

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Úloha dětské sestry v dosažení mateřské role v modelu R. Mercer**

Diplomová práce

Autor:

Bc. Skalová Lucie

Vedoucí práce:

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

2011

## **Abstract**

The role of paediatric nurses in achieving the maternal role in R. Mercer's model is the topic of this thesis. The above-mentioned model has a systematic structure and sequence. R. Mercer based it on her own extensive research, which formed a basis for identifying and determining the factors affecting the achievement of the maternal role. The conceptual model contains twenty initial terms on which it focuses during application. The author identified two basic variables in her conceptual model, i.e. the mother and the child, for whom the basic criteria are identified that may affect the achievement of the maternal role. R. Mercer's model describes nurses as professionals in their field, fulfilling an important role in achieving the maternal role during the entire process. The development towards the maternal role proceeds in four stages: anticipation phase, formal phase, informal phase, and personal phase. This knowledge can be used in practice, research and education.

The achievement of the maternal role involves many factors. The period when mothers identify with their new roles in life starts early in pregnancy. Mothers go through the stages towards the maternal role very individually and everything depends on their bio-psycho-social stability.

Nurses, midwives and paediatric nurses, who take part of educators, mentors, supporters or experts in the field, play an important role in the process of achieving the maternal role.

The first objective of this thesis was to determine what share paediatric nurses have at the neonatal maternity ward in achieving the maternal role according to R. Mercer's model in mothers of premature newborns. The second objective of this thesis was to explore the possibilities of cooperation between paediatric nurses at the neonatal ward with mothers of premature newborns in fulfilling the maternal role according to R. Mercer's model. The research formulates two basic questions: 1 How do paediatric nurses at the neonatal ward affect fulfilling the maternal role of mothers of premature newborns according to R. Mercer's model?

2 What is the view of mothers of premature newborns of the cooperation with the paediatric nurse at the neonatal ward?

I chose two qualitative researches using the method of interviewing to obtain answers to the questions set out above.

One research was created using the technique of individual in-depth interviews. Mothers of premature newborns were questioned as well as paediatric nurses and midwives at the neonatal ward of Nemocnice České Budějovice a.s. (Hospital in České Budějovice). Each group consisted of five respondents.

The other research was carried out using questionnaires in which mothers of premature infants, the children had reached at least one year of age, always corresponded. This research was conducted in cooperation with two surgeries of general practitioners for children and adolescents. Information was obtained from twenty mothers treated in the surgeries of Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc. and MUDr. Jana Tomčalová in Skalná near Cheb.

The results of both the researches have been categorized into tables. They resulted in the finding that, in the first phase of achieving the maternal role according to R. Mercer's model, mothers adapt very well to the maternal role with the assistance mainly of their closest families, but none of the respondents had any awareness of the possibility of establishing a birthing plan. Only five mothers of the total number attended antenatal courses. The research showed that mothers who considered themselves to be sanguine or phlegmatic feel more flexible. These mothers have better responses to stressful situations. All the mothers also stated that, at this stage, they received most information from their physicians and general educational literature. Only half of the mothers interviewed used the Internet.

In the second phase of achieving the maternal role according to R. Mercer's model – during the birth, mothers of premature newborns perceive the greatest support from their partners. They expect advice, assistance and encouragement from nurses. Fifteen mothers of all the interviewed ones had no chance to have their partners right at the childbirth. These mothers gave birth by a caesarean section and it was not possible

to accept a partner at the childbirth. All of these mothers felt the absence of their partners during the childbirth very negatively.

In the interaction nurse-mother during the third phase of the Mercer model, from the childbirth to the dismissal from the hospital, is the most important for achieving the maternal role. Mothers of premature newborns perceive nurses as a source of support and professional advice. Nurses may substantially contribute, through their approach, to the achievement of the maternal role of these mothers. Likewise, nurses feel a significant share and assistance to mothers of premature newborns in early care and achieving the maternal role. This phase is also the most difficult time for mothers of premature newborns in achieving the maternal role, where all the mothers described the separation from the child as emotionally very negative.

In the fourth stage of achieving the maternal role according to R. Mercer's model, social background has the biggest impact. It is the partner who plays a fundamental role here. The mothers described positive changes in flexibility. In this stage, the physician, the nurse and relevant professional literature were mentioned as the main sources of information. Most of the mothers also appreciated very much active involvement of their partners in childcare. Based on the obtained results I created educational forms for each phase of achieving the maternal role according to R. Mercer's model for nurses. These forms should lead to the improvements in education and assist in achieving the maternal role. These materials also include an educational guide for nurses.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Úloha dětské sestry v dosažení mateřské role v modelu R. Mercer vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....

Bc. Skalová Lucie

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Aleně Machové, za velkou trpělivost, cenné rady, věnování mnoha času pro konzultace a připomínky při vedení mé diplomové práce. Dále děkuji celé své rodině, za psychickou podporu a pomoc během celého studia na vysoké škole.

## **Obsah:**

<b>Úvod</b>	<b>3</b>
<b>1 Současný stav</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Základní pojmy a klasifikace v oboru neonatologie a perinatologie</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Historie perinatologie v ČR</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Vývoj dítěte od početí do 1 roku života</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Edukace v ošetrovatelské péči o matku a dítě</b>	<b>14</b>
<i>1.4.1 Základní pojmy edukace</i>	<b>14</b>
<i>1.4.2 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení</i>	<b>16</b>
<i>1.4.3 Edukační cíle</i>	<b>17</b>
<i>1.4.4 Edukační metody</i>	<b>18</b>
<i>1.4.5 Sestavení edukačního plánu</i>	<b>19</b>
<b>1.5 Úvod do problematiky koncepčních modelů</b>	<b>19</b>
<b>1.6 Ošetrovatelský model Dosažení mateřské role Ramony T. Mercer</b>	<b>22</b>
<i>1.6.1 Biografie Ramony T. Mercer</i>	<b>22</b>
<i>1.6.2 Teoretické asumpce</i>	<b>22</b>
<i>1.6.3 Výchozí pojmy koncepce modelu teorie dosažení mateřské role</i>	<b>24</b>
<i>1.6.4 Metaparadigma modelu</i>	<b>25</b>
<i>1.6.5 Teoretická východiska</i>	<b>27</b>
<i>1.6.6 Využití modelu v praxi</i>	<b>28</b>
<i>1.6.7 Hlavní jednotky modelu</i>	<b>30</b>
<b>1.7 Aplikace koncepčního modelu R. Mercer a role sester v praxi dle jednotlivých fází dosažení mateřské role</b>	<b>30</b>
<i>1.7.1 První fáze (anticipace) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	<b>30</b>
<i>1.7.2 Druhá fáze (neformální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	<b>34</b>
<i>1.7.3 Třetí fáze (formální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	<b>37</b>
<i>1.7.4 Čtvrtá fáze (osobní) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer</i>	<b>40</b>
<i>1.7.5 Edukační proces aplikovaný s koncepčním modelem R. Mercer -Dosažení mateřské role v ošetrovatelské praxi</i>	<b>41</b>

<b>2</b>	<b>Cíle práce a výzkumné otázky</b>	<b>43</b>
<b>3</b>	<b>Metodika</b>	<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>Použitá metodika</b>	<b>44</b>
<b>3.2</b>	<b>Charakteristika výzkumného vzorku</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>Výsledky</b>	<b>46</b>
<b>4.1</b>	<b>Předvýzkum</b>	<b>46</b>
4.1.1	<i>Rozhovory s matkami</i>	46
4.1.2	<i>Výsledky rozhovorů s matkami kategorizované do tabulek dle jednotlivých fází koncepčního modelu R. Mercer</i>	53
4.1.3	<i>Rozhovory se sestrami</i>	73
4.1.4	<i>Výsledky rozhovorů se sestrami kategorizované do tabulek dle jednotlivých fází koncepčního modelu R. Mercer</i>	78
<b>4.2</b>	<b>Výzkum</b>	<b>86</b>
4.2.1	<i>Kazuistiky dotazovaných matek</i>	86
4.2.2	<i>Výsledky dotazníků kategorizované do tabulek dle jednotlivých fází koncepčního modelu R. Mercer</i>	106
<b>5</b>	<b>Diskuse</b>	<b>141</b>
<b>6</b>	<b>Závěr</b>	<b>154</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b>	<b>155</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova</b>	<b>161</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy</b>	<b>162</b>



## Úvod

V současné době jsou v ošetrovatelské praxi koncepční modely využívány pro kvalitní a komplexní péči o klienty. Tato péče je založena na profesionalitě a vzdělanosti personálu, kde se využívá holistického přístupu ke klientům. Koncepční model R. Mercer Dosažení mateřské role je zaměřen na matky od počátku těhotenství do jednoho roku života dítěte. Toto období je rozděleno na čtyři fáze dosažení mateřské role. První fáze (anticipace) dosažení mateřské role se odehrává během těhotenství a adaptace na něj. Druhá fáze (formální) je zaměřena na samotný porod, kdy dochází ke zlomu v pojetí mateřské role a reálnému dosažení mateřské role v interakci s novorozencem. Třetí fáze (neformální) dosažení mateřské role je aplikována v období od porodu do odchodu ze zdravotnického zařízení domů. Tato diplomová práce se zaměřila na matky nedonošených novorozenců. Péče o nedonošené novorozence má svá specifika a dosažení mateřské role může být komplikováno zdravotním stavem novorozence, který vyžaduje specializovanou péči odděleně od matky. Čtvrtá fáze (osobní) se odehrává v domácím prostředí matky. Dosažení mateřské role ovlivňuje mnoho faktorů. Během všech čtyř fází dosažení mateřské role má velmi důležitou roli sestra, porodní asistentka a dětská sestra, které zastávají mnoho funkcí. Jedná se o poskytnutí opory matce, udílení odborných rad, plnění funkce edukátorek a toto vše vykonávají na profesionální úrovni v daném oboru.(27)

Cílem této diplomové práce je zjistit úlohu dětské sestry v dosažení mateřské role u matek nedonošených novorozenců dle koncepčního modelu R. Mercer. Touto prací bych chtěla upozornit na nepostradatelnou úlohu sestry během dosahování mateřské role. Ráda bych přiblížila aplikaci koncepčního modelu R. Mercer v praxi, která vede ke zlepšení péče v dosahování mateřské role. Téma je zajímavé pro zjištění nejčastějších problémů v dosažení mateřské role v různých fázích a pro hledání způsobů jejich řešení.

## **1 Současný stav**

### ***1.1 Základní pojmy a klasifikace v oboru neonatologie a perinatologie***

Pro lepší orientaci v této diplomové práci uvádím výklad základních pojmů a klasifikačních metod, které jsou pro toto téma podstatné.

Neonatologie je lékařský obor zabývající se péčí o novorozence. Je to v současnosti samostatná disciplína mezi porodnictvím a pediatrií. (9)

Perinatologie je interdisciplinární vědní obor zabývající se péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období. (43)

Perinatální úmrtnost značí počet mrtvě rozených a zemřelých dětí do sedmi dnů na 1000 narozených. (10)

Mrtvorozenost je počet mrtvě rozených dětí na 1000 narozených. (10)

Novorozenecká úmrtnost je počet zemřelých dětí do 28 dnů na 1000 živě narozených. Novorozenecká úmrtnost se dále dělí na časnou (počet zemřelých do 7 dnů na 1000 živě narozených) a pozdní (počet zemřelých od 7. Do 28. dne na 1000 živě narozených). (10)

Ponovorozenecká úmrtnost je počet zemřelých dětí od 28. dne do konce prvního roku věku na 1000 živě narozených. (10)

Kojenecká úmrtnost značí souhrnné úmrtí od porodu do prvního roku života. (10)

Specifická novorozenecká úmrtnost je novorozenecká úmrtnost v příslušné (specifické) hmotnostní kategorii. (10)

Narození živého dítěte znamená úplné vypuzení nebo vynětí z těla matky, jestliže dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nebo nižší než 500 gramů, přežije-li 24 hodin po porodu. (10)

Mezi známky života zahrnujeme tyto funkce: dech, akce srdeční, pulzace pupečníku a aktivní pohyb svalstva. (10)

Narození mrtvého dítěte je úplné vypuzení nebo vynětí z těla matky, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a má porodní hmotnost 1000 gramů a vyšší. (10)

Potrat je ukončení těhotenství, jestliže plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 gramů a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů. Potratem je také situace, kdy plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 gramů, ale nepřežije 24 hodin po porodu. Hranice reálné životaschopnosti plodu je 24. týden těhotenství. (9)

Fyziologický novorozenec je zdravý, eutrofický, narozený v termínu, jeho hmotnost se pohybuje mezi 2500 a 4500 gramů, délka 48 až 55 centimetrů, obvod hlavy je 32 až 37 centimetrů, obvod hrudníku je v průměru o 1 až 2 centimetry menší, než obvod hlavy. (9)

Nedonošený novorozenec je narozený před 38. týdnem gestace a má hmotnost menší, než 2500 gramů. (10)

Přenášený novorozenec je narozený po 42. týdnu gestace. (10)

Hypotrofický novorozenec má porodní hmotnost a obvykle i další parametry růstu pod dolní hranicí normálních hodnot pro daný týden gestace, ve kterém nastal porod. Jsou pod hranicí pátého percentilu viz. dále. (11)

Hypertrofický novorozenec bývá větší, než odpovídá gestačnímu věku, parametry jsou nad hranicí devadesátého percentilu. (10)

Rizikový novorozenec je rodící se matce z rizikového těhotenství, nebo se v průběhu porodu či těsně po porodu dostane do rizikové situace (rizikový porod, poporodní hypoxie). (50)

Rizikové těhotenství je stav ženy charakterizovaný biologickými či sociálními rizikovými faktory. Tyto faktory mohou být příčinou vzniku patologického těhotenství, které může skončit potratem, či předčasným porodem apod. (50)

Mezi rizikové porody patří porod kleštěmi, porod nedonošeného dítěte, vícečetné těhotenství, apod. (50)

Patologický novorozenec je o hmotnosti nižší než 1500 gramů a novorozenec, který je ohrožen na zdraví či na životě. Nejčastější příčinou patologie je hypoxie, vrozená vývojová vada nebo infekce. (50)

Klasifikace novorozence, stanovení gestačního věku se nejčastěji uplatňuje klasifikace dle délky těhotenství a dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku.

V praxi se uplatňují ještě další klasifikační pojmy, jako jsou například novorozenec extrémně, velmi, nebo nízké porodní hmotnosti, nebo novorozenec extrémně, velmi, středně a lehce nezralý. Gestační věk posuzujeme třemi způsoby. Jsou to somatická kritéria, neurologické vyšetření a kombinace fyzikálního a neurologického vyšetření. (10)

Klasifikace dle délky těhotenství jsou: narozené dítě před termínem (nedonošené). Gestační věk pod 38. týdnem; narozené dítě v termínu (donošené). Gestační věk mezi 38. a 48. týdnem; narozené dítě po termínu (přenašené). Gestační věk na 42. týden. (10)

Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku jsou: eutrofický novorozenec - stav výživy odpovídá gestačnímu věku (pohybuje se mezi desátým a devadesátým percentilem pro daný gestační věk); hypotrofický novorozenec - porodní hmotnost je nižší, než odpovídá gestačnímu věku (pod desátým percentilem); hypertrofický novorozenec - porodní hmotnost je vyšší, než odpovídá gestačnímu věku (nad devadesátým percentilem). (10)

Klasifikace dle zralosti jsou čtyři následující: extrémně nezralý novorozenec - novorozenec narozený do 28. týdne gestace, s hmotností 500 – 999 gramů; velmi nezralý novorozenec - narozený do 32. týdne gestace, s hmotností 1000 – 1499 gramů; středně nezralý novorozenec - narozený do 34. týdne gestace, s hmotností 1500 – 1999 gramů; lehce nezralý novorozenec - narozený do 38. týdne gestace, s hmotností 2000 – 2499 gramů. (10)

## ***1.2 Historie perinatologie v ČR***

Vznik perinatologie byl dlouhodobý proces. Hlavním důvodem byla neutěšená situace v péči o těhotnou ženu, rodičku a jejího novorozence. Dokazovala to zejména vysoká úmrtnost jak matek, tak i kojenců. Úvodním krokem byla spolupráce porodníka s pediatrem, která měla vést ke zlepšení klinického stavu novorozenců. (43)

Samostatná Společnost porodnicko-gynekologická vznikla teprve v roce 1936, ta pracovala od roku 1921 jako součást Společnosti chirurgické. Roku 1937 vznikla první těhotenská poradna, která umístěna v Baťově nemocnici ve Zlíně. V roce 1938 vznikla i v Olomouci a roku 1941 v Brně. Zpočátku byl výskyt poraden ojedinělý. Od roku 1928 se začaly vzdělávat porodní asistentky. Stále jich byl však velký nedostatek. Evidence kojenecké úmrtnosti byla v českých zavedena již od poloviny 18. století. (43)

Během 2. světové války byla velmi vysoká úmrtnost novorozenců s nízkou porodní hmotností. V mezinárodním měřítku byla Česká republika označována za zaostalou zemi v péči o novorozence. Roku 1941 byl v České republice poprvé použit termín perinatální úmrtnost. (43)

V prvních letech po válce se začalo nejprve reorganizovat zdravotnictví, které mělo směřovat k porodům v nemocnicích a zajistit včasnější péči o matku i dítě. (43)

V rozvoji české perinatologie má své místo také vývoj legislativy po roce 1948, která se stala základem pro rozvoj pozitivních organizačních změn ve všech úsecích péče o matku a dítě. V této době byla blíže specifikována činnost perinatální poradny. Do rukou pediatriů se dostala péče o novorozence, nedonošeného nebo nemocného. (43)

Roku 1952 se začala používat celostátně platná Průkazka pro těhotné. Ještě v roce 1950 byla hranice životaschopnosti novorozence stanovena vahou 1200g.

V letech 1956 – 1962 vznikly studie vrozených vývojových vad, které byly základem další evidence v celé České republice. (43)

V roce 1970 používalo hodnocení klinického stavu novorozence pomocí skóre Apgarové necelá polovina porodnic. V roce 1974 díky evropskému kongresu perinatální medicíny konaném v Praze a výzkumům, které na něj navázaly, bylo zjištěno, že pokrok ve vývoji péče o ohrožený plod, předčasný porod, novorozence předčasně narozeného a

perinatálně poškozeného novorozence byl mimořádný. V červnu 1978 byly organizovány 1. neonatologické dny, jež měly také zásluhu na rozvoji studií o novorozencích. (43)

Začátkem osmdesátých let se změnil také názor na umělou výživu a přecházelo se opět k propagaci kojení. Úspěšně se také rozvíjel systém rooming-in. Roku 1984 byla poprvé umožněna přítomnost otce u porodu. (43)

V devadesátých letech vznikla Česká neonatologická společnost. Do praxe byla zavedena nová perinatologická dokumentace. Základem byla „Zpráva o rodiče“ a „Zpráva o novorozenci.“ (43)

V roce 1995 se začalo zachraňovat mnohem více novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností pod 1000g. Na tomto trendu měla velký podíl specializovaná centra.

Na začátku 21. století stále perinatální úmrtnost klesá. Zachraňují se již novorozenci s porodní hmotností 500 – 999g, ale je zde stále ještě rezerva ve snižování mrtvorozenosti, potratů a časně novorozenecké úmrtnosti. Jednou z velmi důležitých součástí léčby hlavně u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností je aplikace surfaktantu, používání vysokofrekvenční oscilační ventilace, mimotělní membránová oxygenace, fototerapie. Rozvíjí se velmi úspěšně prolaktační program UNESCO a WHO mezinárodním projektem „ 10 kroků k úspěšnému kojení.“ S tím souvisí status „Baby Friendly Hospital.“ V této době je již kladen velký důraz na pomoc matce při vývoji jejího vztahu k rizikovému a nedonošenému dítěti. Celý tým musí být matkám těchto dětí oporou. Je potřeba předejít šoku, jež trvá 8 – 11 hodin a kritické období trvá následující 3 – 4 dny. Je nutné komunikovat. (43)

### *1.3 Vývoj dítěte od početí do jednoho roku života*

Vytváření mateřské role a zároveň mateřského pouta nezačíná až porodem, jak by se mohlo někomu zdát, nýbrž početím. Na vznik mateřského pouta poukazovali již písaři a lékaři 1000 let. př.n.l.. O mnoho staletí později prolomil dlouholetou myšlenku, že duševní život začíná až po porodu, Sigmund Freud. (45)

Moderní psychologie tyto názory též nesdílí, proto je nutné hovořit o vývoji mateřské role již od početí. V této kapitole se zaměřím na období sledované i v modelu Ramony Mercerové: Dosažení mateřské role, a to od početí do jednoho roku života dítěte. Toto období rozdělím na jednotlivé měsíce a pokusím se zachytit nejdůležitější znaky jednotlivých měsíců. (6)

První měsíc těhotenství je nejdůležitějším obdobím nastávající matky. To je ovlivněno mnoha faktory, jež mohou mít vliv na celý průběh a vývoj mateřské role. Jedním z velmi důležitých faktorů je, zda bylo dítě očekávané, či nikoliv. S tímto faktorem souvisí také bio-psycho-sociální situace matky. Zde bych se zaměřila na chtěné děti a očekávaná těhotenství. (6)

Těhotenství má průměrnou délku 266 dní od početí. Dnem početí začíná první den života dítěte. V prvních 30 až 50 hodinách života dítěte dochází k segmentaci. Následně až 7 dní putuje vajíčko dělohou, kde se implantuje do dělohy. Zde zůstává po celých devět měsíců. Ve druhém týdnu těhotenství se vytvoří z vajíčka embryo. Během třetího a čtvrtého týdne začíná organogeneze a již je vytvořeno jednoduché bijící srdce, vytváří se krevní oběh, mích a zárodky mnoha vnitřních orgánů. V prvním měsíci matka pozoruje zvětšení a změny barvy prsních dvorců a vynechání menstruace. (45)

Asi 13% těhotných matek se i přes nadšení z miminka projeví tzv. „mummy blues“. Matky napadají chmurné myšlenky, které je nutné ventilovat. Matka musí o svém problému mluvit a musí také nechat svůj organismus, aby si na nový stav zvykl. Dobré je myslet do budoucnosti a hlavně pozitivně. (39)

Se začátkem těhotenství jsou samozřejmě spojeny i nepříjemnosti, jako například: žaludeční nevolnost, až zvracení, špatné trávení, snížená chuť k jídlu,

poruchy spánku, únava, časté močení, či pocit svírání v podbřišku. Tyto příznaky se samozřejmě nesmí podceňovat a je nutné o nich informovat svého lékaře. (6)

Druhý měsíc těhotenství znamená pro dítě období organogeneze. Na konci druhého měsíce měří přibližně 3 centimetry a podobá se člověku. Pro matku je nejdůležitější si uvědomit, že právě ona má výsadu nosit v sobě nový život. Kolem osmého týdne může matka tušit první pohyby dítěte, i když jsou natolik nepatrné, že je necítí fyzicky. Tyto okamžiky vyvolávají pocity souznění, štěstí, radosti a nového očekávání. Druhý měsíc vyžaduje absolvování preventivních prohlídek matky u gynekologa, zubaře a očního lékaře. V osmém týdnu těhotenství má již děloha velikost pomeranče a matka může pociťovat tíhu v podbřišku v důsledku jejího růstu. (6)

V devátém týdnu se z embrya stává plod. Ve třetím měsíci dítě připomíná človíčka s velkou hlavou, rukama i nohama. Většina orgánů je již vyvinuta. Pro rodiče je ovšem stále velkou neznámou pohlaví dítěte. Toto období je pro matku velmi příjemné, jelikož začíná ustupovat většina nepříjemností, spojených s těhotenstvím, což je pro matku velmi fyzicky i psychicky povzbuzující. Ve třetím měsíci se provádí první ultrazvukové vyšetření. Matka pozoruje zaoblení břicha. (45)

Dítě dosahuje maxima růstu ve čtvrtém měsíci života, na konci měsíce váží přibližně 200 gramů a od hlavy k patám měří v průměru 19 centimetrů. Čtvrtý měsíc má zásadní vliv na psychiku matky a její vývoj mateřské role, jelikož pocítí první lehké pohyby miminka, které byly až do teď neznatelné. Děloha matky má velikost kokosového ořechu a nevolnosti se již zcela vytrácí. (39)

Matka v pátém měsíci prožívá nádherné pocity nového života. Již opravdu fyzicky cítí přítomnost dítěte a jeho růst. Dítě má vytvořenou základní strukturu lidského myšlení. Zde již rodičovská role získává ještě více na důležitosti a je nedělitelnou součástí života rodičů. V tomto období má matka větší chuť k jídlu, cítí menší únavu a dochází ke snížení krevního tlaku a zvýšení tělesné teploty. nyní je také vhodné začít s dechovým a těhotenským cvičením. (6)

V šestém měsíci se doporučuje cvičit udržení správného postoje. Matka má již zakulacené břicho a začíná se podstatně projevovat příbytek na váze, která způsobuje bolesti zad a nespavost. Ve vývoji dítěte je v tomto měsíci důležitá tvorba neuronových



spojů a nervů. Hromadí se u dítěte tuk a dítě má červenou kůži, což je způsobeno průchodem cév kůží. V tomto měsíci již dítě vylučuje moč. Dítě vnímá zvuky a je schopno na ně reagovat. (6)

Sedmý měsíc je pro dítě rozhodující v otázce jeho životaschopnosti. Ve 27. týdně pokračuje myelinizace nervů. Je to poslední fáze vývoje mozku. V tomto měsíci dítě objevuje chuť a otevírá oči. Pohyby dítěte jsou omezené v důsledku nedostatku prostoru. Na konci sedmého měsíce váží dítě přibližně 1 500 gramů. V těle matky se, kromě jater, zvětšily všechny orgány, prsa matky mohou vylučovat malé množství kolostra. Matka může mít sklon k zadýchávání. V tomto měsíci je riziko předčasného porodu velice vysoké a je nutné odpočívat a je vhodné ukončit aktivní sportovní vyžití. (39)

Pro dítě v osmém měsíci je nejdůležitější strava přijímaná od matky, jelikož sílí k porodu. Dítě spotřebovává velké množství vápníku na prodlužování kostí. Dítě se též natáčí správným směrem pro porod. U matky je v osmém měsíci nutná kontrola váhy a dostatečný přísun vápníku. Je nutný dostatek odpočinku a doporučuje se provádění těhotenského cvičení. Matka by již měla mít připraveno zavazadlo do porodnice. Může se také u matky projevit několik děložních stahů, které ovšem nemusí znamenat porod. (6)

Poslední devátý měsíc prožívá matka velmi intenzivně. Přeje si, aby už bylo po porodu. Chce vidět človíčka, kterého nosila devět měsíců pod srdcem a prožívala s ním vše, co se za tu dobu odehrálo. Jde hlavně o jejich společný vývoj a vývoj jejich vztahu. Dítě již, díky podkožnímu tuku, není svaštělé. Klesá do pánve a omezuje své pohyby, protože nemá místo. Matka pociťuje svírání v dolní části břicha. Řeší, zda bude někdo přítomen u porodu a zároveň realizuje porodní plán, pokud jej má stanovený. V tomto měsíci má nezastupitelnou úlohu nastávající otec, jelikož musí být oporou matce a uklidňovat ji. Pro tělo matky značí devátý měsíc roztažení kloubních spojení pánve, zvětšuje se zakřivení páteře, aby se vyrovnalo zvýšení váhy v přední části těla. Matka se může cítit nemotorná a hlavně má potřebu uklízet. Měla by se připravit na odchod do porodnice, ale zároveň nepodléhat panice, při prvních kontrakcích. Při odchodu plodové vody je okamžitý odchod do porodnice nezbytný. (45)

V okamžiku porodu, kdy se přestřihne pupečník, začíná nové období vývoje dítěte. V tuto chvíli se stává novorozencem, a tím je až do ukončeného 28. dne po narození. Nyní dochází k adaptaci tělních systémů, na mimoděložní podmínky. Novorozenecké období má i své patologie. Jedná se o vrozené vývojové vady a různé patologické stavy z perinatálního období. Jsou zde i vysoké tendence k infekci spojené s nezralostí imunitního systému. Úmrtnost v novorozeneckém věku je proto nejvyšší z celého dětství.(49)

Novorozenec má vyvinutý sluch, jak bylo již zmíněno, kdy rozezná hlas matky do jiných. Čich mu usnadňuje orientaci v okolí, opět rozezná vůni své matky. Chuť je rozvinuta a novorozenec preferuje sladkou chuť. Postupně rozvíjejícím se smyslem je zrak, který se zdokonaluje do dvou měsíců věku dítěte.(6)

Kojenecké období začíná dítěti 29. dnem a trvá do jednoho roku života dítěte. Toto období charakterizuje rychlý somatický, neuropsychický a motorický vývoj. (39)

První týdny komunikuje dítě pomocí pláče. Kolem 12. týdne se stává komunikačním prostředkem i dotyk a úsměv. V kojeneckém období se dítě učí nejprve jednoduchá schémata stereotypů, které se ovšem velmi rychle rozvíjí. V 9. a 12. měsíci dítě začíná rozumět trvalosti předmětů. Dle Freuda je první rok „orálním stádiem“. Dítě uspokojuje většinu potřeb ústy. Je to také období symbiózy s matkou, která se stará o uspokojování všech jeho potřeb. V prvním roce dítěte se dotvářejí trvalá citová pouta mezi dítětem a rodiči, jež se vytvářejí již od početí. Kolem 3. až 6. měsíce vstupuje dítě do fáze napodobování. Tato doba také přináší strach z odloučení a z neznámých lidí. (6)

Pokud se zaměříme na vývoj motoriky a psychomotorický vývoj kojence, je nutné zmínit, že v prvních týdnech se jedná o vývoj motorický, až postupně se jedná o vývoj psychomotorický. Psychomotorický vývoj v prvním roce života obsahuje zejména rozvoj hrubé motoriky. Vývoj hrubé motoriky spočívá v dosažení vzpřímené polohy těla a v chůzi. Vývoj hrubé motoriky je významný pro objevování okolí. (49)

První měsíc zdvihá dítě krátce hlavu z podložky, není schopno při přitahování spolupráce a nekontroluje hlavu. Pokud se pokusíme o stoj, má reflexní chůzi na podložce. Ta již ve třetím měsíci přítomna není, zároveň se není dítě ale schopno odlehčit. Ve třetím měsíci již při přitahování dítě začíná spolupracovat a má tělo a trup

v jedné linii. V poloze na bříšku je již viditelný jistý vzpor a zvedání hlavičky. Šestiměsíční kojeneček zvedá hlavu do úhlu přibližně 90° a začíná rozkládat váhu těla v poloze na břiše. V přitažení spolupracuje přikrčením paží. Kojeneček by kolem devátého měsíce měl začít lézt po čtyřech a je schopen pohybu dopředu a dozadu. V devíti měsících již také samostatně sedí a opřením je schopno vyrovnávat výchylky. Umí stát při držení za obě ruce. Jeden rok života je pro dítě znamením chůze do stran s přidržováním se nábytku, chodí s oporou. Roční dítě se samo posadí z polohy na kolenou a přitáhne se do stoje přidržováním se nábytku.(49)

Interakce dítěte s rodičem umožňuje rychlé učení ve všech směrech. K této interakci dochází při ošetřování dítěte, při jeho krmení, přebalování, koupání, ve spánku a hlavně při neřízené sociální hře. Do interakce jsou zapojeny všechny smysly dítěte. Čím častěji tato interakce probíhá, tím je lepší sociální začlenění a učení. Pokud je dítě například nedonošené, nemusí tato interakce probíhat ideálně. Je třeba více trpělivosti zájmu a snahy rodičů. Je třeba, aby se matka přizpůsobila rytmu dítěte. Správná interakce se projevuje okamžitou reakcí matky na projevy dítěte. Této interakci velmi prospívá v porodnicích systém „rooming-in“, který umožňuje matkám s dětmi nepřetržitý kontakt, pokud nejsou přítomny žádné komplikace.(6)

V kojeneckém věku, kolem šestého měsíce, začíná dítě žvatlat, což posouvá úroveň interakce s okolím opět dále. Dítě je schopno využít další komunikační prostředek. V devátém měsíci jej zdokonaluje prvními slůvky. Pro rodiče jsou tyto projevy velmi důležité a povzbuzující. K narušení správného vývoje dítěte může dojít při častém střídání sociálního prostředí, odloučení od rodičů nebo péče mnoha neznámých osob. Rozdílný vývoj je také u nedonošených dětí, u kterých je nutné počítat s pomalejším vývojem. Je třeba mít dostatek trpělivosti a podpory mezi rodiči. (6)

#### ***1.4 Edukace v ošetrovatelské péči o matku a dítě***

Edukace v ošetrovatelství by dnes měla být pro sestry rutinní záležitostí. Sestry denně edukují mnoho klientů, aby umožnily získání nových vědomostí, návyků a dovedností, jež usnadní klientovi obnovení zdraví, či udržení alespoň určité úrovně zdraví. (18)

##### ***1.4.1 Základní pojmy edukace***

Edukace je odvozena z latinského eddo, educare, jež znamená vést vpřed, vychovávat. Je to proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace též značí vzdělávání a výchovu jedince. Dalším pojmem je vzdělávání, které lze definovat, jako proces rozvíjející vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti jedince. Výsledkem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace. Pojem vzdělanost znázorňuje celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Zahrnuje také úroveň techniky, vědy, medicíny, ošetrovatelství, sociálně-kulturní život atd. Edukační proces lze popsat, jako činnost, při které se lidi učí záměrně nebo nezáměrně. Tyto procesy probíhají od prenatálního období až do smrti. (18)

Edukační proces má čtyři základní determinanty. Jsou to edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. (18)

Edukant je definován, jako subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí ve kterém edukace probíhá. Edukant je vždy individuální osobnost charakterizovaná fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Jeho charakteristiku může ovlivnit etnická příslušnost, víra, sociální prostředí a sociálně-kulturní podmínky. (18)

Edukátorem rozumíme aktéra edukačních aktivit. Edukátor edukuje. (18)

Plány či zákony, předpisy, edukační standardy, materiály ovlivňující kvalitu edukačního procesu jsou tzv. edukační konstrukty. (18)

Místo, ve kterém probíhá edukace, se nazývá edukační prostředí. Jeho charakter mohou ovlivnit ergonomické podmínky, jež jsou například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, sociální klima, či atmosféra edukace. (18)

Jedním z dalších pojmů edukace může být i edukační standard, který je závaznou formou pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Je předem plánovanou edukací pro klienta. (18)

Edukaci lze provádět v rámci tří stupňů prevence. V primární prevenci se edukace zaměřuje na zdravého klienta s cílem udržení jeho zdraví a zlepšení kvality života. V rámci sekundární prevence se edukace provádí u již nemocných klientů, kde je potřeba ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a neobjevily se komplikace. Zaměřuje se hlavně na dodržení léčebného režimu, udržení soběstačnosti a prevenci recidivy onemocnění. U terciální prevence je edukace klientů s trvalými a nezvratnými změnami svého zdravotního stavu zaměřena na zlepšení kvality života tak, aby nedošlo k dalším komplikacím. (18)

Dále je možné dělení edukace na základní, reedukační a komplexní. Základní edukací je předávání nových vědomostí a dovedností, kdy je klient motivován pro změnu hodnotového žebříčku a postojů. Reedukační edukací rozumíme edukaci, při které navazujeme na předchozí vědomosti a dovednosti klienta a dále je prohlubujeme. Za komplexní edukaci považujeme předávání ucelených vědomostí, budování dovedností a postojů v opatřeních, jež vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. (18)

V edukaci je nutné si rozdělit cílové skupiny. Dělení je možné z hlediska působení na nedeterminované, determinované a cílové uživatelské skupiny. Nedeterminovanou skupinou rozumíme takovou, jež nemá jasně daná kritéria pro zařazení do edukace. Druhou skupinou je tzv. determinovaná, která podléhá určitým kritériím, např. věk, druh onemocnění. Cílová uživatelská skupina je určena pro individuální plánovanou edukaci v souvislosti s jejich edukačními potřebami. Zde lze přesně zhodnotit edukační efekt. (18)

### ***1.4.2 Proces edukace ve zdravotnickém zařízení***

Edukace ve zdravotnictví má své specifické rysy. Většinou je edukace součástí péče o zdraví klientů s přihlédnutím ke specifickým daného zdravotnického zařízení. Edukaci lze rozdělit do pěti fází.(24, 53)

První fází je fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kdy se edukátor pokouší zjistit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta a zjišťuje jeho edukační potřeby. V této fázi lze využít k zjištění potřebných informací například pozorování či rozhovor. Z této fáze se dále vychází při stanovování budoucích cílů edukace. Na první fázi navazuje fáze projektování, kdy se edukátor pokouší naplánovat cíle, zvolit metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámeček a způsob evaluace edukace. Třetí fází edukace je realizace. V této fázi je nejprve nutné motivovat edukanta a následně lze nastoupit expozici, kde edukantovi zprostředkujeme nové informace. Na této části realizace by se měl podílet i samotný edukant. Po expozici následuje fixace, kde se provádí procvičování a opakování vědomostí a dovedností. Dále následuje průběžná diagnostika, která zjišťuje, diagnostikuje, prověřuje a testuje pochopení a zájem edukanta. Na průběžnou diagnostiku navazuje aplikace, při které je snaha o dokázání vědomostí a dovedností a jejich použití edukantem. Čtvrtou fází je upevnění a prohlubování učiva, jež je jednou z důležitých fází edukace pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Nejdůležitější součástí je systematické opakování a procvičování zabezpečující fixaci. Poslední, ale ne méně důležitou fází, je zpětná vazba, kdy se hodnotí výsledky edukanta i edukátora. Hodnocení výsledků dává možnost zpětné vazby mezi nimi. Tyto fáze by měly být přizpůsobeny ve zdravotnictví ošetrovatelskému procesu. Spojení edukace s ošetrovatelským procesem je znázorněno v Příloze 4 a 5. (18)

### ***1.4.3 Edukační cíle***

Správná formulace edukačních cílů umožňuje edukátorovi kvalitně naplánovat edukaci klienta. Edukační cíl je očekávaný výsledek, kterého chce edukátor dosáhnout. Výsledek je pozitivní, kvalitativní i kvantitativní změnou vědomostí, dovedností, postojů, návyků a hodnotové orientace edukanta. Na konci edukace by měl být rozdíl mezi výsledkem a cílem edukace co nejmenší. (18)

Edukační cíle lze rozdělit na krátkodobé, dlouhodobé, nebo nižší a vyšší. Kvalitní stanovení edukačních cílů závisí na splnění několika podmínek. Jednou z nich je podmínka přiměřenosti, jež souvisí se schopnostmi jedince. Další důležitou podmínkou formulace cílů je jednoznačnost a kontrolovatelnost. Vnitřní konzistentnost je další z podmínek stanovení edukačních cílů. V poslední řadě je nutné zajistit komplexnost stanovených cílů, které zabezpečí působení na celou osobnost edukanta. (18)

Formulace cílů by měla obsahovat aktivní slovesa, nebo slovesné vazby spojené s tím, co má edukant umět. Cíle jsou formulovány z pohledu edukanta. Formulace musí být konkrétní, přesná, jasná, jednoznačná a je nutná možnost kontroly. Správnou formulaci a stanovení cílů lze zajistit použitím taxonomie (kategorizace) cílů jednotlivých oblastí, kognitivních cílů, afektivních a psychomotorických.

Pro oblast kognitivních (vzdělávacích) cílů lze využít klasifikaci dle B. S. Blooma (Příloha 6), kde jsou cíle rozděleny do šesti kategorií a několika subkategorií. První ze základních kategorií je znalost (zapamatování) na kterou navazuje porozumění. Třetí částí je samotná aplikace, se kterou je spojena analýza a následně syntéza. Konečnou fází je hodnotící posouzení.

Pro afektivní cíle je možné použít taxonomii dle B. Krathwohlova (Příloha 7), která má fázi pět, a to přijímání (vnímavost), reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot, začlenění systému hodnot do charakterové struktury.

Psychomotorické (výcvikové) cíle mohou být formulovány podle taxonomie R. H. Davea, jež má též pět fází. Ty jsou rozděleny na imitaci, praktické učení (manipulaci), zpřesňování, koordinaci a automatizaci. (18)

#### ***1.4.4 Edukační metody***

Edukační metody jsou definovány jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly cíle učení efektivně naplněny. Výběr edukačních metod je ovlivněn osobností edukanta, jeho vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi. Dále nám výběr ovlivní stanovení cíle, obsah a forma edukace. Efektivitu edukace zajistí také respektování zdravotního a psychického stavu edukanta a prostředí vybrané pro edukaci samotnou. Stanovená metoda dle všech těchto zásad by měla být použitelná v praxi, zajímavá a přirozená jak pro edukanta, tak pro edukátora. Edukační metody lze rozdělit na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické znázorněné v Příloze 8. (18)

Ve zdravotnictví se využívají dále uvedené metody. Přednáška se nejčastěji užívá při předkládání nových poznatků. Je také možné využít metodu vysvětlování. Tím objasňujeme příčiny a souvislosti tak, aby byl edukant schopen pochopit podstatu problémů. Součástí vysvětlování může též být i popis a dokazování. Dají se využít názorné pomůcky. Instruktaž a praktické cvičení se využívají při seznamování se s pracovními postupy, při nácviku senzomotorických dovedností (viz. Příloha 9). (18)

Další užívanou metodou je rozhovor. Ten je každodenní součástí práce zdravotníka. Při kladení otázek se vzájemně vyměňují informace. Získáváme tak mnoho důležitých informací a můžeme tak využít řadu poznatků k upevnění a opakování vědomostí. Teoreticko-praktickou metodou využívanou též ve zdravotnictví je diskuse. Při ní je možné argumentovat, prezentovat myšlenky, znalosti, nápady a ověřovat schopnost přesvědčit druhé. Diskusi je nutno řídit a na konci shrnout poznatky a urovnat závěry. Konzultace je další velmi často užívaná metoda ve zdravotnictví. Během konzultace se diskutuje o problému, upravují se nejasnosti atd. Při práci ve skupině je též možné použití brainstormingu (burza nápadů, „mozková bouře“), při kterém je snaha v určitém časovém limitu vyprodukovat co nejvíce nápadů, návrhů na řešení problémů. Obdobou brainstormingu je brainwriting, kdy se nápady zaznamenávají na papír. Ve zdravotnictví lze také velmi dobře využít práci s textem, kdy se používá leták, brožura, článek v časopise, plakát či kniha, ale je nutné toto vše doplnit i jiným



způsobem edukace. Poslední použitelnou metodou edukace ve zdravotnictví může být e-learning, kdy edukace probíhá formou počítačového kurzu, ale tato metoda není příliš v edukaci používána. (18, 53)

#### ***1.4.5 Sestavení edukačního plánu***

Edukační plán sestavujeme písemně na základě individuálních potřeb klienta. Edukační plán by měl obsahovat následující části: pojmenování edukační potřeby; dlouhodobý edukační cíl; počet předpokládaných lekcí edukace s rozpisem jednotlivých témat; osobu odpovědnou za provedení edukace; popis krátkodobých cílů pro jednotlivé lekce; u každé lekce by také měly být uvedeny užité metody, formy, pomůcky; plán by měl též zahrnout osnovu (obsah učiva jednotlivých lekcí) a způsob hodnocení výsledků edukace. Dle zvyklostí jednotlivých zařízení je možné mít sestaven edukační plán pro jednotlivá onemocnění, ale je nutné ponechání místa pro individuální potřeby klienta. (18)

#### ***1.5 Úvod do problematiky koncepčních modelů***

Model je vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu.(35)

Koncepce je pojetí, chápání, myšlenková osnova či způsob pohledu a výkladu určitého jevu. Koncepce představuje základní hledisko nebo vedoucí ideu vysvětlení určitého jevu, hlavní záměr nebo konstrukční princip různých druhů činností. Mohou ji tvořit také různé názory na určitý jev. (35,1)

„Teorie je soubor poznatků charakterizující určitý jev; výklad příčin a souvislostí jevu, či jevů v určité oblasti, které je možné empiricky ověřovat. Teorie tvoří základ vědeckého poznání.“ (35, s. 16)

Koncepční modely existují od té doby, co lidé začali přemýšlet o sobě a svém prostředí. Lze rozpoznat příklady koncepčních modelů jak ve starých egyptských a čínských civilizacích, tak i ve starších a novějších vědách. Jako příklad můžeme uvést

myšlení Alberta Einsteina a Sigmunda Freuda – každý z nich měl svůj koncepční model. Einsteinův model relativity dláždil cestu atomového věku. Jeho model pomohl narušit nepružné zákony matematiky a fyziky, které brzdily rozvoj vědy a techniky. Freudův model byla trojrozměrná struktura na pochopení člověka, kterou nazval psychoanalýza. Je možno uvést i jiné příklady, např. Komenského model výchovy. (47)

V ošetrovatelství se koncepční modely začaly rozvíjet až v polovině dvacátého století, kdy se začala v ošetrovatelství prolínat teoretická báze. V současnosti má ošetrovatelství danou vědomostní bázi zahrnující specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. (35)

Termín koncepční model a synonymní termíny jako koncepční rámec, koncepční systém se týkají globálních názorů jednotlivce, skupiny, situace a události, které souvisejí s oborem. Koncepční modely jsou vytvořeny z pojmů, které popisují duševní představy jevů a výpovědí. Koncepční rámec je tedy definován jako soubor pojmů a výpovědí, který je začleňuje do smysluplné konfigurace. (47)

Všeobecně se dá říci, že v koncepčních modelech je nutná systematická struktura a zdůrazňuje se zde činnost. Koncepční modely navádějí k řešení praktických problémů. (7)

Pojmy koncepčního modelu jsou všeobecné, z čehož vyplývá, že je nelze přímo vidět v reálném světě, ani je nelze omezit na nějakého konkrétního jedince, skupinu, situaci a ani událost. (47)

Koncepční modely předkládají různé názory na jisté jevy ve světě, které mají hluboký vliv na naše vnímání světa. Model je však pouze přiblížení a zjednodušení skutečnosti, představuje svět, který obsahuje pouze ty pojmy, které autor modelu považuje za důležité a jako pomůcky k pochopení. Každý koncepční model je jedinečnou kombinací nebo syntézou mnoha pojmů, a proto představuje charakteristickou perspektivu pro jevy mající význam pro nějaký obor. Taková kombinace nebo syntéza však musí splňovat kritérium logické shody myšlenek. (47)

Při zkoumání koncepčních modelů ošetrovatelství zjistíme, že člověk je obvykle identifikován jako celistvá bio-psycho-sociální bytost. Definován bývá rozdílně, např. jako adaptivní systém, behaviorální systém, ten, kdo provádí sebekvětu apod. Prostředí

zahrnuje jak rodinné příslušníky, společenství a společnost, tak i fyzické prostředí člověka. V některých modelech se prostředí považuje za zdroj stresů, ale v jiných modelech je to zdroj, odkud se čerpá podpora. Zdraví je chápáno též různým způsobem. Konceptní modely také definují ošetřovatelství a pak specifikují cíle ošetřovatelských činností a charakterizují i ošetřovatelský proces. Cíle ošetřovatelské činnosti jsou často odvozené přímo z definice zdraví podle daného modelu – na základě toho, cílem může být pomáhat lidem při dosažení, udržení nebo obnovení schopnosti starat se o sebe, zdraví se tedy rovná schopnosti sebezpečí. Ošetřovatelský proces popsaný v každém modelu zdůrazňuje zjišťování zdravotního stavu, stanovování cílů, realizaci ošetřovatelských činností a hodnocení zdravotního stavu po ošetřovatelském zákroku. Kroky tohoto procesu se často v jednotlivých modelech liší. (47)

Konceptní modely nejsou vlastně pro ošetřovatelství nové. Existují od té doby, co Florence Nightingalová poprvé předložila své názory na ošetřovatelství. Mnoho raných konceptualizací ošetřovatelství však nebylo předloženo formálním způsobem modelů. Různá stanoviska ošetřovatelství coby konceptních modelů výslovně označila až Nursing Development Conference Group (Skupina z konference pro rozvoj ošetřovatelství – 1973). Vytvoření konceptních modelů a jejich označení samo o sobě je důležitým pokrokem v oboru ošetřovatelství. (47)

Význam konceptních modelů v ošetřovatelství objasnila Johnsonová následovně: jsou důležité pro sestru, protože poskytují filozofickou i pragmatickou orientaci službě, kterou sestry poskytují pacientům – službě, kterou mohou poskytnout jen sestry a která má úplně jinou dimenzi než služba poskytovaná kterýmkoliv jiným zdravotníkem; specifikují pro sestry i pro společnost poslání a hranice profese; objasňují sféru ošetřovatelské odpovědnosti a umožňují zaznamenat služby a výsledky. (47)

## ***1.6 Ošetřovatelský model Dosažení mateřské role Ramony T. Mercer***

### ***1.6.1 Biografie Ramony T. Mercer***

Ramona Mercerová vytvořila teorii dosažení mateřské role vycházející z jejích výzkumných prací. (7)

Svou sesterskou kariéru zahájila v roce 1950, kdy získala diplom na škole pro sestry v Montgomery. Začala působit jako staniční sestra, hlavní sestra a instruktorka v oblasti pediatrie, těhotenství a nakažlivých chorob. Roku 1962 získala bakalářský titul v ošetřovatelství. Magisterský titul a titul Ph.D. získala v letech 1964 – 1973. Po dokončení studií se přesunula do Kalifornie, kde přijala pozici docentky na Oddělení pro rodinné ošetřovatelství na Kalifornské Univerzitě v San Franciscu. V roce 1977 získala docenturu a roku 1983 dosáhla profesorského statutu. Na této pozici působila až do odchodu do penze v roce 1987. V současnosti působí na této Univerzitě jako emeritní profesorka. Za éru svého působení získala několik ocenění v ošetřovatelství. Napsala také mnoho článků, statí a komentářů a také několik knih. (46)

Mezi její knihy patří například Ošetřovatelská péče pro rodiče v ohrožení, Rodiče v ohrožení, Perspektivy zdravotní péče u adolescentů a další. Její vědecká, publikační, přednášková a konzultační činnost jí řadí mezi přední osobnosti v ošetřovatelství. (7)

Ramona Mercer je také členkou několika profesních organizací. Mimo jiné je zapojena v Americké asociaci sester a v Americké ošetřovatelské akademii. Působila i v řadě mezinárodních komisí. V roce 2003 získala titul Žijící legenda Americké ošetřovatelské akademie. (46)

### ***1.6.2 Teoretické ašumpce***

Mercerové teorie dosažení mateřské role byla založena na jejím rozsáhlém výzkumu, který začal v roce 1960. Mercerové profesorka a mentorka Rubin z Univerzity v Pittsburgu byla hlavním stimulem pro její výzkumnou činnost i teorii.

Rubin je známa prací v definici a popisu mateřské role jako procesu navazování vztahu a připoutání k dítěti a dosažení identifikace s mateřskou rolí, pochopení sebe sama v roli matky a cítění spokojenosti v roli matky. Mercerové teorie dosažení mateřské role je znázorněna v příloze 1 s použitím Bromfenbrenner konceptu soustředných kruhů, které zobrazují vlivy prostředí působící na roli matky. Komplexnost tohoto výzkumu vedla Mercer k zaměření se na teoretické zdroje k identifikaci a zkoumání faktorů ovlivňujících dosažení mateřské role. Přestože velké množství její práce zahrnovalo zkoumání a rozšiřovalo teorii Rubinové, systematicky se zajímala o výzkum druhých, aby svou teorii plně rozvinula. (46, 29)

Mercer používala ve své teorii deduktivní a induktivní logiku k vývoji teoretického rámce pro studium faktorů ovlivňujících dosažení mateřské role během prvního roku mateřství. Deduktivní logika je demonstrována v používání znalostí z jiných výzkumů a disciplín. Vývojové teorie a práce Rubin v oblasti dosažení mateřské role se staly rámcovými. Mercer rovněž používala induktivní logiku ve vývoji Teorie dosažení mateřské role. Během praxe a výzkumu pozorovala adaptaci na mateřství v různých situacích. Konstatovala, že existují rozdíly v adaptaci na mateřství v případě nemoci matky po porodu, narození dítěte s defektem a v případě, že se matkou stane teenager. Tyto situace se staly součástí její teorie. Navrhované změny teorie byly založeny na předchozích výzkumech a dedukci ve spojení s vírou ve větší srozumitelnost a použitelnost nové teorie. (46)

Mercerové výzkumy jsou velkým přínosem pro ošetrovatelství. Její práce byly odrazovým můstkem pro jiné výzkumy. (46) McBride napsala následující: „Teorie dosažení mateřské role byla prvotním předpokladem ošetrovatelství od začátku výzkumu Mercer a Rubin téměř před dvěma desetiletími. Nyní je toto založeno na vědeckých poznacích a ukazuje se, že ošetrovatelství potřebovalo tuto analýzu pro péči o nové matky.“ (46, s. 616)

Teoretické základy Teorie dosažení mateřské role v době prvního roku se ukázaly být užitečné, praktické a hodnotné pro sestry. Mercerové práce jsou opakovaně užívány ve výzkumu, praxi a ve vzdělávání. Výsledky jejích prací jsou rovněž aplikovatelné ve všech oborech týkajících se matky a dítěte v prvním roce mateřství.

(28) McBride napsala: „ Dr. Mercer vyvinula nejkompexnější teoretické základy pro studium aspektů rodičovských zkušeností, jmenovitě faktorů, které ovlivňují získávání role matky v prvním roce mateřství.“ (46, s. 618)

### ***1.6.3 Výchozí pojmy koncepce modelu teorie dosažení mateřské role***

Dosažení mateřské role je základním pojmem koncepce. Popisuje vývojový a interakční proces počínající při prvním kontaktu matky s dítětem. Je zde potřebná schopnost zvládnout úlohu péče o dítě a vyjádření radosti a potěšení z kontaktu s dítětem. Znamená přechod do stavu, kdy matka cítí důvěru, harmonii, zodpovědnost a začíná se identifikovat s úlohou matky. Tento pojem je jedním z bodů v dosažení mateřské role. Dalším pojmem je mateřská identita, která je definována, jako ztotožnění se s rolí matky. S předcházejícím pojmem je spjat také věk mateřství, jež je obdobím chronologickým i vývojovým. Souvisí s ním stupeň socializace matky, úroveň jejího vývoje i osobní charakteristiky. Vnímání zkušeností s porodem v souvislosti s vnímáním sebe sama a vnímání narození dítěte je dalším aspektem této koncepce. Jako další pojem zmíním sebeúctu a sebeuvědomování, které jsou definovány jako celkové vnímání druhých a akceptování sama sebe a okolí. Flexibilita naznačuje, že mateřská role není striktně daná. To nám značí, že není důležité, kdo roli plní. U starších matek se může projevit menší rigidita v chování ke svým dětem. Přístup k výchově dětí je dalším užitým pojmem, jež nám označuje matčiny postoje a představy o výchově a dítě je zde začleněno jako aktivní člen v procesu mateřství. Jedním z dalších pojmů je zdravotní stav rodiny, který se vztahuje na matku i otce a jejich vnímání předchozího a nynějšího zdraví, což má souvislost se stresem před porodem. Deprese a úzkost jsou dalšími pojmy v koncepci. Souvisí se schopností vnímat stresové a kritické situace a vypořádat se s nimi. (7,46)

V plnění mateřských povinností je také dalším ovlivňujícím faktorem napětí, konflikt pocíťovaný ženou. S mateřstvím jsou ovšem spojeny i pozitivní pojmy, jako například potěšení a uspokojení, které žena zažívá při styku s dítětem a při plnění běžných povinností. Dále Mercer uvádí jako další pojem náklonnost, kterou popisuje

jako proces formování projevů a pocitů matky a otce. Dalším velmi důležitým pojmem této koncepce je temperament dítěte, který souvisí s projevy dítěte. Ty mohou v matce vyvolat pocity nekompetence a frustrace. (7, 46)

Zdravotní stav dítěte musí neodmyslitelně být dalším pojmem. Může způsobit separaci matky a dítěte, což interferuje s procesem připoutání. Temperament, zjev a zdravotní stav dítěte můžeme shrnout pod pojem charakteristika dítěte. (46)

Velmi důležitým pojmem je rodina. Ta je popisována, jako dynamický systém obsahující jednotlivce (matka, otec, dítě) a dvojice (matka – otec, matka – dítě, otec – dítě). S tímto nám souvisí fungování rodiny jako další pojem, což je individuální působení aktivit a vztahů mezi rodinou a sociálními jednotkami. Jako další pojem je uveden stres, který souvisí s pozitivním či negativním vnímáním životních událostí a jevů v prostředí. (7, 46)

Nelze opomenout velmi důležitý pojem -sociální podporu. Tato je popisována jako aktuální poskytnutá pomoc, její rozsah, spokojenost s pomocí a soubor osob tuto pomoc poskytujících. Sociální podpora v sobě zahrnuje čtyři oblasti. Jsou to: emocionální podpora popisující potřebu být milován, podporován, mít pochopení a porozumění; dále je to informační podpora, jež zahrnuje svépomoc za pomoci informovanosti; fyzická podpora je přímým způsobem pomoci a poslední je podpora oceněním. Koncepce zahrnuje též pojem hodnocení, což je informace o zvládnání úlohy rodiče, emoční vývoj vztahů i k jiným osobám. Velmi důležitým pojmem je vztah matka – otec, který je v mateřské úloze velmi důležitý v získávání kompetencí v mateřství skrze růst a vývoj. (7, 46)

#### ***1.6.4 Metaparadigma modelu***

Každý koncepční model má svá metaparadigmata, jež jsou náplní disciplíny daného modelu. Pomocí metaparadigmat se také modely od sebe odlišují. Je určitou charakteristikou daných disciplín, popisuje to, čím se zabývá. Metaparadigma lze též určit, jako specifické tvrzení, předmět obsahu. (7)

Dle Mercerové modelu jsou v ošetrovatelství v této oblasti nejdůležitější sestry, jež nazvala „profesionálové v oboru zdravotnictví“ (46, s. 610). Sestry hrají významnou roli v poskytování péče v období během těhotenství a prvního roku po porodu, což může mít dlouhodobý vliv na matku a její dítě. Mercer rovněž uvedla svou vlastní definici ošetrovatelství: „Ošetrovatelství je dynamická profese se třemi hlavními cíli: zlepšování zdraví a prevence nemocí, poskytování péče těm, kteří potřebují profesionální asistenci v dosažení optimální úrovně zdraví a fungování a výzkum vedoucí k získání poznatků, jak poskytovat tu nejlepší péči“ (46, s. 610). Definovala rovněž roli sestry: „Sestry poskytují zdravotní péči jednotlivcům, rodinám i komunitám. Po vyhodnocení klientovy situace a prostředí sestra společně s klientem identifikuje cíle, asistuje klientovi při edukaci a poskytuje péči v oblastech, jež není klient schopen zvládnout a samozřejmě komunikuje s okolím.“ (46, s. 610)

Mercer ve svém modelu dosažení mateřské role nedefinuje přímo jedince, ale popisuje pojem já, nebo vlastní já. Odděluje já od plněných rolí. Jedná se u ženy o znovuzískání vlastní osobnosti, jelikož vkládá vlastní já do svého vztahu k dítěti. Vlastní já má svůj vývoj v kulturním kontextu a ovlivňuje situaci. S tímto souvisí i koncepce sebeúcty a sebejistoty, které také mají důležitou roli v dosažení mateřské role.

Matka je zde definována, jako nezávislý jedinec a vzájemně působí se svým dítětem, otcem dítěte a okolím. Ovlivňuje je a je jimi ovlivňována. (7, 46)

Další metaparadigma je zde popisováno jako zdravotní stav. Vnímání předchozího a současného zdraví, zdravého vzhledu, rezistence či náchylnost k nemocem, zdravotních obav, sklonů k nemocem a odmítání role nemocného matkou i otcem. (7)

Dále je zde zahrnut zdravotní stav dítěte, což je definováno, jako soubor současných onemocnění a hodnocení zdravotního stavu při porodu z hlediska celkového zdravotního stavu. Rodinný zdravotní stav je ovlivňován například stresem při porodu a je důležitým faktorem souvisejícím se spokojeností v rodinných vztazích u rodin s dětmi. Zdraví je také základem pro prospívání dítěte, což ovlivňují obě proměnné: matka i dítě. (46)



Prostředí Mercer popisuje, jako kulturní zázemí jedince, jeho partnera, rodiny, okolí a popisuje vlivy, které působí na dosažení mateřské role. Dle Mercer vývoj role/jednotlivce nemůže být oddělován od okolních vlivů. Stres a sociální podpora s vlivem prostředí ovlivňují roli matky i otce a vývoj dítěte. Patří sem například láska partnera, podpora rodičů, přátel, současně i výchova je důležitým faktorem pro ženu, aby plnila mateřskou roli. (7, 46)

Mercerová na základě literatury a výsledků výzkumu určila pro svůj model dvě hlavní proměnné, jsou to matka a dítě. Studie Mercerové ukázaly, že na mateřskou roli působí mnoho faktorů přímých i nepřímých. Proměnná – matka obsahuje: věk v době prvního porodu, zážitky z porodu, časně odloučení od dítěte, sociální stres, sociální podporu, charakter, osobní koncepci, výchovné přístupy a zdraví. Dítě jako proměnná zahrnuje jeho temperament, vzhled, schopnost odpovědi a schopnost klást požadavky. Svou úlohu zde plní i role otce. (46)

### ***1.6.5 Teoretická východiska***

Model dosažení mateřské role byl začleněn do Bronfenbrenner systému provázaných kruhů mikro, mezo a makrosystému, jak jsem již zmínila výše. Zde je podrobné vysvětlení pojmů z modelu uvedeného výše. (46)

Mikrosystém je nejbližší prostředí. Zahrnuje faktory, jako jsou: fungování rodiny, vztah matka – otec, sociální podpora, ekonomický stav, význam rodiny a stresové faktory. Rodina je vnímána jako polo-uzavřený systém, který spolupracuje se systémem rodiny a ostatními sociálními systémy. V mikrosystému dochází k dosažení mateřské role. (7, 46)

Mezostém obklopuje, ovlivňuje a uzavírá mikrosystém. Mezostém částečně ovlivňuje, co se děje při rozvoji mateřské role a dítěte. Mezostém zahrnuje školku, školu, pracovní záležitosti a oblasti hodnot, pak ještě ostatní entity v rámci nejbližší komunity. (7, 46)

Makrosystém zobrazuje obecné prvky, které existují v jednotlivých kulturách nebo různých kulturních prostředích. Makrosystém zahrnuje sociální, politické a

kulturní vlivy ostatních dvou systémů. Systém zdravotní péče a systém současné zdravotní politiky, které ovlivňují dosažení mateřské role, vznikají v tomto systému. (7, 46)

Dosažení mateřské role je proces, který zahrnuje 4 stádia získávání této role: Stádia jsou zobrazena v příloze 2, jako oblasti A-D. Anticipativní (očekávající) stádium začíná během těhotenství. Matka prožívá očekávání, sní o své nové roli, která se týká dítěte v děloze a začíná hrát svou roli. Matka a plod jsou během těhotenství jeden celek a dítě velmi citlivě reaguje na veškeré změny v matčině organismu. (7, 46)

Formální – společenské stádium začíná narozením dítěte a zahrnuje učení a uchopení role matky. Očekávání dítěte dělá matku šťastnou, což ovlivňuje i plod. (7, 46)

Neformální – neoficiální stádium začíná, jakmile si matka vytvoří vlastní cesty v plnění své role, které jsou nezávislé na matčině sociálním systému. Matka přizpůsobuje svou novou roli existujícímu životnímu stylu, založeném na předchozím životě a budoucích cílech. (46)

V personálním – osobním stádiu dochází k dosažení mateřské role, jelikož matka pociťuje harmonii, důvěru a kompetenci ve vykonávání role. Dle Mercerové je identifikace s rolí dosaženo tehdy, pokud matka včlení svou roli do svého vlastního systému. (7, 46)

Stádia dosažení mateřské role se překrývají a mění se v důsledku růstu a vývoje dítěte. Vcítění se do role matky může být dosaženo během měsíce nebo může trvat několik měsíců. Stádia jsou ovlivněna sociální podporou, stresem, fungováním rodiny a vzájemnými vztahy mezi matkou, otcem a ostatními faktory. (46)

### ***1.6.6 Využití modelu v praxi***

Během své kariéry Mercer uvedla teorii do praxe. Uvedení do ošetrovatelské praxe a vytvoření spojnice mezi teorií a praxí je v její práci velmi důležité. Věří, že ošetrovatelský výzkum je mostem k excelentnosti v ošetrovatelské praxi. Teorie Dosažení mateřské role se ukázala jako užitečná ve výzkumu i v praxi jak pro sestry,

tak i v ostatních disciplínách týkajících se mateřství. Mercer neustále zvyšovala jasnost a užitečnost svých teorií a modelu a je evidentní, že dobře slouží všem, kteří je užívají. Pro své práce Mercer užívala jak svůj vlastní výzkum, tak i zkušenosti ostatních. Její návrh na vytvoření teorie Dosažení mateřské role je založen na konzistentním výzkumném procesu. Mateřství a dosažení rodičovské role je velmi komplexní proces probíhající v mnoha rovinách. Mercerové teorie a její práce prezentovaly tento proces logicky a srozumitelně, tak, aby byl použitelný v praxi, výzkumu a vzdělávání. Mercerové teorie je orientovaná na praxi. Koncepce teorie byla citována v mnoha těhotenských statích a užita v ošetrovatelské praxi. Teorie a model slouží jako rámec pro posouzení, plánování, implementaci a hodnocení ošetrovatelské péče o nové matky a jejich děti. Využití Mercer teorie a její vztah k praxi jsou popsány Meighan v druhém vydání Ošetrovatelské teorie: Utilizace a aplikace. Mercerové teorie je užitečná pro ošetrovatelskou praxi v péči o matku a dítě. Mercer propojila své výzkumy s ošetrovatelskou praxí v období od porodu k prvnímu roku života, teorie je aplikovatelná v řadě pediatrických zařízení. Navíc Mercerové teorie byla užita v organizaci péče o pacienty. Koncepce výzkumu prováděného spolu s Neeson, Patterson a May, vliv těhotenství na adolescenty, kterým se dostává prenatální péče od specializovaných sester, byla využita v klinické praxi. Clarc, Rapkin a Vasquez použili teorii Mercer pro vznik a testování u rodičovské výchovy u žen užívajících návykové látky, které byly umístěny v léčebném zařízení. (2, 46)

Mercerové práce byly publikovány v učebnicích pro sestry a matky dětí, netýkaly se pouze dosažení mateřské role. Velká většina ošetrovatelských koncepcí v péči o matku a dítě je založena na výzkumu Mercer. Její teorie a model pomáhají zjednodušit rozsáhlý proces stávání se rodiči. Teorie Dosažení mateřské role je velmi hodnotná pro vzdělávání sester. Teorie Dosažení mateřské role je rámcová pro studenty, jelikož ti se učí poskytovat péči rodičům v řadě situací. Mercerové teorie a výzkum byly rovněž použity v jiných oborech týkajících se dosažení mateřské role a rodičovství. Byly přínosem pro studenty psychologie, sociologie a vzdělávání. (27, 46)

### ***1.6.7 Hlavní jednotky modelu***

Koncepční model R. Mercer Dosažení mateřské role má své hlavní jednotky. Je jich sedm. Cílem modelu R. Mercer je dosažení mateřské role. Dosažení mateřské role je zároveň důsledkem aplikace modelu R. Mercer v praxi. Koncepční model R. Mercer se zaměřuje na klienta, specificky na matky. Zdroj potíží v koncepci modelu R. Mercer jsou obtíže v dosahování mateřské role, v sociální situaci, dále ve srovnávání s mateřskou identitou a v nedostatečné informovanosti. Z čehož vyplývá způsob zásahu, a to edukace a dopomoc při získávání mateřské role. V koncepčním modelu R. Mercer Dosažení mateřské role plní zdravotní sestra svou úlohu v pomoci v průběhu těhotenství, při porodu, v poporodní péči a hlavně pomoc při dosahování mateřské role. Sestra je edukátorkou, mentorkou a profesionálkou ve svém oboru. (2, 7, 46)

### ***1.7 Aplikace koncepčního modelu R. Mercer a role sester v praxi dle jednotlivých fází dosažení mateřské role***

#### ***1.7.1 Aplikace modelu v praxi a role sester dle první fáze dosažení mateřské role***

V první fázi dosažení mateřské role podle modelu R. Mercer – anticipace, je důležitý pozitivní začátek, a to již při diagnostice těhotenství. Žena rozpoznává různé známky možného těhotenství. První skupinu tvoří známky nejisté s nejmenší hodnotou, což může být ranní nevolnost, mdloby, závratě, bušení srdce, únava, podrážděnost, náladovost, změny v chuti na jídlo, nebo také hmotnostní přírůstek, strie, atd. Druhou skupinou jsou pravděpodobné známky těhotenství. Mezi tyto příznaky patří vynechání menstruace (amenorea), prosáknutí a zbarvení poševní sliznice a děložního hrdla a větší citlivost a zvětšení prsů. Třetí skupinou známek jsou známky těhotenství závislé na zjištění plodu. Zde se prokazuje ultrazvukem činnost srdce plodu, pohyby plodu, dále je možné vyhmatání části plodu. Těhotenství prokazuje i laboratorní diagnostika. K této diagnostice se používají imunologické testy, jejichž podstatou je průkaz gonadotropinu v moči těhotné. Již při těchto prvních dnech těhotenství a dosahování mateřské role je

velmi důležitá funkce sester, které zabezpečují diagnostiku těhotenství, ale i připravují nastávající matku na svou novou úlohu. (19)

V těhotenství je, dle mého názoru, pro lepší dosažení mateřské role také důležitou součástí povědomí o tom, jak se plod během těhotenství vyvíjí. Po oplodnění je do osmého týdne období vývojové, kdy se vytváří základy orgánů. V této době je plod nazýván embryon, neboli zárodek. Po získání základních tvarů lidského jedince je to již foetus. Donošený zralý plod lze rozpoznat podle několika parametrů. Obvod hlavičky je přibližně 34 cm, šíře ramen je 12 cm, lebeční kosti jsou již tvrdé a švy a lupínky úzké. Lanugo se vyskytuje jen na lopatkách a ramenou. Kůže plodu je růžová, je pokryta mázkem a v podkožním vazivu je již uložen dostatek podkožního tuku. Ušní a nosní chrupavky jsou pevné, nehty přecházejí konečky prstů na rukou a jsou tvrdé, na nohou dosahují ke špičkám. U chlapců jsou již obě varlata sestouplá v šourku a u děvčat velké stydké pysky překrývají malé stydké pysky. Plod je čilý, má dobře vyvinutý sací reflex a hlasitě křičí.(19)

První fáze dosažení mateřské role – anticipace probíhá během těhotenství, jež je považováno za fyziologický stav. Těhotenství je pro organismus určitou zátěží, ale v prvních třech měsících dochází v organismu k adaptaci, v dalších třech měsících probíhá období tolerance, to znamená vyrovnávání se organismu s těhotenstvím. V posledních třech měsících prochází organismus stádiem zatížení. Tyto tři části neprobíhají jen na bázi fyzické, ale i psychické. Pro upevňování mateřské role je velmi důležitý celý průběh těhotenství. Tomu velmi napomáhá navštěvování předporodních kurzů, kde je matka dostatečně informována o průběhu těhotenství, porodu a péče o dítě. Dále se matka učí relaxovat a psychicky uvolňovat, zvládá masáže, cvičení těhotných. Předporodní kurzy matku také připraví k porodu, kdy má matka možnost sestavení porodního plánu a k porodu je méně stresována z neznáma. Těhotenství trvá 40 týdnů, neboli 9 kalendářních a 10 lunárních měsíců. Během těhotenství dochází u ženy po fyzické stránce k mnoha změnám. Největší změny jsou na rodidlech těhotné. Uropoetický systém také prochází změnami, které jsou způsobeny větším zatížením. Různé změny jsou i na orgánech. Psychosomatické změny v těhotenství znamenají zpočátku náládovost, různé chutě, podrážděnost. V této době je velmi důležitá

spolupráce partnera nebo možnost komunikace s odborníky, jimiž mohou být i sestry, lékaři, porodní asistentky a jiný zdravotnický personál. Jedním ze zásadních úkolů v péči o těhotné je pomoci překlenout období psychických změn a odstranění strachu z bolesti, tím je napomáháno lepšímu dosažení mateřské role. (19)

Pro celý zdravotnický tým je v péči o těhotnou velmi důležitá znalost anatomie porodních cest. Je důležitá znalost anatomie ženské pánve a její měření a anatomie měkkých cest porodních, pro možnost kvalitní edukace a rychlé rozpoznání různých patologií v těhotenství. (19)

V současné době je pravidelná péče o těhotné zajišťována v poradnách pro těhotné. V těchto poradnách se průběžně sleduje průběh těhotenství a výsledky všech prováděných vyšetření se zaznamenávají do těhotenského průkazu, který má mít těhotná vždy při sobě. V těhotenských poradnách provádí lékař se sestrou několik druhů vyšetření. První jsou vyšetření obecná, při kterých se získávají základní údaje, výška a hmotnost těhotné, provádí se krevní vyšetření, vyšetření moče, měření krevního tlaku, zjišťuje se anamnéza těhotné a provádí se instruktáž o přípravě prsu ke kojení. Dalším druhem vyšetření jsou vyšetření gynekologická, kdy lékař vyšetřuje těhotnou na zrcadlech pro zjištění anatomických proporcí. Při vyšetření lékař vyšetřuje kolposkopem čípek a provede cytologické odběry materiálu z čípku a mikrobiologické vyšetření pomocí stěrů. Dále vyšetřuje palpačně, kdy zjišťuje velikost dělohy, její konzistenci, uložení a velikost adnex. Třetím typem vyšetření prováděným v těhotenských poradnách je vyšetření zaměřené na stav matky a plodu. Jeho součástí je odběr krve na HIV, změření fyziologických funkcí, zvážení těhotné, kontrola moči a provádění screeningových vyšetření, které provádí sestra na základě ordinace lékaře. Po konzultaci s těhotnou je také vhodné zapojit do těchto prohlídek a celého průběhu těhotenství také partnera, což má velmi kladný vliv na dosahování mateřské role těhotné. V rámci těchto vyšetření je možné také těhotné doporučit těhotenské cvičení, jež je také přípravou na porod. Čtvrtým druhem prováděných vyšetření jsou zevní porodnická vyšetření těhotných. Zde lékař měří fundus dělohy měřítkem, vyšetřuje tvar dělohy a její velikost, dále její uložení v břišní dutině. Souvisejícím vyšetřením je poslech ozev plodu stetoskopem, pomocí ultrazvuku, či pouhým uchem. (19)

V péči o těhotné v těhotenských poradnách je pro těhotnou velmi důležitá úloha sestry, jelikož svým přístupem a kvalitní edukací zajišťuje dosahování mateřské role. V těhotenství je také pro bezproblémový průběh důležitá životospráva a hygiena, na což matku upozorňuje sestra. Co se týče jídelníčku, je nutné, aby těhotná nekonzumovala těžká a kořeněná jídla a snažila se o vyváženou stravu bohatou na železo, kalcium a jód. Během těhotenství je přibližný hmotnostní přírůstek deset kilogramů. V úpravě životosprávy jsou důležitá i další omezení. Alkohol a kávu by měla těhotná vyloučit ze svého jídelníčku. Zcela nevhodné je v tomto období také kouření cigaret. Mezi omezení pohybová patří zákaz závodních sportů, tance a jízdy na kole. Také se nedoporučuje řídit automobil, jelikož patří mezi obtížné a stresující úkony. V těhotenství by se také těhotná neměla vystavovat ionizujícímu záření, hlavně při rentgenových vyšetřeních a neměla by se nechat očkovat. Při všech těchto omezeních je součástí požadavek, na dostatečný spánek ve vhodném prostředí a dostatečnou péči o chrup, včetně absolvování prohlídek u stomatologa. (19, 32)

Při koordinaci správné životosprávy a hygieny těhotných plní velmi důležitou úlohu sestra, protože pomocí edukace a kontroly těhotné zajišťuje správné dodržování všech zásad a napomáhá jejich plnění. (28)

Během těhotenství se mohou objevit různé patologické stavy, které mohou zapříčinit rizikový průběh těhotenství a tím narušit již první fázi dosažení mateřské role. Tyto stavy mohou přicházet ze strany matky, například krvácení, preeklampsie, gestační diabetes, anemie, infekce a další, zároveň mohou být i ze strany plodu, jako například vrozené vývojové vady plodu, či malpozice plodu. (14)

Pro zajištění včasné léčby a efektivní prevenci se provádí všeobecný screening, který je součástí anamnézy všech matek. Zde jsou zjišťovány rizikové faktory zjištěné z demografické, sociální, rodinné, osobní, porodnické a gynekologické anamnézy. Na všeobecný screening navazuje specifický screening, který se provádí cíleně u zjištění rizikových faktorů. Na podkladě veškerých vyšetření se stanoví postup prenatální péče, který se bude lišit dle nálezů. V těhotenství se provádí mnoho screeningových metod. Od zjišťování rizikových faktorů lze částečně určit i předčasný porod, infekce, preeklampsii, tíseň plodu a vrozené vývojové vady plodu. V rámci prenatální

diagnostiky se používají i invazivní metody, jako je amniocentéza, jež se používá k vyloučení chromozomálních a metabolických vad plodu. Amniocentéza je punkční vyšetření pod ultrazvukovou kontrolou, má stejně, jako jiné invazivní metody riziko komplikací, mezi které patří infekce, krvácení, bolest, psychické problémy matky, potrat. Další invazivní metodou je biopsie choria, kdy se získávají fetální buňky k vyšetření. Poslední z invazivních metod je kordocentéza, kdy se punkcí pupečníku odebere fetální krev. (14)

Průběh těhotenství mohou ovlivnit i různé vady plodu, jako například intrauterinní růstová retardace plodu, což je opoždění růstu o 3 – 4 týdny v souvislosti s gestačním stářím. Zde je značné riziko porodu plodu nízké, velmi nízké či extrémně nízké porodní hmotnosti. Komplikací v těhotenství může být i Rh izoimunizace, jež souvisí s nesourodostí krevních skupin matky a plodu. Dále jsou to anémie plodu a jiné patologie v různých orgánových systémech matky i plodu. Všechny tyto komplikace mohou narušit dosažení mateřské role. Je důležité pro zajištění dobrého průběhu těhotenství matce vysvětlit důležitost prohlídek u lékaře, které jsou základem včasné diagnostiky a léčby komplikací a tím i zajištění dosažení mateřské role. V tomto hraje největší roli sestra, jež musí prokázat profesionalitu, asertivitu a edukační schopnosti. (14)

### ***1.7.2 Aplikace modelu v praxi a role sester dle druhé fáze dosažení mateřské role***

Ve druhé fázi dosažení mateřské role přichází ke slovu samotný porod. Je důležitým zlomem pro matku, dítě i rodinu. Pokud je vše v pořádku, porod proběhne v době, mezi 38. a 40. týdnem těhotenství. Porod je sám o sobě velmi stresující a obávaný proces a při nepřipravenosti a nevhodném přístupu k matce může výrazně poškodit dosažení mateřské role, nebo naopak vhodným přístupem a kvalitní péčí mateřské pouto posílit. (38)

Tato fáze začíná přijetím matky na porodní sál. Je to v okamžiku, kdy zjistí první známky porodu. Za ty se považují pravidelné děložní kontrakce, které se opakují v kratších intervalech a nabývají na intenzitě. Další známkou blížícího se porodu je



odtok plodové vody, či krvácení. Bolest dělohy také může signalizovat nástup porodu. Jakékoliv vybočení z normálního stavu může být také známkou porodu, včetně nepravidelnosti pohybů plodu. V době přijetí a po dobu celé hospitalizace je vhodný asertivní přístup personálu k matce. Pokud to zdravotní stav matky a plodu dovolí a matka žádá o přítomnost partnera, či blízké osoby u porodu, mělo by jí být vyhověno. Přítomnost hlavně otce u porodu má velmi kladný psychologický vliv na dosažení mateřské role a funkčnost celé rodiny. (38)

V této fázi je vhodné, když lékař nebo porodní asistentka po úvodním představení individuálně přistupují k matce a důkladně ji edukují o průběhu porodu. Tím je také zajištěna kvalitnější komunikace, která je během porodu obzvláště důležitá. Následně matka absolvuje předporodní vyšetření a na jeho základě se určí postup porodu. Během všech tří porodních dob je nutné sledovat stav matky i dítěte a monitorovat porodní bolesti. Pokud se kvalitně používá management bolesti, je pro matku porod méně stresující a po porodu rychleji regeneruje síly k péči o novorozence. (5, 38)

Kvalitní management bolesti je základem dobrého průběhu porodu a brzké regenerace matky. Zásadou je individuální přístup personálu. Znalost faktorů a zdrojů bolesti, které mohou intenzitu bolesti ovlivnit. Personál by měl i veškeré zdravotnické zákroky provádět co nejvíce bezbolestně. V individuálním přístupu je třeba zohlednit i kulturní rozdíly, či obavy a strach matky. Jinak se bude koordinovat management bolesti u prvorodiček a u matek, které již s porodem zkušenosti mají. Management bolesti také zohledňuje absolvování předporodních kurzů, které napomohou matkám se s bolestmi vyrovnat. Důležitou úlohu hraje též přítomnost partnera, či jiné blízké osoby u porodu. (22)

Management bolesti využívá farmakologické i nefarmakologické metody zmírňování bolesti. Mezi nefarmakologické metody patří například dotyková relaxace, progresivní relaxace založená na práci se svalovými skupinami, relaxace při bolesti se zapojením partnera, různé masáže, druhy dýchání, stimulace teplem, polohování, mentální stimulace, či tlak na bolestivé části zad. Nefarmakologické prostředky tišení bolesti mají velkou výhodu v tom, že nemají vliv na postup porodu, dále odstraňují či

zmírňují strach a obavy matek a nepředstavují žádná zdravotní rizika. Farmakologický management bolesti je postaven na využití analgezie, léčivech zlepšujících působení analgetik a využití anestetik. Výhodou farmakologických metod je velmi dobrá účinnost při potlačení bolesti během porodu. Velkým omezením je vhodnost medikamentů pro matku a zároveň pro plod. Všechny farmakologické metody jsou závislé na zdravotním stavu matky, její anamnéze a postupu porodu. (22)

Bezprostředně po porodu se doporučuje přiložení novorozence matce k prsu, tím se též prohlubuje mateřské pouto. Pokud je porodu přítomen partner, je vhodné zapojit i jej. V dnešní době je v některých porodnických centrech možnost využití alternativních metod porodu. Mezi nimi je porod bez násilí, kdy matka rodí v podřepu, v přítmí a tichu a novorozenec se okamžitě přikládá matce na břicho, ještě před přestřižením pupečníku. Ten musí být ovšem přestřižen do 30 sekund po porodu, pro snížení zdravotních rizik. Další alternativou jsou domácí pokoje na porodních sálech, které simulují porod doma. Porod doma je další z možností porodu, kolem kterého se vedou neustálé diskuse. Alternativním druhem porodu je také porod do vody či programovaný porod. Různé možnosti jsou také v polohách matky při porodu. Všechny tyto možnosti lze zohlednit při přípravě porodního plánu a hlavně výběru porodnice. (23, 25, 38)

Ve druhé fázi dosažení mateřské role mohou nastat různé komplikace. Porod sám může být předčasný, což znamená porod před 37. týdnem těhotenství. Příčiny předčasného porodu jsou různé. Porod mohou vyvolat předčasné děložní kontrakce, odtok plodové vody, infekce, rizikové chování, tělesná námaha, vícečetné těhotenství, či předčasný porod v anamnéze těhotné může značit vysoké riziko opakování. Roli hraje i věk matky či sociální faktory. Předčasný porod lze účinnou a včasnou léčbou v některých případech oddálit. Důležité ovšem je dodržování léčebného režimu, užívání léků a hlavně klid na lůžku. V této fázi plní velmi důležitou úlohu sestra, která je oporou pro matku a zároveň efektivní a kreativní edukátorkou a profesionálkou v péči. (14, 36)

Naopak těhotenství může být prodloužené, což znamená delší 42 týdnů. Zde je nutné sledování pohybů plodu a jeho celkové prospívání a zdravotní stav matky. Při

přenášení se porod musí vyvolávat lékařem, pokud nedojde do dvou týdnů ke spontánnímu porodu. (15)

Porod může být komplikován i při vícečetném těhotenství. Je zde větší riziko porodních komplikací a porodu nedonošených novorozenců. U vícečetných těhotenství je nutné sledování a včasný příjem do perinatologického centra. Porod bývá často komplikován polohou jednoho z plodů, kdy se musí přistoupit k vedení porodu císařským řezem. Pokud se přistoupí k operačnímu porodu, jsou zde mnohá rizika, jako u jiných operací. Rizika se liší dle jednotlivých způsobů porodu. Při předčasných porodech indukovaných i spontánních se jedná o porod nedonošeného novorozence, u kterého je nutná specifická péče a důležitý je přístup sestry k matce, aby nedošlo k narušení dosažení mateřské role. (14, 37)

Základem porodu při zachování dosažení mateřské role je nutné zajištění etiky porodu. V první řadě je nezbytný postup lege artis (dle současných poznatků lékařské vědy), akceptování přání matky, což zahrnuje dodržení porodního plánu, zároveň zachování právních norem a nutnost řešit etické problémy s přihlédnutím ke třetí osobě v podobě plodu. (14)

### ***1.7.3 Aplikace modelu v praxi a role sester dle třetí fáze dosažení mateřské role***

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer probíhá bezprostředně po porodu, až do opuštění zdravotnického zařízení. Bezprostředně po prvním ošetření novorozence prováděném dětskou sestrou, či během něj se ještě na porodním sále novorozenec vyšetří. Díky vyšetřením může lékař matce podat více informací o jejím dítěti, což je velmi důležité, pro psychický stav matky a zároveň pro lepší a rychlejší dosažení mateřské role. Do těchto vyšetření na sále patří zhodnocení novorozence podle gestačního stáří a stavu výživy. Dále se sleduje bezprostřední stav dítěte po porodu, dle Apgar score (Příloha 3). Tato vyšetření ukazují celkovou schopnost adaptace novorozence a naznačují případná opatření. Vyšetření se provádějí na pracovním místě přiměřeně vyhrátém a dobře osvětleném. Na sále se provádí orientačně základní

vyšetření interní, neurologické, detekuje se porodní trauma a vrozené vývojové vady.  
(38)

Po prvním vyšetření novorozence, pokud to dovolí zdravotní stav dítěte i matky je možné první přiložení novorozence matce k prsu, což je úkolem dětské sestry. Je to první kontakt matky s dítětem a pro oba je to velmi důležitý krok k navázání mateřského pouta. Pokud je u porodu přítomen partner, je vhodné nechat i jeho, aby si novorozence pochoval. Vytvoření vztahu otce s novorozencem je velmi důležité pro fungování celé rodiny a kvalitní dosažení mateřské role u matky. Po ošetření matky i novorozence zůstávají spolu ještě dvě hodiny na odpočívacím pokoji na porodním sále, pokud jsou oba v pořádku. Po uplynutí dvou hodin jsou společně přemístěni na lůžkové oddělení. (48)

Zásadní vliv na dosažení mateřské role má v nemocnicích na neonatologických odděleních systém péče tzv. „rooming in“. Principem tohoto systému je neustálý kontakt novorozence s matkou. Oddělení matky a dítěte se provádí pouze na dobu nezbytně nutnou, pokud to vyžaduje zdravotní stav matky či dítěte. V nemocnicích jsou pro tento systém péče zřízeny tzv. mateřské pokoje, kde je matka se svým dítětem a učí se o něj pečovat pod dohledem zkušených sester. Ty jsou matce vždy nablízku a pomohou radou, edukací, či jen přítomností pro matčin pocit jistoty. Největší vliv má tato metoda na upevnění citových vazeb mezi dítětem a matkou. Systém „rooming in“ je také velmi prospěšný v kojení, kdy zabezpečuje optimální podmínky a dostatek soukromí. (40, 44)

Kojení je nejlepší způsob podávání stravy novorozenci, zajišťuje optimální poměr živin pro zdravý růst a vývoj. Jeho velmi důležitou funkcí je také zajištění vazby matky a dítěte, mnohem větší souznění mezi nimi a dosažení mateřské role mnohem rychleji, než při podávání umělé výživy novorozenci. Mateřské mléko obsahuje kromě optimálního poměru živin také protilátky proti infekcím, snižuje se riziko alergií a jiných neinfekčních onemocnění a i na psychický a citový vývoj dítěte má velký vliv. V počátcích kojení má významnou úlohu sestra, která edukuje matku o správné technice kojení (viz. edukační příručka ve výsledcích výzkumu). A nabádá ji k nutnosti dítěte kojít, kdykoli má zájem. Pokud to dovoluje zdravotní stav matky i dítěte je ideální

nekrmit dítě ničím jiným, než mateřským mlékem. Tím se zajistí dlouhodobost kojení i v domácí péči. S kvalitním kojením souvisí i správná péče o prsy, kde má důležitou edukační úlohu sestra, která vysvětlí matce, jak má správně o prsy pečovat. V některých případech i přes snahu matky i personálu není možné dítě kojít. Tyto bariéry mohou být ze strany dítěte i matky. Mohou to být některá onemocnění, vývojové vady nebo nevytvoření mateřského mléka. Nemožnost kojení také mohou způsobit některé léky, které se dostávají do mateřského mléka a jsou pro novorozence škodlivé. V kojení má význam také brzký začátek přikládání dítěte k prsu, kdy dochází ke stimulaci nervového systému a k vyvolání laktace. Matka by měla společně se sestrou najít nejvhodnější polohu vyhovující matce i dítěti. U nedonošených novorozenců jsou daná specifika kojení, kdy kojení je možné, až od třicátého gestačního týdne, je velmi důležité včasné přikládání dítěte a vhodné polohy při kojení jsou: vzpřímená a poloha tanečnicka. Při neefektivních pokusech o kojení přímo z prsu se nabízejí alternativní metody krmení novorozence, kdy lze dítěti podávat mateřské mléko formou pro něj přijatelnější. Využívá se například krmení lžičkou, kapátkem či stříkačkou, krmení po prsu, nebo pomocí kádinky. Jednou z alternativních metod krmení novorozence je také krmení pomocí cévky ze suplementoru. (viz. Edukační příručka) U kojících matek sestra edukuje o správné technice kojení, škodlivosti stresorů a důležitosti a vhodnosti kojení a úloze partnera, jako psychické podpory pro matku. (10, 40)

Pokud se narodí nedonošený novorozenec, uplatňuje se rozdílná péče, neboť dítě si sebou nese mnoho zdravotních rizik spojených s nedonošeností. Nedonošený novorozenec je narozen před 38. týdnem těhotenství. Novorozenci se dělí na novorozence s nízkou porodní hmotností, velmi nízkou porodní hmotností, extrémně nízkou porodní hmotností, nezralé nebo hypotrofické. Dále se může narodit patologický novorozenec, který je ohrožen na životě, či rizikový novorozenec, který se narodí z rizikového těhotenství, nebo se dostane do rizikové situace. (51)

Všechny tyto možnosti sebou nesou specifický způsob péče o novorozence i matku. Nedonošený novorozenec si přináší mnoho možných problémů spojených s jeho nedonošeností a nezralostí. Mohou to být respirační tíseň, hypoglykémie a hypokalcémie, hypotermie, možné problémy s výživou a hydratací, hypotenze,

anemie, hyperbilirubinémie, apnoické pauzy, sepse. Novorozenec je náchylnější ke krvácení, bývá více unavený a je zde zvýšené riziko poškození kůže. (10)

Všechny tyto problémy je nutné mít na paměti při péči o nedonošeného novorozence, vyplývá z nich nutnost vzdělanosti sester, které veškeré tyto problémy umí vyhodnotit a tím zajistit vysoce odbornou a kvalitní péči. Jedním z nejdůležitějších specifík péče o nedonošeného novorozence pro matku je jejich oddělení. Nedonošený novorozenec bývá po porodu umístěn do inkubátoru a ošetřován na intermediálním oddělení neonatologie nebo na jednotce intenzivní péče neonatologie. Tím dochází k odloučení matky a jejího dítěte, proto je nutné zabezpečit co největší kontakt matky s dítětem. I při nemožnosti kojení, pro nezralost novorozence musí sestra kvalitně matku edukovat o prospěšnosti mateřského mléka a tím i o důležitosti a správné technice odstříkávání mléka. Při narození nedonošeného novorozence je velmi zásadní úloha sestry, která má na starosti emocionální péči o matku a je prvním prostředníkem v péči o novorozence a možném kontaktu matky s dítětem. Sestra musí matce vysvětlit nutnost umístění novorozence do inkubátoru a také edukuje o správném používání inkubátoru matkou a učí matku správné manipulaci a péči o novorozence. V této fázi dosažení mateřské role by sestra měla být matce oporou, edukátorem i mentorem. V péči o novorozence je také vhodné zapojit partnera, tím se zlepší funkčnost celé rodiny a zároveň se dosáhne lepšího dosažení mateřské role. Pokud matka péči o novorozence v inkubátoru zvládá, je možné přistoupit k systému péče „rooming in“ a nechat matku samostatně pečovat o novorozence. (22, 49, 52)

#### ***1.7.4 Aplikace modelu v praxi a role sestry dle čtvrté fáze dosažení mateřské role***

Třetí fáze dosažení mateřské role končí při odchodu domů a nastává fáze čtvrtá, osobní. Plánování odchodu domů závisí na zdravotním stavu dítěte i matky a zvládnutí péče o novorozence. Pokud lékař svolí k odchodu domů, nastává pro matku další zlomový okamžik, a to přesun rolí do osobní sféry na roli mateřskou ve své domácnosti. Při odchodu domů je nutné matku edukovat a ověřit si zvládnutí samostatné péče v domácnosti. (22)

V domácnosti by již na příchod nového člena rodiny mělo být vše připraveno, aby matka neměla ihned po příchodu domů starosti se zabezpečením všeho potřebného. V této fázi dosažení mateřské role je pro matku nejdůležitější zvládnutí péče o novorozence a organizace domácnosti. V začátcích matka očekává pomoc a velkou oporu od celé rodiny. Role sestry v této fázi je spíše poradní a edukační při prohlídkách dítěte u dětského lékaře. U matek nedonošených novorozenců je nutné podpořit optimistický pohled do budoucnosti. V domácnosti by se mělo pokračovat ve všech aktivitách, které byly započaty v nemocnici, jakožto různé masáže, stimulační cvičení. Matka by měla nadále mít možnost kontaktu s různými odborníky, což by měla mít na starosti sestra, jež tyto kontakty zajistí ještě před odchodem matky domů. (26, 31)

V neonatologických centrech jsou nadále matkám nedonošených novorozenců poskytovány prohlídky a poradenská činnost, kam se kdykoliv může matka nedonošeného novorozence obrátit. Součástí neonatologických center bývá vývojová poradna, která většinou po dobu dvou let po porodu nedonošeného novorozence spolupracuje a sleduje vývoj dítěte, kdy zajišťuje potřebná vyšetření a spolupracuje i s různými odborníky a specializovanými centry. Součástí komplexní odborné péče je péče neonatologická, neurologická, odborná rehabilitace a oftalmologie. (31)

#### ***1.7.5 Edukační proces aplikovaný dle koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role v ošetrovatelské praxi***

Při zachování veškerých zásad edukace můžeme edukační proces v praxi aplikovat podle jednotlivých stupňů koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role. V prvním stupni (anticipaci, očekávání) klade edukační proces důraz na dosažení mateřské role hlavně v sociální a psychologické oblasti. Edukací lze docílit postupného dosahování mateřské role vzděláváním o těhotenství samotném, o změnách v těhotenství, o cvičení v těhotenství, o různých těhotenských poradnách, o stanovení porodního plánu, o stravování v těhotenství, o životním stylu těhotných, o pomoci a úloze partnera a sester, o veškerých možnostech přípravy k porodu o prohlídkách u

gynekologa a o jejich důležitosti. Pokud by se edukace zaměřila na druhý stupeň (formální, společenský), bylo by zde nejdůležitější součástí dosahování mateřské role vzdělávání v oblasti porodu. Součástí edukace je vysvětlení samotného porodu, porodních dob, průběhu porodu, známek porodu, druhů porodů, jejich kladů a záporů, možností výběru porodnice a sestavení porodního plánu. Dále se edukace musí zabývat psychickou stránkou porodu a s tím související přítomností partnera u porodu, možnostmi tišení bolesti při porodu, nutností spolupráce s personálem. V tomto stupni dosažení mateřské role je též potřeba edukace v poporodní době o nové úloze matky a vlivu psychického rozpoložení na dítě i okolí. Spojení třetího stupně koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role a edukačního procesu je zaměřeno na vytvoření jedinečné úlohy a spojení matky s dítětem po porodu, které závisí na psychické a fyzické regeneraci matky po porodu, zdravotním stavu dítěte a jejich vzájemném souladu. Čtvrtý stupeň (osobní) je možno v edukačním procesu zapojit vzděláváním v adaptaci na úlohu matky v oblasti biologické, psychologické i sociální. Matka přichází do již známého prostředí, ale s novou úlohou a zde velmi závisí na sociálním zázemí, které matku podpoří v její mateřské roli. (7, 18, 46, 53)

Ve zdravotnickém zařízení lze pro edukaci ve všech čtyřech stupních koncepčního modelu R. Mercer Dosažení mateřské role použít formulář, dle kterého je možné se řídit i po delší dobu edukace, či při nutnosti více lekcí edukace. Formulář slouží k přehlednému zápisu edukačního procesu a může jej využít i více pracovníků nezávisle na sobě, jelikož je zde přehledný systém zápisu pro porozumění všemi, kteří s tímto formulářem pracují, formulář znázorněn ve výsledcích. (20)



## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

Cílem č.1 diplomové práce bylo, zjištění vlivu dětské sestry na neonatologickém oddělení na naplnění mateřské role dle modelu R.Mercer.

Výzkumná otázka č. 1 zjišťovala, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R.Mercer u matek nedonošených novorozenců.

Cílem č. 2 diplomové práce bylo zmapování možnosti spolupráce dětské sestry na neonatologickém oddělení s matkami nedonošených novorozenců v naplnění mateřské role dle modelu R.Mercer.

Výzkumná otázka č. 2 sledovala, jak nahlíží matky nedonošených novorozenců na spolupráci s dětskou sestrou na neonatologickém oddělení.

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metodika

V diplomové práci byl pro získání informací použit kvalitativní předvýzkum, metodou dotazování, kdy byla použita technika individuálního hloubkového rozhovoru. Dotazovanými byly matky nedonošených novorozenců a dětské sestry a porodní asistentky, pracující na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Počet rozhovorů byl pět u každé skupiny. (3)

Rozhovor byl veden pomocí tematické příručky – okruhů otázek pro matky (Příloha 10) a pomocí tematické příručky – okruhů otázek pro sestry (Příloha 11), díky níž bylo docíleno plynulosti a ucelenosti dotazování. Rozhovory byly uskutečňovány na denní místnosti sester, na pokojích klientek, či v jídelně oddělení, místa byla vybírána individuálně dle přání matek a sester. Délka jednoho rozhovoru s matkou byla zhruba 50 – 60 minut a délka rozhovoru se sestrou byla přibližně 30 – 40 minut. Část rozhovorů byla nahrávána na audio-přijímač a část byla zapisována na papír bez nahrávání na výslovnou žádost několika dotazovaných. Rozhovory jsou v diplomové práci sepsány formou přepisu a získané informace jsou zpracovány do kategorizovaných tabulek, podle jednotlivých otázek. Rozhovory se uskutečnily v únoru 2010 až dubnu 2010 v Nemocnici České Budějovice a.s.

V diplomové práci byl pro získání informací použit kvalitativní výzkum, metodou dotazníku, kdy byla použita technika otevřených i uzavřených otázek. Dotazovanými byly matky nedonošených novorozenců, které jsou se svými dětmi vedeny u praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) prof. MUDr. Velemínského Miloše CSc. v Třeboni a u praktického lékaře pro děti a dorost MUDr. Tomčalové Jany ve Skalně u Chebu. (3)

Dotazníky byly vyplněny matkami od PLDD MUDr. Tomčalové Jany individuálně s každou matkou zvlášť za mé asistence a u matek od PLDD prof. MUDr. Velemínského CSc. bylo vysvětlení individuálně poskytnuto přímo prof. MUDr. Velemínským CSc. Všechny matky měly k dispozici stejný dotazník (Příloha 10). Jedna

část dotazníků byla ve Skalné vyplňována na společném sezení s matkami nedonošených novorozenců. Druhá část dotazníků byla vyplňována matkami z ordinace prof. MUDr. Velemínského CSc. po důkladném vysvětlení samostatně doma.

Doba na vyplnění jednoho dotazníku byla zhruba 45 až 60 minut. Dotazníky jsou v diplomové práci sepsány formou kazuistiky a získané informace jsou zpracovány do kategorizovaných tabulek, podle jednotlivých otázek. Dotazníky byly vyplněny v období od 30.3.2011 do 30.4.2011.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Výběr dotazovaných byl pro účely kvalitativního výzkumu vybrán částečně metodou „sněhové koule“, pouze s určením jednoho kritéria. Byly vybrány pouze matky nedonošených novorozenců, kteří již dosáhly alespoň jednoho roku věku. pro výběr byly matky ve výzkumu nejdůležitější. Dětské sestry byly vybrány pro umožnění zpětné vazby i od nich.

## 4 Výsledky

### 4.1 Předvýzkum

#### 4.1.1 Rozhovory s matkami

##### Rozhovor s matkou 1

První matkou nedonošeného novorozence, která mi poskytla rozhovor, byla jednatřicetiletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako účetní. Novorozenec měl porodní váhu 1420g. Matka žije v bytě s manželem a již dvěma dětmi. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

Po počátečním zjištění základních údajů jsem se zaměřila na první fázi dosažení mateřské role (anticipace) dle modelu R. Mercer, podle něhož byly utvořeny otázky, na které matka postupně odpovídala. Miminko bylo očekávané a plánované. Je to již třetí matčino dítě. Matka během těhotenství absolvovala šest prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo až do porodu dle matky v pořádku. Matka nenavštěvovala během těhotenství žádné předporodní kurzy. Z předchozích těhotenství má matka již zkušenost s nedonošeným novorozencem, s tím souvisely i obavy během těhotenství. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence nebylo očekávané. Největší oporou byl v očekávání pro matku manžel. V období těhotenství vnímala matka sestry, jako rádce a nápomoc.

Dále se soubor otázek zaměřil na druhou fázi dosažení mateřské role (neformální) dle modelu R. Mercer, kde jsem se zajímala o samotný průběh porodu. Během samotného porodu vnímala matka strach jako nejsilnější pocit. Jelikož byl porod veden císařským řezem, nemohl být u porodu nikdo z blízkých přítomen. Největší oporou byl alespoň na dálku pro matku manžel. Po porodu se matka cítila bezmocná, protože nemohla mít bezprostředně po porodu novorozence u sebe. Měla

strach o zdraví miminka. V tomto období matka vnímala největší podporu sestry v péči o novorozence.

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer se odehrává v době od porodu do odchodu domů. Tato fáze mě zajímala hlavně z pohledu na úlohu sester. Novorozence viděla matka poprvé po čtyřech dnech od porodu a ten samý den měla možnost se ho i dotknout. První dotyk vyvolal v matce nejvíce štěstí a nádherné pocity. Do své péče dostala matka svého nedonošeného novorozence po čtrnácti dnech od porodu. Novorozenec byl stále ještě v inkubátoru, který matka vnímala jako nutnost, ale omezoval jí plnou možnost kontaktu s novorozencem. Na oddělení byly dětské sestry pro matku nedonošeného novorozence oporou a pomocí v péči o něho. Komunikace byla podle matky bezproblémová. Na návštěvu za matkou docházel zhruba třikrát týdně manžel. Matka si myslela, že svou roli matky zvládá bez obtíží. Ale do budoucna měla obavy z opoždění vývoje a z nemocí souvisejících s nedonošeností miminka. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byly největší oporou sestry, které jí umožnily překonat prvotní strach.

Poslední okruh otázek byl zaměřen na čtvrtou fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, kdy je již matka s novorozencem doma. Zde pomáhá matce nejvíce manžel. Pro miminko je doma připravena kompletní výbava a matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy i díky tomu, že již s nedonošeným novorozencem zkušenost má. Do budoucna bude mít miminko svůj vlastní pokojíček. Při dotazu na úlohu sestry v tomto období čeká matka od sester radu a pomoc.

## **Rozhovor s matkou 2**

Další matkou nedonošeného novorozence, která mi poskytla rozhovor, byla osmatřicetiletá matka s vysokoškolským vzděláním s titulem bakalář, pracující dříve jako vychovatelka v dětském domově. Novorozenci dvojčata měla porodní váhu 1360g a 1230g. Matka žije v rodinném domě s přítelem a dům s nimi obývá ještě otec matky. Ten má oddělený samostatný vchod. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

Otázky zaměřené na první fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer se zabývají obdobím celého těhotenství a přípravy na porod. Miminka byla očekávaná a plánovaná. Je to již druhý matčin porod. Matka během těhotenství absolvovala devět prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo v pořádku, až do porodu matka nepociťovala žádné komplikace či změny. Matka nenavštěvovala během těhotenství žádné předporodní kurzy. Z předchozího těhotenství nemá matka doposud zkušenosti s nedonošeným novorozencem. Během těhotenství pocítovala matka únavu, jinak vnímala těhotenství jako bezproblémové. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošených novorozenců bylo očekávané a matka cítila strach a bezmoc. Největší oporou byl pro matku přítel. V období těhotenství očekávala matka od sester radu a pomoc, která se jí dostala.

Otázky stylizované na průběh druhé fáze dosažení mateřské role se týkaly samotného porodu. Během samotného porodu byl pro matku nejsilnějším pocitem strach a panika. Z důvodu vedení porodu císařským řezem nemohl být u porodu nikdo z blízkých přítomen, ale největší oporou byl pro matku přítel, byť s ní nebyl přímo na sále. Po porodu matka cítila strach, protože neměla sílu mít bezprostředně po porodu u sebe miminka kvůli velkému vyčerpání. Dále matka pocítovala, že potřebuje nejvíce odpočinek, jistou regeneraci a informovanost o novorozencích. V tomto období matka vnímala sestry jako pomoc v péči o novorozence.

Zde nastupuje třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, kde jsem se zaměřila na období od porodu až do propuštění do domácí péče. Matka poprvé viděla miminka po třech dnech od porodu a ten samý den měla možnost se jich i dotknout. První dotyk vyvolal v matce strach. U sebe v péči měla matka své nedonošené novorozence po deseti dnech. Inkubátory svých dětí nevnímala jako bariéru, pouze jako nutnost. Na oddělení byly sestry pro matku nedonošeného novorozence oporou, s jejich pomocí byla matka velmi spokojená, sestry měly na matku velmi pozitivní vliv. Matku navštěvovala celá nejbližší rodina. Nyní si matka myslela, že svou roli matky zvládá bez obtíží. Ale měla obavy z příchodu domů, jak zvládne organizaci péče o dva novorozence současně. Ve vytváření si vztahu k novorozencům jí byl největší oporou přítel.

Čtvrtá fáze je zaměřena na období doma, ale otázky jsou spíše teoretické, jelikož matka ještě prakticky tuto zkušenost zatím nemá. Doma bude matce pomáhat nejvíce přítel popřípadě její otec. Pro miminka je doma připravena kompletní výbava a matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy. Do budoucna budou mít miminka svůj společný pokojíček. Při dotazu na úlohu sestry v tomto období očekává matka od sester profesionální radu a pomoc.

### **Rozhovor s matkou 3**

Další matkou nedonošeného novorozence, která mi poskytla rozhovor, byla třiceti čtyřletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako tiskařka. Novorozenec měl porodní váhu 1960g. Matka žije v rodinném domě s manželem a již jedním dítětem. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

V návaznosti na zjištění základních údajů byly otázky zaměřeny na jednotlivé fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Na soubor otázek první fáze dosažení mateřské role byly matčiny odpovědi následovně sepsány. Miminko bylo očekávané a plánované. Toto byl již matčin druhý porod. Matka během těhotenství absolvovala deset prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo celkově v pořádku. Matka nenavštěvovala během těhotenství předporodní kurzy. Z předchozího těhotenství matka neměla zkušenost s nedonošeným novorozencem. Těhotenství bylo dle matky bezproblémové a klidné. S porodním plánem zkušenosti neměla a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence neočekávala. Největší oporou byl pro matku během těhotenství manžel. V období těhotenství čekala matka od sester hlavně radu a pomoc.

Třetí okruh otázek byl zaměřen na druhou fázi dosažení mateřské role, která se odehrává v období porodu. Během porodu vnímala matka strach. U porodu nemohl být nikdo z blízkých přítomen, ale největší oporou, alespoň na dálku, byl pro matku manžel. Bezprostředně po porodu matka cítila největší potřebu mít dostatek informací o dítěti, jelikož neměla možnost mít dítě u sebe. Zároveň ale věřila, že je vše v pořádku a brala

vše jako nutnost. V tomto období matka vnímala sestry jako zdroj informací o dítěti a jako pomoc v péči o něj.

Nejdůležitější okruh otázek byl zaměřen na třetí fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Matka poprvé viděla miminko po třech dnech od porodu a první haptický kontakt mezi nimi byl pátý den. První dotyk vyvolal v matce rozpaky. U sebe v péči měla matka miminko po deseti dnech od porodu. Inkubátor svého dítěte neviděla jako bariéru, pouze jako nutnost. Na oddělení sestry poskytly matce radu, pomoc a odpověď v různých situacích. Přístup sester byl pro matku velmi pozitivní a sestry byly matce oporou. Matku navštěvovala rodina. Subjektivně svou roli matky zvládala bez obtíží. Měla obavy ze zdravotního stavu miminka. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byl největší oporou, dle matky, manžel.

Čtvrtá fáze dosažení mateřské role bývá zlomová pro začlenění mateřské role do již zaběhnutého systému péče o domácnost i společenský život. Proto jsou v tomto období velmi důležité kvalitní zvládnutí tohoto systému a dostatečná podpora matky. Doma bude matce pomáhat nejvíce manžel. Pro miminko byla doma připravena kompletní výbava a matka byla přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy. Měla pouze obavy ohledně možných zdravotních komplikací do budoucna. Miminko bude mít pokojíček se sourozencem. Při dotazu na úlohu sestry v tomto období očekávala matka od sester pomoc.

#### **Rozhovor s matkou 4**

Další z matek nedonošených novorozenců, která mi poskytla rozhovor, byla také třicetiletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako prodavačka. Novorozenec měl porodní váhu 540g. Matka žije v bytovém domě s přítelem a jedním dítětem. Při mém dotazu na dostatek soukromí odpověděla bez váhání, že samozřejmě v rámci rodiny dostatek soukromí má.

Otázky k první fázi dosažení mateřské role se zaměřují na období těhotenství. Miminko bylo očekávané a plánované. Matka absolvovala druhý porod. Během těhotenství absolvovala osm prohlídek u svého lékaře. Těhotenství probíhalo dle matky



v pořádku. Matka nenavštěvovala během těhotenství žádné předporodní kurzy. Z předchozího těhotenství matka nemá zkušenost s nedonošeným novorozencem. Těhotenství bylo dle matky komplikované, trpěla tzv. „help syndromem“. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence nebylo vůbec očekávané. Největší oporou byl pro matku přítel. V období těhotenství matka sestry příliš nevnímala.

Navazující okruh otázek byl zaměřen na druhou fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Během samotného porodu popisuje matka pouze zvláštní pocit. U porodu nebyl nikdo přítomen, jelikož byl překotný. Ale největší oporou na dálku byl pro matku přítel. Po porodu matka cítila bezmoc a nevědomost. V tomto období matka vnímala sestry jako zdroj informací o dítěti a jako pomoc v péči o něj.

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer prochází obdobím od porodu do odchodu domů. Tomu odpovídá okruh kladených otázek během tohoto rozhovoru. Matka poprvé viděla své miminko po dvou dnech po porodu a dotkla se jej během prvního týdne od porodu. První kontakt vyvolal v matce strach. U sebe v péči měla matka svého nedonošeného novorozence až po třech měsících od porodu. Inkubátor svého dítěte ovšem nevnímá jako bariéru. Na oddělení sestry poskytly matce maximální pomoc a oporu. Přístup sester vnímala matka jako velmi pozitivní a přátelský. Na návštěvu za matkou chodila nejbližší rodina. Matka dle sebe zvládala svou roli bez obtíží. Měla obavy ze zdravotního stavu miminka. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byly největší oporou sestry na neonatologickém oddělení. Doma bude matce pomáhat nejvíce manžel a její matka. Na miminko doma čekala kompletní vybava a pokojíček. Matka byla přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy. Obavy měla pouze ohledně možných zdravotních komplikací do budoucna. Při dotazu na úlohu sestry v tomto období očekávala matka od sester pomoc.

## **Rozhovor s matkou 5**

Poslední matkou nedonošeného novorozence, která mi poskytla rozhovor, byla třiatřicetiletá matka se středoškolským vzděláním, pracující dříve jako kuchařka.

Novorozenec měl porodní váhu 1312g. Matka žije v dvougeneračním rodinném domě s manželem a jedním dítětem. Na dotaz ohledně dostatku soukromí odpověděla, že dostatek soukromí má.

Druhý okruh otázek zaměřený na první fázi dosažení mateřské role nám poskytl následující odpovědi. Miminko bylo očekávané a plánované, jako u všech předchozích dotazovaných matek. Je to druhý absolvovaný porod. Matka během těhotenství byla v rámci prohlídek u svého lékaře celkem patnáctkrát. Těhotenství probíhalo v pořádku a bez komplikací. Tato matka, jako jediná, navštěvovala během těhotenství předporodní kurzy. Myslí si, že jsou velkým přínosem hlavně pro prvorodičky. Z předchozího těhotenství matka doposud nemá zkušenost s nedonošeným novorozencem. Těhotenství bylo dle matky v pořádku, bez problémů. S porodním plánem zkušenosti nemá a stanoven jí nebyl. Narození nedonošeného novorozence neočekávala. Největší oporou pro matku v těhotenství byl manžel. V období těhotenství matka měla se sestrami pozitivní zkušenost při potřebě opory a povzbuzení.

Druhá fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, které se věnuje třetí okruh otázek, je zaměřena na porod. Během samotného porodu popisuje matka strach. U porodu nebyl nikdo z blízkých přítomen, ale největší oporou na dálku byl pro matku manžel. Po porodu matka cítila strach. V tomto období matka vnímala sestry jako oporu a povzbuzení.

Dalším okruhem otázek byly otázky zaměřené na třetí fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer zabývající se obdobím od porodu do propuštění do domácí péče. Matka poprvé viděla miminko druhý den po porodu a první haptický kontakt s miminkem absolvovala ještě tentýž den. První dotyk vyvolal v matce radost, strach a pláč. U sebe v péči měla matka svého nedonošeného novorozence po čtrnácti dnech. Inkubátor nevnímala jako bariéru, pouze jej respektovala jako nutnost. Na neonatologickém oddělení se matce od sester dostalo velké pomoci a opory. Přístup sester vnímala matka jako velmi pozitivní. Na návštěvu za matkou chodila rodina. Matka svou novou roli zvládá bez obtíží. Měla obavy, co přinese budoucnost. Ve vytváření si vztahu k novorozenci jí byl největší oporou manžel.

Poslední okruh otázek byl zaměřen na čtvrtou fázi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer, které se zabývá obdobím od propuštění domů do jednoho roku dítěte. V domácnosti bude matce s péčí o miminko pomáhat nejvíce manžel, její matka a otec. Pro miminko je doma připravena kompletní výbava a matka je přesvědčena, že nebude mít s péčí doma žádné problémy. Miminko bude mít vlastní pokojíček. V tomto období čeká matka od sester do budoucna hlavně podporu.

#### ***4.1.2 Výsledky rozhovorů s matkami kategorizované do tabulek dle jednotlivých fází koncepčního modelu R. Mercer***

Čísla tabulek neodpovídají číslům otázek v rozhovoru.

Tabulka1: Základní údaje dotazovaných matek

<b>Otázka:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>
<b>Věk</b>	31	38	34	30	33
<b>Vzdělání</b>	SOŠ	VŠ	SOŠ	SOU	SOU
<b>Zaměstnání</b>	účetní	vychovatelka	tiskařka	prodavačka	kuchařka

Věk dotazovaných matek byl v rozmezí od 31 do 38 let, u dvou matek je nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné učiliště, u dvou střední odborná škola a u jedné matky je nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Jedna matka pracovala jako účetní, další matka jako vychovatelka, další jako tiskařka, jedna jako prodavačka a předešlé zaměstnání poslední matky bylo kuchařka.

Tabulka 2: Rodinný stav

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Vdaná</b>	1		1		1	3
<b>Rozvedená</b>		1				1
<b>Partner</b>		1		1		2
<b>Svobodná</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	2	1	2	1	7

Tři matky uvedly, že jsou vdané, jedna matka je rozvedená a má partnera a jedna matka je svobodná a má partnera.

Tabulka 3: Bydliště

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Byt</b>	1			1		2
<b>RD</b>		1	1		1	3
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Při otázce, kde matky bydlí, odpověděly dvě matky, že bydlí v bytě a tři matky bydlí v rodinném domě.

Tabulka 4: Počet osob v domácnosti

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>4</b>	1	1				2
<b>5</b>			1	1	1	3
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

V jedné domácnosti u dvou matek žijí spolu čtyři členové jedné rodiny a u tří matek žije v domácnosti členů pět.

Tabulka 5: Dostatek soukromí

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo na otázku dostatečného soukromí ano. Žádná neuvedla, že by měla nedostatek soukromí.

Tabulka 6: Očekávané těhotenství

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek uvedlo, že miminko bylo očekávané. U žádné z nich nebylo těhotenství náhodné, neplánované.

Tabulka 7: Pořadí narození dítěte

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>3.</b>	1					1
<b>2.</b>		1	1	1	1	4
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Všechny matky odpověděly, že toto není jejich první miminko, jedna matka odpověděla, že toto je její třetí miminko a čtyři matky odpověděly, že je toto jejich druhé miminko.

Tabulka 8: Počet absolvovaných prohlídek v těhotenství

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>6</b>	1					1
<b>8</b>				1		1
<b>9</b>		1				1
<b>10</b>			1			1
<b>15</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Jedna matka odpověděla, že absolvovaných prohlídek u lékaře bylo šest, jedna matka odpověděla, že prohlídek bylo osm, jedna matka odpověděla, že absolvovaných prohlídek bylo deset a jedna matka odpověděla, že prohlídek u jejího lékaře bylo patnáct.

Tabulka 9: Průběh těhotenství

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>V pořádku</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo, že průběh těhotenství, až do dne porodu, byl v pořádku.

Tabulka 10: Navštěvování předporodních kurzů

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>NE</b>	1	1	1	1		4
<b>ANO</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Čtyři matky odpověděly, že během těhotenství nenavštěvovaly žádné předporodní kurzy. Jedna matka odpověděla, že předporodní kurzy navštěvovala.

Tabulka 11: Přínos předporodních kurzů

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Nevím</b>	1	1	1	1		4
<b>Pro prvorodičky</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Na otázku, zda jsou předporodní kurzy přínosem, odpověděly čtyři matky, že neví a jedna matka odpověděla, že předporodní kurzy mají přínos pro prvorodičky.

Tabulka 12: Zkušenosti z předchozích těhotenství s nedonošeným novorozencem

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>NE</b>		1	1	1	1	4
<b>ANO</b>	1					1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Čtyři matky odpověděly, že z předchozích těhotenství zkušenost s nedonošeným novorozencem žádnou nemají, a jedna matka odpověděla, že z předchozího těhotenství zkušenost s nedonošeným novorozencem již má.

Tabulka 13: Vnímání těhotenství

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Dobře</b>	1					1
<b>Únava</b>		1				1
<b>Klid</b>			1			1
<b>Pohoda</b>			1	1		2
<b>V pořádku</b>					1	1
<b>Bez obtíží</b>		1				1
<b>Obavy</b>	1					1
<b>SUMA</b>	2	2	2	1	1	8

Jedna matka odpověděla, že těhotenství vnímala celkem dobře, pouze s obavami do budoucna, jedna matka odpověděla, že během těhotenství byla unavená, ale jinak bez obtíží, jedna matka odpověděla, že těhotenství prožila v klidu a v pohodě, jedna matka odpověděla, že její těhotenství bylo pohodové, jedna matka odpověděla, že její těhotenství bylo v pořádku.

Tabulka 14: Stanovení porodního plánu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Nebyl stanoven</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Neznalost porodního plánu</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	2	2	2	2	2	10

Všechny matky odpověděly na otázku, zda jim byl stanoven porodní plán a jaká měly od plánu očekávání a zda byla splněna, že porodní plán jim stanoven nebyl a neznají ho.



Tabulka 15: Očekávání narození nedonošeného miminka, pocity

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Ne</b>	1		1	1	1	4
<b>Ano</b>		1				1
<b>Strach</b>		1				1
<b>Bezmoc</b>		1				1
<b>SUMA</b>	1	3	1	1	1	7

Z celkového počtu pěti matek mi na otázku, zda očekávaly narození nedonošeného miminka, odpověděly čtyři, že narození nedonošeného miminka nečekaly a jedna matka odpověděla, že narození nedonošeného miminka očekávala a v této souvislosti pociťovala strach a bezmoc.

Tabulka 16: Opora v očekávání

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Manžel</b>	1		1		1	4
<b>Přítel</b>		1		1		1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Tři z dotazovaných matek odpověděly, že v době očekávání miminka jim byl největší oporou manžel a dvě dotazované odpověděly na tuto otázku, že největší oporou byl v očekávání přítel.

Tabulka 17: Role sestry v 1. fázi dosažení mateřské role (anticipace) dle modelu R. Mercer

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Rada</b>	1	1	1			3
<b>Do porodu příliš nevnímala</b>				1		1
<b>Opora</b>					1	1
<b>Pomoc</b>	1	1	1			3
<b>Povzbuzení</b>					1	1
<b>SUMA</b>	2	2	2	1	2	9

V období do porodu tři matky odpověděly, že sestru vnímaly jako někoho, kdo poskytne radu a pomoc, jedna matka do porodu příliš sestry nevnímala a jedna matka v sestřích do porodu viděla oporu a povzbuzení.

Tabulka 18: Vnímání samotného porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Strach</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Panika</b>		1				1
<b>Zvláštní pocit</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	2	1	2	1	7

Z počtu pěti matek tři odpověděly na otázku vnímání porodu, že měly hlavně strach, jedna matka prožívala paniku a strach a jedna matka měla při porodu zvláštní pocit a strach.

Tabulka 19: Přítomnost člena rodiny u porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>NE</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo na otázku, zda byl někdo přítomen u porodu záporně, vyplývalo to hlavně ze skutečnosti, že všechny matky absolvovaly porod císařským řezem.

Tabulka 20: Zdroje podpory při porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>		1		1		2
<b>Na dálku</b>	1		1		1	3
<b>Manžel</b>	1		1			2
<b>Přítel</b>				1		1
<b>Sestry</b>		1			1	2
<b>SUMA</b>	2	2	2	2	2	10

Dvě z dotazovaných matek odpověděly, že při porodu cítily podporu na sále od sester, dvě matky cítily podporu na dálku od manžela a jedna matka cítila podporu na dálku od přítele.

Tabulka 21: Pocity matky bezprostředně po porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Strach</b>		1			1	2
<b>Bezmoc</b>	1			1		2
<b>Potřeba informací</b>			1			1
<b>Nevědomost</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	1	2	1	6

Po porodu měly dvě matky strach, jako nejsilnější pocit, jedna matka cítila bezmoc, jedna matka cítila potřebu dostatku informací, jedna cítila po porodu bezmoc a nevědomost.

Tabulka 22: Možnost mít u sebe miminko bezprostředně po porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>NE</b>	1		1	1	1	4
<b>Možnost byla - nevyužita</b>		1				1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Na otázku, zda měly možnost matky mít bezprostředně po porodu u sebe miminko, odpověděly čtyři matky záporně, ať z důvodu zdravotního stavu miminka či jejich a jedna matka odpověděla, že možnost mít u sebe bezprostředně po porodu miminko u sebe měla, ale nevyužila ji, jelikož byla vysílená.

Tabulka 23: Pocity matky po porodu na pokoji

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Strach</b>	1				1	2
<b>Rozpolcenost</b>				1		1
<b>Odpočinek</b>		1				1
<b>Regenerace</b>		1				1
<b>Informace</b>		1				1
<b>Víra</b>			1			1
<b>Nutnost oddělení</b>			1			1
<b>SUMA</b>	1	3	2	1	1	8

Po porodu popsaly dvě matky jako nejsilnější pocit strach, jedna matka cítila po porodu rozpolcenost, jedna matka cítila potřebu odpočinku, regenerace a potřebu informovanosti a jedna matka cítila víru a chápala nutnost oddělení od dítěte.

Tabulka 24: Úloha sestry ve 2. fázi (formální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Péče</b>	1		1	1		3
<b>Pomoc</b>		1				1
<b>Informace</b>			1	1		2
<b>Povzbuzení</b>					1	1
<b>Opora</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	1	2	2	2	8

Během porodu a bezprostředně po porodu vnímala jedna matka úlohu sestry hlavně v péči o dítě, jedna matka vnímala úlohu sestry jako celkovou pomoc, dvě matky vnímaly sestru jako zdroj informací a zastávce v péči o miminko a jedna sestra vnímala sestru jako povzbuzení a oporu.

Tabulka 25: Doba prvního očního kontaktu s miminkem po porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>2. den</b>				1	1	2
<b>3. den</b>		1	1			2
<b>4. den</b>	1					1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Na otázku, po jak dlouhé době matky poprvé viděly miminko, dvě matky odpověděly, že již druhý den, dvě matky odpověděly, že viděly miminko třetí den a jedna matka odpověděla, že viděla miminko čtvrtý den po porodu.

Tabulka 26: Doba prvního haptického kontaktu s miminkem po porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>2. den</b>					1	1
<b>3. den</b>		1				1
<b>4. den</b>	1					1
<b>5. den</b>			1			1
<b>1. týden</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Při otázce, kdy se matky svého miminka poprvé dotkly, jedna matka odpověděla, že hned druhý den se miminka poprvé dotkla, jedna matka se miminka poprvé dotkla třetí den, jedna matka se miminka dotkla čtvrtý den, jedna matka se dotkla pátý den svého miminka a jedna matka se miminka dotkla někdy během prvního týdne po porodu.

Tabulka 27: Pocity při prvním kontaktu s miminkem

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Strach</b>		1		1	1	3
<b>Rozpaky</b>			1			1
<b>Nádhera</b>	1					1
<b>Radost</b>					1	1
<b>Pláč</b>					1	1
<b>Štěstí</b>	1					1
<b>SUMA</b>	2	1	1	1	3	8

S předchozí otázkou souvisí dotaz, jaké měly matky při prvním kontaktu s miminkem pocity. Dvě matky odpověděly, že prožívaly hlavně strach, jedna matka byla z prvního kontaktu v rozpacích, jedna matka popsala první kontakt jako nádheru a štěstí a jedna matka prožívala při prvním kontaktu radost a zároveň strach a pláč.

Tabulka 28: Doba převzetí miminka do vlastní péče od porodu

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>10 dní</b>		1	1			2
<b>14 dní</b>	1				1	2
<b>3 měsíce</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Na otázku, po jak dlouhé době dostaly maminky miminko do vlastní péče, dvě matky uvedly po deseti dnech, dvě matky odpověděly po čtrnácti dnech a jedna matka po třech měsících.

Tabulka 29: Vnímání bariéry inkubátoru

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Není bariérou</b>		1	1	1	1	4
<b>Nutnost</b>			1		1	2
<b>Není možný plný kontakt</b>	1					1
<b>SUMA</b>	1	1	2	1	2	7

Z pěti dotazovaných matek na otázku vnímání bariéry inkubátoru dvě matky odpověděly, že inkubátor bariérou není, dvě matky odpověděly, že inkubátor bariérou není, je pouze nutností a jedna matka odpověděla, že inkubátor vnímá jako omezení plného kontaktu s miminkem.

Tabulka 30: Úloha sester ve 3. fázi (formální) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Opora</b>	1					1
<b>Spokojenost</b>		1				1
<b>Rada</b>			1			1
<b>Pomoc</b>	1	1	1			3
<b>Maximální pomoc</b>				1		1
<b>Velká pomoc</b>					1	1
<b>Odpověď</b>			1			1
<b>SUMA</b>	2	2	3	1	1	9

V otázce úlohy sester na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení jedna matka odpověděla, že sestru vnímá jako pomoc a oporu, jedna matka odpověděla, že sestra je pro matku pomoc a přináší spokojenost, jedna matka uvádí vnímání sestry jako pomoc, sestra přináší radu a odpovědi, jedna matka vnímá sestry jako maximální pomoc a jedna matka jako velkou pomoc.



Tabulka 31: Vnímání přístupu sester

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Pozitivní</b>		1	1	1	1	4
<b>Bez problémů</b>	1					1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

O přístupu sester k matkám odpověděly čtyři matky, že vnímají přístup jako pozitivní a jedna matka odpověděla, že vnímá přístup sester k ní jako bezproblémový.

Tabulka 32: Cítění opory od sester

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Velká opora</b>		1		1		2
<b>SUMA</b>	1	2	1	2	1	7

Při dotazování, zda cítí matky od sester na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení oporu, odpovědělo všech pět dotazovaných matek, že ano a dvě matky cítí sestry na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení jako velkou oporu.

Tabulka 33: Vnímání komunikace se sestrami na oddělení

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Bez problémů</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Přátelská</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	1	2	1	6

Čtyři z dotazovaných matek na otázku, jaká je komunikace se sestrami na oddělení odpověděly, že je bez problémů a jedna matka odpověděla na tuto otázku, že komunikace je bez problémů a přátelská.

Tabulka 34: Návštěvy na oddělení

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Celá rodina</b>		1	1	1	1	4
<b>3x týdně manžel</b>	1					1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

V otázce, zda za matkami chodí návštěvy, čtyři z dotazovaných matek odpověděly, že ji navštívila celá rodina a jedna matka odpověděla, že za ní na návštěvu chodil třikrát týdně manžel.

Tabulka 35: Zvládání role matky

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Dobře</b>	1	1		1		3
<b>Bez obtíží</b>			1		1	2
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Tři dotazované matky mají subjektivní názor, že roli matky zvládají dobře a dvě matky odpověděly, že roli matky zvládají bez obtíží.

Tabulka 36: Obavy z budoucnosti v souvislosti s péčí o nedonošené miminko

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Zdravotní stav</b>	1		1	1		3
<b>Strach z budoucna - psychika</b>					1	1
<b>Příchod domů - organizace</b>		1				1
<b>Opožděný vývoj dítěte</b>	1					1
<b>SUMA</b>	2	1	1	1	1	6

Na otázku, zda mají matky obavy z něčeho do budoucna, odpověděly dvě matky, že mají obavy ze zdravotního stavu dětí, jedna matka odpověděla, že cítí strach z budoucna ohledně své psychické síly, jedna matka má obavy z příchodu domů a následné organizace péče o děti a domácnost, jedna matka má obavy z opožděného vývoje dítěte a nemocí.

Tabulka 37: Pomoc při vytváření vztahu s nedonošeným dítětem

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Sestry</b>	1	1		1		3
<b>Instinkt</b>				1		1
<b>Přítel</b>			1			1
<b>Manžel</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	1	1	2	1	6

Při vytváření vztahu s nedonošeným novorozencem dvě matky odpověděly, že nejvíce nápomocny byly sestry na oddělení intermediální péče neonatologického oddělení, jedna matka uvedla, že nápomocny při vytváření vztahu s nedonošeným novorozencem jí byly sestry a instinkt, jedné matce byl nápomocen nejvíce přítel a jedné matce byl nejvíce nápomocen manžel.

Tabulka 38: Pomoc při péči o miminko doma

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Manžel</b>	1		1		1	3
<b>Partner</b>		1		1		2
<b>Babička</b>	1	1		1		3
<b>Dědeček</b>		1				1
<b>SUMA</b>	2	3	1	2	1	9

Dvě z pěti dotazovaných matek na otázku, zda jim bude někdo pomáhat v péči o miminko, odpověděly, že manžel, jedna matka odpověděla, manžel a babička, jedna matka odpověděla, přítel, babička a děda, jedna matka odpověděla, přítel a dědeček.

Tabulka 39: Očekávání problémů při péči o miminko doma

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Zdravotní stav</b>	1	1	1	1		3
<b>Neznámo</b>	1				1	1
<b>ANO</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	3	2	2	2	2	9

Na otázku, jestli matky cítí, že by mohly nastat nějaké problémy při péči o miminko doma, odpověděly tři matky, že mají obavy ze zdravotního stavu dítěte, jedna matka uvedla obavy z nemoci dítěte a jedna matka odpověděla, že má obavy z neznáma.

Tabulka 40: Zabezpečení výbavy pro miminko doma

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Kompletní výbava</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	2	2	2	2	2	10

Otázka, zda mají matky již doma vše pro miminko zabezpečeno, odpovědělo všech pět matek, že je už přichystána kompletní výbava.

Tabulka 41: Zvládnutí samostatné péče o miminko doma

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>	1	1	1	1	1	5
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Všech pět matek odpovědělo kladně i na otázku, jestli si myslí, že zvládnou péči o miminko samostatně doma.

Tabulka 42: Zdroje neustálé pomoci v péči o miminko doma

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Manžel</b>	1				1	4
<b>Přítel</b>		1		1		
<b>Dědeček</b>		1	1	1		3
<b>Babička</b>		1		1		2
<b>SUMA</b>	1	1	1	3	3	9

U dvou z dotazovaných matek byla odpověď na otázku týkající se pomoci doma manžel, u jedné matky byla odpověď dědeček a u dvou matek byla odpověď přítel, babička a dědeček.

Tabulka 43: Místnost pro miminko

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Vlastní pokoj</b>	1			1	1	3
<b>Se sourozencem</b>			1			1
<b>Dvojčata spolu</b>		1				1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Ze skupiny dotazovaných matek na otázku o vlastní místnosti pro miminko, byla u tří matek odpověď, že miminko bude mít vlastní pokoj, jedna matka odpověděla, že dítě bude sdílet pokoj se sourozencem a jedna matka odpověděla na otázku, že dvojčata budou mít jeden společný pokoj.

Tabulka 44: Úloha sestry ve 4. fázi (osobní) dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

<b>Odpověď:</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>M5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Pomoc</b>	1	1	1	1		4
<b>podpora</b>					1	1
<b>Profesionální rada</b>	1	1				2
<b>SUMA</b>	2	2	1	1	1	7

Po návratu domů vnímají dvě dotazované matky sestru, jako radu a pomoc, jedna matka vnímá úlohu sestry jako podporu pro matku a dvě od sestry očekávají profesionální radu a pomoc.

### ***4.1.3 Rozhovory se sestrami***

#### Rozhovor se sestrou 1

První dotazovanou sestrou byla padesáti sedmiletá dětská sestra s maturitou, pracující na oddělení intermediální péče jedenáct let a v praxi, jako dětská sestra je již třicet osm let. Matky nedonošených novorozenců vnímá, jako příliš informované a polovinu matek považuje za prakticky velmi špatně včlenitelné do péče o nedonošeného novorozence. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku strach a úzkost matky nedonošeného novorozence. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry manipulace s nedonošeným novorozencem. Pokud se zaměří na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, neshledává žádné, pouze u matek nedonošených novorozenců vidí strach. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry často problematická, hlavně při nácviku ošetřování nedonošeného novorozence matkou. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami. Celkově si matky nedonošených novorozenců postupně se sestrami budují velmi přátelské vztahy a vybírají si sestry, které jsou jim nejbližší, zpravidla přijímací sestra. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech, prvorodičky mají podle sestry velký problém při krmení, péči a pokud je novorozenec plačtivý. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců jsou méně úzkostlivé. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra nevnímá, neodváží si je posoudit. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí nevidí sestra žádné zásadní rozdíly, pouze má zkušenost s matkami nedonošených novorozenců, které mají sociální zázemí slabší, že bývají v péči o nedonošeného novorozence šikovnější.

## Rozhovor se sestrou 2

Jedna z dotazovaných sester byla tři a třicetiletá dětská sestra s maturitou, pracující na oddělení intermediální péče šest let. Matky nedonošených novorozenců vnímá, jako úzkostné, zároveň optimistické a nepřipouštějící si problémy do budoucna. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku dotyk a strach z křehkosti novorozence. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry krmení a kojení. Pokud se zaměří na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, vidí je velmi výjimečně. Bariéru vidí pouze v psychickém stavu matky. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry z počátku omezená ze strany matky, ale postupně v sestřích hledají oporu, radu a konzultaci v péči o nedonošeného novorozence. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami. Celkově si matky nedonošených novorozenců postupně se sestrami budují velmi přátelské vztahy a vnímají sestry, jako odborníky a tak k nim i přistupují. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců jsou méně úzkostlivé a méně si připouštějí možná rizika spojená s vývojem nedonošeného novorozence. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra nevnímá, podle ní psychické zábrany matky k nedonošeným novorozencům nemají. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost, ale pokud přes den mohou mít novorozence u sebe, rády si na noc odpočinou, pokud dítě na noc na pokoji nezůstává. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí vidí sestra největší vliv v přístupu rodiny k nedonošenému novorozenci i k jeho matce.



### Rozhovor se sestrou 3

Sestra, jež mi také poskytla rozhovor, byla dvaceti čtyřletá dětská sestra s vysokoškolským vzděláním s titulem magistr ošetřovatelství v pediatrii, pracující na oddělení intermediální péče půl roku. Přibližně polovinu matek nedonošených novorozenců vnímá, jako skvělé a velmi aktivní a učenlivé v péči o nedonošeného novorozence a druhou polovinu vnímá, jako příliš informované internetem. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku strach a úzkost matek nedonošených novorozenců. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry manipulace s nedonošeným novorozencem a nedostatečnou pozornost při manipulaci s inkubátorem co se týče bezpečnosti novorozence při nezavření dveří inkubátoru. Pokud se zaměří na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, vidí je velmi výjimečně. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry bez problémů, matky podle sestry v nich hledají oporu a je nutné vše matkám opakovat. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami a pomocí při kojení, postupně si se sestrami budují přátelské, až rodinné vztahy a velmi sestrám důvěřují. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců jsou méně úzkostlivé a méně si připouštějí možná rizika spojená s vývojem nedonošeného novorozence. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra vnímá zpočátku, kdy se matky bojí, aby při dotyku, či manipulaci novorozenci neublížili. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí vidí sestra největší vliv v přístupu rodiny k nedonošenému novorozenci i k jeho matce, velmi to působí na psychiku matky nedonošeného novorozence.

#### Rozhovor se sestrou 4

Další sestrou, se kterou jsem prováděla rozhovor, byla dvaceti čtyřletá všeobecná sestra s vysokoškolským vzděláním s titulem bakalář všeobecná sestra, pracující na oddělení intermediální péče dva a půl roku. Matky nedonošených novorozenců vnímá, jako součást ošetřování miminek. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům shledává, jako bariéru z počátku obavy matek nedonošených novorozenců. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry strach matek nedonošených novorozenců z manipulace s dítětem. Bariéra přijetí nedonošeného novorozence matkou, je podle sestry zpočátku malý kontakt matky s nedonošeným novorozencem. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry bez problémů, matky podle sestry v nich hledají oporu. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami a pomocí, povzbuzením a komunikací. Matky nedonošených novorozenců si se sestrami postupně budují partnerský vztah v péči o dítě. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, čím starší je matka nedonošeného novorozence, tím větší strach a úzkost prožívá. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra nevnímá žádné. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost, ale jsou s tím spjaty obavy o zdravotní stav dítěte. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí nevidí sestra žádný rozdíl, jelikož dle jejího názoru se rozdíly v nemocnici neprojeví.

## Rozhovor se sestrou 5

Poslední sestrou, která mi poskytla rozhovor, byla padesátiletá dětská sestra se středoškolským vzděláním, pracující na oddělení intermediální péče dvanáct let. Většinu matek nedonošených novorozenců vnímá, jako příliš informované různými knihami a internetem. V přístupu matek k nedonošeným novorozencům vidí, jako bariéru hlavně strach matek nedonošených novorozenců. Největším úskalím matek nedonošených novorozenců v péči o dítě je podle sestry kojení nedonošeného novorozence manipulace s ním. Při dotazu na bariéry přijetí nedonošeného novorozence matkou, odpovídá jasně, že žádné nejsou za předpokladu, že matka své dítě chce. Komunikace s matkami nedonošených novorozenců bývá dle sestry spíše přátelská, matky podle sestry v nich hledají oporu. Největší oporou jsou matkám nedonošených novorozenců sestry svými radami a pomocí při kojení a manipulaci s dítětem. V péči matek o nedonošeného novorozence z pohledu, zda je matka prvorodička, či po více porodech shledává sestra stěžejní faktor zkušenosti matek po více porodech. Rozdíl je podle sestry znatelný i v různých věkových kategoriích matek nedonošených novorozenců, jelikož mladší matky nedonošených novorozenců mají menší obavy do budoucna. Psychické zábrany ve vztahu matek k nedonošeným novorozencům sestra vnímá zpočátku, kdy se matky bojí, aby při dotyku, či manipulaci novorozenci neublížili. Odpoutání od dítěte celkově, nezávisle na věku a zkušenostech, matky nedonošených novorozenců vnímají, jako nutnost. Inkubátor podle sestry není pro matky nedonošených novorozenců žádnou bariérou. V sociálním zázemí vidí sestra největší ovlivňující faktor rodinu matky nedonošeného novorozence.

#### 4.1.4 Výsledky rozhovorů se sestrami kategorizované do tabulek

Číslo tabulek neodpovídají číslům otázek v rozhovoru.

Tabulka 45: Základní údaje dotazovaných sester

Otázka:	S1	S2	S3	S4	S5
Věk	57	33	24	24	50
Vzdělání	SZŠ	SZŠ	VŠ - Mgr.	VŠ - Bc.	SZŠ
Délka praxe	11 let	6 let	0,5 roku	2,5 roku	12 let

Věk byl u jedné sestry padesát sedm let, u jedné sestry třicet tři let, u dvou sester dvacet čtyři let a u jedné sestry padesát let. Tři sestry měly nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu, jedna sestra měla nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu s titulem bakalář, jedna sestra měla nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu s titulem magistr. Délka praxe byla u jedné sestry jedenáct let, u jedné sestry šest let, u jedné sestry půl roku, u jedné sestry dva a půl roku a u jedné sestry byla délka praxe dvanáct let.

Tabulka 46: Vnímání matek nedonošených novorozenců

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Polovina nepoužitelná</b>	1					1
<b>Úzkostné</b>		1				1
<b>Polovina skvělá</b>			1			1
<b>Jako součást ošetřování miminek</b>				1		1
<b>Příliš informované</b>	1				1	2
<b>Nepřipouští si problémy do budoucna</b>		1				1
<b>Optimistické</b>		1				1
<b>Negativně ovlivněny internetem</b>			1			1
<b>SUMA</b>	2	3	2	1	1	9

Na otázku vnímání matek nedonošených novorozenců, odpověděla jedna sestra, že matky jsou příliš informované a polovina se jí jeví nepoužitelná pro praxi, jedna sestra odpověděla, že matky bývají úzkostné, nebo naopak optimistické a nepřipouští si problémy do budoucna, jedna sestra odpověděla, polovina matek je skvělá, ale internet se jí jeví, jako základní negativum, jedna sestra odpověděla, že vnímá matky, jako součást ošetřování novorozenců. Jedna sestra odpověděla, že matky nedonošených novorozenců jsou příliš informované.

Tabulka 47: Zásadní bariéry u maminek nedonošených novorozenců

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Strach</b>	1		1		1	3
<b>Dotyk</b>		1				1
<b>Křehkost</b>		1				1
<b>Zpočátku obavy</b>				1		1
<b>Úzkost</b>	1		1			2
<b>SUMA</b>	2	2	2	1	1	8

Dvě dotazované sestry vidí, jako zásadní bariéru strach a úzkost, jedna sestra vidí, jako bariéru dotyk a křehkost miminek, jedna sestra vnímá u matek jako bariéru počáteční obavy a jedna sestra vnímá u matek strach.

Tabulka 48: Největší úskalí v péči a přístupu u matek nedonošených novorozenců

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Bezpečnost</b>			1		1	2
<b>Krmení</b>		1			1	2
<b>Manipulace</b>	1		1		1	3
<b>Strach</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	2	1	3	8

V otázce největšího úskalí v péči a přístupu u matek vidí jedna sestra největší problém v manipulaci s dítětem, jedna sestra vnímá obtíž v krmení a přípravě stravy, jedna sestry vnímá úskalí v manipulaci a bezpečnosti dětí, jedna sestra vidí u matek strach, jako úskalí v péči a jedna matka vidí úskalí v kojení a manipulaci s dítětem.

Tabulka 49: Největší bariéry v přijmutí nedonošeného novorozence matkou

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Nejsou</b>	1					1
<b>Výjimečně</b>		1				1
<b>Dotyk</b>			1			1
<b>Malý kontakt</b>				1		1
<b>Strach</b>	1				1	2
<b>SUMA</b>	2	1	1	1	1	6

Jedna z dotazovaných sester odpověděla na otázku bariéry v přijmutí nedonošeného novorozence matkou, že žádné nejsou, pouze počáteční strach, jedna sestra na tuto otázku odpověděla, že jsou pouze výjimečně, jedna sestra vidí jako bariéru dotyk, jedna sestra shledává bariérou malý kontakt matky s dítětem a jedna sestra žádné bariéry v přijmutí dítěte matkou nevidí.

Tabulka 50: Komunikace s matkami nedonošených novorozenců

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Občas problematická v ošetřování novorozenců</b>	1					1
<b>Postupné sblížení</b>		1				1
<b>Žádost o radu</b>		1				1
<b>Nutnost opakování</b>			1			1
<b>Dobrá</b>				1	1	2
<b>Přátelská</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	2	1	1	2	7

Komunikace s matkami nedonošených novorozenců je podle jedné sestry občas problematická, hlavně v ošetřování dětí, jedna sestra odpověděla, že komunikace se

rozvíjí postupně, matky hledají u sester radu a konzultaci, jedna sestra vidí zásadní těžiště komunikace s matkami v opakování, jedna sestra shledává komunikaci, jako dobrou a jedna dotazovaná sestra vnímá komunikaci, jako dobrou a přátelskou.

Tabulka 51: Hledání opory matek nedonošených novorozenců u sester

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>ANO</b>		1	1	1	1	4
<b>ANO - individuální sestry</b>	1					1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

Čtyři z dotázaných sester mají pocit, že u nich matky nedonošených novorozenců hledají oporu. Jedna sestra odpověděla, že matky u sester hledají oporu a vybírají si konkrétní sestry.

Tabulka 52: Oblasti největší opory u sester, pro matky nedonošených novorozenců

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Strava</b>	1					1
<b>Pláč</b>	1					1
<b>Péče</b>	1					1
<b>Rada</b>		1		1		2
<b>Kojení</b>			1		1	2
<b>Komunikace</b>				1		1
<b>Pomoc</b>				1		1
<b>Povzbuzení</b>				1		1
<b>Manipulace</b>					1	1
<b>SUMA</b>	3	1	1	4	2	11



Navazující otázku zodpověděla jedna sestra, že u nich matky nedonošených novorozenců nejvíce hledají oporu při přípravě stravy, v péči o dítě a při pláči dítěte, jedna sestra uvedla, že matky hledají nejvíce radu, jedna sestra vidí nejvíce oporu v kojení, jedna sestra shledává, jako největší oporu matkám komunikaci, radu, pomoc a povzbuzení, jedna sestra vidí oporu v kojení a manipulaci s dítětem.

Tabulka 53: Přístup matek nedonošených novorozenců

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Přátelství</b>		1	1		1	3
<b>Blízkost</b>	1					1
<b>Jako k rodině</b>			1			1
<b>S důvěrou</b>			1			1
<b>Sestra - partner v péči</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	3	1	1	7

Na otázku přístupu matek k sestřám odpověděly dvě sestry, že vidí přístup přátelský, jedna sestra shledává přístup velmi blízký, jedna sestra cítí přátelství, důvěru, rodinný přístup a jedna sestra se vnímá v přístupu matek, jako partner v péči o dítě.

Tabulka 54: Rozdíl v přístupu k nedonošenému novorozenci prvorodičky a matky po více porodech

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Zkušenosti</b>	1	1	1	1	1	5
<b>Sebevědomí</b>			1			1
<b>SUMA</b>	1	1	2	1	1	6

Čtyři dotázané sestry vidí největší rozdíl v přístupu v množství zkušeností matek po více porodech, jedna sestra cítí ještě u zkušených matek větší sebevědomí.

Tabulka 55: Rozdíl v přístupu k nedonošenému novorozenci u různých věkových kategorií matek

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Úzkostlivost s věkem stoupá</b>	1	1	1			3
<b>Mladší - nevnímají rizika</b>		1				1
<b>Nejistota s věkem stoupá</b>			1			1
<b>S věkem stoupá strach</b>				1		1
<b>Mladší matky - méně obav do budoucna</b>					1	1
<b>SUMA</b>	1	2	2	1	1	7

V přístupu matek nedonošených novorozenců u různých věkových kategorií vidí jedna sestra stoupající úzkostlivost s věkem, jedna sestra vnímá mladší matky méně úzkostlivé a méně vnímající rizika, jedna matka cítí u vyšších věkových kategorií nejistotu a větší úzkostlivost a jedna sestra vnímá mladší matky, že vnímají méně obav do budoucna.

Tabulka 56: Psychické zábrany matek ve vztahu k nedonošenému novorozenci

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Spíše ne</b>	1					1
<b>NE</b>		1		1		2
<b>Neublížit</b>			1		1	2
<b>SUMA</b>	1	1	1	1		5

Jedna sestra odpověděla na otázku psychických zábran matek nedonošených novorozenců, že spíše nejsou, dvě sestry žádné psychické bariéry u matek nedonošených novorozenců nevidí a dvě sestry vnímají, za psychickou bariéru snahu matek neublížit dítěti.

Tabulka 57: Vnímání odpoutání od dítěte a bariéry inkubátoru matek různého věku a různých zkušeností

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Těžko posoudit</b>	1		1			2
<b>Pozitivně - na noc</b>		1				1
<b>Obavy</b>				1		1
<b>nutnost</b>				1	1	2
<b>SUMA</b>	1	1	1	2	1	6

Vnímání bariéry inkubátoru a nutnost odpoutání od dítěte v souvislosti s věkem a zkušenostmi matek jedna sestra vnímá, jako jen těžko k jejímu posouzení, jedna sestra vnímá u matek pozitivní reakci na noční odpoutání od dětí v souvislosti s odpočinkem matek, jedna sestra tuto skutečnost neposoudí, jedna sestra vnímá u matek obavy z odpoutání, ale inkubátor vnímají všechny matky, jako nutnost, jedna sestra vnímá u matek vědomí nutnosti odpoutání i inkubátoru.

Tabulka 58: Přístup matek rozdílného sociálního zázemí k nedonošeným novorozencům

<b>Odpověď:</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>SUMA</b>
<b>Příliš neovlivní</b>	1					1
<b>ANO - podpora rodiny</b>		1			1	2
<b>Spíše psychika</b>			1			1
<b>V nemocnici neovlivní</b>				1		1
<b>SUMA</b>	1	1	1	1	1	5

V otázce sociálního zázemí se jedna sestra vyjádřila, že přístup matek k dětem sociálního zázemí neovlivní, dvě sestry vidí podstatný vliv rodiny, jedna sestra shledává stěžejní spíše psychiku matky, jež ale sociálního zázemí může ovlivnit, jedna sestra zastává názor, že v nemocnici sociálního zázemí přístup matek nijak neovlivní.

## 4.2 Výzkum

### 4.2.1 Kazuistiky dotazovaných matek

#### Kazuistika matky 1

Vdaná 40letá matka porodila ve 36. týdnu těhotenství novorozence o hmotnosti 2025g. Jedná se o matku, která si sama sebe váží, je puntičkářská a pracovitá. Není se sebou spokojená. Matka melancholička kladně reaguje na změny. Je v dobrém zdravotním stavu, bez zdravotní zátěže ze strany rodiny. Úzkost je pro ni nepříjemná, ale zvládá ji racionálně. Trpí depresemi, které může spouštět úmrtí v rodině, na stres reaguje cholericky.

Matka žije v plně funkční rodině s manželem. Je zabezpečena na základě soukromého podnikání. Oporou je jí manžel a děti, u nichž nachází pohodu a klid. Dítě u ní vyvolává v běžném životě pocity štěstí, nádhery a naplnění.

Matka je dostatečně informována od lékaře, z knih a z internetu o průběhu těhotenství, porodu a stavu dítěte.

Otec nebyl přítomen u porodu, což vyvolávalo v matce bezmoc. Oddělení od dítěte bylo pro ni stresující. Po porodu pocítila větší sebeúctu a větší flexibilitu. Upřednostňuje demokratický přístup při výchově dětí. Při plnění mateřských povinností jí nevadí zvládání těžkostí a překážek. Vztah s otcem dítěte uvádí jako výborný a očekává šťastný vztah. V mateřství dosáhla naplnění, štěstí a plně si uvědomuje roli matky. Po porodu se cítila bezmocná a porod vnímala, jako strašný zážitek.

Z hlediska temperamentu označila dítě jako flegmatika a sangvinika v dobrém zdravotním stavu. Onemocnění dítěte prožívá těžce. Zvládá mateřskou roli s pomocí při dostatečné tělesné podpoře manžela, který je do výchovy dostatečně zapojen.

## Kazuistika matky 2

Nesezdaná 38letá matka porodila ve 36. týdnu těhotenství dvojčata o hmotnostech 2490g a 2280g. Věří si, je zodpovědná, málo sebevědomá a se sebou spokojená. Sebe označila, jako flegmatika a sangvinika. Nemá ráda změny a dlouho si zvyká na nové situace.

Zdravotní stav rodiny ohodnotila, jako průměrný s fyzickými potížemi, což ji psychicky zatěžuje. Úzkost zvládá poměrně lehce, netrpí depresemi. Na stres reaguje jako flegmatik a sangvinik. Za součást nejbližší rodiny označuje partnera, rodiče a ostatní členy rodiny. Rodina je funkční, plní úlohy emocionální a výchovné. Sociální podporu ji poskytuje okolí. Emocionální podporu shledává u partnera u něhož nachází empatii, lásku, přátelství a psychickou podporu.

Matka má dostatek informací, které blíže neupřesnila. Vztah s otcem dětí hodnotí jako velmi dobrý, vstřícný a láskyplný. Ve vztahu je spokojená, cítí souznění.

V mateřství cítí štěstí, odpovědnost, závazek a péči. Mateřskou roli zvládá samostatně. Vnímání porodu označila jako strašné a samotný porod neví, jak by popsala.

Otec byl u porodu přítomen, jeho přítomnost byla uklidňující. Oddělení dětí od matky vyvolávalo napětí. Sebeúcta k sobě po porodu byla stejná. Flexibilita byla větší.

Při výchově upřednostňuje matka komunikaci, těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností zvládá s úzkostí. Děti u ní vyvolávají v běžném životě nádherné pocity. Označila je jako sangviniky ve výborném zdravotním stavu. Onemocnění dětí prožívá jako narušení běžného rytmu.

U rodiny vnímá narušenou funkčnost. Pociťuje nedostatek tělesné podpory i přes maximální zapojení otce do péče o děti, vzhledem k pracovní vytíženosti otce, který je přítomen doma pouze o víkendech. Mateřskou roli zvládá samostatně. Má dostatek informací o stavu dětí od lékaře a z knih.

### Kazuistika matky 3

Svobodná, 21letá matka, porodila ve 30. týdnu dvojčata o hmotnosti 1 470 g a 1980g. Na otázku o sebeúctě matka odpověděla, že si věří, váží si sama sebe a je se sebou spokojena. Dále se označila jako cholerik a sangvinik. Na změny reaguje v mezích.

Zdravotní stav rodiny určila jako dobrý. Druh zdravotních potíží vidí v oblasti sociální. Matka se cítí zatížena prostorově zdravotním stavem rodiny. Úzkost zvládá procházkami. Trpí depresemi, které spouští učení a nedostatek času. Součástí nejbližší rodiny jsou partner, rodiče a jiní členové. Systém rodiny má narušenou funkčnost. Rodina plní funkci reprodukční, ekonomickou, emocionální a výchovnou. Na stres reaguje jako cholerik a sangvinik. Sociální podporu jí poskytuje okolí. Emocionální podporou je rodina. Díky rodině se cítí spokojená a podpořená. Informační podpora v těhotenství pouze od lékaře.

Vztah matka a otec je rozvrácený, přesto od vztahu očekává podporu. Mateřství v ní vyvolává odpovědnost, lásku, budoucnost, spokojenost a podporu. Mateřskou roli zvládá s pomocí. Při porodu o sebe projevovala starost a pociťovala strach. Otec u porodu nebyl přítomen.

Oddělení od dětí vnímala jako podivné. Sebeúcta po porodu byla stejná a flexibilita nezměněna.

Matka upřednostňuje výchovu dle vzoru. Zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností je racionální. Pocity vyvolané dětmi ji v životě naplňují. Temperament dětí matka označila pojmy cholerik, sangvinik. Zdravotní stav dětí je dobrý. Onemocnění dětí prožívá se strachem. Rodina je nefunkční a neúplná. Matka má dostatek informací o dětech od lékaře a z knih. Necítí tělesnou podporu. Vše zvládá s pomocí.

## Kazuistika matky 4

Vdaná, 24letá matka porodila ve 34. týdnu novorozeně o hmotnosti 1950 g. Na otázku o sebeúctě matka odpověděla, že si věří a váží si sama sebe. Je spokojená, pracovitá a označila se jako sangvinik. Na změny reaguje bez obtíží.

Zdravotní stav rodiny je průměrný. Zdravotní potíže spatřuje v oblasti fyzické. Úzkost zvládá prací. Netrpí depresi.

Nejbližší rodinu tvoří manžel a rodiče. Rodina je funkční po stránce reprodukční, emoční a výchovné. Na stres reaguje jako sangvinik. Sociální a emocionální podporu jí poskytuje manžel. U něho cítí empatii, pomoc a trpělivost. Vztah matka a otec je funkční. Cílem vztahu je rodina.

Matka uvedla, že v těhotenství měla dostatek informací z knih, internetu a od přátel.

Mateřství naplňuje představu o roli matky, rodině, naději a důvěře. Mateřskou roli zvládá samostatně. Sebe sama vnímala při porodu jako vyčerpanou a zmatenou. O dítě pociťovala strach. Otec byl porodu přítomen. Oddělení od dítěte bylo pro matku těžké. V rámci sebeúcty po porodu se vnímala jako spolehlivá. Flexibilita byla nezměněna.

Ve výchově upřednostňuje důslednost. Těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností zvládá s klidem. Pocity vyvolané dítětem jsou příjemné. Temperament dítěte označila matka jako sangvinik. Zdravotní stav dítěte je dobrý. Při onemocnění dítěte prožívá stres.

Rodina je funkční. Matka má o dítěti dostatek informací od lékaře a zdravotních sester. Tělesnou podporu cítí od manžela a rodičů. Otec se zapojuje částečně. Mateřskou roli zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 5

Vdaná, 23letá matka porodila ve 37. týdnu novorozence o hmotnosti 2 360g.

Na otázku o sebeúctě matka odpověděla, že si nevěří, ale váží si sama sebe. Označila se jako pečlivá avšak málo sebevědomá, se sebou spokojená, typ melancholik. Obtíže zvládá beze změny. Zdravotní stav rodiny je průměrný. Zdravotní potíže vidí v oblasti fyzické. Matku to ovlivňuje taktéž fyzicky. Nebyla schopna uvést, jak zvládá úzkost. Depresemi netrpí.

Nejbližší rodinu tvoří manžel a rodiče. Rodina je plně funkční ve všech oblastech. Na stres reaguje jako melancholik. Sociální podporu cítí od manžela. Emocionální pak od manžela a rodičů. Vnímá ochotu, obětavost a komunikaci. O těhotenství měla dostatek informací od lékaře, z médií a okolí. Vztah otec a matka je rodinný. Cílem vztahu je spokojenost.

V mateřství spatřuje naplnění, rodinu, lásku, starostlivost, důvěru a blízkost. Mateřskou roli zvládá samostatně.

Při porodu se vnímala jako unavená. Narození dítěte označila jako štěstí. Otec byl přítomen u porodu a byl matce oporou. Oddělení dítěte vyvolávalo v matce strach. Flexibilita byla větší.

Matka upřednostňuje volnou výchovu. Zvládání těžkostí a překážek vyžaduje soustředěnost. Pocity, které vzbuzuje dítě, označuje jako radost. Temperament dítěte je melancholik. Zdravotní stav dítěte je dobrý. Při onemocnění dítěte se obává komplikací. Má dostatek informací o zdravotním stavu dítěte z knih a internetu. Cítí tělesnou podporu od manžela a rodičů. Manžel je maximálně zapojen. Matka mateřskou roli zvládá samostatně.



## Kazuistika matky 6

Vdaná, 32letá matka porodila ve 31. týdnu novorozence o hmotnosti 1840g. V rámci sebeúcty si matka věří. Je usměvavá, spokojená sama se sebou. V zátěžových situacích sebe vnímá jako sangvinika. Snadno reaguje na změny. Zdravotní stav rodiny je průměrný, zdravotní potíže vidí v oblasti fyzické, což matku ovlivňuje také fyzicky. Úzkost zvládá matka poměrně lehce. Depresemi netrpí.

Součástí nejbližší rodiny tvoří manžel a rodiče. Rodina je funkční, plní funkci ekonomickou, emocionální a výchovnou.

Matka reaguje na stres jako sangvinik. Sociální podporu vnímá u manžela a u přátel. Emocionální podporu jí poskytuje manžel a rodina. Zde vnímá trpělivost a komunikaci. Matka měla dostatek informací o těhotenství od lékaře a z internetu.

Vztah matka a otec je rodinný a vyrovnaný. Cílem je rovnost. Mateřství jí naplňuje štěstím, rolí matky, láskou, budoucností, péčí, spokojeností a podporou. Mateřskou roli zvládá samostatně.

Při porodu sebe vnímala jako zmatenou a dítě vnímala jako nádheru. Otec byl přítomen u porodu a působil jako uklidnění. Oddělení od dítěte bylo pro matku stresující. Matka byla po porodu usměvavá, flexibilita byla změněna.

Matka upřednostňuje osobnostní výchovu. Zvládání těžkostí a překážek probíhá s úzkostí. Pocity vyvolané dítětem jsou nádherné. Dítě zařadila do typu sangvinik v dobrém zdravotním stavu. Onemocnění dítěte prožívá nepříjemně. Informační podpora o dítěti je od lékaře a z internetu. Tělesná podpora je od partnera, který jí pomáhá v péči o dítě. Mateřskou roli zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 7

Vdaná, 25letá matka porodila ve 36. týdnu novorozeně o hmotnosti 1765g. Na otázku o sebeúctě matka odpověděla, že si věří a váží si sama sebe. Dále se označila jako upovídaná a společenská, je se sebou spokojena. V zátěžových situacích se typově zařadila jako cholerik a sangvinik. Na změny reaguje bez obtíží. Úzkost zvládá snadno. Deprese nemívá. Na stres reaguje typově stejně jako na zátěžové situace.

Zdravotní stav rodiny označila jako dobrý. Druh zdravotních potíží neuvedla žádný. Zdravotní stav rodiny je pro matku bez zátěže.

Jako součást nejbližší rodiny matka uvedla manžela a rodiče. Rodina je funkční ve všech oblastech. Sociální podporu vidí v manželovi a okolí. Má dostatek sociální podpory. Emocionální podporu vnímá v manželovi a to v lásce a přátelství. O těhotenství získávala informace od lékaře, z internetu a z médií.

Vztah matka-otec zhodnotila jako normální. Cílem ve vztahu je pro ni stabilita. Dosažení mateřské role, zde matka uvedla pojmy: štěstí, odpovědnost, budoucnost a život. Sama mateřskou roli zvládá s pomocí.

Po porodu se matka cítila bezmocně a měla strach. Samotný porod a narození dítěte označila jako nepopsatelný zážitek. Otec byl u porodu, ale matka jeho přítomnost nevnímala. Oddělení dítěte chápala jako nutnost. Po porodu se matka vnímala jako zodpovědná, flexibilita byla beze změn.

Matka upřednostňuje rodinnou výchovu svého dítěte. Zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností prožívá s nervozitou. Pocity vyvolané dítětem v běžném životě jsou pro ni nepopsatelné. Temperament dítěte zařadila do typu cholerik, sangvinik. Zdravotní stav dítěte je dobrý. Při onemocnění dítěte má strach. Informační podporu o dítěti získává od lékaře, zdravotní sestry a z knih. Označila ji za dostatečnou. Tělesné podpory má dostatek, zejména od rodičů a přátel. Otec je zapojen v oblasti výchovy a hygieny. Mateřskou roli matka zvládá.

## Kazuistika matky 8

Nesezdaná, 33letá matka porodila ve 35. týdnu novorozence o hmotnosti 1 640g. Na otázku o sebeúctě se matka označila jako nespolehlivá a nevěří si. Sama se sebou není spokojena. V zátěžových situacích a stresu se zařadila do typu cholerik. Změny u ní vyvolávají stres. Stavů úzkosti nezvládá. Depresemi netrpí.

Zdravotní stav rodiny hodnotí jako průměrný, zejména v oblasti fyzické a psychické. Jsou pro samotnou matku psychickou zátěží.

Součástí nejbližší rodiny jsou pro ni partner a rodiče. Systém rodiny uvedla jako funkční po stránce ekonomické, emocionální a výchovné. Rodina neplní všechny funkce. Sociální podporu vnímá od partnera a od přátel. Označila ji za dostatečnou. Emocionální podporu vnímá od partnera a dětí. Zde cítí dostatek v oblasti psychické podpory a spokojenosti. Matka měla v těhotenství dostatek informační podpory, jak od lékaře, z knih a z internetu, tak z okolí.

Vztah matka-otec označila matka jako funkční. Cílem ve vztahu je podpora. Matka má představu o svém mateřství ve splnění pocitu štěstí, důvěry, závazku a starostlivosti. Mateřskou roli zvládá samostatně. Po porodu vnímala matka bezmoc. Narození dítěte však označila jako fantastické. Otec u porodu nebyl. Matka však uvedla, že jí u porodu partner chyběl. Oddělení dítěte vnímala matka jako omezení a věčnost. Sebeúcta po porodu byla matkou označena jako spolehlivá. Flexibilita po porodu se změnila.

Matka upřednostňuje názornou výchovu. Zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností je pro matku stresující. Matka uvádí, že pocity vyvolané dítětem v ní vyvolávají bezstarostnost. Temperament dítěte zařadila do typu cholerik. Zdravotní stav dítěte uvedla jako narušený. Onemocnění dítěte se u matky projevuje jako stresující. Informační podpora o dítěti je dostatečná. Informace získává od lékaře a zdravotní sestry.

Systém rodiny je funkčně narušený. Tělesnou podporu matka cítí od partnera, který se do péče o dítě zapojuje však jen sporadicky. Matka svou mateřskou roli zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 9

Svobodná 21letá matka porodila ve 37. týdnu novorozence o hmotnosti 2 020g. Na otázku o sebeúctě odpověděla matka, že si věří a sama sebe si váží. Označila se jako spolehlivá a se sebou je spokojená. V zátěžových situacích a při stresu se typově zařadila jako flegmatik a sangvinik. Na změny reaguje spíše kladně. Na otázku zvládání úzkosti uvedla, že neví. Deprese nemá.

Zdravotní stav rodiny označila jako špatný s druhem fyzických potíží. Což matku ovlivňuje po stránce psychické. Jako součást nejbližší rodiny uvedla matka své rodiče. Systém rodiny má, jak označila, narušenou funkčnost. Rodina plní funkci ekonomickou, emocionální a výchovnou. Neplní však všechny funkce. Sociální podporu získává od přátel a svého okolí. Uvedla ji jako dostatečnou. Emocionální podporu označila jako nedostatečnou a to pouze od rodičů. V oblasti podpory emocionálního vnímání je pro ni důležitá blízkost a rodina.

Informační podporu v těhotenství získávala v dostatečné míře od lékaře, z médií a od přátel. Ve vztahu matka – otec uvedla tato matka, že žádný není. Za své cíle si ve vztahu zadala souznění. Představu o dosažení mateřské role vidí v rodině, naději a blízkosti. Mateřskou roli zvládá samostatně.

Po porodu se matka vnímala unavená, narození dítěte prožívala s úžasem. Otec u porodu nebyl, jeho nepřítomnost ani nevnímala. Při oddělení dítěte od matky cítila strach. Sebeúctě po porodu popsala jako spolehlivou. Flexibilita se po porodu změnila. Matka volí milující výchovu pro své dítě. Zvládání těžkostí a překážek chápe jako nutnost. Dítě v ní vyvolává úžasné pocity. Typově dítě zařadila jako flegmatika a sangvinika. Zdravotní stav dítěte označila jako výborný. Onemocnění dítěte je pro ni stresující.

Rodina je matkou označena jako neúplná a nefunkční. Informační podporu o dítěti získává z internetu. Tělesné podpory má nedostatek. Zapojení otce do péče o dítě není žádné. Matka svou mateřskou roli zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 10

Vdaná 35letá matka porodila ve 32. týdnu novorozence o hmotnosti 1 975g. Na otázku o sebeúctě se vyjádřila, že si sama sebe váží a pokládá se za úspěšnou. Není však se sebou spokojená. V zátěžových situacích a v reakci na stres se typuje jako flegmatik. Reakce na změny vnímá spíše negativně. Úzkost zvládá s obtížemi. Depresemi netrpí. Zdravotní stav rodiny zhodnotila jako dobrý s fyzickými potížemi, které matku psychicky zatěžují. Součástí nejbližší rodiny je manžel a rodiče. Systém rodiny označila matka jako funkční a to ve všech oblastech. Sociální a emocionální podporu vidí v manželovi. Obě tyto podpory jsou zastoupeny v dostatečné míře. Emocionální podporu uznává v naslouchání.

Informační podporou v těhotenství jí byl pouze internet, kde, jak uvedla, získala jen málo informací. Vztah mezi matkou a otcem je vstřícný a láskyplný. Ve vztahu upřednostňuje štěstí. Představu o mateřské roli vidí hlavně v roli matky, lásce, starostlivosti, budoucnosti, spokojenosti a stabilitě. Matka se po porodu vnímala vyčerpaná a narození dítěte vnímala jako svou budoucnost. Otec byl u porodu přítomen a působil na matku uklidňujícím dojmem. Oddělení od dítěte vyvolávalo u matky úzkost. Po porodu byla matka na sebe pyšná. Flexibilita byla změněna a větší.

Výchova bude zaměřena na dosažení kvalitního vzdělání. Zvládání těžkostí a překážek označila matka jako efektivní. Dítě v běžném životě vyvolává u matky pocit uklidnění. Typově své dítě zařadila jako flegmatika. Zdravotní stav dítěte označila jako dobrý. Jeho onemocnění prožívá s úzkostí.

Informační podpory o dítěti má dostatek. Informace získává od lékaře. Manžel a rodiče jí dodávají tělesnou podporu v dostatečné míře. Otec je maximálně zapojen do péče o dítě. Mateřskou roli zvládá i samostatně.

## Kazuistika matky 11

Vdaná 28letá matka porodila ve 39. týdnu novorozence o hmotnosti 2 380g. V otázce sebeúcty si matka nevěří, ale je důvěřivá. Není se sebou spokojena a typově se zařadila jako melancholik. Jako melancholik také reaguje na stres. Úzkostnými stavy a depresemi matka netrpí.

Zdravotní stav rodiny určila jako dobrý s fyzickými potížemi, které matku psychicky zatěžují. Jako nejbližší rodinu matka označila manžela a rodiče. Rodina je plně funkční. Matka má dostatek sociální i emocionální podpory zejména od manžela, kterou matka vnímá v komunikaci a ochotě.

Matka uvádí, že měla v těhotenství dostatek informací od lékaře, z internetu a z médií. Vztah mezi matkou a otcem hodnotí jako velmi dobrý a spokojený, což je i jejím cílem. O mateřství má představu odpovědné matky. Prioritou je pro ni také rodina, láska, budoucnost a péče.

Po porodu se matka cítila zmatená, narození dítěte pro ni bylo uklidněním. Podporou pro matku byl otec, který byl u porodu přítomen. Oddělení matky od dítěte brala jako nutnost. Po porodu se vnímala jako pečlivá. Její flexibilita se po porodu zvětšila.

Výchovu dětí uvedla jako pokrokovou. Těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností zvládá rychle. Dítě je pro ni v běžném životě uklidněním. Typově své dítě označila melancholikiem. Zdravotní stav dítěte určila jako výborný. Onemocnění dítěte popsala jako běžnou součást života.

Informace o dítěti má od lékaře, zdravotní sestry, ale čerpá i z internetových zdrojů. Tělesné podpory má dostatek od manžela. Ten se také maximálně zapojuje do péče o dítě. Mateřskou roli zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 12

Nesezdaná 30letá matka porodila ve 34. týdnu novorozence o hmotnosti 1 640g a 1 820g. V dotazníkovém šetření matka uvedla, že si věří, dále se označila jako lidumil, sama se sebou je spokojená. V zátěžových situacích a reakcích na stres se označila jako sangvinik. Na změny reaguje lehce. Úzkostmi a depresemi netrpí.

Zdravotní stav rodiny označila jako výborný. Matka je tedy zdravotním stavem rodiny nezatížena. Jako součást nejbližší rodiny uvedla partnera a rodiče. Systém rodiny je funkční ve všech oblastech. Sociální podporu má v dostatečné míře v partnerovi a přátelích. Emocionální podpory má dostatek od partnera. Tu vidí v podpoře, trpělivosti, blízkosti a v naslouchání.

Informační podporu v těhotenství měla od lékaře, z knih, z internetu, z médií a svého okolí. Chápala ji jako dostatečnou. Vztah matka – otec zhodnotila jako láskyplný a funkční. Cílem ve vztahu je pro ni spokojenost. Mateřskou roli chápe jako štěstí, lásku, důvěru a blízkost. Na otázku, jak vnímala sama sebe po porodu uvedla, že neví. Narození svých dětí prožívala s nervozitou. Otec u porodu nebyl a matce jeho přítomnost chyběla.

Oddělení dětí od matky bylo pro matku náročné a vnímala ho s napětím. Po porodu se cítila krásná. Flexibilita byla změněna a větší.

Výchovu svých dětí upřednostňuje volnou bez zákazů. Těžkosti a překážky při plnění mateřské role zvládá náročně. Pocity vyvolané dítětem v běžném životě u ní vzbuzují spokojenost. Obě děti označila jako sangviniky. Při jejich onemocnění má strach.

Informační podpora o dětech je dostatečná od lékaře a zdravotní sestry. Tělesné podpory má matka dostatek od manžela i rodičů. Otec je maximálně zapojen do péče o dítě. Matka svou roli zvládá s pomocí.

## Kazuistika matky 13

Nesezdaná 35letá matka porodila ve 36. týdnu novorozence o hmotnosti 1 350g. Na otázku o sebeúctě matka odpověděla, že si sebe váží, ale nevěří si. Upřesnila, že je náladová a úspěšná. Dále uvedla, že není se sebou spokojená. Zařadila se typově jako melancholik a odpovídajícím způsobem také zvládá stres. Na změny reaguje obtížně. S úzkostí se nerada vyrovnává. Trpí depresemi a jako spouštěč uvádí nemoc.

Zdravotní stav rodiny ohodnotila jako průměrný s obtížemi v oblasti fyzické a sociální. Matku tato situace zatěžuje ekonomicky. Součástí nejbližší rodiny matky tvoří partner a rodiče. Uvedla, že rodina je funkční. Plní funkce reprodukční, emocionální a výchovnou. Sociální podporu nachází u partnera. Emocionální podporu shledává u partnera, rodiny a dětí. Zde vnímá hlavně pohodu, lásku a přátelství. Informační podporu v těhotenství získávala z internetu a od přátel.

Vztah matka – otec uvedla jako normální. Cílem tohoto vztahu je podle ní podpora a rodina. Mateřství je pro ni štěstím, závazkem, budoucností a spokojeností. Mateřskou roli zvládá samostatně. Při porodu se cítila bezmocná a pocítovala strach. Narození dítěte pro ni bylo nepopsatelným zážitkem. Otec se porodu zúčastnil a matce dodával sílu.

Oddělení matky od dítěte vnímala jako bezmoc. Po porodu se cítila utahaná. Flexibilita matky po porodu se nezměnila. Upřednostňuje demokratickou výchovu. Rychle zvládá těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností. Pocity vyvolané dítětem v běžném životě označuje jako nepopsatelné. Typově dítě zařadila jako melancholik. Zdravotní stav dítěte je podle matky narušený. Onemocnění dítěte nese matka s nelibostí.

Informací o dítěti má dostatek od lékaře a zdravotních sester. Tělesnou podporu jí poskytují partner a rodiče. Otec se do péče o dítě zapojuje částečně. Mateřskou roli zvládá matka samostatně.



## Kazuistika matky 14

Nesezdaná 22letá matka porodila ve 31.týdnu novorozence o hmotnosti 1 480g. Matka si věří a váží si sama sebe. Je usměvavá a spolehlivá. Matka je sama se sebou spokojená. Typově se zařadila jako choleric a sangvinik. Na změny reaguje snadno. Úzkost zvládá samostatně a depresemi netrpí. Na stres reaguje jako choleric a sangvinik.

Zdravotní stav rodiny je průměrný se zatížením v oblasti fyzické. Matku tato situace zatěžuje fyzicky. Součástí nejbližší rodiny tvoří partner, rodiče a jiní členové. Rodina je plně funkční. Sociální podporu jí poskytují přátelé. Emocionální podporu jí poskytuje partner a rodina. Zde se jedná o psychickou podporu, lásku, trpělivost a komunikaci.

V těhotenství měla dostatek informací od lékaře, z knih a z internetu. Vztah matka – otec je výborný a vyrovnaný. Ve vztahu hledá hlavně lásku. Mateřství jí poskytuje rodinu, budoucnost, život podporu. Mateřskou roli zvládá samostatně. Při porodu pociťovala únavu a po narození dítěte pociťovala úlevu. Otec u porodu byl a poskytoval matce podporu. Při oddělení matky od dítěte pociťovala strach. Po porodu byla usměvavá. Její flexibilita se po porodu změnila.

Výchova dětí je rodinná. Zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností ovlivňuje strach. Dítě v ní vyvolává lásku. Typově zařadila dítě jako choleric a sangvinika. Zdravotní stav dítěte je dle matky narušený. Náročně prožívá onemocnění dítěte.

Rodina je funkční. O dítěti má dostatek informací od lékaře. Tělesnou podporu jí poskytuje partner a přátelé. Otec se do péče o dítě zapojuje maximálně. Mateřskou roli matka zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 15

Vdaná 28letá matka porodila ve 30. týdnu novorozence o hmotnosti 1 865g. Na otázku o sebeúctě uvedla, že si věří, protože je zodpovědná. Sama se sebou je spokojená a typově se zařadila jako flegmatik. Lehce reaguje na změny. S úzkostí se vyrovnává sportem. Deprese nemívá. Na stres reaguje jako flegmatik.

Zdravotní stav rodiny je dobrý, zátěž spatřuje v oblasti fyzické. Matku tato situace zatěžuje ekonomicky. Součástí nejbližší rodiny matky je manžel a rodiče. Rodina je plně funkční. Sociální podporu jí poskytují přátelé a okolí. Emocionální podporu nachází u manžela a rodiny. Zde hledá zejména pomoc. Informací o těhotenství měla dostatek z knih a z okolí.

Vztah matka – otec je výborný a funkční. Ve vztahu hledá lásku. Mateřství je pro ni naplněním, rolí matky, odpovědností, láskou, péčí, spokojeností a podporou. Mateřskou roli zvládá samostatně. Po porodu pocítovala starost. Narození dítěte vnímala jako nový život. Otec u porodu byl přítomen a poskytl matce podporu. Oddělení matky od dítěte bylo pro ni stresující. Po porodu matka pocítila zodpovědnost. Flexibilita byla nezměněna.

Upřednostňuje otevřenou výchovu. Těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností zvládá s obavami. Dítě je pro ni nový život. Temperament dítěte zařadila jako flegmatika. Zdravotní stav dítěte je dobrý. Onemocnění dítěte u ní vyvolává stres. Rodina má narušenou funkčnost, protože otec se do péče o dítě zapojuje minimálně. Informací o dítěti má dostatek z internetu. Tělesnou podporu jí poskytuje manžel a rodiče. Mateřskou roli zvládá samostatně.

## Kazuistika matky 16

Vdaná 25letá matka porodila ve 33. týdnu novorozence o hmotnosti 1 735g. Matka si věří, je spokojená i sama se sebou. V zátěžových situacích se označila jako sangvinik. Na změny reaguje spíše kladně. Úzkost zvládá s pomocí přátel. Depresemi netrpí. Na stres reaguje jako sangvinik.

Zdravotní stav rodiny je průměrný. Zdravotní potíže spatřuje v oblasti fyzické. Matku tento zdravotní stav zatěžuje psychicky. Součástí nejbližší rodiny jsou manžel a rodiče. Rodina je plně funkční. Sociální podporu nachází u manžela a okolí.

Emocionální podporu jí poskytuje manžel a rodina. Zde vnímá dostatek komunikace a blízkost. O těhotenství měla dostatek informací z knih, z internetu, z médií a od přátel.

Vztah matka – otec označila jako normální. Ve vztahu hledá souznění a rovnost. Mateřství jí naplňuje důvěrou. Mateřskou roli zvládá s pomocí. Po porodu vnímala vyčerpání a narození dítěte vnímala jako štěstí. Otec u porodu byl a poskytl jí uklidnění. Oddělení matky od dítěte vnímala jako bezmoc. Matka byla po porodu se sebou spokojená. Flexibilita po porodu byla nezměněná.

Upřednostňuje výchovu společenskou. Těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností zvládá se stresem. Dítě je pro ni radost. Dítě označila jako sangvinika. Jeho zdravotní stav uvedla jako dobrý. Onemocnění dítěte vyvolává u matky strach. Je dostatečně informována o dítěti od lékaře a zdravotních sester. Má dostatek tělesné podpory od manžela, který se maximálně zapojuje do péče o dítě. Mateřskou roli zvládá s pomocí.

## Kazuistika matky 17

Vdaná 24letá matka porodila ve 37. týdnu novorozeně o hmotnosti 2 245g. V otázce sebedůvěry si matka váží sama sebe, je společenská, sama se sebou spokojená. V zátěžových situacích a v reakcích na stres se typově zařadila jako sangvinik. Nemá ráda změny. Úzkost zvládá těžce. Deprese nemívá.

Zdravotní stav rodiny označila jako špatný, s druhem psychických potíží. Matku to také psychicky ovlivňuje. Jako součást nejbližší rodiny označila manžela a rodiče. Systém rodiny je plně funkční. Sociální podporu vidí v manželovi a přátelích. Emocionální podpory má dostatek od manžela a rodičů, tu vnímá v podobě lásky.

Informační podporu v těhotenství označila jako nedostatečnou. Získávala ji od lékaře a z internetu. Vztah matka – otec popsala jako velmi dobrý. Cílem ve vztahu je pro ni štěstí a spokojenost. Představu o mateřské roli vnímá jako štěstí, zvládnutí role matky, rodina, láska, budoucnost, starostlivost a péče, blízkost. Mateřskou roli zvládá s pomocí.

Po porodu matka měla strach. Narození dítěte vnímala s pýchou. Otec byl u porodu přítomen a pro matku byl podporou. Oddělení dítěte od matky nesla těžce. Matka uvedla, že se po porodu cítila utahaná. Flexibilita byla beze změny.

Matka upřednostňuje moderní výchovu. Zvládnutí těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností ji vyčerpává. Dítě je v běžném životě její radost. Svě dítě označila jako sangvinika. Uvedla, že zdravotní stav dítěte je výborný. V případě jeho onemocnění prožívá matka strach. Informační podpora o dítěti je dostatečná od lékaře a zdravotní sestry.

Tělesnou podporu matka získává od manžela, který je maximálně zapojen do péče o dítě.

## Kazuistika matky 18

Vdaná 39letá matka porodila ve 31. týdnu novorozeně o hmotnosti 1 950g. Matka si sama sebe váží, je ambiciózní, je se sebou spokojena a typově se zařadila jako flegmatik a melancholik. Na změny a zvládání úzkosti reaguje obtížně. Depresemi netrpí. Ve stresových situacích reaguje jako flegmatik, melancholik.

Zdravotní stav rodiny označila jako výborný, tedy bez zatížení na matku. Jako nejbližší součást své rodiny uvedla manžela, rodiče a jiné členy. Rodina je funkční ve všech oblastech. Sociální podporu shledává u manžela a emocionální podporu u dětí a taktéž u manžela. Emocionální podpora je zastoupena v oblasti empatie, spokojenosti a rodině.

Informační podporu v těhotenství měla v dostatečné míře od lékaře, z internetu a svého okolí. Vztah matka – otec označila jako velmi dobrý. Cílem ve vztahu je pro ni souznění a podpora. Mateřství chápe jako naplnění, rodinu, závazek, budoucnost a stabilitu. Mateřskou roli zvládá samostatně.

Na otázku jak sebe sama vnímala po porodu, uvedla matka, že neví. Narození dítěte vnímala, jako zodpovědnost. Otec byl přítomen u porodu a matka ho vnímala jako uklidnění. Oddělení matky od dítěte pro ni bylo omezující. Po porodu se matka cítila nervózně. Flexibilita matky byla zvětšená. Na otázku k výchově dítěte matka uvedla, že bude přísná. Na dotaz zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností odpověděla, že mívá strach. Temperament dítěte označila shodně se svým výše uvedeným typem. Zdravotní stav dítěte určila jako dobrý. Jeho onemocnění ji vyčerpává.

Informační podpora o dítěti je dostatečná. Využívá informace z knih a od zdravotní sestry. Tělesnou podporu nachází u manžela a přátel. Manžel je maximálně zapojen do péče o dítě.

## Kazuistika matky 19

Vdaná 40letá matka porodila ve 39. týdnu novorozence o hmotnosti 2 380g. Matka uvedla, že si nevěří, je neenergická a bojácná. Se sebou není spokojená. V zátěžových situacích a při stresu se typově označila jako melancholik. Reakce na změny prožívá s nervozitou. Úzkostné stavy zvládá četbou. Mívá deprese, jako spouštěč uvedla nemoc.

Zdravotní stav hodnotila jako dobrý s fyzickou zátěží. Což ovlivňuje matku také fyzicky. Nejbližší rodinou je pro ni manžel a rodiče. Systém rodiny je plně funkční. Sociální podporu má v dostatečné míře od manžela a dále od přátel. Emocionální podporu nachází u manžela, rodičů a dětí. V podobě trpělivosti, v ochotě a v obětavosti.

Informační podpory v těhotenství měla dostatek od lékaře, z knih, z médií a od přátel. Vztah matka – otec hodnotila jako spokojený. Cílem ve vztahu je pro ni láska. Představu o mateřství vnímá jako odpovědnost, rodinu, lásku, naději a spokojenost. Mateřskou roli zvládá samostatně.

Po porodu se matka vnímala jako unavená. Narození dítěte vnímala s pokorou. Otec byl přítomen u porodu a na matku měl uklidňující vliv. Oddělení matky od dítěte chápala jako zlo. Po porodu se cítila unavená a bojácná. Flexibilita po porodu byla změněna.

Ve výchově upřednostňuje důslednost. Na zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností se musí soustředit. Pocity vyvolané dítětem v běžném životě vnímá s pokorou. Temperament dítěte označila matka jako melancholik. Dále uvedla, že zdravotní stav dítěte je dobrý. Onemocnění dítěte snáší obtížně.

Informační podporu o dítěti získává dostatečně z internetu. Tělesnou podporu vnímá od přátel. Zapojení otce do péče o dítě označila jako částečné.

## Kazuistika matky 20

Vdaná třiceti osmiletá matka porodila ve 35. týdnu novorozence o hmotnosti 1720g. Matka se nevěří, je uspěchaná a není sama se sebou spokojená. Sebe označila jako cholerika. Vnímá změny velmi obtížně.

Zdravotní stav rodiny ohodnotila jako dobrý s fyzickými obtížemi, což ji zatěžuje psychicky. Neví jak zvládá úzkost, netrpí depresemi. Na stres reaguje jako cholerik. Za součást nejbližší rodiny označuje manžela a rodiče. Rodina je funkční, plní úlohy reprodukční, ekonomickou, emocionální i výchovnou. Sociální podporu jí poskytuje manžel. Emocionální podporu shledává u manžela a rodiny, u nichž nachází klid a lásku.

Matka měla o těhotenství dostatek informací od lékaře, z internetu a z médií. Vztah s otcem dětí hodnotí jako rodinný a ve vztahu si klade za cíle štěstí a lásku.

Otec byl u porodu přítomen, jeho přítomnost byla u porodu podporou. Oddělení dítěte od matky vyvolávalo strach. Sebeúcta po porodu byla změněna. Matka se cítila náladová. Flexibilita byla větší. Po porodu se cítila zmateně.

Při výchově upřednostňuje matka vyváženost, těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností zvládá racionálně. Dítě u ní vyvolává v běžném životě klid. Označila ho za cholerika ve výborném zdravotním stavu. Onemocnění dítěte prožívá se strachem.

Rodinu vnímá jako funkční. Pociťuje dostatek tělesné podpory od manžela, rodičů i přátel. Otec je do péče o dítě maximálně zapojen. Mateřskou roli zvládá samostatně. Má dostatek informací o stavu dítěte od lékaře a zdravotní sestry.

#### 4.2.2 Výsledky dotazníku kategorizované do tabulek

Tabulka 59: Rodinný stav

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Vdaná</b>	1			1	1	1	1			1	1				1	1	1	1	1	1	1	13
<b>Svobodná</b>			1						1													2
<b>Rozvedená</b>																						0
<b>Vdova</b>																						0
<b>Nesezdaná</b>		1							1				1	1	1							5
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Třináct z dotazovaných matek odpovědělo na otázku o svém rodinném stavu, že jsou vdané, dvě matky jsou svobodné a pět matek v dotazníku uvedlo, že jsou nesezdané se svými partnery. Ani jedna z dotázaných matek není rozvedená nebo vdova.

Tabulka 60: Věk mateřství

<b>Věk</b>	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>20-25</b>			1	1			1		1					1			1					6
<b>26-30</b>					1					1	1			1	1							5
<b>31-35</b>						1		1		1			1									4
<b>36-40</b>		1																1		1		3
<b>40-45</b>	1																		1			2
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

V otázce věku mateřství byl šesti matkami uveden věk mezi 20 a 25 lety. Pět matek uvedlo věk v rozmezí 26 a 30. Rozmezí věku mateřství 31 až 35 splňovaly čtyři dotazované matky. Tři matky uvedly věk mateřství mezi 36. a 40. rokem a pouze dvě matky byly v rozmezí 40 a 45 let.



Tabulka 61: Týden porodu

Týden	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
30			1												1							2
31						1								1				1				3
32										1												1
33																1						1
34				1								1										2
35								1													1	2
36	1						1						1									3
37					1				1								1					3
38		1																				1
39											1									1		2
Σ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

V další otázce uvedly dvě matky, že týden porodu novorozence byl 30., dále tři matky rodily ve 31. týdnu. Týden porodu 32., 33. a 38. uvedlo vždy po jedné matce. Po dvou matkách uvedlo 34., 35. a 39. týden porodu. Tři matky uvedly 36. týden porodu a ten samý počet uvedlo 37. týden porodu.

Tabulka 62: Porodní hmotnost

Hmotnost	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
2025	1																					1
2490		1																				1
2280		1																				1
1470			1																			1
1980			1																			1
1950				1																		1
2360					1																	1
1840						1																1
1765							1															1
1640								1			1											2
2020									1													1
1975										1												1
2380											1									1		2
1820												1										1
1350													1									1
1480														1								1
1865															1							1
1735																1						1
2245																	1					1
1950																		1				1
1720																					1	1
Σ	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23

Porodní hmotnost byla velmi rozmanitá. První matka porodila novorozence s porodní hmotností 2025g. Druhá matka uvedla porodní hmotnost novorozenců 2490g a 2280g. 1470g a 1980 g měli porodní hmotnost novorozenci třetí matky. Čtvrtá matka uvedla porodní hmotnost 1950g, pátá matka napsala 2360g. 1840g měl porodní hmotnost novorozence šesté matky. Novorozenec sedmé matky se narodil s porodní hmotností 1765g. Ještě méně, a to 1640g měl novorozenec osmé matky. Devátá matka uvedla porodní hmotnost 2020g a desátá matka zapsala 1975g. Shodnou porodní hmotnost 2380g měli novorozenci jedenácté a devatenácté matky. Dvojčata dvanácté matky měla porodní hmotnost 1640g a 1820g. Nejnižší porodní hmotnost, a to 1350g měl novorozenec třinácté matky. 1480g vážil novorozenec čtrnácté matky. Patnáctá

matka porodila novorozence s porodní hmotností 1865g, šestnáctá matka porodila 1735g vážícího novorozence. 2245g vážícího novorozence porodila sedmnáctá matka. Osmnáctá matka uvedla porodní hmotnost novorozence 1950g a dvacátá matka měla 1720g vážícího novorozence.

Tabulka 63: Sebeúcta\*1

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>a)</b>		1	1	1		1	1		1			1		1	1	1						10
<b>b)</b>	1		1	1	1		1		1	1			1	1			1	1				11
<b>c)</b>					1			1			1		1						1	1		6
<b>d)</b>																						0
<b>Σ</b>	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	27

\* Vědomí vlastní hodnoty

a) věřím si    b) vážím si sama sebec) nevěřím si    d) nevážím si sama sebe

Na otázku sebeúcty uvedlo jedenáct matek, že si věří. Jedenáct matek si sama sebe váží a možnost, že si nevěří zaškrtnulo pět matek. Ani jedna matka neoznačila možnost, že si sama sebe neváží.

Tabulka 64: Sebeúcta - upřesnění

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
Puntičkář	1																					1
Pracovitá	1			1																		2
Zodpovědná		1													1							2
Málo sebevědomá		1			1																	2
Důvěřivá										1												1
Nespolehlivá								1														1
Neenergická																				1		1
Uspěchaná																					1	1
Spokojená				1												1						2
Náladová													1									1
Pečlivá					1																	1
Usměvavá						1									1							2
Upovídaná								1														1
Společenská								1										1				2
Lidumil												1										1
Bojácná																					1	1
Úspěšná										1			1									2
Ambiciózní																			1			1
Spolehlivá										1					1							2
Σ	2	2	0	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2 7

\* Vědomí vlastní hodnoty

Všechny matky mohly svou odpověď na předchozí otázku upřesnit vlastními slovy. První matka se popsala jako puntičkářská a pracovitá, druhá matka se vidí jako zodpovědná, ale málo sebevědomá. Třetí matka možnost upřesnění nevyužila. Čtvrtá matka je pracovitá a spokojená. Pečlivou a málo sebevědomou se vidí pátá matka. Šestá matka je usměvavá. Pozitivně se popsala i sedmá matka jako upovídaná a společenská. Jako nespolehlivá se označila osmá matka. Naopak spolehlivá je dle svých slov devátá matka. Úspěšná se cítí desátá matka. Jedenáctá matka uvedla, že je důvěřivá. Lidumil je dvanáctá matka. Úspěšná, ale náladová se označila třináctá matka.

Usměvavá a spolehlivá se cítí čtrnáctá matka. Patnáctá matka je zodpovědná a šestnáctá matka spokojená. Společenská uvedla ve svém dotazníku sedmnáctá matka. Ambiciózní se cítí být osmnáctá matka. Devatenáctá matka se označila jako neenergická a bojácná. Dvacátá matka se vidí také spíše negativně jako uspěchaná.

Tabulka 65: Sebeuvědomění - spokojenost sama se sebou\*

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>Ano</b>		1	1	1	1	1	1		1			1		1	1	1	1	1			13
<b>Ne</b>	1							1		1	1		1						1	1	7
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

\* Vnímání sebe, vlastní hodnocení

Na otázky, zda jsou se sebou matky spokojené, odpovědělo třináct matek pozitivně ano a sedm matek uvedlo, že ne.

Tabulka 66: Vnímání sebe sama v zátěžových situacích

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>		1							1	1					1			1			5
<b>b)</b>			1				1	1						1						1	5
<b>c)</b>		1	1	1		1	1		1			1		1		1	1				10
<b>d)</b>	1				1						1		1					1	1		6
<b>Σ</b>	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	26

a) flegmatik b) choleric c) sangvinik d) melancholik

V otázce, jak vnímají matky sebe sama v zátěžových situacích, vybralo pět matek možnost flegmatik. Jako choleric se vnímá stejný počet matek. Deset matek se vnímá spíše jako sangvinik a šest matek využilo možnost melancholik. Pět matek označilo více než jednu možnost.

Tabulka 67: Flexibilita: reakce na změny\*

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
Spíše kladně	1								1							1						3
Nemá ráda změny		1															1					2
Trvají změny		1																				1
V mezích			1																			1
Bez obtíží				1			1															2
Obtížně					1								1					1				3
Snadno						1								1								2
Stres								1														1
Spíše negativní										1												1
Velmi obtížně											1										1	2
Lehce												1			1							2
Velmi kladně														1								1
Nervózní																				1		1
Σ	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	22

\* Schopnost pružné reakce v různých situacích

V otázce reakcí na změnu a vnímání flexibility odpověděly tři matky spíše kladně. Dvě matky nemají rády změny a jedné matce trvá, než si na změny zvykne. V mezích popsala reakci na změnu jedna matka a dvě matky vnímají změny bez obtíží. Naopak obtížně se se změnami vypořádávají tři matky. Dvě matky reagují na změny snadno a jedné matce přinášejí změny stres. Jedna matka vnímá změny spíše negativně a dvě matky velmi obtížně. Lehce vnímají změny dvě matky a jedna dokonce velmi kladně. Při změnách je nervózní jedna matka.

Tabulka 68: Zdravotní stav rodiny

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>												1						1			2
<b>b)</b>	1		1				1			1	1				1				1	1	8
<b>c)</b>		1		1	1	1		1					1	1		1					8
<b>d)</b>								1									1				2
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) výborný    b) dobrý    c) průměrný    d) špatný

Otázka zdravotního stavu byla dvěma matkami označena, že zdravotní stav jejich rodiny je výborný. Osm matek vnímá zdravotní stav rodiny jako dobrý a stejný počet matek popsalo zdravotní stav rodiny jako průměrný. Dvě matky vidí zdravotní stav rodiny špatný.

Tabulka 69: Druh zdravotních potíží

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>		1		1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1			1	1	14
<b>b)</b>								1									1				2
<b>c)</b>			1										1								2
<b>Σ</b>	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	1	1	18

a) fyzické    b) psychické    c) sociální

V doplňující otázce vztahující se k zdravotnímu stavu rodin matek, odpovědělo čtrnáct dotazovaných, že zdravotní obtíže jsou fyzického původu, dvě popsaly obtíže jako psychické a dvě jako sociální.

Tabulka 70: Ovlivnění matky zdravotním stavem rodiny

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
a)	1						1					1						1				4
b)		1		1				1		1	1					1	1				1	8
c)					1	1			1					1						1		5
d)													1		1							2
e)			1																			1
Σ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) bez zátěže    b) psychická zátěž    c) fyzická zátěž    d) ekonomická zátěž

e) prostorová zátěž

Dále jsem se zajímala, zda a jak zdravotní stav ovlivňuje matky. Čtyři matky se cítí být bez zátěže, osm matek tuto zátěž vidí v psychické oblasti, pět matek se cítí být ovlivněno fyzickou zátěží, dvě matky popisují zátěž jako ekonomickou a jedna matka se cítí zatížena prostorově.



Tabulka 71: Zvládání úzkosti\*

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Racionálně</b>	1																					1
<b>Poměrně lehce</b>		1				1																2
<b>Procházka</b>			1																			1
<b>Práce</b>				1																		1
<b>Nevím</b>					1				1												1	3
<b>Nezvládá</b>								1														1
<b>Obtížně</b>										1												1
<b>Nemám</b>											1											1
<b>Nerada</b>													1									1
<b>Snadno</b>							1												1			2
<b>S rodinou</b>												1										1
<b>Těžko</b>																1						1
<b>Samostatně</b>													1									1
<b>Nepříjemně</b>	1																					1
<b>Sport</b>															1							1
<b>Přátelé</b>																1						1
<b>Knihy</b>																					1	1
<b>Σ</b>	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21

\* Souhrn negativních emocí, bez zjevné příčiny

Na otázku, jak matky zvládají úzkost, odpovídaly matky velmi individuálně. První matka popsala zvládání úzkosti za nepříjemné, ale racionální. Druhá a šestá matka zvládají úzkost poměrně lehce. Procházkou řeší úzkost třetí matka. Práce je řešení ve zvládání úzkosti pro čtvrtou matku. Pátá, devátá a dvacátá matka na otázku odpověděly, že neví. Sedmá a osmnáctá matka zvládají úzkost snadno. Úzkost nezvládá osmá matka a obtížně ji zvládá desátá matka. Jedenáctá matka uvedla, že úzkost nemá a dvanáctá ji zvládá pomocí rodiny. Úzkost nerada zvládá třináctá matka a samostatně ji zvládá čtrnáctá matka. Patnáctá matka zvládá úzkost s pomocí sportu. Přátelé pomáhají šestnácté matce a knihy devatenácté matce.

Tabulka 72: Deprese\*

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
Ano	1		1										1						1		4
Ne		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	16
Σ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

\* Chorobně pokleslá nálada

V otázce, zda matky trpí depresemi, odpověděly čtyři matky ano a šestnáct matek ne.

Tabulka 73: Deprese\* - spouštěč

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
a)	1																				1
b)			1																		1
c)			1																		1
d)												1									1
e)																			1		1
f)		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	16
Σ	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21

\* Chorobně pokleslá nálada

a) smrt příbuzných    b) učení    c) nedostatek času    d) nemoc    e) stres  
f) nemám

V doplňující otázce, která se zabývala spouštěčem depresí odpovědělo šestnáct matek, že žádné nemají, jedna matka odpověděla, že spouštěčem u ní byla smrt příbuzných. Jedna matka považuje za spouštěč deprese učení a nedostatek času, jedna uvedla nemoc a jedna vidí jako spouštěč stres.

Tabulka 74: Součást nejbližší rodiny matky

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>a)</b>	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
<b>b)</b>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
<b>c)</b>		1	1						1					1					1			5
<b>Σ</b>	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	43

a) manžel/partner      b) manžel/partner + rodiče      c) b) + jiní členové

Další otázkou bylo, koho považují matky za nejbližší rodinu. Devatenáct dotázaných matek uvedlo manžela, případně partnera. Ten samý počet matek také uvedl i rodiče a pět matek označilo jako součást rodiny i jiné členy.

Tabulka 75: Systém rodiny

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>a)</b>	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
<b>b)</b>			1						1													2
<b>c)</b>																						0
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) funkční      b) narušená funkčnost      c) nefunkční

Tato otázka je zaměřena na funkčnost rodiny. Osmnáct matek považuje svou rodinu za funkční, dvě vnímají funkčnost rodiny jako narušenou a ani jedna matka neuvedla možnost nefunkční rodiny.

Tabulka 76: Funkce rodiny

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>a)</b>	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	16
<b>b)</b>	1		1		1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	16
<b>c)</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
<b>d)</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
<b>Σ</b>	4	2	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	72

a) reprodukční                      b) ekonomická                      c)emocionální                      d) výchovná

Také mne zajímalo, jakou funkci by dle matek měla splňovat jejich rodina. Šestnáct matek uvedlo funkci reprodukční a ten samý počet matek označil možnost ekonomické funkce rodiny. Funkci emocionální a výchovnou označilo všech dvacet dotazovaných matek.

Tabulka 77: Plnění všech funkcí rodinou

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Ano</b>	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
<b>Ne</b>								1	1													2
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Na otázku, zda splňuje jejich rodina všechny funkce, pouze dvě matky odpověděly ne a zbylých osmnáct matek odpovědělo ano.

Tabulka 78: Reakce na stres

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
a)		1							1	1					1			1			5	
b)	1		1				1	1						1							1	6
c)		1	1	1		1	1		1			1		1		1	1					10
d)					1						1		1					1	1			5
Σ	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	26

a) flegmatik b) choleric c) sangvinik d) melancholik

V otázce, jak se matky vnímají při reagování na stres, uvedlo pět matek možnost flegmatik, šest matek zvolilo označení choleric, deset matek zaškrtno možnost sangvinik a pět matek se vnímá jako melancholik. Šest matek zvolilo zároveň dvě možnosti.

Tabulka 79: Sociální podpora

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
a)				1	1	1	1	1		1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	14
b)						1		1	1			1		1	1		1		1			8
c)		1	1				1		1						1	1						6
d)	1																					1
Σ	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	30

a) manžel/partner b) přátelé c) okolí d) soukromé podnikání

Na otázku, od koho cítí matky největší sociální podporu, uvedlo čtrnáct matek manžela nebo partnera, osm matek cítí největší podporu od přátel, šest matek od okolí a jedna matka uvedla podporu v jejím soukromém podnikání.

Tabulka 80: Dostatek sociální podpory

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Ano</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
<b>Ne</b>																						0
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Na navazující otázku, zda pocítují matky dostatek sociální podpory, odpověděly všechny matky pozitivně ano.

Tabulka 81: Emocionální podpora

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>a)</b>	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
<b>b)</b>			1		1	1			1				1	1	1	1	1		1	1		11
<b>c)</b>	1							1					1					1	1			5
<b>Σ</b>	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2	2	3	2		34

a) manžel/partner      b) rodina      c) děti

V otázce emocionální podpory uvedlo osmnáct matek manžela nebo partnera, jedenáct matek rodinu a pět matek uvedlo děti.

Tabulka 82: Dostatek emocionální podpory

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Ano</b>	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
<b>Ne</b>									1													1
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Nedostatek emocionální podpory cítí pouze jedna matka, zbylých devatenáct matek cítí dostatek emocionální podpory.

Tabulka 83: Emocionální podpora upřesnění

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Pohoda</b>	1												1									2
<b>Klid</b>	1																				1	2
<b>Empatie</b>		1		1														1				3
<b>Psychická podpora</b>		1						1						1								3
<b>Láska</b>		1					1						1	1			1				1	6
<b>Přátelství</b>		1					1						1									3
<b>Spokojenost</b>			1					1										1				3
<b>Podržení</b>			1									1										1
<b>Pomoc</b>				1											1							2
<b>Trpělivost</b>				1		1						1		1						1		4
<b>Ochota</b>					1						1									1		3
<b>Obětavost</b>					1															1		2
<b>Komunikace</b>					1	1					1			1		1						5
<b>Blízkost</b>									1			1				1						2
<b>Rodina</b>									1										1			2
<b>Naslouchání</b>										1		1										1
<b>Σ</b>	2	4	2	3	3	2	2	2	2	1	2	4	3	4	1	2	1	3	3	2		47

U možnosti doplnění vnímání emocionální podpory uvedla jedna matka klid a pohodu. Druhá matka cítí emocionální podporu jako empatii, psychickou podporu, lásku a přátelství. Trpělivost a komunikaci vyhledává v této otázce šestá matka. Lásku a přátelství očekává sedmá matka. Osmá matka vyhledává psychickou podporu a spokojenost. Blízkost a rodina jsou důležité pro devátou matku. Desátá matka vyžaduje naslouchání. Ochotu a komunikaci potřebuje v této oblasti jedenáctá matka. Dvanáctá matka vyžaduje podržení, trpělivost, blízkost a naslouchání. Třináctá matka popsala emocionální podporu jako pohodu, lásku a přátelství. Čtrnáctá matka vidí v této oblasti psychickou podporu, lásku, trpělivost a komunikaci. Pomoc očekává patnáctá matka, komunikaci a blízkost matka šestnáctá. Lásku vidí v emocionální podpoře sedmnáctá

matka a empatii, spokojenost a rodinu popisuje osmnáctá matka. Trpělivost, ochotu a obětavost vyhledává devatenáctá matka. Klid a lásku uvedla dvacátá matka.

Tabulka 84: Informační podpora - dostatek informací o průběhu těhotenství

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>Ano</b>	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	17
<b>Ne</b>			1							1							1				3
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

V otázce dostatku informací odpovědělo sedmnáct matek pozitivně a pouze tři matky odpověděly, že dostatek informací nemají.

Tabulka 85: Informační podpora - upřesnění

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>	1		1		1	1	1	1	1		1	1		1			1	1	1	1	14
<b>b)</b>	1			1				1				1		1	1	1			1		8
<b>c)</b>	1			1		1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1		1	14
<b>d)</b>					1		1		1		1	1				1			1	1	8
<b>e)</b>					1			1				1			1			1			5
<b>f)</b>				1					1				1			1			1		5
<b>Σ</b>	3	0	1	3	3	2	3	4	3	1	3	5	2	3	2	4	2	3	4	3	48

a) lékař      b) knihy      c) internet      d) média      e) okolí      f) přátelé

V upřesnění uvedlo čtrnáct matek jako zdroj informací lékaře, osm matek uvedlo knihy, dalších čtrnáct matek využívá jako zdroj internet, osm matek také média, v okolí hledá informace pět matek a mezi přáteli také pět matek.



Tabulka 86: Vztah matka - otec zhodnocení

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Výborný</b>	1													1	1							3
<b>Velmi dobrý</b>		1									1						1	1				4
<b>Vstřícný</b>		1								1												2
<b>Láskyplný</b>		1								1		1										3
<b>Rozvrácený</b>			1																			1
<b>Žádný</b>									1													1
<b>Spokojený</b>											1									1		2
<b>Funkční</b>				1				1				1			1							4
<b>Rodinný</b>					1	1															1	3
<b>Vyrovnaný</b>						1								1								2
<b>Normální</b>							1						1			1						3
<b>Σ</b>	1	3	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	29

Při zhodnocení vztahu matky a otce dítěte uvedly tři matky vztah výborný, čtyři uvedly vztah jako velmi dobrý, vstřícný vztah mají dvě matky a láskyplný vztah tři matky. Jedna matka popsala vztah jako rozvrácený a jedna uvedla, že nemá žádný vztah. Dvě matky mají vztah spokojený a čtyři funkční. Rodinný vztah popisují tři matky a dvě považují vztah za vyrovnaný. Tři matky také uvedly vztah jako normální.

Tabulka 87: Cíle ve vztahu

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Štěstí</b>	1									1							1				1	4
<b>Spokojenost</b>		1			1						1	1					1					5
<b>Sou-znění</b>		1							1							1		1				4
<b>Podpora</b>			1					1					1					1				4
<b>Rodina</b>				1									1									2
<b>Láska</b>														1	1				1	1		4
<b>Rovnost</b>						1										1						2
<b>Stabilita</b>							1															1
<b>Σ</b>	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	26

Na otázku, jaké cíle si matky ve vztahu kladou, uvedly čtyři matky štěstí, pět matek chce spokojenost, čtyři matky vyžadují souznění. Podporu jako cíl ve vztahu mají čtyři matky. Dvě matky si kladou za cíl rodinu. Čtyři matky považují za cíl lásku, dvě matky rovnost a jedna stabilitu.

Tabulka 88: Dosažení mateřské role - Představa o mateřství

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Naplnění</b>	1				1										1			1				4
<b>Štěstí</b>	1	1				1	1	1				1	1				1				1	9
<b>Role matky</b>	1			1		1				1	1				1		1					7
<b>Odpovědnost</b>		1	1				1				1				1					1		6
<b>Rodina</b>				1	1				1		1			1			1	1	1	1	1	9
<b>Láska</b>			1		1	1				1	1	1			1		1		1			9
<b>Závazek</b>		1							1					1					1			4
<b>Budoucnost</b>			1			1	1			1	1			1	1			1	1			9
<b>Starostlivost</b>					1				1		1						1					4
<b>Péče</b>		1				1					1				1		1					5
<b>Naděje</b>				1					1											1		3
<b>Život</b>							1							1								2
<b>Spokojenost</b>			1			1				1				1		1				1	1	7
<b>Důvěra</b>				1	1			1				1				1						5
<b>Stabilita</b>										1								1				2
<b>Podpora</b>			1			1								1	1							4
<b>Blížkost</b>					1				1			1					1				1	5
<b>Σ</b>	3	4	5	4	6	7	4	4	3	6	6	4	4	4	6	1	8	5	5	4	94	

V otázce, co si matky představují pod pojmem dosažení mateřské role nebo jakou mají představu o mateřství, odpověděly čtyři matky, že je pro ně mateřství naplněním, devět matek popsalo štěstí, sedm matek vidí roli matky, šest matek uvedlo zodpovědnost a devět matek popsalo dosažení mateřské role v rodině. Stejný počet matek uvedl lásku a čtyři matky vidí v mateřství i závazek a pět matek péči. Naděje je mateřství pro tři matky. Život uvádějí pod tímto pojmem dvě matky. Sedm matek popisuje spokojenost a pět matek důvěru. Stabilita je zde u dvou matek. Podporu vidí čtyři matky a blízkost uvedlo pět matek.

Tabulka 89: Popis mateřské role

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
a)		1		1	1	1		1	1		1	1	1	1	1			1	1	1	14
b)	1		1				1			1						1	1				8
c)																					
Σ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) zvládám samostatně

b) zvládám s pomocí

c) nezvládám

Při odpovědích na otázku o zvládání mateřské role, odpovědělo čtrnáct matek, že zvládá roli samostatně, osm matek zvládá roli s pomocí. Ani jedna matka neuvedla, že mateřskou roli nezvládá.

Tabulka 90: Vnímání sebe sama po porodu

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>Bezmoc</b>	1						1	1					1								4
<b>Strašné</b>		1																			1
<b>Starost</b>			1												1						2
<b>Vyčerpání</b>				1						1						1					3
<b>Únava</b>					1				1					1						1	4
<b>Zmatenost</b>				1		1					1									1	4
<b>Strach</b>							1						1				1				3
<b>Neví</b>												1						1			2
Σ	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	23

Po porodu se čtyři matky cítily bezmocné, jedna matka popsala vnímání sebe sama za strašné, dvě matky měly starost a tři se cítily vyčerpané. Únavu nebo zmatenost popsaly čtyři matky. Strach vnímaly tři matky a dvě matky neví, jak se po porodu vnímaly.

Tabulka 91: Vnímání porodu a narození dítěte

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Strašné</b>	1																					1
<b>Neví</b>		1																				1
<b>Strach</b>			1	1																		2
<b>Šťěstí</b>					1											1						1
<b>Nádhera</b>						1																1
<b>Nepopsatelné</b>							1						1									1
<b>Fantastické</b>								1														1
<b>Úžasné</b>									1													1
<b>Budoucnost</b>										1												1
<b>Uklidnění</b>											1											1
<b>Nervozita</b>												1										1
<b>Úleva</b>														1								1
<b>Život</b>															1							1
<b>Pýcha</b>																	1					1
<b>Zodpovědnost</b>																			1			1
<b>Pokora</b>																				1		1
<b>Rodina</b>																					1	1
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

V otázce vnímání porodu a narození dítěte uvedla jedna matka, že pocity byly strašné, jedna matka neví, protože moc situaci nevnímala. Dvě matky měly strach. Naopak dvě matky popsaly pocity štěstí a jedna matka popisuje nádherné pocity. Nepopsatelné pocity uvedly dvě matky. Jedna matka vnímala porod a narození dítěte fantasticky a úžas prožívala další matka. V porodu a narození dítěte jedna matka viděla budoucnost a paro jednu matku bylo uklidněním. Nervozitu popisuje dvanáctá matka, Čtrnáctá uvedla úlevu. Nový život vnímá v této otázce patnáctá matka. Sedmnáctá matka byla pyšná a osmnáctá matka vnímala zodpovědnost. Pokoru popisuje devatenáctá matka a rodinu vidí v porodu a narození dítěte dvacátá matka.

Tabulka 92: Otec u porodu

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Ano</b>		1		1	1	1	1			1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
<b>Ne</b>	1		1					1	1			1										5
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

U porodu mělo možnost mít otce svých dětí patnáct z dotazovaných matek. Pět matek tuto možnost nemělo.

Tabulka 93: Vnímání přítomnosti otce u porodu

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Bezmoc</b>	1																					1
<b>Uklidnění</b>		1				1				1						1		1	1			6
<b>Nevnímala</b>			1					1		1												3
<b>Chyběl</b>								1				1										2
<b>Síla</b>													1									1
<b>Podpora</b>				1	1						1			1	1		1				1	7
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

V otázce přítomnosti otce u porodu vnímala jedna matka jeho nepřítomnost, jako bezmoc. Tři matky přítomnost otce u porodu nevnímaly. Dvěma matkám otec u porodu chyběl a jedna matka uvedla, že jí u porodu dodával sílu. Matky, které otce u porodu měly popisují jeho přítomnost, jako uklidňující v počtu šesti dotazovaných a podporu vnímalo sedm dotazovaných matek.

Tabulka 94: Oddělení matky od dítěte

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Stres</b>	1					1									1							3
<b>Napětí</b>		1										1										2
<b>Podivné</b>			1																			1
<b>Těžké</b>				1													1					2
<b>Strach</b>					1				1					1							1	4
<b>Nutnost</b>							1				1											2
<b>Omezení</b>								1										1				2
<b>Úzkost</b>										1												1
<b>Bezmoc</b>													1			1						2
<b>Zlo</b>																				1		1
<b>Věčnost</b>								1														1
<b>Náročné</b>												1										1
<b>Pomoc</b>							1															1
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23

Oddělení matky od dítěte bylo vnímáno takřka všemi matkami negativně. Pouze jedna matka uvedla, že to vnímala jako pomoc. Tři matky byly v této době ve stresu, dvě matky prožívaly napětí. Jedna matka tuto situaci vnímala jako těžkou a čtyři matky měly strach. Dvě matky popsaly oddělení dítěte jako nutnost a pro dvě matky bylo oddělení od dítěte omezující. Úzkost prožívala jedna matka a bezmoc popsaly dvě matky. Jedna z dotazovaných uvedla oddělení od dítěte jako zlo. Pro jednu matku byla tato doba věčností a pro jednu matku to bylo náročné.

Tabulka 95: Sebeúcta po porodu

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Větší</b>	1																					1
<b>Stejná</b>		1	1																			2
<b>Matka</b>					1																	1
<b>Pyšná</b>										1												1
<b>Krásná</b>												1										1
<b>Utahaná</b>													1				1		1			3
<b>Zodpovědná</b>							1									1						2
<b>Spolehlivá</b>				1				1	1													3
<b>Náladová</b>																					1	1
<b>Bojácná</b>																				1		1
<b>Pečlivá</b>											1											1
<b>Usměvavá</b>						1								1								2
<b>Nervózní</b>																			1			1
<b>Spokojená</b>																1						1
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	21

Jednou z dalších otázek bylo také, jak se matky vnímají po porodu, jakou mají sebeúctu. První matka uvedla, že po porodu má sebeúctu větší. Druhá a třetí matka mají sebeúctu stejnou jako před porodem. Čtvrtá, osmá a devátá matka se cítí spolehlivé a pátá matka se cítí být matkou. Šestá a čtrnáctá matka uvedla, že jsou usměvavé, sedmá a patnáctá jsou zodpovědné. Pyšná na sebe je desátá matka a pečlivou se vidí jedenáctá matka. Negativně jako utahané se popisují matky třináctá, sedmnáctá i devatenáctá. Šestnáctá matka je spokojená a nervózní je osmnáctá matka. Devatenáctá matka popsala, že je bojácná a náladová se vidí dvacátá matka.



Tabulka 96: Změněná flexibilita po porodu

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>Ano</b>	1	1			1	1		1	1	1	1	1		1				1	1	1	13
<b>Ne</b>			1	1			1						1		1	1	1				7
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Zda se po porodu u matek změnila flexibilita, uvedlo třináct matek, že flexibilita je změněna a sedm matek uvedlo, že flexibilita zůstala i po porodu stále stejná.

Tabulka 97: Flexibilita po porodu upřesnění

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>			1	1			1						1		1	1	1				7
<b>b)</b>																					0
<b>c)</b>	1	1			1					1	1	1						1		1	8
<b>d)</b>						1		1	1					1					1		5
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) beze změny                      b) nižší                      c) větší                      d) neví

V upřesňující otázce uvedlo sedm matek, že je u nich flexibilita beze změny. Osm matek se cítí být flexibilnější, pět matek neví.

Tabulka 98: Výchova dětí

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	$\Sigma$	
<b>Demokratická</b>	1												1									2
<b>Komunikační</b>		1																				1
<b>Vzorová</b>			1																			1
<b>Důsledná</b>				1																1		2
<b>Volná</b>					1																	1
<b>Osobnostní</b>						1																1
<b>Rodinná</b>							1							1								2
<b>Názorná</b>								1														1
<b>Milující</b>									1													1
<b>Ke vzdělání</b>										1												1
<b>Pokroková</b>											1											1
<b>Bez zákazů</b>												1										1
<b>Otevřená</b>															1							1
<b>Společenská</b>																1						1
<b>Moderní</b>																	1					1
<b>Přísná</b>																			1			1
<b>Vyvážená</b>																					1	1
<b><math>\Sigma</math></b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Otázka preference výchovy vytvořila osmnáct odlišných druhů výchovy. První matka preferuje demokratickou výchovu, druhá matka dává přednost komunikaci. Vzor ve výchově je důležitý pro třetí matku. Důslednou výchovu preferuje čtvrtá a devatenáctá matka. Volnou výchovu uvedla pátá matka. Šestá matka chce pěstovat ve výchově osobnost. Sedmá a čtrnáctá matka vyžaduje rodinnou výchovu. Názornou výchovu preferuje osmá matka a devátá matka popisuje milující výchovu. Výchovu ke vzdělání využívá desátá matka. Pokrokovou výchovu využívá jedenáctá matka. Dvanáctá matka upřednostňuje výchovu bez zákazů. Otevřenou výchovu popisuje matka patnáctá a šestnáctá matka využívá společenskou výchovu. Moderní výchova je

důležitá pro sedmnáctou matku a přísná výchova pro devatenáctou matku. Dvacátá matka preferuje vyváženou výchovu.

Tabulka 99: Napětí - zvládání těžkostí a překážek při plnění mateřských povinností

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Nevadí</b>	1																					1
<b>Úzkost</b>		1				1																2
<b>Racionální</b>			1																		1	2
<b>Klid</b>				1											1							1
<b>Soustředě ní</b>					1															1		2
<b>Nervozita</b>							1															1
<b>Stres</b>								1								1						2
<b>Nutnost</b>									1													1
<b>Efektivní</b>										1												1
<b>Rychle</b>											1		1									2
<b>Náročně</b>												1										1
<b>Strach</b>														1					1			2
<b>S obavami</b>															1							1
<b>Vyčerpání</b>																	1					1
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Zvládání těžkostí a překážek první matce při plnění mateřských povinností nevádí. Druhá a šestá matka mívá při těžkostech úzkost. Racionálně zvládají těžkosti třetí a dvacátá matka a v klidu zvládá těžkosti čtvrtá matka. Soustředěná musí být při zvládání těžkostí pátá a devatenáctá matka. Nervozitu pocítuje v této situaci sedmá matka a ve stresu je osmá a šestnáctá matka. Jako nutnost těžkosti vnímá devátá matka. Efektivně je řeší matka desátá a jedenáctá a třináctá matka řeší těžkosti rychle. Náročné jsou pro dvanáctou matku. Čtrnáctá a osmnáctá matka mají v této situaci strach a s obavami zvládá těžkosti patnáctá matka. Pro sedmnáctou matku je zvládání těžkostí vyčerpávající.

Tabulka 100: Pocity vyvolané dítětem v běžném životě

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Štěstí</b>	1																				1	
<b>Nádhera</b>	1	1				1															3	
<b>Naplnění</b>	1		1																		2	
<b>Příjemné</b>				1																	1	
<b>Radost</b>					1											1					2	
<b>Nepopsatelné</b>							1						1								2	
<b>Bezstarostnost</b>								1													1	
<b>Úžasné</b>									1												1	
<b>Budoucnost</b>										1											1	
<b>Uklidnění</b>											1										1	
<b>Spokojenost</b>												1									1	
<b>Láska</b>														1							1	
<b>Život</b>															1						1	
<b>Rodina</b>																	1				1	
<b>Zodpovědnost</b>																		1			1	
<b>Pokora</b>																				1	1	
<b>Klid</b>																					1	1
<b>Σ</b>	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22

V běžném životě první matku naplňuje dítě štěstím, nádhernými pocity a naplněním. Druhá matka pociťuje nádheru stejně jako šestá matka a třetí matka naplnění. Čtvrtá matka má příjemné pocity a pátá matka cítí radost. Sedmá a třináctá matka uvedly, že jsou to nepopsatelné pocity. Bezstarostnost cítí osmá matka a úžasné pocity má devátá matka. Desátá matka vidí v dítěti budoucnost a uklidnění znamená pro jedenáctou matku její dítě. Dvanáctá matka je spokojená. Lásku vnímá v běžném životě čtrnáctá matka. Život znamená dítě pro patnáctou matku. Sedmnáctá matka uvádí, že pociťuje v běžném životě rodinu. Zodpovědnost pociťuje osmnáctá matka a pokoru matka devatenáctá. Dvacátou matku naplňuje dítě klidem.

Tabulka 101: Temperament dítěte

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
a)	1								1	1					1			1			5
b)			1				1	1						1						1	5
c)	1	1	1	1		1	1		1			1		1		1	1				11
d)					1						1		1					1	1		5
Σ	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	26

a) flegmatik b) choleric c) sangvinik d) melancholik

V otázce temperamentu dítěte uvedlo pět matek temperament dítěte flegmatický a pět matek choleric. Jedenáct matek uvedlo, jako temperament dítěte sangvinik a melancholický temperament uvádí pět matek.

Tabulka 102: Zdravotní stav dítěte

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
a)		1							1	1						1				1	5
b)	1		1	1	1	1	1			1		1			1	1			1		11
c)								1					1	1				1			4
d)																					0
e)																					0
Σ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) výborný b) dobrý c) narušený d) špatný e)kritický

Výborný zdravotní stav má dle pěti matek jejich dítě. Jedenáct matek má dítě s dobrým zdravotním stavem a čtyři matky uvedly narušený zdravotní stav svého dítěte.

Tabulka 103: Prožívání onemocnění dítěte

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Těžce</b>	1																					1
<b>Narušení</b>		1																				1
<b>Strach</b>			1				1					1				1	1				1	6
<b>Stres</b>				1				1	1						1							4
<b>Komplikace</b>					1																	1
<b>Nepříjemně</b>						1																1
<b>Úzkost</b>										1												1
<b>Život</b>											1											1
<b>Nelibě</b>													1									1
<b>Náročně</b>														1								1
<b>Vyčerpání</b>																		1				1
<b>Obtíže</b>																				1		1
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

Na otázku, jak matky prožívají onemocnění dítěte odpověděla jedna matka, že prožívá onemocnění těžce. Jedna matka vnímá onemocnění jako narušení. Šest matek má při nemoci dítěte strach a čtyři jsou ve stresu. Jedna matka cítí v nemoci dítěte komplikaci a jedna matka se cítí nepříjemně. Úzkost při onemocnění dítěte prožívá jedna matka a jedna matka to vnímá jako součást života. Jedna matka vnímá onemocnění dítěte nelibě a jedna náročně. Pro jednu matku je onemocnění vyčerpávající a jako obtíž vnímá onemocnění dítěte také jedna matka.

Tabulka 104: Rodina - systém rodiny

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>a)</b>	1			1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	15
<b>b)</b>		1						1							1							3
<b>c)</b>			1						1													2
<b>d)</b>			1						1													2
<b>Σ</b>	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22

a) funkční

b) narušená funkčnost

c) nefunkční

d) neúplná

Systém rodiny je pro patnáct matek funkční a pro tři matky má funkčnost narušenou. Dvě matky uvedly systém rodiny za nefunkční a dvě za neúplný.

Tabulka 105: Informační podpora - dostatek informací o zdravotním stavu dítěte

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
<b>Ano</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
<b>Ne</b>																						0
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

O zdravotním stavu dítěte má všech dvacet matek dostatek informací.

Tabulka 106: Poskytování informací

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1		1	1			1	15
<b>b)</b>	1	1	1		1		1				1							1			7
<b>c)</b>					1	1			1						1				1		5
<b>d)</b>				1			1	1			1	1	1			1	1	1		1	10
<b>Σ</b>	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1	1	2	2	2	1	2	37

a) lékař      b) knihy      c) internet      d) zdravotní sestra

Na otázku, kdo poskytuje matkám informace uvedlo patnáct matek lékaře, sedm matek knihy, pět matek uvedlo jako zdroj informací internet a deset matek získává informace od zdravotních sester.

..

Tabulka 107: Tělesná podpora dostatek

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>Ano</b>	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
<b>Ne</b>		1	1						1												3
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

V otázce dostatku tělesné podpory uvedly pouze tři matky, že mají tělesné podpory nedostatek a sedmnáct matek uvedlo dostatek tělesné podpory.



Tabulka 108: Tělesná podpora doplnění

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ	
a)	1			1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	15	
b)				1	1		1			1		1	1		1						1	8
c)							1							1				1	1	1	1	5
d)		1	1						1													3
Σ	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	3	31	

a) partner/manžel      a) rodiče      c) přátelé      d) nikdo

Patnáct matek nachází tělesnou podporu u manžela či partnera. Osm matek hledá podporu u rodičů. Přátelé jsou zdrojem tělesné podpory pro pět matek a tři matky nemají nikoho.

Tabulka 109: Zapojení otce do péče o dítě

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>Maximální</b>	1	1			1					1	1	1		1		1	1	1		1	11
<b>Částečné</b>				1								1							1		3
<b>Pomoc</b>						1															1
<b>Žádné</b>			1						1												2
<b>Hygiena</b>							1														1
<b>Výchova</b>							1														1
<b>Sporadické</b>								1													1
<b>Minimální</b>														1							1
Σ	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21

Zapojení otce do péče je podle třinácti matek maximální, u tří matek částečné a u jedné matky zapojení otce do péče znamená pomoc. Dvě matky nezapojují otce vůbec. Jedna matka zapojuje otce do hygieny a výchovy dítěte a u jedné matky je zapojení sporadické. Minimální zapojení otce do péče o dítě je u jedné matky.

Tabulka 110: Hodnocení mateřské role

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	Σ
<b>a)</b>		1		1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1			1	1	1	15
<b>b)</b>	1		1									1				1	1				5
<b>c)</b>																					0
<b>Σ</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20

a) zvládám samostatně

b) zvládám s pomocí

c) nezvládám

Při zhodnocení mateřské role uvedlo patnáct matek, že svou roli zvládají samostatně a pět matek zvládají mateřskou roli s pomocí.

## 5 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zjistit vliv dětských sester na neonatologickém oddělení na naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer a zmapovat možnosti spolupráce dětských sester na neonatologickém oddělení s matkami nedonošených novorozenců v naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer. Dále bylo také cílem mé diplomové práce aplikovat model Dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer v praxi.

Aby bylo možné posoudit tyto myšlenky, bylo zapotřebí zjistit přímo od sester a matek nedonošených novorozenců, jak tyto skutečnosti vnímají. V první fázi byl vytvořen předvýzkum. Za tímto účelem byla vypracována tematická příručka – okruhy otázek pro matky a sestry, která byla použita pro individuální hloubkové rozhovory. Výzkumu se zúčastnilo pět dětských sester neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a pět matek nedonošených novorozenců hospitalizovaných na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Druhá fáze obsahovala výzkum u dvaceti matek nedonošených novorozenců z dvou ordinací praktických lékařů pro děti a dorost. Z ordinace prof. MUDr. Miloše Velemínského, CSc. dr.h.c. poskytl údaje tři matky a sedmnáct matek spolupracovalo při výzkumu v ordinaci MUDr. Tomčalové.

Za účelem kvalitativního předvýzkumu byly dotazované vybírány částečně metodou „sněhové koule“, se stanovením pouze kritéria věku matek v rozmezí třicet a čtyřicet let, se zaměřením na matky nedonošených novorozenců, které měly v době rozhovorů novorozence v inkubátoru již ve své péči systémem „rooming in“. Výběr sester byl omezen pouze výběrem oddělení. Po první fázi sběru dat se ukázalo být pro matky nedonošených novorozenců ještě jedno společné kritérium a to, že ani jedna již nebyla prvorodičkou, jež jsem nijak dalším výběrem neovlivňovala.

Okruhy otázek pro matky byly rozděleny na sběr identifikačních údajů a dále byly rozčleněny dle jednotlivých fází dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer (7,46). V úvodu rozhovoru byly zjišťovány základní identifikační údaje, kdy ve výsledku byl věk matek zúžen na rozmezí 31 až 38 let. Při dotazu na nejvyšší dosažené vzdělání byla u dvou matek odpověď střední odborné učiliště, u dalších dvou matek

byla střední odborná škola nejvyšší dosažené vzdělání a jedna matka na tuto otázku odpověděla, že její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Tím bylo zajištěno široké spektrum různě vzdělaných matek. Rozdílné u matek bylo i dosavadní zaměstnání, kdy každá matka odpověděla jinak. Základní údaje poskytly dostatečný přehled o vybrané skupině matek, kde se ukázalo, že byly vybrány matky stejné věkové kategorie, přičemž různého stupně nejvyššího dosaženého vzdělání, různého zaměstnání, kdy sociální status byl v poměru 3:2 a tento samý poměr ve způsobu bydlení. U všech matek byl ovšem i přes rozdílné podmínky bydlení prokázán dostatek soukromí, jež může ovlivnit dosažení mateřské role, kdy matka má svůj vlastní prostor k seberealizaci a relaxaci, aniž by cítila nějaká omezení.

Po získání základních informací bylo možno přistoupit na otázky související s jednotlivými fázemi dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer (46). Mezi prvními dotazy v této skupině otázek bylo, zda bylo dítě očekávané, kde vyšel najevo další společný bod všech dotazovaných matek a to, že jejich miminko bylo plánované. Tento fakt může značit i dnešní dobu, kdy ženy mají svou kariéru a plánují příchod miminka tehdy, kdy se ony samy cítí připraveny a tím lze též lépe docílit dosažení mateřské role. V dotazování nás také zajímalo, kolikáté dítě již matky mají a zde se objevilo další společné kritérium, že ani jedna matka není prvorodička, ale naopak čtyři dotazované matky mají již druhé dítě a jedna matka má třetí dítě. Dále jsme se zaměřili na prohlídky absolvované u lékaře během těhotenství, kde se prokázala zodpovědnost matek v těhotenství, kdy minimální počet prohlídek u jedné z dotazovaných matek bylo šest, jedna matka absolvovala u svého lékaře prohlídek osm, jedna matka devět, další matka odpověděla na počet prohlídek u lékaře sumou desíti prohlídek a jedna matka absolvovala prohlídek u lékaře patnáct. Z cifer uvedených matkami vyplývá, že pokud přihlídneme na vybraný vzorek matek, tak jsou matky v těhotenství velmi zodpovědné a dodržují prohlídky stanovené lékařem.

Samotný výzkum byl prováděn u matek nedonošených novorozenců, kteří již dosáhli alespoň jednoho roku života. Pro účely výzkumu byl vytvořen dotazník, který všechny matky vyplnily. Dotazníky byly vyplněny matkami od PLDD MUDr. Tomčalové Jany individuálně s každou matkou zvlášť za mé asistence a u matek od

PLDD prof. MUDr. Velemínkého CSc. bylo vysvětlení individuálně poskytnuto přímo prof. MUDr. Velemínským CSc. Všechny matky měly k dispozici stejný dotazník (Příloha 10). Jedna část dotazníků byla ve Skalné vyplňována na společném sezení s matkami nedonošených novorozenců. Druhá část dotazníků byla vyplňována matkami z ordinace prof. MUDr. Velemínského CSc. po důkladném vysvětlení samostatně doma. Doba na vyplnění jednoho dotazníku byla zhruba 45 až 60 minut. Dotazníky jsou v diplomové práci sepsány formou kazuistiky a získané informace jsou zpracovány do kategorizovaných tabulek, podle jednotlivých otázek. Dotazníky byly vyplněny v období od 30.3.2011 do 30.4.2011

Během první fáze dosažení mateřské role je dle Mercer (29) jedním z ovlivňujících faktorů průběh těhotenství, který všechny matky ohodnotily v pořádku, až do dne porodu. Zodpovězení následující otázky matkami bylo pro nás velmi alarmující, jelikož na otázku, zda navštěvovaly během těhotenství předporodní kurzy, pouze jedna matka odpověděla kladně a vidí v předporodních kurzech přínos hlavně pro prvorodičky. To nám značí, že matky málo využívají možností předporodních kurzů a nejeví o ně zájem. Proto jsme se rozhodli začlenit do výsledků této práce edukační brožuru, jejíž součástí je i popis výhod navštěvování předporodních kurzů pro matky. Jelikož Kobliková (19) udává ve své literatuře význam předporodních kurzů, kdy zmiňuje velmi důležité psychologické ovlivnění matek během těhotenství, kdy matky mají dostatek informací a průběhu těhotenství, porodu i péči o dítě, což pro matky znamená menší stresovou zátěž a tím lepší dosažení mateřské role. Na otázku, zda mají matky zkušenost z předchozích těhotenství s nedonošeným miminkem, pouze jedna matka odpověděla ano a tento fakt se projevil i v jedné z následujících otázek, kdy jako jediná očekávala narození nedonošeného miminka, což v ní vyvolávalo strach a bezmoc. Tento fakt také může velmi ovlivnit dosažení mateřské role, jelikož negativní pocity již během těhotenství tento proces narušují, či zpomalují. Ovšem při zjišťování, jak matky vnímaly samotné těhotenství, nám jedna matka odpověděla, že těhotenství vnímala celkem dobře, pouze s obavami do budoucna, jedna matka pociťovala fyzicky únavu, ale jinak vnímala těhotenství bez obtíží, jedna matka vnímala těhotenství jako pohodové a klidné, jedna matka popsala těhotenství také, jako pohodové a jedna matka

odpověděla, že její těhotenství bylo v pořádku. Zde nám vyplývá, že ač každá matka prožívala těhotenství jinak, všechny matky ho prožívaly spíše pozitivně, pouze u jedné se vyskytly obavy do budoucna a jedna matka se během těhotenství cítila unavená. Zde můžeme soudit opět na vliv plánování těhotenství. Další otázka pro nás byla také klíčová, kdy jsme zjistili, že ani jedna matka nezná porodní plán a ani jedné nebyl porodní plán stanoven. Tento fakt nebylo možné přehlédnout a zahrnutím možnosti sestavení porodního plánu do edukačního materiálu ve výsledcích této práce matkám tuto možnost přiblížit. Jelikož Pařízek uvádí, že porodní plán je pro matky nástrojem pro odstranění stresu z porodu tím, že si naplánují ideální porod a také je samotný porodní plán často kvalitním vodítkem pro zdravotnický personál, při vedení samotného porodu. (34) Na dosažení mateřské role má dle Mercer (46) také velký vliv také v těhotenství pocit opory od nejbližší rodiny, kdy vdané matky mají oporu v manželovi a matky žijící s partnerem vidí oporu v partnerovi během očekávání miminka. Poslední otázkou související s první fází dosažení mateřské role byla, jak vnímají matky během těhotenství roli sestry. Tři matky vnímaly sestru, jako pomoc a někoho kdo poskytne radu, jedna matka do porodu sestry příliš nevnímala a jedna matka odpověděla, že v sestřích viděla do porodu oporu a povzbuzení. Zde je vidět, že sestry mají vliv na dosažení mateřské role již od první fáze. Nejvíce v sestřích během první fáze dosažení mateřské role matky vidí radu a pomoc.

Samotný výzkum v první fázi dosažení mateřské role vyplynulo větší zatížení matky před porodem. Matky se sebou byly méně spokojené a méně flexibilní. V jejich rodině se vyskytuje více zdravotních potíží, což dle mého názoru souvisí i s rostoucím věkem celé rodiny. Vnímání rodiny je u matek nejčastěji spojeno s partnerem a rodiči. Všechny matky vnímají potřebu emocionální a výchovné funkce rodiny. Větší část matek vnímá potřebu i ekonomické funkce a reprodukční. U osmnácti dotazovaných matek bylo uvedeno plnění všech funkcí a byl uveden také funkční systém rodiny. Také matky ovlivňuje v průřezu celého procesu vnímání temperamentu jich samotných. U matek choleriků je uvedeno více obtíží. Kromě jedné dotazované matky měly všechny i dostatek emocionální podpory, která je velmi důležitá v dosahování mateřské role. U

sedmnácti dotázaných matek byl také uveden dostatek informační podpory o průběhu těhotenství a nejvíce informací bylo poskytnuto od lékaře a z internetu.

Druhá fáze dosažení mateřské role je zaměřena na období porodu, dle modelu Mercer (7). První otázkou v této části bylo, jak vnímaly matky samotný porod, odpovědělo všech pět matek, že nejsilnějším pocitem byl strach, jedna matka navíc popisovala paniku a jedna matka uvedla zvláštní pocit. Prožívání porodu je jedním z velmi důležitých zlomů v dosažení mateřské role, jelikož samotný prožitek z porodu také může velmi ovlivnit dosažení mateřské role. Pokud je porod veden po stránce odborné i psychologické kvalitně, tak ovlivňuje dosažení mateřské role velmi pozitivně, kdy se pouto mezi matkou a dítětem velmi upevní. S touto problematikou souvisí i další otázka a to, zda byl u porodu přítomen nějaký člen rodiny. Všech pět matek na tuto otázku odpovědělo negativně, jelikož byly všechny porody vedeny císařským řezem. Ale všechny matky uvedly, že by si přítomnost partnera u porodu velmi přály. Zde se ukazuje, že přítomnost partnera u porodu je jedním z velmi pozitivních faktorů ovlivňujících prožívání samotného porodu i dosažení mateřské role. I přes nemožnost matek mít u sebe při porodu partnera odpověděly matky na další otázku, zda cítili při porodu nějakou podporu, tak tři matky popsaly, že cítili na dálku podporu od svých partnerů a dvě matky uvedly, jako zdroj podpory sestry. Zde se opět projevuje role sestry v další fázi dosažení mateřské role. Po porodu nás zajímaly pocity matek, kdy strach uvedly dvě matky, bezmoc uvedly také dvě matky, jedna matka uvedla potřebu informací a jedna matka pocítovala nevědomost. Zde se ukazují faktory předčasného porodu, kdy matka není ještě připravena na porod a bezprostředně po porodu se s tímto faktem teprve začíná vyrovnávat. Tento fakt jistě také ovlivnilo, že čtyři matky neměly bezprostředně po porodu možnost mít u sebe miminko, ať už z důvodu zdravotního stavu miminka, či jejich a jedna matka možnost mít u sebe miminko bezprostředně po porodu měla, ale z důvodu vysílení tuto možnost nevyužila. Tím se částečně oddálilo vytvoření pouta mezi dítětem a matkou a mohlo to narušit proces dosažení mateřské role. Dále následovaly již na oddělení na pokojích pocity strachu pro dvě matky, pro jednu matku rozpolcenost, jedna matka prožívala potřebu informovanosti, potřebu regenerace a odpočinku a jedna matka cítila víru v dobré a chápala již nutnost oddělení

od dítěte. Což nám ukazuje na vliv odloučení matek od dítěte již po porodu, kdy se matky s touto skutečností musí vyrovnat, aniž by to narušilo proces dosažení mateřské role. Poslední otázkou druhé fáze dosažení mateřské role bylo zjistit roli sestry během této fáze, kdy tři matky uvedly roli sestry v péči, jedna matka vidí v sestrách v této fázi pomoc, dvě matky vidí v sestrách zdroj informací a jedna matka u sester hledá povzbuzení a oporu. Což nám ukazuje opět na vliv sester na dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer během celého procesu. Také je zde jasné, že každá matka sestry vnímá velmi individuálně, ale všechny matky vnímají roli sestry velmi pozitivně.

Ve výzkumu byl uveden velký počet matek, u kterých nemohl být přítomen otec u porodu a to v počtu patnácti matek. To též způsobilo u některých matek negativní vnímání porodu a cítili se bezmocné, nebo jim otec u porodu velmi chyběl. Ale pouze čtyři matky vnímaly samotný porod čistě negativně. U zbytku matek byly pozitivní pocity z narození dítěte silnější.

Třetí fáze dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer se odehrává od porodu, až do propuštění ze zdravotnického zařízení. V tomto období nás jako první zajímalo, kdy došlo k prvnímu očnímu kontaktu s miminkem po porodu. Dvě matky odpověděly, že doba prvního očního kontaktu s miminkem byla již první den po porodu, dvě matky viděli své dítě třetí den po porodu a jedna matka viděla své dítě den čtvrtý po porodu. Související otázkou byl dotaz na dobu prvního haptického kontaktu s miminkem a zde všechny matky odpověděly, že k prvnímu haptickému kontaktu došlo během prvního týdne po porodu, s rozdílem dní. (viz. Tabulka 26) Zde je důležitým faktem, že i přes předčasný porod a nedonošenost novorozenců bylo přistoupeno neprodleně ke kontaktu matky s dítětem, aby bylo dosaženo pouta mezi matkou a dítětem a tím i zabezpečeno dosažení mateřské role. Různých odpovědí jsme se dočkali u otázky, jaké byly pocity při prvním kontaktu s miminkem, kde dvě matky prožívaly hlavně strach, jedna matka byla v rozpacích, jedna matka popsala štěstí a nádheru při prvním kontaktu a jedna matka prožívala radost a zároveň strach a pláč. Zde je velmi dobře patrný psychologický aspekt dosažení mateřské role, kdy první kontakt provází mnoho různorodých emocí a matka se s nimi musí srovnat a přijmout svou novou roli matky. Důležitým mezníkem třetí fáze dosažení mateřské role je převzetí nedonošeného



novorozence do vlastní péče. Dvě matky měly děti v péči po deseti dnech po porodu, dvě matky po čtrnácti dnech a jedna matka dostala do své péče dítě až po třech měsících, což souviselo s extrémní nedonošeností miminka. V této chvíli už matky musí zvládat péči o novorozence, kdy je dětská sestra kontroluje a případně poskytne pomocnou ruku. Ovšem nedonošení novorozenci dotazovaných matek byli umístěni v inkubátorech, tak nás zajímalo, jak matky vnímají tuto bariéru. Odpovědi byly překvapivé v pozitivním slova smyslu, kdy čtyři matky odpověděly, že inkubátor vůbec, jako bariéru nevnímají, dvě matky dodávají, že je inkubátor nutnost a pouze jedna matka uvádí, že je inkubátor bariérou, jelikož není možný plný kontakt s dítětem. Tato skutečnost značí dostatečnou edukovanost matek o používání a manipulaci s inkubátorem, což spočívá na dětské sestře, jak edukuje matky. Důležitost edukace v ošetřovatelství popisuje Juřeníková (18), která vystihuje nutnost edukace pro obnovu, či udržení zdraví klientů, ale také zmiňuje nutnost edukačních schopností sester, které tento proces ovlivňují. Při dotazu, jakou roli zaujímá podle matek ve třetí fázi dosažení mateřské role sestra, odpovědělo všech pět matek, že sestru vnímají, jako velkou pomoc, dále jedna matka hledá v sestrách oporu, jedna matka hledá u sester radu, jedna matka hledá u sester odpovědi a jedna matka uvedla, že sestra přináší spokojenost. Na toto otázku navazuje vnímání přístupu sester, kdy čtyři matky uvedly přístup sester, jako pozitivní a jedna matka uvedla tento přístup, jako bezproblémový. Dále také všech pět matek odpovědělo, že od sester cítí oporu a dvě matky navíc uvedly, že od sester na neonatologickém oddělení cítí velkou oporu. Poslední otázkou v této fázi zaměřenou na sestry je také dotaz na komunikaci se sestrami na oddělení, kde bylo opět odpovězeno pouze kladně a to, že komunikace je bezproblémová a jedna matka uvedla, že komunikace je přátelská. Všechny tyto odpovědi nám ukazují, že lze si odpovědět na první výzkumnou otázku, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer, jednoznačně můžeme potvrdit, že dětská sestra ovlivňuje naplnění mateřské role na neonatologickém oddělení, kdy působí ve všech směrech na matky velmi pozitivně a vytváří tím ideální podmínky pro dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer. Dále je zde velice patrný fakt, že neonatologické oddělení zaměstnává vysoce kvalitní personál, jenž svou odborností i přístupem

zabezpečuje ideální podmínky pro dosažení mateřské role. Jelikož je intermediální péče neonatologického oddělení uzavřeným oddělením, zajímalo nás, zda přesto jsou umožněny návštěvy nejbližší rodiny a hlavně, zda této možnosti rodina využívá. Odpověď byla, že za čtyřmi matkami chodí celá rodina a jedna matka uvedla, že za ní chodí pravidelně třikrát týdně manžel. Tyto odpovědi nám poukazují na funkčnost rodiny, kdy rodina podporuje matku návštěvami v dosažení mateřské role. Na otázku, zda si matky myslí, že zvládají roli matky, odpověděly všechny matky pozitivně, žádná o sobě nepochybovala, což nám značí bezproblémové dosažení mateřské role. Vzhledem k věkové kategorii matek nás zajímalo, zda mají nějaké obavy do budoucna, přičemž všechny matky obavy do budoucna uvedly. (viz. Tabulka 36) Tyto odpovědi nám ukazují na fakt zmiňující sestry, které zmiňují, že s narůstajícím věkem mají matky větší obavy do budoucna. Poslední otázkou související s třetí fází dosažení mateřské role bylo, kdo jim byl největší pomocí při vytváření vztahu s nedonošeným dítětem, odpověděly dvě matky, že nejvíce byly nápomocny sestry, jedna matka ještě dodala, že i instinkt napomohl a tři matky uvedly, že největší pomocí byl partner. Toto je dalším potvrzením výzkumné otázky diplomové práce, kdy i samy matky potvrdily, že sestry mají velký vliv na dosažení mateřské role.

Pro samotný výzkum bylo prokázáno u oddělení matky od dítěte jako velmi negativní, ale většina matek reagovala racionálně. Po porodu se zvýšila většině matek sebeúcta a zvýšila se jim flexibilita.

Ve čtvrté fázi se zaměřuje model R. Mercer na dosažení mateřské role v období od příchodu domů, až do jednoho roku dítěte. Naše dotazování bylo založeno spíše teoreticky, než na praktické zkušenosti matek, jelikož matky ještě zkušenost s nedonošeným novorozencem doma neměly. Jedna z otázek byla, zda je někdo v domácnosti, kdo bude pomáhat s péčí o miminko. Všechny matky odpověděly, že pomáhat bude hlavně partner, tři matky uvedly i babičku a jedna matka uvedla i dědečka. Tyto odpovědi také napovídají o funkčnosti rodiny, kdy matka má jistotu, že na péči o miminko nebude sama, což také velmi dobře přispívá k dobré psychické pohodě a kvalitnímu dosažení mateřské role. Další položenou otázkou bylo, zda matky očekávají nějaké možné problémy při péči o miminko doma, odpověděly všechny

matky, že jisté problémy očekávají. Kdy se matky shodují na strachu z komplikací zdravotního stavu dětí. Fendrychová (10) uvádí, že nejčastějšími problémy související s nedonošeností dětí jsou: respirační onemocnění v závislosti na nezralost plicní tkáně, dalšími potížemi bývá hypoglykémie a hypokalcémie, které mohou vyústit až v poškození mozku, s nedonošeností souvisí také snížená schopnost termoregulace, nebo problémy s výživou. Dítě bývá také více unavené a matka musí dbát zvýšené pozornosti na větší náchylnost dítěte k infekcím a poškození kůže. Uvedené odpovědi matek nám mohou vypovídat o věkové kategorii matek, nebo také o jejich dostatečné informovanosti. Všechny matky také zodpověděly, že na příchod miminka je doma připravena kompletní výbava a na otázku, zda si myslí, jestli zvládnou péči o miminko samostatně doma, odpověděly všechny matky bez rozmyšlení kladně. Tato odpověď naznačuje dobré dosažení mateřské role a kvalitní připravenost matek. Můžeme z toho též soudit, že zde měly vliv hlavně sestry během třetí fáze dosažení mateřské role, které dostatečně edukovaly o specifikách péče o nedonošeného novorozence a připravily matky na odchod domů. V každém případě všechny matky mají v domácnosti někoho, kdo jim může kdykoli při péči o miminko pomoci. (viz. Tabulka 42). Poslední otázkou bylo, zda má miminko pro sebe připravenou samostatnou místnost, na což matky odpověděly, že čtyři matky mají pro miminko samostatné pokoje a jedna matka připravila miminku pokoj se sourozencem. Dostatek soukromí dítěte je též důležitý pro funkčnost rodiny. Ve čtvrté fázi dosažení mateřské role vnímají matky roli sestry částečně, jako pomoc, podporu a profesionální radu. (viz. Tabulka 44)

Ze zjištěných údajů od matek jsou zde zodpovězeny obě výzkumné otázky. Odpovědí na první výzkumnou otázku, jež zněla, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer u matek nedonošených novorozenců, je potvrzení, že dle matek nedonošených novorozenců dětská sestra ovlivňuje naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer na neonatologickém oddělení a to tím, že poskytuje oporu, profesionální pomoc a odbornou radu.

Odpovědí na druhou výzkumnou otázku, která zněla, jak nahlíží matky nedonošených novorozenců na spolupráci s dětskou sestrou na neonatologickém

oddělení, je že matky vnímají spolupráci s dětskou sestrou velmi pozitivně a bezproblémově. Sestry matkám poskytují oporu.

Čtvrtá fáze dosažení mateřské role ve výzkumu ukázala postoj matek k výchově dětí velmi individuální. Dále také sedm matek uvedlo negativní postoj při plnění mateřských povinností. Zbylých třináct uvedlo spíše pozitivní postoj. Uvedení temperamentu dítěte se ukázal, jako zrcadlení samotných matek, většina matek uvedla stejný temperament svých dětí jako svůj vlastní. Při zjišťování zdravotního stavu dítěte pouze čtyři matky narušení zdravotního stavu dítěte. Což nám ukazuje na velmi dobrou zdravotnickou péči od narození, kdy je zdravotní stav dítěte nejdůležitějším faktorem péče. V otázce informační podpory o zdravotním stavu dítěte je spokojeno všech dvacet matek. Nejvíce informací poskytuje v této fázi lékař a zdravotní sestra. Sedmnáct matek je spokojeno i s tělesnou podporou a patnáct z nich ji vnímá od svých partnerů. U zapojení otce do péče o dítě se pouze u šesti matek objevil spíše negativní postoj. V konečném hodnocení mateřské role uvedlo patnáct matek, že ji zvládá samostatně a pět matek ji zvládá s pomocí. Ani jedna matka nemá pocit, že svou roli nezvládá.

Dalšími dotazovanými v předvýzkumu bylo pět dětských sester intermediální péče neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Kdy věk nebyl nijak omezen, takže rozmezí se pohybovalo od 24 let do 57 let věku. Sestry měly vzdělání středoškolské i vysokoškolské a délka praxe se pohybovala od 0,5 roku do 12 let. Tímto bylo určeno, že je pokryto široké spektrum různě vzdělaných sester různého věku a různé délky praxe. Již při první otázce bylo zřejmé, že každá sestra má na matky nedonošených novorozenců jiný náhled, ale v celku se sestry shodují. Jedna sestra vnímá matky nedonošených novorozenců, jako příliš informované a polovina matek je podle sestry nepoužitelná v praxi, jedna sestra nahlíží na matky nedonošených novorozenců, jako na úzkostné, či naopak optimistické nepřipouštějící si žádné problémy do budoucna, jedna sestra popisuje matky, kde polovinu vnímá skvěle a vidí negativum v internetu, jedna sestra vnímá matky, jako součást ošetřování novorozenců a jedna sestra vidí matky, jako příliš informované. Zde je patrné, že sestry rozdělují matky na bezproblémové, či problémové. Na následující otázku, jaké vidí zásadní bariéry u matek nedonošených novorozenců, shledávají tři sestry, jako bariéru strach

matek, jedna sestra vidí bariéru v dotyku související s křehkostí miminka, jedna sestra vidí u matek zpočátku obavy a dvě sestry popisují u matek úzkost. Zde je patrné, že sestra má velmi důležitou roli matky těchto bariér zbavit, aby bylo možné dosažení mateřské role. Na otázku největšího úskalí v péči a přístupu u matek nedonošených novorozenců zmiňují dvě sestry bezpečnost dětí, dvě sestry vnímají obtíž v krmení, tři sestry pozorují úskalí v manipulaci s dítětem a jedna sestra vnímá strach matek nedonošených novorozenců. Toto jsou další obtíže a překážky v dosažení mateřské role, jež musí sestra svým přístupem, edukací a pomocí odstranit. Při otázce, jaké největší bariéry v přijetí nedonošeného novorozence matkou vidí, zněly odpovědi velmi rozdílně, od názoru, že bariéry nejsou, až po názor, že největší bariérou je strach matek. (viz. Tabulka 49) Tyto bariéry, pokud je sestra shledá, je nutné také odstranit, jelikož poté není možné pokračovat v dosahování mateřské role a tento proces může být vážně narušen. Opět zde má velmi důležitou hlavně edukační roli sestra, která tyto bariéry minimalizuje, jak taktéž zmiňuje ve své literatuře Juřeníková (18). V dotazování jsme se také zaměřili na názor sester v komunikaci s matkami nedonošených novorozenců, kdy jedna sestra vidí komunikaci, jako občas problematickou v oblasti ošetřování novorozenců, naopak jedna sestra vidí v komunikaci žádost o radu a postupné sbližování, jedna sestra klade důraz při komunikaci s matkami na nutnost opakování, dvě sestry vnímají komunikaci, jako dobrou a jedna sestra upřesňuje komunikaci na spíše přátelskou. Zde je viditelný rozdílný přístup sester, kdy každá má celkově jiný náhled, ale spíše se všechny přiklání ke kladnému přístupu. Sestry také vnímají, že matky u nich hledají oporu a jedna sestra vyzorovala, že si matky hledají jednotlivé sestry, se kterými si utvoří pevnější vztah. Ovšem sestry vidí různé oblasti, ve kterých mohou být matkám oporou. (viz. Tabulka 52) Při otázce, jak vnímají sestry přístup matek nedonošených novorozenců k nim samým, odpovídají všechny sestry velmi kladně, popisují přátelství, důvěru, partnerství v péči, blízkost, či rodinný přístup. (viz. Tabulka 53) Zde je patrné, že i sestry si jsou vědomy své role v dosažení mateřské role a zodpovědně k této roli přistupují. Také jsme se zajímali o porovnání přístupu matek k nedonošeným novorozencům, za předpokladu, že jsou prvorodičky, nebo naopak u matek po více porodech. Jednoznačně sestry vyzdvihly důležitou roli zkušeností a jedna

sestra zdůraznila i sebevědomí v péči o novorozence, jež hrají v přístupu velkou roli. Při zaměření na různé věkové kategorie matek se sestry shodly na faktu, že se stoupajícím věkem stoupá strach, nejistota a úzkost matek. Zjišťovali jsme také, zda vidí sestry nějaké psychické zábrany matek ve vztahu k nedonošenému novorozenci a pouze dvě sestry odpověděly, že zábrany vidí a to, neublížit, což se přístupem sester může změnit. Dotazování sester jsme zaměřili též na odpoutání matek od dítěte a vnímání bariéry inkubátoru matkami různého věku a zkušeností, na což dvě sestry odpověděly, že toto nemohou posoudit, jedna sestra vidí pozitivní reakci matek na noční odpoutání od dětí v souvislosti s možností odpočinku, jedna sestra vnímá u matek obavy a dvě sestry pozorují u matek, že odpoutání a inkubátor vnímají, jako nutnost. Poslední otázkou bylo zaměření na vliv sociálního zázemí v přístupu matek k nedonošeným novorozencům. Kdy sociální zázemí ovlivňuje přístup matek pouze podle dvou sester a to, ve formě podpory rodiny, jedna sestra vidí rozdíly v přístupu spíše v psychice, jedna sestra míní, že sociální zázemí přístup matek příliš neovlivní a jedna sestra odpověděla, že v nemocnici sociální zázemí přístup matek neovlivní. Z těchto odpovědí vyplynulo, že sestry vidí podstatu dosažení mateřské role v přístupu matek samotných a jsou si vědomy, že mohou být velkou pomocí v procesu dosahování mateřské role během třetí fáze, kde ze všech výsledků vyplývá, že má sestra největší podíl na dosažení mateřské role.

Všechny rozhovory se dle mého názoru odehrávaly ve velmi přátelské atmosféře, kdy bylo na matkách patrné, že jsou velmi rády, že se o jejich příběhy někdo zajímá a ochotně poskytly veškeré potřebné informace. Při vyplňování dotazníků bylo provedeno sezení, kdy jsem matky seznamovala s problematikou a u všech matek byl velmi patrný zájem o model R. Mercer, který je velmi zaujal svou tematikou. Sestry neonatologického oddělení také ochotně rozhovory poskytly, ovšem tím, že pro ně je práce s matkami nedonošených novorozenců denní záležitostí, bylo pro ně obtížnější na kladené otázky odpovídat, jelikož přiznaly, že si mnoho faktorů ovlivňujících dosažení mateřské role ani neuvědomují. Přesto ze získaných výsledků vyplynulo, že sestry na neonatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. jsou ve své profesi profesionálkami na pravém místě. Závěrem lze usoudit, že dle získaných výsledků bylo

možné na obě výzkumné otázky plnohodnotně odpovědět a byl prokázán vliv dětské sestry na neonatologickém oddělení na naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer a byly vykresleny možnosti spolupráce dětské sestry na neonatologickém oddělení s matkami nedonošených novorozenců v naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer. Pro ucelení spolupráce dětských sester s matkami nedonošených novorozenců byl vypracován edukační materiál dle jednotlivých fází modelu R. Mercer, kde jsou zpřehledněny a zdůrazněny nedostatky při dosahování mateřské role v jednotlivých fázích modelu. Dále lze říci, že dotazované matky v předvýzkumu byly bez výjimky maximálně spokojeny s péčí dětských sester neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. což je velmi pozitivním faktem, který je nutné zdůraznit. Celkově lze podotknout, že matky nedonošených novorozenců ví, co mohou od dětských sester požadovat a očekávat a zároveň dětské sestry ví, jak k matkám nedonošených novorozenců přistupovat a jak s nimi pracovat, aby bylo dosaženo mateřské role v maximální možné míře.

## 6 Závěr

Z výsledků této diplomové práce vyplývá, že aplikace koncepčního modelu R. Mercer v praxi zpřehledňuje proces dosažení mateřské role u matek nedonošených novorozenců.

Na základě získaných dat z předvýzkumu a výzkumu je možné zodpovězení výzkumné otázky této diplomové práce, a to, zda ovlivňuje dětská sestra na neonatologickém oddělení naplnění mateřské role dle modelu R. Mercer u matek nedonošených novorozenců. Ze získaných výsledků vyplývá, že dětská sestra má na neonatologickém oddělení velmi důležitou roli v ovlivnění dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer u matek nedonošených novorozenců. Dětská sestra je pro matky nedonošených novorozenců oporou, pomocí a rádcem. Stejně tak to vnímají samotné sestry.

Při zodpovězení druhé výzkumné otázky, jak nahlíží matky nedonošených novorozenců na spolupráci s dětskou sestrou na neonatologickém oddělení, byla jednoznačnou odpovědí matek, že spolupráce s dětskými sestrami na neonatologickém oddělení je bez problémů, naopak všechny dotazované matky si spolupráci s dětskými sestrami velmi chválily a oceňovaly jejich přístup.

Ve výzkumu zaměřeném na využití modelu R. Mercer v praxi bylo zjištěno mnoho důležitých informací v ovlivnění postoje matek k dosažení mateřské role závislém na temperamentu a věku matek. Úměrně s věkem se vyskytuje dle matek více zjištěných obtíží v dosažení mateřské role. V této souvislosti se vyskytuje i kritičtější postoj k průběhu těhotenství a mateřství, které velmi ovlivňují dosažení mateřské role.

Na základě zjištěných údajů byl vypracován edukační materiál podle modelu R. Mercer, pro zpřehlednění edukace matek v jednotlivých fázích dosažení mateřské role, s přihlédnutím ke zjištěným nejčastějším problémům v jednotlivých fázích dosažení mateřské role. Edukační materiál (Příloha 13) bude poskytnut neonatologickému oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., kde byl prováděn předvýzkum a ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost prof. MUDr. Miloše Velemínckého, CSc. dr.h.c. a ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost MUDr. Jany Tomčalové.



## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
3. BÁRTLOVÁ, S. A KOL. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BEHINOVÁ, M.; KAISEROVÁ, K. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 80-204-1526-2.
5. ČEPICKÝ, P. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology a porodníky*. 1. vydání. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.
6. DELAHAYE, M.C. *Praktický průvodce těhotné ženy*. 1. vydání. Praha: Potrál, 2006. 170 s. ISBN 80-7367-073-9.
7. FARKAŠOVÁ, D. A KOL. *Ošetrovatelství – teorie*, 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.
9. FENDRYCHOVÁ, J. A KOL. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 2.část*, 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

10. FENDRYCHOVÁ, J. BOREK, I. A KOL. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
11. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. A KOL. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
12. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Čekáme děťátko*, 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 354 s. ISBN 978-80-247-1489-9.
13. GREGORA, M. *Kniha o matce a dítěti*, 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 230 s. ISBN 80-247-0854-X.
14. HÁJEK, Z. A KOL. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
15. HÁJEK, Z. A KOL. *Základy prenatální diagnostiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 424+8 s. ISBN 80-7169-391-X.
16. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce, porod, šestinedělí*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
17. INFOGRAM. *Krathwohlova taxonomie* [online] 2008 [cit 2010-7-13] Dostupné z: <<http://www.infogram.cz/article.do?articleId=1612>>
18. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. KOBILKOVÁ, J. A KOL. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén Karolinum, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.

20. KOLEKTIV AUTORŮ. *Strategické dokumenty (3) Praktické příručky pro porodní asistentky*. 1. vydání. Praha: MZ ČR, 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.
21. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80-200-1055-6.
22. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
23. MAHLEROVÁ, M. S. A KOL. *Psychologický zrod dítěte*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-722-4.
24. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
25. MAREK, V. *Nová doba porodní*. 1. vydání. Praha: Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.
26. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 182 s. ISBN 80-247-0870-1.
27. MERCER, R., T. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006, roč. 35, č. 5, s. 649-651. ISSN 0884-2175.
28. MERCER, R., T., WALKER, L. O. A review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006, roč. 35, č. 5, s. 568-582. ISSN 0884-2175.

29. MERCER, R., T., WALKER, L., O. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. Malden: 2004, roč. 37, 3.čtvrťl., s. 226-232. ISSN 1527-6546.
30. MILUKANDOVÁ, M. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*, 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.
31. NEDOKLUBKO. *Rodičům nedonošeného miminka*. [online] 2010 [cit.2010-7-25] Dostupné z: <<http://www.nedoklubko.cz/site.php?main=informace&submain=brozury>>
32. NILSSON, L. *Těhotenství týden po týdnu: tajemství lidského života*. 2. vydání. Praha: Svojtka & Co, 2008. 239 s. ISBN 978-80-7352-887-4.
33. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
34. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
35. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 149 s. ISBN 80-247-1211-3.
36. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
37. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

38. ROZTOČIL, A. A KOL. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
39. RVP Metodický portál. *Bloomova taxonomie*. [online] 2010 [cit 2010-7-13] Dostupné z: <[http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky\\_lexikon/B/Bloomova\\_taxonomie](http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogicky_lexikon/B/Bloomova_taxonomie)>
40. SEDLÁŘOVÁ, P. A KOL. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
41. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. Dobřejovice: Rebo Productions, 2006. ISBN 80-7234-630-X.
42. ŠPAŇHELOVÁ, I. *Dítě-vývoj a výchova od početí do tří let*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 97 s. ISBN 80-247-0552-4.
43. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. 403 s. ISBN 80-7345-021-6.
44. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
45. TEUSEN, G. GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*, 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 79 s. ISBN 80-7178-753-1.
46. TOMEY, A.M., ALLIGOD, M.,R. *Nursing Theorists and Their Work*. 6.vydání. St. Louis Missouri: Mosby, 2007. 828 s. ISBN 13 978-0-323-03010-6.

47. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely a teorie ošetrovatelství*. [online] 2004 [cit 2009-11-15]. Dostupné z: <[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos\\_3294/index.htm](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm)>
48. VACUŠKOVÁ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii I. část*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7013-491-7.
49. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
50. VELEMÍNSKÝ, M. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. 4. vydání. České Budějovice: JU, 2003. 170 s. ISBN 80-7040-643-7.
51. VELEMÍNSKÝ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JU, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
52. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
53. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vydání. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

## **8 Klíčová slova**

Dětská sestra

Matka

Dítě

Mateřská role

Koncepční model

R. Mercer

## **Key words**

Paediatric nurse

Mother

Maternal role

Conceptual model

R. Mercer

## **9 Přílohy**

Příloha 1: Teorie Dosažení mateřské role

Příloha 2: Stádia dosažení mateřské role

Příloha 3: Apgar score

Příloha 4: Edukace a ošetrovatelský proces

Příloha 5: Edukace klienta v podmínkách zdravotnického zařízení

Příloha 6: Bloomova taxonomie

Příloha 7: Krathwohlova taxonomie

Příloha 8: Rozdělení edukačních metod

Příloha 9: Návik senzomotorických dovedností

Příloha 10: Tematická příručka – okruhy otázek pro matky

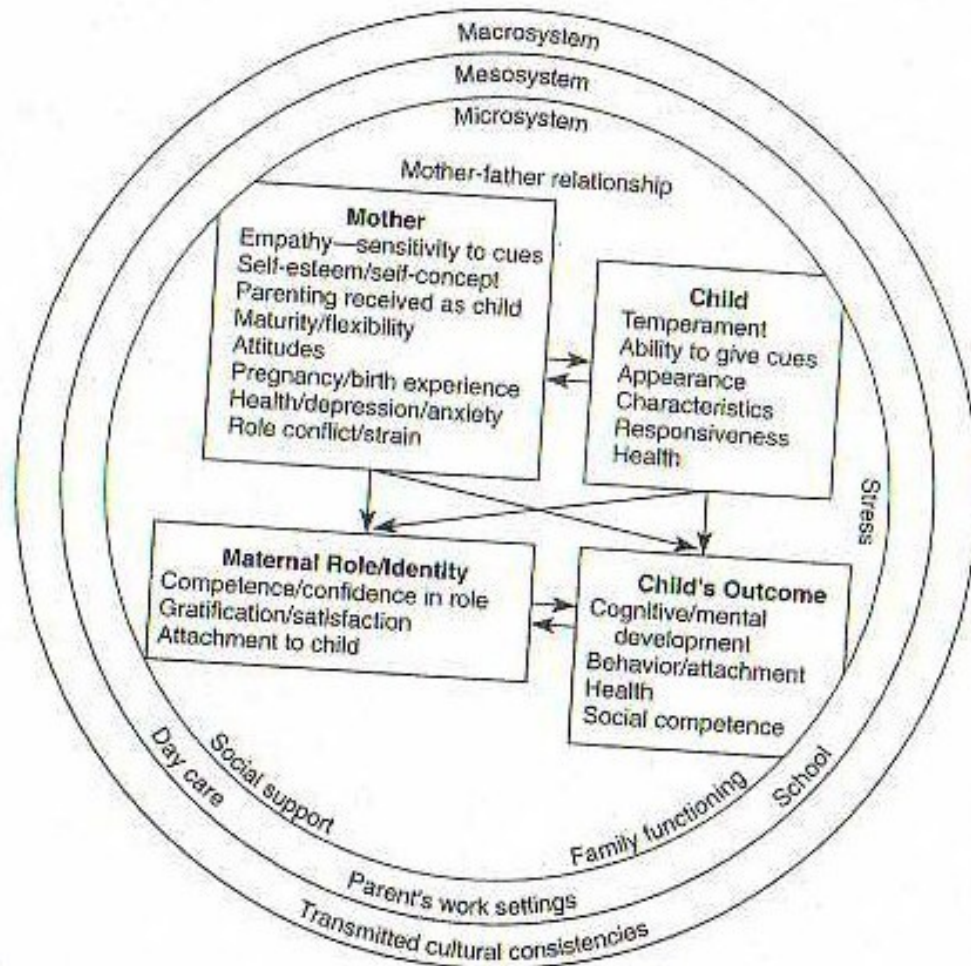
Příloha 11: Tematická příručka – okruhy otázek pro sestry

Příloha 12: Dotazník

Příloha 13: Edukační materiál

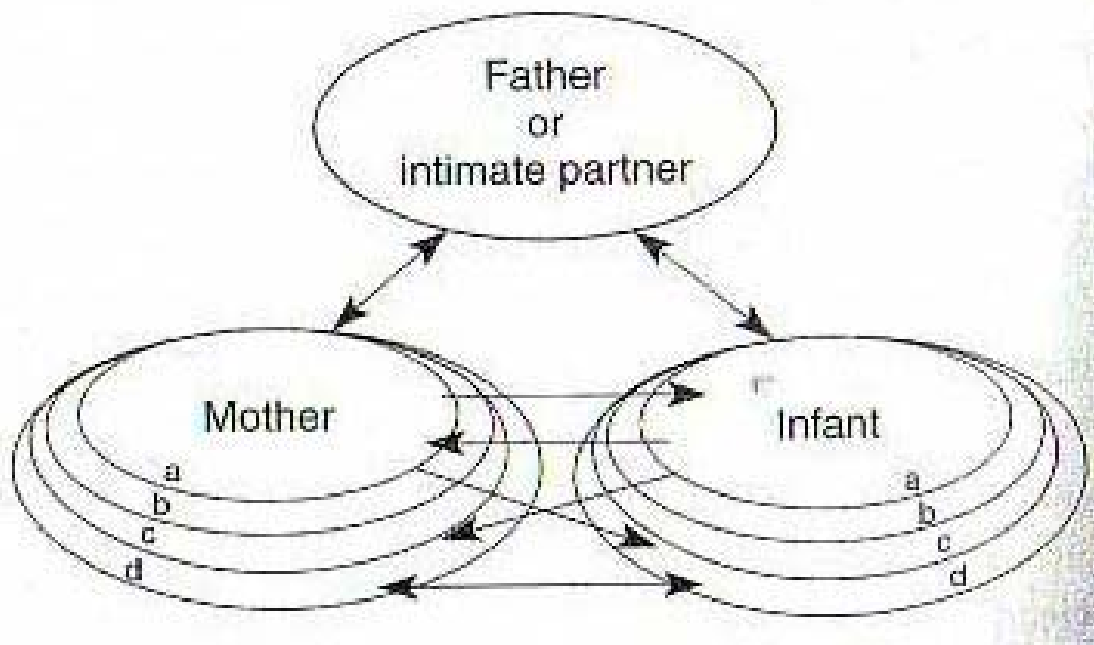


Příloha 1: Teorie Dosažení mateřské role



Zdroj: (46, s. 607)

Příloha 2: Stádia dosažení mateřské role



Zdroj: (46, s. 612)

Příloha 3: Apgar score

Kriteria novorozence	SKÓRE			1.min	5.min	10.min
	0	1	2			
<b>Dechové úsilí</b>	Žádné	Ztížené, nepravidelné, bradypnoe	Pravidelné, dostatečné, křik			
<b>Srdeční frekvence</b>	Nepřítomná, neslyšné ozvy, nehmatný tep	Pod 100 tepů /min	Nad 100 tepů /min			
<b>Svalový tonus</b>	Bez spontánní aktivity,(Atonie), ochablý pohyb	Těžkopádný, flexe končetin, snížený	Čilí aktivní spontánní pohyb			
<b>Barva kůže daná prokrvením</b>	Modrá (cyanotická), bledá	Akrální cyanóza (Akrocyanóza)	Růžová			
<b>Reakce na podráždění</b>	Nepřítomná	Chabá, grimasy	Hlasitý křik, kašel, kýchání			

**Hodnocení:**

Počet bodů:	Výsledek:
10	Zdravý čilý novorozenec
9-10	Uspokojivá hodnota
7-8	Vyžaduje přechodnou podporu adaptace
Méně jak 7	Vyžaduje resuscitaci novorozence
0	Klinické známky smrti

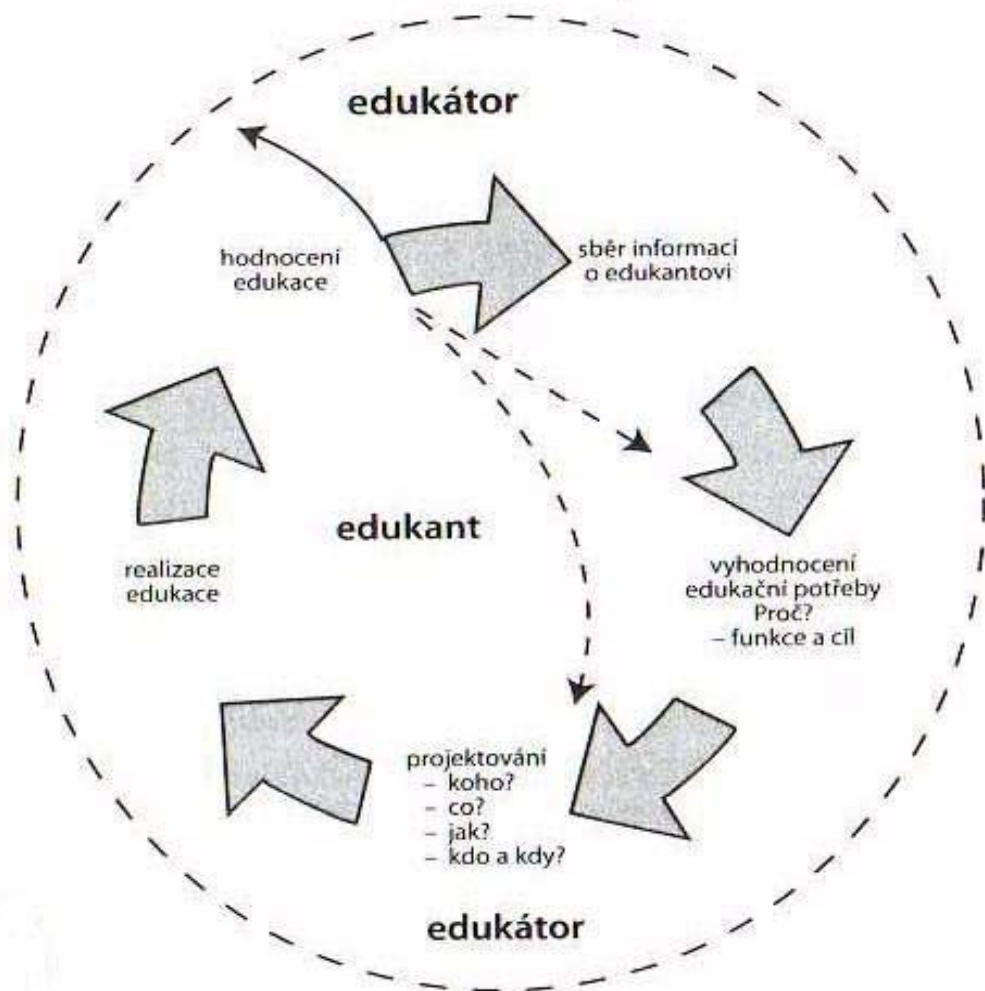
Zdroj: (8)

Příloha 4: Edukace a ošetrovatelský proces

Fáze/kroky		Činnosti v ošetrovatelském procesu
Edukace	Ošetrovatelský proces	
Počáteční pedagogická diagnostika	Zhodnocení/posouzení	Získávání informací o klientovi
projektování	Stanovení ošetrovatelské diagnózy	Stanovení ošetrovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	Plánování ošetrovatelské péče	Sestavení plánu ošetrovatelské péče pro vyšetření ošetrovatelských problémů klienta
Realizace	Realizace ošetrovatelského plánu	Realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetrovatelského problému
Upevňování a prohlubování učiva		
Fáze zpětné vazby	hodnocení	Hodnocení výsledků ošetrovatelské péče

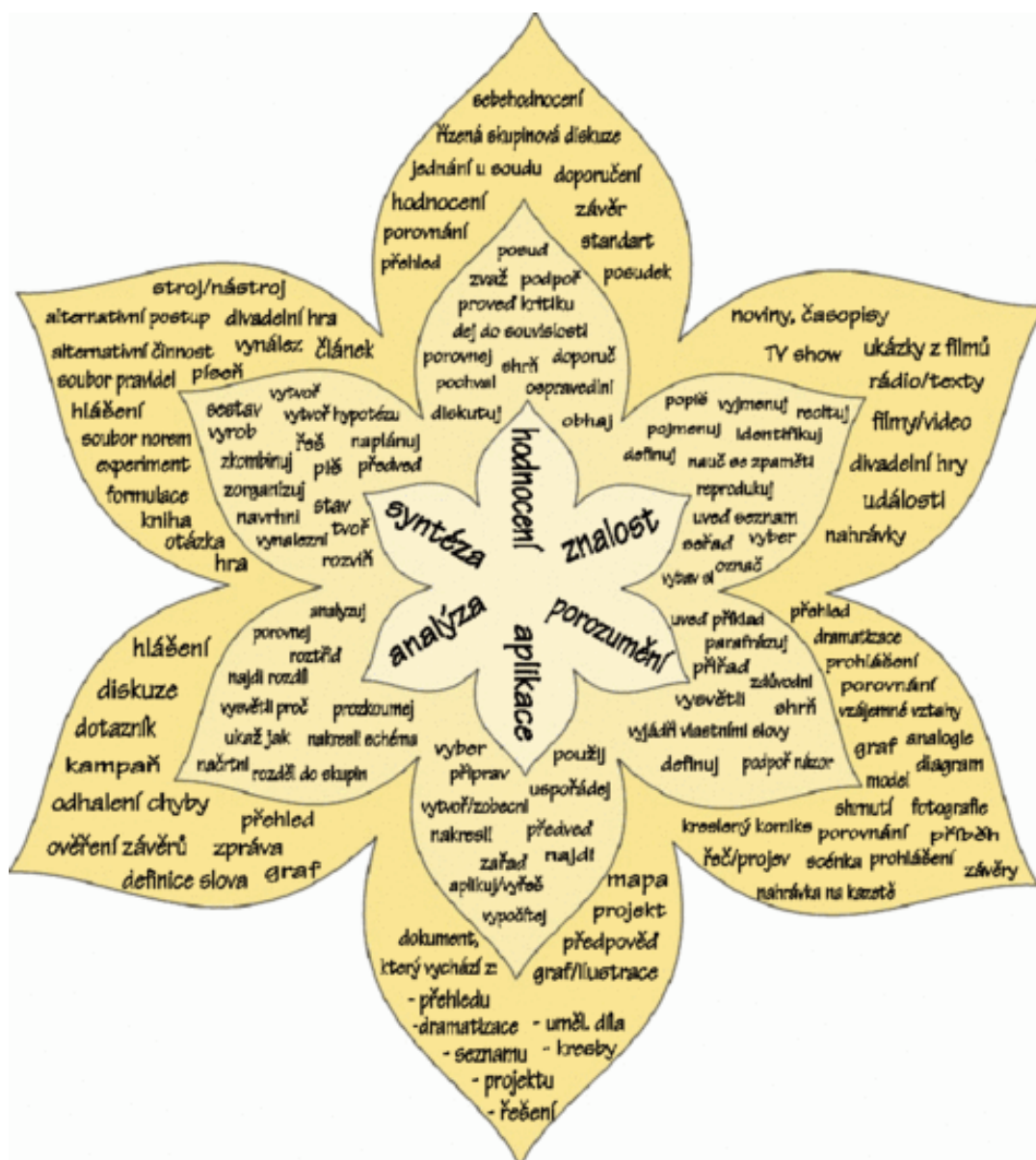
Zdroj: (18, s. 22)

Příloha 5: Edukace klienta v podmínkách zdravotnického zařízení



Zdroj: (18, s. 23)

Příloha 6: Bloomova taxonomie



Zdroj:(39)

## Příloha 7: Krathwohlova taxonomie

### Krathwohlova taxonomie vzdělávacích cílů v afektivní oblasti (1964)

1. Vnímání (přijímání)
2. Reagování (aktivní spolupráce)
3. Oceňování hodnot (hodnocení)
4. Organizace (integrace hodnot, systematizace hodnocení)
5. Uspořádání (zvnitřňování hodnot v charakteru)

Zdroj: (17)

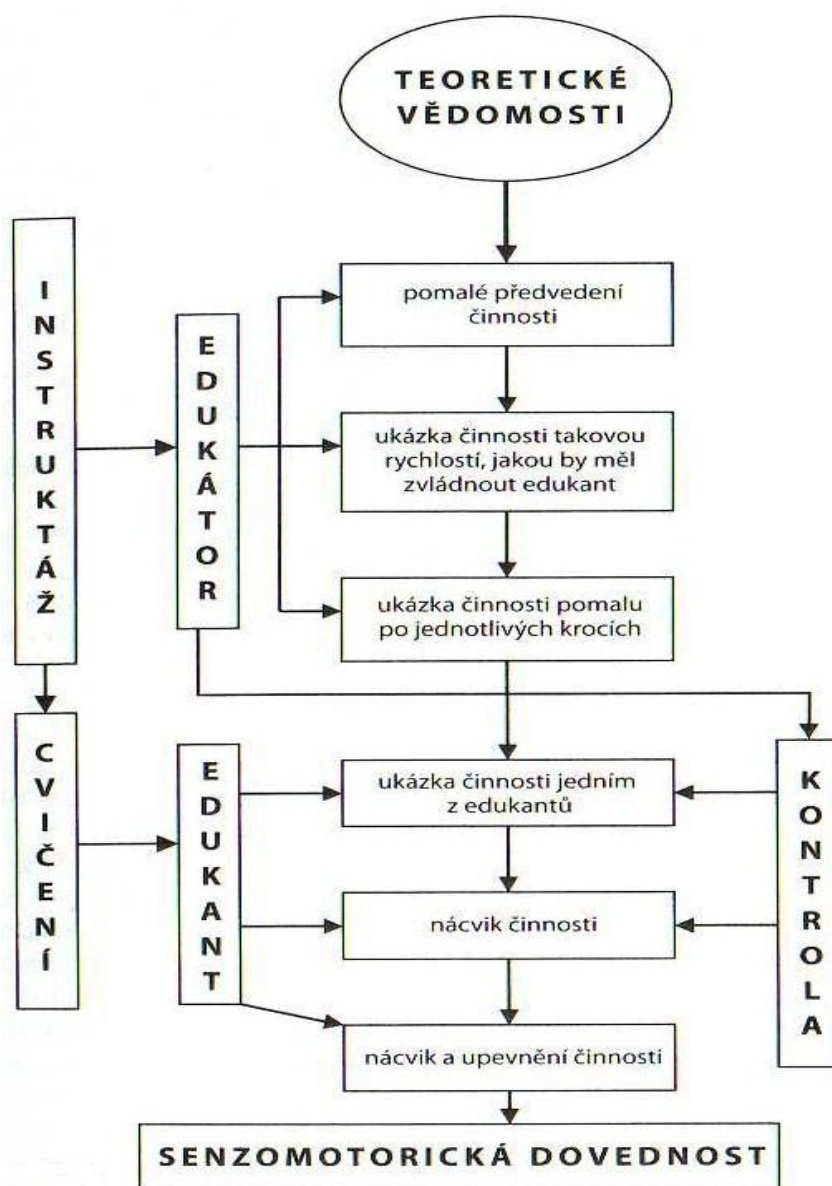
Příloha 8: Rozdělení edukačních metod

Teoretické	Teoreticko-praktické	Praktické
klasická přednáška přednáška <i>ex cathedra</i> přednáška s diskusí cvičení seminář	diskusní metody problémové metody programová výuka diagnostické a klasifikační metody projektové metody	instruktáž coaching asistování rotace práce stáž exkurze létající tým

Zdroj: (18, s. 37)



Příloha 9: Nácvik senzomotorických dovedností



Zdroj: (18, s. 41)

## Příloha 10: Tematická příručka – okruhy otázek pro matky

### Tematická příručka:

Po úvodním seznámení, žádosti o rozhovor a obeznámení s problematikou, požadavky a cílem rozhovoru byly položeny následující otázky:

### Rozhovor s matkou:

#### Všeobecné dotazy:

- Kolik je Vám let?
- Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- Jaké je Vaše předchozí zaměstnání?
- Jste vdaná?
- Kde bydlíte?
- Kolik je Vás v jedné domácnosti?
- Máte dostatek soukromí?

#### První stupeň: anticipace (očekávání)

- Bylo Vaše miminko očekávané?
- Je toto Vaše první miminko?
- Kolik jste během těhotenství absolvovala prohlídek u svého lékaře?
- Jaký byl průběh těhotenství?
- Navštěvovala jste během těhotenství těhotenskou poradnu? Jaké jste měla s poradnou zkušenosti? Cítila jste, že byla přínosem?
- Navštěvovala jste nějaké jiné předporodní kurzy? A jaké?
- Máte zkušenost z předchozích těhotenství s nedonošeným novorozencem?
- Jak jste vnímala těhotenství jako takové?
- Byl Vám stanoven porodní plán? Jaký? Jaké jste měla od plánu očekávání? Byla splněna?

- Očekávala jste narození nedonošeného miminka? Jaké jste z toho měla pocity? Byl Vám někdo oporou? Kdo?
- Jak jste v tomto období vnímala roli sestry?

Druhý stupeň: formální, společenský

- Jak jste vnímala samotný porod?
- Byl u porodu přítomen někdo z rodiny? Kdo?
- Cítila jste od partnera (manžela, či jiného přítomného na sále) při porodu oporu?
- Jaké pocity jste měla po porodu?
- Měla jste bezprostředně po porodu možnost mít u sebe miminko?
- Jaké jste při tom měla pocity?
- Jakou roli zaujímala v tomto období pro vás sestra?

Třetí stupeň: neformální, neoficiální

- Po jaké době jste poprvé viděla miminko?
- Kdy jste se miminka poprvé dotkla?
- Jaké pocity jste měla při prvním kontaktu s miminkem?
- Po jak dlouhé době jste dostala miminko do vlastní péče?
- Jak jste vnímala bariéru inkubátoru?
- Jak vnímáte pomoc sester na oddělení při péči o miminko?
- Jak vnímáte přístup sester k Vám?
- Jsou Vám sestry oporou?
- Jaká je komunikace se sestrami na oddělení?
- Chodí za Vámi návštěvy?
- Jak zvládáte roli matky?
- Máte z něčeho obavy? Z čeho?
- Kdo Vám byl nápomocen při vytváření si vztahu u nedonošeného novorozence a jak?

Čtvrtý stupeň: osobní

- Bude Vám doma někdo pomáhat při péči o miminko?
- Cítíte, že by mohly nastat nějaké problémy v péči o miminko doma?  
Jaké?
- Máte doma zabezpečeno vše pro miminko? Co?
- Myslíte si, že zvládnete péči o miminko samostatně doma?
- Je u Vás doma někdo, kdo by Vám mohl kdykoli pomoci?
- Má miminko svou vlastní místnost u Vás doma?
- Jaké máte do budoucna očekávání od sestry?

Případné položení doplňujících otázek dle pojmů ošetřovatelského modelu Ramony Mercer: Dosažení mateřské role, pro upřesnění a doplnění.

Zdroj: vlastní

## Příloha 11: Tematická příručka – okruhy otázek pro sestry

### Tematická příručka:

Po úvodním seznámení, žádosti o rozhovor a obeznámení s problematikou, požadavky a cílem rozhovoru byly položeny následující otázky:

### Rozhovor s dětskou sestrou:

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- Jak dlouho na oddělení pracujete?
- Jak vnímáte maminky nedonošených novorozenců?
- Vidíte nějaké zásadní bariéry u maminek nedonošených novorozenců? Jaké?
- V čem vidíte největší úskalí v péči a přístupu u matek nedonošených novorozenců?
- Jaké jsou podle Vás největší bariéry v přijmutí nedonošeného novorozence matkou?
- Jaká je s matkami nedonošených novorozenců komunikace?
- Máte pocit, že u Vás hledají matky nedonošených novorozenců oporu?
- V čem nejvíce u Vás matky nedonošených novorozenců hledají oporu?
- Jak k Vám, dle Vašeho názoru, matky nedonošených novorozenců přistupují?
- Jaký je podle Vás rozdíl mezi přístupem k nedonošenému novorozenci prvorodičky a matky po více porodech?
- Jaký je podle Vás rozdíl v přístupu k nedonošenému novorozenci u různých věkových kategorií matek?
- Jaké psychické zábrany mají dle Vás matky ve vztahu k nedonošenému novorozenci?
- Jak nesou matky různého věku a různých zkušeností odpoutání od dítěte a bariéru inkubátoru?

- Jak si myslíte, že ovlivňuje přístup matek k nedonošeným novorozencům jejich sociální zázemí?

Případné položení doplňujících otázek dle pojmů ošetrovatelského modelu Ramony Mercer: Dosažení mateřské role, pro upřesnění a doplnění.

Zdroj: vlastní

Příloha 12: Dotazník

**Otázky zpracované dle pojmů modelu: Dosažení mateřské role R. Mercer**

**1. a 2. fáze dosažení mateřské role (od početí do porodu, včetně porodu)**

Základní otázky:

Jaký je Váš rodinný stav?

\*vdaná      \*svobodná      \*rozvedená      \*vdova \* nesezdaná

S kým čekáte miminko?

\*manžel      \*partner

Věk mateřství:

Kolik je Vám let?

Týden porodu:

Porodní váha miminka:

Sebeúcta:(Vědomí vlastní hodnoty)

Jak se vnímáte?

\*věřím si      \*vážím si sama sebe      \*nevěřím si      \*nevážím si sama sebe

Jak byste se popsala?

.....

Sebeuvědomění:(Vnímání sebe, vlastní hodnocení)

Jste sama se sebou spokojená?

\*ano \*ne \*proč.....

Jak se vnímáte v zátěžových situacích?

\*flegmatik \*sanguinik \*cholerik \*melancholik

Flexibilita: (schopnost pružné reakce v různých situacích)

Jak snášíte změny v životě?

.....

Myslíte si, že jste flexibilní? Jak byste to popsala?

.....

Zdravotní stav rodiny:

Jaký je zdravotní stav Vaší rodiny?

\*výborný \*dobrý \*průměrný \*špatný

Má někdo z rodiny nějaké zdravotní potíže? Jaké?

\*psychické \*fyzické \*sociální

Jak Vás tyto potíže ovlivňují?

.....



Úzkost: (Souhrn negativních emocí, bez zjevné příčiny)

Jak zvládáte úzkost?

.....

Jak reagujete na stresové situace?

.....

Deprese: (Chorobně pokleslá nálada)

Trpíte někdy depresemi?

.....

Co je jejich spouštěčem?

.....

Rodina:

Kdo všechno je pro Vás součástí nejbližší rodiny?

\*manžel/partner      \* + rodiče      \* + jiní členové.....

Jak tento systém vnímáte?

\*funkční      \*narušená funkčnost      \* nefunkční

Funkce rodiny:

Jaké funkce by podle Vás měla rodina plnit?

\*reprodukční      \*ekonomicko-zabezpečovací      \*emocionální

\*socializačně-výchovná

Plní Vaše rodina všechny funkce?

\*ano      \*ne

Stres:

Jak vnímáte stresové situace?.....

Jak na ně reagujete?

\*flegmatik    \*cholerik    \*sanquinik    \*melancholik

Sociální podpora:

Kdo je pro Vás největší sociální oporou?.....

Myslíte si, že je dostatečná, nebo byste si ji představovala jinak?

\*dostatečná    \*nedostatečná

Emocionální podpora:

V kom máte největší důvěru?

\*manžel/partner    \*rodina    \*děti

Máte v okolí dostatek porozumění?

\*ano    \*ne

\*Jak si ji představujete:.....

Informační podpora:

Dostává se Vám dostatek kvalitních informací o stavu plodu a průběhu těhotenství?

\*ano    \*ne

Doplnění - od koho?:

\*lékař    \*knihy    \*internet    \*media    \*okolí  
\*přátelé

Vztah matka – otec:

Jak byste hodnotila Váš aktuální vztah s partnerem?

.....

Jaké cíle si ve vztahu kladete?

.....

**Otázky zpracované dle pojmů modelu: Dosažení mateřské role R. Mercer**

**3. a 4. fáze dosažení mateřské role (od porodu, až po domácí péči)**

Dosažení mateřské úlohy:

Co pro Vás znamená mateřství?

.....

Jak byste popsala (ohodnotila) svou mateřskou úlohu?

\*zvládám samostatně      \*zvládám s pomocí      \*nezvládám

Vnímání zkušeností s porodem:

Jaké bylo Vaše vnímání sebe sama po porodu?

.....

Jak jste vnímala samotný porod a narození dítěte?

.....

Byl u porodu přítomen otec dítěte?

\*ano    \*ne

Co pro Vás jeho přítomnost/nepřítomnost znamenala?

.....

Časné oddělení dítěte od matky:

Jak jste vnímala oddělení od dítěte po porodu?

.....

Sebeúcta:(Vědomí vlastní hodnoty)

Jak vnímáte sama sebe nyní?

.....

Flexibilita: (schopnost pružné reakce v různých situacích)

Pocitujete po porodu nějaké změny v této oblasti? Jaké?

\*ano \*ne \*jaké:.....

Postoj k výchově dětí:

Jaké výchově dáváte přednost?

.....

Zdravotní stav rodiny:

Jaký je zdravotní stav Vaší rodiny?

\*výborný \*dobrý \*průměrný \*špatný

Má někdo z rodiny nějaké zdravotní potíže? Jaké?

\*psychické \*fyzické \*sociální

Jak Vás tyto potíže ovlivňují?

.....

Napětí:

Jak vnímáte těžkosti a překážky při plnění mateřských povinností?

.....

Potěšení, náklonnost:

Jaké máte pocity, když jste spolu s Vaším dítětem a při běžných mateřských povinnostech?

.....

Temperament dítěte:

Jaký temperament má podle Vás Vaše dítě?

\*flegmatik    \*cholerik    \*sanquinik    \*melancholik

Zdraví dítěte:

Jaký zdravotní stav má Vaše dítě?

\*výborný    \*dobrý    \*narušený    \*špatný    \*kritický

Jak prožíváte onemocnění dítěte?

.....

Rodina:

Jak byste popsala Váš systém rodiny? (matka-otec-dítě)

\*funkční    \*narušená funkčnost    \*nefunkční    \*neúplná

Informační podpora:

Dostává se Vám dostatek kvalitních informací o stavu dítěte?

\*ano    \*ne

Kdo Vám tyto informace poskytuje?

\*lékař    \*knihy    \*internet    \*zdravotní sestra

Tělesná podpora:

Cítíte dostatečnou fyzickou pomoc? Od koho?

\*ano \*ne \*kdo:.....

Vztah matka – otec:

Jaké je zapojení otce do péče o dítě?

.....

Hodnocení:

Jak byste popsala (ohodnotila) svou mateřskou úlohu?

\*zvládám samostatně      \*zvládám s pomocí      \*nezvládám

### *Příloha 13: Edukační materiál*

#### *Edukační standard vytvořený pro sestry*

#### EDUKAČNÍ STANDARD

Název: **Edukační proces v dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer**

<b>Charakteristika standardu</b>	<b>Edukační standard</b>
<b>Oblast péče</b>	Edukace a individualizovaná péče
<b>Cílová skupina klientů</b>	Matky nedonošených novorozenců
<b>Místo použití</b>	Lůžková oddělení, ambulantní provozovny nemocnice, ambulantní provozovny lékařů
<b>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</b>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, porodní asistentky
<b>Odpovědnost za realizaci</b>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<b>Platnost standardu od:</b>	1.1.2012
<b>Frekvence kontroly</b>	1x ročně
<b>Revize standardu provedena</b>	
<b>Kontrolu vykoná</b>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra), externí kontrolní subjekt
<b>Kontaktní osoba</b>	Bc. Lucie Skalová
<b>Odborný garant</b>	Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc. Dr. h.c.
<b>Schválil</b>	Mgr. Alena Nováková náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



## **Edukační standard**

Edukační proces v dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer

### **Úvod**

Edukace je vzdělávání a výchova. Obě tyto součásti se promítají do edukačního procesu. V edukačním procesu dochází k učení daného subjektu, jemuž je předáván přímo nebo zprostředkovaně určitý druh informací. Úkol sestry je poskytnout matce takové znalosti a dovednosti, které pomohou k dosažení mateřské role na požadované úrovni.

### **Indikace k edukaci**

- ✓ Sestra edukuje matku o dosažení mateřské role v těhotenství
- ✓ Sestra edukuje matku o dosažení mateřské role po porodu
- ✓ Sestra edukuje matku o dosažení mateřské role během pobytu v porodnici
- ✓ Sestra edukuje matku o dosažení mateřské role při odchodu do domácí péče
- ✓ Sestra edukuje matku o samostatné péči o nedonošeného novorozence
- ✓ Sestra edukuje matku o komplikacích spojených s nedonošeným novorozencem

### **Kontraindikace k edukaci**

- ✓ Nedosažení mateřské role v jedné ze čtyř fází dosažení mateřské role dle modelu R.Mercer
- ✓ Neochota matky spolupracovat se sestrou
- ✓ Zhoršení zdravotního stavu matky, dítěte
- ✓ Nedostatečná motivace matky

## Definice standardu

Edukace matky sestrou o dosažení mateřské role a samostatné péči o nedonošeného novorozence je edukační proces zahrnující zhodnocení zdravotního stavu matky i dítěte, schopností i dovedností matky k dosažení mateřské role a péče o nedonošeného novorozence, plánování edukačního procesu, realizaci a zpětnou vazbu.

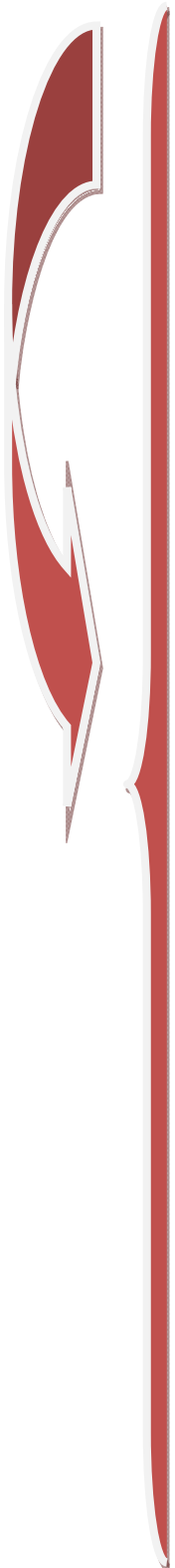
## Cíl standardu

Dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer a kvalitní péče matky o nedonošeného novorozence.

## Kritéria struktury



- ✓ S1 Kompetentní osoby k výkonu
  - Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů
  - Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace
- ✓ S2 Formy edukace
  - Individuální
  - S rodinou
  - Skupinová
- ✓ S3 Metody edukace
  - Teoretické
    - přednáška
    - cvičení
    - seminář
  - Teoreticko-praktické
    - diskuse
    - problémové metody



- program
- projekt
- diagnostika a klasifikace
- Praktické
  - instruktáž
  - coaching
  - asistence
  - stáž
- ✓ S4 Pomůcky k edukaci
  - pomůcky dle zvolené edukační metody
  - informační materiály (letáky, brožury)
  - příklady: dokumentace klientky, záznamy edukace, dataprojektor, literatura, film, model, pomůcky k aplikaci
- ✓ S5 Dokumentace
  - edukační formulář
  - edukační brožura
- ✓ S6 Prostředí a čas
  - společenská místnost
  - pokoj klienta
  - kritéria místnosti
    - větratelná
    - vydesinfikovaná
    - soukromí
    - ticho
    - světlo
    - dostatek prostoru a času
    - příjemné
    - připravené k edukaci

## Kritéria výsledku



- ✓ V1 Matka verbalizuje dosažení mateřské role
- ✓ V2 Matka verbalizuje zvládnutí péče o nedonošeného novorozence
- ✓ V3 Matka předvede správnou techniku péče o nedonošeného novorozence
- ✓ V4 Matka vyjmenuje správné pomůcky pro zvládnutí péče o nedonošeného novorozence
- ✓ V5 Matka vyjmenuje možné komplikace, které v péči mohou nastat.
- ✓ V6 Matka předvede péči při vzniku komplikací.

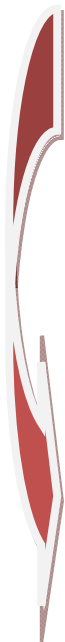
## Kritéria edukačního procesu



### 1. Fáze: pedagogická diagnostika

- ✓ P1 Sestra se seznámí s matkou
- ✓ P2 Sestra zaznamená osobní, rodinnou, sociální anamnézu
- ✓ P3 Sestra vyhodnotí schopnosti, dovednosti, vědomosti matky k dosažení mateřské role.

### 2. Fáze: projektování



- ✓ P4 Sestra zjistí množství vědomostí matky o péči o nedonošeného novorozence
- ✓ P5 Sestra zjistí množství dovedností v péči o nedonošeného novorozence
- ✓ P6 Sestra zjistí míru motivace matky
- ✓ P7 Sestra zjistí množství vědomostí matky o dosahování mateřské role
- ✓ P8 Sestra zjistí množství dovedností matky potřebných k dosažení mateřské role
- ✓ P9 Sestra naplánuje termín provedení edukačního procesu po konzultaci s matkou
- ✓ P10 Sestra zajistí a připraví vhodné místo pro realizaci edukace
- ✓ P11 Sestra naplánuje potřebné množství času na edukaci
- ✓ P12 Sestra informuje matku o významu edukačního procesu

- ✓ P13 Sestra společně s matkou stanoví cíle edukačního procesu
- ✓ P14 Sestra vyhodnotí vhodnou edukační metodu
- ✓ P15 Sestra vybere vhodnou formu edukace

### 3. Fáze: realizace

- ✓ P16 Sestra vysvětlí klientce v těhotenství vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví
- ✓ P17 Sestra vyjmenuje klientce objektivní příznaky těhotenství
- ✓ P18 Sestra vysvětlí klientce růst plodu v těhotenství a jeho vliv na dosažení mateřské role
- ✓ P19 Sestra poskytne klientce informace o adaptaci ženy na těhotenství a mateřskou roli
- ✓ P 20 Sestra s klientkou sestaví porodní plán a vysvětlí vhodnost předporodních kurzů a vysvětlí jeho vliv na dosažení mateřské role
- ✓ P 21 Sestra poskytne klientce informace o rizikovém a patologickém těhotenství a jeho vlivu na rodinu a dosažení mateřské role
- ✓ P 22 Sestra klientce vyjmenuje druhy porodů a jejich vliv na dosažení mateřské role
- ✓ P 23 Sestra vysvětlí klientce vliv managementu bolesti na dosažení mateřské role
- ✓ P 24 Sestra vysvětlí klientce vliv otce u porodu na dosažení mateřské role
- ✓ P 25 Sestra edukuje klientku o předčasném porodu a jeho vlivu na dosažení mateřské role
- ✓ P 26 Sestra edukuje klientku o porodu nedonošeného novorozence
- ✓ P 27 Sestra vysvětlí matce vliv prvního přiložení novorozence na sále na dosažení mateřské role
- ✓ P 28 Sestra edukuje matku o poporodní adaptaci novorozence
- ✓ P 29 Sestra edukuje matku o důležitosti kojení a jeho vlivu na dosažení mateřské role
- ✓ P 30 Sestra edukuje matku o péči o nedonošeného novorozence
- ✓ P 31 Sestra vysvětlí matce důvod odloučení od novorozence a jeho vliv na

dosažení mateřské role

- ✓ P 32 Sestra edukuje matku o systému "rooming in" a jeho vlivu na dosažení mateřské role
- ✓ P 33 Sestra vysvětlí matce vliv rodiny na dosažení mateřské role
- ✓ P 34 Sestra vysvětlí matce vliv plánování propuštění do domácí péče na dosažení mateřské role
- ✓ P 35 Sestra edukuje matku o možnostech kontaktů s dalšími odborníky

4. Fáze: upevňování a prohlubování učiva

- ✓ P 36 Sestra umožní matce teoretické zopakování získaných informací
- ✓ P 37 Sestra aktivně vybízí matku k otázkám
- ✓ P 38 Sestra umožní praktické zopakování nabytých dovedností matky na modelu

5. Fáze: zpětná vazba

- ✓ P 39 Sestra vyhodnotí společně s matkou, zda byly dosaženy vytyčené cíle
- ✓ P 40 Sestra pomocí cílených otázek zjistí stupeň získaných dovedností a znalostí matky
- ✓ P 41 Sestra vyhodnotí úspěšnost edukačního procesu, pokud úspěšnost nebude dostatečná, provede revizi
- ✓ P 42 Sestra zaznamená průběh edukačního procesu do edukačního formuláře

Dotazy určené k vyhodnocení úspěšnosti edukačního procesu

- Dotazy na sestru
  - ✓ Bylo provedeno vše pro dosažení všech cílů?
  - ✓ Jak se po edukaci cítíte?
  - ✓ Použila jste vhodný druh edukace?
  - ✓ Udělala byste něco jinak?
  - ✓ Co se při edukaci nejvíce osvědčilo?
  - ✓ Co nového příště využijete?
- Dotazy na matku
  - ✓ Jak vám vyhovoval způsob edukace?

- ✓ Jste s edukací spokojena?
- ✓ Jaké máte po edukaci pocity?
- ✓ Chybí vám nějaké informace?
- ✓ Zvládáte nové získané praktické dovednosti?
- ✓ Máte k edukaci nějaké připomínky?

### **Komplikace edukace**

- ✓ Nesplnitelné cíle
- ✓ Zdravotní komplikace ze strany matky nebo dítěte
- ✓ Nevhodná metoda edukace
- ✓ Nevhodná komunikace s matkou
- ✓ Nedostatek času na edukaci
- ✓ Nevhodnost prostoru pro edukaci
- ✓ Nedostatečná motivace matky
- ✓ Negativní přístup matky k dítěti

### **Zvláštní upozornění**

- ✓ Nutnost zpětné vazby
- ✓ Nutnost přesvědčení sestry, že matka zvládá naučené dovednosti
- ✓ Zopakování zásadních částí edukace

### **Literatura**

1. BEHINOVÁ, M.; KAISEROVÁ, K. *Velká kniha o mateřství*. Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 80-204-1526-2.
2. DELAHAYE, M.C. *Praktický průvodce těhotné ženy*. 1. vydání. Praha: Potrál, 2006. 170 s. ISBN 80-7367-073-9.
3. FENDRYCHOVÁ, J. BOREK, I. A KOL. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
4. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

5. KOBILKOVÁ, J. A KOL. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén Karolinum, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
6. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
7. MERCER, R., T., WALKER, L. O. A review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006, roč. 35, č. 5, s. 568-582. ISSN 0884-2175.
8. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
9. SEDLÁŘOVÁ, P. A KOL. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
10. VELEMÍNSKÝ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JU, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.



Kontrolní podklad auditu č.....

### **Edukační proces v dosažení mateřské role dle modelu R. Mercer**

Pracoviště:

Datum:

Auditor:

Využitelné metody auditu:

- ✓ Dotazování sestry
- ✓ Dotazování matky
- ✓ Dotazování zaměstnavatele
- ✓ Pozorování
- ✓ Kvalifikační požadavky (osobní spis)
- ✓ Kontrola pomůcek
- ✓ Vhodnost prostředí
- ✓ Kontrola veškeré zdravotní dokumentace

<b>Kód</b>	<b>Kontrolní kritéria</b>	<b>Metoda hodnocení</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Kritéria struktury				
S1	Provádí edukaci kompetentní sestra?	Osobní spis		
S2	Zná sestra všechny formy edukace?	Dotazování sestry		
S3	Zná sestra všechny metody edukace?	Dotazování sestry		
S4	Jsou k edukaci dostupné všechny potřebné pomůcky?	Dotazování sestry, pozorování		
S5	Požívá sestra k edukaci vhodnou dokumentaci?	Dotazování sestry, pozorování		
S6	Využívá sestra k edukaci vhodné prostředí?	Dotazování sestry, pozorování prostř.		

Kritéria výsledku				
V1	Verbalizuje matka dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry		
V2	Verbalizuje matka zvládnutí péče o nedonošeného novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry		
V3	Zvládne prakticky matka správnou techniku péče o nedonošeného novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování		
V4	Vyjmenuje matka správné pomůcky pro zvláštní péči o nedonošeného novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry		
V5	Vyjmenuje matka možné komplikace v péči?	Dotazování matky, dotazování sestry		
V6	Zvládne matka péči při vzniku komplikací?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování		

Kritéria procesu				
P1	Seznámila se důkladně sestra s matkou?	Dotazování matky, pozorování		
P2	Zaznamenala sestra od matky anamnézu?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P3	Vyhodnotila sestra všechny aspekty ovlivňující dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		

P4	Zjistila sestra množství vědomostí matky o péči o nedonošeného novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P5	Zjistila sestra množství dovedností matky v péči o nedonošeného novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P6	Zjistila sestra míru motivace matky?	Dotazování sestry, pozorování		
P7	Zjistila sestra množství vědomostí matky o dosahování mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P8	Zjistila sestra množství dovedností matky potřebných k dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P9	Naplánovala sestra termín provedení edukačního procesu po konzultaci s matkou?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P10	Zajistila a připravila sestra vhodné prostředí k realizaci edukace?	Dotazování sestry, kontrola dokumentace, kontrola prostředí		
P11	Naplánovala sestra potřebné množství času na edukaci?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		

P12	Informovala sestra matku o významu edukačního procesu?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P13	Stanovila sestra společně s matkou cíle edukačního procesu?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P14	Zvolila sestra vhodnou edukační metodu?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P15	Zvolila sestra vhodnou formu edukace?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P16	Vysvětlila sestra vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P17	Vyjmenovala sestra klientce objektivní příznaky těhotenství?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P18	Vysvětlila sestra klientce růst plodu v těhotenství a jeho vliv na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		

P19	Poskytla sestra informace o adaptaci ženy na těhotenství a mateřství?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P20	Sestavila sestra s klientkou porodní plán a vysvětlila jeho vhodnost?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P21	Poskytla sestra klientce informace o rizikovém a patologickém těhotenství?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P22	Vyjmenovala sestra klientce druhy porodů a jejich vliv na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P23	Vysvětlila sestra klientce vliv managementu bolesti na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P24	Vysvětlila sestra klientce vliv otce u porodu na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P25	Edukovala sestra klientku o předčasném porodu a jeho vlivu na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		

P26	Edukovala sestra klientku o porodu nedonošeného novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P27	Vysvětlila sestra matce vliv prvního přiložení novorozence na sále na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P28	Edukovala sestra matku o poporodní adaptaci novorozence?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P29	Edukovala sestra matku o důležitosti kojení a jeho vlivu na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P30	Edukovala sestra matku o péči o nedonošeného novorozence	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P31	Vysvětlila sestra matce důvod odloučení od novorozence a jeho vliv na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P32	Edukovala sestra matku o systému "rooming in" a jeho vlivu na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		

P33	Vysvětlila sestra matce vliv rodiny na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P34	Vysvětlila sestra matce vliv plánování propuštění do domácí péče na dosažení mateřské role?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P35	Edukovala sestra matku o možnostech kontaktů s dalšími odborníky?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P36	Umožnila sestra matce teoretické zopakování získaných informací?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P37	Vybízela sestra aktivně matku k otázkám?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování		
P38	Umožnila sestra matce praktické zopakování nabytých dovedností matky na modelu?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování		
P39	Vyhodnotila sestra společně s matkou, zda byly dosaženy vytyčené cíle?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P40	Zjistila sestra pomocí otázek stupeň získaných dovedností a znalostí matky?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		

P41	Vyhodnotila sestra úspěšnost edukačního procesu, případně provedla revizi?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
P42	Zaznamenala sestra průběh edukačního procesu do edukačního formuláře?	Dotazování matky, dotazování sestry, pozorování, kontrola dokumentace		
CELKOVÝ POČET BODŮ:				

Za každé ANO = 1 bod

Vyhodnocení výsledků auditu

Výborná péče: 54 - 41 bodů

Vyhovující péče: 40 - 27 bodů

Nekomplexní péče: 26 - 14 bodů

Nedostatečná péče: 13 - 0 bodů





**Edukační formulář 2**

Edukant:		Dlouhodobý cíl:	
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:	
Tematický celek: 2. fáze dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer – formální			
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Druhy porodů a jejich vliv na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv managementu bolesti na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Etika porodu, vliv otce u porodu na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Předčasný porod a jeho vliv na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Porod nedonošeného novorozence, novorozence s vrozenými malform.		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace  Praktické: <input type="checkbox"/> instruktáž <input type="checkbox"/> coaching <input type="checkbox"/> asistence	
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné: .....	
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> film <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné: ..... ..... ..... .....		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné: .....  Osnova: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
Hodnocení: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			
Poznámky: ..... ..... ..... ..... .....			
			Podpis: .....

### Edukační formulář 3

Edukant:		Dlouhodobý cíl:	
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:	
Tematický celek: 3. fáze dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer - neformální			
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Vliv prvního přiložení novorozence na sále na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Poporodní adaptace na mateřskou roli <input type="checkbox"/> Adaptace novorozence <input type="checkbox"/> Důležitost kojení na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Péče o nedonošeného a novorozence s vrozenými malformacemi na sále <input type="checkbox"/> Vliv zralosti novorozence na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv odloučení od novorozence na dosažení mateřské role		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace  Praktické: <input type="checkbox"/> instruktáž <input type="checkbox"/> coaching <input type="checkbox"/> asistence	
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné: .....	
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> film <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné: ..... ..... .....		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné: .....	Osnova: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
		Hodnocení: ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
Poznámky:..... ..... ..... .....			
			Podpis: .....

### Edukační formulář 4

Edukant:		Dlouhodobý cíl:	
Edukátor:	Datum:	Počet edukačních lekcí:	
Tématický celek: 4. fáze dosažení mateřské role dle koncepčního modelu R. Mercer - personální			
Dílčí témata: <input type="checkbox"/> Vliv systému péče o dítě „rooming in“ na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv kojení na dosažení mateřské role a laktaci <input type="checkbox"/> Vliv rodiny na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Psychologie ženy v šestinedělí <input type="checkbox"/> Vliv plánování propuštění do domácí péče na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Vliv poporodních komplikací a zdravotního stavu matky i dítěte na dosažení mateřské role <input type="checkbox"/> Kontakt s dalšími odborníky		Metody: Teoretické: <input type="checkbox"/> přednáška <input type="checkbox"/> cvičení <input type="checkbox"/> seminář Teoreticko-praktické <input type="checkbox"/> diskuse <input type="checkbox"/> PBL <input type="checkbox"/> program <input type="checkbox"/> projekt <input type="checkbox"/> diagnostika a klasifikace	
Krátkodobé cíle: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		Místo: <input type="checkbox"/> společenská místnost (návštěvní) <input type="checkbox"/> chodba <input type="checkbox"/> pokoj klienta <input type="checkbox"/> jiné: .....	
Didaktické pomůcky: <input type="checkbox"/> dokumentace klienta <input type="checkbox"/> záznamy edukace <input type="checkbox"/> dataprojektor <input type="checkbox"/> literatura <input type="checkbox"/> film <input type="checkbox"/> model <input type="checkbox"/> pomůcky k aplikaci <input type="checkbox"/> jiné: ..... ..... ..... .....		Forma: <input type="checkbox"/> individuální <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> skupinová <input type="checkbox"/> jiné: .....	
		Osnova: ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	Hodnocení: ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Poznámky: ..... ..... ..... .....			
			Podpis: .....

**Těhotenství krok za krokem (edukační příručka)**



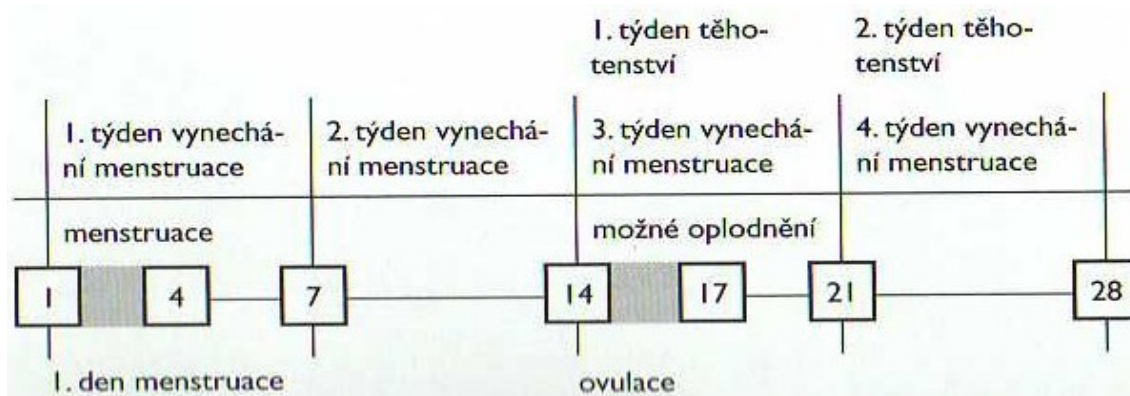
*Těhotenství měsíc po měsíci*



### Obecné informace:

#### Výpočet těhotenství:

- Během týdnů bez menstruace, začíná prvním dnem poslední menstruace.
- Během týdnů ověřeného těhotenství, počínajíc oplodněním je počátek ve třetím týdnu bez menstruace, což je počet týdnů bez menstruace po odečtení dvou týdnů.



#### Délka těhotenství:

- Je proměnlivá.
- Průměrná délka je 280 dní od prvního dne poslední menstruace, nebo 266 dní od okamžiku oplodnění (přestavujících přibližně devět kalendářních měsíců, 38 týdnů).

#### Datum porodu:

- Závislé na mnoha faktorech.
- Pro určení data porodu je nutné znát přesný datum prvního dne poslední menstruace, dále záleží, zda k početí a ovulaci došlo přesně 14 dní po oplodnění a uskutečnil-li se porod přesně za 266 dní od oplodnění.
- Posun data je možný i o dva týdny.



poslední menstruace  
datum porodu

leden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	leden
říjen	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	listopad
únor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				únor
listopad	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				prosinec
březen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	březen
prosinec	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	leden
duben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		duben
leden	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		únor
květen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	květen
únor	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	březen
červen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		červen
březen	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		duben
červenec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	červenec
duben	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	květen
srpen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	srpen
květen	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		červen
září	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		září
červen	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		červenec
říjen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	říjen
červenec	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	srpen
listopad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		listopad
srpen	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		září
prosinec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	prosinec
září	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	říjen



## První měsíc

První měsíc je nejdůležitějším obdobím pro nastávající maminky. Celé jejich tělo je ovlivněno hormony gestace, které mohou způsobit různé obtíže, například žaludeční nevolnosti, jež jsou ženám velmi dobře známé.

První dny a týdny života miminka:

- Den oplodnění značí první den života dítěte.
- Nejprve v prvních 30 až 50 hodinách života dochází k segmentaci, miminko je tvořeno šestnácti buňkami.
- Třetí až šestý den putuje miminko do dělohy.
- Sedmý den už by mělo miminko být uhnížděno v děloze, kde zůstává po celých devět měsíců.

První měsíc dítěte					
Věk dítěte	1.den	2. a 7.den	2. týden	3. týden	4. týden
<b>Míra</b>	Velikost ovocytu: 0,00150mm	0,1mm	0,2mm	1,5 až 2mm	2 až 5mm
<b>Váha</b>					Násobit 10 000
<b>Vývoj dítěte</b>	Oplodnění Spojení ovocytu a spermatozoidu	Putování vajíčka a jeho umístění v děložní sliznici	Zárodečný terčik s buněčnými vrstvami, ze kterých vzniknou tkáně	Výduť ze které vznikne hlava, bijící srdce	Počátek Organogeneze, zřetelná hlava a kostrč, pupeny končetin, zárodky vnitřních orgánů, pracuje krevní oběh, známky vnitřního ucha, oka a jazyka, plod má již míchu
<b>Obecné poznámky</b>			Plod už není vajíčko, ale zárodek (embryo)	Embryo se ohýbá	Fetální krevní oběh, plod se v plodové dutně pohybuje

Hlavní zásady od počátku těhotenství:

- Vyhnout se veškerému radiologickému vyšetřování.
- Odstranit ze svých zvyklostí vlastní způsoby léčení (hlavně samovolné užívání léků).
- Vyhnout se styku s rozpouštědly, čisticími, barvivy a barvami.
- Nestýkat se s nakažlivě nemocnými jedinci.
- Dávat pozor na klíš'ata.
- Vyloučit alkohol a omezit konzumaci kávy a tabáku.
- Nepožívat drogy v žádné podobě (nejen v těhotenství).

Nepříjemnosti spojené s prvním měsícem těhotenství:

- Žaludeční nevolnost, až zvracení, špatné trávení, snížená chuť k jídlu.
- Poruchy spánku.
- Únava.
- Časté močení.
- Pocit svírání v podbřišku.

Mummy blues:

- Asi 13% těhotných matek i přes nadšení z miminka napadají chmurné myšlenky, které je nutné ventilovat. Matka musí o svém problému hlavně mluvit a nechat organismus, aby si na nový stav zvykl. Dobré je myslet do budoucnosti a pozitivně.

První měsíc těhotenství					
<b>Trvání těhotenství</b>	Konec 2. týdne Vynechání menstruace	3. týden Vynechání menstruace 1. týden těhotenství	4. týden 2. týden těhotenství	3. týden těhotenství	4. týden těhotenství
<b>Obecné poznámky</b>	Oplodnění	Změněná děložní sliznice pomocí progesteronu Připravena přijmout vajíčko, Hruškovitý tvar dělohy.	Produkce HCG (svrchní vrstva vajíčka jej produkuje) Udržení aktivního žlutého tělíska.	Nedostavení se menstruace.	Zvětšení a ztmavnutí prsního dvorce.
<b>Příznaky</b>				Při bolestech v podbříšku ihned vyhledat lékaře - může se jednat o mimoděložní těhotenství.	Zvýšená TT, nateklá prsa, nevolnost, ospalost, časté močení
<b>Některá vhodná opatření</b>			Pozor na: - RTG - léky - infekční choroby - toxické látky	Vysadit: - tabák - alkohol	
<b>Vyšetření</b>	Domácí těhotenský test			Další domácí těhotenský test	
<b>Co podniknout</b>					Zápis do těhotenské poradny Návštěva lékaře

## Druhý měsíc

Během druhého měsíce těhotenství probíhá u miminka tzv. organogeneze (vytváření všech orgánů těla). Na konci druhého měsíce těhotenství již miminko měří přibližně 3 centimetry a je podobné člověku. Pro maminku je nejdůležitější si uvědomit, že právě ona má výsadu nosit v sobě nový život. Maminka kolem osmého týdne těhotenství může tušit první pohyby miminka, i když jsou natolik nepatrné, že je ještě necítí fyzicky, které vyvolávají pocity souznění, štěstí, radosti a nového očekávání.

Druhý měsíc dítěte				
Věk dítěte	5. týden	6. týden	7. týden	8. týden
<b>Míra</b>	5 až 7 mm	10 až 14 mm	17 až 22 mm	3 cm
<b>Váha</b>		1,5g	1,5 až 2g	2 až 3g
<b>Vývoj dítěte</b>	Vývoj mozkových hemisfér. Ústa, pupeny čelistí, nosu a čichu. Náznaky uší a očí. Chrupavka v pupenech končetin. Dýchací divertikl. Žaludek, játra, slinivka.	Skložená hlava k hrudi. Formuje se obličej. Je patrný jazyk. Zubní lamely. Náznak očního nervu. Vytváří se pokožka. Prodlužování nohou a rukou. Vznik ledvin.	Srovnání očí a vznik panenek. Formulace sítnice a očních čoček. Funkční oční nerv. První svaly. Ohýbání končetin v loktech. Vznik prstů na nohou i rukou. Tvorba anorektálního a močopohlavního kanálu.	Vztyčování hlavy. Uši a špička nosu. Tvorba patra v ústech. Ještě nejsou oči zastřené víčky. Slinné žlázy. Formulace dlaní a chodidel. Palec jde do opozice. V srdci se vytvoří komory. Prodloužení střeva. Vyměšovací kanály jsou uzavřeny membránou.
<b>Obecné poznámky</b>	Na UZ patrný tep.	Není ještě rozlišeno pohlaví, i když je dané geneticky.	Na UZ viditelné pohyby.	Dopplerův přístroj - tlukot srdce.

Nepříjemnosti spojené s druhým měsícem těhotenství:

- Žaludeční nevolnosti.
- Zvýšené slinění.
- Pálení žáhy.
- Zácpa.
- Poruchy krevního oběhu – těžké nohy.
- Brnění převážně v pažích.
- Křeče způsobené nedostatkem vitamínu B, nebo hořčíku.
- Starosti s krásou.
- První návštěva u lékaře.
- Ohlášení těhotenství pro uznání dávek v mateřství.

## Druhý měsíc těhotenství

Trvání těhotenství	5. týden	6. týden	7. týden	8. týden
<b>Obecné poznámky</b>	Zvětšení prsou.	Vytváří se placenta. Děloha má velikost mandarinky.	Nejvyšší hladina HCG.	Děloha má velikost pomeranče.
<b>Příznaky</b>	Nevolnost se zvracením. Zvýšení tvorby slin. Pálení žáhy. Zácpa, nespavost. Těžké nohy.			Menší nevolnosti, mravenčení, křeče. Tíha v podbřišku.
<b>Některá vhodná opatření</b>	Nošení podprsenky. Používání krému proti vráskám.	Pozor na: - podvýživu - námahu Při bolestech navštívit lékaře.	Zdravá a vyvážená strava. Dostatek tekutin. Vážení se každých 14 dní.	
<b>Vyšetření</b>	Zubař Oční lékař	Vyšetření moči: - bílkoviny - cukr Vyšetření krve na protilátky: - zarděnky - AIDS - aglutin anti-D u Rh-matek		
<b>Co podniknout</b>		První povinná návštěva lékaře		

## Třetí měsíc

Ve třetím měsíci života se miminko podobá malinkému človíčku s velkou hlavou, rukama i nohama. Většina orgánů se již vyvinula. V třetím měsíci má již miminko rozlišené pohlaví, i když pro nastávající rodiče je to ještě tabu, ti mohou stále jen hádat. Ve třetím měsíci těhotenství se zmírňuje většina nepříjemností, spojených s těhotenstvím, což pro matku znamená větší pohodu a začíná se lépe cítit psychicky i fyzicky.

Třetí měsíc dítěte					
Věk dítěte	9. týden	10. týden	11. týden	12. týden	13. týden
<b>Míra</b>	4 cm od hlavy ke kostrči 5,5 cm od hlavy k patám	5 cm od hlavy ke kostrči 7,5 cm od hlavy k patám	6 cm od hlavy ke kostrči 8,5 cm od hlavy k patám	7 cm od hlavy ke kostrči 10 cm od hlavy k patám	8 cm od hlavy ke kostrči 12 cm od hlavy k patám
<b>Váha</b>	10 g	18 g	28 g	45 g	65 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Hlava se vzpřimuje. Objevení se lidských znaků. Nozdry ještě uzavřené. Zárodky smyslů chuti a čichu. Rýsování se rtů. Oční víčka jsou přes celé oko. Pohlavní orgány lze rozlišit. Varlata vylučují testosteron. Tep 110 - 160 t/min	Lidský obličej. Spontánní pohyb dítěte - otáčí hlavou, hýbe končetinami. Vlasové váčky. Pupeny trvalého chrupu. Zvětšená játra - produkce krevních buněk. Langerhansovy ostrůvky ve slinivce břišní.	První kosti. Pánevní kost. Otevření nozder. Střevo je příliš dlouhé a vstupuje do pupeční šňůry.	Oči jsou usazeny na trvalém místě. Produkce krevních buněk kostní dřeně. Vylučování hormonů pohlavími žlázami. Chlapec má varlata a penis.	Hlava má průměr 3,5 cm. Klouby fungují. Svíráni prstů do dlaně. Pigment pokožky. Otevírání úst. Sací pohyb. Primitivní okruh přijímání a vylučování trávicími cestami.
<b>Obecné poznámky</b>	Z embrya se stává plod.	Krev dítěte a matky se nikdy nemísí.	90% váhy dítěte tvoří voda.	Placenta získává trvalou podobu.	

Zásady během dalších měsíců těhotenství:

- Je potřeba dostatečného přísunu tekutin, tím se napomáhá ledvinám, pomůže tělu ubránit se lehčím infekcím močových cest.
- Pro dostatečný přísun kyslíku dítěti je potřeba dostatek pohybu. K tomu je dobré využít chůzi. Procházky přírodou je velmi prospěšná pro krevní oběh, působí i proti zácpě a stresu.
- Je potřeba vyhnout se co nejvíce jakýmkoliv stresovým situacím.
- Během těhotenství není potřeba omezit pohlavní styk, pokud oba partneři mají chuť, mohou provádět běžný sexuální život.
- Je nutné dbát na zvýšenou hygienickou péči o pohlavní orgány a doporučuje se ošetřovat pokožku vhodnými přípravky proti vysoušení a praskání.
- Oznámení zaměstnavateli o těhotenství.
- Třetí měsíc je doba rozhodnutí, zda dítě po narození kojit, či ne.



### Třetí měsíc těhotenství

<b>Trvání těhotenství</b>	9. týden	10. týden	11. týden	12. týden	13. týden
<b>Obecné poznámky</b>		Děloha stoupá do dutiny břišní. Menší stlačení močového měchýře.		Dítě čerpá z matčiny krve: - vápník - minerální soli - železo - vitamíny	Děloha má velikost grapefruitu. Zaoblování břicha.
<b>Příznaky</b>	Zrychlení srdeční činnosti. Možné zadýchávání. Ledviny zvýší činnost.	Menší potřeba močení. Zmírnění žaludečních potíží.	Práce srdce je rychlejší o 6 až 8 tepů/min.	Při nesprávné výživě anemie.	
<b>Některá vhodná opatření</b>	Chodit. Dostatek tekutin.	Vyhýbání se agresivním sportům a riziku pádu.	Příprava prsů	U bolestivého pohlavního styku oznámení lékaři.	Hlídat: - jemné pálení při močení - vaginální výtok
<b>Vyšetření</b>		I. ultrazvuk			U rizikového těhotenství punkce pupeční šňůry
<b>Co podniknout</b>			Oznámení těhotenství zaměstnavateli.		

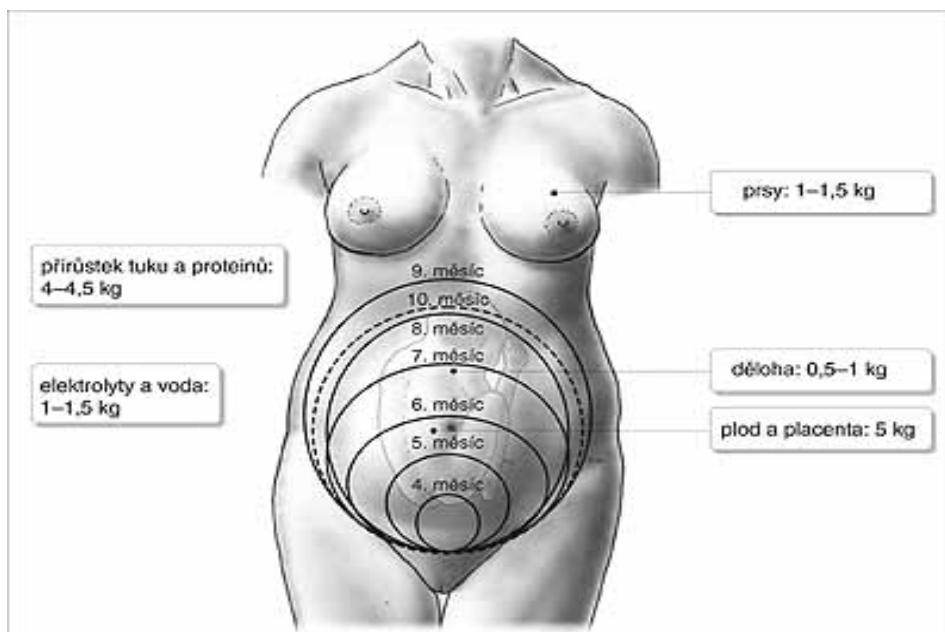
## Čtvrtý měsíc

Miminko má ve čtvrtém měsíci života již vyvinuty všechny nejdůležitější orgány a jeho růst dosahuje maxima. Toto období je nejdůležitější pro nastávající maminku a její psychiku, jelikož pocítí první lehké pohyby miminka, které byly až do teď neznatelné.

Čtvrtý měsíc dítěte				
Věk dítěte	14. týden	15. týden	16. týden	17. týden
<b>Míra</b>	9 cm od hlavy ke kostrči 14 cm od hlavy k patám	10 cm od hlavy ke kostrči 16 cm od hlavy k patám	11 cm od hlavy ke kostrči 17,5 cm od hlavy k patám	12 cm od hlavy ke kostrči 19 cm od hlavy k patám
<b>Váha</b>	110 g	135 g	160 g	200 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Hlava je vzpřímená. Pohyb očima, sraštění obočí. Nohy delší než ruce. Střevo se vrací do břišní dutiny. Sekrece hormonu štítné žlázy.	Dýchací pseudopohyby	Uši po stranách hlavy. Sítnice citlivá na světlo, ale oči jsou zavřené. Lanugo	Průsvitná kůže. Nervová vlákna se obalují myelinem - vodič vzruchů. Vznik slepého střeva. Mekonium ve střevech.
<b>Obecné poznámky</b>	Spojení mezi orgány.	EKG podobné jako u dospělého.		V plodové dutině je 250cm <sup>3</sup> tekutiny. Pohyby dítěte.

### Povinnosti spojené se čtvrtým měsícem těhotenství

- Druhá návštěva lékaře
- Měření doby těhotenství



### Čtvrtý měsíc těhotenství

<b>Trvání těhotenství</b>	14. týden	15. týden	16. týden	17. týden
<b>Obecné poznámky</b>		Pohyby u prvních dětí necítíme.	Děloha má velikost kokosového ořechu.	Výška fundu 16 cm. Pohyby dítěte jsou již citelné.
<b>Příznaky</b>	Bez potíží.		Zpomalení střevních funkcí.	
<b>Některá vhodná opatření</b>	U rizikového těhotenství návštěva lékaře.	U matek nad 40 let a u očekávání dvojčat zvláštní dohled.	Jíst hodně vlákniny.	
<b>Vyšetření</b>		U všech: - HT 21 - změření alfafroteinu - amniocentéza dle výsledku HT 21		U nedostatečnosti děložního hrdla provedena cerkláž
<b>Co podniknout</b>				

## *Pátý měsíc*

V pátém měsíci maminka prožívá nádherné pocity nového života, cítí, že miminko je opravdu přítomné, že nabírá na síle. Miminko má vytvořenou základní strukturu lidského myšlení. Zde již rodičovská role získává na důležitosti a stává se nedělitelnou součástí života rodičů.

<b>Pátý měsíc dítěte</b>					
<b>Věk dítěte</b>	<b>18. týden</b>	<b>19. týden</b>	<b>20. týden</b>	<b>21. týden</b>	<b>22. týden</b>
<b>Míra</b>	13 cm od hlavy ke kostrči  20 cm od hlavy k patám	14 cm od hlavy ke kostrči  21,5 cm od hlavy k patám	15 cm od hlavy ke kostrči  22,5 cm od hlavy k patám	16 cm od hlavy ke kostrči  24 cm od hlavy k patám	17 cm od hlavy ke kostrči  26 cm od hlavy k patám
<b>Váha</b>	240 g	335 g	258 g	440 g	500 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Rozeznatelné prsty. Formulace nehtů. První vlasy. Ukončení nárůstu počtu nervových buněk. 12 - 14 miliard. Větší svalová síla.	Dítě spí 16 - 20 hodin denně. Střídání fází spánku. V bdělém stavu je dítě velmi aktivní.	Vagina u děvčat. Vaječníky se 6 miliony primitivních pohlavních buněk. Produkce inzulínu.	Růst chloupků, nehtů a vlasů. Cucání palce. Nepravidelné dýchací pohyby.	Svraštělá pokožka. Mázek. Řasy na víčkách. Vykreslené obočí. Zbarvení oční duhovky.
<b>Obecné poznámky</b>	Srdce je dostatečně silné, aby bylo možné slyšet jej stetoskopem.	Plodová dutina obsahuje 500 cm <sup>3</sup> tekutiny.	Pravidelné zvětšování mozku dítěte až do porodu.	Definitivně vytvořená placenta.	Viditelné pohlaví dítěte na ultrazvuku.

Průběh pátého měsíce pro matku:

- Ústup žaludečních nevolností.
- Únava je menší.
- Matka se cítí energická.
- Stále je možnost cestovat, či podnikat různorodé aktivity.
- Při větších aktivitách dochází k zadýchávání.
- Matka má větší chuť k jídlu.
- Třetí návštěva lékaře

<b>Pátý měsíc těhotenství</b>					
<b>Trvání těhotenství</b>	18. týden	19. týden	20. týden	21. týden	22. týden
<b>Obecné poznámky</b>	Aktivnější štítná žláza - zvýšení tělesné teploty		Každý den se pálí o 500 - 600 kalorií více.	Zvýšení celkového objemu krve. Děloha má velikost žlutého melounu.	Zvětšení ledvin.
<b>Příznaky</b>	Pocity horka. Pocení. Podráždění kůže.	Zadýchání se. Rychlá únava.		Špatný oběh krve může zapříčinit: - slabé krvácení z nosu či dásní - mravenčení končetin - těžké nohy - křečové žíly - hemoroidy	Snížení krevního tlaku může zapříčinit: - nevolnost - pocit slabosti -závratě
<b>Některá vhodná opatření</b>	Dobře volit místo dovolené - horko - vakcíny - doprava	Dechová cvičení	Kontrolovat chuť. Těhotenské cvičení.	Prevence křečových žil.	Pravidelné kontroly moči. Při otocích prstů nebo nohou navštívit lékaře.
<b>Vyšetření</b>	U závažných dědičných chorob: - fetoskopie				
<b>Co podniknout</b>					

## Šestý měsíc

V šestém měsíci má již maminka zakulacené břicho a začíná být podstatná jeho váha. Nyní je nutné se zaměřit na vhodná cvičení pro udržení správného postoje. Miminko vnímá zvuky, je již schopno soustředit se na ně.

Šestý měsíc dítěte				
Věk dítěte	23. týden	24. týden	25. týden	26. týden
<b>Míra</b>	18 cm od hlavy ke kostrči 28 cm od hlavy k patám	19 cm od hlavy ke kostrči 30 cm od hlavy k patám	20 cm od hlavy ke kostrči 32 cm od hlavy k patám	21 cm od hlavy ke kostrči 33 cm od hlavy k patám
<b>Váha</b>	560 g	650 g	750 g	870 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Vylučování zuboviny mléčných zubů. Lanugo po celém těle. Mázek sílí. Pohlavní rozlišení dokončeno. Propojování mozku neuronovými spoji.	Tuk pod kůží. Nehty na ruce i nohou. Reakce na dotek a zvuky.	Propojování mozku dále pokračuje. Tvorba nervů. Zesilování mázku.	Kůže je červená. Hromadění tuku pod kůží. Zubovina se pokrývá sklovinou. Vylučování moče.
<b>Obecné poznámky</b>	20 - 60 pohybů dítěte za půl hodiny.		Plodová voda se zcela vymění každé tři hodiny.	

Průběh šestého měsíce pro matku:

- Bolesti páteře
- Možnost porady s rehabilitačním pracovníkem o vhodném cvičení pro úlevu od bolestí páteře.
- Čtvrtá návštěva lékaře
- Maminka může pociťovat nespavost.
- Vhodná doba pro začátek relaxačních cvičení a zpevňování pánevního dna.

## Šestý měsíc těhotenství

Trvání těhotenství	23. týden	24. týden	25. týden	26. týden
<b>Obecné poznámky</b>	Děloha posouvá orgány. Bránice stoupá. Rozvírání spodních žeber. Žaludek se sune stranou.	U prvního dítěte jasně citelné pohyby.	Moč obsahuje větší množství laktózy.	Hmotnostní přírůstek 350 - 400 g týdně.
<b>Příznaky</b>	Zvýšení hladiny progesteronu. Stoupání kyselosti ze žaludku do jícnu.	Nespavost. Křeče. Slabé bolesti zad.		Bolesti zad. Špatný postoj.
<b>Některá vhodná opatření</b>	Při příznacích herpes informovat lékaře. Pozor: - amnesie	Večer pouze lehká jídla. Relaxační cvičení.	Normálně solené jídlo. Přiměřené množství. Kontrola moči na přítomnost cukru a bílkovin. Informovat lékaře.	Fyzická cvičení pro správný postoj. Pohodlná obuv.
<b>Vyšetření</b>	Sčítání krvinek.		Čtvrtá povinná návštěva lékaře - gynekologicko - porodnické vyšetření - laboratorní vyšetření	
<b>Co podniknout</b>				



## Sedmý měsíc

Sedmý měsíc života je pro miminko již rozhodující pro jeho životaschopnost. Miminko již reaguje na zvuky, které slyší. V tomto období by maminka již měla omezit fyzicky náročné aktivity. Pro maminku je nutné, nejen v sedmém měsíci, ale po celé těhotenství, mít možnost veškeré změny, pocity a dojmy sdílet se svým partnerem, který je velkou psychickou oporou a kladně působícím elementem nejen pro maminku, ale i pro miminko.

Zásady pro sedmý měsíc těhotenství:

- Pátá návštěva lékaře.
- Je nutné dbát zvýšené opatrnosti při všech činnostech a situacích.
- Začátek příprav na porod.
- V této fázi by měla již matka být srovnána s novou rolí a to mateřstvím.

Sedmý měsíc dítěte				
Věk dítěte	27. týden	28. týden	29. týden	30. týden
<b>Míra</b>	22 cm od hlavy ke kostrči 34 cm od hlavy k patám	23 cm od hlavy ke kostrči 35 cm od hlavy k patám	24 cm od hlavy ke kostrči 36 cm od hlavy k patám	25 cm od hlavy ke kostrči 37 cm od hlavy k patám
<b>Váha</b>	1 000 g	1 150 g	1 300 g	1 500 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Pokračuje myelinizace nervů. Poslední fáze vývoje mozku. Bude trvat asi 20 let.	Zaoblování těla. Varlata u chlapců klesají do třísel. Koordinované dechové pohyby. Autoregulace vnitřní teploty.	Omezení pohybů kvůli nedostatku místa. Otevřené oči. Dlouhé řasy. Objevení chutě dítětem.	Varlata u chlapců sestupují do šourku. U dívek vznikají ve vaječniku primitivní pohlavní buňky.
<b>Obecné poznámky</b>	Dítě váží zhruba 1/3 váhy, kterou bude mít při narození.			

## Sedmý měsíc těhotenství

<b>Trvání těhotenství</b>	27. týden	28. týden	29. týden	30. týden
<b>Obecné poznámky</b>	Zvětšení všech orgánů kromě jater.	Rychlejší tep asi o 12 tepů za minutu.	Kolostrum z prsou. Děloha přesahuje 4 - 5 cm přes pupek.	Přes břicho se může objevit tmavá svislá čára.
<b>Příznaky</b>			Pocity tíhy. Kyselost v žaludku. Zadýchávání.	
<b>Některá vhodná opatření</b>	Riziko předčasného porodu. - odpočinek - ukončení aktivního spotrování	Příprava na porod.	Pozor na infekce. - vyhýbat se kočkám a psům - omývat ovoce, zeleninu - tepelná úprava masa - nejíst nepasterizované mléčné výrobky.	Jíst potraviny bohaté na železo. Pitný režim.
<b>Vyšetření</b>	U očekávání dvojčat každý druhý týden rozbor moči a návštěva lékaře.			
<b>Co podniknout</b>			Svobodné matky se informují o možnosti sociálních dávek.	

## Osmý měsíc

Pro miminko v osmém měsíci je nejdůležitější strava přijímaná od matek, jelikož sílí k porodu. V osmém měsíci se miminko natáčí správným směrem pro porod.

Osmý měsíc dítěte				
Věk dítěte	31. týden	32. týden	33. týden	34. týden
<b>Míra</b>	26 cm od hlavy ke kostrči 39 cm od hlavy k patám	27 cm od hlavy ke kostrči 40,5 cm od hlavy k patám	28 cm od hlavy ke kostrči 42 cm od hlavy k patám	29 cm od hlavy ke kostrči 43 cm od hlavy k patám
<b>Váha</b>	1 700 g	1 900 g	2 100 g	2 200 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Pohyby dítěte na základě zvukových podnětů. Viditelné zrychlení srdečního tepu na ultrazvuku.	Nehty již na konci prstů na ruce. Pokožka je růžová, svraštělá.	Polykání velkého množství plodové vody. Hromadění smolky.	Vylučování přibližně dvou polévkových lžic moči každou hodinu. U děvčat ještě nejsou sestouplé vaječníky do dutiny břišní.
<b>Obecné poznámky</b>	Pomocí ultrazvuku je možné změřit průměr hlavičky.	Velká spotřeba vápníku.	Otáčení směrem dolů.	Pokud se zjistí mekonium v plodové vodě je to známka potíží.

Zásady pro osmý měsíc těhotenství:

- Kontrola váhy matky.
- Dostatečný přísun vápníku (pasterizované mléko a sýry).
- Dostatek odpočinku.
- Provádění těhotenských cvičení.
- Dokončování příprav domácnosti na příchod miminka.
- Zajištění výpomoci v domácnosti na první dny po příchodu domů po porodu.
- Povinná návštěva lékaře.
- Příprava zavazadla do porodnice.

<b>Osmý měsíc těhotenství</b>				
<b>Trvání těhotenství</b>	31. týden	32. týden	33. týden	34. týden
<b>Obecné poznámky</b>		Velká spotřeba vápníku a železa.	Děloha váží o 1 kg více než před těhotenstvím.	
<b>Příznaky</b>	Při sezení se mohou vyskytnout nepříjemné pocity při sezení.			Mohou se vyskytnout ojedinělé děložní stahy, které ovšem neznačí porod.
<b>Některá vhodná opatření</b>		Pít denně pasterizované mléko a jíst sýry.		
<b>Vyšetření</b>	Třetí ultrazvuk.	Šestá povinná návštěva lékaře. Měření pánevních kostí pomocí rentgenového vyšetření pokud je nutné.	U podezření na poškození plodu: - amnioskopie	
<b>Co podniknout</b>		Potvrzení o přerušení zaměstnání potvrzené a podepsané zaměstnavatelem zaslat na správu sociálního zabezpečení.		

## Devátý měsíc

Maminka v devátém měsíci si přeje, aby už bylo po porodu, a přeje si to i miminko. Maminka se nemůže dočkat, až na vlastní oči uvidí človíčka, kterého nosila devět měsíců pod srdcem a prožívala s ním vše, co se za tu dobu odehrálo, hlavně jejich společný vývoj a vývoj jejich vztahu.

Devátý měsíc dítěte				
Věk dítěte	35. týden	36. týden	37. týden	38. týden
<b>Míra</b>	30 cm od hlavy ke kostrči 45 cm od hlavy k patám	32 cm od hlavy ke kostrči 46,5 cm od hlavy k patám	33 cm od hlavy ke kostrči 48 cm od hlavy k patám	50 cm od hlavy ke kostrči
<b>Váha</b>	2 400 g	2 650 g	2 900 g	3 300 g
<b>Vývoj dítěte</b>	Kůže již není svařstělá. Lanugo se začíná ztrácet. Klesání dítěte do pánve.	Lanugo již není.	Uvolňuje se mázek. Dítě se hýbe málo, nemá místo. Hlava skloněná, paže zkřížené na hrudníku. Pohne hlavou, lokty nebo nohama.	Od narození je dítě samostatný jedinec. Mění se krevní oběh: - vznik okruhu mezi srdcem a plícemi. Kostní dřeň produkuje červené krvinky. Při narození se otevírají plicní sklípky.
<b>Obecné poznámky</b>	Placenta měří v průměru 20cm a sílu 3cm. Váha je asi 0,5 kg.			

Průběh devátého měsíce:

- Poslední prenatalní prohlídka u lékaře
- Pocity svírání v dolní části břicha.
- Otázka, zda bude u porodu někdo přítomen.
- Realizace porodního plánu.
- Velmi důležitá úloha nastávajícího otce – uklidnění a opora matky.

<b>Devátý měsíc těhotenství</b>				
<b>Trvání těhotenství</b>	35. týden	36. týden	37. týden	38. týden
<b>Obecné poznámky</b>	Roztahují se částečně kloubní spojení pánve.	Zvětšení zakřivení páteře pro vyrovnání zvýšené váhy.	Příprava na odchod do porodnice.	Blíží se porod.
<b>Příznaky</b>		Nemotornost způsobená změnou těžiště.		Žaludeční nevolnost. Uvolnění děložní zátky 1-3 dny před porodem. Uklízečí mánie.
<b>Některá vhodná opatření</b>	Odpočinek			Nepodléhat panice při prvních kontrakcích. Počkat na pravidelné kontrakce. Při odchodu plodové vody ihned odjet do porodnice.
<b>Vyšetření</b>		Povinná návštěva lékaře.	Pokud byla provedena cerkláž je nutné provést decerkláž.	
<b>Co podniknout</b>				



**Následuje porod a nejkrásnější role ženy = mateřství!**

## ***Porodní plán***

Porodní plán je naplánování ideálního porodu. Sestavení porodního plánu odstraňuje u matek strach z neznámého a porodní plán může velmi napomoci i zdravotnickému týmu při samotném porodu.

Tabulka 61: Ukázka porodního plánu

Porodní plán	
Jméno matky:	
Jméno otce:	
Bydliště:	
Kontakt na matku:	
Kontakt na otce:	
Další rodinný příslušník:	
Kontakt:	
Jméno pro novorozenou dceru:	
Jméno pro novorozeného syna:	
Výběr porodnice:	
Doprovod u porodu:	
Kontakt na doprovod:	
Druh porodu:	
Způsob tišení bolesti:	
Zvláštní přání:	<input type="checkbox"/> hudba <input type="checkbox"/> aromaterapie <input type="checkbox"/> čokoláda <input type="checkbox"/> horká koupel <input type="checkbox"/> procházka <input type="checkbox"/> jiné.....
Poznámky:	



### ***Přínosy předporodních kurzů***

Význam předporodních kurzů tkví v edukaci matky, jak zvládnout samotné těhotenství, porod, šestinedělí a péči o dítě. Kurzy bývají pořádány formou skupinové akce, vedenou lékařem, nebo zkušenou porodní asistentkou v rámci porodnic, či v rámci fitcenter, nebo také předporodní kurzy pořádají zdravotní pojišťovny. (6)

Zásadní přínosy předporodních kurzů:

- Žena se naučí, čemu se během těhotenství vyvarovat, či čemu naopak dávat přednost.(16)
- Cvičení těhotných udrží ženu v kondici a připraví ji na efektivní dýchání při porodu.(16)
- Relaxace a masáže těhotných slouží k udržení dobré psychické pohody a komunikaci matky s plodem.(45)
- Videonahrávky porodu odstraní u matek strach z neznáma.(33)
- Možnost prohlídky porodnice nabídne ženě možnost si prohlédnout a vybrat prostředí porodu.(21)
- Možnost sestavení porodního plánu.(16)
- Odpovědi na veškeré otázky nastávajících matek.(16)
- Edukace o zdravém životním stylu v těhotenství, šestinedělí a během kojení.(33)
- Přítomnost partnera je velmi důležitým prvkem psychické podpory.(33)
- Žena, která je v předporodním kurzu poučena o průběhu těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o dítě lépe reaguje na různé změny a je méně stresovaná, tím je zabezpečeno efektivní dosahování mateřské role dle modelu R. Mercer.

## *Zavazadlo do porodnice*

### *Doklady:*

- Občanský průkaz;
- Těhotenská průkazka;
- Průkaz zdravotní pojišťovny;
- Prohlášení o jménu dítěte,
- Vyplněný tiskopis pro dárcovství pupečnickové krve (pouze pro matky takto rozhodnuté);
- Oddací list (vdané maminky);
- Rodný list (svobodné maminky);
- Rodný list, rozvodový list (rozvedené maminky);
- Rodný list, úmrtní list manžela (ovdovělé maminky);
- Pas, průkaz pojištěnce, těhotenský průkaz, dohoda o jménu dítěte (cizinky);
- Doklad o určení otcovství (svobodné maminky) pokud bude mít miminko příjmení po otci.

### *Všeobecný seznam věcí do porodnice pro maminky:*

- 2x podprsenka na kojení;
- 4 ks jednorázových kalhotek;
- 1-2 noční košile;
- 2 balení vložek do porodnice;
- 1 osuška;
- 2 ručníky;
- 1 sprechový gel;
- 1 šampon;
- Toaletní papír nebo vlhčené ubrousky;
- Župan;
- Přezůvky;
- 2-3 ks ponožek;

- Základní hygienické potřeby;
- Sběrač na mléko;
- Tampony do podprsenky;
- Bepanthen;
- Pití.

*Seznam věcí pro miminko:*

- Balení jednorázových plenek;
- Ubrousky na zadeček,
- Dudlík;
- Košilku nebo body;
- Dupačky;
- Kabátek;
- Letní čepičku;
- Zavinovačku do autosedačky + deku;
- Autosedačku + podhlavniček;
- 1-2 látkové pleny.



## *Cvičení a pohyb v těhotenství*



Pohyb v těhotenství prospívá dobré psychické i fyzické kondici maminek. Vhodná cvičení jsou například gravidjóga, těhotenská gymnastika, klasická jóga, břišní tanec, plavání, cvičení na balónu, chůze, rehabilitační cvičení pro těhotné, či dechová cvičení. Některé druhy cvičení přímo pro těhotné je možno najít přímo v porodnicích, nebo různých fitcentrech.

Zásady cvičení a pohybu v těhotenství:

- Vynechat cviky s otřesy.
- Vynechat cviky příliš utlačující plod (např. předklony,...).
- Vybírat cviky posilující pánevní dno.
- Zařadit dechová cvičení.
- Cvičit dle vlastní potřeby.
- Nepřepínat síly.
- Dodržovat při cvičení pitný režim.

Přínos cvičení a pohybu v těhotenství:

- Pozitivní vliv na vývoj plodu.
- Psychická rovnováha.
- Fyzická kondice.
- Správné držení těla, a s tím i menší bolesti zad.
- Prevence křečí, otoků, hemeroidů.
- Prevence inkontinence (nekontrolovatelný odchod moči).
- Prevence poklesu dělohy.
- Regulace hmotnostního přírůstku.
- Zajištění dostatečné pohyblivosti kloubů.
- Usnadnění porodu.
- Rychlejší poporodní regenerace.

## ***Kalendář těhotenských prohlídek***

### *3. měsíc (9. -12. týden )*

Komplexní vyšetření (11. - 12. týden)

- vystavení těhotenské průkazky
- odběry: krevní obraz, krevní skupina, Rh faktor, protilátky, moč+ sed, vyšetření na HIV, žloutenku typu B (HbsAg) a syfilis (TPHA)
- odběr cytologie, kolposkopie, změření pánve

Screening vrozených vývojových vad ve 13. týdnu těhotenství

- odběr PAPP-A - (10+0 – 11+3 podle UZ), popřípadě změření šíjového projasnění (NT)

Těhotenská kontrola

- změření tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (12. týden)

Ultrazvuk

- biometrie pro odběr PAPP-A (12. týden)

### *4. měsíc (13. - 16. týden)*

Screening vrozených vývojových vad – Tripletest

- Odběr HCG, AFP, uE3 (od14+0podleUZ)

Těhotenská kontrola

- změření tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (16. týden)

*5. měsíc (17. – 20. týden)*

Ultrazvuk

- zaměřený na vyhledávání vývojových vad (18. - 20. týden)

Těhotenská kontrola

- změřený tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (20. týden)

*6. měsíc (21. - 24. týden)*

Těhotenská kontrola

- změřený tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (24. týden)

*7. měsíc (25. - 28. týden)*

oGTT

- test na těhotenskou cukrovku (mezi 24. - 28. týdnem)

Těhotenská kontrola

- změřený tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (28. týden)

*8. měsíc (29. - 32. týden)*

Ultrazvuk

- hodnotí se celkový stav plodu, jeho poloha, hmotnost, množství plodové vody, umístění a stav placenty.

#### Krevní testy

- krevní obraz, TPHA, u Rh negativních a krevní skupiny 0 odběr protilátek (30. - 32. týden)

#### Těhotenská kontrola

- změření tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (32. týden)

#### *9. měsíc (33. – 36. týden)*

#### Těhotenská kontrola

- změření tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření (35. + 36. týden)  
- výtěr pochvy na GBS(35. týden),CTG(36. týden)

#### *10. měsíc (37. - 40. týden)*

#### Těhotenská kontrola

- změření tlaku, orientační vyšetření moče, zhodnocení otoků, hmotnost ženy, vaginální vyšetření,CTG(1x týdně, po 40. týdnu 2x týdně)



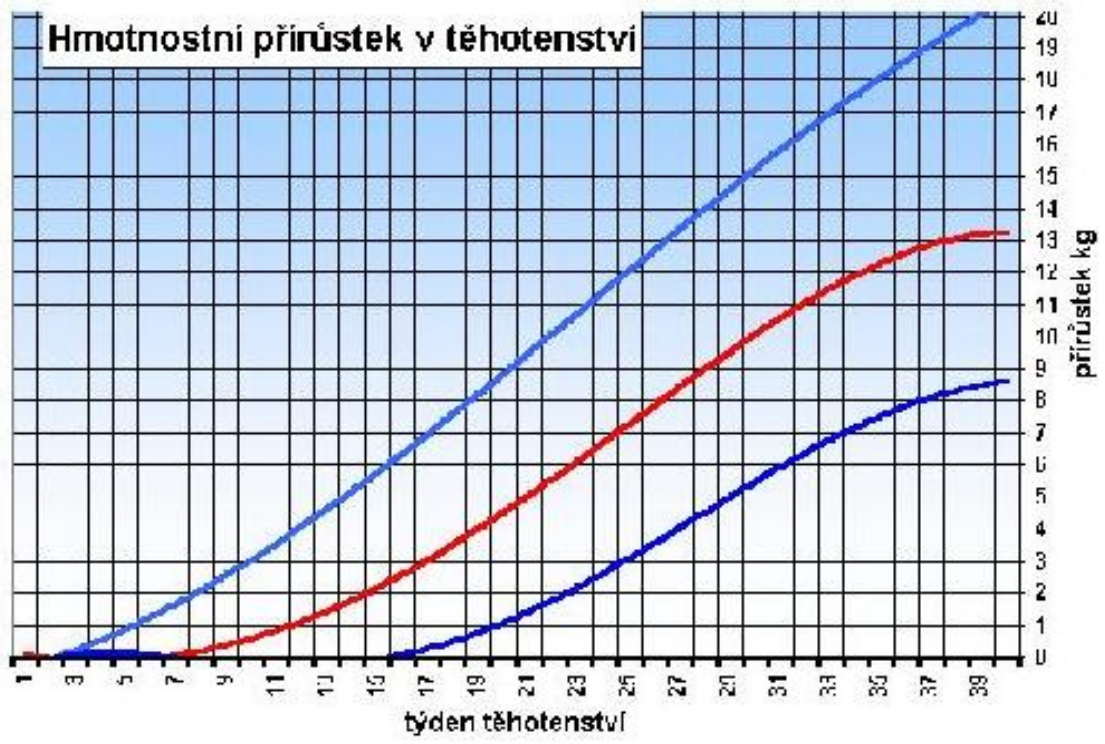
## *Výživa v těhotenství*



Zásady zdravé výživy pro těhotné:

- Jíst menší porce častěji během dne.
- Dostatečný pitný režim, alespoň 2 litry denně.
- Dbát zásad vyvážené pestré stravy.
- Konzumovat přiměřené množství jídla.
- Vyhýbat se kořeněným, tučným a kyselým jídlům.
- Odstranit z konzumace kávu a alkohol.
- Jíst všeho s mírou.
- Nejíst alespoň dvě hodiny před spánkem.

## Váhový přírůstek v těhotenství



**Péče o dítě od porodu do jednoho roku věku (edukační příručka)**



### *Bezprostředně po porodu:*

- první ošetření novorozence sestrou specialistkou (dětskou sestrou)

#### - pomůcky:

- ošetrovací stůl se sálavým zdrojem tepla
- vyhřátý inkubátor nebo vyhřívané lůžko
- fungující odsávací zařízení
- přívod medicínálních plynů, včetně směšovače plynů
- fonendoskop
- stopky

- odsávací cévky - různý průměr

#### - pomůcky pro poporodní ošetření novorozence:

- sterilní pleny
- váha, míra
- ophthalmo septonex ggt. k ošetření očí
- sterilní gumové čtverce
- prádlová guma nebo svorka k ošetření pupečního pahýlu
- pomůcky k označení totožnosti novorozence
- zavinovačka, peřinka, oblečení pro novorozence
- příslušná dokumentace
- pro případ resuscitace novorozence
- funkční samorozpínací resuscitační vak



- sada masek pro novorozence
- endotracheální kanyly
- laryngoskop s rovnou lžící č.0 a 1
- všechny pomůcky a léky potřebné k resuscitaci

- posouzení poporodní adaptace dle Apgarové

Body	0	1	2
<b>Srdeční frekvence</b>	chybí	< 100/min	> 100/min
<b>Dýchací pohyby</b>	nedýchá	nepravidelné, slabý křik	pravidelné, silný křik
<b>Barva kůže a sliznic</b>	modrá nebo bledá	modré končetiny	růžová
<b>Svalový tonus</b>	chabý	snížený	dobrý - odpor při pasivních pohybech
<b>Odpověď na podráždění</b>	chabý	naznačená	grimasa, pláč

Normální hodnota je 8 až 10, nižší hodnota svědčí pro perinatální asfexii. Měření se provádí v 1., 5. a 10. minutě.

- vyšetření novorozence pediatrem
- měření a vážení novorozence dle zvyklostí zdravotnického zařízení
- posouzení celkového stavu novorozence
  - aspekce
  - chování
  - křik
  - tonus
  - zvýšená dráždivost či apatie
  - pravidelnost dýchání
  - spontánní pohyby dítěte
  - proporcionalita částí těla
  - tvář
  - přítomnost zjevných vrozených malformací či deformit
  - stav výživy
  - parametry růstu dle percentilových grafů
- posouzení zralosti novorozence
  - vývoj chrupavky ušního boltce
  - prsní bradavky
  - kůže na chodidlech

- sestup varlátek do skrota u chlapců
- u dívek velikost velkých stydkých pysků
- skórovací systémy dle zdravotnického zařízení
- systematické vyšetření tělesných částí u novorozence
  - posouzení kůže
  - posouzení dýchání a činnosti srdce
  - vyšetření hlavičky
  - vyšetření hrudníku a břicha
  - vyšetření končetin
- posouzení celkového stavu dle GCS (Glasgow coma scale)

<b>Body</b>	<b>Motorická odpověď</b>	<b>Slovní odpověď</b>	<b>Otevírání očí</b>
<b>4</b>	Flexe a extenze	X	Spontánní
<b>3</b>	Úhyb na bolest	Pláč	Okohybné svaly intaktní, fotoreakce zornic
<b>2</b>	Hypertonus	Spontánní ventilace	Okohybné svaly poškozeny nebo fixované zornice
<b>1</b>	Bez odezvy	Apnoe	Okohybné svaly paralyzovány, fixované zornice

- zajištění tepla
- toaleta horních dýchací cest
- taktilní stimulace
- ošetření pupečního pahýlu
- dezinfekce spojivkových vaků
- prevence krvácivé choroby novorozence - podání vit. K
- označení totožnosti novorozence
- zvažení a změření novorozence

### ***Přiložení novorozence k matce***

První přiložení novorozence k matce je jedním z velmi důležitých kroků k dosažení mateřské role. Je to první fyzický kontakt mezi matkou a novorozencem. Pokud je porodu přítomen i otec novorozence je vhodné nechat i jeho, aby si novorozence pochoval.

První krátké přiložení je možné již ihned po porodu, po přerušení pupečníku, pokud je novorozence dobře zadaptován je možné jej položit matce na břicho nebo na prsa a přikryjeme jej, aby nedošlo k prochladnutí.

První přiložení novorozence k prsu matky lze též provést přímo na porodním sále. Je to úkolem dětské sestry, či sestry specialistky. Tento kontakt opět velmi posouvá dosažení mateřské role kupředu.



### *Možné komplikace spojené s nedonošeností a nezralostí*

- respirační tíseň - může vzniknout kvůli nezralé plicní tkáni a chyběním surfaktantu
- hypoglykémie a hypokalcémie - nedonošený novorozenec má malou zásobu glukózy a kalcia, které se placentou přenáší nejvíce ve třetím trimestru těhotenství
- hypotermie - nedonošený novorozenec má nedostatečnou termogenezi, termoregulaci a chybí mu ochranná vrstva podkožního tuku
- obtíže s výživou a hydratací - nedonošený novorozenec může chabě sát a polykat, má sníženou motilitu střev a nízkou produkci trávicích šťáv
- hypotenze - při porodu může dojít k velké ztrátě krve, nebo pokud dojde k infekci, také může dojít k poruše kapilárního průsvitu
- anémie - po porodu dochází k urychlenému rozpadu erytrocytů a bývá snížená krvetvorba
- hyperbilirubinémie - nedonošený novorozenec může mít nezralé jaterní funkce
- apnoické pauzy - nedonošený novorozenec má nezralý nervový systém
- sepsy - organismus není schopen produkovat dostatek protilátek, má nedostatečnou zásobu živin, vitamínů, železa a protilátek od matky
- zvýšené riziko krvácení - nedostatek protrombinu a vitamínu K
- zvýšená únavnost - při selhávání vitálních funkcí
- riziko poškození kůže - kůže je křehká a nezralá





## ***Rooming in***

Zásadní vliv na dosažení mateřské role má ve zdravotnických zařízeních systém péče "rooming in". Systém je založen na principu neustálého kontaktu novorozence s matkou. Oddělení matky od dítěte se provádí pouze na dobu nezbytně nutnou, pokud to vyžaduje zdravotní stav dítěte či matky. Pro tento systém jsou zřízeny tzv. mateřské pokoje, kde je matka se svým dítětem a učí se o něj pečovat pod dohledem zkušených dětských sester nebo sester specialistek.

Pokud se narodí nedonošený novorozenec, uplatňuje se rozdílná péče, neboť dítě si sebou nese mnoho zdravotních rizik spojených s nedonošeností. Nedonošený novorozenec je narozen před 38. týdnem těhotenství. Novorozenci se dělí na novorozence s nízkou porodní hmotností, velmi nízkou porodní hmotností, extrémně nízkou porodní hmotností, nezralé nebo hypotrofické. Dále se může narodit patologický novorozenec, který je ohrožen na životě, či rizikový novorozenec, který se narodí z rizikového těhotenství, nebo se dostane do rizikové situace.

Všechny tyto možnosti sebou nesou specifický způsob péče o novorozence i matku. Nedonošený novorozenec si přináší mnoho možných problémů spojených s jeho nedonošeností a nezralostí. Mohou to být respirační tíseň, hypoglykémie a hypokalcémie, hypotermie, možné problémy s výživou a hydratací, hypotenze, anemie, hyperbilirubinémie, apnoické pauzy, sepse. Novorozenec je náchylnější ke krvácení, bývá více unavený a je zde zvýšené riziko poškození kůže.

Všechny tyto problémy je nutné mít na paměti při péči o nedonošeného novorozence, vyplývá z nich nutnost vzdělanosti sester, které veškeré tyto problémy umí vyhodnotit a tím zajistit vysoce odbornou a kvalitní péči. Jedním z nejdůležitějších specifíků péče o nedonošeného novorozence pro matku je jejich oddělení. Nedonošený novorozenec bývá po porodu umístěn do inkubátoru a ošetřován na intermediálním oddělení neonatologie nebo na jednotce intenzivní péče neonatologie. Tím dochází k odloučení matky a jejího dítěte, proto je nutné zabezpečit co největší kontakt matky s dítětem. I při nemožnosti kojení, pro nezralost novorozence musí sestra kvalitně matku edukovat o prospěšnosti mateřského mléka a tím i o důležitosti a správné

technice odstříkávání mléka. Při narození nedonošeného novorozence je velmi zásadní úloha dětské sestry a sestry specialistky, která má na starosti emocionální péči o matku a je prvním prostředníkem v péči o novorozence a možném kontaktu matky s dítětem. Sestra musí matce vysvětlit nutnost umístění novorozence do inkubátoru a také edukuje o správném používání inkubátoru matkou a učí matku správné manipulaci a péči o novorozence. V této fázi dosažení mateřské role by sestra měla být matce oporou, edukátorem i mentorem. V péči o novorozence je také vhodné zapojit partnera, tím se zlepší funkčnost celé rodiny a zároveň se dosáhne lepšího dosažení mateřské role. Pokud matka péči o novorozence v inkubátoru zvládá, je možné přistoupit k systému péče „rooming in“ a nechat matku samostatně pečovat o novorozence.



### *Zásady efektivního kojení*

Správná technika kojení tvoří základ úspěšného kojení. Je zapotřebí dodržet správnou polohu a přísátí dítěte. Poloha dítěte by měla být taková, kdy dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho a kolena směřují k matce. Mezi základy držení prsu matkou patří, že matka drží prs tak, aby se prsty nedotýkala dvorce, a podepírá prs zespodu všemi prsty vyjma palce, který spočívá nad dvorcem. Na úrovni úst by dítě mělo mít bradavku, kdy podrážděním úst dítěte dojde k vyvolání hledacího reflexu a následně k uchopení bradavky a velké části dvorce. Správné uchopení prsu dítětem poznáme tak, že jeho dolní ret a jazyk překrývá oblast pod bradavkou. Současně se špička nosu a brada dotýká prsu. Kontrola polohy dítěte spočívá v ověření, že ucho, rameno a kyčle jsou v jedné linii. Hlavními zásadami je přikládání dítěte k prsu, ne naopak a nikdy nepřikládáme k prsu křičící dítě.



### *Polohy při kojení*

- Poloha vleže na boku, dítě leží podél matky.



- Poloha vsedě, dítě je uloženo na paži matky.



- Boční držení dítěte (fotbalové) vhodné pro matky s velkými prsy, nebo pro matky po císařském řezu, kdy je dítě uloženo na předloktí matky. V této poloze se matka může opřít zády.



- Poloha tanečnicka doporučena u nedonošených novorozenců, či novorozenců neschopných se dostatečně přisát. Dítě je uloženo na předloktí a zároveň ruka podepírá na stejné straně prsu.



- Poloha vzpřímená vhodná také pro nedonošené novorozence, kdy matka jednou rukou drží prs a druhou dítě
- Poloha vleže, kdy je dítě uloženo na břicho matky, vhodná pro matky po císařském řezu.



- Poloha v polosedě s podloženýma nohama vhodná pro matky po císařském řezu.



- Kojení obouruč je vhodné pro matky s velkými prsy, vyžaduje dopomoc druhé osoby.

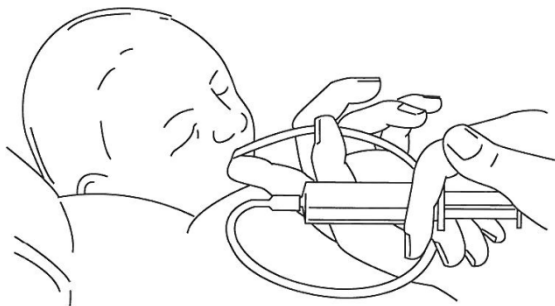


### *Specifika kojení novorozence s nízkou porodní hmotností*

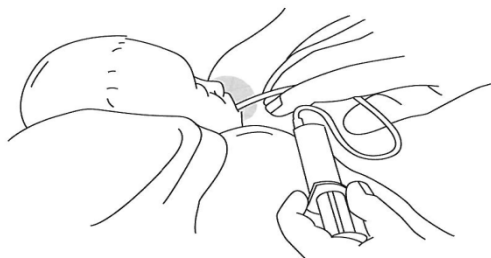
- Před použitím lahve je vhodnější použít alternativní způsoby krmení novorozence, které mu vyhovují.
- Pokus o kojení je možný okolo třicátého gestačního týdne.
- Důležité je přiložení dítěte matce na kojení co nejdříve, jak to dovolí zdravotní stav dítěte.
- Vhodné polohy jsou: vzpřímená, či poloha tanečnicka.

### *Alternativní metody krmení novorozence*

- Krmení lžičkou.
- Krmení kapátkem nebo stříkačkou.
- Krmení po prsu.



- Krmení z kádinky nebo hrnečku.
- Krmení pomocí cévky ze suplementoru (suplementor = speciální pomůcka, kdy dítě saje prsu, ale mléko je přiváděno z kádinky cévkou).



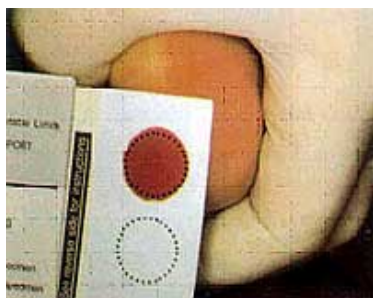


## *Screeningová vyšetření*

- Vyšetření zraku - ophthalmoskopem se vyšetřuje vrozená katarakta



- Screening na fenylketonurii (PKU), hypotyreózu a kongenitální adrenální hyperplazii (CAH)
  - fenylketonurie - vrozené onemocnění, neschopnost organismu metabolizovat aminokyselinu fenylalanin. Bez včasné léčby poškozuje mozek dítěte.
  - hypotyreóza - porucha vývoje štítné žlázy, vede k poškození mozku a zpomalení duševního a tělesného vývoje.
  - CAH - vrozená nedostatečnost funkce ledvin, ohrožuje dítě náhlým úmrtím a poruchami tělesného vývoje.
  - odběr se provádí 72 -96 hodin po narození, odebírá se krev z patičky nebo z vény.



- Screening kyčlí
  - záchyt kongenitální dysplazie kyčelního kloubu
  - první vyšetření 3.-5.den po narození
  - sonografické vyšetření kyčlí ve 3 týdnech
  - třetí vyšetření ve 3 měsících věku.

- Screening na vrozené vývojové vady ledvin
  - pouze v některých nemocnicích
  - ultrazvukové vyšetření
- Kalmetizace
  - první očkování proti tuberkulóze
  - očkování zdravých prospívajících novorozenců s hmotností nejméně 2500g po dokončení 72 hodin života do 6 týdnů věku. (BCG vakcína)
  - intradermální aplikace 0,05ml očkovací látky lékařem do levého ramínka
  - vytvoří se bílý pupen
  - kontraindikace
    - horečka, susp. infekce, terapie antibiotiky, kortikoidy
    - tuberkulóza v anamnéze matky
    - po aplikaci heterologních sér, např. Hepatecu u HbsAg pozitivních matek
    - neočkují se děti pod 2500g porodní hmotnosti či nedonošenci, kteří do šesti týdnů po porodu nedosáhli váhy 2500g; individuální očkovací kalendář mají i někteří další novorozenci s vrozeným onemocněním.

## ***Péče o hygienu***

Novorozenec je zcela závislý na dospělé osobě. V této době se začínají utvářet hygienické návyky. Specifická péče je u novorozenců jelikož se matka vše teprve musí naučit. Sestra by měla zjistit, zda má matka první dítě a přizpůsobit individuálně edukaci.

Kůže novorozence je méně odolná vůči nepříznivým chemickým, fyzikálním, biologickým i mechanickým vlivům. To je nutné si uvědomit pokud budeme jakkoli manipulovat s dítětem.

U novorozenců do úplného zhojení pupku se preferuje sprchování či oplachování tekoucí vodou.

Pomůcky:

- dětské mýdlo s glycerinem
- plena do vaničky
- plena na osušení
- čistá plena
- čisté oblečení
- dětský olejíček
- kartáč na vlasy



**JE NUTNÉ DBÁT NA DŮKLADNÉ OSUŠENÍ VŠECH ZÁHYBŮ TĚLA !**

### ***Péče o vlasy***

Během vývoje dítěte se mění typ vlasů, u donošených novorozenců jsou velmi jemné vlasy bez dřeně a nebývají delší než 2cm. Dětská pokožka hlavy je velmi citlivá na nadměrné používání šamponu. V prvním roce mytí šamponem omezujeme na minimum. Postačuje opláchnutí vlasů vlažnou vodou a jednou týdně použití dětského mýdla. Nevhodné je také fénování horkým vzduchem.



### ***Péče o oči***

Není třeba preventivně oči ošetřovat žádnými kapkami. U novorozenců se může vyskytnout zúžení slzných kanálků a ten zapříčiní záněty spojivek. U dětí v bezvědomí a novorozenců při podávání kyslíku hrozí vysušení rohovky, a proto se podávají různé roztoky dle ordinace lékaře. Oči lze také překrýt vlhkým čtverečkem, který navlhčíme fyziologickým roztokem či aqua pro injectione.



### ***Péče o uši***

Uši čistíme pouze dle potřeby, jelikož uši mají samočisticí schopnost a nadměrným čištěním můžeme spíše uškodit. Postačuje čistit zevní část ušního boltce pomocí tenké žínky nebo ubrousku.

### ***Péče o nos***

Nos opět čistíme pouze dle potřeby. K čištění používáme suchou štětičku. Pokud je výrazná sekrece je vhodné nos odsát. Batolata se učí již smrkat.

### ***Péče o chrup***

Okolo pátého měsíce nitroděložního života začíná vývoj mléčných zubů. První zuby se prořezávají mezi 6. a 7. měsícem. Prořezávání bývá bolestivé, a proto děti bývají plačtivé a neklidné. Někdy se může vyskytnout i zvýšená tělesná teplota.

Pomůžeme podáním studeného kousátka nebo masáží dásní masážním kartáčkem.



### ***Péče o nehty***

Nehty stříháme nakrátko. Na ruku do obloučku a na nohu rovně. U novorozenců stříháme nehty co nejpozději a velmi opatrně. Pokud se novorozenec škrábe, je mu možné ruce schovat do rukávků nebo do rukaviček.

### ***Oblékání dítěte***

V novorozeneckém věku upřednostňujeme bavlněné oblečení, které se snadno udržuje. Je vhodné používat dětské prací prášky a prát prádlo na 80-90°C. Je důležité důkladné vymáchání prádla k odstranění veškerých zbytků pracího prášku. Dítě je nutné oblékat přiměřeně. Obvyklá rada zní oblékat dítě o jednu vrstvu více než sebe. Pokud se jde s dítětem ven vždy dáváme čepičku.



## *Propuštění novorozence z porodnice*

Základní předpoklad pro propuštění matky s dítětem domů je jejich přiměřený zdravotní stav a samostatné zvládnutí péče o dítě.

Podmínky propuštění:

- novorozenec je zdravý a váhově prospívající
- novorozenec má kontrolovaný průběh novorozenecké žloutenky
- novorozenec má hojící se snesený pupečník
- novorozenec má provedena všechna screeningová vyšetření
- novorozenec absolvoval kalmetizaci
- propuštění je možné nejdříve po 72 hodinách od porodu (u fyziologického porodu)
- matka musí být informována pediatrem o doporučeních pro domácí péči
- matka je informována o povinnosti neprodleně novorozence přihlásit u praktického lékaře
- matka si odnáší zdravotnickou dokumentaci dítěte
- matka je informována o povinnosti nahlásit dítě zdravotní pojišťovně





### *Sledování dítěte praktickým lékařem*

Praktického lékaře pro děti a dorost by matka měla mít vybraného již před porodem. Vhodné je osobně lékaře navštívit a informovat ho o termínu porodu. V den propuštění se doporučuje lékaře kontaktovat a domluvit první návštěvu.

Zdravé dítě absolvuje během prvního roku života minimálně devět prohlídek. Během prohlídek se sleduje růst a prospívání dítěte. Důležitý je také psychomotorický vývoj. Provádí se pravidelné očkování, řeší se aktuální potíže dítěte, jeho nemoci.

Praktický lékař pro děti a dorost také doporučí potřebné specialisty, či jiné odborné lékaře.



### ***Rady pro matky nedonošených novorozenců při domácí péči***

- Třešňové pecičky v sáčku – poslouží po nahřátí, při udržení tělesné teploty miminka, či jako obklad na břicho.
- Inhalace – pro zpříjemnění inhalací Vašemu miminku je dobré jednou rukou držet inhalátor a druhou rukou miminko houpat.
- Dělička tabletek – pro usnadnění dávkování léků je k dostání dělička tabletek, při podávání sirupů je možné využít dudlík s dávkovačem léků.
- Monitor dechu – v některých lékárnách je možné si monitor dechu zapůjčit za půjčovné, nebo lze monitor dechu také koupit.
- Oblečení – praktičtější pro používání je vhodnější vybírat zavínovací body.
- Baby masáže – ty je možné využít při zvýšeném svalovém napětí.
- Masáže břicha – masáže lze provádět pomocí olejíčků na větříky, či pomocí rostlinného oleje, masáže se provádějí po směru hodinových ručiček a uvolňují bolesti břicha.
- Zavínovačka – může velmi dobře pomoci při pláči miminka, či neklidnému spánku miminka, je potřeba pomocí zavínovačky miminko pevně zabalit, včetně ručiček. Miminko se zklidní.

### *Nový očkovací kalendář*

<b>Věk</b>	<b>Povinné očkování</b>	<b>Nepovinné očkování</b>
<b>Od 6. týdne</b>		Rotaviry (1. dávka)
<b>Od 9. týdne</b>	Hexavakcína (1. dávka)	Rotaviry (2. dávka)
<b>3 měsíce</b>	Hexavakcína (2. dávka)	Pneumokoky (1. dávka)
<b>4 měsíce</b>	Hexavakcína (3. dávka)	Pneumokoky (2. dávka)
<b>5 měsíců</b>		Pneumokoky (3. dávka)
<b>11.-15. měsíc</b>		Pneumokoky (4. dávka)
<b>15 měsíců</b>	Spalničky, zarděnky, příušnice (1. dávka)	Spalničky, zarděnky, příušnice + neštovice (1. dávka)
<b>Do 18. měsíce</b>	Hexavakcína (4. dávka)	
<b>21. až 25. měsíc</b>	Spalničky, zarděnky, příušnice (2. dávka)	Spalničky, zarděnky, příušnice + neštovice (2. dávka)

Je nutné dbát pokynů praktického lékaře a u nepovinného očkování se poradit o jeho vhodnosti.

## **Použitá literatura:**

1. DELAHAYE, M.C. *Praktický průvodce těhotné ženy*. 1. vydání. Praha: Potrál, 2006. 170 s. ISBN 80-7367-073-9.
2. FENDRYCHOVÁ, J. BOREK, I. A KOL. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
3. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. A KOL. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
4. MILUKANDOVÁ, M. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*, 1. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.
5. NEDOKLUBKO. *Rodičům nedonošeného miminka*. [online] 2010 [cit.2010-7-25] Dostupné z: <<http://www.nedoklubko.cz/site.php?main=informace&submain=brozury>>
6. SEDLÁŘOVÁ, P. A KOL. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
7. VELEMÍNSKÝ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: JU, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.