláškou o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006 Sb. podle které je ošetřovatelská dokumentace samostatnou částí zdravotnické dokumentace.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Metodika kvantitativního výzkumu

Pro výzkumné šetření bylo využito kvantitativní a kvalitativní metody sběru dat. Pro kvantitativní šetření byla využita metoda dotazování technikou nestandardizovaného dotazníku, který respondenti vyplňovali prostřednictvím elektronického Google dotazníku (Příloha 5). Vycházel ze stanovených hypotéz a cílů. Dotazník byl vyplňován anonymně a byl složen ze 39 otázek. Některé otázky mohla zodpovědět pouze jedna z dotazovaných skupin respondentů, jelikož byly zaměřeny právě na ni. Otázky č. 4 a 5 (laktační poradkyně matky) a otázky č. 6, 7, 8 (laktační poradkyně zdravotníci). Dotazník byl tvořen v celkovém počtu otázek uzavřených (20), otevřených (13) a polootevřených (6). Otázky byly zaměřené na způsob poskytování laktačního poradenství, na problémy, se kterými se laktační poradkyně potýkají, a na způsob dokumentování při poskytování poradenství. Dotazník byl šířen a vyplňován elektronicky přes internet prostřednictvím Google aplikace. Sběr dat probíhal od měsíce března do května roku 2018. Laktační poradkyně byly oslovovány telefonicky a e-mailem. Jejich kontakty byly získány z oficiálních internetových stránek Laktační ligy, kde slouží jejich telefonní čísla a e-maily pro horkou linku kojení.

Data byla statisticky zpracována prostřednictvím programu Microsoft Excel. Před samotným vložením dat bylo zapotřebí některé odpovědi na otevřené a polootevřené otázky zkategorizovat. Jednalo se totiž o „vypisovací“ otázky, u kterých bylo nutné projít jednu odpověď po druhé a vyhodnotit je. Byla zde tudíž nutná úprava matice pro následný výpočet.

Statistické zpracování dat podléhajících hypotéze H3 bylo zhotoveno v programu Microsoft Excel při stanovené hladině významnosti $\alpha = 80$ %.

K otestování hypotéz byl použit chí kvadrát test (Pearson Chi- Square test). Zde byla stanovena dosažená hladina významnosti $\alpha = 5\ \% = 0{,}05$, používá se nejčastěji. Nad hodnotu 0,05 je statisticky nevýznamný vztah a platí nulová hypotéza.

3.2 Metodika kvalitativního výzkumu

První část kvalitativního výzkumu představuje obsahová analýza systému Omaha, na jejímž základě byla vytvořena dokumentace pro laktační poradkyně (Příloha 6). Ta byla prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se zdravotnickými laktačními poradkyněmi evaluována.

Samotná analýza systému Omaha probíhala při psaní teoretické části práce, jelikož jsme se snažili pochopit systém z jeho původní publikace, neboť právě v takové podobě by podle Karen Martin měl být používán. Na základě této knižní publikace z roku 2005 a internetových stránek Omaha systému byla vtvořena dokumentace, která je přizpůsobena svým charakterem pro činnost laktačního poradenství v komunitním ošetřovatelství. Její struktura je dále ovlivněna současnými trendy z oblasti kojení.

Pro 2. část kvalitativního šetření byla využita metoda dotazování technikou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru (Příloha 7). Rozhovory byly prováděny pouze s laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním. Před samotným rozhovorem byla vytvořená dokumentace poradkyním poskytnuta k nastudování, otestování a následnému zhodnocení. Rozhovory byly zaznamenávány písemně do připraveného formuláře s otázkami. Následně byly jednotlivé rozhovory formou nepřímého přepisu převedeny do počítačové formy prostřednictvím programu Microsoft Word. Přepisy rozhovorů jsou přílohou této práce (Příloha 8).

Pro analýzu rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování. Každé laktační poradkyni, se kterou byl rozhovor prováděn, bylo přiřazeno číslo 1–4. Řádky jednotlivých odpovědí byly také očíslovány, což zajistilo lepší orientaci v textu a následné odkazování se na ně. Rozhovory byly dále zpracovány metodou „papír-tužka“. Jako příklad pro snadnější orientaci uvádíme používané kódy. Například kód P3/10 znamená, že hovoříme o poradkyni číslo 3 a odpověď na otázku se nachází na 10. řádku v přepsaném rozhovoru. Jako další nástroj byla použita metoda „vyložení karet”, na jejímž podkladě jsme data uspořádali do 7 kategorií, které byly následně popsány a proloženy citacemi z rozhovorů.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní část dotazníkového šetření tvoří laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním a laktační poradkyně-matky. Druhý výzkumný soubor pro kvalitativní část výzkumu tvoří pouze laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním.

Celkově bylo v dotazníkovém šetření osloveno 220 laktačních poradkyň. Se 135 poradkyněmi jsme přímo telefonicky hovořili a 85 poradkyň jsme oslovili prostřednictvím e-mailu. Nakonec jsme získali 106 vyplněných dotazníků od laktačních poradkyň z celé České republiky (Graf 2). Věkové rozmezí respondentek zobrazuje Graf 1. Ze 106 respondentek je 55 laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním a 51 laktačních poradkyň-matek (Graf 3).

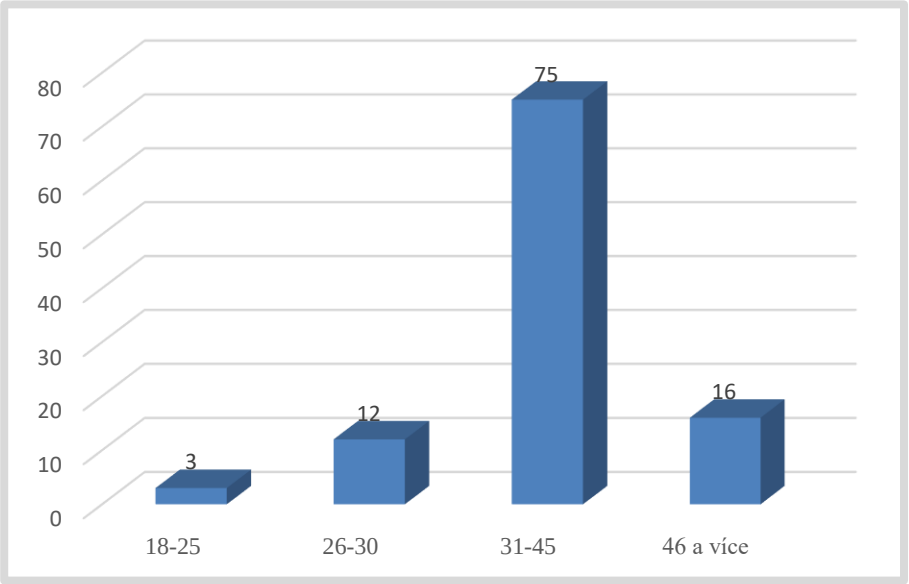
Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvoří 6 laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním, jelikož po dokončení 6 rozhovorů jsme dosáhli saturace odpovědí.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato část prezentuje výsledky výzkumného šetření. Je rozdělena na výsledky kvantitativního výzkumu a na výsledky kvalitativního výzkumu. Kvantitativní část je statisticky zpracována a obsahuje data z dotazníkového šetření. Kvalitativní část obsahuje analýzu rozhovorů.

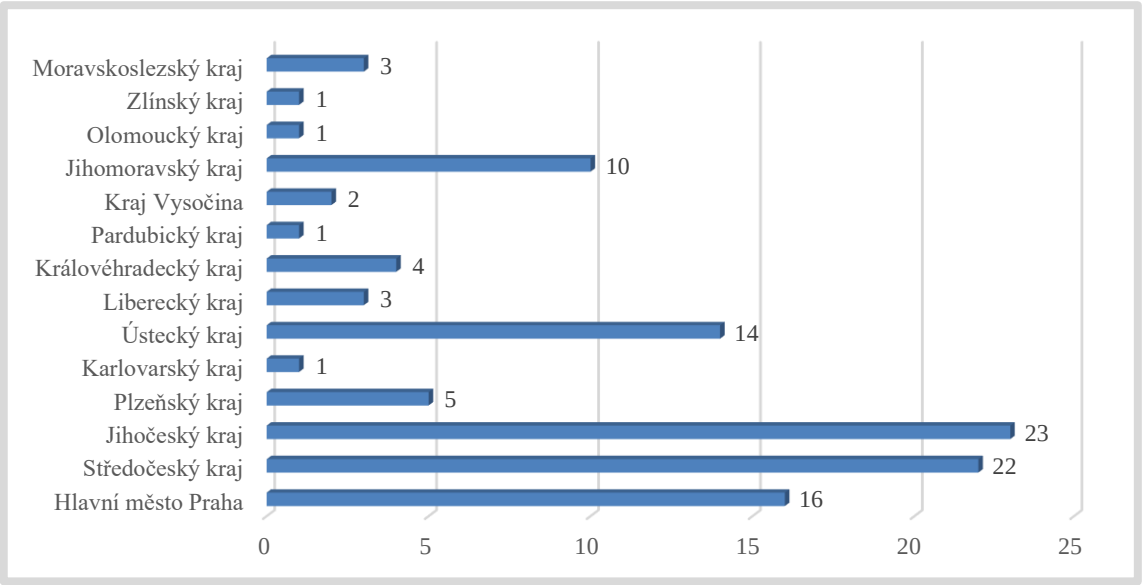
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

Čísla grafů neodpovídají číslům otázek z dotazníku.



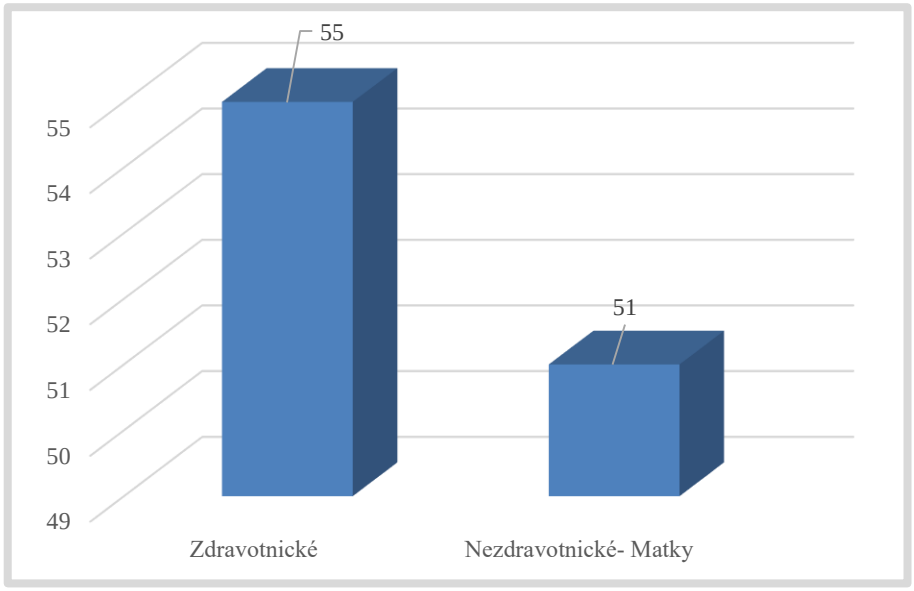
Graf 1: Věk (roky) respondentů (n=106)

Graf 1 (otázka. č. 1) ukazuje, v jakém věkovém zastoupení jsou dotazované laktační poradkyně. Ve věku 18–25 let jsou 2,83 % (n=3) poradkyň, 11,32 % (n=12) poradkyň je ve věku 26–30 let, ve věkovém rozmezí 31–45 let je 70,75 % (n=75) poradkyň, dále je 15,09 % (n=16) poradkyň v letech 46 a více.



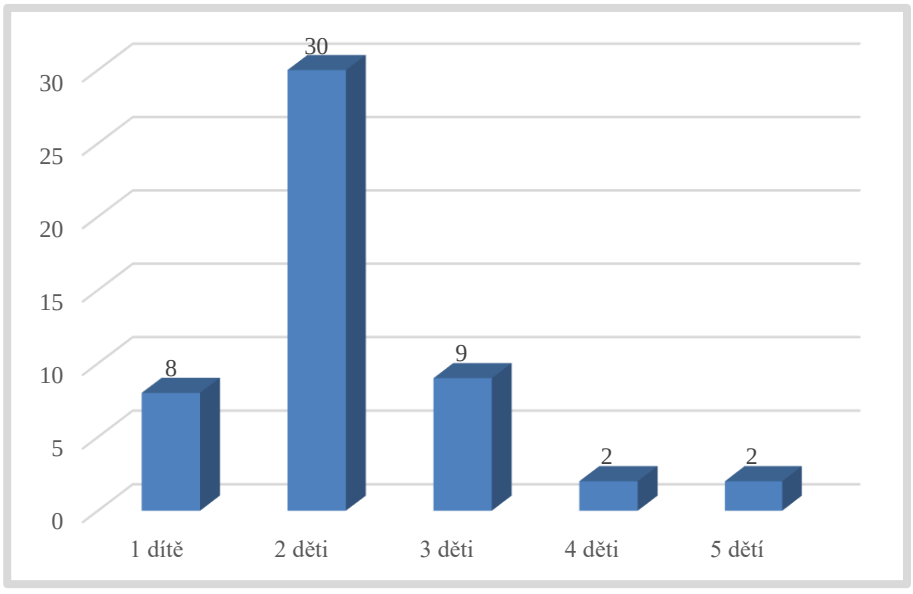
Graf 2: Působnost respondentů podle krajů České republiky (n=106)

Podle grafu 2 (otázka č. 2) můžeme vidět, v jakém kraji v České republice dotazované poskytují laktační poradenství. Z hlavního města Prahy je 15,09 % (n=16) poradkyň, ze Středočeského kraje 20,75 % (n=22), z Jihočeského kraje je 21,70 % (n=23), z Plzeňského kraje je 4,72 % (n=5), z Karlovarského kraje 0,94 % (n=1), z Ústeckého Kraje 13,21 % (n=14), z Libereckého kraje 2,83 % (n=3), z Královéhradeckého kraje 3,77 % (n=4), z Pardubického kraje 0,94 % (n=1), z Kraje Vysočina jsou 1,89 % (n=2), z Jihomoravského kraje je 9,43 % (n=10), v Olomouckém kraji působí 0,94 % (n=1), ve Zlínském kraji 0,94 % (n=1) a v Moravskoslezském kraji 2,83 % (n=3) poradkyň.



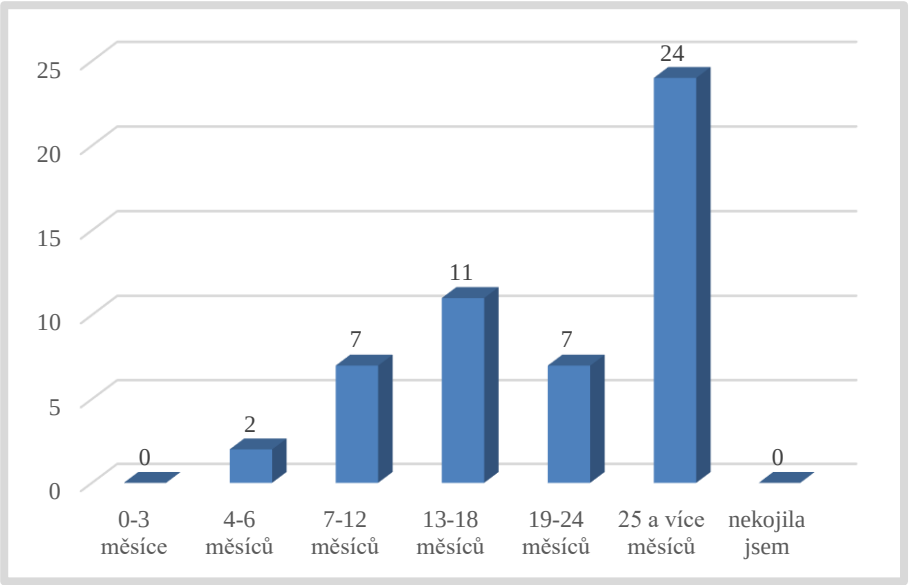
Graf 3: Rozdělení laktačních poradkyň v souvislosti se vzděláním (n=106)

Graf 3 (otázka č. 3) ukazuje rozdělení laktačních poradkyň v souvislosti s tím, zda jsou zdravotníci, či laktační poradkyně - matky. Laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním je 51,89 % (n=55) a laktačních poradkyň - matek je 48,11 % (n=51).



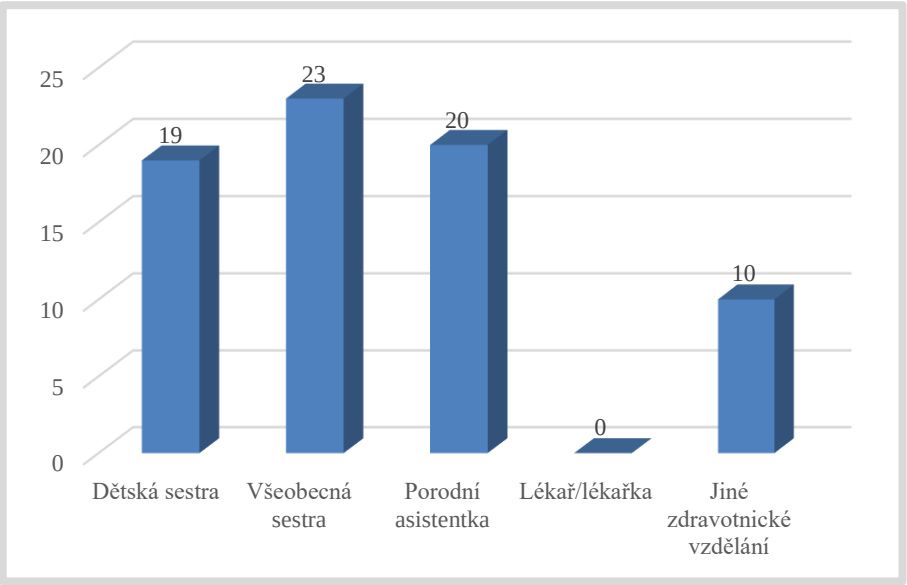
Graf 4: Počet dětí laktačních poradkyň matek (n=51)

Graf 4 (otázka č. 4) ukazuje, kolik dětí mají jednotlivé laktační poradkyně - matky. Jedno dítě má 15,69 % (n=8) dotazovaných laktačních poradkyň, 2 děti má 58,82 % (n=30), 3 děti má 17,65 % (n=9), 4 děti mají 3,92 % (n=2) a 5 dětí mají 3,92 % (n=2) poradkyň.



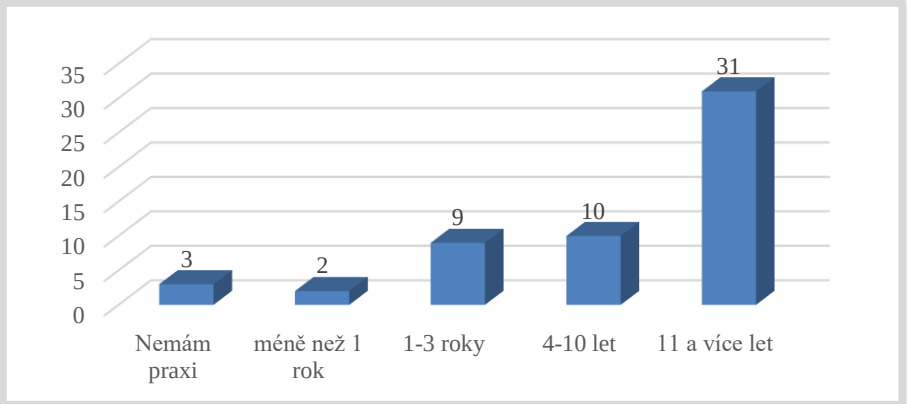
Graf 5: Průměrná doba kojení vlastního dítěte laktačními poradkyněmi matkami (n=51)

Graf 5 (otázka č. 5) ukazuje, jak dlouho byly děti laktačních poradkyň - matek kojeny. V kategorii pro období dítěte 0–3 měsíce je 0,00 % (n=0) dotazovaných laktačních poradkyň – matek, 4–6 měsíců kojila 3,92 % (n=2) poradkyň, 7–12 měsíců kojilo 13,73 % (n=7), 13–18 měsíců kojilo 21,57 % (n=11), 19–24 měsíců kojilo 13,73 % (n=7), 25 a více měsíců kojilo 47,06 % (n=24). Graf ukazuje, že všechny dotazované poradkyně - matky kojily, jelikož kategorie „nekojila jsem“ obsahuje 0,00 % (n=0) odpovědí.



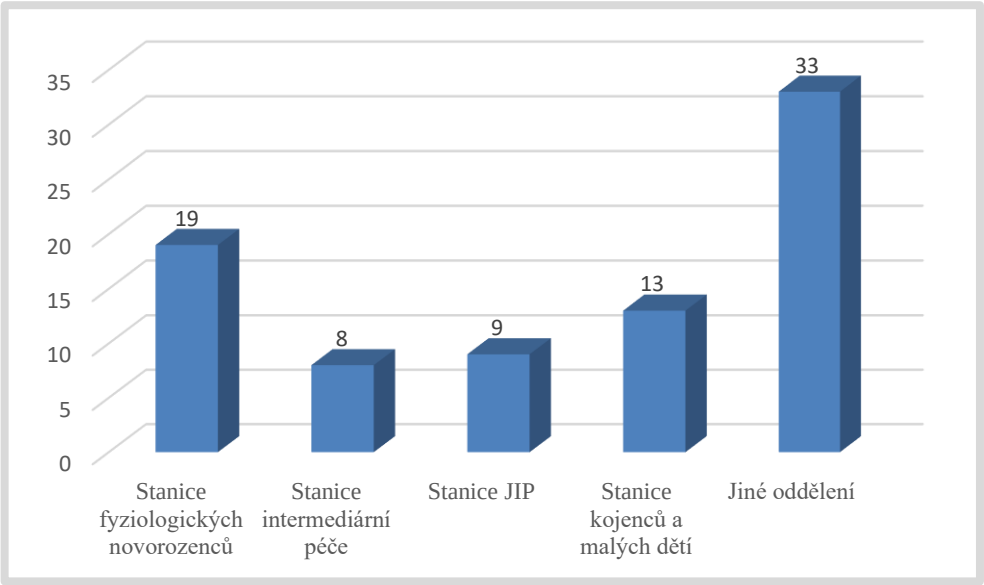
Graf 6: Dosažené zdravotnické vzdělání (n=55)

Graf 6 (otázka č. 6) specifikuje, jakého zdravotnického vzdělání laktační poradkyně zdravotníci dosáhly. Status dětské sestry má 26,39 % (n=19) poradkyň, všeobecné sestry 31,94 % (n=23), porodní asistentky 27,78 % (n=20) poradkyň. Žádná z dotazovaných není lékařkou 0,00 % (n=0) a 13,89 % (n=10) poradkyň má jiné zdravotnické vzdělání. Zde byla možnost zvolit více odpovědí.



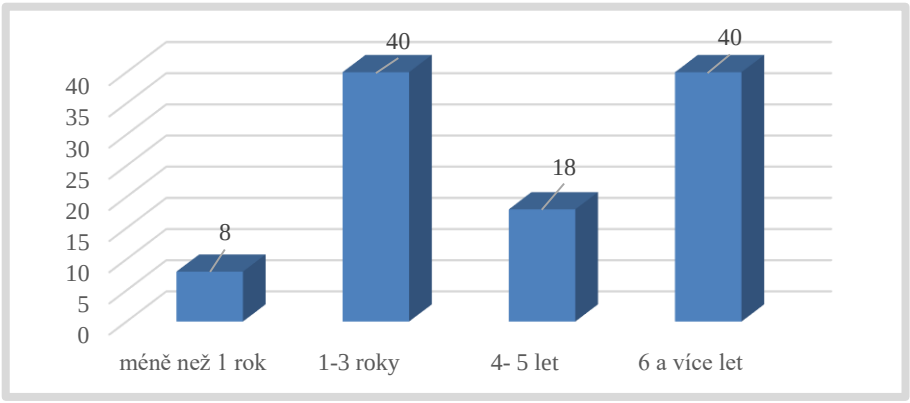
Graf 7: Délka praxe ve zdravotnickém zařízení laktačních poradkyň zdravotníků (n=55)

Graf 7 (otázka č. 7) ukazuje na získanou praxi ve zdravotnickém zařízení, která byla laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním dosažena. Praxi nemá 5,45 % (n=3) poradkyň, 3,64 % (n=2) mají praxi méně než 1 rok, 16,36 % (n=9) má praxi 1–3 roky, 18,18 % (n=10) má praxi 4–10 let a 56,36 % (n=31) poradkyň má praxi 11 a více let.



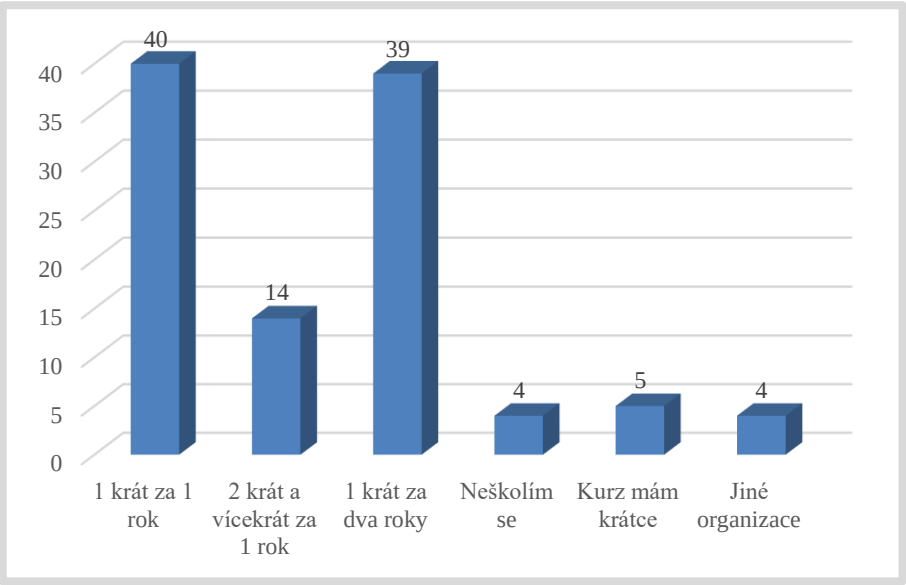
Graf 8: Oddělení zdravotnického zařízení, kde poradkyně získaly praxi (n=55)

Graf 8 (otázka č. 8) ukazuje oddělení, kde laktační poradkyně se zdravotnickým vzdělání pracovaly nebo pracují. Bylo zde možné zvolit více odpovědí. Svoji působnost na neonatologickém oddělení (stanice fyziologických novorozenců) označilo 23,17 % (n=19) poradkyň, na neonatologickém oddělení (stanice intermediární péče) 9,76 % (n=8), na neonatologickém oddělení (stanice JIP) 10,98 % (n=9), na dětském oddělení (stanice kojenců a malých dětí) je to 15,85 % (n=13). Na jiném oddělení, než je uvedeno získalo praxi 40,24 % (n=33) poradkyň.



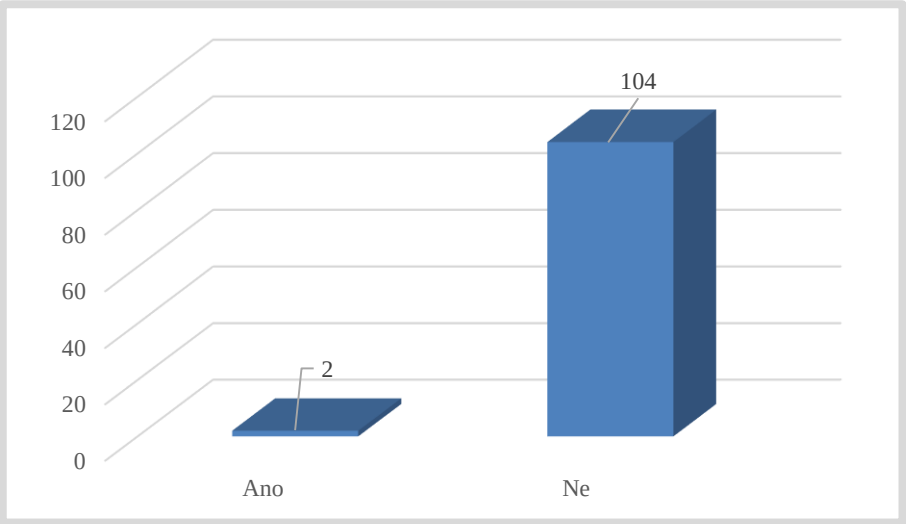
Graf 9: Doba poskytování laktačního poradenství (n=106)

Graf 9 (otázka č. 9) zobrazuje, jak dlouho dotazované laktační poradkyně poskytují laktační poradenství. Méně než 1 rok poskytuje poradenství 7,55 % (n= 8) poradkyň, 1–3 roky poskytuje poradenství 37,74 % (n= 40), do skupiny v poskytování poradenství 4–5 let patří 16,98 % (n= 18) poradkyň, 6 a více let poskytuje poradenství 37,74 % (n= 40) laktačních poradkyň.



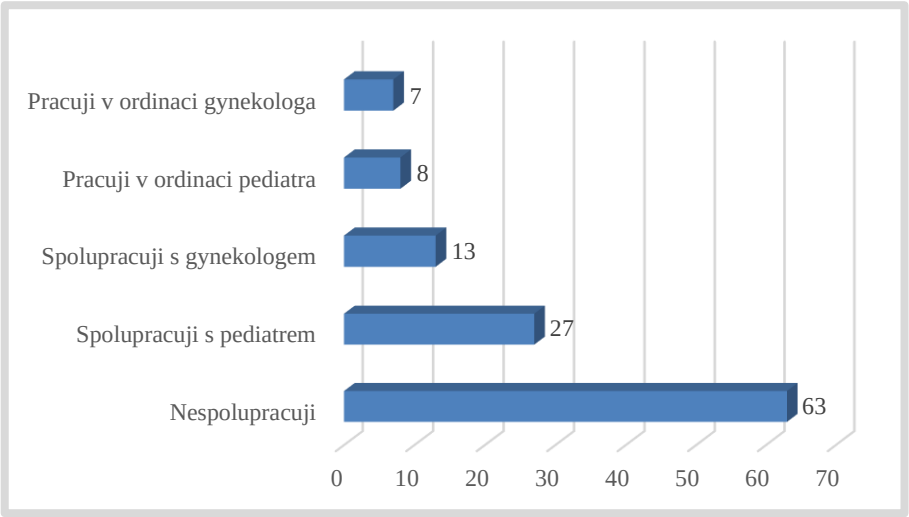
Graf 10: Pravidelné školení v laktačním poradenství u Laktační ligy (n=106)

Graf 10 (otázka č. 10) nám ukazuje, v jaké pravidelnosti se laktační poradkyně školí. Jedenkrát za rok se školí 37,74 % (n=40) poradkyň, 2krát a vícekrát za 1 rok se školí 13,21 % (n=14), 1krát za dva roky se školí 36,79 % (n=39), 3,77 % (n=4) se neškolí vůbec, 4,72 % (n=5) poradkyň má kurz krátce a školit se plánují a 3,77 % (n=4) poradkyň se školí v rámci jiných organizací, než je Laktační liga.



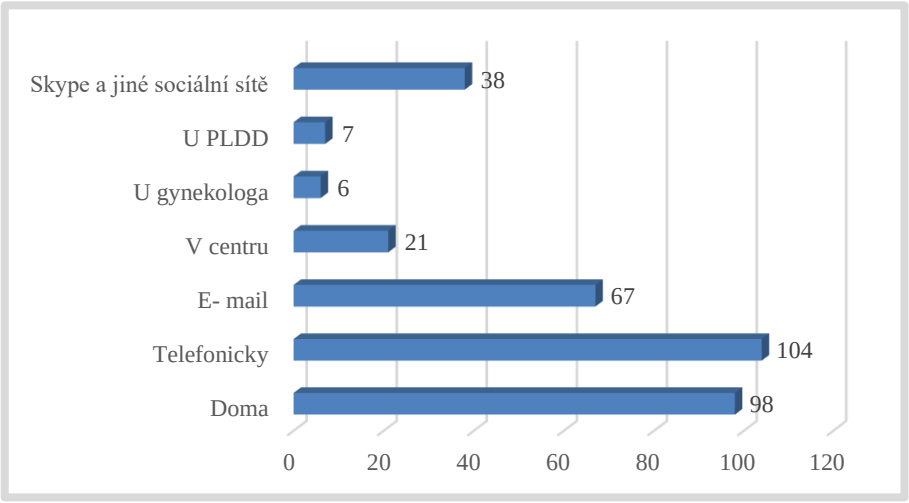
Graf 11: Smlouva se zdravotní pojišťovnou (n = 106)

V grafu 11 (otázka č. 11) můžeme vidět, kolik laktačních poradkyň má smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Smlouvu se zdravotní pojišťovnou mají 1,89 % (n=2) laktační poradkyně a 98,11 % (n=104) laktačních poradkyň nemá smlouvu se zdravotní pojišťovnou.



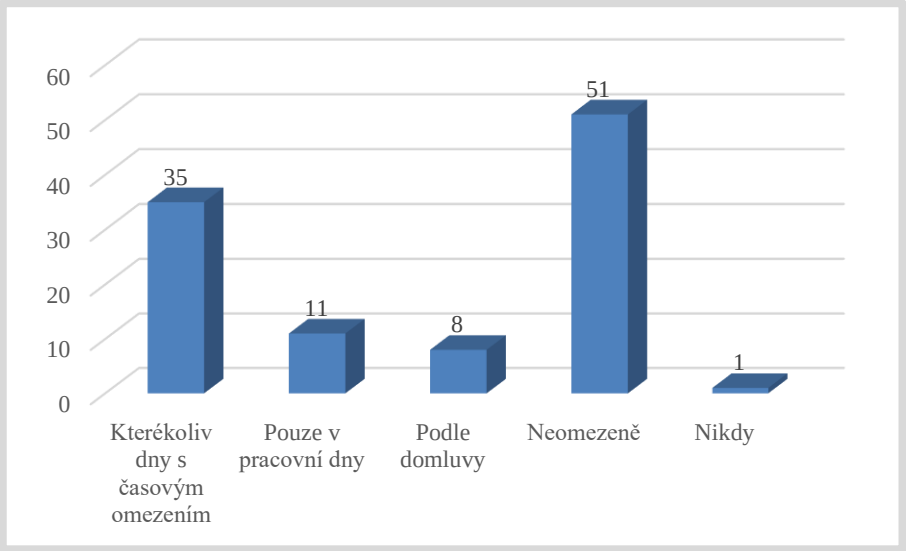
Graf 12: Spolupráce s ordinací gynekologa/ pediatra (n=106)

V grafu 12 (otázka č. 14) vidíme, zda laktační poradkyně spolupracují s gynekologem nebo pediatrem. Zde byla možnost zvolit více odpovědí. S pediatrem ani s gynekologem nespolupracuje 53,39 % (n=63) laktačních poradkyň, 22,88 % (n=27) spolupracuje s pediatrem, 11,02 % (n=13) spolupracuje s gynekologem, 6,78 % (n= 8) pracuje v ordinaci pediatra a 5,93 % (n=7) poradkyň pracuje v ordinaci gynekologa.



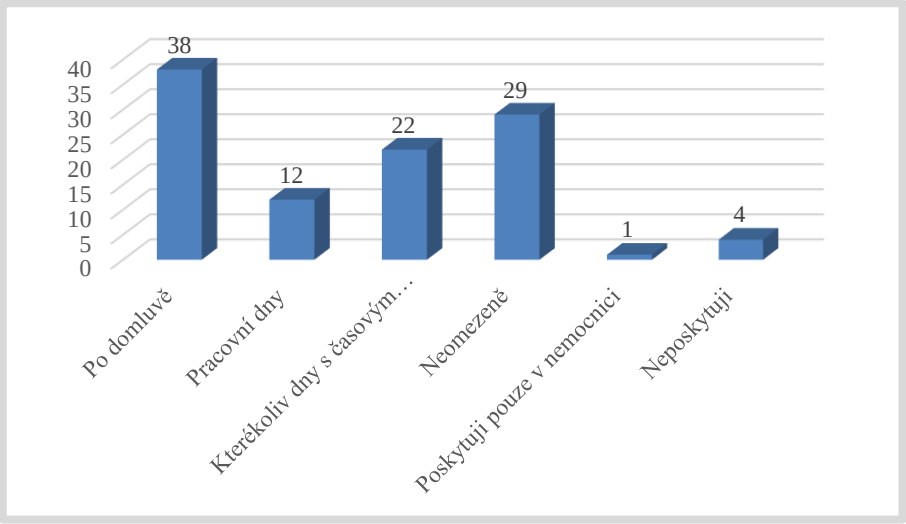
Graf 13: Formy poskytovaného laktačního poradenství (n=106)

Graf 13 (otázka č. 15) ukazuje, jaké formy laktačního poradenství poskytují poradkyně. Zde byla možnost zvolit více odpovědí. Poradenství v domácím prostředí matky poskytuje 28,74 % (n=98) poradkyň, 30,50 % (n=104) poskytuje telefonicky, 19,65 % (n=67) e-mailem, 6,16 % (n= 21) ve speciálním centru, 1,76 % (n=6) v ordinaci gynekologa, 2,05 % (n=7) v ordinaci pediatra a 11,14 % (n=38) poradkyň využívá Skype a jiné sociální sítě.



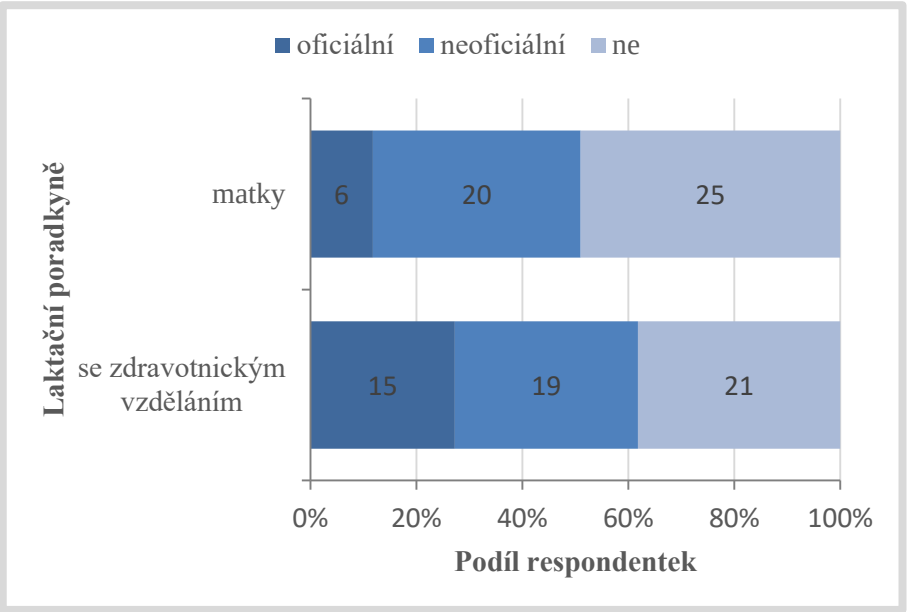
Graf 14: Doba poskytování telefonického laktačního poradenství (n=106)

Na grafu 14 (otázka č. 16) vidíme, v jaké době laktační poradkyně poskytují telefonické laktační poradenství. V kterékoliv dny s časovým omezením poskytuje poradenství 33,02 % (n=35) poradkyň, 10,38 % (n=11) poskytuje pouze v pracovní dny, 7,55 % (n=8) poskytuje podle domluvy, 48,11 % (n=51) poskytuje poradenství neomezeně a 0,94 % (n=1) poradkyň telefonické poradenství neposkytuje.



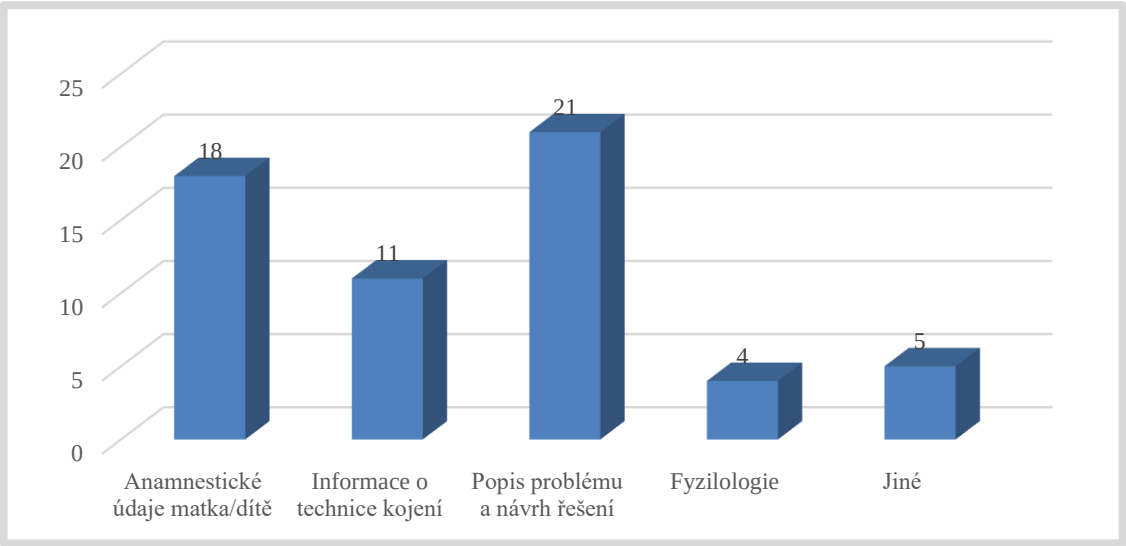
Graf 15:Doba, kdy laktační poradkyně poskytují poradenství v terénu (n=106)

Graf 15 (otázka č. 17) ukazuje, v jaké době poskytují poradkyně laktační poradenství v terénu. Po domluvě poskytuje poradenství 35,85 % (n=38), 11,32 % (n=12) v pracovní dny, 20,75 % (n=22) v kterékoliv dny s časovým omezením, 27,36 % (n=29) poskytuje neomezeně, 0,94 % (n=1) poskytuje pouze v nemocnici a 3,77 % (n=4) poradkyň poradenství v terénu neposkytuje.



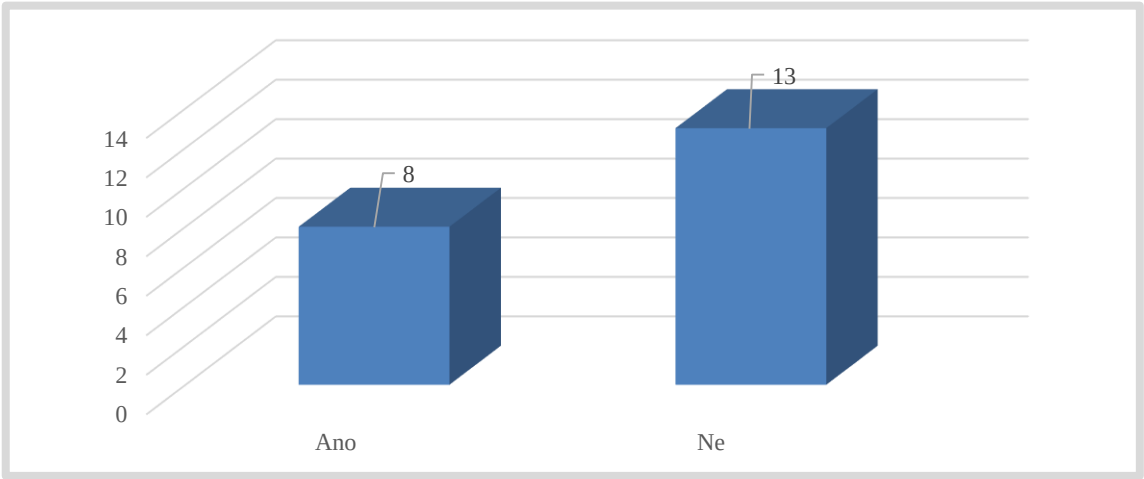
Graf 16: Používání dokumentace při poskytování laktačního poradenství (n=106)

Na grafu 16 (otázka č. 18 a 21) vidíme, zda laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním a laktační poradkyně-matky používají oficiální dokumentaci, neoficiální dokumentaci, nebo zda nepoužívají dokumentaci žádnou. Oficiální dokumentaci používá 11,76 % (n=6) laktačních poradkyň - matek a 27,27 % (n=15) laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Neoficiální dokumentaci používá 39,22 % (n=20) laktačních poradkyň - matek a 34,55 % (n=19) laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním, 49,02 % (n=25) poradkyň - matek a 38,18 % (n=21) poradkyň se zdravotnickým vzděláním nepoužívá žádnou dokumentaci.



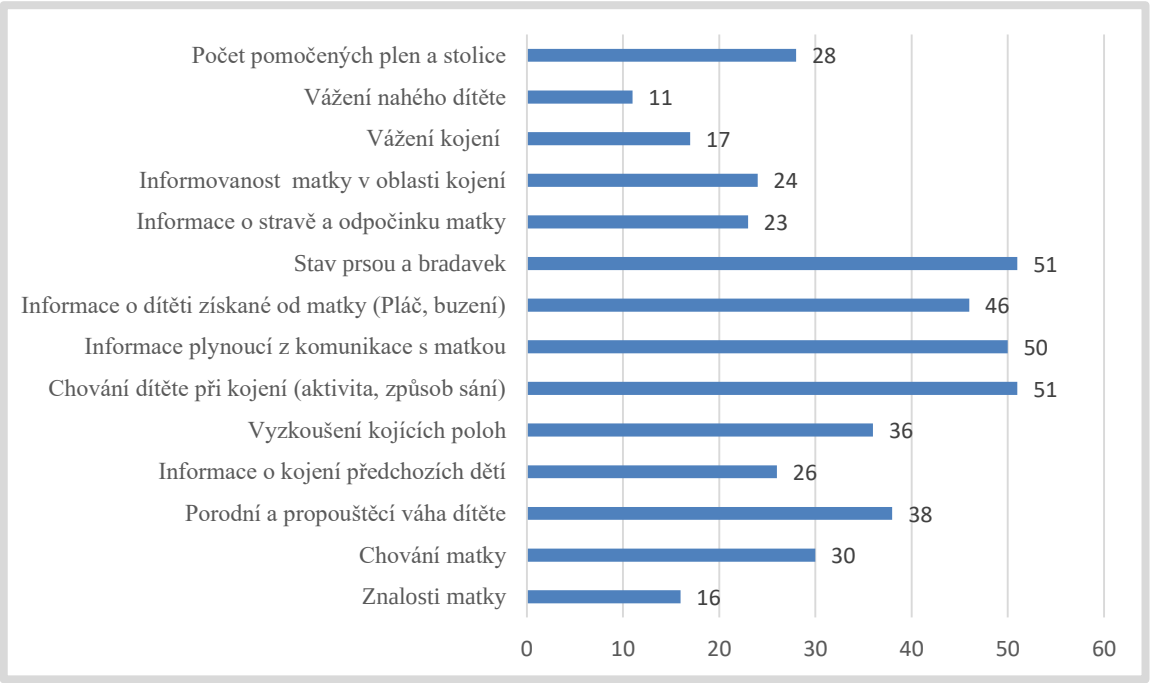
Graf 17: Obsah oficiální dokumentace používané laktačními poradkyněmi (n=21)

Na grafu 17 (otázka č. 19) vidíme, jaké informace obsahuje dokumentace laktačních poradkyň, které vlastní oficiální dokumentaci. Anamnestické údaje matka/ dítě zaznamenává 30,51 % (n=18) poradkyň, informace o technice kojení 18,64 % (n=11), popis problému a návrh řešení zaznamenává 35,59 % (n= 21), informace z fyziologie zaznamenává 6,78 % (n=4) a 8,47 % (n=5) poradkyň zaznamenává jiné údaje. Zde byla možnost zvolit více odpovědí.



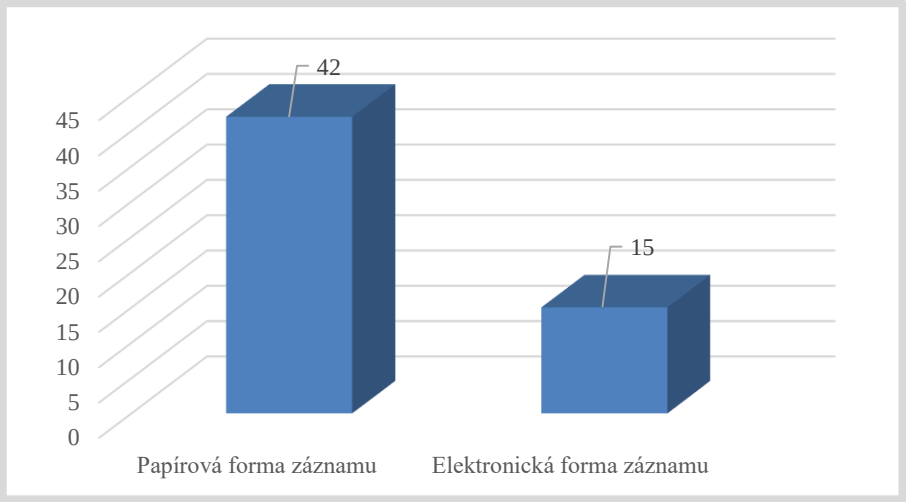
Graf 18: Hodnotící škála jako součást oficiální dokumentace laktačních poradkyň (n=21)

Graf 18 (otázka č. 20) informuje o používání hodnotící škály v oficiální dokumentaci laktačních poradkyň. Na otázku „Obsahuje Vaše dokumentace nějakou hodnotící škálu?“ odpovědělo 38,10 % (n=8) poradkyň ano a 61,90 % (n=13) poradkyň odpovědělo ne.



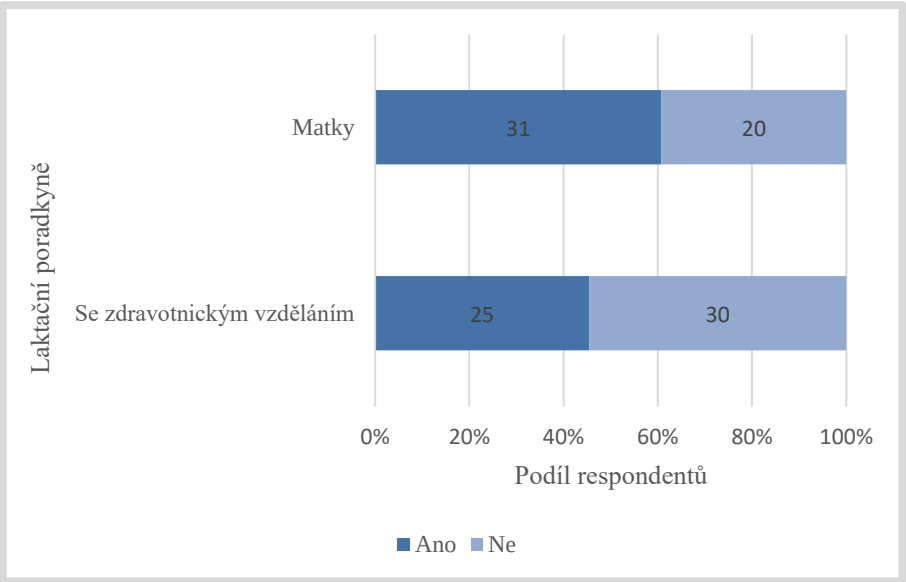
Graf 19: Nejčastěji zaznamenávané údaje (n=57)

Graf 19 (otázka č. 22) zobrazuje nejčastěji zaznamenávané údaje laktačními poradkyněmi, které nevlastní oficiální dokumentaci. Počet pomočených plen a stolice zaznamenává 6,26 % (n=28) poradkyň, 2,46 % (n=11) vážení nahého dítěte, 3,80 % (n=17) vážení kojení, 5,37 % (n=24) informovanost matky v oblasti kojení, 5,15 % (n=23) informovanost o stravě a odpočinku matky, 11,41 % (n=51) stav prsou a bradavek, 10,29 % (n= 46) informace o dítěti získané od matky (pláč, buzení), 11,19 % (n= 50) informace plynoucí z komunikace s matkou, 11,41 % (n=51) chování dítěte při kojení (aktivita, způsob sání), 8,05 % (n=36) vyzkoušení kojících poloh, 5,82 % (n=26) informace o kojení předchozích dětí, 8,50 % (n=38) porodní a propouštěcí váhu dítěte, 6,71 % (n=30) chování matky a 3,58 % (n=16) poradkyň zaznamenává znalosti matky. Zde byla možnost zvolit více odpovědí.



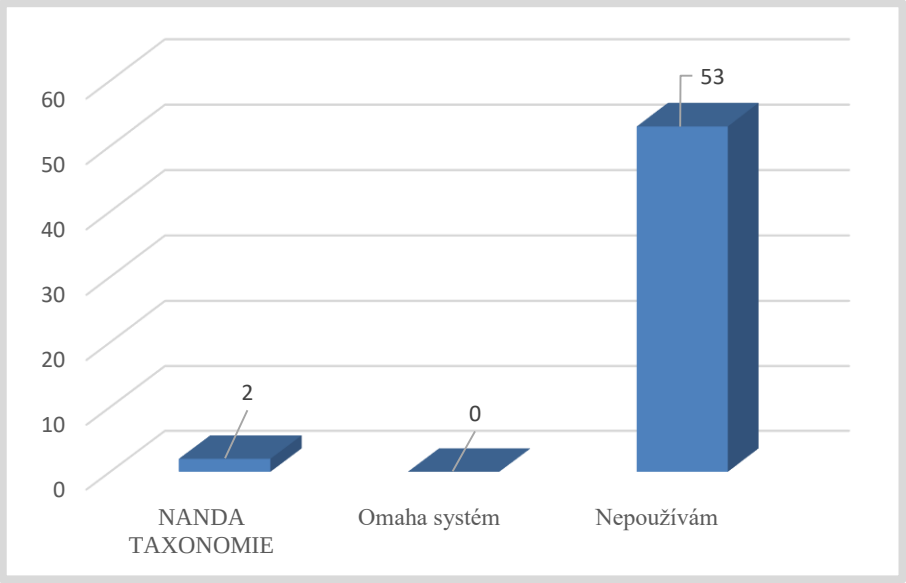
Graf 20: Způsob zaznamenávání údajů z konzultace (n=57)

Graf 20 (otázka č. 23) ukazuje, jakou formou poradkyně zaznamenávají údaje z konzultace. Papírovou formu záznamu využívá 73,68 % (n=42) poradkyň a 26,32 % (n=15) poradkyň využívá elektronickou formu záznamu.



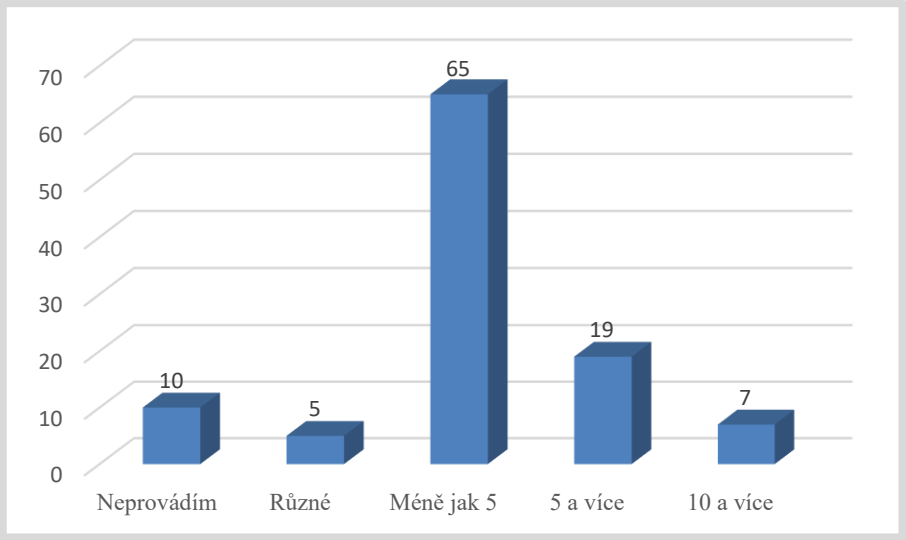
Graf 21: Zájem o vytvoření standardizované dokumentace pro laktační poradenství (n=106)

Graf 21 (otázka č. 24) reflektuje odpovědi na otázku „Měla byste zájem o standardizovanou dokumentaci vytvořenou pro laktační poradenství?“ Ano, odpovědělo 60,78 % (n=31) laktačních poradkyň - matek a 45,45 % (n=25) laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Ne, odpovědělo 39,22 % (n=20) laktačních poradkyň - matek a 54,55 % (n=30) laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním.



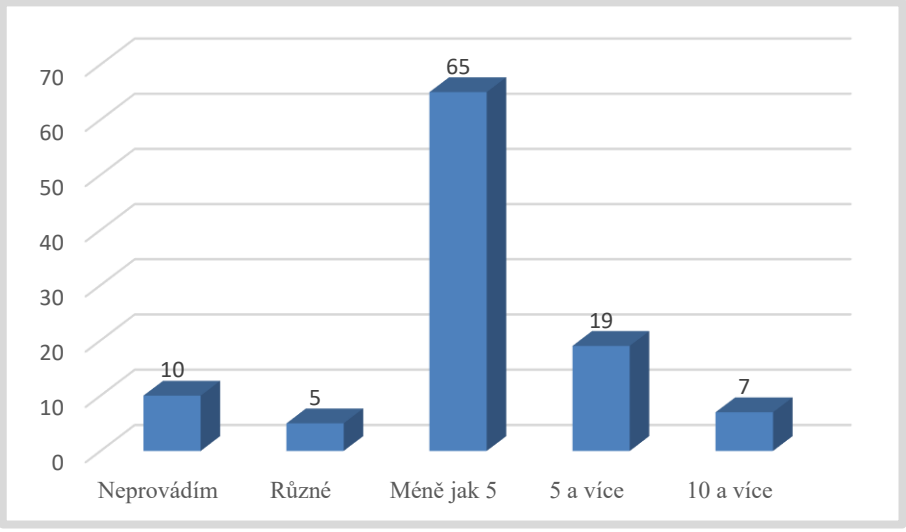
Graf 22: Používání standardizované taxonomie ošetřovatelských problémů (n=55)

Graf 22 (otázka č. 25) znázorňuje používání standardizované taxonomie ošetřovatelských problémů. Respondentky se zdravotnickým vzděláním na otázku „Používáte některou ze standardizovaných taxonomií ošetřovatelských problémů?“ odpověděly ve 3,64 % (n=2) případu, že používají NANDA taxonomii, Omaha systém používá 0 % (n=0) z dotazovaných a 96,36 % (n=104) respondentů nepoužívá žádnou z ošetřovatelských taxonomií.



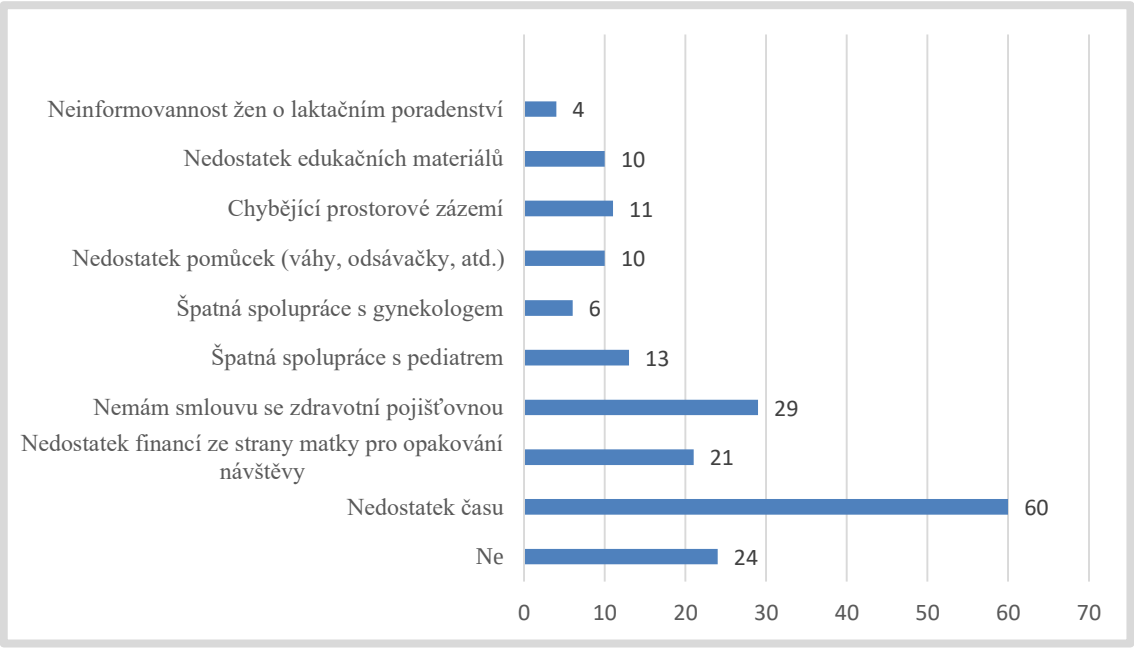
Graf 23: Počet poskytnutých domácích konzultací za 1 měsíc (n=106)

Graf 23 (otázka č. 26) informuje o počtu poskytnutých konzultací poradkyněmi za 1 měsíc. Domácí konzultace neprovádí 9,43 % (n=10) poradkyň, 4,72 % (n=5) poradkyň uvedlo, že je to různé, 61,32 % (n=65) poskytne méně jak 5 konzultací měsíčně, 17,92 % (n=19) poskytne 5 a více konzultací a 6,60 % (n=7) poradkyň poskytne 10 a více konzultací.



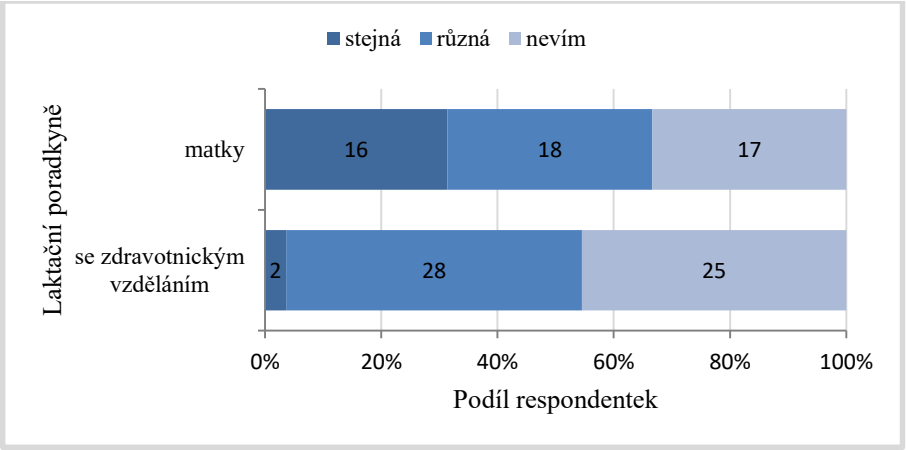
Graf 24: Počet telefonických konzultací za 1 měsíc (n=106)

Graf 24 (otázka č. 27) informuje o počtu provedených telefonických konzultací laktačními poradkyněmi za měsíc. Že je to různé, uvedlo 4,72 % (n=5) poradkyň, 25,47 % (n=27) vyřídí 10 a více konzultací, 41,51 % (n=44) provede méně jak 5 konzultací a 28,30 % (n=30) poradkyň uvedlo 5 a více poskytnutých konzultací za měsíc.



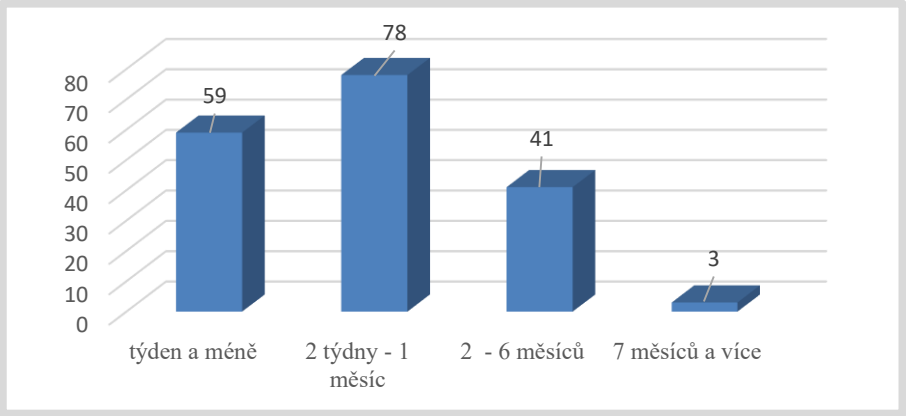
Graf 25: Problémy při poskytování laktačního poradenství (n=106)

Graf 25 (otázka č. 28) poukazuje na problémy, se kterými se laktační poradkyně při poskytování poradenství potýkají. Respondentky mohly označit více odpovědí. Neinformovanost žen o laktačním poradenství označilo 2,13 % (n=4) poradkyň, nedostatek edukačních materiálů označilo 5,32 % (n=10), chybějící prostorové zázemí 5,85 % (n=11), nedostatek pomůcek (váhy, odsávačky, atd.) 5,32 % (n=10), špatná spolupráce s gynekologem 3,19 % (n=6), špatná spolupráce s pediatrem 6,91 % (n=13), 15,43 % (n=29) poradkyň uvedlo, že nemají smlouvu s pojišťovnou, 11,17 % (n=21) uvedlo nedostatek financí ze strany matky pro opakování návštěvy a 31,91 % (n=60) nedostatek času a 12,77 % (n=24) poradkyň nemá žádné problémy. Zde byla možnost zvolit více odpovědí.



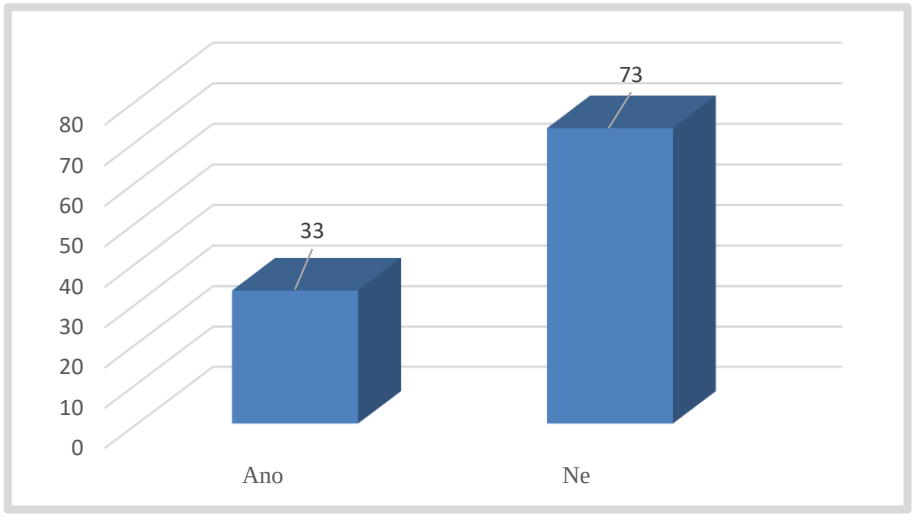
Graf 26: Názor na úroveň laktačního poradenství (n=106)

Graf 26 (otázka č. 29) reflektuje odpovědi na otázku „Myslíte si, že je poskytováno laktační poradenství zdravotnickými laktačními poradkyněmi a nezdravotnickými laktačními poradkyněmi - matkami na stejné úrovni?“ Že je úroveň stejná, si myslí 31,37 % (n=16) poradkyň - matek a 3,64 % (n=2) poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Že je úroveň různá, si myslí 35,29 % (n=18) poradkyň - matek a 50,91 % (n=28) poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Odpověď „Nevím“ označilo 33,33 % (n=17) poradkyň - matek a 45,45 % (n=25) poradkyň se zdravotnickým vzděláním.



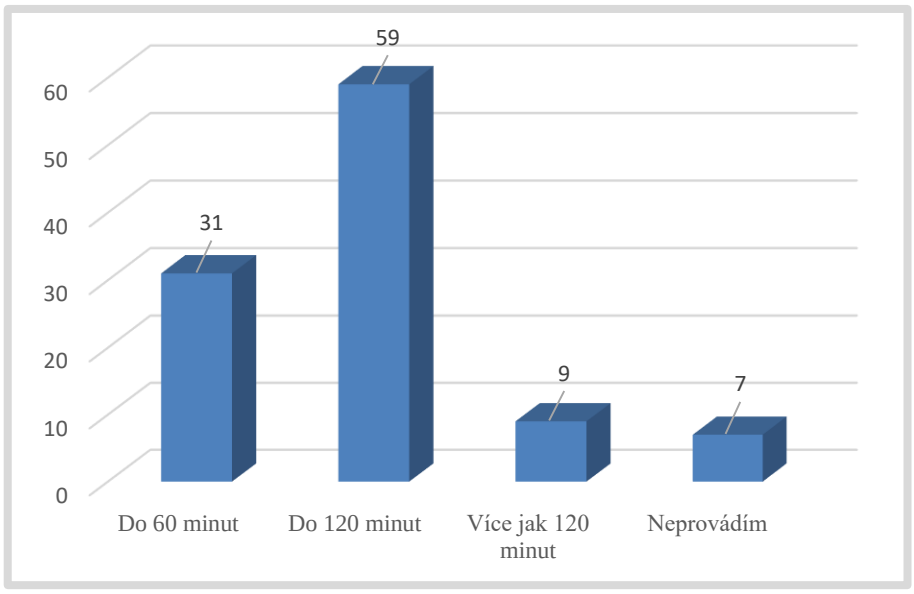
Graf 27: Kontaktování laktační poradkyně matkou v časovém horizontu od propuštění z porodnice (n=106)

Graf 27 (otázka č. 31) ukazuje, v jakém časovém horizontu od propuštění z porodnice matky kontaktují laktační poradkyně. Týden a méně od porodu jsou kontaktovány poradkyně ve, 32,60 % (n=59) případu, 43,09 % (n=78) 2 týdny – 1 měsíc, 22,65 % (n=41) označilo 2–6 měsíců a 1,66 % (n=3) poradkyň uvedlo 7 měsíců a více.



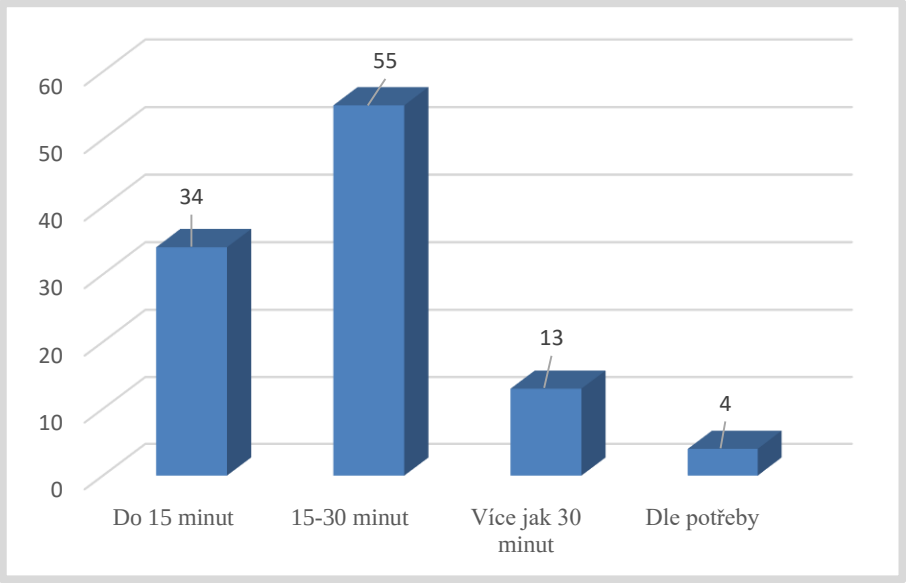
Graf 28: Žádost ženy o konzultaci ohledně kojení před porodem (n=106)

Graf 28 (otázka č. 32) odpovídá na otázku „Žádají si Vás ženy na konzultaci ohledně kojení, vyšetření prsou a bradavek ještě před plánovaným porodem?“ Ano odpovědělo 31,13 % (n=33) poradkyň a ne odpovědělo 68,87 % (n=73) poradkyň.



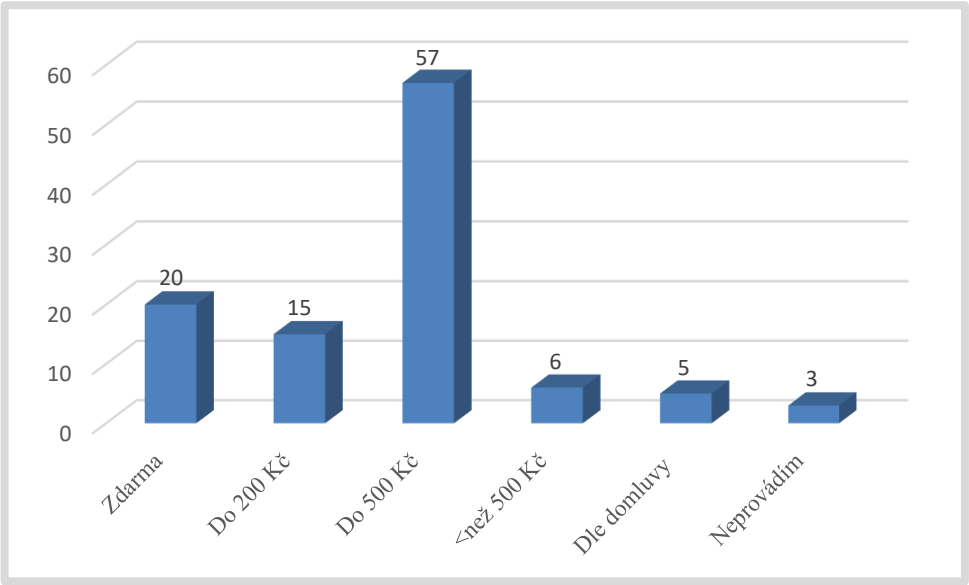
Graf 29: Obvyklá délka domácí konzultace laktační poradkyně s matkou (n=106)

Graf 29 (otázka č. 33) zobrazuje data týkající se obvyklé délky domácí konzultace laktační poradkyně s matkou. Do 60 minut trvá domácí konzultace 29,25 % (n=31) poradkyním, 55,66 % (n=59) do 120 minut, 8,49 % (n=9) má konzultaci delší více jak 120 minut a 6,60 % (n=7) poradkyň domácí konzultaci neprovádí.



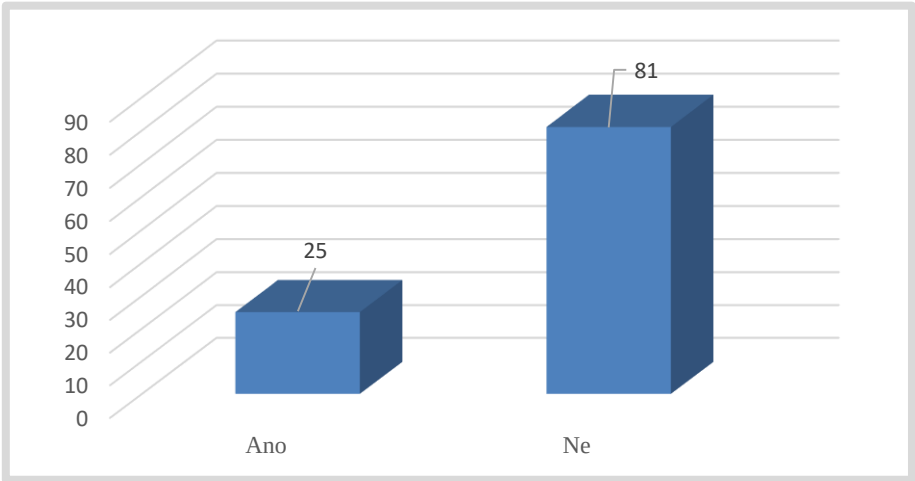
Graf 30: Délka telefonické konzultace laktační poradkyně s matkou (n=106)

Graf 30 (otázka č. 34) nás informuje o délce telefonické konzultace laktační poradkyně s matkou. Telefonický hovor do 15 minut trvá 32,08 % (n=34) poradkyň, 51,89 % (n=55) trvá 15–30 minut, 12,26 % (n=13) více jak 30 minut a 3,77 % (n=4) poradkyní uvedlo jako odpověď „dle potřeby“.



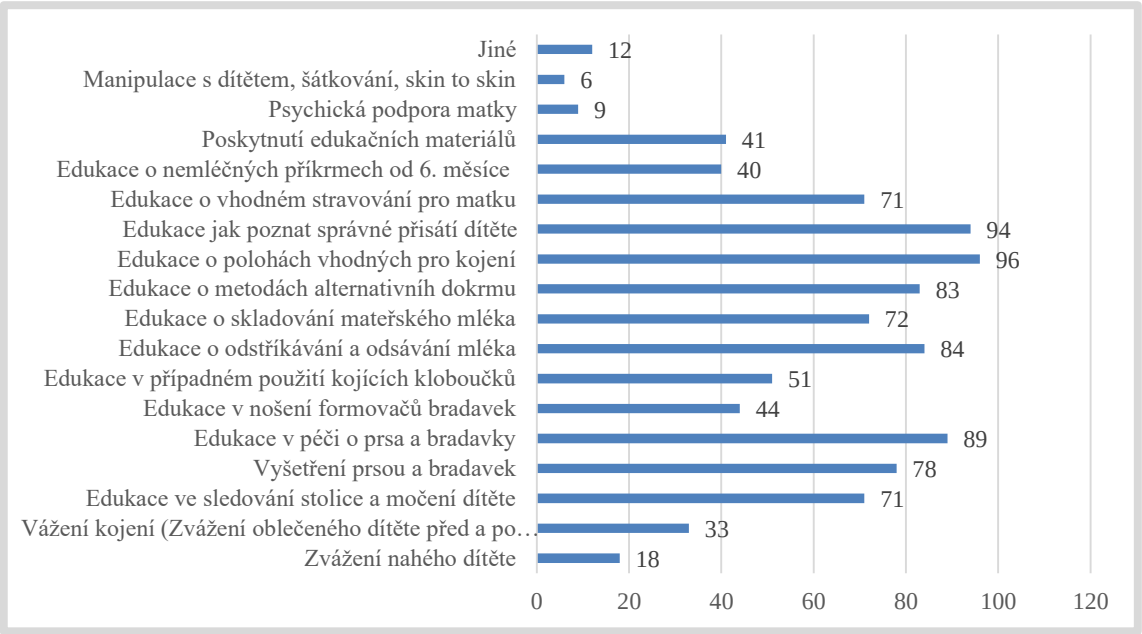
Graf 31: Cena domácí konzultace (60 minut) s laktační poradkyní (n=106)

Graf 31 (otázka č. 35) informuje o ceně domácí konzultace (za 60 minut) jednotlivých laktačních poradkyň. Domácí konzultace zdarma poskytuje 18,87 % (n=20) poradkyň, 14,15 % (n=15) si účtuje za konzultaci do 200 Kč, konzultace u 53,77 % (n=57) poradkyň stojí do 500 Kč, 5,66 % (n=6) si účtuje více jak 500 Kč, 4,72 % (n= 5) poradkyň stanovuje cenu až po domluvě a 2,83 % (n=3) poradkyň domácí konzultace neprovádí.



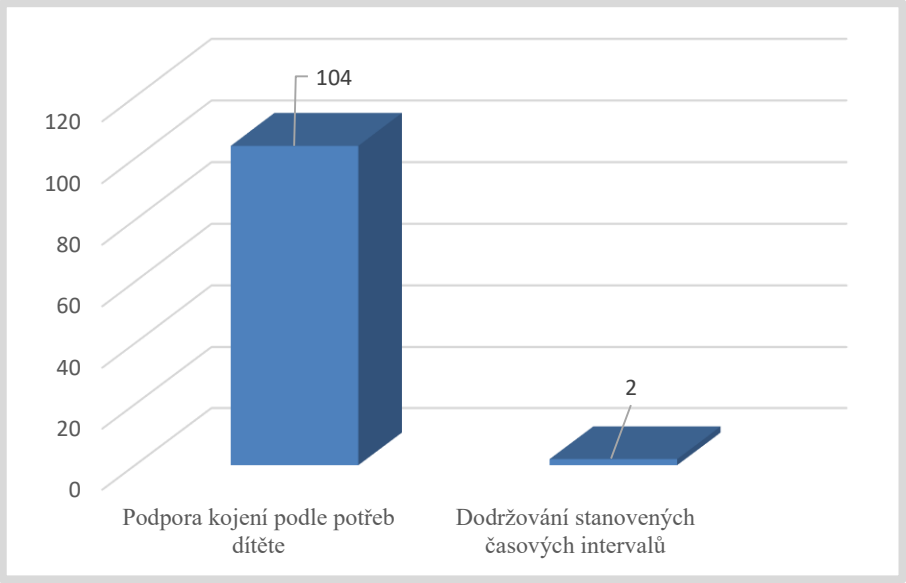
Graf 32: Delší hospitalizace ženy má lepší vliv na kojení (n= 106)

Graf 32 (otázka č. 36) shromažďuje odpovědi z otázky: „Myslíte si, že delší hospitalizace ženy a dítěte v porodnici má lepší vliv na kojení?“ Ano, odpovědělo 23,58 % (n=25) poradkyň a 76,42 % (n=81) poradkyň odpovědělo, že ne.



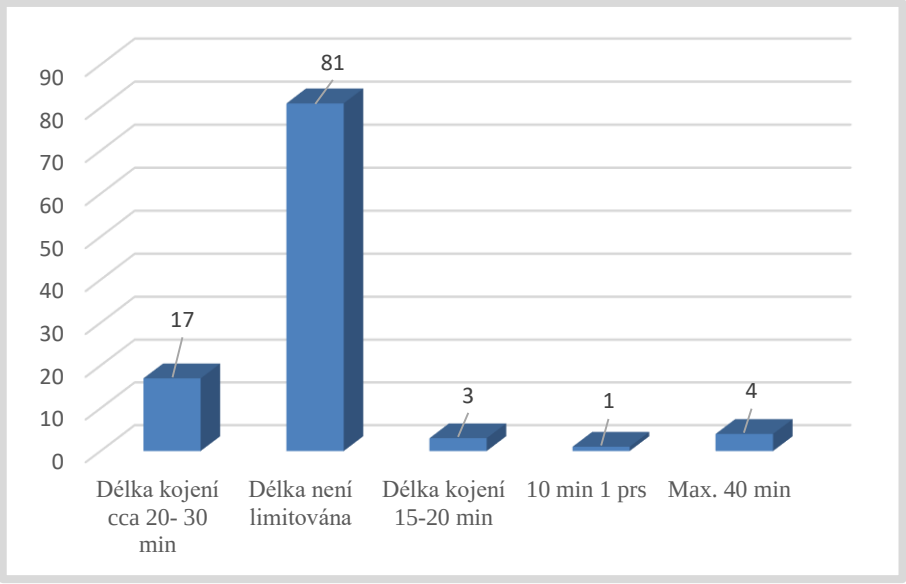
Graf 33: Činnosti poskytované při osobní konzultaci (n=106)

Graf 33 (otázka č. 37) informuje o činnostech, které laktační poradkyně poskytují při osobní konzultaci. Jinou než nabízenou odpověď označilo 1,21 % (n=12) poradkyň, 0,60 % (n= 6) označilo manipulaci s dítětem, šátkování, skin to skin, 0,91 % (n=9) poradkyň poskytuje psychickou podporu matce, 4,13 % (n=41) poskytuje edukační materiály, 4,03 % (n=40) edukují o nemléčných příkrmech od ukončeného 6. měsíce, 7,16 % (n=71) edukuje o vhodném stravování pro matku, 9,48 % (n=94) jak poznat správné přisátí dítěte, 9,68 % (n=96) o polohách vhodných pro kojení, 8,37 % (n=83) o alternativních metodách dokrmu, 7,26 % (n=72) o skladování mateřského mléka, 8,47 % (n=84) o odstříkávání a odsávání mateřského mléka, 5,14 % (n=51) poradkyň edukuje ohledně případného použití kojících kloboučků, 4,44 % (n=44) edukuje v nošení formovačů, 8,97 % (n=89) v péči o prsa a bradavky, 7,86 % (n=78) provádí vyšetření prsou a bradavek, 7,16 % (n=71) edukuje matku ve sledování stolice a močení dítěte, 3,33 % (n=33) váží kontrolní kojení (zvážení oblečeného dítěte před a po kojení) a 1,81 % (n=18) poradkyň váží nahé dítě. Zde byla možnost zvolit více odpovědí.



Graf 34: Doporučená frekvence kojení (n=106)

Graf 34 (otázka č. 38) mapuje odpovědi na otázku: „Vámi doporučená frekvence kojení?“ Pro podporu kojení podle potřeb dítěte (zároveň s ohledem na zdravotní stav) je 98,11 % (n=104) poradkyň a 1,89 % (n=2) poradkyň je pro dodržování předem stanovených časových intervalů pro kojení.



Graf 35: Doporučený interval jednoho kojení (n=106)

Graf 35 (otázka č. 39) informuje o tom, jaký interval pro kojení poradkyně zvolily. Pro pevnou délku kojení (cca 20–30 minut) je 16,04 % (n=17) poradkyň, 76,42 % (n=81) odpovědělo, že délka kojení není limitována, 2,83 % (n=3) označilo pevnou délku kojení 15–20 minut, 0,94 % (n=1) uvedlo 10 minut na 1 prs a 3,77 % (n=4) poradkyň uvedlo v odpovědích max. 40 minut.

4.1.1 Statistické zpracování hypotéz

H1 (H_0): Neexistují rozdíly v poskytování laktačního poradenství mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

H1 (H_A): Existují rozdíly v poskytování laktačního poradenství mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

Tato hypotéza byla otestována prostřednictvím chí-kvadrát testu. Jelikož naše stanovená hypotéza H1 nebyla vůči testovaným skupinám pozitivní, bylo nutné stanovit si nulovou hypotézu. Na základě dosažené hladiny významnosti můžeme tedy říci, že námi stanovená **hypotéza se potvrdila.**

Názor laktačních poradkyň na úroveň poskytovaného poradenství se liší podle toho, zda se jedná o poradkyni s, nebo bez zdravotnického vzdělání.

Dosažená hladina významnosti chí-kvadrát testu p = 0,1 %.

Kontingenční tabulka 1: Otázka 29 Úroveň laktačního poradenství

laktační poradkyně	**stejná**	**různá**	**nevím**	**Celkem**
zdravotnické vzdělání	2	28	25	**55**
matky	16	18	17	**51**
Celkem	**18**	**46**	**42**	**106**

Odpovědi respondentek na otázku č. 29: „Myslíte si, že je poskytováno laktační poradenství zdravotnickými laktačními poradkyněmi a nezdravotnickými laktačními poradkyněmi-matkami na stejné úrovni?“ Názor laktačních poradkyň na úroveň poskytovaného poradenství se liší podle toho, zda se jedná o poradkyni s, nebo bez zdravotnického vzdělání. Je zajímavé, že zdravotnicky vzdělané poradkyně si mnohem častěji myslí, že úrovně se liší, anebo neumí rozdíl posoudit. Poradkyně-matky si stejně často myslí, že jsou úrovně stejné, různé, nebo nemají vyhraněný názor.

H2 (H_0):Neexistují rozdíly v zaznamenávání údajů od kojících matek mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

H2 (H_A): Existují rozdíly v zaznamenávání údajů od kojících matek mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi

Tato hypotéza byla také otestována prostřednictvím chí-kvadrát testu. Jelikož naše stanovená hypotéza H2 nebyla vůči testovaným skupinám pozitivní, bylo nutné stanovit si nulovou hypotézu. Na základě dosažené hladiny významnosti můžeme tedy říci, že námi stanovená H_A hypotéza **se nepotvrdila a platí hypotéza nulová.**

Dosažená hladina významnosti chí-kvadrát testu p = 13%.

Kontingenční tabulka 2: otázka 18 a 21 Používání dokumentace

laktační poradkyně	oficiální	neoficiální	ne	Celkem
zdravotnické vzdělání	15	19	21	**55**
matky	6	20	25	**51**
Celkem	**21**	**39**	**46**	**106**

Odpovědi respondentek na otázku č. 18: „Využíváte nějakou dokumentaci (ošetřovatelský záznam) při poskytování poradenství?“ a otázku č. 21: „Pokud dokumentaci nemáte, zaznamenáváte si údaje z konzultace?“ Z tabulky lze vidět, že *respondentky se v používání dokumentace neliší.*

H3 (H_0): Laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním používají standardizovanou ošetřovatelskou taxonomii

H3 (H_A): Laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním nepoužívají standardizovanou ošetřovatelskou taxonomii

Pro test této hypotézy byl použit také chí-kvadrát test. Pro potvrzení hypotézy byla stanovena hladina významnosti 80 %. Tato hladina významnosti **nebyla potvrzena**. Lze tedy říci, že laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním používajících standardizovanou taxonomii není 80 %, je jich mnohem méně, než předpokládala hypotéza.

Dosažená hladina významnosti chí- kvadrát testu p = 1,66E-45.

Kontingenční tabulka 3: Otázka 25 Používání standardizované taxonomie ošetřovatelských problémů

laktační poradkyně	NANDA taxonomie	Omaha systém	nepoužívám	Celkem
zdravotnické vzdělání	2	0	53	**55**
matky	0	0	51	**51**
Celkem	**2**	**0**	**104**	**106**

Odpovědi respondentek na otázku č. 25: „Používáte některou ze standardizovaných taxonomií ošetřovatelských problémů?“ Tato otázka se týkala pouze zdravotníků.

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu

Výzkumný vzorek kvalitativního výzkumu tvořilo šest laktačních poradkyň, z toho 1 je porodní asistentka (P1), 1 všeobecná sestra (P2) a poradkyně P3–P6 jsou dětské sestry.

4.2.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů

Výsledky rozhovorů byly zpracovány do 7 kategorií - Názor na 1. část dokumentace; Názor na 2. část dokumentace; Názor na 3. část dokumentace; Názor na 4. část dokumentace; Názor na 5. část dokumentace; Názor na průvodce dokumentací; poslední kategorií jsou Pozitiva a negativa vytvořené dokumentace.

Kategorie - Názor na 1. část dokumentace

Kategorie Názor na 1. část dokumentace se zabývá tím, jak poradkyně zhodnotily část dokumentace (Příloha 6) týkající se anamnestických údajů o matce a dítěti a vyšetření prsou. Zajímalo nás především, jak se poradkyním část dokumentace líbí a zda jim v ní něco chybí, případně zda by něco vypustily.

Všech šest z dotázaných poradkyň by tuto část dokumentace využilo. Líbí se jim forma části dokumentace a její přehlednost. Některé poradkyně (P1, P4, P5, P6) by do téhle části ještě něco přidaly. *„Obrázek je dobrý, možná bych přidala jednotlivé kvadranty“* (P1/1). *„Bylo by dobré ještě profilové zobrazení bradavek jako normální, kratší, vpáčená, ztluštělá a mít tak možnost zakreslit si ragády, hematomy atd.“* (P4/1). *„Jen u prsou mi chybí například kolonka, že prsa i bradavky jsou v pořádku“* (P1/1). Jiným poradkyním chybělo více možností ve způsobech dokrmování (P1, P5). *„Ke způsobu dokrmování bych přidala lahev a důvod, proč byla dána (jako například po dohodě, nebo pohodlnost matky)“* (P1/2). *„Ke způsobům dokrmování bych doplnila ještě kádinku a suplementor“* (P5/3). Poradkyni (P1) chybí v dokumentaci informace o způsobu vedení porodu. Uvedla: *„Jelikož si myslím, že má velký vliv na následné kojení a jeho obtíže“* (P1/3). Jako pozitivní v této části jedna poradkyně uvedla možnost zaškrtávání, které vnímá jako úsporu času (P2). Poradkyni (P5) přijde důležité vzdělání matky, které dokumentace obsahuje. Uvedla: *„Můžu na základě toho přizpůsobit komunikaci“* (P5/2). Poradkyně (P3) říká: *„Myslím si, že vystihuje vše, co je třeba zhodnotit při prvním kontaktu s matkou a s dítětem“* (P3/1).

Kategorie - Názor na 2. část dokumentace

Kategorie Názor na 2. část dokumentace seznamuje s tím, jak poradkyně vnímají Škálu pro hodnocení výsledku problémů (Likertovu škálu). Škála se týká zhodnocení znalostí, chování a stavu (Příloha 6).

Kladné zhodnocení dostala škála od 4 poradkyň (P1, P2, P3, P6), přičemž ale poradkyně (P6) uvedla, že *„až po tom, co jste mi to vysvětlila, jsem tomu porozuměla, úplně jsem totiž netušila, jak ji propojit s tou 3. částí“* (P6/3). Poradkyně (P1) uvedla: *„Úplně bezvadná mi přijde tahle škála, tu bych určitě používala. Na problematiku kojení se dá si myslím dobře napasovat“* (P1/6). Jedna z poradkyň si však myslí, že správně škálu využít a posoudit problém hlavně z fyziologického hlediska už podle ní vyžaduje *„více znalostí z oboru a fyziologie hlavně u „stavu“, takže si moc nedovedu představit poradkyně matky, jestli třeba při nějakém zánětu by dobře určily“* (P2/5). Poradkyně (P3 a P4) škálu kladně nezhodnotily. Pro poradkyni (P3) škála není přínosná, jelikož se vztahuje na část 3, kterou by také nevyužila, a poradkyně (P4) uvedla jako důvod, že tomu neporozuměla a nevěděla, koho a co má hodnotit.

Kategorie - Názor na 3. část dokumentace

Kategorie Názor na 3. část dokumentace reflektuje odpovědi sester na část dokumentace, která je rozdělena do jednotlivých domén podle systému Omaha a která nás žádá již na principu této standardizované terminologie pracovat s modifikátory, stanovovat cíle, určovat priority a hodnotit získané informace prostřednictvím Likertovy škály z 2. části dokumentace.

Na otázku, jaký máte názor na 3. část dokumentace, spočívaly odpovědi třech poradkyň (P1, P2, P5) v kladném hodnocení. Jedna poradkyně (P6) by raději zvolila elektronickou verzi, jelikož si myslí, že by se dokumentace dala rychleji vyplnit, a dvě poradkyně (P3, P4) jsou absolutně proti téhle části dokumentace. Poradkyně (P3) však uvedla, že by možná svůj názor změnila za předpokladu, že by se s touhle částí naučila pracovat, jinak ale uvedla: *„Tuto část bych nevyužila, jak jsem již zmínila, protože si myslím, že pro mě není přínosná“* (P3/4). To poradkyně (P4) uvedla: *„Téhle části vůbec nerozumím, dle mého názoru je zbytečná“* (P4/5). Poradkyním (P1, P2, P5, P6), které dokumentaci hodnotily vcelku kladně, přijde tahle část dost zdlouhavá a náročná na čas.

Poradkyně (P1) se obává toho, *„že člověk si rád stanovuje vysoké cíle a pak se z nich slevuje“* (P1/8). Poradkyni (P1) se líbí psychosociální doména: *„Přijde mi hodně dobrá, často se na tuhle oblast totiž zapomíná, protože toho chceme hodně stihnout, naučit matku kojit a máme moc málo času“* (P1/9). Poradkyně (P2) uvedla: *„Líbí se mi, že se část zaměřuje na matku, dítě a rodinu jako celek a je tímto rozhovorem prostor s matkou navázat kontakt“* (P2/12). Poradkyně (P5) hodnotila jednotlivé problémy, kde uvedla: *„Na finance bych se asi moc neptala, ale může mi to leccos říct o přístupu ke kojení“* (P5/6). V jednotlivých doménách jí chybí informace o tom, jestli se zaměřuje na matku nebo na dítě. Mimo jiné kladně hodnotí problém týkající se orálního zdraví, který označila za důležitý. Poradkyně (P1) ještě kladně hodnotí fyziologickou doménu. Uvedla: *„Zde ve fyziologické doméně se naprosto hodí ty střevní a močové funkce, jelikož to je u dítěte při kojení důležité hlídat. Ze stolice se toho dá hodně vyčíst. Jen bych upřesnila do tabulky, že se jedná o dítě“* (P1/13). Jedna poradkyně (P2) ještě zmínila, že pro práci s touto částí by se potřebovala nejprve zapracovat, a uvedla: *„Aby mi netrvala dlouho, protože když jsem to zkoušela, tak chvilku trvalo, než jsem se naučila vše propojovat, dopisovat a hodnotit“* (P2/7).

Kategorie - Názor na 4. část dokumentace

Tato kategorie prezentuje názory poradkyň na 4. část dokumentace. Tato část je zaměřená již na praktické intervence, hodnocení a sledování kojení a obsahuje také graf růstové křivky. Kategorie „Sledování“ v páté části dokumentace (intervenční část) s částí 4. souvisí.

Na otázku, jaký máte názor na 4. část dokumentace, odpovědělo všech 6 dotázaných poradkyň (P1–P6) velmi kladně. Tato část jim přijde dobře prakticky využitelná, hezky zpracovaná a je to podle nich právě to, co při své práci potřebují. Zmiňovaly odpovědi typu: *„Tahle část je určitě výborná pro praktickou část konzultace a hodnocení při opakovaných návštěvách“* (P2/13). *„Tahle část je pro mě určitě využitelná a líbí se mi, vhodný je i růstový graf. Tuhle část považuji za přínosnou“* (P3/6,7). Poradkyním (P4 a P5) se dokumentace líbí, jak již bylo zmíněno, ale doplnily by i něco navíc*: „Eventuálně bych uvítala víc prostoru na psaní při návštěvě“* (P4/6). Poradkyně (P5) uvedla: *„Líbila by se mi zde kolonka pro vážení kojení, jen orientačně, samozřejmě matku nestresovat, že je to špatně“* (P5/12).

Kategorie - Názor na 5. část dokumentace

Tuto kategorii jsme stanovili pro analýzu odpovědí na otázku, jaký máte názor na 5. část dokumentace. Tahle část se zabývá intervencemi a je členěna podle systému Omaha do čtyř kategorií: Edukace, vedení, poradenství; Léčba a terapeutické postupy; Sledování a Case management.

Tuto část dokumentace zvolily 3 poradkyně jako vhodnou pro svou práci (P1, P2, P6), dvě poradkyně (P3, P5) ji nehodnotily záporně nebo nevyužitelně, ale měly nějaké výhrady a návrhy pro změnu. Jedné poradkyni (P4) přijde naprosto zbytečná, uvedla: *„Bod o nemléčných příkrmech bych vůbec neuváděla a celá část pět mi přijde zbytečná, jelikož intervence použiji již v části 4“* (P4/8). Poradkyně (P1) by chtěla *„přidat kolonku o tom, jestli nosila formovače před porodem a jestli jí byla vyšetřena prsa v těhotenství“* (P1/19). Dále hodnotí velmi kladně: *„Oblast komunikace mezi poskytovateli je důležitá, myslím si, že je dobré mít spřáteleného gynekologa, jelikož pak informuje matky o možnosti využít příspěvek od pojišťoven“* (P5/21). Poradkyně (P2) zmínila: *„Podle mě je to část, která zajistí komplexnost celé té dokumentace, nezapomenu díky ní na nic“* (P2/15). Poradkyně (P3 a P5), kterým se tato část líbila, ale měly nějaké výhrady, odpověděly: *„Tahle část je hodně podrobná a využila bych pouze - Edukaci/ Vedení/ Poradenství; Léčba a terapeutické postupy a Sledování“* (P3/8). Poradkyně (P5) by z téhle části vyřadila oblast Case management a kolonka pro pediatra jí přijde zbytečná. Dále uvedla: *„Jelikož většinou přijdou ženy právě proto, že pediatr nefunguje“* (P5/15). Této poradkyni také přijde důležitá oblast zvládání dovedností a doporučení vhodných internetových stránek. Poradkyně (P6) informuje o důležitosti této části pro kolektiv, kterou může mít. *„Tohle se mi líbí moc, že na nic nezapomenu a v kolektivu nebo když je pak víc poradkyň, tak to nutí všechny postupovat stejně. Je to takový stejný mustr pro všechny“* (P6/8,9).

Kategorie - Názor na průvodce dokumentací

Tato kategorie byla stanovena pro analýzu odpovědí vyplývajících z názoru na vypracovaného průvodce dokumentací. Ten funguje jako ucelený návod pro práci s dokumentací.

Pěti laktačním poradkyním (P1, P2, P3, P5, P6) přijde dobře zpracovaný a vhodný. Dvěma z nich (P1, P2) přijde velmi důležitý a nevěděly by, jak s dokumentací pracovat, případně jak jednotlivé části propojit. Poradkyni (P4) to přijde celé zdlouhavé a poradkyně (P1) uvedla: *„Bez něj bych asi úplně nevěděla, jak všechny části propojit, teda hlavně tu třetí a pátou. O Omaha systému už jsem něco slyšela, ale jak se s ním pracuje, pořádně nevím“* (P1/27, 28). Poradkyně (P2) zmínila, že *„bez něj bych asi netušila vůbec, co mám dělat, co jsou ty různé kategorie a modifikátory, ale stejně si asi úplně nejsem jistá, chtělo by si to o tom systému ještě něco přečíst, když bych ho chtěla používat, jako že i chtěla docela“* (P2/17, 18, 19). Poradkyně (P5) vidí důležitost průvodce hlavně v začátcích používání a uvedla: *„Ale možná by se mohl zredukovat“* (P5/19). Poradkyně (P6) je podobného názoru a odpověděla: *„Nechápala jsem asi jen tu část tři, ale to protože jsem nevěděla, jak se s tím systémem Omaha pracuje, možná bych potřebovala nejdřív nějaké školení nebo vysvětlení. Ve škole jsme se o něm myslím neučili“* (P6/10, 11, 12).

Kategorie - Pozitiva a negativa vytvořené dokumentace

Tato kategorie byla stanovena pro analýzu zabývající se celkovým pohledem poradkyň na vytvořenou dokumentaci.

Časovou náročnost zmínily poradkyně (P1, P2, P4, P6). Poradkyně (P1) nám sdělila: *„Je ale podle mého časově náročná, zabere mi tak 15 minut, a když mám třeba od pojišťovny proplaceny jen 3 konzultace, z nichž má každá 60 minut, a měla jsem s matkou stihnout i jiné věci než jen nakojit, tak to se nedá; buď bych to musela dělat ze svého volného času navíc nebo třeba tu třetí část dopisovat až doma“* (P1/31–34). Podobného názoru jsou i další 3 výše zmíněné poradkyně. Poradkyně (P2) si navíc myslí, *„že s dobře vedenou dokumentací působí poradkyně více profesionálně a že tahle dokumentace může být prostředníkem, jak s matkou navázat kontakt“* (P1/21, 22). Poradkyně (P2) vidí také nevýhodu v množství papírů a klidně by používala i tablet

s tabulkou v Excelu. Poradkyně (P3) by využila pouze 1. a 4. část, jinak jí dokumentace přijde moc podrobná a v praxi by ji nevyužila. Poradkyně (P4) by dokumentaci také nevyužila, ale hodnotí ji pozitivně a uvedla: *„Dokumentace mi přijde přínosná ve zhodnocení dané situace a adekvátním porovnání situace kojení“* (P4/11, 12). Poradkyně (P6) hodnotí negativně ruční vypisování, což ale poradkyně (P5) hodnotí pozitivně: *„Asi tak 75 % dokumentace mi přijde přínosných a tuhle tištěnou formu bych uvítala, zaznamenávám do Wordu a musím se pořád vracet a listovat“* (P5/20, 21). Poradkyně (P6) zmínila: *„Takhle standardizovaná dokumentace je dobrá pro zhodnocení výsledků, nápravu řešení a může se hodit pro statistické zpracování“* (P6/16, 17). Tato poradkyně hodnotí pozitivně i komplexnost dokumentace a to, že se na nic nezapomene.

5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá laktačním poradenstvím a implementací systému Omaha. Z dostupných zdrojů víme, že při propuštění z porodnice je výlučně kojeno cca 82 % novorozenců. Přesto statistiky ukazují, že je výlučně kojeno v 6 týdnech pouze 27,5 % kojenců a ve 3 měsících pouze 15,3 % kojenců (Laktační liga, 2018c). Významnou roli při podpoře v kojení má správná edukace matek. Laktační liga organizuje specializované kurzy pro laktační poradkyně z řad zdravotníků a laické veřejnosti – matek. Získání certifikátu laktační poradkyně opravňuje k poskytování poradenství v oblasti kojení doma, v různých centrech či na horké lince kojení. Všechny tyto aktivity jsou velkým přínosem, avšak aby byly přínosné celoplošně, měla by fungovat jednotná komunikace mezi všemi laktačními poradci, porodními asistentkami, dětskými sestrami a gynekology. Vnímali jsme proto potřebu vytvoření jednotné dokumentace pro laktační poradenství, která by splňovala kritéria pro poskytování péče v komunitě. Právě Omaha systém je standardizovaná terminologie používaná pro plánování a hodnocení péče v oblasti komunitního ošetřovatelství. Dokumentace vytvořená na jeho podkladě spočívá v jednotnosti předávaných informací.

Abychom byli schopni vytvořit dokumentaci, která bude vyhovovat oběma skupinám poradkyň – matkám a zdravotníkům, naším zájmem bylo nejprve zjistit, jakým způsobem poradenství poskytují, zda se potýkají s nějakými problémy při jeho poskytování a v neposlední řadě, zda jsou mezi poradkyněmi zdravotníky a matkami nějaké rozdíly ve formě poskytování poradenství a jak se tyto dvě skupiny navzájem vnímají. Jelikož jsme absolvovali kurz laktačního poradenství pořádaný Laktační ligou, máme k této problematice velmi blízko. V dotazníkovém šetření jsme oslovili poradkyně z celé České republiky. Nejvíce dotazovaných bylo ze Středočeského kraje, odkud je 20,75 % poradkyň, a z Jihočeského kraje, odkud je jich 21,70 % (Graf 2).

Nejvíce zastoupená věková kategorie (Graf 1) laktačních poradkyň byla mezi 31–45 lety, a to až v 70,75 %. Domníváme se, že v tomto věkovém rozmezí mají poradkyně už jisté zkušenosti s poskytováním poradenství a problematikou kojení na úrovni profesionální nebo osobní. Laktační poradkyně-matky by měly mít dle Laktační ligy osobní zkušenosti s kojením. Námi dotázané poradkyně-matky kojily všechny, přičemž 58,82 % dotázaných poradkyň-matek má dvě děti a 47,06 % matek kojilo 25 a

více měsíců. Dotazované poradkyně se zdravotnickým vzděláním byly ve 26,39 % dětské sestry, ve 31,94 % všeobecné sestry a ve 27,78 % porodní asistentky, ostatní poradkyně měly jiné zdravotnické vzdělání.

Porodní asistentky, jak jsme se dozvěděli z rozhovorů, které tvoří kvalitativní část výzkumu, jsou jediné, se kterými zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvu. Porodní asistentka poskytuje laktační poradenství stejně jako ostatní poradkyně zdravotníci, ale protože může poskytnout péči o rodičku v šestinedělí, může si na pojišťovnu vykázat 3 návštěvy v délce 60 minut na jednu konzultaci. Z historického přehledu však víme, že do roku 1973 vykonávaly návštěvní službu dětské a ženské sestry společně. Vyhláška ze dne 27.4.1973 stanovila, že návštěvní službu v rodině, kde je novorozenec, bude vykonávat pouze dětská sestra a ženská sestra ji zastoupí, pokud nebude časově zvládat. Dětská sestra měla především edukovat matku v péči o dítě a fungovat jako aktivní dozor (Horanský, Špánik, 1975). Myslíme si, že dle starého modelu byly dětské sestře dány adekvátní kompetence, jelikož matka se musí se svým dítětem sžít a velkou problematikou v tomto období je právě dětská výživa, pokud možno kojením. K tomu všemu by matce měla být podle našeho názoru poradkyní dětská sestra. Nemyslíme si však, že by měla být ženská sestra z péče vyřazena nebo by měla dětskou sestru pouze zastupovat, jak tomu bylo, jelikož obě dvě poskytovatelky péče hrají důležitou roli v poporodním období matky i dítěte. Myslíme si, že dětská sestra by měla mít stejnou možnost jako porodní asistentka, a to možnost tří návštěv novorozence, hrazených pojišťovnou, spočívajících v edukaci o kojení a péči o dítě. Bylo by tak na matce, zda zvolí laktační poradkyni dětskou sestru, porodní asistentku nebo v ideálním případě obě. Pokud by zvolila laktační poradkyni-matku, musela by návštěvu hradit přímou platbou. Kdyby však byla dobrá spolupráce s pediatrem, kde chápeme i to, že nepouští svou dětskou sestru v rámci komunitního ošetřovatelství do terénu, a více laktačních poradkyň dětských sester, které by měly do budoucna, pokud by se něco změnilo, smlouvu s pojišťovnou, mohla by laktační poradkyně dětská sestra spolupracovat s pediatrem na vyšší úrovni bez zatížení ordinace pediatra.

V současné době podle vyhlášky č. 70/2012 Sb. dítě absolvuje 9 preventivních prohlídek v rámci jeho prvního roku života. První prohlídka by měla být do dvou dní od propuštění ze zdravotnického zařízení. Vyhláška navíc udává, že pokud to jde, měla by být vykonána v jeho vlastním sociálním prostředí. Mimo vyšetření spočívající v celkovém posouzení novorozence by mělo být posouzeno i sociální prostředí dítěte,

péče o novorozence a kojení, či umělá výživa. Ze studie Brožíkové (2016) víme, že veškeré ošetřovatelské činnosti směřují do ordinací praktického lékaře, v mnoha případech i první návštěva novorozence. Toto tvrzení potvrzují i naše výzkumy, ze kterých vyplývá, že pouze 22,88 % poradkyň spolupracuje s pediatrem a 6,87 % pracuje v ordinaci pediatra. Dnes již vidíme opravdu zřídka dětskou sestru pracující u praktického lékaře navštěvovat novorozence v domácím prostředí. Pokud dětská sestra není vyslána pediatrem, nemá oproti porodní asistentce, která může či nemusí být laktační poradkyní, jako laktační poradkyně žádnou podporu ze strany pojišťovny. Tato forma komunitního ošetřovatelství se proto přesouvá do privátní sféry například prostřednictvím laktačního poradenství a ženy za tuto službu musí platit, pokud nevyberou laktační poradkyni, která má smlouvu se zdravotní pojišťovnou, což může být ale jen porodní asistentka, jak jsme výše zmínili. Bavíme-li se o třech návštěvách novorozence po porodu, jeví se to jako banalita ve srovnání s Velkou Británií, kde je komunitní péče v evropských státech nejlépe rozvinutou a kde probíhají rutinní návštěvy porodní asistentkou celých prvních čtrnáct dní po porodu a dohled nad mateřskou péčí šest až osm týdnů. Tento plán byl považován za nedostatečný pro úplné vyhodnocení zdravotních potřeb s ohledem na dlouhodobou povahu mnoha zdravotních problémů, které se mohou ještě vyskytnout. O rok později tak Velšské národní shromáždění vydalo prohlášení, které ustanovuje ihned po porodu jednoho profesionála, obvykle je jím porodní asistentka, který je zodpovědný za hodnocení potřeb a koordinaci poporodní péče o ženu a dítě. Služeb může využívat matka, dítě a jejich rodina až 28 dní po narození dítěte. Návštěva zdravotníka v domácím prostředí je k dispozici deset až čtrnáct dní po narození. Zapojení dalších zdravotníků je v souladu s individuálními potřebami (Clinical Guidelines, 2006). Zde je namístě říci jen to, že bychom se měli inspirovat a je od koho. Systém českého zdravotnictví se pyšní svou úrovní ve světových žebříčcích, ale v systému komunitní péče doslova zaostáváme.

Z dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 106 poradkyň, z čehož je 51,89 % poradkyň se zdravotnickým vzděláním a 48,11 % poradkyň - matek, mají pouze dvě poradkyně uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Jedna poradkyně má smlouvu pouze se ZPMV a druhá poradkyně s VZP a VOZP. Ptali jsme se jich, co bylo zapotřebí k tomu, aby smlouvu získaly, stručnější odpověď jedné poradkyně zněla: *„Vlídnost a vyplnit žádost.“* Druhá poradkyně nás informovala o přesnějším postupu a odpověděla: *„Musíte mít registraci na krajském úřadě, získáte statut zdravotnického zařízení, abyste*

mohla poskytovat zdravotní péči, což obnáší obstarat si spoustu dokladů, pojištění a vybavení, které musíte doložit. Pak můžete požádat o výběrové řízení v příslušném kraji na oblast, kde chcete poskytovat hrazenou zdravotnickou péči. Zúčastníte se tohoto řízení se zástupci všech pojišťoven. Pokud Vás vyberou a získáte většinu hlasů, můžete pak žádat každou pojišťovnu o smlouvu, jestli ji s Vámi budou chtít uzavřít a jaké kódy Vám případně nasmlouvají. Opakovaně žádám již 3 roky a zatím mi smlouvu uzavřela jen jedna pojišťovna, a to 211 ZPMV a pouze na jeden kód 06211, což je návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí ženskou sestrou. Ostatní poradenství si ženy platí.“ Na základě tohoto zjištění vnímáme laktační poradenství jako způsob, jak vyplnit pomyslnou díru ve zdravotnickém systému, byť privátní, za kterou si musí ženy zaplatit. V současné době, kdy se zkracuje délka hospitalizace a ženy jsou se svými novorozenci propouštěny do domácího ošetřování dříve, se potřeba laktačního poradenství bude zvyšovat. Podle Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky částky 8 z roku 2013 se doporučuje propustit fyziologického novorozence do jeho vlastního domácího prostředí v souladu s názorem českých odborných lékařských společností po uplynutí nejméně 72 hodin od narození dítěte. Podle Laktační ligy (2018d) by měl být novorozence vyšetřen pediatrem alespoň do 48 hodin od propuštění. Právě doma s odstupem času můžou nastat největší problémy s kojením jak ze strany dítěte, tak ze strany matky. Naše dotazované laktační poradkyně si v 76,42 % myslí, že delší hospitalizace ženy nemá lepší vliv na kojení. Z vlastních zkušeností coby sestry z oddělení fyziologických novorozenců opravdu můžeme říci, že jsou někdy matky samotným prostředím nemocnice vystresované, což může mít nepříznivý vliv na chování dítěte a samotné kojení. Proto i my jsme zastánci kratší doby hospitalizace, ovšem se zajištěním kvalitní návazné péče. Zde nemyslíme prohlídku dítěte pediatrem, která je samozřejmostí, ale i prohlídku dětskou sestrou či právě laktační poradkyní kvůli kojení a výživě dítěte.

Matky kontaktují laktační poradkyně nejvíce v prvním týdnu od propuštění z porodnice, což uvedlo 32,60 % poradkyň, a ve 2 týdnech až 1 měsíc, což uvedlo 43,09 % poradkyň. Podle Boledovičové (2010) je většina žen rozhodnuta, že bude své dítě kojit. Aby se ale kojení rozvinulo a bylo podporováno i nadále, nejen po dobu hospitalizace, je potřeba nalézt prostředky, které budou kojení efektivně napomáhat. Takovým vzácným prostředkem jsou informace a praktická pomoc. Podle Weberové (2004) jsou první dny doprovázeny celou řadou nejasností a problémů, které v matce

probouzí neklid a pocit neschopnosti. Dle našeho názoru právě v tyto dny dodává laktační poradkyně matce psychickou podporu, pomáhá jí ztotožňovat se s novou rolí a napomáhá jí ke zvládnutí správné techniky kojení.

Prostřednictvím našeho výzkumného šetření jsme se dozvěděli mnoho přínosných informací. V této diplomové práci jsme měli za cíl zmapovat rozdíly v poskytování laktačního poradenství laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi. Zde se dostáváme k námi stanovené hypotéze H1: Existují rozdíly v poskytování laktačního poradenství mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi. Tuto hypotézu jsme si stanovili proto, že vnímáme jisté napětí mezi laktačními poradkyněmi-matkami a zdravotníky. Zajímalo nás, zda si poradkyně myslí, že je laktační poradenství poskytované oběma skupinami na stejné úrovni. Ze statistického vyhodnocení a otestování hypotézy můžeme tvrdit, že se námi stanovená **hypotéza 1 potvrdila**, jelikož názor laktačních poradkyň na úroveň poskytovaného poradenství se liší podle toho, zda se jedná o poradkyni s, nebo bez zdravotnického vzdělání. Z tohoto tvrzení vyplývá, že 31,37 % poradkyň matek je toho názoru, že úroveň poskytování poradenství je stejná. Stejného názoru jsou ale pouze 3,64 % poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Různou úroveň poskytování určilo 50,91 % poradkyň se zdravotnickým vzděláním a 35,29 % poradkyň-matek. Ostatní poradkyně situaci nedokázaly posoudit nebo se nechtěly vzájemně kritizovat a označily, že nevědí. Poradkyně se zdravotnickým vzděláním jsou toho názoru, že zdravotníci mají větší přehled v oblasti fyziologie a někteří i praxi ze zdravotnického zařízení (Graf 7).

Námi dotazované laktační poradkyně zdravotníci mají v 56,36 % případů 11 a více let praxe ze zdravotnického zařízení a v 18,18 % případu 4–10 let. Díky získaným výsledkům z průzkumu také můžeme říci, že více jak polovina laktačních poradkyň zdravotníků má praxi především z dětských a neonatologických oddělení. Podle Weberové (2004) rozporuplné a odlišné informace podávány matkám od zdravotníků vedou k vnitřní nejistotě ženy. Probouzejí v nich obavy o zdravý vývoj dítěte. Stres ženy evokuje v dítěti neklid a pláč, který je následně připisován hladu a nedostatečné výživě kojence. Takové názory zastávají i některé poradkyně-matky, mezi jejichž odpovědi například patří: *„Přijde mi, že zdravotní laktační poradkyně často podávají škodlivé informace.“* Z osobních zkušeností víme, že někteří zdravotníci mají léta zaryté metody a nepřipouští nově zjištěné postupy. Pokud jde ale o laktační poradkyni, která

má kurz laktačního poradce získaný na pořádaných seminářích a uskutečňovaný Laktační ligou, měla by dodržovat a myslíme si, že dodržuje, stejné zásady poradenství. Ze svého okolí víme, že zdravotníci, kteří mají své metody a odlišné či zastaralé názory na kojení, by tento kurz ani neabsolvovali, tudíž působí především ve zdravotnických zařízeních, avšak vyjma porodnic, které mají certifikát Baby-friendly. WHO a UNICEF v roce 1992 spustily Baby-friendly Hospital Iniciative, aby byla poskytována a zlepšovala se péče o matku a jejího novorozence (WHO, 2013). V České republice jsou porodnice kontrolovány a certifikovány podle toho, jak jsou nakloněni kojení a zda splňují určité parametry v péči o matku a dítě. Na tomto podkladu je jim následně udělen certifikát Baby-friendly Hospital (Laktační liga, 2018a).

V dnešní době je také na matce, jakou porodnici si zvolí. Samozřejmě chápeme, že zdravotníky u poskytovatele zdravotnických služeb si vybrat nemůžeme, můžeme si ale alespoň zvolit laktační poradkyni po propuštění z porodnice takovou, která nám bude srdcem bližší, ať už se bude jednat o zdravotníka či poradkyni matku. Podle našeho názoru se informace o laktační poradkyni, která si udělá u matek špatné jméno a zastává zastaralé názory, rychle rozšíří. My věříme, že matky zvolí, třeba i na doporučení, vždy tu správnou vhodnou poradkyni, která je tímto krásným, avšak rozpačitým obdobím provede. Názor jedné laktační poradkyně-matky zní: *„Zdravotníci mají lepší teoretické znalosti a zdravotní dovednosti, amatérky vítězí praxí v terénu.“* Druhá poradkyně-matka zmínila: *„Každý má jiný cit k tomu, co děláme.“* Z odpovědí poradkyň zdravotníků bychom pro představu uvedli odpověď jedné poradkyně: *„Myslím, že někdy může být služba ženy matky, která je informovaná, více k užitku než návštěva zdravotníka, který nemá správný přístup. Ale i přesto si myslím, že zdravotní vzdělání v oboru je na místě, ať už co se týče dítěte, porodu nebo psychiky ženy.“* S tímto názorem se osobně ztotožňujeme, jelikož i my sami se kolikrát bojíme, abychom matce poradili správně nebo abychom vyhodnotili situaci správně tak, že už je čas předat matku do péče lékaře, například gynekologa, jedná-li se třeba o nějaký zánět. Myslíme si, že my zdravotníci máme dostatečně vyvinuté kritické myšlení, abychom dokázali posoudit, kde naše práce končí. Poslední výpovědí jedné poradkyně matky, kterou bychom zmínili, je: *„Domnívám se, že laktační poradkyně matka není schopna poskytnout matce komplexní informace. Nikdy není konzultace/laktační poradenství poskytované matce pouze s omezenou šíří problematiky (jen polohy při kojení, jen bradavky, jen přiložení. Považuji, že to, co dělá laktační poradenství tím opravdu*

smysluplným poradenstvím, je šíře a komplexnost a hlavně relevantnost poskytovaných informací. Schopnost zhodnotit stav matky, ale především schopnost zhodnotit zdravotní stav novorozence (váha, gestační stáří, sání, žloutenka) v návaznosti na techniku přiložení. Schopnost najít pro matku a dítě vhodné řešení/plán, jak zvládnout dočasné problémy.“ Z výše zmíněných výroků poradkyň nehodnotíme situaci nijak dramaticky, chápeme, že mají tyto dvě skupiny utvořen nějaký názor či představu o poskytování laktačního poradenství, ze které vyplývá, že poradenství je poskytováno oběma skupinami na různé úrovni, což bylo podpořeno i statisticky. Nicméně se tyto dvě skupiny vzájemně respektují a je pouze na matce, komu ona svěří svoji důvěru.

Předmětem našeho dalšího zkoumání bylo zmapovat způsob zaznamenávání údajů od kojících matek laktačními poradkyněmi a jejich následnou analýzu. Námi stanovená hypotéza předpokládala, že existují rozdíly v zaznamenávání údajů mezi laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a matkami. Ze statistického zpracování našich výsledků bylo zjištěno, že oficiální dokumentaci používá pouze 11,76 % laktačních poradkyň - matek oproti 27,27 % laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Rozdíl mezi oběma skupinami není nijak extrémní, což potvrzuje i používání neoficiální dokumentace, čímž myslíme spíše obyčejné zaznamenávání údajů. Neoficiální dokumentaci používá 39,22 % laktačních poradkyň-matek a 34,55 % poradkyň se zdravotnickým vzděláním. Jsme velmi potěšeni, že jakoukoliv z nabízených forem dokumentace používá více jak polovina dotazovaných laktačních poradkyň. Současné ošetřovatelství či laktační poradenství si žádá kvalitní dokumentaci, která přidává sestře či poradkyni na profesionalitě poskytované péče. Vyplňování dokumentace nevnímáme pouze jako administrativní zátěž, ale také jako intervenci, kdy má laktační poradkyně čas s matkou navázat kontakt, něco se o ní dozvědět a dát jí najevo zájem při sběru anamnestických údajů. Vondráček a Kučková (2013) uvádí důležitost vedení ošetřovatelské dokumentace, která slouží jako doklad o tom, že byla ošetřovatelská péče poskytována v souladu s ošetřovatelskými standardy.

Požadavky na ošetřovatelskou dokumentaci jsou uvedeny v zákoně. To, zda si má vést laktační poradkyně dokumentaci, jsme ve veřejně dostupných zdrojích nenalezli, ovšem z kurzu laktačního poradenství víme, že každá laktační poradkyně by si měla vést alespoň elementární dokumentaci. Podle Brabcové (2015) by mělo být v zájmu sestry vést si přesvědčivou a svědomitou dokumentaci. V našem šetření jsme dále zjišťovali, jakou formou si poradkyně dokumentaci vedou. Papírovou formu si vede

73,68 % a elektronickou formu záznamu využívá 26,32 %. Vzhledem k tomu, že papírová forma je snadnější, nevyžaduje žádných speciálních programů a elektronických přístrojů, rozumíme tomu, že poradkyně volí častěji papírovou formu záznamu.

Třetí hypotéza byla zaměřena na používání standardizované ošetřovatelské taxonomie. V našem šetření jsme zde kalkulovali pouze s laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzdělání, které by měly základní ošetřovatelské taxonomie znát. Naše hypotéza předpokládala, že laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním taxonomii v 80 % používají. Z analýzy výsledků víme, že 96,36 % respondentek nepoužívá žádnou z ošetřovatelských taxonomií a pouze 3,64 % respondentek používá NANDA taxonomii. Tohle zjištění nás překvapilo, jelikož jsme si mysleli, že současná zdravotnická profese se s NANDA taxonomií již sžila, jelikož je nyní velmi rozšířena ve zdravotnických zařízeních. Ptáme se ale sami sebe, zda to není právě tím, že pro účely komunitního ošetřovatelství je vhodnější využívat Omaha systém, který žádné z dotázaných nepoužívají a který je předmětem naší analýzy. Na základě výše uvedených výsledků můžeme tedy říci, že laktačních poradkyň se zdravotnickým vzděláním používajících taxonomii **není 80 %, ale je jich mnohem méně, než předpokládala hypotéza.**

Prostřednictvím našich dotazníků jsme také zjišťovali, co obsahuje oficiální dokumentace poradkyň (Graf 17). Nejvíce nás překvapilo, že 35,59 % poradkyň se ve své dokumentaci zabývá popisem problému a návrhem řešení. Tyto činnosti se týkají ošetřovatelského procesu, na jehož základě by měla sestra pracovat.

Tóthová (2014) uvádí, že utřídění a vyhodnocení informací, stanovení zdravotních problémů a potřeb ošetřovatelské péče nebo formulování ošetřovatelské diagnózy a stanovení jejích priorit patří do 2. fáze ošetřovatelského procesu. Ze získaných výsledků také víme, že dokumentace poradkyň ve 30,51 % případu obsahuje anamnestické údaje matky a dítěte, což bychom mohli zařadit do 1. fáze ošetřovatelského procesu. Podle Staňkové (2009) má sestra v této fázi nejvíce příležitostí navázat bližší kontakt s klientem, poznat ho nejen po stránce medicínské, ale i personální a sociální. Z rozhodnutí Evropská komise (2018) se začalo uplatňovat nařízení GDPR s platností od 25. května 2018, které se týká zpracování osobních údajů a nakládání s nimi. Toto nařízení znamená, že k vysoké byrokracii v podobě ošetřovatelské dokumentace,

kterou takto většina sester vnímá, přibyl další formulář k vyplňování (Příloha 4) a zároveň i důležitost orientace v tomto nařízení.

Jelikož Omaha systém, kterým se z velké části naše práce zabývá, obsahuje hodnotící škálu, která by měla být v návaznosti na standardizovanou terminologii používána, zajímalo nás, zda dokumentace dotazovaných laktačních poradkyň také obsahuje nějaké hodnotící techniky. Zde jsme se ale zajímali pouze o poradkyně, které vlastní oficiální dokumentaci. Zjistili jsme, že pouze 3,10 % poradkyň používá ve své dokumentaci nějakou hodnotící škálu. Tyto poradkyně uváděly: *„Hodnotím slovně změny oproti minulé návštěvě.“ „Hodnotím váhový přírůstek.“ „Hodnotím výdej.“* Na základě těchto výpovědí lze říci, že žádná z poradkyň nepoužívá standardizovanou hodnotící škálu, jelikož hodnocení v takové podobě, jak uvádějí poradkyně, by mělo být samozřejmostí každé elementární dokumentace, se kterou pracujeme metodou ošetřovatelského procesu. Podle Tóthové (2014) by v páté fázi měla být zhodnocena dosavadní poskytnutá ošetřovatelská péče. Jedna poradkyně zmínila, že používá *„jednoduchou deskriptivní škálu bolesti bradavek a prsou.“* V tomto případě můžeme dle našeho názoru hovořit o nějaké hodnotící technice, respektive škále. Myslíme si, že pokud dokumentace obsahuje nějakou hodnotící škálu, která je například v přímém vztahu ke stanoveným problémům jako Likertova škála v systému Omaha, zvyšuje to funkčnost celé dokumentace. Podle Martin bylo v systému Omaha (2005) měřítko vytvořeno pro dva primární účely: zkoumat výsledky ve vztahu ke specifickým kritériím chování a určit, jak dobře dosáhli klienti specifických znalostí, chování a stavu. Pomocí škály chceme změřit klientovo pokroky ve vztahu ke konkrétním zdravotním problémům.

K nejčastěji dokumentovaným intervencím v dokumentaci laktačních poradkyň patří chování dítěte při kojení (aktivita, způsob sání) a stav prsou a bradavek. Z dostupných zdrojů (Sedlářová, 2008; Boledovičová, 2008) víme, že žena by měla mít vyšetřené prsy již před porodem. Zjistíme-li, že má matka bradavky vpáčené, měla by být edukována o nošení formovačů bradavek již od 6. měsíce.

Laktační poradkyně zmínily pouze ve 31,13 % případů, že je ženy žádají o konzultaci ohledně kojení a vyšetření prsu před plánovaným porodem. Je to velmi nešťastné zjištění, jelikož problémy s bradavkami bývají, jak uvádí Velemínský (2009), častým důvodem k přerušení kojení. Tohle by měla být starost především gynekologů či sester pracujících u gynekologa. Matky mnohdy až při prvním přiložení od dětské

sestry zjišťují, že s bradavkami není něco v pořádku nebo že to nebude úplně snadné, což je může v časném poporodním období, které je náročné na emoce, rozhodit. Zrovna toto je případ, kterému by se dalo alespoň v částečné míře zamezit a matky by tak měly pocit, že proto mohly něco udělat již před porodem a měly čas na vstřebání všech informací.

Velmi nás potěšilo, že další zaznamenávanou intervencí je sledování počtu pomočených plen a stolice v 6,26 % případu oproti 3,80 % případů, kdy poradkyně provádí kontrolní vážení kojení a zjišťují, kolik toho dítě vypilo. Tyto informace však hovoří pouze o záznamu v neoficiální dokumentaci. V jedné dotazované oblasti jsme se zaměřili na edukaci, kde byly odpovědi všech dotazovaných laktačních poradkyň. Ve sledování stolice a močení dítěte edukuje 66,98 % laktačních poradkyň, přičemž kontrolní vážení kojení provádí 31,13 % laktačních poradkyň. Velmi nás těší zjištění, že podle výsledků poradkyně již od kontrolního vážení kojení, které matku stresuje, ustupují. Nacházíme oporu i v dostupné literatuře. Podle Boledovičové (2010), Muntau (2014) a Weberové (2004) je důležité hlídat počet pomočených plen. Podle Boledovičové (2008) se můžeme přesvědčit, že dítě má dostatek mléka, 6–8 pomočenými plenkami za den a vzhledem stolice, která vypadá jako míchaná vajíčka. Kojené dítě může mít stolici sedmkrát za den anebo i jen jednou za sedm dní. Důležité je matce vysvětlit, jak se dá poznat, že mléka je nedostatek. Mezi určující faktory patří méně pomočených plen, hnědá páchnoucí stolice s hlenem, plochá váhová křivka a nespokojené dítě. Dle Weberové (2004) kontrolní vážení kojení nemá smysl, jelikož nebere v úvahu aktuální potřebu dítěte, jeho žízeň, hlad a denní rytmus. Na zjištěných výsledcích nás mrzí, že kontrolní vážení kojení poradkyně označily již ve zmíněném procentě případů a je to více než vážení nahého dítěte, které zaznamenává pouze 2,46 % poradkyň. Mezi další nejčastěji zaznamenávané intervence poradkyněmi patřily informace plynoucí z komunikace s matkou, informace o dítěti získané od matky (pláč, buzení), porodní a propouštěcí váha a vyzkoušení kojících poloh.

Jelikož výstupem této práce by měla být nově vytvořená dokumentace s implementovaným systémem Omaha, zajímalo nás, zda poradkyně projeví zájem o vytvoření standardizované dokumentace pro laktační poradenství. Již při rozesílání elektronických dotazníků se na nás poradkyně obracely s prosbou o poskytnutí vytvořené dokumentace či výsledků našeho šetření. Pro příklad uvádíme: *„Když Vám to vyjde, budu ráda, když mi pošlete, jaké vám vyšly závěry.“ „Až budete mít nějaký*

výsledek z průzkumu, budu ráda, pokud by byla možnost se s ním seznámit, zajímalo by mě to.“ „Mohla bych poprosit o nějakou zpětnou vazbu, jakmile budete mít zpracované výsledky?“ Z našich výsledků z elektronického dotazníku je patrné, že polovina laktačních poradkyň by o standardizovanou dokumentaci měla zájem. Větší zájem o nově vzniklou dokumentaci projevily laktační poradkyně-matky v 60,78 % případů oproti poradkyním se zdravotnickým vzděláním, kterých má zájem 45,45 %. Domníváme se, že tento rozdíl je způsoben tím, že zdravotníci mají s dokumentováním jisté zkušenosti oproti matkám, které by připravenou dokumentaci ocenily.

Jelikož jsme se nějaký čas zabývali problematikou laktačního poradenství, víme, že je to činnost náročná na čas, která není podpořena systémem zdravotnictví a zároveň nahrazuje nedotažený systém komunitní péče o novorozence. Laktační poradkyně, ať již matky nebo zdravotníci, se snaží svou práci dělat poctivě, jak jsme z našeho šetření měli možnost zjistit. Pravidelně se školí, aby poskytovaly péči v souvislosti s nejnovějšími dostupnými informacemi a trendy. Laktační poradkyně, které se pravidelně neškolí dva roky a více, jsou totiž ze seznamu na stránkách Laktační ligy vyřazeny (Laktační liga, 2018f). Námi dotazované poradkyně tento požadavek ve většině případu splňují (Graf 10). Nejčastěji je laktačními poradkyněmi poskytováno telefonické a domácí poradenství, v ordinaci gynekologa poskytuje laktační poradenství pouze 2,05 % a v ordinaci pediatra 11,14 % námi dotazovaných poradkyň. Podle mého názoru mají námi dotazované laktační poradkyně s poradenstvím opravdu zkušenosti, jelikož jejich praxe v poskytování poradenství je ve 38 % případů mezi 1–3 roky a 38 % 6 a více let. Můžeme tedy tvrdit, že naše výsledky jsou výpovědí aktivních laktačních poradkyň, jelikož si myslíme, že toto je doba, za kterou se dají získat velmi cenné zkušenosti nejen při řešení různých problémů. I my máme praxi ze zdravotnického zařízení, konkrétně ze stanice fyziologických novorozenců, a proto víme, že je nutné mít „nakoukáno“ hodně dětí, abychom dokázali správně odhadnout situaci. Méně jak 5 konzultací měsíčně však poskytne 61,32 % poradkyň, asi to není úplně mnoho, ale může to vypovídat o tom, že je to činnost, kterou dělají poradkyně ke svému hlavnímu zaměstnání. Více jak 5 konzultací poskytne 17,92 % dotázaných poradkyň. Naopak deset a více telefonických konzultací poskytne 25,47 % poradkyň, pět a více telefonických konzultací vykoná 28,30 % poradkyň. Telefonické konzultace jsou podle nás to první, co matka zvolí, když si neví rady, a doufá, že problém půjde vyřešit po telefonu. Poradkyním trvá v 51,89 % případů 15 až 30 minut, než vyřeší telefonickou

konzultaci. Telefonická konzultace by měla být dle zásad Laktační ligy poskytována zdarma. Myslíme si, že hodně matek na tuto bezplatnou variantu spoléhá, jelikož se ceny za 60minutovou domácí návštěvu někdy pohybují i nad 500 Kč. Cena domácí konzultace je u námi dotazovaných poradkyň v 53,77 % do 500 Kč. Najdou se ale i ty poradkyně, které poskytují poradenství zdarma (Graf 32), čehož si velmi vážíme. Je zde ale otázka, zda se dá opravdu všechno zvládnout při jedné konzultaci čili za pouhých 60 minut, jelikož 55,66 % poradkyním trvá jedna domácí konzultace od 60 do 120 minut. Výše zmiňujeme, že pojišťovna proplácí tři konzultace, které musí být provedeny porodní asistentkou. Ptáme se tedy, zda je tolik porodních asistentek, které mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, neboť z 20 námi dotázaných porodních asistentek měly smlouvu pouze 2, a to jedna se dvěma pojišťovnami a druhá s jednou. Zde opravdu z praxe můžeme potvrdit, že je laktační poradenství velmi časově náročné a pokud má matka velké problémy a ráda by kojila, nelze u jedné konzultace zůstat. Vidíme proto v komunitní péči tu cestu, kterou by se mělo jít. Z výzkumu dále vyplývá, že jsou poradkyně velmi ochotné, jelikož 48,11 % poradkyň poskytuje neomezené telefonické poradenství. Poradenství v terénu poskytuje 35,85 % poradkyň neomezeně.

Jako nejčastěji poskytované intervence uváděly laktační poradkyně edukace o polohách vhodných pro kojení, o správném přisátí dítěte, v péči o prsa a bradavky a o metodách alternativního dokrmu. Dále provádí vyšetření prsu a bradavek nebo sledování stolice a močení dítěte. Mrzí nás, že pouze 8,4 % poradkyň označilo, že se zajímá o psychickou podporu matky, jelikož šestinedělí je podle Roztočila (2017) obdobím, kdy se žena vrací do hormonální i fyzické etapy před těhotenstvím s výjimkou kojení, a jedná se rizikové období z hlediska duševních onemocnění. Podle Mydlilové (2015) navíc laktační poradenství supluje tradiční formy předávání zkušeností s kojením a dobré poradenství vytváří sebedůvěru matky a dodává jí podporu.

Protože jsme zkoumali problematiku laktačního poradenství hlouběji, zajímalo nás, jaké zastávají poradkyně názory na doporučenou frekvenci kojení a časový interval jednoho kojení. Názor na podporu kojení podle potřeb dítěte zastává 98,11 % dotazovaných poradkyň a 76,42 % poradkyň je toho názoru, že délka kojení by neměla být limitována. Na tento názor nacházíme oporu i v literatuře, kde Dort (2013) a Velemínský (2009) uvádí, že délka kojení nemá být limitována, a podle Weberové (2004) nemá být limitována ani frekvence kojení.

V neposlední řadě nás zajímalo, s jakými problémy se laktační poradkyně nejčastěji při poskytování poradenství potýkají. Nedostatek času označilo 31,91 % poradkyň a 15,43 % dotázaných uvedlo, že jako nevýhodu vnímají to, že nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Jako další problém uvedlo 11,17 % nedostatek financí ze strany matky pro opakování návštěvy. Všechny tyto důvody by měly vést k zamyšlení, jelikož z výzkumů Schönbauerové (2018) vyplývá, že 59,8 % dotázaných matek má zájem o návštěvní službu. Jako pozitivní na návštěvní službě vnímají kontrolu správnosti postupů, pomoc s kojením, poskytnutí informací a psychické podpory. Z jedné dánské studie, která se zabývala posouzením, zda domácí návštěvy matek po porodu ovlivňují délku kojení, bylo zjištěno, že u matek, u kterých domácí návštěva neproběhla, byla doba plného kojení výrazně zkrácena oproti těm matkám, které někdo ze zdravotníků navštívil (Kronborg, 2012). Ve Švédsku je návštěvní službě, co se týče péče o dětské zdraví, dána vysoká priorita. Tuto službu poskytují sestry, které mají adekvátní kompetence a komplexní znalosti, na základě kterých jsou schopny poskytnout péči novorozencům a jejich rodičům. Rodiče od sester vyžadují přátelské chování, respekt a navázání empatického vztahu s matkou. Mezi oblasti, kterými se domácí péče ve Švédsku zabývá, je právě kojení a problémy s ním spojené (Wilsson a Adolfsson, 2011).

Jako nápravu zde vidíme možnost podpory laktačního poradenství či zefektivnění komunitní péče poskytované dětskou sestrou spoluprací s pediatrem. Nelze nevnímat současný stav nedostatku zdravotnického nelékařského personálu a dětských sester především. Jako návrh se nabízí podpora laktačních poradkyň zdravotními pojišťovnami. Nechceme laktační poradkyně-matky diskreditovat, ale v souladu s poskytováním péče o novorozence, která by nebyla zaměřena pouze na kojení, lze hovořit o podpoře pouze pro poradkyně se zdravotnickým vzděláním, jelikož musí být zaručena kvalita poskytované péče.

Hlavním cílem bylo vypracovat a evaluovat vytvořenou dokumentaci dle Omaha systému v oblasti laktačního poradenství poskytovaného laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním. Pro dosažení našeho cíle jsme uskutečnili polostrukturované rozhovory s laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním. Náš cíl byl na základě provedených rozhovorů naplněn. Jediné kritérium, které jsme si dali, bylo, aby poradkyně, se kterou budeme vést rozhovor, měla zdravotnické vzdělání. Laktačních poradkyň jsme se ptali, jaký mají názor na dokumentaci vytvořenou dle

Omaha systému. Než bylo vůbec možné uskutečnit rozhovory s poradkyněmi, bylo naším cílem vytvořit takovou dokumentaci, která bude vycházet z Omaha systému. Nejprve jsme museli Omaha systém pochopit v takové podobě, v jaké je prezentován, a následně ho přizpůsobit požadavkům laktačního poradenství. Laktační poradenství je velmi specifické a prakticky i vědomostně náročné. Principem tohoto poradenství je zohlednit přístup k neoddělitelné dvojici matka-dítě, kteří jsou ve vzájemné interakci a které právě kojení přispívá. Náš rozhovor měl sedm oblastí, které nás zajímaly. Námi vytvořená dokumentace byla vytvořena z 5 částí, na které nás zajímal názor laktačních poradkyň zdravotníků. Skupinu zdravotnických laktačních poradkyň jsme si vybrali z toho důvodu, že mají podle nás s dokumentováním a standardizovanou taxonomií zkušenosti.

Laktační poradkyně byly spokojené především s těmi částmi, které byly na vyplnění jednoduché a kterým nepředcházelo složité pochopení. Líbila se jim forma, přehlednost, účelnost a využitelnost. Mezi tyto části patří část 1 a část 4. Jsou to části, které nemají standardizovanou terminologii systému Omaha, ale odkazuje na ně 5. část dokumentace (intervenční část), která se zabývá například léčbou, terapeutickými postupy či sledováním. Ve 4. části oceňovaly vhodně zvolený hmotnostní graf. To zmínila poradkyně (P3), která odpověděla: *„Tahle část je pro mě určitě využitelná a líbí se mi, vhodný je i růstový graf. Tuhle část považuji za přínosnou“* (P3/6,7). Aby se matka vyhnula zbytečným obavám, měla by mít informace o hmotnostní křivce a „růstových spurtech“ kojeného dítěte, které se projevují okolo 3. a 6. týdne a následně okolo 3. a 6. měsíce, kdy dítě roste rychleji, což se projeví častěji na délce než na hmotnosti. Kojené dítě dosáhne porodní hmotnosti někdy až ve 3. týdnu a ne, jak se často tvrdí, do 8. dne (Boledovičová, 2008).

Pátou část dobře hodnotily 3 poradkyně, kterým se líbí, že mají jasně stanovené informace, které mají poskytnout, a oblasti, ve kterých mají edukovat. Jednoduše mají „noty“, na základě kterých můžou reagovat. Zmínily také informaci o vhodnosti poskytování jednotných informací a postupů na základě tohoto formuláře. Na tyto činnosti se zaměřujeme právě v části 1 a 4. Některé poradkyně by tyto části obohatily o nějaké údaje navíc, které jim ve formuláři chyběly, jinak by tyto části používaly pro svou práci všechny poradkyně, se kterými byl rozhovor proveden. Tyto části jsou vypracovány spíše na základě praxe, kterou si laktační poradenství žádá. Druhou částí dokumentace je hodnotící škála pro hodnocení výsledků, tato škála přijde vhodná

čtyřem ze sedmi poradkyň. Jedné poradkyni přijde dokonce *„bezvadná“*. Podle našich pocitů během rozhovorů poradkyně nepochopily provázání hodnotící škály (2. část dokumentace) se 3. částí dokumentace, kde hodnotíme stanovené problémy či narušené domény: environmentální, psychosociální, fyziologickou nebo chování související se zdravím. Tato část nejvíce splňuje systém Omaha v takové podobě, v jaké má být používán. Nedošlo zde k pochopení principu fungování jednotlivých modifikátorů a kategorií.

Průvodce dokumentací, kterého jsme vytvořili, hodnotí 5 poradkyň pozitivně a přijde jim velmi důležitý. Dvě z nich uvedly, že by bez něj nevěděly, jak mají s dokumentací pracovat. Vyplývá nám z toho tedy fakt, že průvodce je napsaný správně, jak hodnotily i poradkyně. Podle našeho subjektivního názoru některé však nepochopily, jak ho aplikovat na jednotlivé části, které by měly následně provázat, protože je podle nich průvodce napsaný správně, ale třetí stěžejní části následně moc nerozumí. V průběhu rozhovorů po nás chtěly samotnou provázanost terminologie i postup ještě vysvětlit. Z internetových stránek Omaha systému (2018) víme, že naučit se plně využívat Omaha systém je pro někoho záležitostí týdnů, pro jiného měsíců. Každý student Omaha systému by se měl stát aktivním účastníkem procesu a investovat svůj čas na opakování a studium. Některé laktační poradkyně také zmiňovaly, že by potřebovaly více času na porozumění či by přivítaly nějaké školení. Beňová (2017) navrhuje zavést výuku standardizované terminologie Omaha systému v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání sester. S tímto tvrzením naprosto souhlasíme, jelikož je podpořené i výpověďmi našich laktačních poradkyň. Negativně hodnotily laktační poradkyně zdlouhavost dokumentace a nedostatek času na ni. Nejvíce řešeným faktem bylo to, že nevěděly, kdy by měly sebrat anamnestická data a sepsat dokumentaci. Některé poradkyně uvedly, že by to musely dělat ve svém volném čase a nezapočítávat do samostatné konzultace, kterou má matka zaplacenou. Nebo by musely sesbírat jen anamnestická data a zbytek naplánovat doma po konzultaci. Časovou náročnost zmínila i laktační poradkyně, která má smlouvu s pojišťovnou. Zde pro informaci uvádíme její názor: *„Je ale podle mého časově náročná, zabere mi tak 15 minut, a když mám třeba od pojišťovny proplaceny jen 3 konzultace, z nichž má každá 60 minut, a měla jsem s matkou stihnout i jiné věci, než jen nakojit, tak to se nedá; buď bych to musela dělat ze svého volného času navíc nebo třeba tu třetí část dopisovat až doma“*. Dvě laktační poradkyně by přivítaly elektronickou formu záznamu, protože si myslí, že by nemusely

mít tolik papírů a bylo by to efektivnější a rychlejší. Také podle Beňové a Boledovičové (2016) by bylo vhodné využití softwaru při sběru a zpracovávání údajů.

Elektronická verze by mohla být tím správným směrem, neboť se nebudou poradkyně cítit papírově zatíženy a vyplňování dokumentace přestane být tolik časově náročné. Každá laktační poradkyně by si vybrala svou část z námi vytvořené dokumentace, která by jí nejvíce vyhovovala. Principem Omaha systému je však jeho celistvost a vhodnost pro účely komunitního ošetřovatelství. Tento systém je využíván již mnoha zeměmi světa. Myslíme si, že klíčem není jeho samotná redukce, která by ani neměla nastat, neboť Omaha systém má být používán v takové podobě, v jaké je uveřejněn v knize z roku 2005. Vytvořená dokumentace, která je obsahem této diplomové práce (Příloha 6), je již upravena na základě některých připomínek laktačních poradkyň, kterými byla dokumentace evaluována.

Doporučení pro praxi

- Obnovit pozici dětské sestry v systému komunitní péče ve spolupráci s pediatrem a se zajištěním podpory od zdravotních pojišťoven.
- Zahrnout práci s ošetřovatelskou dokumentací do kurikula kurzů pro laktační poradce.
- Implementovat stávající vytvořené dokumentace pro laktační poradenství do elektronické podoby.
- Poskytnout vytvořenou dokumentaci Laktační lize, zejména pak laktačním poradkyním, které projevily o dokumentaci zájem.
- Zrealizovat edukační seminář k používání vytvořené ošetřovatelské dokumentace s využitím Omaha systému.
- Propagovat laktační poradenství v souvislosti s vytvořením stabilní návazné péče v péči o novorozence a v podpoře kojení.
- Zlepšit podmínky pro financování návštěv dětskou sestru poskytující laktační poradenství v závislosti na možnosti vzniku smlouvy se zdravotními pojišťovnami.
- Zapojit dětské sestry u PLDD do laktačního poradenství, popřípadě doporučit spolupráci s laktačními poradkyněmi.
- Zlepšit informovanost matek o laktačním poradenství.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na problematiku laktačního poradenství a implementaci Omaha systému do námi vytvořené dokumentace pro potřeby laktačních poradkyň. Laktační poradkyní může být matka, která má osobní zkušenost s kojením, nebo kdokoliv se zdravotnickým vzděláním. Ze zdravotnicky vzdělaných je to nejčastěji všeobecná sestra, porodní asistentka nebo dětská sestra. V průběhu výzkumného šetření jsme zjistili, jak složitou pozici má dětská sestra v současném komunitním ošetřovatelství. Pouze laktační poradkyně, která je porodní asistentkou, má nárok na podporu od zdravotních pojišťoven. Jako řešení se zde nabízí zapojení dětských sester u PLDD do laktačního poradenství a obnovení pozice dětské sestry v systému komunitní péče ve spolupráci s pediatrem a se zajištěním podpory od zdravotních pojišťoven. V souvislosti se zkracující se délkou hospitalizace se bude zvyšovat potřeba laktačního poradenství a péče o novorozence prostřednictvím kvalitní návazné péče na principech komunitního ošetřovatelství. Potřebou současnosti je přijmout komunitní ošetřovatelství jako trend budoucnosti, který je již v mnoha evropských státech aktivní a velmi žádaný. Sběr údajů probíhal kvantitativní a kvalitativní metodou sběru dat, které přinesly relevantní výsledky. Jedna hypotéza se potvrdila a dvě se nepotvrdily.

Prvním cílem bylo zmapovat rozdíly v poskytování laktačního poradenství laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním a laickými laktačními poradkyněmi. Z našich výsledků vyplývá, že názor laktačních poradkyň na úroveň poskytovaného poradenství se liší podle toho, zda se jedná o poradkyni s, nebo bez zdravotnického vzdělání. Poradkyně se zdravotnickým vzděláním jsou toho názoru, že zdravotníci mají větší přehled v oblasti fyziologie a mají praxi ze zdravotnického zařízení. Laické laktační poradkyně hodnotily negativně především přístup zdravotníků. Z našeho šetření tedy vyplývá, že situace mezi těmito dvěma skupinami poradkyň se nejeví nijak dramaticky, a chápeme, že obě skupiny mají utvořenou svou představu o poskytování poradenství. Nicméně se poradkyně vzájemně respektují a je pouze na matce, komu ona svěří svoji důvěru.

Druhým cílem bylo zmapovat způsob zaznamenávání údajů od kojících matek laktačními poradkyněmi a jejich následná analýza. Bylo zjištěno, že oficiální dokumentaci používají převážně poradkyně se zdravotnickým vzděláním, nicméně jakoukoliv formu záznamu používá více jak polovina dotázaných laktačních poradkyň.

Poradkyně si vedou ve většině případů papírovou formu záznamu. Překvapilo nás zjištění, že standardizovanou taxonomii ošetřovatelských problémů používají pouze dvě laktační poradkyně se zdravotnickým vzděláním.

Třetím cílem bylo vypracovat a evaluovat vytvořenou dokumentaci dle Omaha systému v oblasti laktačního poradenství poskytovaného laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním. Již v průběhu výzkumného šetření laktační poradkyně projevovaly zájem o vytvořenou dokumentaci. Vytvoření dokumentace pro potřeby laktačního poradenství předcházela analýza Omaha systému na základě prostudované literatury. Námi vypracovaná dokumentace byla prostřednictvím rozhovorů s laktačními poradkyněmi se zdravotnickým vzděláním evaluována. Na základě vyhodnocení připomínek poradkyň jsme se pokusili o jejich následné zakomponování do dokumentace, která je přílohou diplomové práce. Názory poradkyň na vypracovanou dokumentaci byly smíšené. Laktační poradkyně byly spokojené především s těmi částmi, které byly jednoduché na vyplnění a kterým nepředcházelo složité pochopení. Líbila se jim forma, přehlednost, účelnost a využitelnost. Jako negativum hodnotily především zdlouhavost, časovou náročnost dokumentace, složité pochopení celého systému Omaha a provázanost dokumentace. Jsme si vědomi, jak náročné je poskytování laktačního poradenství po stránce ekonomické a časové. Elektronická verze by mohla být tím správným směrem, neboť se laktační poradkyně nebudou cítit papírově zatíženy a samotné vyplňování nebude tak náročné. Každá laktační poradkyně by si vybrala svou část z námi vytvořené dokumentace, která by jí nejvíce vyhovovala. Principem Omaha systému je však jeho celistvost a vhodnost pro účely komunitního ošetřovatelství. Proto jako vhodné vidíme zařazení práce s dokumentací do kurikula kurzů pro laktační poradce. Nově vytvořená dokumentace má za cíl zefektivnit práci laktační poradkyně.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANNAGÜR, A., SAHIN A. et. al., 2013. Is maternal depressive symptomatology effective on success of eclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeed Med.* [online]. 8(1):53-7. [cit.2018-05-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23039400
2. BECK, CT., GABLE RK., 2000. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. USA: School of Nursing, University of Connecticut. *Nurs Res.* [online]. 49(5):272-82. [cit. 2018-05-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11009122
3. BEŇOVÁ, E., 2017. *Implementace systému Omaha v komunitní praxi*. [online]. České Budějovice: ZSF JU. Disertační Práce. [cit. 2018-05-23] Dostupné z: http://minas.jcu.cz/F/GD5UPN96MRTGG5XKUI16C1DD53R7SDFHCGAC9K7VLM2E7BJ4JM-02162?func=full-set-set&set_number=003559&set_entry=000001&format=999
4. BEŇOVÁ, E., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2016. Problémy, intervence a výsledky Omaha systému v klinické praxi ošetřovatelství. *Kontakt*. 18(3), 180-186. ISSN 1212-4117.
5. BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2010. *Pediatrické ošetrovateľstvo*. 3. prep. vyd. Martin: Osveta. 214 s. ISBN 978-80-8063-331-8.
6. BOLEDOVIČOVÁ, M., 2008. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia.* Martin: Osveta, 103 s. ISBN 978-80-8063-264-9.
7. BOLEDOVIČOVÁ, M., ZRUBCOVÁ, D., 2009. *Sestra a porodná asistentka v komunitnej starostlivosti.* Nitra: UKF, FSVaZ. 400 s. ISBN 978-80-8094-576-3.
8. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. a kol. 2015. *Management v ošetřovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
9. BROŽÍKOVÁ, R., 2016. *Úloha dětské sestry v komunitní péči o novorozence.* [online]. České Budějovice: ZSF JU. Diplomová práce. [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: http://minas.jcu.cz/F/9NLBQGJQ7DS79C4GJSCCKQSEJFYAMAPY5FX184CSF336GST7DV-01771?func=full-set-set&set_number=003557&set_entry=000001&format=999

10. CADWELL, K., TURNER-MAFFEI, C., 2016. *Pocket Guide for Lactation Management*. 3. Edition. Burlington: Jones & Bartlett Publishers. 310 p. ISBN 978-12-8411-120-0.
11. Clinical Guidelines and evidence review for postnatal care. *Routine postnatal care of recently delivered women and their babies.* 2006. [online] London: National collaborating Centre for primary care and Royal College of general practitioners [cit. 2018-06-18] Dostupné z: https://www.nice.org.uk /guidance/cg37/ evidence/full-guideline-485782237
12. ČERNÁ, M., KOLLÁROVÁ, J., 2015. *Laktační minimum pro pediatry*. [online]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. [cit. 2018-05-29] Dostupné z: https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2366-laktacni-minimum-pro-pediatry.pdf
13. DORT, J. a kol. 2013. Neonatologie. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN978-80-246-2253-8.
14. EVROPSKÁ KOMISE. Ochrana údajů v EU. [online]. [cit. 2018-06-18]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/data-protection-eu_cs
15. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vydání. Brno: NCONZO, 447 s. ISBM 978-80-7013-547-1.
16. GAGLIARDI, L., PETROZZI, A., RUSCONI, F. 2012. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. *Arch Dis Child.* [online]. 2012 97(4):355-7 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21127006
17. HOLUBOVÁ, A., PÁLKOVÁ, A., 2012. Jak vnímají sestry ošetřovatelskou dokumentaci? *Sestra,* roč. 22, č. 1, s. 3, ISSN 1210-0404.
18. HORANSKÝ, V., ŠPÁNIK, J., 1978. *Pediatria pre prax*: Príručka obvodného pediatra a obvodnej detskej sestry. 2. vyd. Martin: Osveta. 563 s. ISBN neuvedeno.
19. HOUŠTĚK, J. 1982. *Dětské lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Avicenum. 525 s. ISBN neuvedeno.
20. HÜBLER, A., JORCH, G., 2010. *Neonatologie*. Die Medizin des Früh–und Reifgeborenen. Thieme, Stuttgart, 693 s. ISBN 978-3-13-146071-4.

21. JENSEN, D., WALLACE, S., KELSAY, P., 1995. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* [online] 1994;23(1):27-32. [cit. 2018-06-24]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8176525
22. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetřovatelská péče o ženy v šestinedělí.* Praha: Triton, 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
23. KRONBORG, H. 2012 The effect of earlypostpartum home visits by health visitors a natural experiment. *Public Health Nursing.* [online]. 29 (4). pp. 289-301 [cit. 2018-06-24]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/ 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x
24. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ A., 2005. *Výživové poradenství u dětí do dvou let.* Praha: Grada, 145 s. ISBN 80-247-1039-0.
25. KVAPILOVÁ, B., Zdravotnická dokumentace. 4. část - Ošetřovatelská dokumentace. *Zdravotnictví a medicína.* 2015, roč. 15, č. 5, Praha: Mladá fronta, ISSN 2336-2987.
26. LAKTAČNÍ LIGA, © 2018a. *Porodnice Baby Friendly Hospital* [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz /maminkam/bfh/
27. LAKTAČNÍ LIGA, © 2018b. *Metodické doporučení pro ČR* [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz/zdravotnikum /doporuceni/
28. LAKTAČNÍ LIGA, © 2018c. *Kojení v ČR 2001-2014* [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz/kojeni-v-cr/kojeni-v-cr-2001-20014/
29. LAKTAČNÍ LIGA, © 2018d. Brožura: *Kojení Vše co potřebujete vědět*. [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz/ maminkam/ brozura-kojeni/
30. LAKTAČNÍ LIGA, © 2018e. *Deset kroků k úspěšnému kojení* [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz/poradcum/ 10kroku/
31. LAKTAČNÍ LIGA, © 2018f. *Kurzy pro nové laktační poradce- matky* [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz/poradcum/ kurzy-nove/

32. LAWRENCE, R. A., LAWRENCE, R., 2016. *Breastfeeding A Guide for the Medical Profession.* Eight Edition. Philadelphia: Elsevier. 975 p. ISBN 978-0-323-35776-0.
33. LEWIS H. MARGOLIS, 2000. The Relationship Between the Timing of Maternal Postpartum Hospital Discharge and Breastfeeding. *Journal of Human Lactation.* [online]. 16:2: 121-128. [cit. 2018-05-04]. Dostupné z: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/ 089033440001600207
34. MACHOVÁ, A., NASADILOVÁ, L., 2014. Kojení nedonošených novorozenců. *Neonatologické listy* 20(1): 40-42. ISSN 1211-1600.
35. MACHOVÁ, A., TOMÁŠKOVÁ, J., 2015. Práva matek na informace v souvislosti s péčí o novorozence- edukace sestrou. In: ROSKOVÁ, L. (eds). *Sborník příspěvků ke IV. ročníku mezinárodní konference Lidská práva v proměnách času*. České Budějovice: ZSF JU, s. 121-126. ISBN 978-80-7394-513-8.
36. MARTIN, K. S., 2005. *The Omaha System: a Key to Practice, Documentation, and Information Management.* Reprinted second edition. St. Louis: Elsevier. 484 p. ISBN 978-0-9825727-1-9.
37. MEDELA, © 2018. *Jak formovače bradavek fungují.* [online]: [cit. 2018-10-04]. Dostupné z: http://www.medela.cz/produkty/formovace-bradavek
38. MUNTAU, A., C., 2014. *Pediatrie*. 6. vydání. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
39. MYDLILOVÁ, A., 2015. *Výživa kojenců a malých dětí*. Standardní praktické doporučení pro kojení a zavádění příkrmů. Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR. ISBN neuvedeno.
40. MYDLILOVÁ, A., VIGNEROVÁ, J., ŠÍPEK, A., 2009. Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004. *Neonatologické listy*. 15 (2), 11-22. ISSN 1211-1600.
41. HECK, KE. et al. 2003. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population- based study. *Birth.* [online]. 30(3):153-9. [ci. 2018-05-12]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911797

42. Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s. © 2013. *Banka mateřského mléka*. [online]. Nemocnice České Budějovice a.s. [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: http://www.nemcb.cz/oddeleni/neonatologicke-oddeleni-2 /struktura-oddeleni/banka-materskeho-mleka/
43. PELOUŠKOVÁ, N., 2007. Růstové parametry u kojených a nekojených dětí. *Neonatologické listy.* 13 (2), 26-27. ISSN 1211-1600.
44. PROKEŠOVÁ, R., 2015. Řízení rizik v ošetřovatelství. In: BRABCOVÁ, I., S. BÁRTLOVÁ. *Management v ošetřovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 21-32. ISBN 978-80-7422-402-7.
45. ROZTOČIL, A., et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
46. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
47. SCHÖNBAUEROVÁ, A., 2018. *Role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matky*. [online]. České Budějovice: ZSF JU. Disertační práce. [cit. 2018-07-29]: Dostupné z: https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html?pc_pagenavigationalstate=H4sIAAAAAAAAAGNgYGBkYDMyMra0NBZmZADxOIpLEktSvVMrwTwRXUugrLG5kYGxmYWpibm5kYWJMVCGAQD2MDzFOgAAAA**#prohlizeniSearchResult
48. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2015 The role of paediatric nurse in home visiting of newborns and infants in the past – literary survey. *Kontakt* [online]. 17(4):e211–e218, [cit. 2018-05-04]. Dostupné z: http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20151120105710304076.pdf
49. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
50. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
51. STAŇKOVÁ, M., 2009. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-283-3.

52. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
53. The Omaha System. © 2018. *Solving the Clinical Data- Information Puzzle.* [online]. [cit. 2018-04-05] Dostupné z: http://omahasystem.org/index.html
54. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
55. TROUPOVÁ, J., HANZL M. A kol., 2010. *Standardy ošetřovatelské péče v neonatologii*. České Budějovice: Nemocnice, a.s., 232 s. ISBN neuvedeno.
56. VELEMÍNSKÝ, M., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
57. VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty-1500 otázek a odpovědí*. Praha: Triton. 480 s. ISBN 978-80-7553-147-3.
58. *Věstník MZČR*, 2004. Částka 9. Koncepce Ošetřovatelství [online]. [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_ 1778_ 11.html
59. *Věstník MZČR,* 2013. Částka 8. Postup poskytovatelů zdravotních služeb při propuštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí. [online]. [cit. 2018-06-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2013_8527_2793_11.html
60. VONDRÁČEK, L., KUČKOVÁ, E., 2013 Ošetřovatelská dokumentace a její současné problémy. *Florence*, roč. 9, č. 11. ISSN 1801-464X.
61. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi.* Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
62. *Vyhláška č. 385/2006 Sb*. O zdravotnické dokumentaci, 2006. [online]. [cit. 2018-04-24]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 122. ISSN 1211-1244.
63. *Vyhláška č. 391/2017 Sb*. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/ 2011 Sb, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. © 2018 [online]. [cit. 2018-05-05]:In: Sbírka zákonů České republiky, částka 137/2017. Dostupné z: https://www.zákonyprolidi.cz/cs/2017-391

64. *Vyhláška č. 70/2012 Sb*. O preventivních prohlídkách. Částka 22. [online]. [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_ 8092_2956_1.html
65. WAGNER, C., 2015. *Counseling the Breastfeeding Mother*. [online]. South Carolina: Medical University [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: http://emedicine.medscape.com/article/979458-overview
66. WAMBACH, K., RIORDAN, J., 2014. *Breastfeeding and Human Lactation.* 5. Ed. Burlington: Jones & Bartlett Publishers. 936 p. ISBN 978-14-496-9729-7.
67. WEBEROVÁ, M., 2004. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice- 1. čát. *Pediatrie pro praxi* [online]. 3(6). [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/ 2004/03/02.pdf
68. WHO, © 2018a. *Breastfeeding* [online]. Denmark: World Health Organization Europe [cit.2018-20-04]. Dostupné z: http://www.who.int/nutrition/ topics/exclusive_breastfeeding/en/
69. WHO, © 2018b. *Infant and young child feeding* [online]. Denmark: World Health Organization Europe [cit. 2018-20-04]. Dostupné z: http://www.who.int/ mediacentre/factsheets/fs342/en/
70. WHO, © 2018c. *Breastfeeding* [online]. Denmark: World Health Organization Europe [cit.2018-04-24]. Dostupné z: http://www.who.int/maternal_ child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/en/
71. WHO, 2013. *Breastfeeding mother need peer counselling* [online]. Denmark: World Health Organization Europe [cit. 2018-20-04]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2013/08/ breastfeeding-mothers-need-peer-counselling
72. WILSSON. M, ADOLFSSON, A. 2011. Mother`s ned of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit an interwiew study. *Open Journal of Nursing* [online] 1: 51-58. [cit. 2018-06-20]. Dostupné z: https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=9124
73. Zákon č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, 2018. *Sbírka zákonů České republiky,* [online]. částka 16, ISSN 1211-1244., [cit. 2018-04-05] Dostupné z: https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=45178&nr=48~2F1997 &rpp=15#local-content

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Polohy vhodné pro kojení

Příloha 2: Diagram pro hodnocení a management novorozeneckého váhového úbytku

Příloha 3: Hodnocení techniky kojení - LATCH skóre

Příloha 4: Souhlas se zpracováním osobních údajů

Příloha 5: Dotazník

Příloha 6. Vytvořená dokumentace na základě Omaha systému

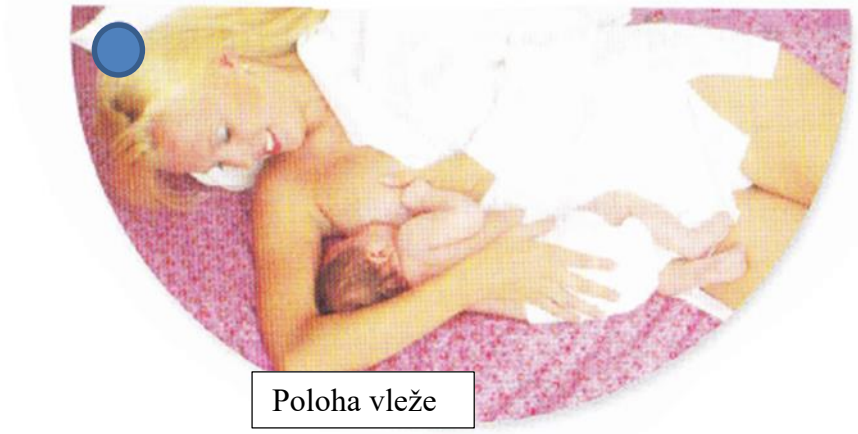
Příloha 7: Seznam otázek k rozhovoru

Příloha 8: CD s přepsanými rozhovory

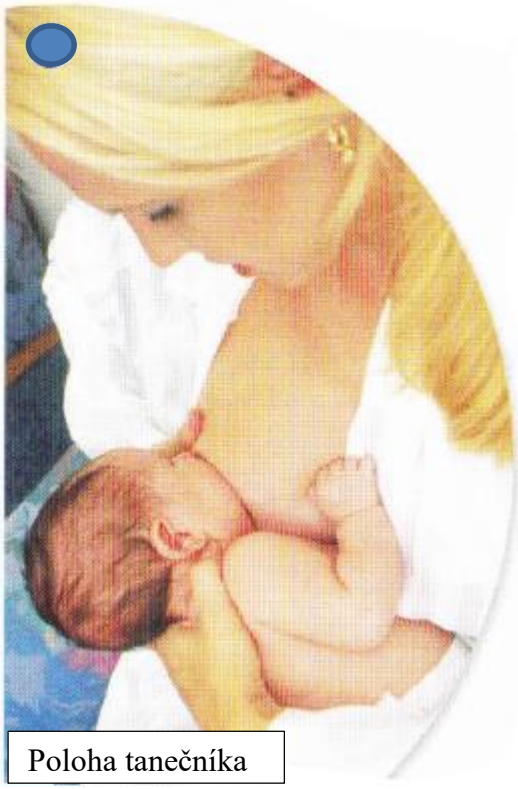
Příloha 1: Polohy vhodné pro kojení

Poloha vsedě

Fotbalové boční držení



Poloha vleže



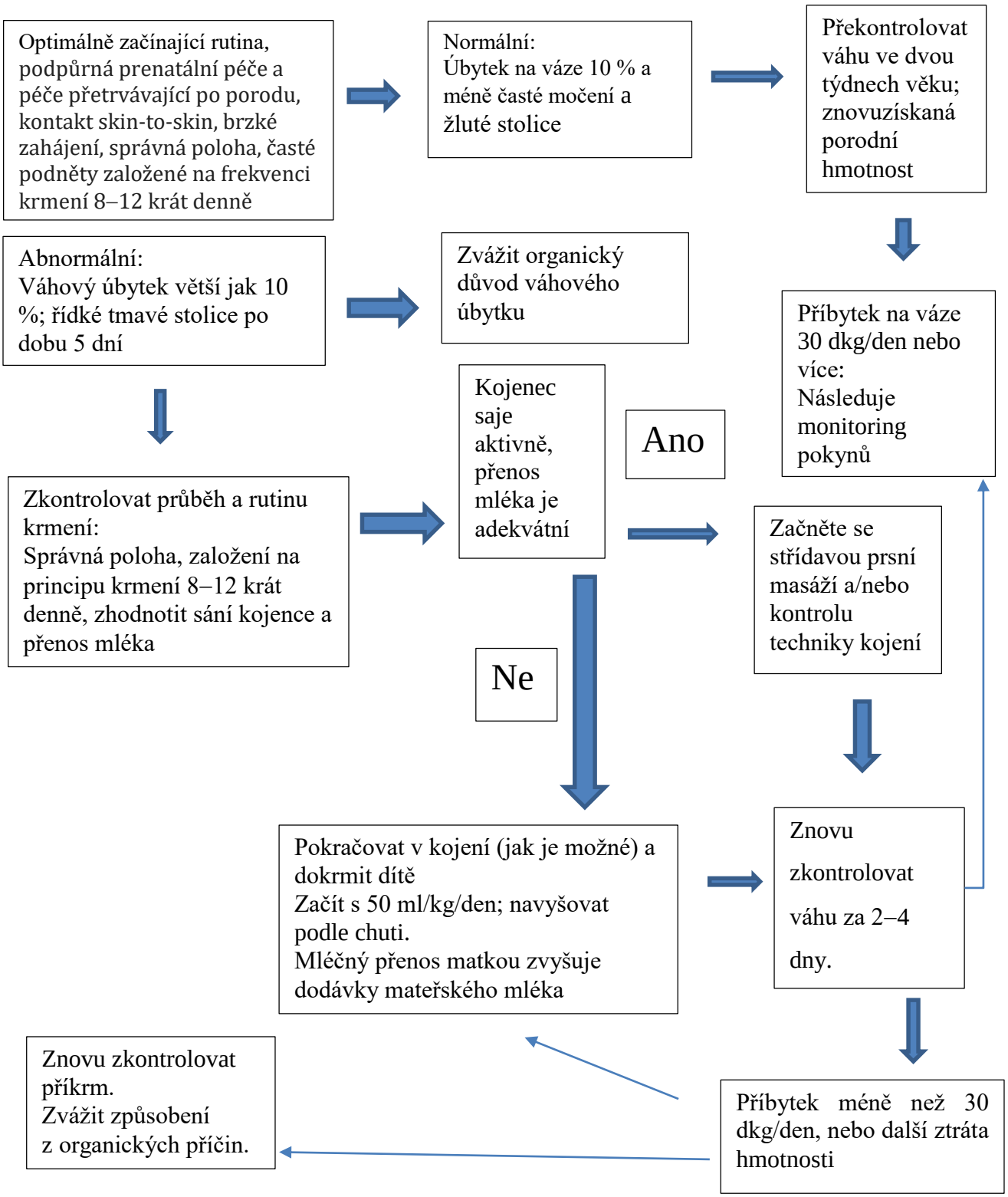
Poloha tanečníka

Kojení dvojčat v tandemu

Poloha vleže na zádech

Zdroj: Laktační liga, 2018d

Příloha 2: Diagram pro hodnocení a management novorozeneckého váhového úbytku (Wambach, 2014)



Příloha 3: Hodnocení techniky kojení - LATCH skóre

NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD *Nemocnice Havlíčkův Brod, Husova 2624, 580 22, Havlíčkův Brod, IČO : 00179540, tel.: 569 472 111*

HODNOCENÍ TECHNIKY KOJENÍ - LATCH skóre

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Oddělení:

	0	1	2	Skóre: 24 hodina
L Latch (technika kojení - efektivní sání)	spavé a lenivé dítě nezájem o pití	opakované pokusy o přisátí držení bradavky v ústech krátké sací periody	správný úchop prsu jazyk „dole“ rty objímají dvorec rytmické sání dlouhé sací periody	
A Audible swalloving (polykání)	není patrné	sání a polykání po malé stimulaci	spontánně se hlásí a saje	
T Type of nipple (tvar bradavky)	vpáčené	ploché	vystouplé (i po stimulaci)	
C Comfort (komfort - pohoda)	poranění bradavky červené, pálící, puchýře, ragády, modřiny	citlivé mírný rozsah poranění bradavky červené, pálící, puchýře, ragády, modřiny	klidné, nebolí, bez poškození	
H Hold (podpora matky, dohled)	matka a dítě jsou od sebe odvráceni, prsty na dvorci plná asistence u přiložení dítěte i držení prsu	malá dopomoc, periodický dohled, mírná úprava techniky kojení	není asistence matka soběstačná v držení dítěte i prsu a má správnou polohu	
DATUM / PODPIS			**CELKEM**	

	0	1	2	Skóre: 96 hodina/ propuštění
L Latch (technika kojení - efektivní sání)	nezájem o pití spavé a lenivé dítě rty se pouze dotýkají bradavky	opakované pokusy o přisátí držení pouze bradavky v ústech krátké sací periody	správný úchop prsu jazyk „dole“ rty objímají dvorec rytmické sání dlouhé sací periody	
A Audible swalloving (polykání)	není patrné	sání a polykání po malé stimulaci	spontánně se hlásí a saje	
T Type of nipple (tvar bradavky)	vpáčené	ploché	vystouplé (i po stimulaci)	
C Comfort (komfort - pohoda)	poranění bradavky červené, pálící, puchýře, ragády, modřiny	citlivé mírný rozsah poranění bradavky červené, pálící, puchýře, ragády, modřiny	klidné, nebolí, bradavky bez poškození	
H Hold (podpora matky, dohled)	matka a dítě jsou od sebe odvráceni, prsty na dvorci plná asistence u přiložení dítěte i držení prsu	malá dopomoc, periodický dohled, mírná úprava techniky kojení	není asistence matka soběstačná v držení dítěte i prsu a má správnou polohu	
DATUM / PODPIS			**CELKEM**	

Upraveno dle: Jenson, Walace, Kelsay, LATCH: A Breastfeeding chartinglsystém and documentantion tool, JOGGIN,23, 1994. Dotazník hodnocení techniky kojení, Laktační Liga, www.lali.cz

Nemocnice Havlíčkův Brod, Hušova 2624, 580 22, Havlíčkův Brod, IČO : 00179540, tel.: 569 472 111

VYHODNOCENÍ TECHNIKY KOJENÍ

1) Ve 24 hodině po narození

Skóre pod 6

(obecně souvisí s kratší dobou kojení)

NUTNÝ dohled na dítě, kontrola techniky kojení a intenzivní dopomoc matce

Výrazná rizika pro předčasné ukončení kojení:

SC (sectio caesarea), primipara, fototerapie, 37. týdnů a méně, AS (Apgar skóre) pod 5 v 1. minutě

NUTNÝ EXTRA dohled na dítě, kontrola techniky kojení a intenzivní dopomoc matce

2) Při propuštění

Skóre pod 6

Vhodná kontrola - laktační poradna - nabídnout termín do týdne

---

Vyšší skóre nad 6

- predikuje větší úspěšnost iniciace a delší dobu kojení [1) 2)]
- souvisí s dodržením „10 kroků" na podporu kojení a BFHI postupy [3) 4)]
- souvisí s vyšší mírou spokojenosti matek [5) 6)]
- **BĚŽNÁ PÉČE**

Zdroje:

1) Tornese G.,Ronfani L. et al*: Does the LATCH Score Assessed in the first 24 hours after delivery predict non exclusive breastfeeding at hospital discharge.*
2) Kumar S.P. et al*:The LATCH scoring systém a nd prediction of breastfeeding duration.J Hum Lact 20065, 22, 391 - 397*
3) Perez- Escamilla R.*: Evidence based breastfeeding promotion: The BFHI. J.Nutr 2007, 137, 484 - 487*
4) Armstrong H.C.*: Training guide in lactation management, IBFAN, UNICEF, New York, 1992*
5) Adans D. et al*: Maternal and professional assessment of breastfeeding. J Hum Lact1997,13, 279 - 283*
6) Guideline for Family Centred Developmental Care, *2014, Rew.2016, The Northern Neonatal Network, www.nornet.org.uk*

Zdroj: Nemocnice Havlíčkův Brod

Příloha 4: Souhlas se zpracováním osobních údajů

Udělením tohoto souhlasu se zpracováním osobních údajů poskytujete souhlas k tomu, aby Laktační poradkyně _____ (se sídlem _____) (dále jako „správce“) zpracovávala Vaše osobní údaje dle dále uvedených podmínek.

Rozsah zpracování Vašich osobních údajů

Správce bude Vaše osobní údaje zpracovávat v rozsahu, v jakém jste je poskytli v souvislosti s laktačním poradenstvím, konkrétně – vyúčtování péče na zdravotní pojišťovnu, podklad pro zhodnocení a orientaci při následujících konzultacích. Správce bude zpracovávat především jméno, příjmení, e-mail, telefonní číslo, adresu bydliště, rodné číslo, kód pojišťovny.

Účel zpracování Vašich osobních údajů

Správce bude Vaše osobní údaje zpracovávat za účely vyúčtování péče zdravotní pojišťovně a pro orientaci v ošetřovatelské dokumentaci, tj. podklad pro zhodnocení péče a orientaci při následujících konzultacích.

Doba, po níž budou Vaše osobní údaje zpracovávány

Správce bude Vaše osobní údaje zpracovávat v souvislosti s účelem _____, po dobu _____ od _____, nebo pokud tento souhlas neodvoláte.

Odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů

Tento Váš dobrovolně udělený souhlas se zpracováním osobních údajů můžete kdykoli bezplatně odvolat, a to prostřednictvím _____. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním. Odvolání souhlasu též nemá vliv na zpracování osobních údajů, které správce zpracovává na základě jiného právního základu, než je souhlas.

Osoby s přístupem k Vašim osobním údajům

K Vašim osobním údajům bude mít přístup správce, jeho zaměstnanci a případně též třetí osoby - _____. Tyto osoby však budou mít přístup k těmto údajům jen po dobu nezbytně nutnou a v nezbytně nutném rozsahu, pokud to bude nutné pro poskytnutí služby a splnění zákonných požadavků.

Kontaktní údaje správce

Správce můžete kontaktovat na _____. Správce je oprávněn požadovat prokázání Vaší totožnosti za účelem zamezení přístupu neoprávněným osobám k Vašim osobním údajům. Za účelem zvyšování kvality služeb a uchovávání záznamů o plnění právních povinností správce může být veškerá komunikace mezi Vámi a správcem monitorována.

Vaše práva související s ochranou Vašich osobních údajů

Máte právo kdykoliv odvolat svůj souhlas, opravit či doplnit osobní údaje, požadovat omezení zpracování, vznést námitku či stížnost proti zpracování osobních údajů, požadovat přenesení údajů, přístupu ke svým osobním údajům, být informován o porušení zabezpečení osobních údajů, výmazu a další práva stanovená v GDPR.

V _____ dne _____; Podpis_____

Zdroj: Upraveno dle GDPR

Příloha 5: Dotazník

1. Váš věk:
    - 18–25
    - 26–30
    - 31–45
    - 46 a více

2. V jakém kraji v České republice působíte jako laktační poradkyně?
    - Hlavní město Praha
    - Středočeský kraj
    - Jihočeský kraj
    - Plzeňský kraj
    - Karlovarský kraj
    - Ústecký kraj
    - Liberecký kraj
    - Královéhradecký kraj
    - Pardubický kraj
    - Kraj Vysočina
    - Jihomoravský kraj
    - Olomoucký kraj
    - Zlínský kraj
    - Moravskoslezský kraj

3. Máte zdravotnické vzdělání?
    - Ano
    - Ne

4. Pokud zdravotnické vzdělání nemáte a jste laktační poradkyně-matka, kolik máte dětí?
    - Volná odpověď

5. Jak dlouho jste své děti průměrně kojila?
    - 0–3 měsíce
    - 4–6 měsíců
    - 7–12 měsíců
    - 13–18 měsíců
    - 19–24 měsíců
    - 25 a více měsíců
    - Nekojila jsem

6. Vaše dosažené vzdělání v oboru:
    - Dětská sestra
    - Všeobecná sestra
    - Porodní asistentka
    - Lékař/lékařka
    - Jiné zdravotnické vzdělání

7. Jak dlouho máte praxi ve zdravotnickém zařízení?
    - Nemám praxi
    - Méně než 1 rok
    - 1–3 roky
    - 4–10 let
    - 11 a více let

8. Na jakém oddělení ve zdravotnickém zařízení jste pracovala nebo pracujete?
    - Neonatologické oddělení (stanice fyziologických novorozenců)
    - Neonatologické oddělení (stanice intermediární péče)
    - Neonatologické oddělení (stanice JIP)
    - Dětské oddělení (stanice kojenců a malých dětí)
    - Jiné oddělení, než je výše uvedené

9. Jak dlouho poskytujete laktační poradenství?
    - Méně než 1 rok
    - 1–3 roky
    - 4–5 let
    - 6 a více let

10. Jak často se školíte na akcích pořádaných Laktační ligou?
    - 1x za rok
    - 2x a více za rok
    - 1x za dva roky
    - Jiná: Volná odpověď

11. Máte smlouvu se zdravotní pojišťovnou?
    - Ano
    - Ne

12. Pokud máte smlouvu se zdravotní pojišťovnou, co obnášelo ji získat?
    - Volná odpověď

13. S jakými zdravotními pojišťovnami máte uzavřenou smlouvu?
    - Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
    - Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
    - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
    - Oborová zdravotní pojišťovna
    - Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
    - Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
    - Revírní bratrská pokladna

14. Spolupracujete s ordinací gynekologa/pediatra?
    - Nespolupracuji
    - Spolupracuji s pediatrem
    - Spolupracuji s gynekologem
    - Pracuji v ordinaci pediatra
    - Pracuji v ordinaci gynekologa

15. Jaké formy laktačního poradenství poskytujete?
    - V domácím prostředí matky
    - Telefonicky
    - E-mailem
    - Ve speciálním centru
    - V ordinaci gynekologa
    - V ordinaci pediatra
    - Skype a jiné sociální sítě

16. V jaké době (dny/hodiny) poskytujete telefonické laktační poradenství?
    - Volná odpověď

17. V jaké době (dny/hodiny) poskytujete poradenství v terénu?
    - Volná odpověď

18. Využíváte nějakou dokumentaci (ošetřovatelský záznam) při poskytování poradenství?
    - Ano
    - Ne

19. Co Vámi používaná dokumentace (Ošetřovatelský záznam) obsahuje?
    - Volná odpověď

20. Obsahuje Vaše dokumentace nějakou hodnotící škálu? Pokud ano, jakou?
    - Volná odpověď

21. Pokud dokumentaci nemáte, zaznamenáváte si údaje z konzultace?
    - Ano
    - Ne

22. Jaké údaje si nejčastěji zaznamenáváte?
    - Znalosti matky
    - Chování matky
    - Porodní a propouštěcí váha dítěte
    - Informace o kojení předchozích dětí
    - Vyzkoušení kojících poloh
    - Chování dítěte při kojení (aktivita, způsob sání)
    - Informace plynoucí z komunikace s matkou (psychický stav, problémy matky)
    - Informace o dítěti získané od matky (jak často pláče, jak často se budí, zda je spokojené)
    - Stav prsou a bradavek
    - Informace o stravě a odpočinku matky
    - Informovanost matky v oblasti kojení
    - Vážení kojení (zvážení oblečeného dítěte před a po kojení)
    - Vážení nahého dítěte
    - Počet pomočených plen a stolice
    - Jiná: Volná odpověď

23. Jakou formou si údaje z konzultace/návštěvy zaznamenáváte? (Např. Word, Excel, poznámkový blok)
    - Volná odpověď

24. Měla byste zájem o standardizovanou dokumentaci vytvořenou pro laktační poradenství?
    - Ano
    - Ne

25. Používáte některou ze standardizovaných taxonomií ošetřovatelských problémů?
    - NANDA taxonomie
    - Omaha systém
    - Nepoužívám

26. Kolik domácích návštěv za měsíc přibližně poskytnete?
    - Volná odpověď

27. Kolik telefonických konzultací za měsíc přibližně poskytnete?
    - Volná odpověď

28. Potýkáte se s problémy, které brání v poskytování laktačního poradenství?
    - Ne
    - Nedostatek času
    - Nedostatek financí ze strany matky pro opakování návštěvy
    - Nemám smlouvu se zdravotní pojišťovnou
    - Špatná spolupráce s pediatrem
    - Špatná spolupráce s gynekologem
    - Nedostatek pomůcek (váhy, odsávačky atd.)
    - Chybějící prostorové zázemí
    - Nedostatek edukačních materiálů
    - Jiná: Volná odpověď

29. Myslíte si, že je poskytováno laktační poradenství zdravotnickými laktačními poradkyněmi a nezdravotnickými laktačními poradkyněmi-matkami na stejné úrovni?
    - Ano, je na stejné úrovni
    - Ne, není na stejné úrovni
    - Nevím

30. Proč si myslíte, že není na stejné úrovni?
    - Volná odpověď

31. V jakém časovém horizontu od propuštění z porodnice Vás maminky většinou kontaktují?
    - Týden a méně
    - 2 týdny až 1 měsíc
    - 2–6 měsíců
    - 7 měsíců a více

32. Žádají si Vás ženy na konzultaci ohledně kojení, vyšetření prsou a bradavek ještě před plánovaným porodem?
    - Ano
    - Ne

33. Jak dlouho (kolik minut) trvá obvykle Vaše domácí návštěva?
    - Volná odpověď

34. Jak dlouho (kolik minut) trvá obvykle Vaše telefonická konzultace?
    - Volná odpověď

35. Kolik stojí hodina (60 minut) Vaší konzultace (domácí návštěvy)?
    - Volná odpověď

36. Myslíte si, že delší hospitalizace ženy a dítěte v porodnici má lepší vliv na kojení?
    - Ano
    - Ne

37. Jaké činnosti/intervence při osobní konzultaci poskytujete?
    - Vážení nahého dítěte
    - Vážení kojení (zvážení oblečeného dítěte před a po kojení)
    - Edukace ve sledování stolice a močení dítěte
    - Vyšetření prsou a bradavek
    - Edukace v péči o prsa a bradavky
    - Edukace v nošení formovačů bradavek
    - Edukace v přímém použití kojicích kloboučků (pokud je potřeba)
    - Edukace o odstříkávání a odsávání mateřského mléka
    - Edukace o skladování mateřského mléka
    - Edukace o metodách alternativního dokrmu
    - Edukace o polohách vhodných pro kojení
    - Edukace - jak poznat správné přisátí dítěte
    - Edukace o vhodném stravování pro matku
    - Edukace o nemléčných příkrmech od ukončeného 6. měsíce
    - Poskytnutí edukačních materiálů
    - Jiná: Volná odpověď

38. Vámi doporučená frekvence kojení?
    - Podpora kojení dle potřeb dítěte
    - Dodržování předem stanovených časových intervalů
    - Jiná: Volná odpověď

39. Vámi doporučený interval jednoho kojení?
    - Pevná délka kojení 20–30 minut
    - Délka kojení není limitována
    - Jiná: Volná odpověď

Zdroj: Vlastní

Příloha 6: Vytvořená dokumentace na základě Omaha systému

Omaha systém (Laktační poradenství- dokumentace klientky)

1. část

Jméno, příjmení (iniciály):							
Kontakt:							
Žena (matka)			**Současný stav**			**Dítě (novorozenec)**	
Věk:			Koji □			Věk (dny, měsíce):	
Vzdělání	Základní □		Koji+ dokrm VM □			Týden gestace:	
	SOU □		Koji + dokrm formule □			Porodní váha:	
	SŠ □		Způsob dokrmování dítěte:	Střičkačkou po prstu		Propouštěcí váha:	
	VŠ □			Suplementor		Strava dítěte při propuštění:	
Zaměstnání :				Kádinka		Používání šidítka/dudlíku:	ANO/NE
Gravidita:				Lahev		Zdravotní problém ze strany dítěte:	ANO/NE
Parita:			Jiné:				
Kojení předchozích dětí:	Ano/Ne		Důvod zavedení krmení z lahve:				
	Délka (měsíce)		Způsob vedení poorodu:				
	Problémy						

Vyšetření prsou (možnost zakreslit)		
Tvar bradavek	P. PRSO (BRADAVKA)	L. PRSO (BRADAVKA)
V pořádku	□	□
Krátké	□	□
Ploché	□	□
Ztluštělé	□	□
Vpáčené (Tvarovatelné/ netvarovatelné)	□	□
Ragády	□	□
Krvácení	□	□
Hematomy	□	□
Prsní implantáty	□	□
Prsní deformace	□	□

2. část- Škála pro hodnocení výsledku problémů (Likertova škála)

	1	2	3	4	5
Znalosti	Žádné	Minimální	Základní	Dostatečné	Vynikající
Chování	Nevhodné	Zřídka vhodné	Proměnlivě vhodné	Obvykle je vhodné	Důsledně vhodné
Stav	Extrémní příznaky/symptomy	Závažné příznaky/ symptomy	Mírné příznaky/symptomy	Minimální známky/symptomy	Žádné známky/ symptomy

3. část- Posouzení (ANAMNESTIKA)

Modifikátory

I- jednotlivec **F**- rodina **C**- komunita **HP**- podpora zdraví

P-potencionání **A**- aktuální **Vysoká** priorita **Nízká** priorita

Environmentální doména **Problém**	**Subj./ Obj. údaje** Vědomí: Chování: Stav:	**Kategorie**	**Cíle**	**Informace specifická pro klienta**	**Modifikátory**							
					I	**F**	**C**	**HP**	**P**	**A**	**Vysoká**	**Nízká**
Příjem (finance)												
Hygiena												
Bydlení												
Bezpečné okolí												

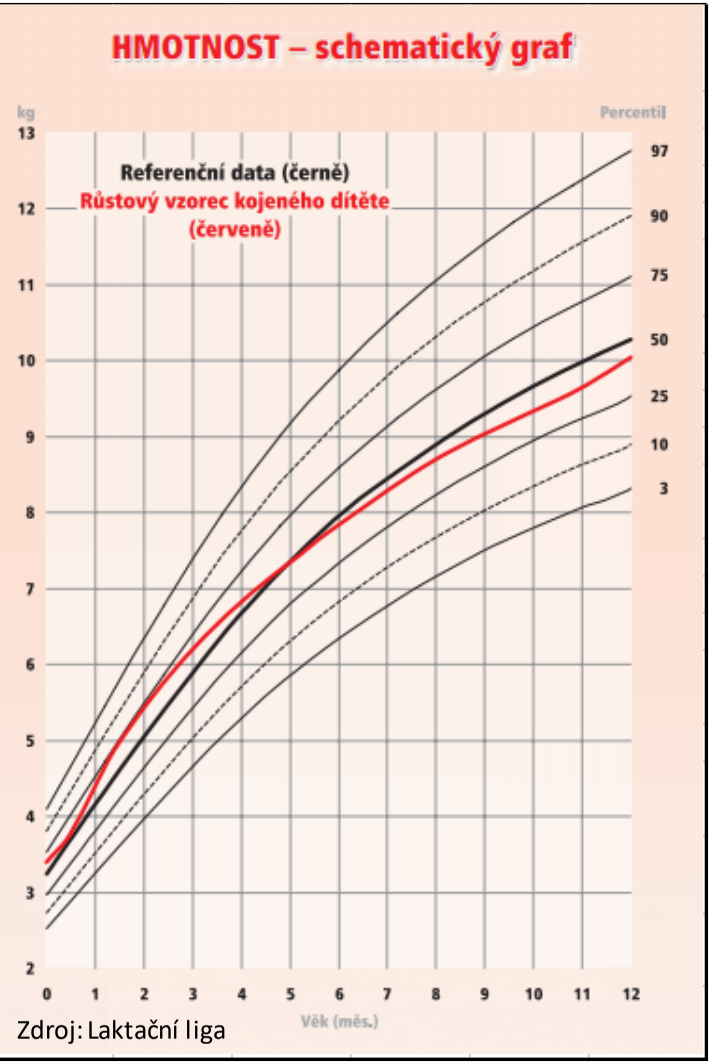
Psychosociální doména **Problém**	**Subj./ Obj. údaje** Vědomí: Chování: Stav:	**Kategorie**	**Cíle**	**Informace specifická pro klienta**	**Modifikátory**							
					I	**F**	**C**	**HP**	**P**	**A**	**Vysoká**	**Nízká**
Komunikace s komunitními zdroji												
Sociální kontakt												
Změněná životní role												
Mezilidské vztahy												
Zármutek												
Duševní zdraví												
Sexualita												
Opatrovnictví/ rodičovství												
Zanedbávání												
Růst vývoj												

Fyziologická doména Problém	Subj./ Obj. údaje Vědomí: Chování: Stav:	Kategorie	Cíle	Informace specifická pro klienta	Modifikátory							
					I	F	C	HP	P	A	Vysoká	Nízká
Sluch												
Zrak												
Řeč/ jazyk												
Orální zdraví (Dítě)												
Kognice												
Bolest												
Kůže												
Dýchání												
Zažívání/ hydratace (Dítě)												
Střevní funkce (Dítě)												
Močové funkce (Dítě)												
Těhotenství												
Poporodní období												
Přenosné a infekční choroby (Matka)												
Chování související se zdravím **Problém**	**Subj./ Obj. údaje** Vědomí: Chování: Stav:	**Kategorie**	**Cíle**	**Informace specifická pro klienta**	**Modifikátory**							
					I	**F**	**C**	**HP**	**P**	**A**	**Vysoká**	**Nízká**
Výživa												
Spánek/ vzorek odpočinku												
Fyzická aktivita												
Osobní péče												
Užívání léků												
Plánování rodičovství												
Návštěva zdravotní péče/ Preventivní prohlídky												

4. část- Hodnocení kojení (Sledování)

1. Návštěva	Kontrola kojení (poloha)	Jak je dítě přisáté	Aktivita dítěte
2. Návštěva	Kontrola kojení (poloha)	Jak je dítě přisáté	Aktivita dítěte
3. Návštěva	Kontrola kojení (poloha)	Jak je dítě přisáté	Aktivita dítěte

Poznámky:		
	Porodní váha	
	Prospouštěcí váha	
	1. Návštěva	
	2. Návštěva	
	3. Návštěva	



Zdroj: Laktační liga

5. část- INTERVENČNÍ ČÁST

Edukace/vedení/poradenství		Case management		
Poskytnut edukační materiál	Ano/NE	**Kontinuita péče**	Koordinace mezi poskytovately	
Ústní edukace	Ano/NE		Následující plán péče	
Rozhovor na dané téma	Edukace o skladování mateřského mléka		Speciální potřeby dítěte	
Informovanost ženy	Edukace o kojení a laktaci		Další	
	Edukace o nemléčných příkrmech od ukončeného 6. měsíce věku	**Financování**	Zdravotní pojištění	
	Edukace o vhodném stravování pro matku		Soukromé pojištění	
	Formovače bradavek		Přímá platba	
	Polohy pro kojení		Další	
	Odsávání			
	Pomůcky pro kojení (kloboučky)	**Gynekologická/pediatrická péče**	Hodnocení:	
			Koordinace mezi poskytovately	
	Dokrmování		Poskytování služeb	
Léčba a terapeutické postupy			Preventivní prohlídky	
Nosení formovačů bradavek již v těhotenství	Ano/ Ne		Další	
Péče o prsy		**Ošetřovatelská péče**	Hodnocení	
Péče o bradavky			Poskytování služeb	
Trenování kojících poloh			Koordinace mezi poskytovately	
Nácvik odstříkávání a odsávání			Další	
Použití kojících kloboučků		**Sociální práce**	Hodnocení	
Edukace o metodách alternativního dokrmu			Poskytování služeb	
			Koordinace mezi poskytovately	
			Další	
Sledování		**Pomocný materiál**	Lahve/umělá výživa	□
Sbližování/náklonnost	Vztah matka- dítě		Nábytek	□
			Autosedačka	□
Kopírování/zvládání dovedností	Odstříkávání		Materiál na péči o kojence	□
	Odsávání		Kojenecká podprsenka	□
	Samostatné přiložení dítěte k prsu		Vložky do podprsenky	□
Dietní management	Dodržování diety	**Podpůrné skupiny**	Centrum laktačního poradenství	□
			Laktační liga	□
			Spolehlivé internetové stránky	□
Ošetřovatelská péče				□
		Kontakt: Pediatr		
Odpočinek/spánek		***Kontakt: Gynekolog***		
		Poznámky:		
Příznaky/symptomy- tělesné viz. 1. a 4. část				
Sociální péče/poradenství				

PRŮVODCE DOKUMENTACÍ

1. ČÁST	V této části vyplňujeme do prázdných kolonek informace o matce a o dítěti. Políčka, která obsahují symbol čtverečku □, jsou pro zaškrtnutí správné informace. Obrázek ženského poprsí slouží k zakreslení a lepší lokalizaci nějakého viditelného problému (např. ragády, hematomy atd.).
2. ČÁST Škála pro hodnocení výsledku problému	Část 2. obsahuje škálu pro hodnocení výsledku problému. Hodnotíme na škále od 1 do 5 a patří sem znalosti, chování a stav, přičemž na 1. stupni je chování nevhodné, znalosti žádné a příznaky extrémní. Na 5. stupni jsou znalosti vynikající, chování důsledně vhodné a příznaky žádné. Blíže je definován i 2., 3., a 4. stupeň. Hodnotit můžeme jak jednotlivce, tak i rodinu, komunitu (viz modifikátory - 3. část). Část 2 je pouze návodem, co jednotlivé stupně znamenají a jak máme hodnotit. Informace, které prostřednictvím našeho hodnocení získáme, vyplňujeme v části 3 ke každé ze čtyř domén: environmentální, psychosociální, fyziologické a v doméně chování souvisejícím se zdravím. Hodnotíme: vědomí, chování, stav. Hodnotit můžeme opakovaně, důležité je odlišit si jednotlivá hodnocení například datem návštěvy klientky.
3. ČÁST Posouzení (anamnestika)	3. část je rozdělena na jednotlivé domény, které jsou na 1. místě: environmentální, psychosociální, fyziologická a chování související se zdravím. Na 2. úrovni jsou problémy, na 3. úrovni jsou modifikátory (jsou označeny zkratkami: určíme si, koho se problém týká - I, F, C, HP - a zaškrtneme křížkem v tabulce vpravo. Zhodnotíme, zda se jedná o problém aktuální, potencionální, nebo problém v oblasti podpory zdraví (také tabulka vpravo). Do sloupce si vypíšeme subj. a obj. údaje, pokud jsou. U problémů také stanovíme vysokou nebo nízkou prioritu. Pokud problém označíme nízkou prioritou, údaje pouze zaznamenáme a nemusíme bezprostředně zahajovat péči - to musíme dobře zhodnotit (na základě svých znalostí). Pokud identifikujeme problém jako vysokou prioritu, je nutné vytvořit plán péče, identifikujeme hodnocení, stanovíme cíl a aktivně budeme s klientkou spolupracovat na řešení problému. Dále máme prostor pro záznam v části tabulky: Informace specifická pro klienta. První úroveň schématu intervencí tvoří 4 kategorie (viz 5. část) - Edukace vedení poradenství - Léčba a terapeutické postupy - Case management - Sledování (4. část)
4. ČÁST Hodnocení kojení	Zde si zaznamenáváme informace z jednotlivých návštěv (vyplňujeme kolonky). Využíváme schematický graf hmotnosti (zdroj: Laktační liga) pro naši orientaci.
5. ČÁST Intervenční část	V této části se zabýváme stanovením intervencí ve 4 kategoriích: - Edukace vedení poradenství - Léčba a terapeutické postupy - Case management - Sledování (4. část) V dokumentaci jsou již některé intervence předem stanovené (slouží jako vodítko), ale prázdné kolonky nám dávají prostor vytvořit si v jednotlivých oblastech nové intervence.

Příloha 7: Seznam otázek k rozhovoru

1. Jaký máte názor na 1. Část dokumentace?

2. Jaký máte názor na 2. Část dokumentace?

3. Jaký máte názor na 3. Část dokumentace?

4. Jaký máte názor na 4. Část dokumentace?

5. Jaký máte názor na 5. Část dokumentace?

6. Co si myslíte o průvodci dokumentací?

7. Jaký je podle Vás přínos a negativa vytvořené dokumentace?

Zdroj: Vlastní

10 SEZNAM ZKRATEK

GDPR - Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (General Data Protection Regulation)

IMP – Intermediární péče

JIP – Jednotka intenzivní péče

PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost

UNICEF - United Nations Children's Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZPMV – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

VOZP – Vojenská zdravotní pojišťovna