



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Role komunitní sestry
v péči o novorozence, kojence a matku**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Mgr. Andrea Schönbauerová

Školitel: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě 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 i průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 6. 2018

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala své školitelce doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, zkušenosti, trpělivost, motivaci, laskavost a podporu v průběhu celého studia. Za statistickou analýzu dat děkuji Mgr. Janě Hamanové. Dále bych chtěla poděkovat svému manželovi a našim dětem Filípkovi a Josífkovi za vytrvalou pomoc, trpělivost a podporu při vypracovávání této práce. Také děkuji celé rodině a manželům Vrbovým za podporu po celou dobu studia. Největší poděkování patří Hospodinu, bez jehož pomoci a požehnání by tato práce nikdy nebyla napsána.

Role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku

Abstrakt

Současný stav: Komunitní péče o novorozence, kojence a matku, realizovaná prostřednictvím návštěvní služby, má velký přínos pro zlepšení zdraví a pohody v této komunitě. Výzkumné studie prokázaly, že matky, u kterých proběhla návštěvní služba, vykazují vyšší míru spokojenosti, méně problémů v prvním roce života dítěte a výrazně delší dobu kojení.

Předmět: Hlavním záměrem výzkumu bylo prozkoumání, v čem by spočívala role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku a jak by bylo možné zařadit tento způsob péče do současného systému preventivní péče o novorozence a kojence v České republice.

Cíle: V rámci výzkumu byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo odhalit, s jakými problémy se potýkají matky novorozenců a kojenců v oblasti péče o dítě. Druhým cílem bylo zjistit, jaké potřeby má matka, novorozenec a kojenec v domácím prostředí. Třetím cílem bylo zjistit názor matek na poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců. Posledním cílem bylo zjistit názor sester pracujících v ambulancích PLDD na poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců. Uvedené cíle byly podkladem pro stanovení 6 hypotéz.

Metodika: Výzkum byl zpracován kvalitativním a kvantitativním designem. Po prostudování literárních pramenů a zpracování teoretických východisek byl realizovaný výzkum. V první etapě výzkumného šetření byly realizovány rozhovory se sestrami z ambulancí PLDD a matkami kojenců v jihočeském a plzeňském kraji. Ze získaných údajů byly vytvořeny nestandardizované dotazníky pro sestry a matky. Statistické zpracování bylo provedeno programem MS Excel, kdy byly vypočteny absolutní a relativní četnosti a pomocí chí kvadrát testu byly testovány vztahy mezi proměnnými na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a byl použit Pearsonův korelační koeficient.

Výzkumný soubor: Pro potřeby kvalitativního šetření byl vytvořen záměrným výběrem výzkumný soubor ze šesti matek kojenců a sedmi sester z ordinací PLDD v jihočeském a plzeňském kraji. Pro kvantitativní šetření byl vytvořen záměrným výběrem výzkumný soubor z 254 matek batolat ve stáří 12 – 24 měsíců. Výzkumný soubor sester byl

vytvořen záměrným výběrem a tvořilo ho 196 sester pracujících v ambulancích PLDD déle než jeden rok. Byly zastoupeny všechny kraje ČR.

Výsledky: Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že v oblasti dostatečnosti informací při odchodu z porodnice by prvorodičky potřebovaly informací více, zatímco vícerodičkám množství informací postačuje, čím se H1 se potvrdila. Vícerodičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice o technice kojení, odsávání mateřského mléka, přebalování, hygienické péči a koupání, oblékání, spánku, péči o pupeční pahýl a o bezpečné manipulaci s dítětem. Informovanost o prevenci náhlého úmrtí kojenců nebo uskladnění mateřského mléka je na stejné úrovni u prvorodiček jako vícerodiček. H2 se potvrdila, zjistili jsme, že existuje statisticky významný vztah mezi mírou informovanosti a výskytem problémů v prvním roce života dítěte. V případě, že mají matky možnost se zeptat na věci, ve kterých si nejsou jisté, má to vliv především na tyto tři problémy: neutišitelný pláč, problémy se spánkem dítěte a zavádění nemléčných příkrmů. Statisticky významný vztah nebyl zjištěn mezi počtem dětí a zájmem matek o návštěvní službu a také v subjektivním vnímání pozitiv návštěvní služby, čím se H3 nepotvrdila. Zájem o návštěvní službu vyjádřilo 59,8 % matek a 40,2 % matek zájem nemělo. Jako pozitiva návštěvní služby označily kontrolu správnosti postupů, pomoc s kojením, poskytnutí důležitých informací a psychickou oporu. Statisticky významný vztah byl prokázán v názoru matek na ideální frekvenci návštěv ve vztahu k počtu dětí. Návštěvy pouze v rámci prvního vyšetření v domácnosti označilo 44,5 % matek a 29,5 % označilo návštěvy v šestinedělí 1x týdně. H4 se potvrdila, protože osobní zkušenost sester s návštěvní službou má vliv na to, zda přikládají této službě význam. Pokud sestra takovou zkušenost nemá, je zde vyšší tendence k zápornému hodnocení a nepřikládání patřičného významu. Přestože nebylo možné statisticky ověřit vztah názoru na návštěvní službu a vzdělání sester, bylo možné hodnotit vztah s jejich odborností- dětská sestra, všeobecná sestra. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi odborností sester a jejich názorem na návštěvní službu, čím se H5 nepotvrdila. Názor, že návštěvní služba (spíše) má svůj význam vyjádřilo 87,7 % sester. H6 se nepotvrdila, nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a jejich názorem na návštěvní službu. Sestry s praxí delší než 10 let

vyjádřily v 64,3 %, že návštěvní služba význam (spíše) má a 35,7 % označilo, že význam (spíše) nemá.

Závěry: Současný model preventivní péče o novorozence a kojence je potřebné podrobit kritické analýze a vhodně jej doplnit o intervence návštěvní služby. Je nutné vytvořit standardizované postupy a dokumentaci pro funkční zaznamenávání údajů z návštěv. Je žádoucí obnovit studijní program dětská sestra v rámci bakalářského studia a zvýšit motivaci studentů k seberealizaci v komunitní péči. Zlepšit spolupráci a návaznost péče dětské sestry, laktační poradkyně a dalších odborníků. Komunitní sestra má v péči o zdraví dětí nezastupitelnou úlohu. Je naším úkolem zasadit se o to, aby i naše rodiny měly možnost plně čerpat z jejich vědomostí a dovedností, stejně jako je tomu v zahraničí.

Klíčová slova

Komunitní péče; návštěvní služba; dětská sestra; novorozenec; kojeneček; matka; potřeby

Roles of a community health nurse in the care of newborns, infants and their mother

Abstract

Current situation: The community care of newborns, infants and their mother, implemented through visiting services, brings significant benefits to improvement of health and well-being in this community. Research studies have shown that mothers, having been attended by the visiting service, show a higher level of satisfaction, fewer problems in the first year of their child's life and a significantly longer period of breastfeeding.

Subject: The main purpose of the research was to explore the role of the community nurse in the care of newborns, infants and their mother and how this kind of care could be included in the current system of preventive care for newborns and infants in the Czech Republic.

Aims: Four aims have been set in the research. The first aim should have revealed the challenges faced by mothers of newborns and infants in the area of child care. The second aim was to find out what a mother, newborn and infant need at home. The third aim was to find out the mothers' view on the providing of visiting services to newborns and infants. The last aim was to find out the view of nurses working in PLDD (practical medicine for children and youth) outpatient department on the providing of visiting services for newborns and infants. These aims were the basis for determining six hypotheses.

Methods: The research was developed by qualitative and quantitative design. The research was carried out after the study of literary sources and the elaboration of the theoretical background. In the first stage of the research, interviews with nurses from the PLDD outpatient department and mothers of infants in the South Bohemian and Pilsen Regions were conducted. Non-standardized questionnaires for nurses and mothers were created from the obtained data. The statistical processing was carried out with MS Excel, where absolute and relative frequencies were calculated and the relationships among the variables at the significance level $\alpha = 0.05$ were tested by the use of the chi-squared test and the Pearson correlation coefficient was used.

Research sample: For the needs of the qualitative survey, a research group of six mothers of infants and seven nurses from the PLDD outpatient departments in the South Bohemian and Pilsen Regions was chosen by deliberate selection. For the quantitative survey, a research group of 254 mothers of babies aged 12-24 months was chosen by deliberate selection. The research group of nurses was chosen by deliberate selection and consisted of 196 nurses working in PLDD outpatient departments for more than one year. All regions of the Czech Republic were represented.

Results: According to the results of the research study, it is clear that in the area of sufficiency of the information when leaving maternity hospital, the primiparas would need more information, whereas the information is sufficient to multiparas, thus H1 was confirmed. Multiparas have provably more information at leaving the maternity hospital about breastfeeding techniques, breast milk pumping, nappy changing, hygienic care and bathing, dressing, sleeping, umbilical cord care, and safe handling of the baby. Information about the prevention of sudden infant deaths or the storage of breast milk is at the same level for primiparas as for multiparas. H2 was confirmed, it was found out that there is a statistically significant relationship between the level of awareness and the occurrence of problems in the first year of the child's life. In case mothers have an opportunity to ask questions about which they are not sure, this affects primarily these three problems: unbearable crying, baby sleeping problems, and the introduction of non-dairy complementary food. A statistically significant relationship was not found out between the number of children and mothers' interest in the visiting service, as well as in the subjective perception of the positives of the visiting service, thus H3 was not confirmed. The demand for the visiting service was at 59.8 % of the mothers and 40.2 % of the mothers did not have any interest. As a positive feature of the visiting service, they highlighted the control of the correctness of procedures, breastfeeding assistance, providing important information and psychological support. A statistically significant relationship was proved in the mother's view on the ideal frequency of visits in relation to the number of children. Only 44.5 % of mothers marked visits during the first home examination, and 29.5 % marked visits in the puerperium once a week. H4 was confirmed because the personal experience of nurses with the visiting service has

an influence on whether they attach importance to this service. If a nurse does not have such experience, there is a higher tendency for negative evaluation and non-attachment of proper importance. Although it was not possible to validate the relationship of the view on visiting service and nursery education, it was possible to evaluate the relationship with their specialism– children's nurse, general nurse. There was no statistically significant relationship between the nurses' specialism and their view on the visiting service, which did not confirm H5. The view of 87.7 % of nurses attached the importance (rather) of the visiting service. H6 was not confirmed, there was no statistically significant relationship between the length of nursing practice and their view on the visiting service. Nurses with more than 10 years nursing practice expressed in 64.3 % that the visiting service has the importance (rather) and 35.7 % said that it does not have the importance (rather).

Conclusions: The current model of preventive care of newborns and babies needs to be critically analysed and appropriately complemented by interventions of the visiting service. It is necessary to develop standardized procedures and documentation for the functional data recording of visiting service. It is desirable to renew the study program for children's nurse within the bachelor degree program and to increase the motivation of students to self-fulfilment in community care. To improve the co-operation and continuity of care of children's nurse, lactation counselor and other professionals. The community nurse has an irreplaceable role in the care of children's health. It is our job to ensure that our families have the opportunity to draw on their knowledge and skills as well as abroad.

Keywords

Community care; visiting service; children's nurse; newborn; infant; mother; needs

Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Společnost v 21. století	14
1.2 Rodina v 21. století	15
1.3 Programy podpory zdraví a primární prevence.....	17
1.4 Primární péče v pediatrii	19
1.5 Komunitní ošetřovatelství.....	21
1.6 Charakteristika návštěvní služby v 2. polovině 20. stol. v Čechách.....	24
1.7 Využití koncepčních modelů ošetřovatelství v komunitní péči o novorozence, kojence a matku	26
1.7.1 Dosažení mateřské role podle Mercerové	26
1.7.2 Model Peplauové.....	28
1.7.3 Interpersonální vztahy podle Peplauové	29
1.7.4 Role sestry v modelu Peplauové	30
1.7.5 Model Peplauové a návštěvní služba	31
1.8 Psychologie mateřství a rodičovství	32
1.8.1 Psychické potřeby matek, novorozenců a kojenců v komunitní péči	33
1.8.2 Potřeba identifikace s mateřskou úlohou	34
1.8.3 Role komunitní sestry v identifikaci s mateřskou úlohou	36
1.9 Edukace v komunitní péči.....	38
1.9.1 Edukační proces	38
1.9.2 Edukace v postnatálním období	40
1.9.3 Osobnost edukátora	40
1.10 Problémy a potřeby matek v oblasti péče o novorozence a kojence.....	41
1.10.1 Potřeba čistoty- hygienická péče a oblékání	42
1.10.2 Potřeba čistoty- přebalování.....	45
1.10.3 Potřeba spánku	47
1.10.4 Potřeba výživy- kojení	49
1.10.5 Problémy s kojením.....	51

1.10.6	Baby-Friendly Hospital Initiative	53
1.10.7	Vliv kojení na identifikaci s mateřskou úlohou	54
1.10.8	Potřeba bezpečí, lásky a přijetí.....	55
2	CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	58
2.1	Cíle práce	58
2.2	Výzkumné otázky	58
2.3	Hypotézy	59
2.4	Operacionalizace pojmů.....	59
3	METODIKA	61
3.1	Charakteristika výzkumného souboru- kvalitativní výzkum	62
3.2	Charakteristika výzkumného souboru- kvantitativní výzkum	62
3.3	Statistické zpracování dat.....	63
3.4	Organizace výzkumu.....	63
4	VÝSLEDKY	65
4.1	Výsledky kvalitativní části- rozhovory se sestrami	65
4.2	Výsledky kvalitativní části - rozhovory s matkami	67
4.3	Výsledky kvantitativní části – soubor matky	69
4.4	Testování hypotéz - výzkumný soubor matky	83
4.5	Výsledky kvantitativní části – soubor sestry.....	108
4.6	Testování hypotéz - výzkumný soubor sestry.....	121
5	DISKUSE.....	133
5.1	Výsledky ve výzkumném souboru matek	135
5.2	Výsledky ve výzkumném souboru sester.....	145
6	ZÁVĚR	151
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	154
8	SEZNAM ZKRATEK.....	176
9	PŘÍLOHY	177

ÚVOD

Komunitní ošetrovatelská péče je aplikovaným oborem ošetrovatelství a zaměřuje se na primární, sekundární a terciární péči o jedince, rodiny a skupiny nacházející se v komunitě. V současné době je otázka začlenění komunitního ošetrovatelství do systému primární zdravotní péče v České republice stále více aktuální vzhledem k závažným změnám ve společnosti a s ohledem na krize, které se ve svém důsledku projevují nejen v ekonomice a politice, ale hlavně ve společenském životě, sociálním a zdravotním systému, ve strukturách rodin a zdravotním stavu obyvatel. Vystává otázka, jak adekvátně zareagovat na tento společenský vývoj?

Disertační práce vychází z předpokladu, že matky novorozenců a kojenců potřebují v náročném postnatálním období odbornou pomoc a podporu. Domníváme se, že vhodným způsobem saturace této potřeby by mohlo být zavedení komunitní péče a obnovení návštěvní služby v rodinách. Komunitní dětská sestra by mohla matce sloužit jako průvodce náročným postnatálním obdobím. Kromě edukace v základních postupech péče o dítě může sehrát významnou roli v procesu identifikace s mateřskou úlohou a v podpoře kojení jako zdravého startu do života každého dítěte. V současných podmínkách se jeví komunitní péče jako efektivní způsob poskytování odborné pomoci a podpory. V tomto přesvědčení nás utvrzují pozitivní zkušenosti z dřívější doby, kdy byl na našem území velmi kvalitně propracován systém péče o novorozence, kojence a matky a významně se podílel na snížení kojenecké úmrtnosti a zkvalitnění ošetrovatelské péče o dítě a matku. Naše zkušenost je taková, že matky jsou po příchodu domu z porodnice nejisté, potřebují si nastavit určitý režim, získat zpětnou vazbu, zda o dítě pečují správně, pomoc s kojením a psychicky podpořit. V rámci preventivních prohlídek v ordinaci na to není dostatek času ani vhodné podmínky. V domácím prostředí se matka spíše dokáže uvolnit, otevřeně mluvit o svých problémech a navázat se sestrou důvěrný vztah, který je nezbytnou podmínkou efektivní spolupráce.

Cílem práce je zjistit, v čem by spočívala role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku a jak by bylo možné zařadit tuto péči do systému

zdravotních služeb České republiky. Současně chceme odhalit, s jakými problémy se potýkají matky novorozenců a kojenců v oblasti péče o dítě a jaký mají názor na uplatnění komunitní péče sestry pracující v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost.

1 SOUČASNÝ STAV

Teoretická část práce je zaměřena na specifikaci problematiky komunitní péče o novorozence, kojence a matku z pohledu moderního ošetrovatelství. Jednotlivé kapitoly se věnují charakteristice postmoderní společnosti, úloze primární prevence, uplatnění vybraných ošetrovatelských modelů v komunitní péči v mateřství a rodičovství, psychologii mateřství, potřebám a nejčastějším problémům při péči o kojence v domácím prostředí a jaké role hraje komunitní dětská sestra v tomto období.

1.1 Společnost v 21. století

Současná společnost bývá označována termínem postmoderní. Přestože sami postmodernisté se vyhýbají používání tohoto pojmu, spatřují pod ním nový, specifický stav ducha, který převrací a mění životní styly, obyčeje a hodnotové systémy lidí. Tím radikálně zasahuje do společenského života na jeho každodenní úrovni. Postmodernita je primární součástí kulturního komplexu pozdně moderních společností. Má významný vliv na filozofii, filozofii vědy, etiku, teologii, sociologii i ekonomiku. V současné době se úzce váže na globalizační procesy v kontextu ekonomicko-politicko-mocenského rozměru (Petrušek, 2007).

Druhá dekáda 21. století konfrontuje státy v Evropě i na celém světě s nepřetržitými ekonomickými, hospodářskými, politickými a sociálními změnami. Tato situace přímo ovlivňuje sektor zdravotní péče. Vzhledem k obrovskému pokroku v oblasti farmakoterapie, diagnostiky a terapie se dosáhlo úspěšnosti v eliminaci některých závažných onemocnění. Nová doba však přinesla jiné „nepřítele“ v podobě hromadně vyskytujících se neinfekčních onemocnění, které jsou důsledkem nevhodných návyků v oblasti stavování, tělesné aktivity, zneužívání návykových látek či chování vedoucí k úrazům (Zrubcová et al, 2013).

V současnosti spatřujeme nové trendy v ošetrovatelství, které ovlivňují rozvoj komunitní a domácí péče s ohledem na měnící se rodinné struktury. Postmoderní společnost v 21. století je charakteristická výrazným egocentrismem, emancipací žen, vysokým počtem rozvodů a existencí jednočlenných rodin. Příjemcem ošetrovatelské

péče se stává informovaný pacient, který již není pasivní, ale dobře zná svá práva a vyžaduje jejich dodržování (Jarošová, 2007).

V souladu s doporučeními Mezinárodní rady sester, Světové zdravotnické organizace a směrnicemi Rady Evropské unie je v ošetrovatelství kladen důraz na realizování programů zaměřených na prevenci, podporu a upevňování zdraví obyvatelstva ve všech věkových skupinách (Zrubcová, 2013). Sestry byly identifikované jako klíčoví aktéři v poskytování služeb primární péče, zejména primární prevence (Peckover et al., 2013).

1.2 Rodina v 21. století

Důkladné poznání charakteristiky současné rodiny je nepostradatelné při řešení rostoucí potřeby komplexní zdravotní péče naší stále rozmanitější populace. Vezměme v úvahu, že všichni klienti ošetrovatelské péče jsou členové rodin (Hanson et al, 2005). Pod pojmem rodina se rozumí minimálně dvougenerační soužití rodičů a dětí. Jedná se o sociální celek spojený na základě příbuzenské mezigenerační vazby. Dnešní společnost projevuje snahy rozšířit vymezení pojmu rodiny tak, aby se stal relevantním pro jakoukoli formu soužití dvou či více lidí, aniž by mezi nimi existovalo pouto mezigenerační či institucionální vazby (MPSV, 2014).

Rodina v tradiční společnosti měla jasně vymezená pravidla. Manželství bylo vnímáno jako posvátné a kanonické právo katolické církve usilovalo o stabilitu manželského svazku. Postupem času však ztratilo tuto posvátnost a stalo se občanskou smlouvou, kterou je možné uzavírat i opakovaně. V současné rodině se může spatřovat hodnotová diskontinuita mezi rodiči a dětmi, která může mít kořeny ve větší hodnotové závislosti dětí na masmédiích. Dále jsme svědky vysoké rozvodovosti manželů a častému soužití partnerů bez uzavření manželství. V souvislosti s emancipací žen a generovým trendům současné doby dochází ke vztahovým změnám a změnám hodnot v tradiční nukleární rodině (Bártlová, Matulay, 2009). Dnes se běžně můžeme setkat s nesezdanými páry, bezdětnými partnery, homosexuálními vztahy či rozvedenými manželi. Ve srovnání s předešlými generacemi jsou změny v rodinné konstelaci tak výrazné, že se předpokládá, že tyto familiární změny povedou ve svém důsledku k celé

řadě sociálních problémů. Vzhledem k zmenšování nukleární rodiny a vysoké míře rozvodovosti se můžeme brzy potýkat s problémy v podobě sociální izolace a osamělosti. Moderní rodina je vnímána jako křehká sociální organizace. Očekává se, že tak zásadní sociální a rodinné změny povedou lidi k hledání způsobů, jak kompenzovat ztrátu komunity a vypořádat se s prázdnotou, kterou mohou pociťovat (Rokach, Shick, 2014).

Česká rodina podobně jako rodiny v západní civilizaci postupně ztrácí ustálený model platný v Evropě od doby, kdy se rozšířila křesťanská filosofie. Jedním z mnoha prvků, které se uplatnily na této změně, byl postupný přechod od hospodářství k povoláním, kde je klíčovou kompetencí schopnost jednat s lidmi a intelektuální zdatnost. Tím se výrazně vyrovnal rozdíl mezi muži a ženami v oblasti zaměstnání. Můžeme říci, že pro takový druh činností jsou obě pohlaví vybavené podobně (Možný, 2002).

Nejvýznamnější změnou na konci 20. století byl vynález a rychlé rozšíření antikoncepce. Sexuální slast se tak oddělila od reprodukce, která zajišťovala pokračování druhu. Za revoluční změnu v reprodukčním řádu považujeme možnost ženy rozhodnout o tom, kdy, zda a kolik dětí porodí, aniž by se musela omezovat v sexuálním životě. Nejmladší generace zareagovala na současné změny ve společnosti zvýšením počtu rozvodů a exponenciálním nárůstem počtu dětí narozených mimo manželství. Vzniká tak subkultura, v níž se považuje za normu nemít žádné děti a jiná, kde se sice děti rodí, ale bez pevného svazku k jednomu určitému otci (Možný, 2002).

Charakteristickým rysem dnešní doby je odsouvání rodičovství na pozdější období. Příčinou může být neochota měnit zaběhnutý životní styl bez dětí, budování kariéry či zdravotní komplikace spojené s mateřstvím. Svoji roli zde hraje dramatický posun v normách a postojích v populaci, posílení individualismu a zdůrazňování seberealizace jedince a jeho práv. Vzhledem ke zvyšování počtu vysokoškolsky vzdělané populace bylo zjištěno, že ženy s vyšším vzděláním kladou větší důraz na seberealizaci, kariéru, volný čas a potřebu vzdělání u svých dětí. V té souvislosti bývá obtížnější skloubit zaměstnání a péči o děti (Gillernová et al, 2011).

Neoddělitelnou součástí rodiny je domov, který se stává dítěti místem, kde se cítí bezpečně, nabývá pocit jistoty a pohody. Domov by měl být místem důvěry, zdrojem silných emocionálních prožitků a prostorem, kde se všichni členové rodiny cítí „dobře“. Dětská sestra by měla posilovat a podporovat rodiny, aby jejich domovy vytvářeli určité tradice, zvyky a způsoby chování, čímž pomáhá posilovat fenomén „rodinného hnízda“ (Sikorová, 2012). Mladá česká rodina je obvykle vázána na bytovou, materiální či jinou pomoc rodičů. Z toho vyplývají následné problémy v mezigeneračním soužití, kdy pomáhající rodiče uměle oddalují samostatnost mladé rodiny (Novák, 2006).

Sestry pracující v komunitách (Jackson, Darbyshire, 2006) velmi úzce spolupracují s rodinami a jsou denně konfrontovány s jejich problémy, ať už na úrovni ekonomické, zdravotní či sociální. Stále více rodin trpí nedostatečnou podporou ze strany širší rodiny v důsledku interpersonální či geografické vzdálenosti. Jako potenciálně zranitelné jsou vnímány rodiny s malými dětmi, protože se musí přizpůsobit životu s malým dítětem a řešit nové problémy se zaměstnáním matek a finančním příjmem. Velké množství žen se vrací do zaměstnání v průběhu 12 měsíců po porodu, což sice může pozitivně ovlivnit ekonomickou stránku rodiny, ale zároveň je nutné vyřešit otázku náhradní péče o dítě po dobu nepřítomnosti pečující osoby.

1.3 Programy podpory zdraví a primární prevence

Program Zdraví pro všechny v 21. století je racionální a dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj (Zdraví 21, 2014). Jeho třetí cíl s názvem Zdravý start do života je zaměřen na vytvoření takových podmínek, aby do roku 2020 všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví umožňující jim zdravý start do života. To, jak stát pečuje o zdravotní stav mladé generace, dává do určité míry obraz o jeho sociální a kulturní úrovni. Právě v raných fázích života se vyvíjejí důležité komponenty jak tělesného tak duševního zdraví. Česká republika má oproti ostatním státům Evropy výrazně nižší úroveň porodnosti a plodnosti. Může se však chlubit s výsledky celkové perinatální mortality, která činí 4,4 promile a tím řadí náš stát mezi země s nejlepšími výsledky na světě. Navzdory tomu zdravotní stav dětské

populace výrazné zlepšení nezaznamenává. Potýkáme se s vzrůstajícím počtem vrozených vad, alergických onemocnění, neurologických onemocnění, mentální retardace a závažných úrazů (Zdraví 21, 2014).

Ministři zdravotnictví evropských zemí schválili 12. 9. 2012 při jednání Regionálního výboru WHO novou strategii na podporu zdraví a blahobytu s názvem „Zdraví 2020“. Tato strategie přímo navazuje na strategii Zdraví 21 a podporuje na mezinárodní úrovni integraci a harmonizaci aktivit na podporu zdraví. Strategie je zaměřena na řešení hlavních problémů členských států regionu a to na nerovnosti ve zdraví, finanční krizi, snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a nárůst chronických neinfekčních onemocnění. Jádro současné zdravotní politiky Evropy spočívá na těchto základních tezí: *„Zdraví je významnou ekonomickou, humánní, individuální i sociální hodnotou. Účinná a hospodárná péče o zdraví začíná v rodinách, ve školách a na pracovištích. Významnou rolí všech komponent společnosti je motivovat a usnadňovat ta rozhodnutí, která přispívají ke zdraví, a navrhopvat i realizovat opatření zlepšující zdravotní i životní podmínky lidí“* (MZ ČR, 2014, s. 8-9).

Primární prevence v 21. století může reagovat na současné potřeby podpořením partnerského prostředí, které motivuje lidi k vynaložení většího úsilí v péči o vlastní zdraví. Má možnost využít k tomu nejnovější nástroje a inovace jako například komunikační technologie, elektronické zdravotnictví a sociální média (MZČR, 2014).

Strategie Zdraví 2020 věnuje pozornost komunitě žen, matek, novorozenců a kojenců. Bezpečné plánování rodičovství, těhotenství, porod, kojení a postnatální péče jsou i nadále spojeny s určitými riziky. Poskytování vhodných a efektivních intervencí v průběhu těhotenství, porodu a během prvního týdne života by mohlo zamezit až dvěma třetinám novorozeneckých úmrtí, snížit úmrtnost matek a poskytnout lepší start pro všechny novorozence. Existuje velké množství důkazů, které prokazují, že investování do zdravého vývoje v raném dětství je významné opatření pro snižování stupňující se zátěže chronických onemocnění. Nejdůležitějším aspektem v péči o kojence a malé děti je podpora kojení, které kromě stimulace vazby s matkou a pozitivním vlivem na psychosociální rozvoj, je účinnou prevencí chronických neinfekčních chorob (WHO, 2013).

V problematice snižování mateřské, novorozenecké a kojenecké úmrtnosti hrají podstatnou roli kontextové faktory jako je zdravé životní prostředí, posílení postavení žen ve společnosti, úroveň vzdělání a chudoba. Kromě těchto faktorů se na mateřské, novorozenecké a kojenecké úmrtnosti výrazně odráží úroveň péče poskytované zdravotnickými systémy. Dobrý start do života vytváří základ pro zdraví. K tomu je nutné reprodukční zdraví matky, fyziologický průběh těhotenství, porod dítěte přiměřené hmotnosti, důsledná mateřská péče a budování vztahu mezi dítětem a matkou, dobrý přístup k vysoce kvalitní zdravotní péči, úroveň vzdělávání v daném místě a stimulační prostředí s umožněním bezpečné hry (WHO, 2013).

Pro zdravý tělesný a duševní vývoj dítěte je zásadní první rok života. Kromě podpůrného bezpečného prostředí, bezpečného bydlení, kvalitní stravy a zdravého způsobu života potřebují také přístup k přátelským a věku přiměřeným aktivitám. Podpora fyzického, kognitivního, sociálního a emocionálního rozvoje má zásadní význam pro všechny děti od nejranějšího věku. U dětí, které mají dobrý start do života, je pravděpodobné, že dosáhnou lepších studijních výsledků, lépe placeného zaměstnání a udrží si dobré fyzické i duševní zdraví i v dospělosti (WHO, 2013).

1.4 Primární péče v pediatrii

Důležitou roli v rozvoji primární zdravotní péče sehrála konference v Alma-Atě v roce 1978. Zde byla přijata desetibodová deklaráce, která vyzvala Světovou zdravotnickou organizaci, vlády jednotlivých států a další mezinárodní a mimovládní organizace k realizaci opatření k rozvoji primární zdravotní péče na celém světě. Přijatá definice uvádí, že je to péče, kterou poskytují v rámci zdravotní péče při prvním kontaktu s klientem a její úlohou je pomoci mu při řešení problémů, s kterými přichází. V podstatě jde o soustavnou a komplexní péči, která zahrnuje služby týkající se podpory zdraví, prevence chorob, jejich včasného odhalování a léčby. Předpokládá aktivní účast jednotlivců i široké veřejnosti a dnes se už nechápe jako synonymum praktické lékařské péče. Poskytovatelé zdravotní péče tvoří tým, do kterého patří odborníci z různých disciplín- lékaři, sestry, dietetici, fyzioterapeuti, sociální pracovníci. Jejich cílem je pomoci klientovi/ pacientovi, případně osobám, které ho podporují.“ Zdraví zde bylo

nazváno základním lidským právem a dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví by se mělo stát nejvýznamnějším sociálním cílem, na jehož realizaci se má podílet nejen sektor zdravotnictví, ale také sociální a ekonomické sektory. Klíčem k dosažení tohoto cíle je podpora rozvoje primární zdravotní péče (WHO, 2014).

Světová zdravotnická organizace klade důraz na podporu bezpečného mateřství a perinatální péče. V důsledku destrukce tradiční rodinné struktury je důležité poskytovat ženám a jejich partnerům při získávání rodičovských dovedností profesionální podporu v rámci komunitní ošetrovatelské péče. Evropská strategie zdraví pro všechny zdůrazňuje, že děti jsou důležitým zdrojem společnosti. Proto je nezbytným požadavkem vytvářet bezpečné a podpůrné domácí prostředí. Edukace rodičovským dovednostem je efektivní způsob jak zabezpečit zdravý start do života novorozencům, kojencům a malým dětem (Strategické dokumenty, 2003).

Podpora zdraví je proces, který pomáhá udržovat či zlepšovat zdravotní stav lidí a zvyšovat tak jejich kontrolu nad zdravím ovlivňujícími faktory. V Čechách došlo na začátku 80. let minulého století k začlenění podpory zdraví do strategie práce veřejného zdravotnictví jako reakce na prudký nárůst chronických neinfekčních onemocnění a výrazný vzestup nákladů na zdravotní péči. Podpora zdraví se orientuje na populaci jako celek, ne jen na jedince se specifickými zdravotními riziky (Hnilicová et al., 2012). Primární péče je vnímána jako komplexní, holistická a humanistická zdravotní péče, která je zaměřená na schopnost podporovat a doporučovat strategie k udržení zdraví. Vyznačuje se přímou dostupností, otevřeností, odstraňováním kulturních, geografických či ekonomických bariér, efektivní reakcí na potřeby občanů, maximálním zachováním lidské důstojnosti a poskytováním péče v nejlepším prostředí pro prevenci - to znamená v rodinách, v nejbližším sociálním prostředí dítěte a ve školách (Sikorová, 2012). Je definována jako základní zdravotní péče, která je postavena na vědeckých důkazech a zahrnuje společensky přijatelné metody a technologie všeobecného přístupu k jednotlivcům, rodinám a komunitám prostřednictvím jejich plné účasti a za cenu, kterou si komunita může dovolit. Je nedílnou součástí zdravotního systému (Mackey et al., 2013).

Primární péče se v současnosti dostává do popředí zájmu společnosti na celém světě. Očekává se, že bude efektivně řešit dopad demografického vývoje a současné ekonomické krize na zdravotnictví. Kvalitní systém primární péče zajišťuje podle Seiferta et al. (2012) efektivitu celého systému zdravotnictví. V České republice poskytují primární péči v pediatrii praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí zubní lékaři, agentury domácí péče a lékařské služby první pomoci (Šín, 2012). Tato skupina lékařů a sester primární péče je základním článkem v preventivní, diagnostické a léčebné činnosti u osob do 18 let věku (Šín, 2012). V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost spolu úzce spolupracuje lékař a dětská sestra. Jejich činnosti by se měly vzájemně doplňovat. Sestra zodpovídá za plynulý chod praxe, zajišťuje podmínky pro poskytování kvalitní zdravotní péče a věnuje se aktivitám primární prevence, které spočívají v podpoře zdraví dětí a poradenské činnosti. Patří sem hodnocení a podpora fyziologického růstu a vývoje dítěte, podpora uspokojování potřeb dítěte, účast na preventivních prohlídkách, výchova ke zdraví, prevence úrazů a rizikového chování a ochrana zdraví dětí a dorostu (Sikorová, 2012).

1.5 Komunitní ošetřovatelství

Pojem „komunitní“ a „komunita“ má svůj původ v latinském výrazu *communitas*, který se vykládá jako společenství, obec, pospolitost či vlídnost (Tomáš et al, 2014). Farkašová (2006, s. 15) definuje komunitní ošetřovatelství takto: *„Komunitní ošetřovatelství je zaměřeno na primární, sekundární a následnou péči o jedince, rodiny a skupiny nacházející se v komunitě. Značnou část ošetřovatelské péče tvoří ochrana, upevňování a navrácení zdraví. Sestry zajišťují ošetřovatelskou péči v úzké spolupráci s jejími příjemci, orgány a organizacemi na území komunity“*

Hanzlíková (2007, s. 31) ještě upřesňuje: *„Úlohou komunitního ošetřovatelství je předcházet vzniku nemocí, chránit, udržovat a podporovat zdraví. Proto je ošetřovatelství v komunitním zdravotnictví zaměřeno nejen na vykonávání terapeutických zásahů, ale hlavně na poradenské, edukační, manažerské a obhajovací aktivity.“*

Komunitní péče podle Jarošové (2007) zahrnuje spektrum zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány zdravým i nemocným občanům, rodinám a komunitám. Je důležitou součástí primární péče a zakládá se na spolupráci veřejných zdrojů, zdrojů jednotlivce a tvoří holistický a integrovaný přístup do péče o zdravé i nemocné klienty. Sestry jsou nejdůležitějším článkem multidisciplinárního týmu komunitní péče, protože většina služeb poskytovaných v rámci této péče jsou aktivity ošetrovatelské péče.

V porodnickém a pediatrickém ošetrovatelství má komunitní péče určitou tradici. Komunita matek, novorozenců a kojenců představuje prostor pro poskytování bezpečné, laskavé, úsporné a kvalitní ošetrovatelské péče. Pro zajištění budoucnosti zdravé populace je důležité, aby komunitní sestra přijala roli advokáta klientů a snažila se uplatnit vliv jako veřejný činitel. Proto jsou na komunitní sestru kladeny určité profesní požadavky. Mezi její základní dovednosti patří kreativita, umění řešit problémy, koordinace multioborové spolupráce a schopnost rychle a efektivně se rozhodovat (Leifer, 2004). Tyto dovednosti by si měly kvalifikované sestry, jak uvádí Ildarabadi et al. (2013), osvojit v průběhu profesní přípravy, kde dochází ke komplexní kombinaci vědeckých a praktických kompetencí

V současnosti se ošetrovatelství potýká s rostoucí poptávkou po komunitní péči, která souvisí s nárůstem čím dál složitějších zdravotních a sociálních problémů. Je proto nezbytně nutné rozvíjet nové modely péče a stávající modely podrobit kritickému zhodnocení tak, aby lépe reagovaly na potřeby komunity (Kronborg et al, 2012). Zvláště dětské klienti mají komplexní zdravotní, sociální, psychologické a vzdělávací potřeby, které si vyžadují holistický přístup (Myers, 2005). Při poskytování ošetrovatelské péče v komunitě přijímá sestra osobní a profesní odpovědnost za vytvoření bezpečného a efektivního vztahu sestra - klient. Základem takto úspěšného vztahu je dodržování etických a kulturních přesvědčení klientů. Klientem se rozumí jak jedinec, tak rodina, komunita či společnost jako celek. Komunitní ošetrovatelství je specifické tím, že není zaměřeno jen na fyzickou péči, ale velkou pozornost věnuje výuce, poradenství, doporučování a lobování za potřeby komunity (Holzemer, Klaiberg, 2014). Komunitní sestra by měla mít minimálně bakalářský titul a bohaté klinické zkušenosti. Kromě toho

by měla mít rozvinuté kritické myšlení, schopnost advokacie a analytické dovednosti. Vzhledem k ekonomickým změnám ve společnosti v současnosti platí, že komunitní sestry mají nižší platové ohodnocení než sestry na obdobných pozicích ve významných zdravotnických zařízeních. Z toho vyplývá nutnost vnitřní motivace pro tuto práci (Meadows, 2009).

Role komunitních sester jsou dnes mnohem širší a komplexnější než dříve. Farkašová (2006, s. 180) definuje profesní roli takto: „*Profesní role představuje vzor chování určený požadavky určité profese. Role se nevztahuje jen k chování jedince, ale i k jeho prožívání, se kterým jsou spojeny emoce a postoje, k vlastnostem osobnosti a hodnotovému systému.*“ V moderním ošetrovatelství je kladen větší důraz na prevenci nemocí, zdravý životní styl a profesionální chování. Navíc dochází k čím dál větší nezávislosti sester a nutnosti samostatné práce. Doby, kdy sestry pouze asistovaly lékařům a plnily jejich příkazy, jsou pryč. Současné ošetrovatelství má širokou teoretickou základnu. Sestry se zabývají výzkumem a nezávislou vědeckou prací. V té souvislosti došlo k přeměně závislých kompetencí na více nezávislé role v komunitě. Od sester se očekává převzetí zodpovědnosti za sebeřízení a péči o klienty (Basavanthappa, 2008). Vzhledem k náročnosti povolání se může i zkušená sestra na začátku kariéry potýkat s obtížemi s adaptací na změněné pracovní podmínky jako je například flexibilní pracovní doba či poskytování péče v domácím prostředí klienta (Ellis, Chater, 2012).

Komunitní dětská sestra působí na rodiče a děti v aktivní spoluúčasti při ochraně a podpoře zdraví. V té souvislosti se stává činným ochráncem zdravého vývoje každého dítěte a advokátem jeho práv (Boledovičová, Zrubcová et al, 2009). Úloha komunitní dětské sestry se v průběhu času značně rozšířila. V posledních letech zaměřuje pozornost na podporu zdraví a uplatňování preventivních strategií v podobě case managementu, návštěv v domácnosti, terénních programů, facilitace skupin či primární intervence u klientů s duševními problémy. Tyto změny v přístupu ke komunitní péči mají svůj původ v měnících se sociálních determinantech zdraví a také v odhalení významu prvních let vývoje dítěte pro udržení zdraví v dospělosti. Tím se zdůraznila

potřeba podpory v těhotenství, rodičovství a raném věku dítěte jako strategie pro dlouhodobé udržení zdraví budoucí populace (Borrow et al., 2011).

1.6 Charakteristika návštěvní služby v 2. polovině 20. stol. v Čechách

Za období rozvoje primární prevence prostřednictvím komunitní ošetrovatelské péče jsou v historii našeho státu považována 50. léta 20. století. To platí zvláště pro gynekologicko-porodnické a pediatrické ošetrovatelství. Práci zdravotnických zařízení dětské péče v terénu upravoval provozní řád Ministerstva zdravotnictví z 30. 3. 1952. Hlavní náplň spočívala v podpoře správného vývoje dítěte a ochraně před onemocněním (Švejcar, 2009).

Péče o novorozence, kojence a matku byla důležitou strategií boje proti vysoké kojenecké úmrtnosti. Výrazný pokles kojenecké úmrtnosti je vidět v souvislosti se zavedením komunitní péče o matku a dítě a s vědeckým pokrokem v oblasti medicíny. Velkým přínosem se stala návštěvní služba v rodinách s novorozenci a kojenci. Obvodní dětská sestra jak uvádí Hrvolová (1975) navazovala kontakt s matkami již v době těhotenství a poté při příchodu z porodnice. Při výkonu návštěvní služby sestra monitorovala několik oblastí. V první řadě se zajímala o hygienické podmínky bydlení, zda je byt po zdravotní stránce vyhovující. Je nutné mít na paměti, že se pohybujeme v časném poválečném období, kdy zvláště na venkově byl socioekonomický statut rodiny velmi nízký a celkové hospodářské poměry ve společnosti byly poznamenány válkou a poválečnými ekonomicko-politickými reformami (Voroninová, 1959). Růžena Hankeová (1954, s. 572) napsala: *Chceme-li se dobře zapojit do boje proti kojenecké úmrtnosti, je třeba, abychom měli dostatek dobrých pracovníků. Nejen dětských lékařů, ale zejména dobré dětské sestry v terénu, které musí být hlavním pomocníkem šíření zdravotnické osvěty v rodinách*“.

Obvodní dětská sestra podle Hankeové (1954) měla za úkol již v první době po porodu předat matce nejdůležitější informace v péči o kojence. Protože bylo třeba přesvědčit matku o tom, že sestra má opravdový zájem o zdraví dítěte a dokáže matce adekvátně poradit, bylo nutné pro takovou práci vybírat sestry s výbornou kvalifikací a praktickou průpravou. To platilo zvláště na venkovských obvodech, kde nebyla dobrá

dostupnost lékařské péče a sestra tak musela pracovat samostatně, odborně a často se sama rychle rozhodovat. Díky tomu se dětská sestra stala spojkou mezi lékařem a matkou. Úspěšnost návštěvní služby byla do velké míry ovlivněna osobnostními předpoklady sestry. „Často je třeba hotového řečnického umění, aby nás matka vůbec pustila do bytu, natož, aby nechala sáhnout na novorozeneč. Musíme matku přesvědčit, že nejsme žádná revize, ale že jí jdeme poradit, pomoci a vůbec, že jsme přišly jí k užitku“ (Brožová, 1953, s. 679).

Návštěvní služba v rodinách po porodu nebo v prvních dnech po příchodu z porodnice poskytovala rodičům prostor pro vznášení dotazů, nabývání informací a osvojování si určitých dovedností. Navíc byl novorozenec uchráněn možností získání infekce od ostatních kojenců v poradně. Velký význam pro kvalitní pediatrickou péči mělo seznámení se s prostředím, kde bude dítě vyrůstat. V návštěvní službě se věnovala zvýšená pozornost prvorodičkám, které ještě neměly zkušenosti s ošetřováním dítěte a svým přístupem mohla sestra zabránit realizaci škodlivých rad od babiček a sousedek (Moravcová, 1965).

Návštěvní služba v rodině s novorozencem a kojencem měla pevně stanovený postup. Po prvotním seznámení a přivítání si sestra zjišťovala, jak se matce a dítěti daří a jak zvládají péči. Poté přistoupila k samotnému vyšetření dítěte. Orientačně zhodnotila psychomotorický vývoj, dítě svlékla a prohlédla místa vlhké zapáčky, způsob balení do plen, stav pokožky, hojení pupeční jizvy a orientačně vyšetřila kyčle. V průběhu vyšetření odpovídala na dotazy matky a vysvětlovala jí, či názorně ukazovala, jak má s dítětem manipulovat a jak o něho pečovat. Dále se zajímala o výživu dítěte, radila matce ohledně kojení či náhradní kojenecké výživy. Na závěr se seznámila s tím, v jakém stavu má maminka výbavičku pro miminko, postýlku a kočárek. Celkově zhodnotila hygienickou úroveň domácnosti a vhodně s maximálním taktlem motivovala matku k případným změnám (Brožová, 1953).

1.7 Využití koncepčních modelů ošetřovatelství v komunitní péči o novorozence, kojence a matku

Podle Mercerové (2004) je mateřství v životě ženy považováno za hlavní vývojovou událost. Stát se matkou vyžaduje přechod od současné reality k realitě neznámé a nové. Tento přerod zahrnuje restrukturalizaci cílů, chování a povinností k dosažení nového pojetí sebe sama. V tomto náročném období přichází matka do interakce se zdravotnickými odborníky, zvláště s dětskými sestrami a kvalita těchto vztahů do jisté míry určuje úspěšnost v identifikaci s mateřskou rolí a v řešení problémů. Interpersonálnímu vztahu mezi sestrou a matkou se ve svém modelu věnuje Hildegard E. Peplauová. Ošetřovatelský proces umožňuje s použitím vybraných koncepčních modelů poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči novorozencům, kojencům a jejich matkám (Farkašová, 2006).

1.7.1 Dosažení mateřské role podle Mercerové

Velké zkušenosti v ošetřovatelské péči o matky, novorozence a kojence měla Ramona Mercerová, která působila jako vrchní sestra pediatrického oddělení a jako sestra na jednotkách poskytujících prenatální, perinatální a postnatální péči. Tato praxe jí dala pevný základ pro vytvoření nové ošetřovatelské teorie dosažení mateřské role. Teorie byla vyvinuta tak, aby tvořila určitý rámec pro sestry v poskytování odpovídajících intervencí ošetřovatelské péče o matky a pomohla jim vytvořit silnou mateřskou identitu. Přestože tato teorie byla původně určena pro použití v průběhu celého těhotenství a poporodní péče, můžeme ji s úspěchem používat i pro adoptivní či pěstounské matky nebo jiné osoby, které se nečekaně ocitnou v roli matky. Cílem postupů zahrnutých v tomto ošetřovatelském modelu je pomoci matkám získat pevnou vazbu k dítěti a vytvořit tak pouto mezi dítětem a matkou (Nursing theory, 2013).

Práce Mercerové se ve velké míře uplatnily jak v pediatrickém ošetřovatelství, tak v porodní asistenci. Mnoho současných pojmů v prenatálním a postnatálním ošetřovatelství vznikalo na podkladě Mercerové výzkumu. Teorie dosažení mateřské role je nesmírně cenným materiálem pro vzdělávání sester. Studenti ošetřovatelství se

v rámci této teorie učí plánovat a poskytovat péči rodičům v rozmanité škále intervencí. Do praxe byla zavedena v roce 2004 a rychle si získala patřičné uznání a to nejen v ošetrovatelství, ale například v psychologii, sociologii, pedagogice a dalších disciplínách, které mají souvislost s rodičovstvím a dosažením mateřské role (Alligood, 2014).

Mateřská identita byla definována jako konečný bod v procesu identifikace s mateřskou rolí (Mercer, 2004). Model dosažení mateřské role je zasazen do prostředí Bronfenbrennerových vnořených kruhů, které představují makrosystém, exosystém a mikrosystém (Alligood, 2013). Původní model navržený Mercerovou prošel v roce 2000 úpravou, kdy se změnil termín exosystém a byl nahrazen více vystihujícím pojmem mesosystém. Mikrosystém označuje bezprostřední okolí, kde dochází k dosažení mateřské role. Patří sem faktory, jako je fungování rodiny, vztah matka - otec, sociální podpora, ekonomické postavení rodiny, rodinné hodnoty a stresory. Tyto proměnné z nejbližšího okolí mají nejsilnější vliv na dosažení mateřské role (Alligood, 2014). Rodina je v tomto modelu vnímána jako polouzavřený systém, který udržuje hranice a kontrolu nad interakcí mezi rodinným systémem a jiným sociálním systémem (Basavanthappa, 2007). V roce 1995 rozšířila Mercerová svou dřívější koncepci a zdůraznila význam otce v dosažení mateřské role. Tu označila jako výsledek interakce mezi otcem, matkou a kojencem (Alligood, 2014). Mesosystém přímo souvisí s vlivy v mikrosystému a také se výrazně podílí na rozvíjení mateřské role. Tento systém zahrnuje denní péči, školu, pracovní podmínky, náboženskou komunitu a další subjekty v rámci bezprostřední komunity. Makrosystém poukazuje na obecné prototypy, které existují v určité kultuře či předávaných kulturních vzorcích. Patří sem vlivy sociální, politické a kulturní. Z tohoto systému se při dosahování mateřské role nejvíce uplatňuje oblast zdravotnictví a současné politiky systému zdravotní péče.

Dosažení mateřské role je proces, který sleduje čtyři fáze: anticipační, formální, neformální a osobní. Tyto fáze byly vytvořeny v roce 1975 z výzkumného šetření Thorntona Nardis (Alligood, 2014). Pro anticipační fázi je charakteristická sociální a psychologická adaptace na novou životní situaci. Tato fáze probíhá od početí do porodu. V tuto dobu matka přemýšlí o mateřské úloze často s bujnou fantazií a má

mnohá očekávání v tom, co nastane po porodu. Při narození dítěte matka přechází do formální fáze, kdy důležitou úlohu sehrává sociální okolí matky, která se často zvláště v prvních týdnech spoléhá na rady druhých a přejímá vzorce chování ostatních matek (Nursing theory, 2013). V tomto období se navíc musí vypořádat s různými vlivy, které mohou ovlivnit její pozdější adaptaci do nové životní situace. Jedná se hlavně o zkušenosti s porodem, separace dítěte od matky, osobnostní rysy, sebedůvěra, chování dítěte a zdravotní stav (Mercer, 2004). Na utváření sebevědomí matky a jejím zdravotním stavu se výrazně odráží i stres. Nízké sebevědomí blokuje dosažení mateřské identity, naopak ženy s vysokou sebeúctou trpí výrazně méně depresemi v průběhu prvních tří měsíců po porodu. Sebevědomí a sebeúcta jsou hlavním predikátorem identifikace s mateřskou úlohou zvláště u prvorodiček (Mercer, 1990).

Matka postupně přechází do neformální fáze, kdy už sama rozvíjí metody mateřství, které nejsou přenesené sociálním systémem, ale vytváří je matka sama na základě svých zkušeností a nabývání pocitu jistoty. Vrcholnou fází identifikace s mateřskou úlohou je osobní fáze, která bývá nazývána fází radosti z mateřství. Zde dosahuje harmonie, důvěry a kompetencí v mateřské roli. Tato fáze je důležitým mezníkem v přípravě matky na další mateřství (Nursing theory, 2013).

1.7.2 Model Peplauové

Práce dětské sestry v komunitě matek, novorozenců a kojenců je založena na kvalitních interpersonálních vztazích. Této oblasti se ve vztahu k ošetřovatelství věnovala Hildegard E. Peplauová (Farkašová, 2006). V roce 1940 formulovala své teoretické představy o terapeutickém interpersonálním vztahu v ošetřovatelství a v roce 1952 je poprvé veřejně publikovala (Fitzpatrick, Kazer, 2012). Ve své knize *Interpersonální vztahy* definuje ošetřovatelství jako „*interpersonální proces, který zahrnuje interakci mezi dvěma a vícero jednotlivci se společným cílem*“ (Farkašová, 2006, s. 139). Takové ošetřovatelství pomáhá jedinci v porozumění vlastnímu chování a sestře umožňuje tím, že pochopí chování svých klientů, rozpoznat jejich problémy a následně je s využitím principů interpersonálních vztahů efektivně řešit. Stěžejní význam v interpersonálním vztahu sestra - pacient/ klient mají role sestry, které jsou jádrem psychodynamické péče

(Pavlíková, 2005). Tato teorie se zaměřuje na využití terapeutického vztahu jako metody ošetrovatelské pomoci zvládat úzkost a podporovat zdraví. Vztah sestry - pacient vychází z lidské potřeby sounáležitosti a je zásadním pro poskytování ošetrovatelské péče na prahu 21. století. Prostřednictvím mezilidských vztahů mohou sestry pomáhat klientům dosahovat zdravé hladiny sebevědomí a usnadnit zdravou interpersonální integraci s cílem podpořit blahobyt a zdravý osobnostní rozvoj (Fitzpatrick, Kazer, 2012).

1.7.3 Interpersonální vztahy podle Peplauové

Podle Peplauové je vztah sestry - pacient centrem ošetrovatelství. Ve své původní práci popsala čtyři fáze tohoto vztahu - orientace, identifikace, využití a ukončení. V roce 1997 vytvořila kombinaci fáze identifikace a využití, čímž vznikly tři fáze interpersonálního vztahu sestry - pacient a to orientace, pracovní vztah a ukončení pracovního vztahu. Nicméně většina ošetrovatelských teoretiků uznává původní verzi modelu se čtyřmi fázemi (Masters, 2014). Přestože původní záměr využití tohoto modelu byl orientován na psychiatrické ošetrovatelství, je velmi vhodný pro použití při poskytování ošetrovatelské péče v rodinách a komunitách, zvláště se zaměřením na pediatrii (Fitzpatrick, Kazer, 2012).

V roce 1984 Wright a Leahey poprvé definovaly rodinné systémy v ošetrovatelství. Cílem identifikování rodinných systémů bylo pomáhat jednotlivcům a rodinám nalézat nová řešení problémů. Sestra má důležitou úlohu v tom, aby nabídla alternativní pohled na problém prostřednictvím dotazování na interakce mezi osobami, problémy a prostředím. V komunitním ošetrovatelství se ukázalo jako efektivní používání kombinace teorie Peplauové s teorií rodinných systémů, protože klientem komunitní péče není jen jednatel, ale celá rodina, která vstupuje se sestrou do terapeutického vztahu (Forchuk, Dorsay, 1995).

Interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem se skládá ze čtyř fází. První je fáze orientace, kdy se sestra a klient poprvé setkávají za účelem poskytnutí profesionální pomoci. Už tento první kontakt je velmi důležitý pro vytvoření terapeutického vztahu s klientem. Poté přichází fáze identifikace, kdy si sestra a klient

vzájemně sdělují svá očekávání a představy, aby mohl být vytvořen pracovní vztah, který je stěžejní pro přesnější identifikaci problémů a rozhodování o jejich řešení. V tomto období může klient vystupovat buďto pasivně a zcela závisle na sestře, nebo naopak úplně autonomně a pouze částečně závisle. Následující fáze se jmenuje využití a je to stav, kdy klient začíná mít situaci pod kontrolou, využívá dostupné služby podle svých potřeb a učí se orientovat ve vlastních pocitech, emocích, myšlení a chování, tak aby dosáhl maximální sebedpěče. Poslední důležitou fází je ukončení. Klientovi potřeby jsou naplněné a nastává okamžik ukončení terapeutického vztahu, aby se sestra mohla zaměřit na nové cíle (Pavlíková, 2005).

1.7.4 Role sestry v modelu Peplauové

Důležitou součástí modelu Peplauové je definování rolí, které se objevují v rámci ošetrovatelského procesu ve vztahu sestra - pacient. Pokud chceme zjistit, jaké role hraje sestra ve vztahu k pacientovi, musíme si odpovědět na některé otázky: Jaké role by měla sestra plnit? Jsou definované předem, nebo vyplývají z konkrétní situace? Jak pacient vnímá sestru? Obsazuje si pacient sestru do rolí, které mají racionální nebo iracionální základ? Co je nejlepší pro pacienta? Toto jsou důležité otázky, které pomáhají osvětlit faktory, jež mohou sloužit jako základ ošetrovatelství, tak aby bylo prospěšné pro jednotlivce i společnost (Peplau, 1991).

Při poskytování ošetrovatelské péče zauímají sestra a klient v různých fázích terapeutického interpersonálního vztahu různé role, které se projevují specifickým chováním. V úvodní fázi, kdy se sestra a klient setkávají poprvé jako dva cizí lidé, zauímá sestra roli neznámé osoby. Důležité je, aby přistupovala ke klientovi bez předsudků, zdvořile a akceptovala ho takového, jaký je. Po překonání úvodní fáze klade sestra klientovi otázky, aby se přiblížila k jádru jeho problémů. Zároveň odpovídá na jeho dotazy a pomáhá mu pochopit příčiny jeho potíží. Tato role nese název role pomocnice. Úloha, která je v podstatě kombinací všech rolí a pracuje primárně s informacemi, je role učitele, kdy sestra předává informace a učí klienta v oblastech, kde pociťuje tuto potřebu. Sestra by měla demokraticky vést klienta k plnění jeho aktuálních povinností. Tato role se jmenuje role vůdce. V souvislosti s mírou závislosti

a vzájemné závislosti ve vztahu sestra- klient hraje sestra roli zástupce. Nejvýznamnější rolí, která je výsledkem umění a vědomostí sestry a reaguje na potřebu podpory klienta, je role poradce (Pavlíková, 2005).

Tyto základní pilíře Peplauové teorie jsou plně ve shodě s moderní ošetrovatelskou praxí, která klade důraz na roli sestry v identifikaci a řešení problému, vytvoření individuálního plánu péče a podporu nezávislosti klienta (Naughton, 2005).

1.7.5 Model Peplauové a návštěvní služba

Základním předpokladem úspěšnosti návštěvní služby je pozitivní vztah sestry a klienta. O důležitosti tohoto vztahu při identifikaci a následném řešení problémů s využitím zdravotnických služeb v rámci intervencí návštěvní služby existuje mnoho důkazů (Naughton, 2005). Pro optimální vývoj v raném dětství je důležité, aby dítě vyrůstalo v prostředí láskyplných a podpůrných vztahů. Ideální způsob, jak porozumět individuálním potřebám rodin a maximálně přizpůsobit poskytované služby, je trávit s nimi čas v jejich domovech (Korfmacher et al., 2008).

Při návštěvní službě je velmi důležitá počáteční fáze, kdy se sestra snaží vybudovat s klienty vztah důvěry a získat je tak ke spolupráci na řešení jejich problému. Délka této rané fáze je individuální. Některé rodiny jsou připravené otevřeně diskutovat o problémech a snadno navazují se sestrou vztah, v jiných případech je zapojení rodiny velmi obtížné a navázání vztahu důvěry trvá delší dobu, nicméně pro úspěšnost návštěvní služby je to nezbytnou podmínkou (Naughton, 2005). Kvalita vztahu sestra - matka je klíčovým faktorem, který určuje, do jaké míry bude mít sestra možnost vstoupit do rodiny a jaká bude ochota rodičů dobrovolně se sdílet se soukromými záležitostmi (Sawyer et al, 2013). Dovednosti, které jsou podstatné pro budování vztahů s rodinami ve stresových obdobích života, zahrnují efektivní a empatickou komunikaci, budování důvěry, porozumění, respekt, důvěryhodnost a schopnost motivovat a vést rodinu (Heaman et al., 2006).

Odborné návštěvy v domácnosti mohou pozitivně působit na interakci rodiče a dítěte a to zejména pokud jsou započaty již v prenatálním období, probíhají intenzivně a jsou součástí multidisciplinárních komunitních služeb, které nabízejí odbornou pomoc a

podporu rodinám (Jack et al, 2005). Zvláště v průběhu prvních dvou let je podpora rodičů prostřednictvím intervencí návštěvní služby klíčová. V závislosti na charakteru a problémech rodiny je důležitá spolupráce sester, sociálních pracovníků, psychologů i školených dobrovolníků (Mills et al., 2012).

Z výsledků výzkumných šetření vyplynulo, že dlouhodobý program návštěvní služby založený na vztahu důvěry, má vliv na zlepšení zdraví matek i dětí. Naopak v případě krátkodobých intervencí bylo pozitivních výsledků dosaženo jen zřídka a byly srovnatelné s rodinami, u nichž návštěvní služba vůbec neproběhla. Jedním z důvodů pro vykonávání omezené návštěvní služby (jedna nebo dvě návštěvy po porodu) je snížení nákladů na péči. Nicméně s ohledem na nízkou efektivitu těchto omezených návštěv jasně vyplývá ekonomická výhodnost dlouhodobého programu (Naughton, 2005).

Komunitní sestra předává matce informace a doporučení pro zlepšení zdraví, poskytuje jí podporu a hlavně přijímá roli obhájce ženy (Naughton, 2005). Díky tomu výrazně ovlivňuje důvěru matek ve své rodičovské dovednosti a podílí se na prohloubení znalostí o vývojových specifických dítěte (Sawyer et al, 2013).

1.8 Psychologie mateřství a rodičovství

Muži a ženy vstupují do manželství proto, aby uspokojili dvě důležité potřeby- potřebu intimního emočního soužití a touhu po rozmnožování. Z hlediska vývojové psychologie se rodiči stávají jedinci, kteří patří do kategorie časně a střední dospělosti. Toto období je charakteristické vysokou výkonností a relativní stabilitou. Lidé se nacházejí na vrcholu produktivity a upevňují se v rolích dospělého. Časná a střední dospělost je specifická průběhem sociálně významných životních událostí, jako je odpoutání od domova, nástup do zaměstnání, vstup do manželství a narození dětí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Mateřství je náročné období, které vyžaduje od ženy převzetí komplexní identity. Přestože žena zůstává sama sebou, musí se ztotožnit s novou životní úlohou, povinnostmi a vztahy, které se s mateřstvím neoddělitelně pojí. Biologická schopnost mít děti se prostřednictvím socializace do ženské role spojuje s manželstvím a

mateřstvím. Pro mnohé dívky a ženy je potenciálním vstupem do ženství. Velké množství žen má romantické představy o tom, co manželství a mateřství obnáší. Pokud má ženě poskytovat největší životní uspokojení, tak při setkání s realitou může docházet k rozčarování (Nicolson, 2001). Nejdůležitějším a zároveň nejnáročnějším obdobím pro rodiče představují první dva roky po narození dítěte. V průběhu tohoto období se postupně adaptují do role rodičů a přijímají zodpovědnost za výchovu a péči o dítě. Dětské sestry zastávají rozhodující roli v posílení mateřských dovedností a usnadňování adaptace na změněnou životní situaci (Gardner, Deatrck, 2006).

Mateřství a rodičovství staví partnery do nové situace, která významně ovlivňuje rodinné konstelace. Rodičovství vyjadřuje vztah mezi zralým jedincem a jedincem, který je plně odkázán na péči rodiče. Tento vztah je z počátku velmi intimní, nicméně postupem času se rozvolňuje a přechází k osamostatnění dítěte, které je důsledkem intuitivního rodičovství. Jedná se o celoživotní proces a mnohdy rodičovská pouta trvají ještě v období zralé dospělosti (Gillernová et al, 2011).

Pro mnoho žen je možnost stát se rodičem pozitivní zkušeností a důvodem k hrdoosti, zatímco pro jiné je to náročné období, kdy si musí doslova vybojovat vztah k dítěti. To, jak matka bude reagovat na změny v mateřství, ovlivňují okolnosti jako je kvalita partnerského vztahu a širší emocionální podpora (Redshaw, Martin, 2011).

1.8.1 Psychické potřeby matek, novorozenců a kojenců v komunitní péči

Ošetřovatelství je disciplína, která primárně pracuje s potřebami zdravých klientů. V rámci primární prevence se pediatrické ošetřovatelství zaměřuje na péči o zdravé dítě v kontextu jeho nejbližšího sociálního prostředí. Tím narůstá potřeba navýšení počtu kompetentních dětských sester, které mohou o dítě pečovat v domácím prostředí, které je pro dítě přirozené, a podporovat tak jeho zdravý vývoj (Sikorová, 2011).

Současný trend v oblasti poskytování ošetřovatelské péče na oddělení šestinedělí spočívá ve zkracování délky pobytu po porodu na co nejkratší. Nicméně je třeba vzít v úvahu, že s časným propuštěním by měla být spojena odborná následná péče dětské komunitní sestry (Vassarri, 2013), což nám v našich podmínkách velmi chybí.

Na základě výzkumných šetření bylo zjištěno, že matky, které odcházejí brzy po porodu do domácího ošetřování za asistence komunitní sestry, vykazují rychlejší poporodní adaptaci na změněnou životní situaci. Návštěva dětské sestry v domově u matky přispívá k pocitu důvěry a bezpečí. To platí zvláště, pokud má možnost v případě potřeby 24 hodin denně telefonicky sestru kontaktovat (Löf et al, 2006).

V souladu se současnými změnami ve společnosti a specifickými potřebami rodin je nutné rozšířit spektrum poskytovaných služeb v oblasti primární prevence a podpory zdraví. Systém návštěvní služby komunitní dětské sestry v domácnostech s novorozenci a kojenci je jednou z možností, jak zkvalitnit péči v této komunitě. Nedostatečná poporodní péče a podpora matky je spolu s nedostatkem spánku, zvýšenou psychickou zátěží a problémy při kojení významným rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese (Hjälmhult, Lomborg, 2012).

1.8.2 Potřeba identifikace s mateřskou úlohou

Mateřství je proces, který významně ovlivňuje dimenzi sociální, behaviorální a oblast sebepojetí. Zahrnuje velké množství změn, které mohou přetvořit osobní identitu, postoje, emoce a vnímání sebe sama (Gardner, Deatrck, 2006). Jedna ze základních potřeb novopečené matky je identifikace s mateřskou úlohou. Ta zahrnuje přizpůsobení se úkolům mateřství a převzetí odpovědnosti za péči a výchovu dítěte. V rámci poporodní adaptace dochází k interakci mezi třemi doménami v životě ženy - její bio-psycho-sociální aspekty, rodinné zázemí a společnost, v níž žije. Vliv společnosti na mateřství je do značné míry založen na podpůrné politice a legislativě státu. Důležitou roli v procesu identifikace s mateřskou rolí a s důvěrou matky ve schopnost vypořádat se s úkoly mateřství sehrává prenatální příprava a podpora (Kiehl, White, 2003). Vnímání mateřské role ženami je ovlivněno kulturou, mýty a obrazy v západní společnosti. Proto je nutné posuzovat a chápat kompetence mateřství v kontextu kulturního prostředí s přihlédnutím k životnímu prostředí v dané lokalitě (Chan, Holroyd, 2011).

Rozvoj mateřské role je komplexní kognitivní, reciproční, interaktivní a sociální proces. Tento proces je ovlivněn kulturním prostředím a odráží se v chování a péči

matky o dítě. Pokud se matka úspěšně přizpůsobí mateřské roli, je schopna efektivně uspokojovat fyzické, emocionální, behaviorální a sociální potřeby svého dítěte. Naopak, pokud matka není schopna efektivně reagovat na podněty ze strany dítěte, dochází ke spouštění negativních pocitů. Přizpůsobení mateřské roli je důležitý aspekt důvěry, která je definovaná jako schopnost matky pečovat o své dítě a rozumět signálům, které dítě vysílá směrem k matce. Je důležitým článkem v rozvoji vztahu matky a dítěte. Problém nastává, pokud se matka necítí kompetentní či se cítí v této roli nejistá (Liu et al, 2012).

Dunovský (1999) upozorňuje na autory Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthovou, kteří vytvořili na základě svých výzkumných šetření teorii připoutání (attachment). Zjistili, že děti vykazují sociální kontakt již v raných fázích vývoje. Předpokládá se, že je toto sociální jednání součástí biologické výbavy dítěte, která se projevuje jako silná primární motivace být co nejbližší matce. Pojem připoutání v této teorii zahrnuje těsný a dlouhodobý emoční vztah mezi matkou a dítětem. Tato těsná vazba vzniká záhy po narození a její základ spočívá v citlivosti matky na potřeby dítěte. Připoutání je založeno na vzájemné interakci. Jak novorozenec, tak i matka mají tendenci chovat se k sobě určitým způsobem. Pokud si například matka otočí novorozence do pozice tváří v tvář, instinktivně mu tak dává příležitost, aby se na ni díval. Čím více se při vzájemné interakci vnímají, tím silnější jsou i jejich reakce (Bowlby, 2010).

Přestože těhotenství a porod jsou do značné míry fyziologické záležitosti, představují psychický stres, který může být příčinou zranitelnosti matky. Velké množství žen zažívá tzv. poporodní blues, pro něž je příznačný neustálý pláč, změny nálad, smutek a mírné kognitivní potíže. Tento stav ještě není patologický a bývá označován jako krátké období fyziologické dysforie vyskytující se hned po narození dítěte, nicméně pokud trvá více dní, může být prediktivním faktorem vzniku poporodní deprese. Výzkumy prokázaly přímou souvislost mezi výskytem poporodní deprese a adaptací na roli matky a to zejména pokud se matky cítí nejisté a neschopné správně pečovat o své dítě. Tyto pocity nekompetentnosti, mateřská sebeúcta a temperament kojence významně ovlivňují tuto adaptaci (Denis et al, 2012). V úspěšném přizpůsobení

se mateřství hraje významnou roli způsob porodu a jeho prožívání ze strany matky i dítěte. Závěry některých výzkumných šetření naznačují, že matky s traumatickou zkušeností z porodu vnímají mateřství a rodičovství jako velmi náročné. Tyto negativní zkušenosti mohou být spojené s obtížemi ve vztahu matka- dítě v průběhu prvního roku po porodu (McDonald et al, 2011).

Důležitým faktorem pro identifikaci s mateřskou rolí je rodinné zázemí. Existují studie, které prokázaly významně nižší úroveň poporodního stresu u žen, které žijí v manželství. Oproti svobodným a ženám žijícím v nemanželském svazku vykazovaly vdané ženy větší spokojenost v mateřství a rodičovství. Průběh adaptace může být ovlivněn také pracovním vytížením a vzděláním. Vyšší úroveň stresu byla zaznamenána u matek vysokoškolsky vzdělaných, což může být způsobeno většími nároky matky na sebe samou a více očekáváními v poporodním období (Stocker, 2011). Problémem postmoderní společnosti je zaměstnanost matek, potažmo rodičů. S ohledem na ekonomickou situaci v Evropě není možné, aby rodina žila na společensky přijatelné úrovni pouze z platu muže. Proto se stává realitou, že se oba partneři současně s rodičovstvím věnují i budování kariéry (Bártlová, Matulay, 2009).

U mnoha žen a mužů je vychovávání dětí ústředním bodem smyslu své vlastní identity. Výzkumná šetření realizovaná univerzitou v Michiganu prokázala, že děti, které se narodily ne celkem připraveným rodičům, trpěly nízkým sebevědomím podobně jako děti, které se narodily jako nechtěné. Odhalilo se, že rodičovská podpora a blízkost v životě dítěte má pozitivní efekt na utváření zdravého sebevědomí dítěte (Verny, Weintraubová, 2013).

1.8.3 Role komunitní sestry v identifikaci s mateřskou úlohou

Program návštěvní služby v domácnostech matek novorozenců a kojenců se zaměřuje na dvě oblasti. Za prvé poskytuje matce podporu a vytváří pocit bezpečí a jistoty ve zvládnutí mateřské role, za druhé pomáhá matce prozkoumat své vlastní rodičovské schopnosti a rozumět signálům a potřebám dítěte (Rossiter et al., 2012). Návštěvní služba je podpůrná poporodní péče zaměřená na saturaci potřeb rodiny s novorozencem po propuštění z porodnice a v průběhu prvního roku života. Výzkumná šetření

prokázala pozitivní vliv především na psychosociální aspekty u rizikových matek a rodin se specifickými potřebami (Kronborg et al, 2012). Obsah návštěvy matky v domácnosti je velmi individuální a sestra musí být schopna efektivně vyhodnotit potřeby v rodině a umět rozlišit, které matky jsou potenciálně rizikové a na které oblasti je třeba klást zvýšený zřetel. Z výzkumných šetření vyšla jako riziková oblast kojení, základní péče o dítě, vývojová specifika a potřeba odpočinku a spánku. Návštěvní služba jako postnatální podpora mladé rodiny je podle nejnovějších výzkumů relativně levnější intervence ve srovnání se službami praktického lékaře pro děti a dorost či nemocniční péče. Tyto informace výrazně podporují ekonomické výhody komunitní péče (Kronborg et al., 2012).

Příkladem komunitní péče o matku a dítě je program návštěvní služby v Austrálii. Jeho cílem je zvyšování rodičovských kompetencí, intenzivní podpora rodin a vyhledávání rizikových jedinců. Součástí projektu je neinstitucionální podpora matek s mírnou až závažnou postnatální depresí. Program se skládá z 10 návštěv v domácnosti v průběhu prvního půlroku po porodu. Klíčovým heslem návštěvní služby je „*vidět znamená věřit*“. Sestra má možnost si ověřit a zhodnotit úroveň interakce matky a dítěte. Zároveň usnadňuje identifikaci ženy s mateřskou úlohou a může efektivně reagovat na podněty ze strany matky i dítěte. V té souvislosti je součástí programu podpůrné poradenství, řešení problémů, podpora rozvoje rodičovských dovedností a znalostí a monitorace psychického a fyzického stavu matky i dítěte. Výzkumná studie, která zjišťovala zpětnou vazbu matek na program návštěvní služby, zjistila, že matky nejvíce oceňují podporu a osobní pozornost od kvalifikovaných zdravotnických pracovníků. To jsou velmi důležité prvky pro všechny novopečené rodiče a zvláště pro ty, u kterých byly zaznamenány známky poporodní deprese. Osobní kontakt sestry a matky v důvěrném domácím prostředí umožňuje okamžitou reakci na nejistotu a zoufalství matek a výrazně se podílí na znovuzískání důvěry a motivace překonávat obtíže (Rossiter, 2012).

1.9 Edukace v komunitní péči

Edukace je základní činností dětské sestry pracující v oblasti primární a komunitní péče. Jedná se o spojení dvou termínů - výchova a vzdělávání. V procesu edukace vystupují dvě persóny- edukant, to znamená kterýkoliv subjekt učení a edukátor, jako realizátor edukačních aktivit. O významu edukace v primární prevenci mluvila už F. Nightingalová, která je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství (Sikorová, 2012).

Z pohledu ošetrovatelství znamená pojem edukace výchovu nebo výuku pacienta za účelem zvýšení jeho angažovanosti v péči o vlastní zdraví a průběh onemocnění. V současné době je na edukaci kladen stále větší důraz, protože je nedílnou součástí kvalifikované péče moderního ošetrovatelství, které se čím dál více zaměřuje na oblast primární prevence. V pediatrickém ošetrovatelství je edukace vnímána jako nedirektivní podpora a pomoc rodině orientovat se v nové situaci (Sedlářová, 2008). Při zkoumání procesů celoživotního učení v rámci rozvoje pedagogické teorie a praxe dochází k zavádění nových pojmů, jako je edukační realita a edukační prostředí. Edukační realita je podle Vetešky a Tureckiové (2008, s. 22) definována takto: *„Jde o jakýkoliv úsek objektivní reality, v němž probíhají nějaké edukační procesy. Ty se vždy uskutečňují v určitých konkrétních podmínkách.“* Pojem edukační prostředí je charakterizován jako *„souhrn mnoha různorodých podmínek, v nichž se ocitají subjekty při realizaci edukačních procesů“* (Veteška, Tureckiová, 2008, s. 22). Kromě školy či rodiny může probíhat edukace i v prostředí dalších společenských institucí s konkrétními ekonomickými, kulturními, etnickými a demografickými charakteristikami (Veteška, Tureckiová, 2008).

1.9.1 Edukační proces

Edukační proces je činnost, při které dochází ať už záměrně nebo bezděčně k učení. Tyto procesy probíhají v životě člověka od prenatálního vývoje až do smrti (Juřeníková, 2010). Edukace je v ošetrovatelství realizována na základě zjištěných edukačních potřeb. Na začátku edukačního procesu si musí sestra ověřit, do jaké míry rodiče problém znají, kolik mají informací a nakolik jsou motivováni učit se nové věci

(Sedlářová, 2008). Pro zjištění klientova subjektivního vnímání učení vycházíme z jeho potřeby učit se, z jeho projevů a chování a ze znalostí odborných pracovníků. Klient, který má potřebu se něco naučit, aktivně vyhledává informace a klade dotazy tak, aby dosáhl uspokojení. Pokud je v klientově chování znát hněv, napětí či agresivita, může se jednat o důsledek frustrace či strachu, který může mít příčinu v nedostatku informací. Záleží potom na sestře, aby posoudila, jaké informace klient potřebuje obdržet a které dovednosti si potřebuje osvojit (Špirudová, 2006).

Edukační procesy Sikorová (2012) rozděluje do tří skupin. První jsou edukační procesy, při nichž si jedinec edukaci neuvědomuje, a tudíž probíhá bezděčně. Ve druhé skupině jsou procesy, v nichž se uplatňuje intencionální učení a subjekt si sám stanovuje dobu a délku učení. Na posledním místě jsou ty procesy, v nichž je učení řízené, regulované a organizované z vnějšku.

Proces edukace ovlivňují čtyři determinanty a to edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukant je subjektem učení a ve zdravotnictví se nejčastěji jedná o zdravého nebo nemocného klienta. Sestra musí vzít na vědomí, že každý edukant je individuální osobnost s typickými fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi. Svůj vliv zde sehrává také etnická příslušnost, víra, sociální prostředí a sociálně- kulturní podmínky. Naproti tomu edukátor je realizátorem a aktérem edukačních aktivit. Z pohledu ošetrovatelství se nejčastěji zahrnuje všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuty a ostatní nelékařské zdravotnické profese. Mezi edukační konstrukty náleží plány, zákony, předpisy, edukační standardy a ostatní materiály ovlivňující kvalitu edukace. Velmi důležitou komponentou celého procesu je pak edukační prostředí, kde kromě ergonomických podmínek jako je osvětlení, barva či nábytek, sehrává podstatnou roli sociální klima a atmosféra edukace (Juřeníková, 2010).

Samotný edukační proces obsahuje stejné fáze jako ošetrovatelský proces. V první fázi sestra zjišťuje dosavadní znalosti a dovednosti rodičů v dané problematice a sbírá informace o jejich edukačních potřebách. Následně formuluje edukační diagnózu a cíl edukačního procesu. S ohledem na naplnění stanoveného cíle vytváří edukační plán, který poté realizuje v praxi. Důležitou fází tohoto procesu je průběžné

vyhodnocování efektivity edukačního procesu, které vytváří prostor pro změny a doplnění plánu (Sedlářová, 2008).

1.9.2 Edukace v postnatálním období

Každá žena po porodu má určitou představu, jak by měla vypadat ideální matka. Nicméně tento ideál bývá velmi individuální (Aston, 2002). Edukace v časném poporodním období je vždy hodně náročná v souvislosti se změnami pozornosti matky, smyslovým přetížením, poporodní únavě a nedostatku spánku. Priority v oblasti výuky se mohou lišit u matek i sester. Jednou větu lze říci, že cílem edukace je naučit matky, jak se starat o sebe a své dítě po propuštění do domácího prostředí. Vzhledem k soustavnému zkracování délky pobytu v nemocnici po porodu a nedostatečné následné péči po propuštění máme k dispozici méně času pro podporu, výuku a hodnocení. Kratší pobyty v nemocnici vyžadují změny ve způsobu poskytované péče. Pokud do 24 hodin po propuštění z oddělení šestinedělí není realizována návštěvní služba v domácnosti, ztrácíme prostor pro další výuku a podporu novopečené matky. Z důvodu nedostatku času na učení novým věcem je důležité, aby sestry věděly, které konkrétní oblasti je nejvíce třeba, aby matka znala (Ruchala, 2000).

Výuka péče o novorozence by měla být zaměřena na tyto oblasti: kojení a výživa, hygienická péče, přebalování, péče o genitálie včetně ošetřování předkožky, měření tělesné teploty, bezpečnost, růst a vývoj, chování dítěte, příznaky dětských nemocí a očkování (Ruchala, 2000).

Pro výuku matek po porodu v péči o novorozence a kojence máme k dispozici různé metody učení, jako jsou názorné příklady, anamnézy, diskuse, demonstrace, hraní rolí a koučování prostřednictvím kontrolních seznamů (Fullerton et al, 2005).

1.9.3 Osobnost edukátora

Ošetrovatelství prodělalo v průběhu 20. století mnoho změn. Profesionální činnost sester se začala orientovat více na zdraví než na nemoc. V té souvislosti došlo k upřednostňování ošetrovatelských činností zaměřených na primární péči s ohledem na nestrannost, spravedlnost, udržování a podporu zdraví, prevenci chorob a posílení komunit.

Předpokládá se, že tento přístup bude prioritní i v 21. století s využitím odpovídajících technologií, výzkumů, evidence base nursing a mezioborové spolupráce (Plevová, 2011).

Edukační role sestry je zaměřena na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování jedince či skupiny. Hlavním cílem je podpora zachování zdraví. Tento proces se realizuje pomocí získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, motivace, chování i jednání lidí (Farkašová, 2006). Sestra, která plní roli edukátora, by měla mít k této činnosti určité předpoklady v podobě charakterových vlastností, intelektových, senzomotorických, sociálních, odborných a autoregulačních. V oblasti primární péče je sestra v roli edukátora poskytovatelem vědomostí a zkušeností a zároveň poradcem, projektantem, diagnostikem a realizátorem. V celém edukačním procesu pak plní funkci koordinátora a hodnotitele (Juřeníková, 2010). Z toho vyplývají specifické požadavky a profesní předpoklady, které zahrnují hluboké odborné znalosti dané problematiky, pedagogické, psychologické a filozofické dovednosti, schopnost efektivní komunikace, umění řešit problémy, kreativita, samostatnost včetně organizačních a motivačních schopností. Z pohledu pedagogiky je důležitým faktorem úspěšnosti edukačního procesu široký rozhled, pedagogický optimismus, takt, společensky vysoký morální profil, žádoucí hodnotová orientace a láska k těm, kteří jsou subjekty edukace (Sikorová, 2012).

1.10 Problémy a potřeby matek v oblasti péče o novorozence a kojence

Narození dítěte je pro celou rodinu významnou událostí, zvláště pak pro rodiče, kteří se na jeho příchod připravovali v průběhu těhotenství a nyní se s ním poznávají, sžívají a učí se jej přijímat jako konkrétní individuální osobnost. Děti se liší jak po stránce rychlosti růstu, metabolismu, temperamentu, v potřebě spánku i v osobnostních projevech. Dětské sestry by měly být blízkými průvodci rodičů. Je chybou, pokud se na různých úrovních péče o dítě předávají rodičům protichůdné a nejednotné informace (Weberová, 2004a). Častou příčinou potíží a problémů v prvním roce života dítěte bývá, že podávané informace nejsou rodičům podrobněji vysvětleny (Weberová, 2004b). Efektivní komunikace při návštěvní službě sestry v rodině je klíčem k navázání

přátelského a důvěrného vztahu, který je základem vzájemné spolupráce v péči o novorozence a kojence (Vincentová, 2007).

Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost pečuje o dítě od narození až po dospělost. Má zásadní úlohu v edukaci rodičů i dětí samotných ve zdraví i v nemoci. Osvojení si zásad péče o dítě, správných stravovacích návyků, pohybové aktivity, rytmu spánku a relaxace je důležitou prevencí vzniku civilizačních chorob a získání vyšší odolnosti vůči stresu. V současnosti probíhá první kontrola novorozence dětskou sestrou do 48 hodin po propuštění z nemocnice v rámci preventivní prohlídky praktickým lékařem pro děti a dorost (Vincentová, 2007). Je ideální, pokud tato prohlídka probíhá mimo ordinaci lékaře v domácím prostředí. Spolu s hodnocením sociální úrovně rodiny, celkového stavu dítěte a adaptace novorozence tvoří podstatnou část návštěvy edukace matky v oblasti hygienické péče o dítě, oblékání, spánku, ošetřování pupečního pahýlu, výživy, podávání vitamínů, denního režimu dítěte, poskytování první pomoci, očkování, bezpečné manipulaci s dítětem a podpory citového vztahu mezi matkou a dítětem. Tyto informace sestra předává matce v průběhu celého prvního roku života dítěte v rámci preventivních prohlídek s ohledem na měnící se vývojové požadavky (Vincentová, 2007).

Z pohledu holistické filosofie lze lidské potřeby rozdělit na biologické, psychické, sociální a spirituální. V praxi se však jednotlivé úrovně vzájemně prolínají. U novorozenců jsou prioritní spíše potřeby nižší, ostatní se objevují postupně s vývojem dítěte. Kromě potřeb fyzických je v tomto raném období dominantní potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti (Sikorová, 2011).

1.10.1 Potřeba čistoty- hygienická péče a oblékání

Funkce kůže jako bariéry se vytváří v prenatálním období a její vývoj pokračuje i po porodu až do dosažení jednoho roku věku. Kůže novorozenců a kojenců se výrazně liší od kůže dospělého člověka. Její ochranná funkce hraje významnou roli v prevenci infekcí. Aby nedocházelo k narušení této ochranné bariéry, je nutné upravit péči o pleť, koupání a umývání věku a zralosti dítěte. V současnosti se hygienická péče o kůži

liší v závislosti na zkušenostech, kulturních vzorcích a tradicích (Blume-Peytavi et al., 2009).

Nejvhodnějším způsobem celkové hygienické péče o dítě v domácnosti je koupel ve vaničce. Jedná se o bezpečnou a zároveň efektivní metodu, která zároveň pozitivně působí na psychomotorický vývoj a upevňuje vztah mezi dítětem a rodiči. Sestra edukuje matku o vhodném postupu hygienické péče (Fendrychová, 2006). Informace o správném způsobu hygieny jsou velmi rozporuplné. Otázky jak často má být dítě koupané či jaký druh kosmetiky používat, jsou v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost velmi diskutovaným tématem. Péče o kůži je tak rozsáhlé téma plné různorodých názorů, že jen stěží je možné nalézt ideální postup koupání. Přesto určité zásady jsou vždy platné a je nutné s nimi matku seznámit (Weberová, 2004b)

Pro koupání je třeba napustit do vaničky tolik vody, aby dítě bylo ponořené i s ramínky. Teplota vody se doporučuje 38 °C (Fendrychová, 2006) a teplota vzduchu v místnosti, kde se dítě koupe, nejméně 21 °C. Před koupelí je nutné dítěti očistit genitálie a otřít obličej čistou, nejlépe převařenou, vodou. Pokud je nutné použít mýdlo, pak volíme vždy takové, které je určeno pro šetrnou pokožku kojenců a není parfémované. Doba koupele nemá u novorozenců přesahovat 5 minut (Polášková, 2005). Po koupeli je třeba dítě řádně osušit, dát čistou plenu a zabalit do teplé příkrývky. U novorozenců je vhodné používat čepičku, kterou asi po 10 minutách vyměníme za suchou. Důležitým a často opomíjeným krokem v domácnosti je pečlivé umytí vaničky po koupání a její dezinfekce (Fendrychová, 2006).

Co se týče frekvence koupání, existují dva názory. První, který nedoporučuje každodenní koupání z důvodu ochrany fyziologických obranných mechanismů a druhý, který naopak každodenní koupání doporučuje v souvislosti s podporou psychosociálního pohodlí dítěte a celé rodiny. Zvláště u novorozenců může být denní koupání slavnostní příležitostí, rituálem, na který se soustředí celá rodina a kdy je dítěti umožněn zcela uvolněný pohyb (Velemínský, Velemínský, 2017).

NANDA taxonomie II uvádí pro rok 2015-2017 několik ošetrovatelských diagnóz, které přímo souvisí s oblastí poskytování hygienické péče novorozencům a kojencům. Za prvé můžeme zmínit *Riziko tepelného poranění* a je definována jako

náchylnost k poškození kůže a sliznic z důvodu extrémních teplot, což může vést k oslabení zdraví. Možnými rizikovými faktory jsou věkové extrémy, extrémní okolní teploty, nedostatečný dozor, nepozornost a nedostatečné znalosti o prevenci (NANDA, 2015). V rámci edukace musí sestra matku poučit o bezpečnostních pravidlech koupání. Prvním takovým pravidlem je řádná kontrola teploty vody nejen vložení lokte, ale vždy pomocí teploměru, protože subjektivně vnímaná teplota se může výrazně lišit od reálné. Dítě by se nemělo vkládat do vany, do které se voda teprve napouští. Nejdůležitějším pravidlem bezpečného koupání však je neponechávat dítě ve vodě bez dozoru a neodcházet od dítěte, které leží na přebalovacím stole (Fendrychová, 2010), k čemuž se váže diagnóza *Riziko pádu*. Tu můžeme definovat jako náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví. Rizikovými faktory u dětí jsou věk méně než dva roky, nedostatečný dohled, mužské pohlaví u dětí starších jednoho roku, neuspořádané prostředí a absence protiskluzového materiálu v koupelně (NANDA, 2015).

Psychologické výhody koupání můžeme rozdělit do dvou oblastí. Za prvé je při koupání stimulováno hmatové vnímání dítěte, které zajišťuje příjemný prožitek a podporuje vazbu mezi dítětem a rodiči. Za druhé bylo prokázáno, že koupel má pro kojence uklidňující účinek a přispívá k jeho spokojenosti. Dokonce tato jednoduchá intervence pomáhá při řešení vytrvalého pláče v prvních třech měsících života (Blume-Peytavi et al., 2009). Koupání dítěte je vhodná příležitost k utužování vzájemných vztahů, příjemné zábavě a bývá součástí večerního rituálu pro klidné usínání. Při respektování konkrétních pravidel není každodenní koupání na závadu, nicméně je třeba zohlednit stav pokožky dítěte a nepoužívat žádné mýdlo, pouze čistou vodu.

Další ošetřovatelskou diagnózou je *Riziko narušení integrity kůže*. Zde se uplatňují tyto rizikové faktory: exkrementy, věkové extrémy, chemická látka, vlhkost způsobená sekrety a exkrementy, a vývojové faktory (NANDA, 2015). U novorozenců se suchou kůží či nějakou formou dermatitidy je vhodná celková koupel pouze jedenkrát týdně (Polášková, 2005). Riziko častého koupání spočívá ve vysušování pokožky dítěte, vstřebávání chemických látek obsažených v kosmetických přípravcích, vzniku alergických reakcí a změně pH kůže (Fendrychová, 2010), které souvisí i se zvýšeným

Rizikem infekce definovaném jako zvýšené riziko napadení patogenními organizmy v souvislosti s destrukcí tkání a nedostatečnou primární obranou např. narušenou kůží (NANDA, 2015).

K hygienické péči o novorozence se váže problematika ošetřování pupečního pahýlu. V současnosti jsou realizovány dva způsoby péče. V obou případech je pahýl udržován v suchu a čistotě a ponechává se spontánní mumifikaci. Na některých odděleních je zaschlý pahýl po 48 hodinách chirurgicky snesen, rána sterilně ošetřena a je nutná pravidelná péče do úplného zahojení jizvy. Druhou možností je nechat pupeční pahýl samovolně odpadnout, k čemuž dochází v průběhu 21 dní po porodu. Výhodou tohoto přístupu je vznik nekomplikované jizvy, která obvykle nevyžaduje další ošetření (Pánek, 2013).

Jiným často diskutovaným tématem v komunitě matek novorozenců a kojenců je oblékání. Objevují se dotazy na to, jak dítě přiměřeně oblékat, jaké volit textilie, jak prádlo udržovat a jaké používat prací prostředky. Matku je třeba poučit o tom, že u novorozenců a kojenců se preferuje bavlněné prádlo, protože dobře saje pot a snadno se udržuje. Kvalitní bavlnu je také možno prát na vysokou teplotu, čímž je zajištěna maximální čistota oblečení. Co se týká přiměřenosti v oblékání, tak platí pravidlo, že dítě má mít na sobě o jednu vrstvu více než dospělý (Sedlářová, 2008).

1.10.2 Potřeba čistoty- přebalování

Důkladná hygiena a ochrana kůže v oblasti genitálií je důležitou součástí péče o dítě, které ještě nedokáže kontrolovat vyprazdňování moče a stolice. Z hlediska anatomie je tato oblast specifická četnými kožními záhyby, které je nutné udržovat v čistotě a suchu (Adam, 2008). Kůže je v těchto partiích vystavována nepříznivým vlivům, které mohou vést ke vzniku opruzenin či plenkové dermatitidy (Sedlářová, 2008). Podle NANDA taxonomie II se k této oblasti váže ošetřovatelská diagnóza *Riziko narušení integrity kůže*, kdy za rizikové faktory považujeme působení exkretů, chemických látek, mechanických faktorů, sekretů, vlhkosti a vývojových faktorů (NANDA, 2015). Vlivem okluze plenami dochází ke zvýšení vlhkosti kůže, změnám pH a následné maceraci, která je umocněna třením kůže o plenu, jež může narušit celistvost kožního povrchu a

stát se tak otevřenou branou v průniku bakterií a vzniku zánětlivé komplikace (Polášková, 2005).

V současné době je nejrozšířenější používání jednorázových absorpčních plen, které obsahují polyakrylátové gely, díky nimž dochází k oddělení moči od stolice a tak je zabráněno enzymům v přeměně urey na amoniak, který významně poškozuje pokožku. U dítěte do jednoho roku měníme obvykle plenu 7-8 x denně s ohledem na frekvenci močení, která se s věkem snižuje (Sedlářová, 2008). V oblasti přebalování a péče o genitál novorozenců a kojenců je značná variabilita, která může záviset na kultuře či sociálním postavení rodiny (Adam, 2008).

Jako první edukuje matku o technice přebalování dětská sestra. Vysvětlí, že nejprve je třeba očistit kůži od zbytků stolice nejlépe pomocí mýdla a vody, případně čistících ubrousků či pěny, aby byly odstraněny i tukové složky stolice. Důležitou zásadou při ošetřování dívčích genitálií je postup odpředu dozadu. Tím se zabrání zanesení infekce ze střeva do pochvy nebo močové trubice. Podobně u chlapců je třeba očistit všechny záhyby pod šourkem a kůži pod penisem, nejen oblast konečníku (Sedlářová, 2008). Po očištění je vhodné použít mast nebo pastu k šetrné ochraně citlivé pokožky. Zároveň je velmi prospěšné nechat při přebalování zadeček dítěte volně na vzduchu větrat (Gregora, Velemínský, 2011). Z ochranných mastí se osvědčila tzv. „rybí mast“, která může být obohacena o vitamín E, A a Panthenol. Při výskytu příznaků podráždění kůže je žádoucí věnovat oblasti genitálií zvýšenou pozornost, častěji měnit pleny, nechat kůži větrat na vzduchu a omývat pouze čistou vodou. V tuto dobu se nedoporučuje používat čistící ubrousky ani mýdla. Po očištění je důležité kůži jemně ale důkladně osušit, nikoli však třením (Polášková, 2005).

Často diskutovanou otázkou už v období těhotenství je problematika používání látkových nebo jednorázových plen. Látkové pleny jsou sice šetrnější k životnímu prostředí, nicméně musí se prát. Bývají však cenově výhodnější a vzhledem k současným moderním modelům je jejich použití jednodušší a stávají se konkurenty plen na jedno použití. Gregora a Velemínský (2011) je doporučují zvláště u těch dětí, kterým jednorázové pleny nevyhovují a dráždí jim kůži.

1.10.3 Potřeba spánku

Spánek vyplňuje podstatnou část dne novorozenců a kojenců. V průměru spí novorozenec 18-20 hodin denně a budí se pouze za účelem uspokojení svých potřeb či na základě působení vnějších podnětů. S postupem věku se doba spánku zkracuje (Sedlářová, 2008). U všech novorozenců a kojenců se doporučuje respektovat jejich individuální potřebu spánku a bdění. Matka by měla být citlivá na signály únavy a tak zbytečně nepřetěžovat dítě podněty v době, kdy je unavené a potřebuje spát (Weberová, 2004b). NANDA taxonomie II uvádí pro rok 2015-2017 pro tuto oblast ošetřovatelské diagnózy *Nespavost* a *Nedostatek spánku*, které mnohem více pociťuje matka než dítě (NANDA, 2015). Obě tyto diagnózy mohou souviset se změněným spánkovým rytmem po narození dítěte, častým nočním buzením na kojení, fyzickým dyskomfortem po porodu, velkým emočním napětím a stresem, který souvisí se změnou životních rolí a rušivé environmentální faktory jako je například přítomnost nočního osvětlení u postýlky dítěte (Sivertsen et al, 2015). *Nedostatek spánku* je definován jako delší období bez spánku a přetrvávání přirozeného, opakujícího se přerušování relativního vědomí. Mezi určující znaky se řadí apatie, bojovnost, neklid, nervozita, neschopnost koncentrace, netečnost, ospalost během dne, podrážděnost, snížená schopnost fungovat, třes rukou, únava, úzkost, zpomalené reakce a zvýšená citlivost vůči bolesti (NANDA, 2015).

Často diskutovanou otázkou je, zda má dítě spát ve své vlastní postýlce nebo s rodiči ve velké posteli. Na tuto otázku nenajdeme jednoznačnou odpověď, nicméně obě varianty mají své klady i rizika. To, čeho se rodiče nejvíce obávají, je syndrom náhlého úmrtí kojence (Hormann, 2007), s nímž souvisí i ošetřovatelská diagnóza *Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence* (NANDA, 2015). Tento syndrom je definován jako náhlá a neočekávaná smrt kojence, aniž by byla nalezena adekvátní příčina při důkladném vyšetření post mortem. Známe však rizikové faktory, které zahrnují nízkou porodní hmotnost, dítě mužského pohlaví, perinatální asfyxii, polohování dítěte na břicho bez dohledu, přehřátí, nízký věk matky, socioekonomický status a abúzus alkoholu, nikotinu či drog. Přestože neznáme přesnou příčinu tohoto stavu, je důležité seznámit matku s preventivními opatřeními, která mohou riziko tohoto syndromu

maximálně snížit (Muntau, 2014). Za modifikovatelné rizikové faktory je považována měkká podložka a volné předměty v prostředí určeném ke spánku, nadměrné zabalení kojence, nedostatek prenatální péče, pre a postnatální vystavení kojence kouři, přehřátí, ukládání ke spánku na bok či na břicho. Potenciálně modifikovatelnými faktory jsou nízká porodní hmotnost, nízký věk matky a předčasné narození. Do nemodifikovatelných faktorů pak patří etnicita, kojeneček mužského pohlaví, věk 2-4 měsíce a sezonnost úmrtí v zimních a podzimních měsících (NANDA, 2015).

První důležité preventivní opatření spočívá ve spaní dítěte v ložnici rodičů, nikoli v samostatné místnosti. Z hlediska bezpečnosti se jeví jako nejlepší ukládat dítě ke spánku do vlastní postýlky, která je umístěna v těsné blízkosti lůžka matky, tak aby byl umožněn snadný přístup k dítěti a možnost nerušeného fyzického kontaktu. Společné spaní v posteli s rodiči má pozitivní vliv na kvalitu spánku matky i dítěte a podporuje efektivní kojení. Je ale nutné dodržovat určitá pravidla bezpečného spánku a eliminovat rizikové faktory jako je sdílení lůžka s ostatními sourozenci, přístup domácích mazlíčků, alkoholismus rodičů, obezita, kouření a užívání vybraných léčiv. Pro bezpečný spánek je důležité, jak rychle reaguje matka na změny chování a projevy dítěte. Bylo zjištěno, že vyšší citlivost na podněty ze strany dítěte mají matky, které kojí. V rámci šetření se prokázalo, že oproti matkám, které krmí dítě z lahve, se kojící matka probudila mnohem dříve už při prvních náznacích potřeby dítěte (Hormann, 2007).

Z hlediska bezpečnosti je důležité poučit matku o zásadách správného polohování dítěte v postýlce. Nejvhodnější pro spánek novorozence a kojence je poloha na zádech, která zároveň představuje nejmenší riziko syndromu náhlého úmrtí kojence. Rodiče mají často obavy z aspirace, a proto ukládají dítě do polohy na boku, která je však velmi nestabilní a nevhodná. Přesto je pro zdravý psychomotorický vývoj důležité polohovat dítě i na břicho, čímž přirozeně stimulujeme vzpřimování a fyzické vyžívání. Vždy však musí být bdělé a pod dozorem matky. Při ukládání dítěte do postýlky je doporučeno zvolit takovou polohu, aby světelný zdroj byl umístěn v nohách dítěte. Podobně i hračky je dobré umístit asi 20-25 cm před obličej a nikoli za hlavu, jak tomu často bývá (Weberová, 2004b).

Již v novorozeneckém období je důležité rozlišovat u dítěte denní a noční režim, protože dochází k upevňování spánkového rituálu pro pozdější období. Proto je třeba edukovat matku, aby při kojení, krmení či ošetřování dítěte v noci používala tlumené osvětlení a celkově se chovala klidně a tiše (Gregora, Paulová, 2008).

1.10.4 Potřeba výživy- kojení

Kojení je neustále se vyvíjející systém zahrnující složitý proces interakce mezi matkou a dítětem. Fyziologicky navazuje na prenatální období v děloze a výrazně podporuje zdravý vývoj dítěte v prvním roce života. Je přirozeným a velmi důležitým činitelem ve výživě dětí. Jeho zdravotní benefity spočívají v podpoře imunitního systému a ve vyváženém podílu makro a mikronutrientů. Největší předností mateřského mléka je však vlastnost přizpůsobování se vývojovým potřebám dítěte (Godfrey, Lawrence, 2010). Mateřské mléko představuje „zlatý standard“ výživy novorozenců a kojenců. Zdravé donošené dítě nepotřebuje v prvních šesti měsících života kromě mateřského mléka žádnou jinou potravu či tekutiny (Boledovičová, Zrubcová et al, 2009).

Mateřské mléko je pro člověka nenahraditelné. Svým složením se významně podílí na růstu a vývoji dítěte a zásadně ovlivňuje regulaci postnatálního zrání a vývoje tkání a orgánových systémů (Mitrová, Bronský, 2014). Díky tomu je kojení nejefektivnější způsob jak chránit a podporovat zdraví dětí i matek. Je prokázáno, že kojení výrazně snižuje riziko dětské obezity, diabetu mellitu 2. typu a v pozdějším věku kardiovaskulárních onemocnění (Hannula et al., 2008). Dále snižuje riziko akutní otitis media, nespecifické gastroenteritidy, infekcí dolních cest dýchacích, atopické dermatitidy, leukémie a náhlého úmrtí kojenců (Raman et al., 2008). Mimo fyzického zdraví pomáhá rozvíjet úzké pouto lásky mezi matkou a dítětem. (Hannula et al., 2008). Navíc bylo zjištěno, že kojené děti dosahují výrazně lepších výsledků v kognitivním vývoji, oproti dětem nekojeným (Aksu et al, 2011).

Světová zdravotnická organizace informuje o významu a zdravotních benefitech kojení pro matku i dítě. Mateřské mléko poskytuje kojenci nejlepší nutriční start do života a podobně výhodné je i pro matku (Kylie, Greenwood, 2013). Klinické studie prokázaly, že ženy, které kojí déle než jeden rok, mají nižší riziko rakoviny prsu,

diabetu mellitu 2. typu, kardiovaskulárních onemocnění, gynekologických nádorů, revmatoidní artritidy a poporodní deprese (Godfrey, Lawrence, 2010). V časném poporodním období napomáhá kojení k rychlejšímu zavnutí dělohy a tím omezení krevních ztrát a k snadnějšímu návratu k hmotnosti před otěhotněním. Orgány ochrany veřejného zdraví by měly podporovat kojení na národní i mezinárodní úrovni. Je důležité, aby dětské sestry, porodní asistentky a další zdravotničtí pracovníci povzbuzovali a podporovali ve veřejnosti pozitivní postoj ke kojení (Kylie, Greenwood, 2013).

Navzdory jmenovaným benefitům kojení bylo zjištěno, že v tradičním modelu nemocniční péče je podpora kojení náročná na čas a zdroje. Poskytování profesionální podpory kojící ženy v domácím prostředí je spojeno s vyšší spokojeností a lepší sebedůvěrou matek. Ve srovnání s běžnou nemocniční podporou je návštěvní služba v domácnosti vnímána matkami jako více pozitivní a efektivní. V současnosti se zdravotnictví zaměřuje na vývoj bezpečných, účinných a nákladově efektivních programů na podporu kojení, kde právě návštěvní služba v domácnosti má důležité místo s ohledem na ekonomickou výhodnost tohoto modelu péče (Stevens et al, 2006). Z hlediska primární prevence je lepší integrovat návštěvní službu do rutinní péče o novorozence, kojence a matku, spíše než poskytovat tuto podporu pouze tehdy, když ji ženy aktivně vyhledávají (Bonuck et al., 2014).

Zdravotničtí odborníci hrají v podpoře kojení zásadní roli. Aby mohli vhodně edukovat matku a poskytnout cenné rady, je důležité, aby tuto problematiku podrobně znali a osvojili si potřebné dovednosti. Výsledky výzkumných šetření odhalily, že v rámci pregraduálního vzdělání obdrželi studenti ošetrovatelství informace o anatomii, fyziologii a výhodách kojení, nikoli však o nástrojích řešení problémů, které mohou při kojení nastat. Vidí se tedy za nutné rozšířit výuku o tuto problematiku, aby si sestry pracující v primární prevenci osvojily potřebné kompetence. Za účelem doplnění vědomostí v oblasti kojení doporučuje WHO a UNICEF absolvování kurzů, které jsou zaměřené na speciální odbornou přípravu na kojení (Martín- Iglesias et al, 2011).

Kojení je přirozený děj, na který se žena připravuje celé těhotenství. Přestože se jedná o fyziologický proces, musí se každá matka naučit správnou techniku. Více než

97% matek může kojít, pro úspěšnost je však třeba vytrvalosti, trpělivosti a časté přikládání k prsu. Hladové dítě více saje a dává tak zpětnou vazbu prsní žláze, která tvoří o to více mléka (Velemínský, Velemínský, 2017).

Většina matek začíná s kojením v poloze vleže a teprve, když obnoví síly po porodu a získají určitou zručnost, přechází do polohy vsedě. Při kojení by břicho dítěte mělo být přitisknuto k tělu matky a ústa dítěte souběžně s bradavkou. Prs je vhodné zesponu podepírat prsty ve tvaru písmene C, aby dítě mohlo uchopit co největší část dvorce. Nos dítěte se volně dotýká prsu (Dort, 2011). Pokud je správně přisáto, jazyk přesahuje dolní ret, vlnovitě se hýbe a je slyšet polykání. Pohyb dolní čelisti je spojený s pohyby ušních lalůčků. Při nesprávném přiložení nejen že hrozí poškození bradavek a bolestivost při kojení, ale hlavně dítě neprospívá a matka prožívá značný dyskomfort (Boledovičová, 2008). Ošetřovatelskou diagnózou pro tuto oblast je *Snaha zlepšit kojení* definovaná jako vzorec schopnosti a spokojenosti dvojice matka- kojeneček, který je dostatečný pro podporu kojení a lze jej posílit. V minulosti měla tato diagnóza název Efektivní kojení. Mezi určující znaky patří, že vzorce vyprazdňování kojence odpovídají věku, hmotnost kojence je odpovídající, kojeneček je dychtivý sát mateřské mléko, mezi matkou a dítětem je efektivní komunikace, kojeneček je po kojení spokojený, matka dovede přiložit kojence k prsu, dítě saje pravidelně a polyká, jsou přítomny znaky uvolňování oxytocinu a sání i polykání není přerušováno (NANDA, 2015).

1.10.5 Problémy s kojením

Vzhledem k tomu, že se zkrátila doba hospitalizace po porodu, stává se, že matky odcházejí domů v nejistotě a s nedostatečnou odbornou podporou. To přímo souvisí s výskytem problémů v oblasti laktace, což následně ještě více negativně působí na sebeúctu a pocit jistoty (Hannula et al, 2008).

Matka, která se vrací s novorozencem domů z porodnice, prožívá určité vzrušení a úzkost zároveň. Důsledná prenatální příprava a podpora v perinatálním období sice může do jisté míry tuto úzkost zmírnit, nicméně převzetí do péče komunitních zdravotnických pracovníků se jeví jako nezbytné. Pomoc a podpora matek v získání důvěry ve schopnost kojít své dítě je jednou z významných rolí komunitní dětské sestry.

Celosvětové statistiky potvrzují, že velká část matek ukončí kojení právě v raném období po příchodu z porodnice. Mezi hlavní příčiny ukončení kojení patří bolesti prsů, dojem nedostatku mléka pro novorozence a neschopnost efektivně přiložit dítě k prsu (UNICEF, 2014). Podobný trend můžeme vidět i v České republice. Ve zprávě, kterou vydal Národní zdravotnický informační systém a která přináší stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost v letech 2007-2015, je popsáno kojení v časovém trendu. V roce 2007 bylo nekojených dětí 4,42 %, což zahrnovalo 4 619 dětí. V roce 2015 bylo nekojených dětí 4,93 %, což činilo 5792 dětí. Kojení v období šesti týdnů ukončilo v roce 2015 celkem 17,04 % matek, tedy v absolutních číslech 20 015 matek (NZIS, 2016).

Mezi ošetrovatelské diagnózy pro tuto oblast patří *Neefektivní vzorec výživy kojence* definovaný jako snížená schopnost kojence sát nebo koordinovat sací/ polykací reakci, což má za následek nedostatečnou orální výživu pro metabolické potřeby. Ze souvisejících faktorů se může jednat o anatomickou abnormalitu, následek dlouhého lačnění, opožděný neurologický vývoj či předčasné narození. Určujícím znakem pak je neschopnost udržet účinné sání a koordinovat sání, polykání a dýchání (NANDA, 2015). Mnohem výstižnější je však ošetrovatelská diagnóza *Neefektivní kojení*, která je definována jako nespokojenost nebo potíže matky, kojence nebo dítěte při procesu kojení. Určujícím znakem je neklid kojence v první hodině po kojení, pláč kojence u prsu, prohýbání u prsu, nedostatečná příležitost sát prs, nedostatečné vyprázdnění prsů při kojení, neschopnost kojence správně uchopit prs, odpor vůči přísátí se, pocit nedostatečné zásoby mléka, přerušované sání a přetrvávající bolest bradavek po prvním týdnu kojení. Souvisejícími faktory pak může být ambivalentní vztah matky ke kojení, anomálie kojence či prsů matky, dokrmování kojence savičkou, nedostatečné znalosti, nepodporující partner a rodina, předčasné narození, předchozí nezdar v kojení v anamnéze, přerušované kojení a úzkost matky (NANDA, 2015).

Matka se musí potýkat i se společenskými bariérami jako je časný nástup do zaměstnání, délka mateřské dovolené a rozpaky z kojení na veřejnosti. Velmi zásadní vliv má nedostatečná podpora matky ze strany její rodiny a mediální obraz krmení z lahve (Thurman, Jackson Allen, 2008). Svoji roli zde sehrává filosofie feminismu a

její dopad na kojení. Určité množství žen vnímá kampaně na podporu kojení jako nástroj určitého nátlaku a omezování svobody. Domnívají se, že ideologie „dobré matky“ se snaží explicitně moralizovat a vymezovat chování kojící ženy (Drouin, 2013).

V řešení problémů s kojením a motivaci matek sehrává důležitou roli podpora a pomoc od komunitních zdravotnických pracovníků, kteří mají možnost prostřednictvím důvěrného vztahu ujistit matku v kojení a péči o dítě, čímž by se významně snížil počet matek, které přestanou kojít v tomto raném období (UNICEF, 2014).

1.10.6 Baby - Friendly Hospital Initiative

Baby-Friendly Hospital Iniciativa (BFHI) je celosvětovým projektem, který podporuje a sponzoruje Světová zdravotnická organizace a Dětský fond Spojených národů (UNICEF). Tato aktivita vznikla s cílem podpořit kojení ze strany zdravotnických zařízení, aby byl každému dítěti zajištěn dobrý start do života v podobě nižší nemocnosti a úmrtnosti. Titul Baby-friendly nemocnice může získat pouze takové zařízení, které se zaváže podporovat a propagovat výlučné kojení od narození. Za tímto účelem vzniklo doporučení „10 kroků úspěšného kojení“ (Mydlilová et al., 2011).

Těchto deset kroků shrnuje celou strategii podpory kojení. Na prvním místě je nutné, aby dané zdravotnické zařízení mělo vypracovaný písemný postup ke kojení a seznámilo s ním všechny členy zdravotnického týmu. S tím souvisí i potřeba řádně proškolit všechny odborné pracovníky v dovednostech nezbytných k naplnění této strategie. S podporou je třeba začít už v těhotenství prostřednictvím informování o důležitosti, významu a správné technice kojení. Pro fyziologický nástup laktace je třeba zahájit kojení do jedné hodiny po porodu a nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu než je mateřské mléko. Pro správné zahájení kojení a procesu adaptace na mateřskou roli je nutné podpořit systém péče rooming-in, aby se matka mohla maximálně přizpůsobit potřebám dítěte. S tím souvisí i edukace matky o nevhodnosti používání různých dudlíků a šidítek. Ideální je, pokud se nám podaří matku motivovat a pro kojení nadchnout (Laktační liga, 2014).

Podpora a motivace jsou důležitou složkou v úspěšném zahájení a pokračování v kojení. Profesionální podpora by měla být dostupná všem ženám v prenatálním a postnatálním období. Deset kroků k úspěšnému kojení je program, který má významně pozitivní dopad na zahájení a délku trvání výlučného kojení (Kervin et al, 2010).

1.10.7 Vliv kojení na identifikaci s mateřskou úlohou

Kojení je důležitým faktorem veřejného zdraví matek, dětí a společnosti. Přesto velká část žen ukončí kojení v průběhu prvních týdnů po porodu. Tento stav je pravděpodobnější u prvorodiček, které oproti vícerodičkám bývají mladší a nemají s kojením ještě žádné zkušenosti. Klíčovou roli v úspěšnosti kojení sehrávají motivační faktory. Motivace žen selhává, pokud nemají vytvořený pozitivní názor a ztrácí důvěru ve svoji schopnost efektivně kojit. Fyziologicky probíhá laktace v několika etapách. V časném poporodním období dochází k hormonální bouři, která spouští tvorbu kolostra a připravuje mléčnou žlázu na produkci zralého mléka. To vyžaduje čas a důslednou stimulaci prsu častým přikládáním dítěte. V době, kdy nastupuje laktace, se matky mohou mylně domnívat, že se jedná o problém a cítit tak selhání. Je známo, že negativní pocity, emoce, úzkost a stres mají škodlivý účinek na identifikaci s mateřskou úlohou. Prvotní neúspěchy v počátcích laktace negativně ovlivňují sebedůvěru matek a jejich motivaci pro pokračování v kojení (Stockdale et al, 2013).

Podpora a edukace v oblasti kojení zastává důležité místo v těhotenství, v časném poporodním období a během celého kojeneckého věku dítěte. Je nezbytná k pochopení jeho významu pro matku i dítě. Rutinní postupy praktických lékařů pro děti a dorost či personálu novorozeneckých oddělení mohou ve skutečnosti od kojení odradit. Mnohdy je na matku vyvíjen tlak, aby kojila, aniž by jí byla nabídnuta podpora a pomoc. Nestačí podporovat kojení pouze verbálně, matky potřebují individuální přístup. Pediatri a dětské sestry vnímají jako odborníky a očekávají pomoc výhradně od nich, nicméně preventivní prohlídky u pediatra neposkytují dostatek času a vhodné podmínky na odstranění obav a problémů (Cross-Barnet et al, 2012).

Podstatné informace v oblasti laktace bývají matce nabízeny bezprostředně po porodu. To ale není optimální čas k edukaci, protože matky bývají nervózní a emočně

labilní z narození dítěte. Během prvních dnů po porodu doznívají bolesti a přetrvává únava, fyzické potíže a psychická zátěž. Proto je velmi důležité poskytovat individuální podporu kojení v rámci komunitní péče u matky doma. Při návštěvní službě je respektováno soukromí, což má za následek pozitivní přístup matky k edukaci (Aksu et al, 2011). Je velmi důležité, aby kojení bylo podporováno důsledně všemi odborníky, kteří se podílejí na prenatální přípravě, porodní a poporodní péči i následné péči o dítě a matku. Informace, které podávají, musí být přesné, aby dosáhli shody v doporučených postupech a edukaci. To vyžaduje vzájemné propojení a komunikaci jednotlivých odborných týmů, které se podílejí na péči o matku a dítě (Cross-Barnet et al, 2012). Podle nejnovějších dostupných studií se zjistilo, že matky, u kterých neproběhla návštěvní služba, mají významně kratší dobu plného kojení než ty, kterým byla poskytnuta podpora prostřednictvím návštěvy v domácnosti. Kromě toho docházelo u nenavštívených matek častěji k využívání zdravotní péče jako náhrady za chybějící domácí návštěvní službu (Kronborg et al, 2012).

1.10.8 Potřeba bezpečí, lásky a přijetí

V prvních měsících po porodu se matka a dítě vzájemně poznávají a sžívají. Matka se učí rozlišovat projevy dítěte a vhodně reagovat na jeho podněty, tak aby uspokojila všechny jeho potřeby. Postupem času získává větší jistotu a také praktické zkušenosti, jak o dítě pečovat a podporovat jeho rozvoj (Gregora, Velemínský, 2011). Ten je ovlivněn zejména podnětným prostředím a způsobem péče a interakce s nejbližšími. Dítě je na rodičích zcela závislé a navzájem vzniká citové pouto, které je důsledkem společných prožitků a vyjádřených emocí (Vrtbovská, 2010). Ošetřovatelskou diagnózou pro tuto oblast je *Snaha zlepšit rodičovství*, jejímž určujícím znakem je spokojenost dětí s domácím prostředím, emoční podpora dětí, naplnění jejich potřeb, realistická očekávání od dětí a ochota rodičů zlepšit rodičovství (NANDA, 2015).

Důležitým úkolem komunitní dětské sestry je podporovat rodiče v naplnění rodičovské role a posilování vzájemných vztahů matka- otec- dítě. Novorozenec se stává středem života matky a přináší nové povinnosti a odpovědnost. Zároveň však na matku doléhá fyzická únava, labilní psychika a také nutnost ztotožnit se s novou životní

úlohou. Navíc novorozenec své potřeby vyjadřuje pouze křikem. Základním předpokladem pro vznik pevné vazby mezi dítětem a matkou je synchronicita v interakci s ním, kde významnou roli hraje právě připravenost na mateřství, vyzrálá osobnost matky, psychická pohoda či nepohoda, sebedůvěra, kvalita partnerského vztahu a socioekonomický status rodiny (Bowlby, 2010).

Plné přijetí mateřské role není automatické a může nastat situace, kdy žena sice vystupuje na veřejnosti jako vzorná matka, nicméně vnitřně není s touto rolí smířena, s čímž souvisí ošetřovatelská diagnóza *Narušené rodičovství*, která je definovaná jako neschopnost primárního pečovatele vytvářet, udržovat nebo znovu vytvořit prostředí, které podporuje optimální růst a vývoj dítěte. Určujícím znakem u kojenců může být nepocit'ování separační úzkosti při oddělení od rodiče, časté nemoci, nehody, neprospívání, omezení kognitivních funkcí či v nejhorším případě známky týrání. Ze strany rodičů je příčinou deficit interakce mezi matkou a dítětem, málo přítulnosti, nedostatek flexibility v naplňování potřeb dítěte, nedůsledná péče, nepřátelství k dítěti, nevhodná stimulace, nevhodné nastavení péče, nevhodné pečovatelské dovednosti, odmítání dítěte či jeho zanedbávání. Souvisejícím faktorem mohou být např. finanční potíže, konflikt manželů, neplánované či nechtěné těhotenství, nedostatečný rodičovský model, neschopnost upřednostnit potřeby dítěte před vlastními, otec se nepodílí na výchově, sociální izolace či neuspokojivé domácí prostředí. Další ošetřovatelskou diagnózou v této oblasti je *Riziko narušení rodičovství*, kde se uplatňují rizikové faktory jako hyperaktivita dítěte, dítě s hendikepem, nechtěné pohlaví, nemoc, opožděný vývoj, více porodů, předčasný porod, temperament dítěte neodpovídá očekávání rodiče či prodloužená separace od rodiče (NANDA, 2015). Zákonitě se tento stav projeví na vztahu a chování vůči dítěti, kdy matka může být podrážděná, netrpělivá, unavená a ztrácí přirozenou něhu a radost z miminka. To pak postrádá pocit bezpečí a jistoty a stává se plačtivějším, upoutává na sebe pozornost a vyžaduje neustálý kontakt (Biermann, 2006). Základním projevem dítěte, které se cítí ohrožené či nejisté, je pláč. Dítě projevuje různé druhy pláče, na něž se matka učí reagovat. Časem rozpozná, zda pláč znamená, že dítě má hlad, je unavené, je mu horko nebo zima, něco ho bolí či jen potřebuje pochovat a ubezpečit, že matka je mu nablízku. Spolu se sáním je pláč

sebeuklidňující schopností nemluvnat. Matka musí pochopit, že miminko nepláče proto, že chce rodičům zkazit večer, pomstít se či jimi manipulovat. Jedná se pouze o přirozený způsob, jak sdělit své potřeby. Úkolem sestry je podpořit matčinu trpělivost a vysvětlit jí možné příčiny pláče. Aby bylo miminko klidné, musí být nejprve klidná matka. Je normální zlobit se či být unavená, ale pokud tyto emoce nejsou pod kontrolou, snadno je matka na dítě přenáší (Demott, 2006).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce bylo zjistit, v čem by spočívala role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku a jak by bylo možné zařadit tento způsob péče do současného zdravotnického systému České republiky. Vycházíme přitom z předpokladu, že matky potřebují odbornou pomoc a podporu v tak náročném období, jakým mateřství a rodičovství bezesporu je. V tomto přesvědčení nás utvrzují pozitivní zkušenosti s komunitní péčí a návštěvní službou v zahraničí i z dřívější doby, kdy byl na našem území velmi kvalitně propracován systém péče o novorozence, kojence a matky a významně se podílel na snížení kojenecké úmrtnosti a zkvalitnění ošetrovatelské péče o dítě a matku.

Dílčí cíle práce:

1. Odhalit, s jakými problémy se potýkají matky novorozenců a kojenců v oblasti péče o dítě.
2. Zjistit, jaké potřeby má matka, novorozenec a kojeneček v domácím prostředí.
3. Zjistit názor matek na poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců.
4. Zjistit názor sester pracujících v ambulancích PLDD na poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců.

Výzkumné otázky

Pro realizaci rozhovorů jsme stanovili tyto výzkumné otázky:

V1 S jakými problémy v oblasti péče o dítě se potýkají matky novorozenců a kojenců?

V2 Jaké potřeby mají matky novorozenců a kojenců v oblasti péče o dítě?

V3 V jakých oblastech péče o novorozence a kojence potřebují matky edukovat?

V4 Odkud matky čerpají informace o péči o novorozence a kojence?

2.2 Hypotézy

Na základě dílčích hypotéz dedukovaných z obecné hypotézy byly testovány statisticky významné vztahy a souvislosti mezi vybranými jevy. Obecná hypotéza zní: „*Komunitní péče o novorozence, kojence a matku je vhodným způsobem saturace potřeb v této komunitě.*“ Testované vztahy jsou vyjádřeny následujícími dílčími hypotézami.

H1 Edukační potřeby prvorodiček a vícerodiček v oblasti péče o dítě se liší.

H2 Existuje statisticky významný vztah mezi mírou vědomostí a výskytem problémů v průběhu prvního roku života dítěte.

H3 Existuje rozdíl v názoru na návštěvní službu u prvorodiček a vícerodiček.

H4 Existuje statisticky významný vztah mezi věkem sester a jejich názorem na potřebnost návštěvní služby u novorozenců a kojenců. (Existuje statisticky významný vztah mezi osobní zkušeností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců)

H5 Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a jejich názorem na potřebnost návštěvní služby u novorozenců a kojenců. (Existuje statisticky významný vztah mezi odborností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců)

H6 Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a jejich názorem na potřebnost návštěvní služby u novorozenců a kojenců.

Pro splnění předmětu výzkumu bylo nutné definovat a klasifikovat klíčové pojmy práce (kapitola 2.4 Operacionalizace pojmů).

2.3 Operacionalizace pojmů

Komunitní ošetřovatelství je podle Žiakové et al (2009) aplikovaným klinickým oborem, jehož náplň, cíle a trendy rozvoje vycházejí z koncepce oboru ošetřovatelství. Rozvoj komunitního ošetřovatelství je prioritou WHO a je zahrnuto i v Koncepci českého ošetřovatelství. Ve věstníku MZ ČR je v metodickém opatření č. 9 (2004) tato definice komunitního ošetřovatelství: „*ošetřovatelské služby poskytované v rámci*

komunitní péče, které jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. “

Komunitní péče podle Sikorové (2012, s. 127) zahrnuje „širokou oblast terénních i pobytových ošetrovatelských a sociálních služeb“. Vychází ze specifických potřeb komunity a je komplexní, holistická a realizuje se jako primární, sekundární i terciární péče (Jarošová, 2007).

Komunita matek s novorozenci a kojenci, kdy se jedná o primární péči, která je dle Sikorové (2012) úrovní prvního kontaktu se zdravotnictvím pro jedince, rodiny a komunity. V moderní pediatrii tvoří významnou část péče, protože rodiny s dětmi si žádají péči co nejlíže místu, kde žijí, vyrůstají, hrají si a dospívají.

Návštěvní službou se rozumí návštěva novorozence, kojence a matky v domácím prostředí, která bývá zahájena při příchodu matky z porodnice a může být poskytována opakovaně na základě potřeb rodiny. Podle vyhlášky č. 55/ 2011 Sb. ji může sestra bez odborného dohledu vykonávat samostatně bez indikace lékaře. Při návštěvě se sestra zaměřuje hlavně na bezodkladné řešení aktuálních problémů, edukaci či nácvik péče o dítě v prostředí, kde je běžně rodinou realizována. Sestra také může zhodnotit prostředí, kde bude dítě vyrůstat (Sikorová, 2012).

Potřeba člověka je charakterizovaná jako dynamická síla, která vzniká v důsledku nedostatku nebo přebytku, touhy něčeho dosáhnout. Potřeby úzce souvisí se zachováním a kvalitou života (Šamánková et al, 2011). Z holistického hlediska se potřeby dělí na teoretické úrovní na biologické, psychické, sociální a duchovní. Prakticky se však jednotlivé úrovně vzájemně prolínají (Sikorová, 2011).

3 METODIKA

Zvolená metodika výzkumného šetření byla podmíněna cílem výzkumu, charakterem objektu a předmětu výzkumu. V úvodní fázi výzkumu jsme se zaměřili na studium a analýzu literárních pramenů za účelem orientace v problematice a zpracování teoretických východisek. Empirickou část práce jsme zpracovali kvalitativním a kvantitativním designem. V úvodní fázi jsme realizovali polostrukturované rozhovory - interview se sestrami pracujícími v ambulancích PLDD (příloha 2) a matkami novorozenců a kojenců (příloha 1). V následující fázi jsme vytvořili ze získaných údajů nestandardizovaný strukturovaný dotazník určený matkám batolat ve stáří 12-24 měsíců zaměřený na zjištění názorů na potřebu komunitní sestry, specifikaci potřeb a problémů v této komunitě a zjišťování vztahů mezi proměnnými. Dotazník určený matkám (příloha 3) obsahoval 24 otázek, z nichž dvě zahrnovaly tabulku s více položkami k označení. Uzavřených otázek bylo 15 a polouzavřených 9. Tři otázky byly filtrační a logicky měnily pořadí otázek podle zvolené odpovědi. Otázky se zaměřovaly na potřeby a problémy matek v oblasti péče o dítě, jejich zkušenost s mateřstvím, edukací, návštěvní službou a zjišťovaly názor matek na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.

Vytvořili jsme dotazník určený sestram pracujícím v ambulancích PLDD, který byl zaměřen na identifikaci názorů na potřebnost komunitní sestry a její začlenění do systému zdravotní péče o dítě. Dotazník určený sestram (příloha 4) obsahoval 21 otázek, z nichž dvě zahrnovaly tabulku s více položkami k označení. Uzavřených otázek bylo 16, polouzavřených 5. Jedna otázka byla filtrační a podle odpovědi měnila pořadí otázek, tak aby uspořádání bylo logické. Kromě identifikačních údajů se otázky zaměřovaly na průběh prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice, zkušenosti s edukací matek, četnost výskytu a charakteristiku problémů matek s péčí o dítě, zkušenosti s návštěvní službou a názor sester na tento druh péče.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru- kvalitativní výzkum

Pro kvalitativní šetření jsme vytvořili dva výzkumné soubory z matek kojenců a sester pracujících v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost.

Výzkumný soubor matek byl utvořen záměrným kriteriálním výběrem. Stanovenými kritérii byly věk matky nad 18 let, nejmladší dítě ve stáří 0 – 12 měsíců, bydliště v Jihočeském nebo Plzeňském kraji a ochota spolupracovat. Konkrétní matky jsme získali metodou sněhové koule, kdy jedna matka předala kontakt na jinou, která splňovala naše kritéria výběru. V souvislosti se skutečností, že bylo kvalitativní šetření realizováno jako sběr informací pro kvantitativní šetření, byl sběr dat ukončen po uskutečnění šestého rozhovoru, kdy byly získány požadované informace, a bylo dosaženo teoretické saturace.

Výzkumný soubor sester byl tvořen záměrným kriteriálním výběrem. Stanovenými kritérii byly délka praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost minimálně 1 rok, ordinace v Jihočeském nebo Plzeňském kraji a ochota spolupracovat. Konkrétní sestry jsme získali po telefonickém rozhovoru, kdy jsme ověřili, zda splňují naše kritéria a následně jsme zrealizovali osobní rozhovor. Celkem jsme uskutečnili sedm rozhovorů, v nichž jsme získali požadované informace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru- kvantitativní výzkum

Pro potřeby kvantitativního šetření jsme vytvořili dva výzkumné soubory z matek batolat a sester pracujících v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost.

Výzkumný soubor matek byl vytvořen záměrným kriteriálním výběrem, kdy stanovenými kritérii byl věk nad 18 let, nejmladší dítě ve věku 12 – 24 měsíců a ochota spolupracovat. Kritérium věku dítěte 12 – 24 měsíců jsme zvolili proto, aby matky mohly retrospektivně hodnotit celý první rok života dítěte a přitom získané informace byly aktuální. Zapojení do výzkumu záviselo pouze na zájmu respondentů. Cíleně jsme oslovili matky v okruhu svých přátel a matek, kterým jsme poskytovali laktační poradenství, dále metodou sněhové koule předávali odkaz na dotazník dalším. Dále jsme oslovili organizace, které svým zaměřením zaručují vysoký výskyt požadovaných subjektů, předně mateřská centra a skupiny. Odkaz na dotazník byl zveřejněn také na

webových serverech určených pro matky dětí ve věku 12 – 24 měsíců. Dotazník byl k dispozici 3 měsíce a v tomto rozhodném období jej celkově vyplnilo 254 respondentů ze všech krajů České republiky.

Výzkumný soubor sester byl vytvořen záměrným kritériálním výběrem, kdy zařazujícím kritériem byla délka praxe v ordinaci PLDD delší než jeden rok a ochota spolupracovat. Kritérium minimální délky praxe jsme zvolili proto, aby sestry, které dotazník vyplní, znaly dobře problematiku, kterou se zabývá. Pro distribuci dotazníku jsme si vyhledali seznam ambulancí PLDD v České republice včetně emailových a telefonických kontaktů a následně oslovili sestry z daných ambulancí s odkazem na dotazník. V rozhodném období tří měsíců jej vyplnilo 196 respondentů se zastoupením všech krajů České republiky.

3.3 Statistické zpracování dat

Statistické zpracování bylo provedeno programem MS Excel a to jak první stupeň třídění, v rámci kterého byly uskutečněny výpočty absolutních a relativních četností, tak druhý stupeň třídění dat, kdy bylo uskutečněno testování statisticky významných vztahů mezi vybranými proměnnými pomocí chí kvadrát testu s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. K odhalení vztahu mezi položkami v tabulce shrnující nejčastější problémy v prvním roce života a položkami z tabulky hodnotící míru informovanosti byla využita korelační analýza – Pearsonův korelační koeficient. U výsledných koeficientů byla stanovena i jejich statistická významnost.

3.4 Organizace výzkumu

V úvodní fázi výzkumu jsme použili literární metodu za účelem orientace v problematice a zpracování teoretických východisek. Hlavní výzkumnou metodou jsme zvolili nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který vznikl na podkladě rozhovorů s matkami a sestrami pracujícími v ambulanci PLDD. Při rozhovorech jsme se zaměřili na tyto oblasti: charakteristika potřeb v komunitě matek, novorozenců a kojenců, specifikace problémových oblastí v péči o dítě a osobní zkušenost s návštěvní službou - pozitiva, negativa, důvody pro vykonání návštěvy, názor proč poskytovat

návštěvní službu, názor proč neposkytovat návštěvní službu, problémy, s nimiž přicházejí matky do ordinace PLDD, způsob prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice a podmínky, za kterých by zařízení mohlo poskytovat návštěvní službu.

Sběr dat probíhal od května do září 2016 a zastoupeny byly všechny kraje ČR. Pro zajištění anonymity a usnadnění vyplňování byly dotazníky k dispozici v online verzi a vyplňování probíhalo přes internetový server. Získaná data byla následně podrobena důkladné optické a logické kontrole, kódování a zanesení do počítače.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole disertační práce prezentujeme výsledky výzkumného šetření, včetně výsledků statistického ověření hypotéz. Jako první uvádíme analýzu kvalitativního šetření a následně kvantitativní část výzkumu.

4.1 Výsledky kvalitativní části - rozhovory se sestrami

Po analýze rozhovorů jsme stanovili tyto kategorie: důvody pro vykonání návštěvy, názory proč poskytovat návštěvní službu, názory proč neposkytovat návštěvní službu, problémy, s nimiž přicházejí matky do ordinace PLDD, způsob prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice a podmínky, za kterých by zařízení mohlo poskytovat návštěvní službu.

Důvody pro vykonání návštěvy

Z odpovědí sester vyplynulo, že navzdory tomu, že první vyšetření dítěte po příchodu z porodnice je běžně pojišťovnou hrazeným výkonem, tak je matkám tato služba poskytována jen ve specifických případech. Primárně se jedná o situace, kdy stav dítěte nebo matky nedovoluje transport například v důsledku náročného porodu, poporodních komplikací a také nepřízně počasí v zimním období. Dále je možné vykonat návštěvu v domácnosti na žádost matky, pokud má například ještě jedno malé dítě či se jedná o matku dvojčat. V poslední řadě se návštěva provádí u matek z podnětu sociální pracovnice.

Názory proč poskytovat návštěvní službu

Z rozhovorů bylo patrné, že návštěvní služba měla a má své opodstatnění, ale v současnosti na ni nejsme dostatečně připraveni. Prvním názorem, proč by mělo význam znovu obnovit návštěvní službu, byla skutečnost, že v ordinaci není čas ani prostor na dostatečnou podporu kojení, na zodpovídání všech dotazů matek a důkladnou edukaci v péči o dítě. Dále sestry předpokládají, že zvláště prvorodičky mohou mít potřebu, aby jim někdo zkontroloval, jak pečují o dítě a jak mají pro něho upravené prostředí.

Názory proč neposkytovat návštěvní službu

Sestry v rozhovorech uvedly, že prohlídka dítěte v ordinaci je pro ně pohodlnější a lepší. V ordinaci mají patřičné vybavení, podmínky, osvětlení a pomůcky pro to, aby mohly dítě adekvátně vyšetřit. Zatímco na návštěvu je třeba sebou nosit váhu a další pomůcky, což je náročné. V dnešní době má většina rodin minimálně jedno auto a proto není problém se lékaři dostavit. Sestry z Plzeňského kraje navíc argumentovaly, že přijímají do péče děti z nejbližšího okolí, protože je zde velmi dobrá síť PLDD. Dalším důvodem pro neposkytování návštěvní služby byla oblast vzdělání sester v ordinacích PLDD, protože ne vždy pracují v ordinaci dětské sestry. Posledním argumentem je názor, že by si matky návštěvu v domácnosti nepřály, protože stále přetrvávají ve společnosti mýty z předešlé doby a matky mohou návštěvu vnímat jako přepadovou kontrolu a zásah do soukromí.

Problémy, s nimiž přicházejí matky do ordinace PLDD

Z rozhovorů je patrné, že matky přicházejí do ordinace se stále stejným spektrem problémů, které jsou častější u prvorodiček. Tyto problémy je možné rozdělit na oblast zdraví a fyziologie dítěte a oblast základní péče o dítě. Ze zdravotních problémů se nejčastěji řešíme prospívání dítěte, ekzém a kožní alergie, novorozenecká žloutenka, kolika, reflexní porucha, meteorismus či ublinkávání. V oblasti péče o dítě se primárně řeší kojení a náhradní kojenecká strava, hygienická péče, oblékání, péče o pupeční pahýl a u chlapců ošetřování předkožky.

Způsob prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice

Prvnímu vyšetření novorozence po příchodu z porodnice předchází telefonická domluva s matkou. Většina zařízení preferovala na první návštěvě účast obou rodičů. Nejprve je dítěti založena zdravotní dokumentace, dále je dítě vyšetřeno nahé, zváženo, změřeno, lékař orientačně vyšetří kyčle a provede případně další specifická vyšetření. Po celou dobu komunikuje s matkou, zodpovídá dotazy a zjišťuje důležité údaje. Součástí prvního vyšetření je i edukace matky v péči o dítě, což je podpořeno různým informačním materiálem. Matka je také informována o průběhu očkování.

Podmínky, za kterých by zařízení mohlo poskytovat tuto službu

V současnosti sestry nevidí zavedení návštěvní služby jako reálné a to z několika důvodů. Zprv se domnívají, že by bylo nutné, aby návštěvní služba byla dána zákonem a tudíž by existoval argument pro matky, které by si návštěvu nepřály. Dále by bylo nutné navýšit počet personálu, ideálně vyčlenit jednu sestru přímo pro práci v terénu. Tato sestra by ale musela být vystudovaná dětská sestra a také řádně zaškolená na tuto činnost. K tomu se váže finanční stránka, protože ne každé zařízení by si mohlo dovolit platit ještě jednu sestru. Proto by bylo tedy žádoucí, aby se jednalo o službu plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Jako kompromis vidí sestry možnost, aby návštěvní služba byla zavedena jako nadstandardní úkon, který by byl matkám poskytnut na vlastní žádost a který by si také samy hradily.

4.2 Výsledky kvalitativní části - rozhovory s matkami

Po analýze rozhovorů jsme zvolili tyto kategorie: sociální opora matky, zdroje informací v oblasti péče o dítě, problémy v prvním roce po porodu, průběh prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice, oblasti edukace a názor na návštěvní službu.

Sociální opora

Matkám byl největší oporou jejich partner, ale většina se shodla, že aktivně pomáhala celá rodina, zvláště v případech kdy se otec pomaleji adaptoval na novou životní roli. Partneři měli problémy hlavně v prvních týdnech, kdy se báli dítě pochovat, byli nervózní z nevyspaní a z miminka měli respekt. V případě vícerodiček se partneři adaptovali v pohodě a příchod dítěte brali jako běžnou věc. Matky ale uváděly, že mnohdy byly na vše samy a v případě, že hledaly odbornou pomoc, tak se obracely na laktační poradkyni či dětského lékaře.

Zdroj informací

Matky vyhledávaly informace na internetu, v knihách o mateřství, v časopisech, kdy udávají, že je jejich pročitání zároveň bavilo. Ty, co měly mladší sourozence a vícerodičky, čerpaly z vlastní zkušenosti. Také se obracely pro radu na zkušené

kamarádky a členy rodiny, dětské lékaře a část matek spoléhala na vlastní intuici. Jedna matka zmínila jako dobrý zdroj informací předporodní kurz.

Problémy v prvním roce

Na otázku problémů v prvním roce odpovídaly matky, že jich „bylo moc“. Předně uváděly problémy s kojením, excesivní pláč, koliku, nemléčné příkrmy a uspávání. Pro jednu matku bylo největším problémem, že miminko bylo několik týdnů v inkubátoru a ona s ním měla narušenou vazbu, kterou složitě opět nacházela. Jiné uváděly zdravotní problémy typu atopický ekzém a alergie. Velkým problémem bylo sladit režim dítěte s režimem rodiny. Jedna matka viděla největší problém v tom, že odmítla nechat své dítě naočkovat a do dnes s tím má potíže. Matky shodně uvedly, že většina potíží spontánně vymizela po 4. měsíci.

Průběh prvního vyšetření

Zhruba polovina matek uvedla, že první vyšetření proběhlo v ordinaci dětského lékaře, druhá polovina v domácnosti. Při vyšetření v ambulanci matky uvedly, že lékař se vůbec nezajímal o jejich sociální situaci, ani bytové podmínky. Při vyšetření v domácnosti uvedly, že lékař neměl moc času a nestihly se na nic zeptat, průběh byl velmi rychlý.

Oblasti edukace

Matky uvedly, že potřebovaly edukovat takřka ve všem. Jako nejdůležitější oblast shodně označily kojení, dále spánek dítěte, správnou manipulaci s novorozencem, koliku, reflux, psychomotorický vývoj dítěte a očkování. Edukaci by uvítaly již v prenatálním období. Také zmínily otázku alternativního rodičovství a edukaci např. o nošení dítěte v šátku, společném spaní (cosleeping), výchově apod.

Názor na návštěvní službu

Matky hodnotily návštěvní službu celkem pozitivně a ty, které byly vyšetřeny v domácím prostředí, by návštěvu příště opět uvítaly a prý i opakovaně v průběhu šestinedělí. Dokonce uvedly, že by jim nevadilo, kdyby to bylo povinné. Jiné považují návštěvy za zbytečné, zásah do soukromí a hodnotí je jako přepadovou kontrolu. Největší obavy měly o „zanedbanou“ domácnost při intenzivní péči o novorozence.

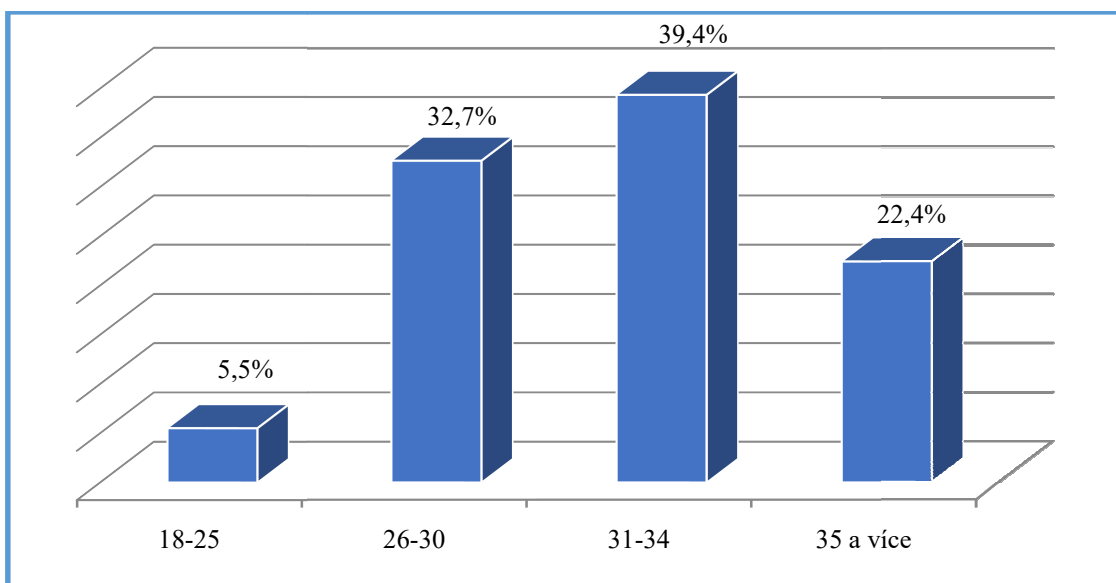
Dále uvedly, že by uvítaly, kdyby přišla sestra, která se zajímá i o alternativní postupy péče o dítě.

4.3 Výsledky kvantitativní části – soubor matky

Výzkumný soubor tvořilo 254 matek batolat ve stáří 12-24 měsíců ze všech 14 krajů České republiky.

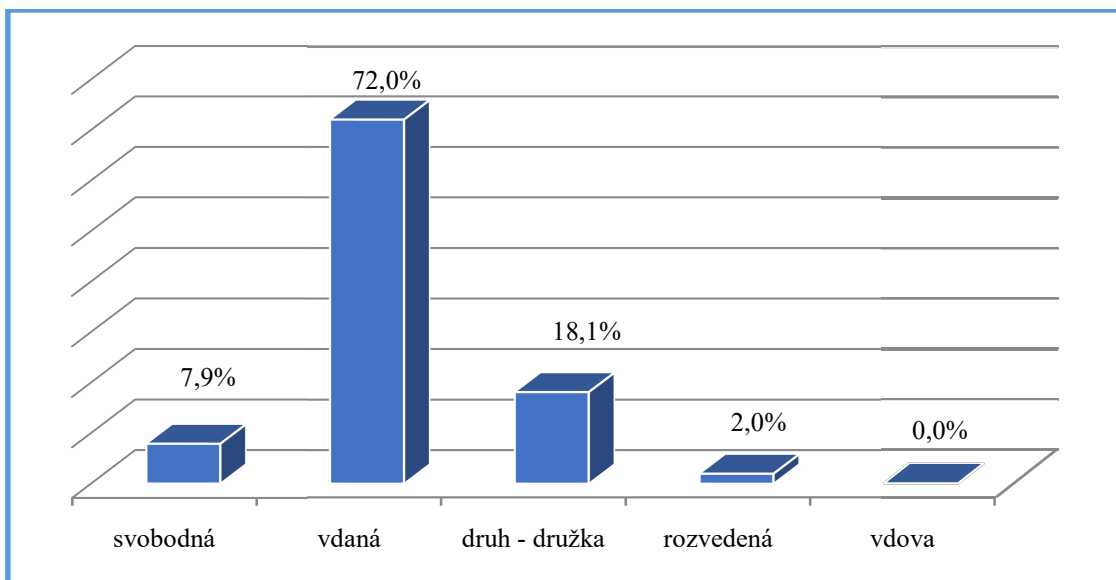
Tabulka 1 Zastoupení krajů

KRAJ	n	%
Praha	41	16,1
Moravskoslezský	28	11,0
Jihočeský	24	9,4
Středočeský	23	9,1
Jihomoravský	23	9,1
Ústecký	22	8,7
Olomoucký	16	6,3
Plzeňský	14	5,5
Pardubický	14	5,5
Liberecký	13	5,1
Královéhradecký	12	4,7
Karlovarský	11	4,3
Zlínský	8	3,1
Vysočina	5	2,0
Celkem	254	100,0 %



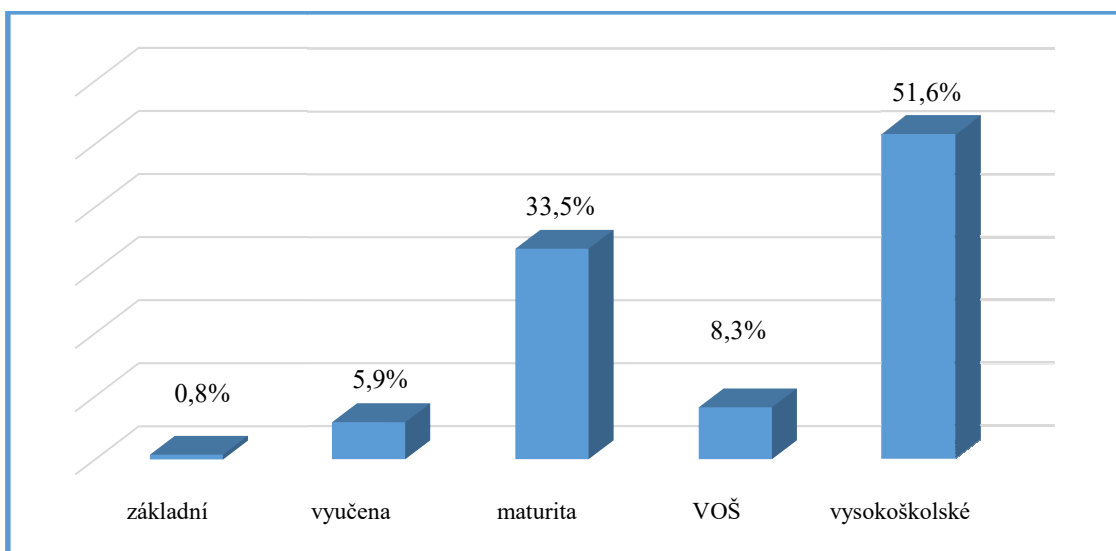
Graf 1 Věk respondentů (n=254)

Největší skupinu tvořily matky ve věku 31-34 let (39,4 %, n=100), druhou skupinou byly matky ve stáří 26-30 let (32,7 %, n=83), věk 35 a více označilo 22,4 % (n=57) matek a nejméně respondentů označilo věk mezi 18-25 lety (5,5 %, n=14).



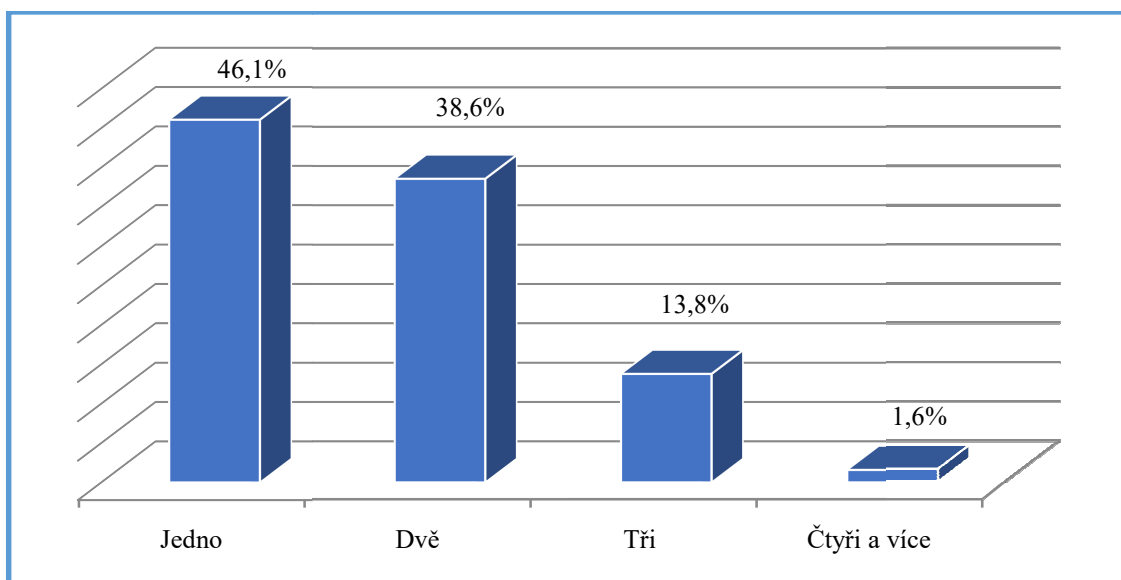
Graf 2 Rodinný stav respondentů (n=254)

Vdaných bylo 72,0 % (n=183) matek, ve vztahu druh-družka žilo 18,1 % (n=46) matek, svobodných matek bylo v souboru 7,9 % (n=20) a rovedených 2 % (n=5). Vdova nebyla ve výzkumném souboru žádná.



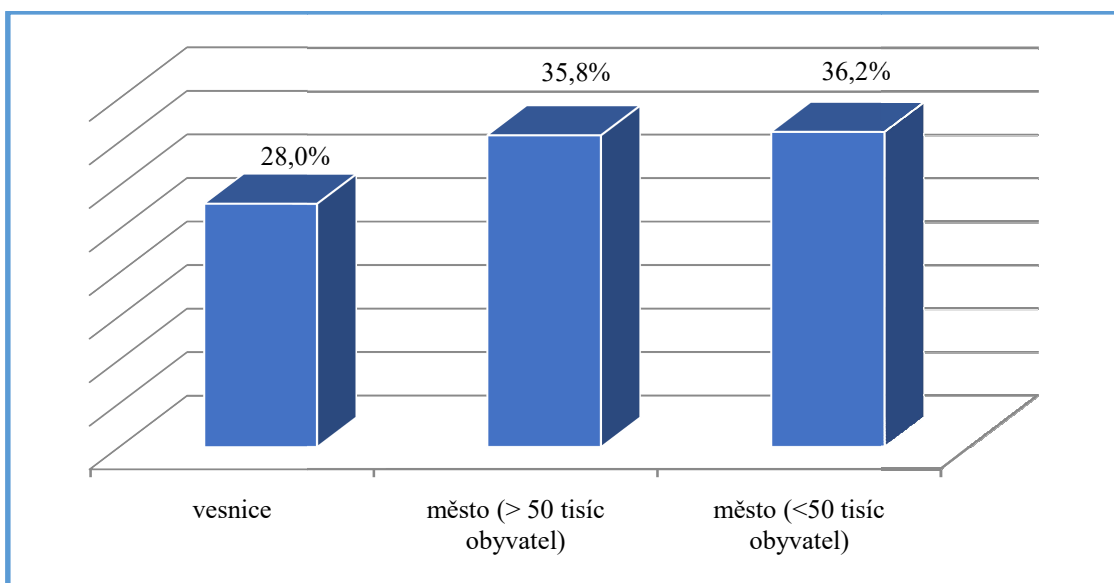
Graf 3 Vzdělání respondentů (n=254)

Absolventy vysoké školy bylo 51,6 % (n=131) matek, středoškolské vzdělání s maturitou uvedlo 33,5 % (n=85), vyšší odbornou školu absolvovalo 8,3 % (n=21) matek a možnost středoškolské vzdělání bez maturity (vyučena) označilo 5,9 % (n=15). Nejmenší skupinu tvořily matky se základním vzděláním 0,8 % (n=2).



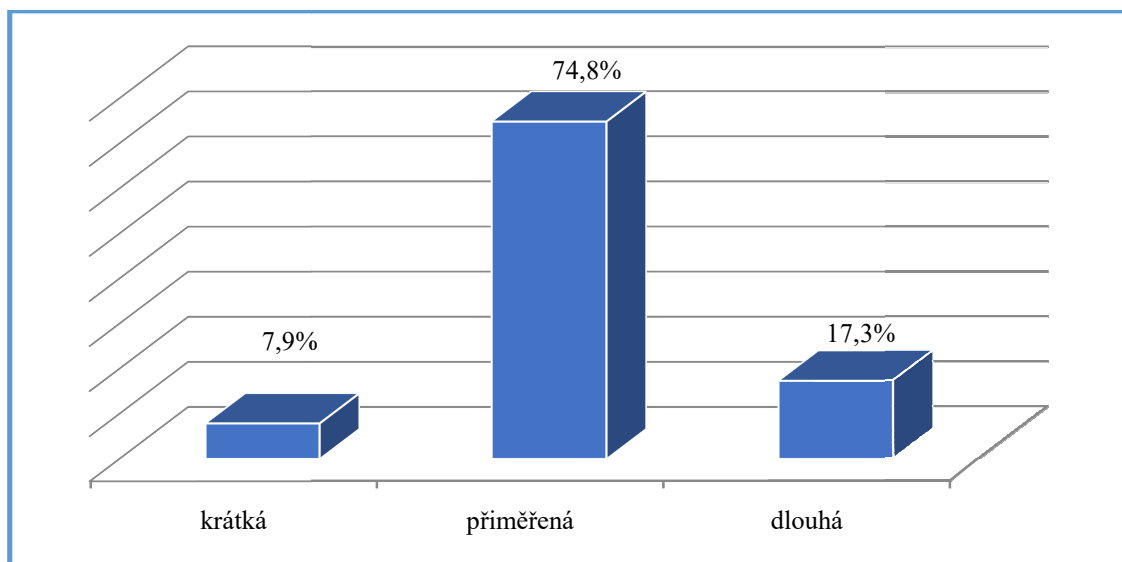
Graf 4 Počet dětí respondentů (n=254)

Největší skupinu tvořily matky s jedním dítětem (46,1 %, n= 117), dvě děti uvedlo 38,6 % (n= 98), tři děti 13,8 % (n=35) a čtyři a více dětí 1,6 % (n=4) matek.



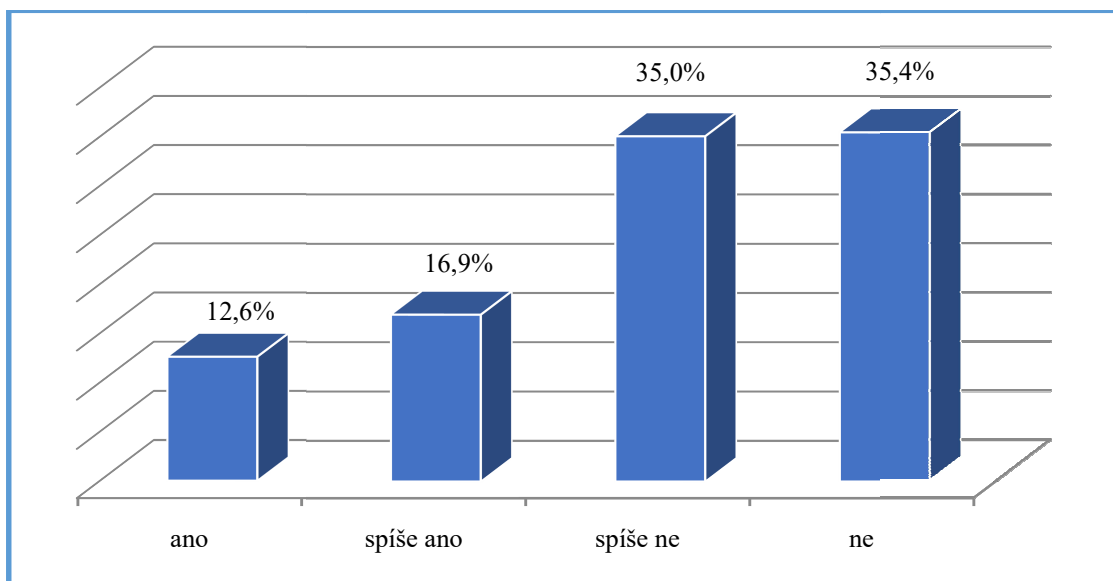
Graf 5 Místo bydliště (n=254)

Místo bydliště bylo ve výzkumném souboru vcelku rovnoměrně rozložené. Ve městě (nad 50 tisíc obyvatel) žilo 36,2 % (n=92) matek, ve městě (do 50 tisíc obyvatel) žilo 35,8 % (n=91) a zbylých 28 % (n=71) respondentů bydlelo na vesnici.



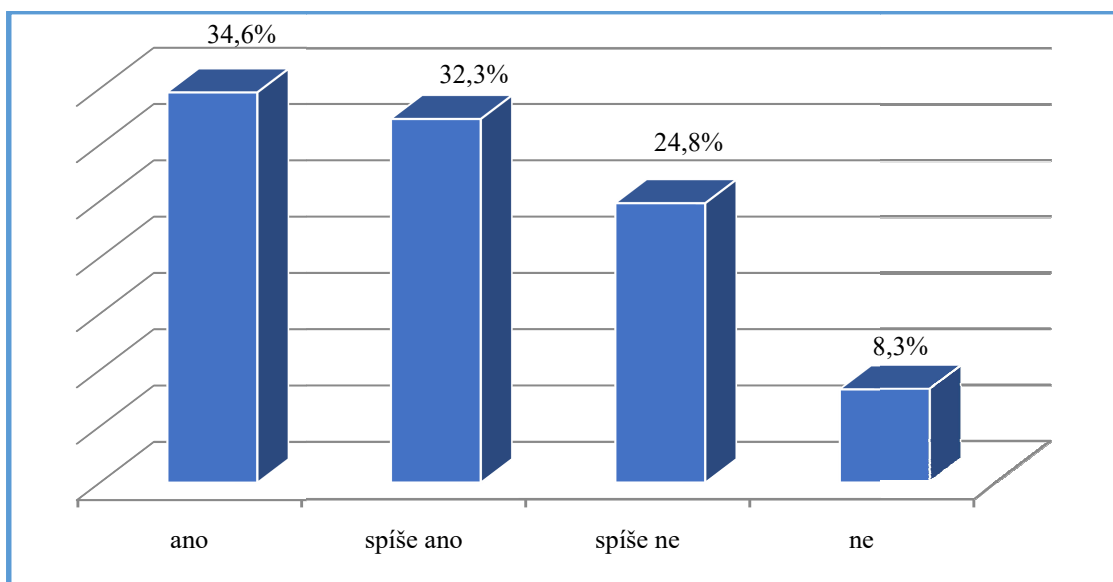
Graf 6 Subjektivní hodnocení délky pobytu v porodnici (n=254)

Většina matek 74,8 % (n=190) hodnotila délku pobytu v porodnici jako přiměřenou, 17,3 % (n=44) ji vnímalo jako dlouhou a pro 7,9 % (n=20) matek byla délka pobytu v porodnici krátká.



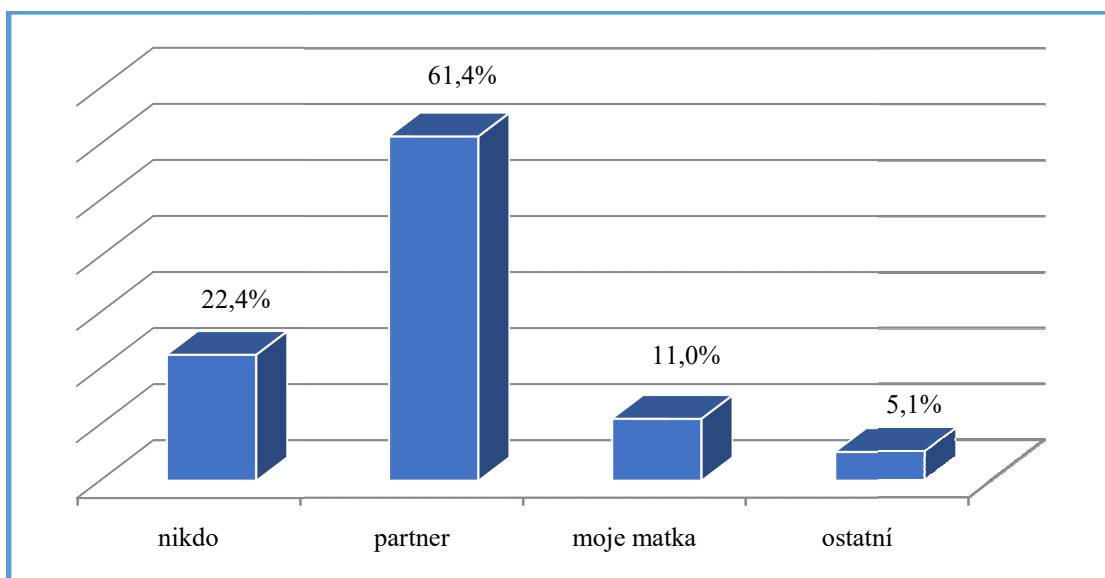
Graf 7 Vliv délky pobytu v porodnici na ztotožnění se s rolí matky (n=254)

V souvislosti s délkou pobytu v porodnici označilo 70,4 % (n=179) matek, že jejich ztotožnění se s rolí matky (spíše) nebylo ovlivněno. Naproti tomu 29,5 % (n=75) matek uvedlo, že délka pobytu v porodnici jejich ztotožnění s rolí matky (spíše) ovlivnila.



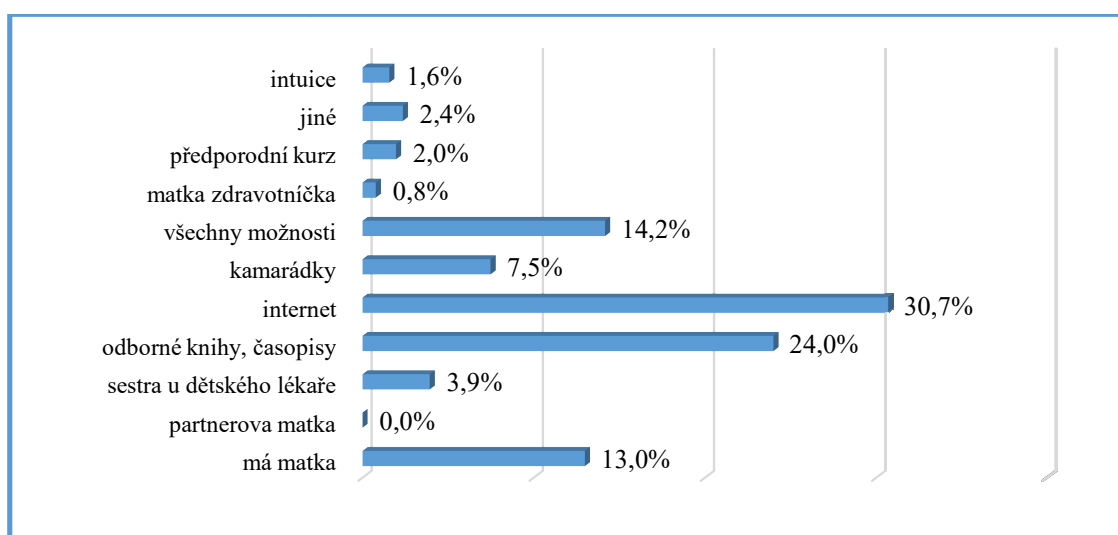
Graf 8 Dostatečnost informací o péči o dítě při propuštění z porodnice (n=254)

Pro 66,9 % (n=170) matek byla míra informací při propuštění (spíše) dostatečná, zatímco 33,1 % (n=84) matek se domnívá, že míra informací dostatečná (spíše) nebyla.



Graf 9 Osoby poskytující pomoc v prvních týdnech po porodu s péčí o dítě (n=254)

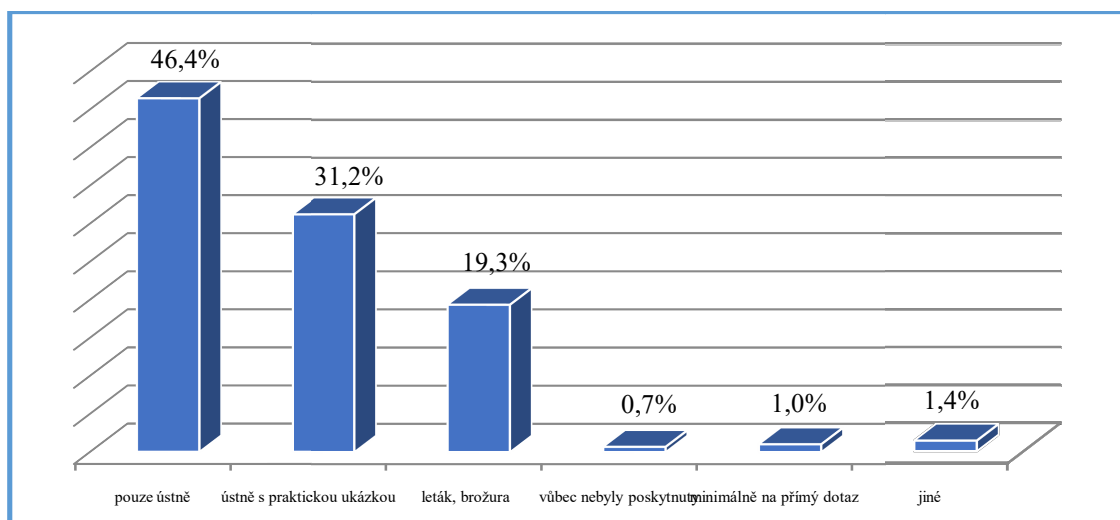
V 61,4 % (n=156) případech pomáhal matce s péčí o dítě její partner, ve 22,4 % (n=57) pak matky uvedly, že jim nepomáhal nikdo a vše musely zvládnout samy. V 11,0 % (n=28) případech pomáhala s péčí babička (z matčiny strany) a 5,1 % (n=13) matek označilo možnost ostatní, kde zmiňovaly své přátele, kamarády a ostatní členy rodiny.



Graf 10 Zdroje informací v oblasti péče o dítě (n=254)

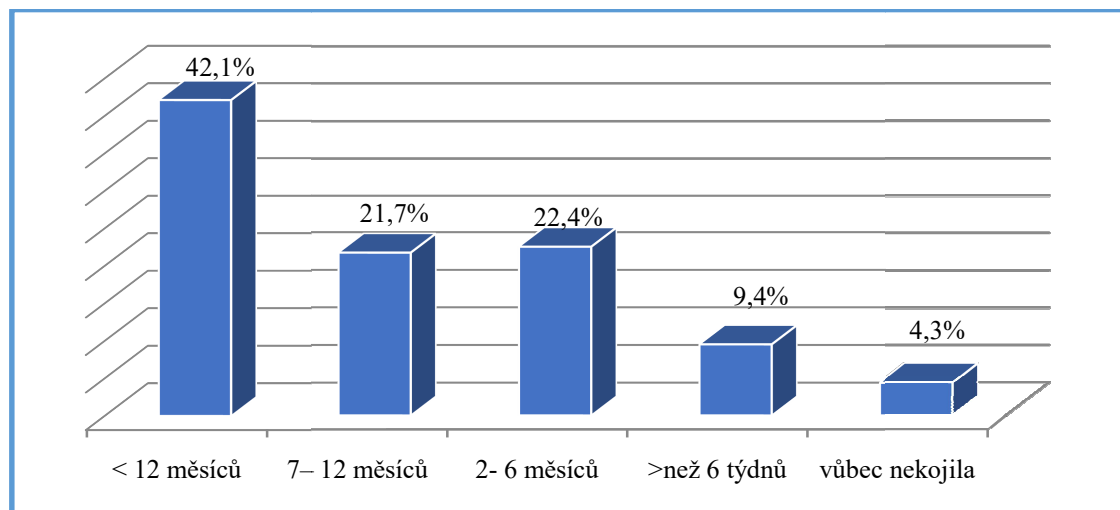
Matky nejčastěji vyhledávaly informace o péči o dítě na internetu, dále četbou odborné literatury, rozhovorem s vlastní matkou či od kamarádek. Všechny uvedené možnosti by označilo 14,2 % (n=36) matek. Zbývající možnosti jako je předporodní kurz, sestra u

dětského lékaře, dula, vlastní intuice či zdravotnické vzdělání matky, zvolilo jen minimum matek. Informace od partnerovy matky nezískávala žádná matka.



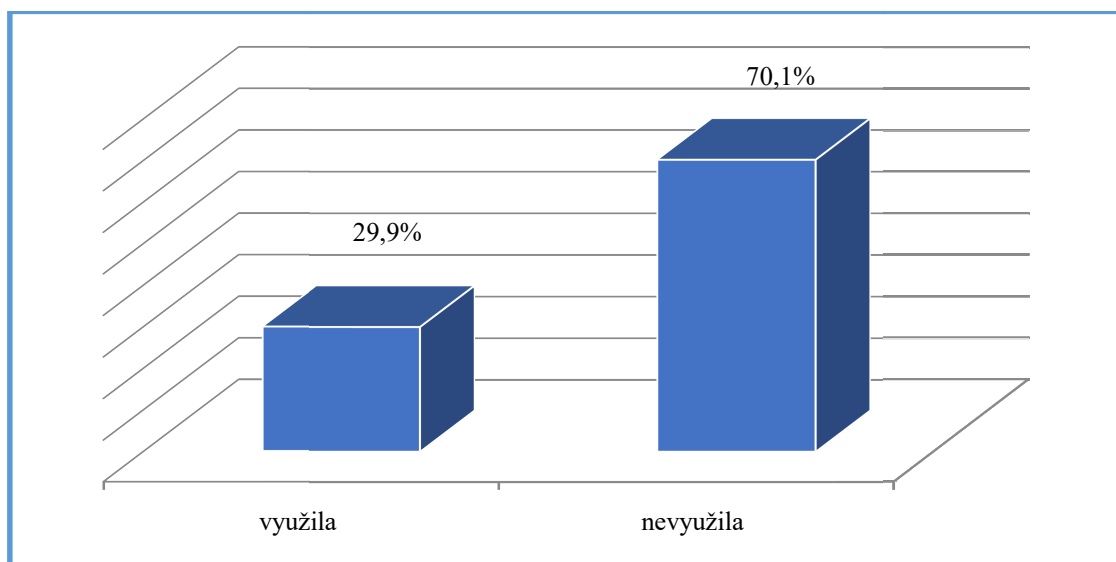
Graf 11 Způsob informování v rámci preventivních prohlídek u PLDD (n=254)

V rámci preventivních prohlídek bylo 46,4 % (n=137) matek informováno pouze ústně, 31,2 % (n=92) ústně s praktickou ukázkou, formou letáku či brožury to bylo 19,3 % (n=57), v 1,4 % případů (n=4) matky označily možnost jiné (emailem, po telefonu, nepotřebovaly informovat apod), v 1 % (n=3) případů byly informace podávány jen minimálně a jen na přímý dotaz matky, u 0,7 % (n=2) matek informace nebyly poskytnuty žádné.



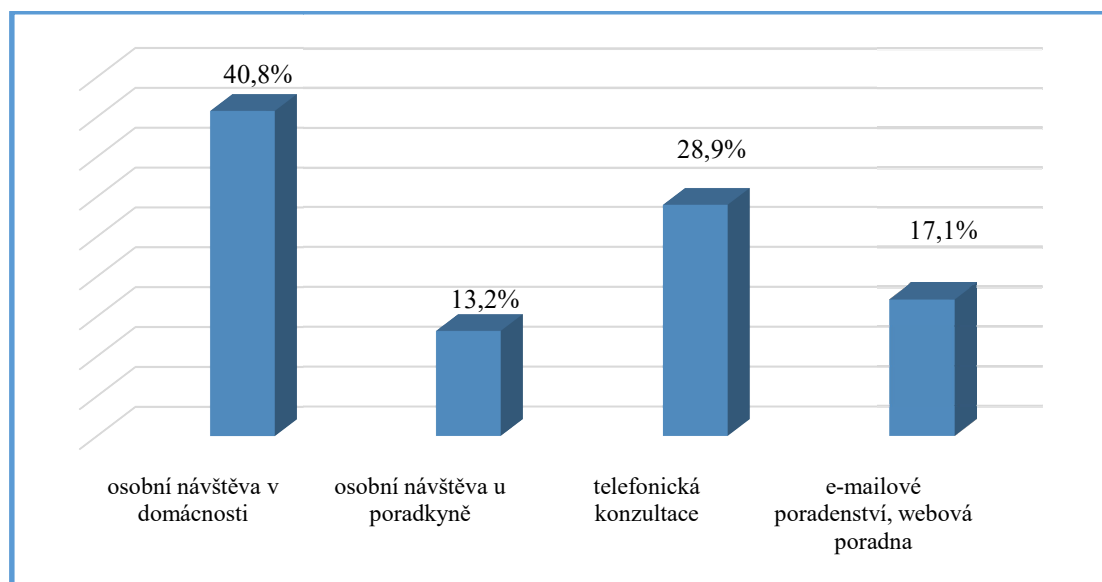
Graf 12 Délka kojení dítěte (n=254)

Déle než 12 měsíců kojilo své dítě 42,1 % (n=107) matek, možnost 2-6 měsíců označilo 22,4 % (n=57), dále 21,7 % (n=55) matek kojilo dítě v rozmezí 7-12 měsíců. Méně než 6 týdnů kojilo 9,4 % (n=24) a 4,3 % (n=11) matek své dítě vůbec nekojilo.



Graf 13 Využití služeb laktačního poradenství (n=254)

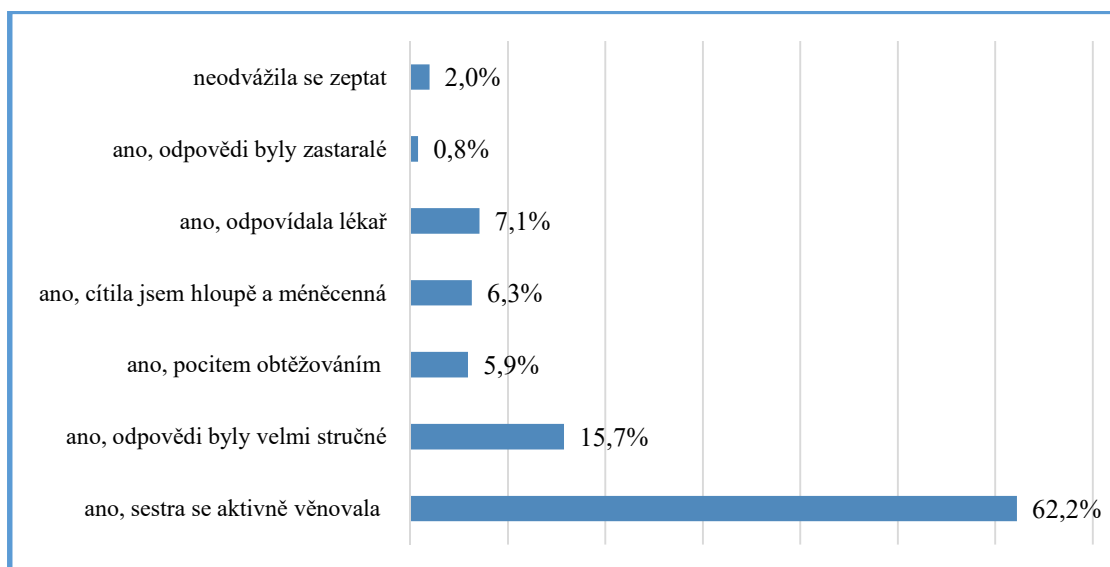
Služeb laktačního poradenství využilo 29,9 % (n=76) matek, zatímco 70,1 % (n=178) této možnosti nevyužilo.



Graf 14 Poskytnutá forma laktačního poradenství (n=76)

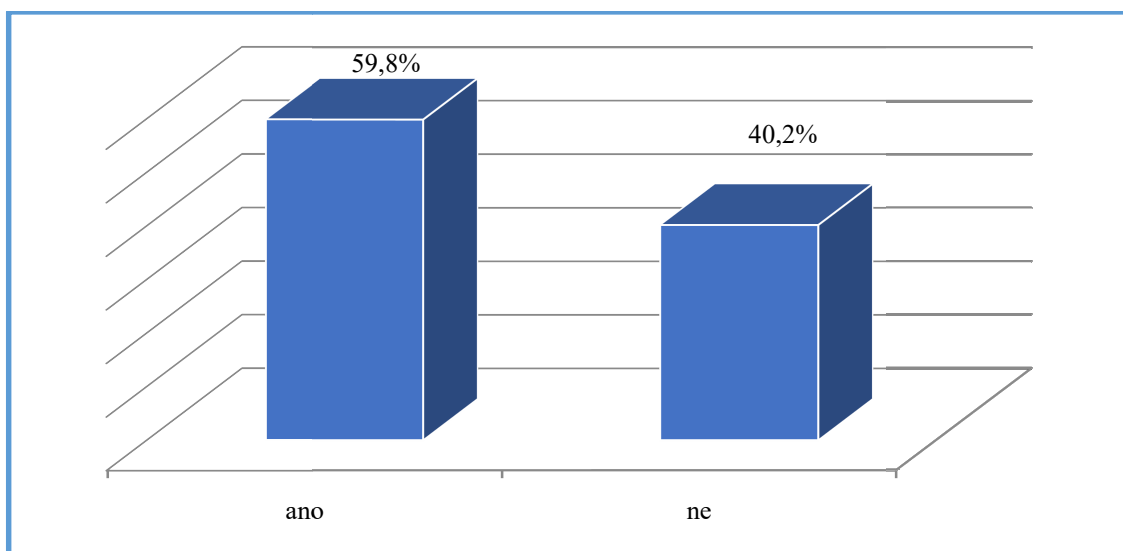
V rámci laktačního poradenství matky nejčastěji preferovaly osobní návštěvu v domácnosti u 40,8 % (n=31) a telefonickou konzultaci 28,9 % (n=22), 17,1 % (n=13)

poradenství prostřednictvím emailu či webové poradny. Možnost osobní návštěvy přímo u poradkyně využilo 13,2 % (n=10) matek.



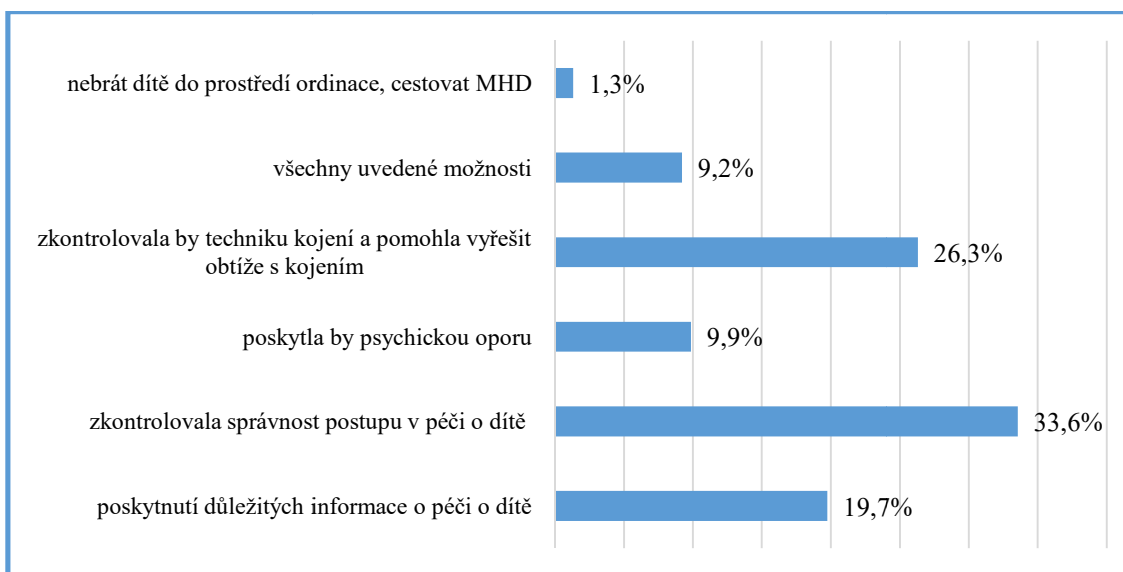
Graf 15 Možnost vznášet sestře dotazy ohledně péče o dítě (n=254)

Až 62,2 % (n=158) matek uvedlo, že se jim sestra při preventivní prohlídce aktivně věnovala a zodpovídala jejich dotazy, dále 15,7 % (n=40) matek mělo možnost klást dotazy, ale odpovědi sestry byly velmi stručné. V 7,1 % (n=18) případů na dotazy odpovídal pouze lékař. Dále se 6,3 % (n=16) matek při dotazování cítilo hloupě a méněcenně a 5,9 % (n=15) matek mělo pocit, že obtěžují a sestra jim odpovídala ve spěchu. Ve 2 % (n=5) případů se matky ani neodvažovaly na něco zeptat a 0,8 % (n=2) matek je přesvědčených, že odpovědi sestry byly zastaralé.



Graf 16 Zájem o návštěvu dětské sestry doma po příchodu z porodnice (n=254)

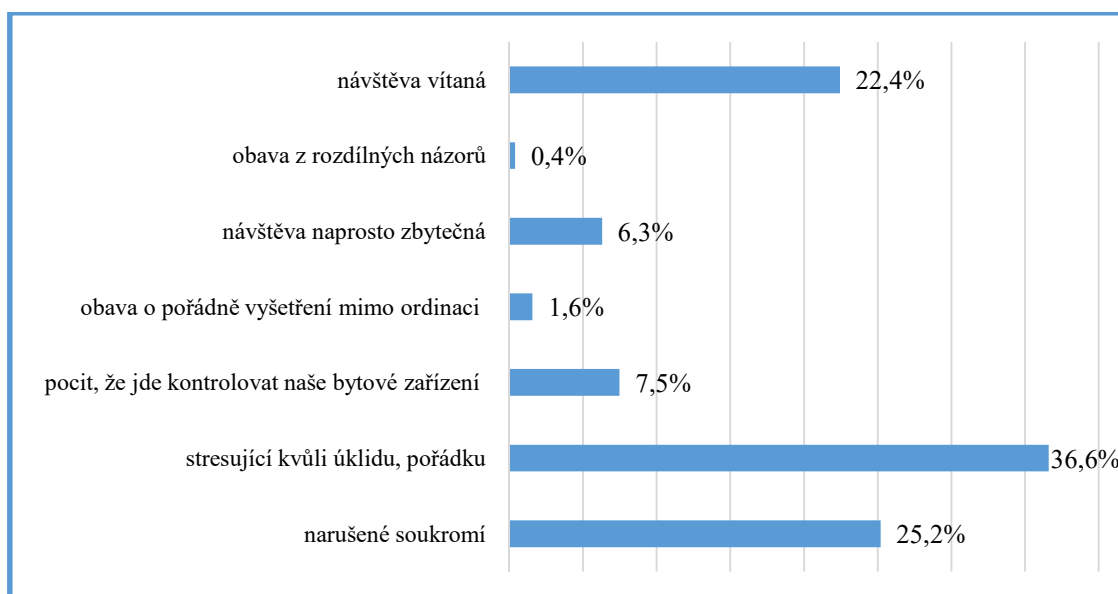
Návštěvu by uvítalo 59,8 % (n=152) matek, zatímco 40,2 % (n=102) by o tuto službu zájem nemělo.



Graf 17 Pozitiva návštěvy sestry z pohledu matek (n=152)

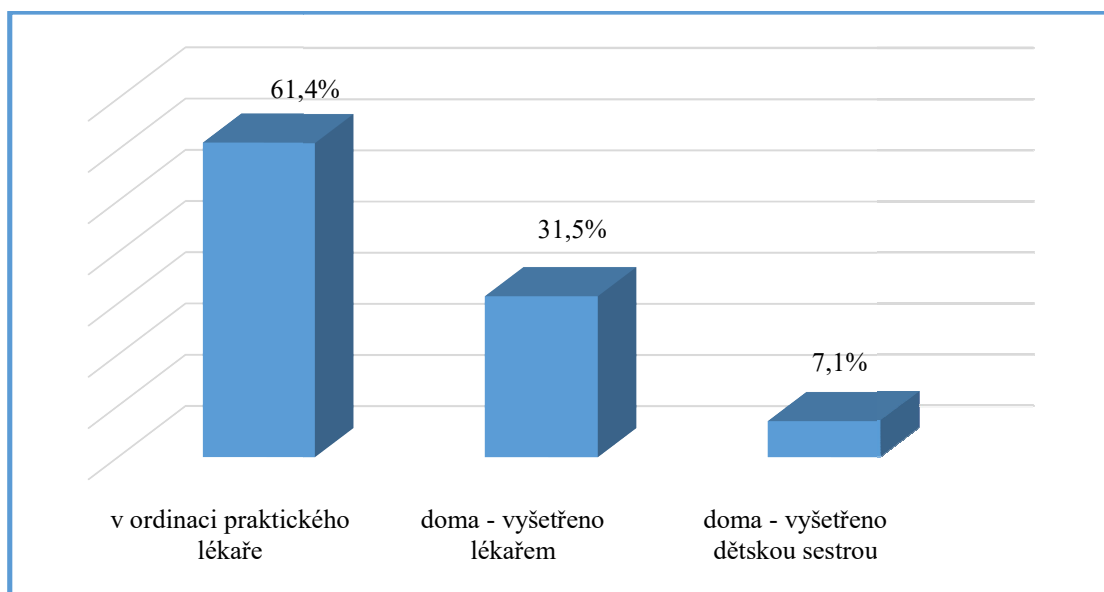
Matky, které projevily zájem o návštěvní službu, by při návštěvě ocenily, kdyby sestra zkontrolovala, zda je jejich postup v péči o dítě správný 33,6 % (n=51), u 26,3 % (n=40) zkontrolovala by techniku kojení a pomohla vyřešit obtíže s kojením, u 19,7 % (n=30) by poskytla důležité informace ohledně péče o dítě a pro 9,9 % (n=15) matce by

byla psychickou oporou. Všechny uvedené možnosti by označilo 9,2 % (n=14) matek a 1,3 % (n=2) uvedlo, že by jako hlavní pomoc viděly to, že nemusí brát dítě do prostředí ordinace a cestovat s ním například MHD apod.



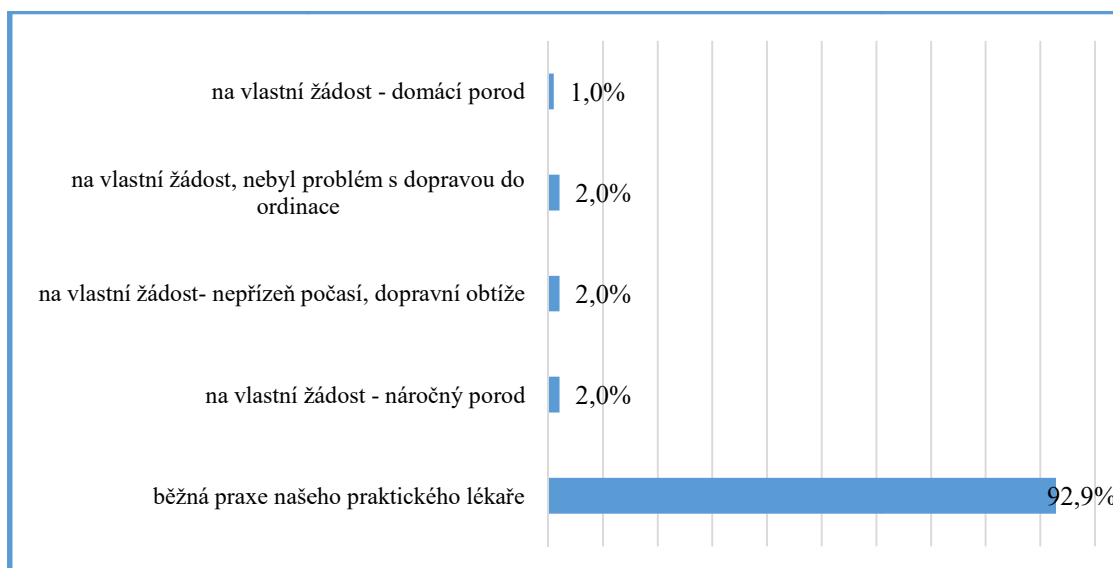
Graf 18 Možné důvody pro odmítnutí návštěvy dětské sestry (n=254)

Graf zobrazuje pořadí důvodů, proč by si matky návštěvu v domácnosti nepřály. Na prvním místě je uveden stres kvůli úklidu a pořádku (36,6 %; n=93), dále narušení soukromí (25,2 %; n=64), pocit, že se jedná o kontrolu, jak máme byt zařízen (7,5 %; n=19), obava, že sestra nemůže mimo ordinaci dítě pořádně vyšetřit (1,6 %; n=4) a také obava z rozdílných názorů na péči o dítě (0,4 %; n=1). U 6,3 % (n=16) matek převládá názor, že návštěva je naprosto zbytečná, zatímco 22,4 % (n=57) matek by návštěvu uvítalo a nevedlo žádný důvod, proč by si ji nepřálo.



Graf 19 Způsob prvního vyšetření dítěte po příchodu z porodnice (n=254)

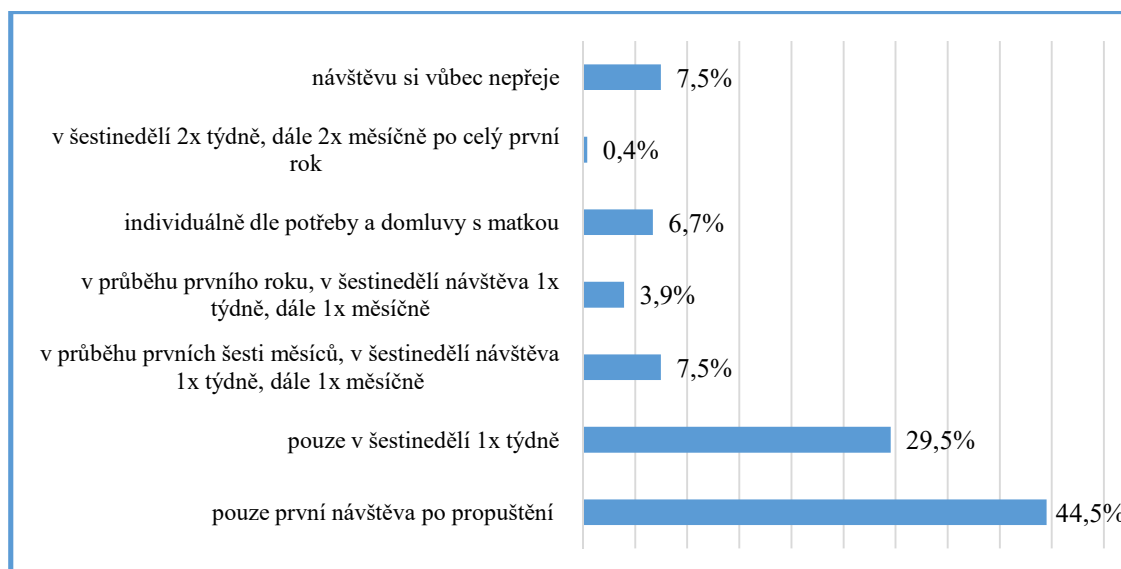
V 61,4 % (n=156) případů proběhlo první vyšetření v ordinaci praktického lékaře, v domácím prostředí bylo 31,5 % (n=80) dětí vyšetřeno lékařem a 7,1 % (n=18) dětí vyšetřila dětská sestra.



Graf 20 Důvody pro první vyšetření v domácím prostředí (n=98)

Matky, jejichž děti byly vyšetřeny v domácím prostředí, uvedly v 92,9 % (n=91), že je to tak běžná praxe u jejich PLDD. Zbýlých 7 % (n=7) matek označilo jako důvod

náročný porod, nepřízeň počasí, dopravní obtíže či domácí porod, vždy se však jednalo o návštěvu na vlastní žádost.



Graf 21 Ideální frekvence návštěv dětské sestry v domácnosti z pohledu matek (n=254)

Pro 44,5 % (n=113) matek by bylo ideální, aby návštěva proběhla pouze v případě první návštěvy po příchodu z porodnice, zatímco 29,5 % (n=75) vidí za ideální vykonávat návštěvy 1-krát týdně po celé šestinedělí. U 7,5 % (n=19) matek převládá názor, že by návštěvy měly probíhat 1-krát týdně v šestinedělí a dále 1-krát měsíčně v prvním půlroce. Návštěvy 1-krát týdně v šestinedělí a dále 1-krát měsíčně po dobu prvního roku zvolilo 3,9 % (n=10) matek. Podle 0,4 % (n=1) matek by bylo ideální provádět návštěvy 2-krát týdně v šestinedělí a dále 2-krát měsíčně po celý první rok. Pro 6,7 % (n=17) by bylo nejlepším řešením poskytovat návštěvní službu individuálně podle potřeby a domluvy s matkou a 7,5 % (n=19) matek označilo možnost jiné, kde specifikovaly, že návštěvu sestry zásadně odmítají a nemohou proto označit žádnou nabízenou odpověď.

Tabulka 2 Míra informovanosti v jednotlivých oblastech při propuštění z porodnice (n=254)

Edukační oblast	Žádné vědomosti	Minimální vědomosti	Střední vědomosti	Velmi dobré vědomosti	Vynikající vědomosti
Technika kojení	5,1%	20,9%	44,5%	26,4%	3,1%
Odsávání MM	25,6%	22,8%	34,7%	13,0%	3,9%
Uskladnění odsátého MM	37,8%	18,9%	26,4%	12,2%	4,7%
Umělá mléčná výživa	39,7%	21,3%	22,0%	15,4%	1,6%
Přebalování	0,4%	5,1%	35,0%	38,2%	21,3%
Hygienická péče	0,4%	9,8%	33,1%	35,8%	20,9%
Spánek	19,7%	22,0%	32,3%	19,3%	6,7%
Péče o pupeční pahýl	2,4%	7,8%	28,0%	42,1%	19,7%
Prevence náhlého úmrtí	26,0%	28,7%	25,6%	14,6%	5,1%
Bezpečná manipulace	9,1%	16,1%	39,0%	27,1%	8,7%

V oblasti přebalování, hygienické péče a péče o pupeční pahýl udávají matky velmi dobré vědomosti, do středních vědomostí zařadily techniku kojení, odsávání mateřského mléka, spánek dítěte a zásady bezpečné manipulace. Žádné nebo minimální vědomosti označily u oblastí uskladnění odsátého mateřského mléka, umělé mléčné výživy a prevence náhlého úmrtí. Nicméně poměrně velké procento matek dále označilo minimální či žádné vědomosti v oblasti techniky kojení, odsávání MM, péče o spánek dítěte a prevenci náhlého úmrtí.

Tabulka 3 Závažnost problémů v průběhu prvního roku života dítěte (N=254)

Problém	1 Vůbec ne	2 Trochu	3 Středně	4 Velmi	5 Maximál ně
Nedostatečné kojení, nutnost dokrmování	46,5%	13,4%	12,6%	15,7%	11,8%
Ukončení kojení, podávání výhradně UM	57,9%	11,8%	11,8%	9,4%	9,1%
Problémy s prsy při kojení	33,1%	27,6%	18,9%	14,6%	5,9%
Neprospívání dítěte	67,3%	13,8%	7,1%	7,5%	4,3%
Problémy při zavádění nemléčných příkrmů	55,1%	27,2%	11,4%	4,3%	2,0%
Neutišitelný pláč	32,3%	30,3%	14,2%	18,9%	4,3%
Bolesti břicha, kolika	16,5%	36,2%	23,6%	16,9%	6,7%
Opruzeniny	33,9%	45,3%	15,7%	3,9%	1,2%
Strach z manipulace s novorozencem	55,5%	26,0%	13,4%	3,9%	1,2%
Problémy s oblékáním dítěte (jak teplé oblečení zvolit)	27,6%	42,9%	23,6%	5,1%	0,8%
Problémy se spánkem dítěte	26,0%	32,3%	20,9%	13,8%	7,1%

Ve většině případů vyjmenované problémy nebyly pro matky vůbec závažné nebo pouze trochu závažné. Přesto poměrně velké procento matek dále označilo jako velmi až maximálně závažné problémy s nedostatečným kojením s nutností dokrmu, problémy s prsy při kojení, neutišitelný pláč dítěte, bolesti břicha a problémy se spánkem.

4.4 Testování hypotéz - výzkumný soubor matky

H 1 Edukační potřeby prvorodiček a vícerodiček v oblasti péče o dítě se liší.

Pro ověření hypotézy byl statisticky posuzován vztah mezi počtem dětí a odpověďmi v tabulce 2 - míra informovanosti matek v jednotlivých oblastech při propuštění z porodnice. Dále pak vztah mezi počtem dětí a tím, zda byla míra poskytnutých informací o péči o dítě při propuštění z porodnice dostačující pro odchod do domácího prostředí.

Vztah mezi počtem dětí matek a mírou informovanosti v jednotlivých oblastech při propuštění z porodnice

V rámci tohoto vztahu jsme hodnotili s ohledem na počet dětí míru informovanosti matek v oblasti kojení, odsávání mateřského mléka a jeho uskladnění, přebalování, hygienické péči a koupání, oblékání, spánku, péči o pupeční pahýl, bezpečné manipulaci a prevenci syndromu náhlého úmrtí kojence

Technika kojení

Posuzovali jsme vztah mezi mírou informovanosti v technice kojení a počtem dětí.

Tabulka 4 Technika kojení - míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	13	5,1	11	9,4	2	1,5
Minimální vědomosti	53	20,9	30	25,6	23	16,8
Střední vědomosti	113	44,5	48	41,0	65	47,4
Velmi dobré vědomosti	67	26,4	27	23,1	40	29,2
Vynikající vědomosti	8	3,1	1	0,9	7	5,1
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícero diček v technice kojení je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 5,1 % (n=7) vícero diček a 0,9 % (n=1) prvorodiček. Žádné vědomosti zvolilo 1,5 % (n=2) vícero diček, zatímco prvorodiček bylo 9,4 % (n=11). Celkově matky nejčastěji volily možnost střední vědomosti, kterou označilo 44,5 % (n=113) matek.

Tabulka 5 Vztah počtu dětí a míry informovanosti matek v oblasti techniky kojení

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	15,255	4	0,004

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti techniky kojení jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 4) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 15,255. Jelikož je **p= 0,004**, byla **prokázána**

statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice v oblasti techniky kojení než prvorodičky.

Odsávání mateřského mléka

Další posuzovanou oblastí byla problematika odsávání mateřského mléka.

Tabulka 5 Odsávání mateřského mléka- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	65	25,6	43	36,8	22	16,1
Minimální vědomosti	58	22,8	27	23,1	31	22,6
Střední vědomosti	88	34,6	34	29,1	54	39,4
Velmi dobré vědomosti	33	13,0	12	10,3	21	15,3
Vynikající vědomosti	10	3,9	1	0,9	9	6,6
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti odsávání mateřského mléka je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 6,6 % (n=9) vícerodiček a 0,9 % (n=1) prvorodiček. Žádné možnost vědomosti zvolilo 16,1 % (n=22) vícerodiček, zatímco prvorodiček bylo 36,8 % (n=43). Celkově matky nejčastěji volily možnost střední vědomosti, kterou označilo 34,6 % (n=88) matek.

Tabulka 6 Vztah počtu dětí a míry informovanosti v odsávání mateřského mléka

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	19,003	4	0,001

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti odsávání mateřského mléka jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 5) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 19,003. Jelikož je $p=0,001$, byla

prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice v oblasti odsávání mateřského mléka než prvorodičky.

Přebalování

Další posuzovanou oblastí byla problematika přebalování.

Tabulka 7 Přebalování- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	1	0,4	1	0,9	0	0,0
Minimální vědomosti	13	5,1	8	6,8	5	3,6
Střední vědomosti	89	35,0	53	45,3	36	26,3
Velmi dobré vědomosti	97	38,2	39	33,3	58	42,3
Vynikající vědomosti	54	21,3	16	13,7	38	27,7
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti přebalování je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 27,7 % (n=38) vícerodiček a 13,7 % (n=16) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti neoznačila ani jedna vícerodička a pouze 0,9 % (n=1) prvorodička. Celkově matky nejčastěji volily možnosti velmi dobré vědomosti, kterou označilo 38,2 % (n=97) matek.

Tabulka 8 Vztah počtu dětí a míry informovanosti v oblasti přebalování

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	16,149	4	0,003

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti přebalování jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 7) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 16,149. Jelikož je **p= 0,003, byla prokázána**

statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice v oblasti přebalování než prvorodičky.

Hygienická péče a koupání

Další posuzovanou oblastí byla problematika hygienické péče a koupání.

Tabulka 9 Hygienická péče a koupání- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	0,4	1	0,9	1	0,0	0
Minimální vědomosti	9,8	25	14,5	17	5,8	8
Střední vědomosti	33,1	84	38,5	45	28,5	39
Velmi dobré vědomosti	35,8	91	29,9	35	40,9	56
Vynikající vědomosti	20,9	53	16,2	19	24,8	34
Celkem	100	254	100	117	100	137

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti hygienické péče a koupání je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 24,8 % (n=34) vícerodiček a 16,2 % (n=19) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti neoznačila ani jedna vícerodička a 0,9 % (n=1) prvorodička. Prvorodičky nejčastěji volily variantu střední vědomosti, zatímco vícerodičky hodnotily své vědomosti jako velmi dobré. Celkově matky nejčastěji volily možnost velmi dobré vědomosti, kterou označilo 35,8 % (n=91) matek.

Tabulka 10 Vztah počtu dětí a míry informovanosti v oblasti hygienické péče a koupání

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	12,261	4	0,016

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti hygienické péče a koupání jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$,

přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 9) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 12,261. Jelikož je $p=0,016$, byla **prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice v oblasti hygienické péče a koupání než prvorodičky.

Oblékání

Problematika oblékání byla další posuzovanou oblastí.

Tabulka 11 Oblékání - míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	21	8,3	16	13,7	5	3,6
Minimální vědomosti	38	15,0	19	16,2	19	13,9
Střední vědomosti	92	36,2	45	38,5	47	34,3
Velmi dobré vědomosti	73	28,7	25	21,4	48	35,0
Vynikající vědomosti	30	11,8	12	10,3	18	13,1
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti oblékání je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 13,1 % ($n=18$) vícerodiček a 10,3 % ($n=12$) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti zvolilo 13,7 % ($n=16$) prvorodiček a 3,6 % ($n=5$) vícerodiček. Prvorodičky nejčastěji volily variantu střední vědomosti, zatímco vícerodičky hodnotily své vědomosti jako velmi dobré. Celkově matky nejčastěji volily možnost střední vědomosti, kterou označilo 36,2 % ($n=92$) matek.

Tabulka 12 Vztah počtu dětí a míry informovanosti v oblasti oblékání

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	12,756	4	0,013

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti oblékání jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet

stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 11) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 12,756. Jelikož je $p= 0,013$, byla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají více informací při propuštění z porodnice v oblasti oblékání než prvorodičky.

Spánek

Další posuzovanou oblastí byla problematika spánku dítěte.

Tabulka 13 Spánek- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	50	19,7	32	27,4	18	13,1
Minimální vědomosti	56	22,0	28	23,9	28	20,4
Střední vědomosti	82	32,3	35	29,9	47	34,3
Velmi dobré vědomosti	49	19,3	15	12,8	34	24,8
Vynikající vědomosti	17	6,7	7	6,0	10	7,3
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti spánku je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 7,3 % ($n=10$) vícerodiček a 6,0 % ($n=7$) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti zvolilo 27,4 % ($n=32$) prvorodiček a 13,1 % ($n=18$) vícerodiček. Celkově matky nejčastěji označily možnost střední vědomosti, kterou zvolilo 32,3 % ($n=82$) matek.

Tabulka 14 Vztah počtu dětí a míry informovanosti v oblasti spánku

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	12,073	4	0,017

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti oblékání jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 13) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 12,073. Jelikož je $p= 0,017$, byla prokázána

statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají více informací při propuštění z porodnice v oblasti spánku než prvorodičky.

Péče o pupeční pahýl

Dále jsme posuzovali oblast péče o pupeční pahýl.

Tabulka 15 Péče o pupeční pahýl- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	6	2,4	6	5,1	0	0,0
Minimální vědomosti	20	7,9	9	7,7	11	8,0
Střední vědomosti	71	28,0	38	32,5	33	24,1
Velmi dobré vědomosti	107	42,1	46	39,3	61	44,5
Vynikající vědomosti	50	19,7	18	15,4	32	23,4
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti péče o pupeční pahýl je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 23,4 % (n=32) vícerodiček a 15,4 % (n=18) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti zvolilo 5,1 % (n=6) prvorodiček, zatímco vícerodička neoznačila tuto možnost ani jedna. Prvorodičky i vícerodičky nejčastěji volily variantu velmi dobré vědomosti, kterou celkově označilo 42,1 % (n=107) matek.

Tabulka 16 Vztah počtu dětí a míry informovanosti v oblasti péče o pupeční pahýl

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	25,273	4	0,000

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti péče o pupeční pahýl jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 15) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 25,273. Jelikož je $p=0,000$, byla **prokázána**

statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají více informací při propuštění z porodnice v oblasti péče o pupeční pahýl než prvorodičky.

Bezpečná manipulace s dítětem

Posuzovali jsme také oblast bezpečné manipulace s dítětem.

Tabulka 17 Bezpečná manipulace- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	23	9,1	18	15,4	5	3,6
Minimální vědomosti	41	16,1	28	23,9	13	9,5
Střední vědomosti	99	39,0	41	35,0	58	42,3
Velmi dobré vědomosti	69	27,2	24	20,3	45	32,8
Vynikající vědomosti	22	8,7	6	5,1	16	11,7
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti bezpečné manipulace s dítětem je na vyšší úrovni než u prvorodiček. Vynikající vědomosti označilo 11,7 % (n=16) vícerodiček a 5,1 % (n=6) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti zvolilo 15,4 % (n=18) prvorodiček, zatímco vícerodiček bylo 3,6 % (n=5). Prvorodičky i vícerodičky nejčastěji volily variantu střední vědomosti, kterou celkově označilo 39,0 % (n=99) matek.

Tabulka 18 Vztah počtu dětí a míry informovanosti o bezpečné manipulaci s dítětem

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	25,273	4	0,000

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti bezpečné manipulace s dítětem jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 17) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 25,273. Jelikož je

$p= 0,000$, byla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky mají více informací při propuštění z porodnice v oblasti bezpečné manipulace s dítětem než prvorodičky.

Uskladnění odsátého mateřského mléka

Další posuzovanou oblastí je uskladnění odsátého mateřského mléka.

Tabulka 19 Uskladnění odsátého MM-míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	96	37,8	54	46,2	42	30,7
Minimální vědomosti	48	18,9	20	17,1	28	20,4
Střední vědomosti	67	26,4	28	23,9	39	28,5
Velmi dobré vědomosti	31	12,2	12	10,3	19	13,9
Vynikající vědomosti	12	4,7	3	2,6	9	6,6
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícerodiček v oblasti uskladnění odsátého mateřského mléka je na stejné úrovni u prvorodiček i vícerodiček. Vynikající vědomosti označilo 6,6 % (n=9) vícerodiček a 2,6 % (n=3) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti zvolilo 46,2 % (n=54) prvorodiček a 30,7 % (n=42) vícerodiček. Celkově matky nejčastěji volily variantu žádné vědomosti, kterou označilo 37,8 % (n=96) matek.

Tabulka 20 Vztah počtu dětí a míry informovanosti o uskladnění odsátého mateřského mléka

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	7,693	4	0,104

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti uskladnění odsátého mateřského mléka jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 19) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 7,693.

Jelikož je $p= 0,104$, nebyla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že prvorodičky i vícero-dičky mají při propuštění z porodnice stejnou úroveň informací v oblasti uskladnění odsátého mateřského mléka.

Prevence náhlého úmrtí kojence

Dále byla posuzována problematika prevence náhlého úmrtí kojence.

Tabulka 21 Prevence náhlého úmrtí kojence- míra informovanosti podle počtu dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Žádné vědomosti	66	26,0	39	33,3	27	19,7
Minimální vědomosti	73	28,7	33	28,2	40	29,2
Střední vědomosti	65	25,6	27	23,1	38	27,7
Velmi dobré vědomosti	37	14,6	13	11,1	24	17,5
Vynikající vědomosti	13	3,1	5	4,3	8	5,8
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti vícero-diček v oblasti prevence náhlého úmrtí kojence je na stejné úrovni u prvorodiček i vícero-diček. Vynikající vědomosti označilo 5,8 % (n=8) vícero-diček a 4,3 % (n=5) prvorodiček. Variantu odpovědi žádné vědomosti zvolilo 33,3 % (n=39) prvorodiček a 19,7 % (n=27) vícero-diček. Celkově matky nejčastěji volily variantu minimální vědomosti, kterou označilo 28,7 % (n=73) matek.

Tabulka 22 Vztah počtu dětí a míry informovanosti o prevenci náhlého úmrtí kojence

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	7,147	4	0,128

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti v oblasti prevence náhlého úmrtí kojence jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 21) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 7,147. Jelikož je

$p=0,128$, nebyla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že prvorodičky i vícero-dičky mají při propuštění z porodnice stejnou úroveň informací v oblasti prevence náhlého úmrtí kojence.

Vztah mezi počtem dětí a tím, zda byla míra poskytnutých informací o péči o dítě při propuštění z porodnice dostačující pro odchod do domácího prostředí

V rámci analýzy jsme posuzovali, zda byl rozdíl ve vnímání míry informovanosti v oblasti péče o dítě při odchodu z porodnice u prvorodiček a vícero-diček.

Tabulka 23 Vztah mezi počtem dětí a míry informovanosti při odchodu z porodnice

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Dostatečná	88	34,6	25	21,4	63	46,0
Spíše dostatečná	82	32,3	39	33,3	43	31,4
Spíše nedostatečná	63	24,8	42	35,9	21	15,3
Nedostatečná	21	8,3	11	9,4	10	7,3
Celkem	254	100	117	100	137	100

Míra informovanosti při propuštění z porodnice je u prvorodiček a vícero-diček odlišná. Dostatečnou informovanost označilo 46,0 % (n=63) vícero-diček a 21,4 % (n=25) prvorodiček. Spíše dostatečnou hodnotí míru informovanosti 33,3 % (n=39) prvorodiček a 31,4 % (n=43) vícero-diček. Variantu spíše nedostatečná míra informovanosti zvolilo 35,9 % (n=42) prvorodiček a 15,3 % (n=21) víceordiček. Jako nedostatečnou ji hodnotilo 9,4 % (n=11) prvorodiček a 7,3 % (n=10) vícero-diček. Celkově však matky hodnotí míru informací jako dostatečnou, což označilo 34,6 % (n=88) matek.

Tabulka 24 Vztah počtu dětí a míry informovanosti při odchodu z porodnice

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	22,215	3	0,000

Vztah mezi počtem dětí a mírou informovanosti při propuštění z porodnice jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=3$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 23) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 22,215. Jelikož je **$p= 0,000$ byla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že vícerodičky se při propuštění z porodnice cítí dostatečně informované oproti prvorodičkám, které by uvítaly informací více.

Závěr: H1 se potvrdila. Vícerodičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice o technice kojení, odsávání mateřského mléka, přebalování, hygienické péči a koupání, oblékání, spánku, péči o pupeční pahýl a o bezpečné manipulaci s dítětem. Informovanost o prevenci náhlého úmrtí kojenců nebo uskladnění mateřského mléka je na stejné úrovni u prvorodiček jako vícerodiček. V oblasti dostatečnosti informací při odchodu z porodnice by prvorodičky potřebovaly informací více, zatímco vícerodičkám množství informací postačuje.

H2 Existuje statisticky významný vztah mezi mírou informovanosti a výskytem problémů v průběhu prvního roku života dítěte.

Pro ověření hypotézy byl statisticky posuzován vztah mezi mírou informovanosti v jednotlivých oblastech při propuštění a tabulkou se závažností problémů v průběhu prvního roku života dítěte. Dále to byl vztah mezi možností zeptat se v rámci preventivní prohlídky u PLDD na věci, ve kterých si nebyla matka jistá a odpověďmi v tabulce se závažností problémů.

Vztah mezi mírou informovanosti v jednotlivých oblastech při propuštění a tabulkou se závažností problémů v průběhu prvního roku života dítěte

V rámci analýzy jsme posuzovali, zda existuje vztah mezi mírou informovanosti matek a závažností problémů v průběhu prvního roku života dítěte.

Tabulka 25 Vztah mezi mírou informovanosti a závažností problémů – korelační koeficienty

	Nedostatečné kojení, nutnost dokrmování	Ukončení kojení a krmení UM	Problémy s prsy při kojení	Neprospívání, malé hmotnostní přírůstky	Problémy se zaváděním nemléčných příkrmů	Neutišitelný pláč dítěte	Kolika, bolesti břicha	Opruzeniny na rizikových místech	Strach z manipulace s dítětem	Obava z dostatečného oblečení	Problémy se spánkem
<i>Technika kojení</i>	-0,269	-0,15	-,122	-0,163	-0,227	-0,187	-,052	,102	-0,283	-0,151	-0,173
<i>Odsávání mateřského mléka</i>	-,106	,013	-0,139	-,090	-0,136	-0,183	-,030	,044	-0,184	-0,136	-0,238
<i>Uskladnění odsátého MM</i>	-,054	,009	-,080	-,117	-,114	-0,194	-,051	-,009	-0,195	-0,143	-0,203
<i>Umělá mléčná výživa</i>	0,198	0,205	-,123	-,054	-,056	-0,132	-,102	-,043	-0,147	-,065	-0,215
<i>Přebalování</i>	-,058	-,037	-,067	-,094	-,112	-0,161	-0,14	-,001	-0,305	-0,163	-0,166
<i>Hygienická péče a koupání</i>	-,004	,022	-,026	-,059	-,090	-,099	-,084	,026	-0,302	-0,225	-0,145
<i>Oblékání</i>	,008	,050	-,074	-,053	-,058	-0,133	-0,143	,031	-0,364	-0,21	-0,173
<i>Spánek</i>	-,104	,027	-0,163	-,074	-,091	-0,178	-,071	,062	-0,294	-0,199	-0,254
<i>Péče o pupeční pahýl</i>	,020	-,060	,076	,013	-,034	-0,125	-0,129	-,006	-0,202	-0,193	-,012
<i>Prevence SIDS</i>	,018	,044	-,002	-,032	-,005	-0,136	-,054	,029	-0,13	-,087	-0,142
<i>Bezpečná manipulace s dítětem</i>	-,054	-,038	-0,127	-,037	-,052	-0,149	-,093	,059	-0,268	-0,131	-0,203

-0.5 a méně= silná negativní korelace
 -0.3= středně silná negativní korelace
 -0.1= malá negativní korelace
 0= nulová korelace
 0.1=malá pozitivní korelace
 0.3=středně silná pozitivní korelace
 0.5 a více=silná pozitivní korelace

Výsledky testu prokázaly, že čím vyšší je negativní korelační koeficient, tím více platí, že vyšší míra edukace znamená také méně problémů. S výjimkou v oblasti umělé mléčné výživy, kde je patrné, že kvůli velkým problémům bylo nejspíš potřeba se více vzdělávat, takže se dá předpokládat obrácené pořadí příčiny a následku.

Tabulka 26 Statistické významnosti korelačních koeficientů

	Nedostatečné kojení, nutnost dokrmování	Ukončení kojení, krmení UM	Problémy s prsy při kojení	Neprospívání, malé hmotnostní přírůstky	Problémy se zaváděním nemléčných příkrmů	Neužitelný pláč dítěte	Kolika, bolesti břicha	Opruženiny na rizikových místech	Strach z manipulace s dítětem	Obava z dostatečného oblečení	Problémy se spánkem
<i>Technika kojení</i>	,000	,017	,052	,009	,000	,003	,413	,103	,000	,016	,006
<i>Odsávání MM</i>	,093	,839	,027	,152	,030	,003	,640	,482	,003	,030	,000
<i>Uskladnění odsátého MM</i>	,388	,881	,204	,062	,071	,002	,417	,888	,002	,023	,001
<i>Umělá mléčná výživa</i>	,001	,001	,050	,388	,374	,035	,104	,496	,019	,302	,001
<i>Přebalování</i>	,353	,561	,287	,135	,074	,010	,026	,981	,000	,009	,008
<i>Hygienická péče a koupání</i>	,956	,732	,681	,346	,152	,116	,180	,677	,000	,000	,021
<i>Oblékání</i>	,893	,430	,242	,403	,357	,034	,023	,620	,000	,001	,006
<i>Spánek</i>	,098	,671	,009	,239	,148	,005	,256	,325	,000	,001	,000
<i>Péče o pupeční pahýl</i>	,751	,340	,226	,842	,586	,046	,039	,923	,001	,002	,851
<i>Prevence náhlého úmrtí kojence</i>	,773	,484	,979	,615	,939	,030	,391	,645	,039	,169	,024
<i>Bezpečná manipulace s dítětem</i>	,390	,550	,043	,554	,414	,017	,138	,353	,000	,037	,001

Vztah mezi korelačními koeficienty byl ověřován při hladině významnosti $\alpha=0,05$. V oblasti **techniky kojení** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s problémem nedostatečného kojení a nutnosti dokrmování ($p=0,000$), ukončení kojení a krmení umělou mléčnou výživou ($p=0,017$), neprospíváním a malými hmotnostními přírůstky ($p=0,009$), problémy se zaváděním nemléčných příkrmů ($p=0,000$), neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,003$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,000$) a problémy se spánkem ($p=0,006$).

V oblasti **odsávání mateřského mléka** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s problémy s prsy při kojení ($p=0,027$), problémy se zaváděním nemléčných příkrmů ($p=0,030$), s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,003$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,003$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,030$) a problémy se spánkem ($p=0,000$).

V oblasti **uskladnění odsátého mateřského mléka** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,002$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,002$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,023$) a problémy se spánkem ($p=0,001$).

V oblasti **umělé mléčné výživy** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s nedostatečným kojením ($p=0,001$), ukončením kojení ($p=0,001$), problémy s prsy ($p=0,050$), neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,035$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,019$) a problémy se spánkem ($p=0,001$).

V oblasti **přebalování** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,010$), kolikou a bolestmi břicha ($p=0,026$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,000$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,009$) a problémy se spánkem ($p=0,008$).

V oblasti **hygienické péče a koupání** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah se strachem z manipulace s dítětem ($p=0,000$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,000$) a problémy se spánkem ($p=0,021$).

V oblasti **oblékání** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,034$), kolikou a bolestmi břicha ($p=0,023$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,000$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,001$) a problémy se spánkem ($p=0,006$).

V oblasti **spánku** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s problémy s prsy při kojení ($p=0,009$), neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,005$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,000$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,001$) a problémy se spánkem ($p=0,000$).

V oblasti **péče o pupeční pahýl** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,046$), kolikou a bolestmi břicha ($p= 0,039$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,001$) a obavou o dostatečné oblečení ($p=0,002$).

V oblasti **prevence náhlého úmrtí kojence** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,030$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,039$) a problémy se spánkem ($p=0,024$).

V oblasti **bezpečné manipulace s dítětem** byl zjištěn statisticky signifikantní vztah s neutišitelným pláčem dítěte ($p=0,017$), strachem z manipulace s dítětem ($p=0,000$), obavou o dostatečné oblečení ($p=0,037$) a problémy se spánkem ($p=0,001$).

Vztah mezi možnostmi zeptat se v rámci preventivní prohlídky u PLDD na věci, ve kterých si nebyla matka jistá a odpověďmi v tabulce se závažností problémů

V rámci analýzy jsme zjišťovali, zda existuje vztah mezi možnostmi dotazování se sestry v rámci preventivní prohlídky a mírou závažnosti problémů v prvním roce života dítěte.

Neutišitelný pláč

Oblastí, kde jsme posuzovali přítomnost vztahu, byl neutišitelný pláč dítěte.

Tabulka 27 Vztah možností pokládat dotazy a mírou závažnosti problému neutišitelného pláče

ODPOVĚDI	NE		ANO	
	n	%	n	%
Vůbec ne	21	21,9	61	38,6
Trochu	29	30,2	48	30,4
Středně	12	12,5	24	15,2
Velmi	25	26,0	23	14,6
Maximálně	9	9,4	2	1,3
Celkem	96	100%	158	100%

Matky, které měly možnost pokládat sestře dotazy ohledně problému neutišitelného pláče, udávaly menší míru závažnosti problému. Možnost „vůbec ne“ označilo 38,6 % (n=61) matek, variantu „trochu“ zvolilo 30,4 % (n=48) matek a střední závažnost označilo 15,2% (n=24) matek. Jako velmi závažný hodnotilo neutišitelný pláč 14,6 % (n=23) matek a maximální závažnost zvolilo 1,3 % (n=2) matek. Naproti tomu matky, které možnost vznášet dotazy neměly, udávaly vyšší míru závažnosti. Jako maximálně závažný hodnotilo neutišitelný pláč 9,4 % (n=9) matek, velmi závažný pak 26,0 % (n=25), střední závažnost označilo 12,5 % (n=12) a trochu závažný zvolilo 30,2 % (n=29). Možnost „vůbec ne“ označilo 21,9 % (n=21) matek.

Tabulka 28 Vztah mezi možnostmi pokládat dotazy a mírou závažnosti problému neutišitelného pláče

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	18,720	4	0,001

Vztah mezi možnostmi pokládat dotazy a mírou závažnosti problému neutišitelného pláče jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 27) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 18,720. Jelikož je **$p=0,001$** , byla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že míra závažnosti problému neutišitelného pláče je ovlivněna možnostmi pokládat sestře dotazy v rámci preventivní prohlídky.

Problémy se spánkem

Další posuzovanou oblastí byly problémy se spánkem.

Tabulka 29 Vztah mezi možnostmi pokládat dotazy o problému se spánkem dítěte

ODPOVĚD I	NE		ANO	
	n	%	n	%
Vůbec ne	16	16,7	50	31,6
Trochu	28	29,2	54	34,2
Středně	24	25,0	29	18,4
Velmi	18	18,8	17	10,8
Maximálně	10	10,4	8	5,1
Celkem	96	100%	158	100%

Matky, které měly možnost pokládat sestře dotazy ohledně problémů se spánkem dítěte, udávaly menší míru závažnosti problému. Možnost „vůbec ne“ označilo 31,6 % ($n=50$) matek, variantu „trochu“ zvolilo 34,2 % ($n=54$) matek a střední závažnost označilo 18,4 % ($n=29$) matek. Jako velmi závažné hodnotilo problémy se spánkem 10,8 % ($n=17$) matek a maximální závažnost zvolilo 5,1 % ($n=8$) matek. Naproti tomu matky, které možnost vznášet dotazy neměly, udávaly vyšší míru závažnosti. Jako maximálně

závažné hodnotilo problémy se spánkem dítěte 10,4 % (n=10) matek, velmi závažné pak 18,8 % (n=18), střední závažnost označilo 25,0 % (n=24) a trochu závažné 29,2 % (n=28). Možnost „vůbec ne“ označilo 16,7 % (n=16) matek.

Tabulka 30 Vztah mezi možnostmi pokládat dotazy a mírou závažnosti problémů se spánkem dítěte

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	12,067	4	0,017

Vztah mezi možnostmi pokládat dotazy a mírou závažnosti problémů se spánkem dítěte jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 29) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 12,067. Jelikož je **p= 0,017, byla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že míra závažnosti problémů se spánkem dítěte je ovlivněna možnostmi pokládat sestře dotazy v rámci preventivní prohlídky.

Problémy se zaváděním nemléčných příkrmů

Dále jsme posuzovali problematiku zavádění nemléčných příkrmů.

Tabulka 31 Vztah mezi možnostmi pokládat dotazy a mírou závažnosti problémů se zaváděním nemléčných příkrmů

ODPOVĚD I	NE		ANO	
	n	%	n	%
Vůbec ne	47	49,0	93	58,9
Trochu	29	30,2	40	25,3
Středně	8	8,3	21	13,3
Velmi	7	7,3	4	2,5
Maximálně	5	5,2	0	0,0
Celkem	96	100%	158	100%

Matky, které měly možnost pokládat sestře dotazy o zavádění nemléčných příkrmů, udávaly menší míru závažnosti problému. Možnost „vůbec ne“ označilo 58,9 % (n=93) matek, variantu „trochu“ zvolilo 25,3 % (n=40) matek a střední závažnost označilo 13,3 % (n=21) matek. Jako velmi závažné hodnotilo zavádění nemléčných příkrmů 2,5 % (n=4) matek a maximální závažnost neoznačila žádná matka. Naproti tomu matky, které možnost vznášet dotazy neměly, udávaly vyšší míru závažnosti. Jako maximálně závažné hodnotilo zavádění nemléčných příkrmů 5,2 % (n=5) matek, velmi závažné pak 7,3 % (n=7), střední závažnost označilo 8,3 % (n=8) a trochu závažné 30,2 % (n=29). Možnost „vůbec ne“ označilo 49,0 % (n=47) matek.

Tabulka 32 Vztah mezi možností pokládat dotazy a mírou závažnosti problémů se zaváděním nemléčných příkrmů

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	14,228	4	0,007

Vztah mezi možností pokládat dotazy a mírou závažnosti problémů se zaváděním nemléčných příkrmů jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 31) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 14,228. Jelikož je $p=0,007$, byla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že míra závažnosti problémů se zaváděním nemléčných příkrmů je ovlivněna možností pokládat sestře dotazy v rámci preventivní prohlídky.

Závěr: H2 se potvrdila. Zjistili jsme, že existuje statisticky významný vztah mezi mírou informovanosti a výskytem problémů v prvním roce života dítěte. V případě, že mají matky možnost se zeptat na věci, ve kterých si nejsou jisté, má to vliv především na tyto tři problémy: neutišitelný pláč, problémy se spánkem dítěte a zavádění nemléčných příkrmů. V případě ostatních problémů – nedostatečné kojení, ukončení kojení, problémy s prsy, neprospívání dítěte, kolika, opruzeniny, strach z manipulace s novorozencem a problémy s oblékáním se vztah neprokázal.

H3 Existuje rozdíl v názoru na návštěvní službu u prvorodiček a vícerodiček

Pro ověření hypotézy byl statisticky posuzován vztah mezi zájmem matek o návštěvní službu a počtem dětí respondentů. Dále vztah mezi pozitivní návštěvní služby z pohledu matek a počtem dětí respondentů. A jako poslední vztah mezi názorem na ideální frekvenci návštěv dětské sestry v domácnosti a počtem dětí respondentů.

Tabulka 33 Vztah mezi zájmem matek o návštěvní službu a počtem dětí respondentů

ODPOVĚĎ I	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Má zájem	152	59,8	77	65,8	75	54,7
Nemá zájem	102	40,2	40	34,2	62	45,3
Celkem	254	100	117	100	137	100

Zájem o návštěvní službu projevilo 59,8 % (n=152) matek, z nichž 65,8 % (n=77) bylo prvorodiček a 54,7 % (n=75) vícerodiček. Naopak nezájem vyjádřilo 40,2 % (n=102) matek, které ze 34,2 % (n=40) tvořily prvorodičky a 45,3 % (n=62) vícerodiček.

Tabulka 34 Vztah mezi zájmem matek o návštěvní službu a počtem dětí

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	3,217	1	0,073

Vztah mezi zájmem matek o návštěvní službu a počtem dětí respondentů jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=1$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 33) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 3,217. Jelikož je $p=0,073$, **nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že zájem matek o návštěvní službu není ovlivněn počtem dětí.

Tabulka 35 Vztah mezi pozitivy návštěvní služby z pohledu matek a počtem dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Poskytnutí důležitých informací	30	11,8	16	13,7	14	10,2
Kontrola správnosti postupů	51	20,1	22	18,8	29	21,2
Psychická opora	15	5,9	7	6,0	8	5,8
Kontrola a pomoc s kojením	40	15,7	22	18,8	18	13,1
Všechny uvedené možnosti	14	5,5	8	6,8	6	4,4
Není nutné cestovat do ordinace	2	0,8	1	0,9	1	0,7
Neodpovídalo	102	40,2	41	35,0	61	44,7
Celkem	254	100	117	100	137	100

Z celkového počtu 254 (100 %) respondentů odpovídalo na tuto otázku 152 (59,8 %) matek, které vyjádřily zájem o návštěvní službu. Pozitivum návštěvní služby v podobě příležitosti pro poskytnutí důležitých informací o péči o dítě označilo 11,8 % (n=30) matek. Kontrolu správnosti postupů péče o dítě zvolilo 20,1 % (n=51) matek. Pozitivum v podobě psychické opory vyjádřilo 5,9 % (n=15) matek. Dále kontrolu a pomoc při kojení označilo 15,7 % (n=40) matek a pro 0,8 % (n=2) matek bylo důležité, že by nemusely s dítětem cestovat do ordinace praktického lékaře. Celkem 5,5 % (n=14) matek označilo všechny uvedené možnosti. Prvorodičky i vícero dičky nejčastěji spatřovaly pozitivum v podobě kontroly správnosti postupů péče a kontroly či pomoci s kojením.

Tabulka 36 Vztah mezi pozitivy návštěvní služby a počtem dětí respondentů

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	4,219	6	0,647

Vztah mezi pozitiviv návštěvní služby z pohledu matek a počtem dětí respondentů jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=6$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 35) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 4,219. Jelikož je $p= 0,647$, **nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěmi otázkami a můžeme tedy říci, že počet dětí neovlivňuje subjektivní vnímání pozitiv návštěvní služby matkami.

Tabulka 37 Vztah mezi názorem na ideální frekvenci návštěv a počtem dětí

ODPOVĚDI	MATKY CELKEM		PRVORODIČKY		VÍCERODIČKY	
	n	%	n	%	n	%
Pouze první vyšetření	113	44,5	51	43,6	62	45,3
V šestinedělí 1x týdně	75	29,5	40	34,2	35	25,5
Po 6 měsících, v šestinedělí 1x týdně, dále 1x měsíčně	19	7,5	13	11,1	6	4,4
V prvním roce, v šestinedělí 1x týdně, dále 1x měsíčně	10	3,9	4	3,4	6	4,4
Individuálně dle potřeby	17	6,7	5	4,3	12	8,8
Nikdy	19	7,5	4	3,4	15	10,9
V šestinedělí 2x týdně, dále 2x měsíčně po celý první rok	1	0,4	0	0,0	1	0,7
Celkem	254	100	117	100	137	100

Pro 44,5 % ($n=113$) matek by bylo ideální, aby návštěva proběhla pouze v rámci prvního vyšetření dítěte po příchodu z porodnice. Návštěvy v šestinedělí 1x týdně označilo 29,5 % ($n=75$) matek a návštěvy v průběhu prvního půlroku, kdy v šestinedělí by byla návštěva 1x týdně a dále 1x měsíčně zvolilo 7,5 % ($n=19$). U 3,9 % ($n=10$) matek převládá názor, že by návštěvy měly probíhat po celý první rok, kdy v šestinedělí by byla 1x týdně a dále 1x měsíčně. Individuální frekvenci návštěv na základě domluvy a potřeb označilo 6,7 % ($n=17$) matek. Možnost „nikdy, návštěvu bych si nepřála“ zvolilo 7,5 % ($n=19$) matek a zbylých 0,4 % ($n=1$) vidí za ideální realizovat návštěvy v šestinedělí 2x týdně, dále 2x měsíčně po celý první rok. Prvorodičky i vícero dičky

nejčastěji označily jako ideální vykonat návštěvu pouze 1x v rámci prvního vyšetření po příchodu z porodnice.

Tabulka 38 Vztah mezi názorem na ideální frekvenci návštěv a počtem dětí

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	13,141	6	0,041

Vztah mezi názorem na ideální frekvenci návštěv a počtem dětí respondentů jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=6$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 37) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 13,141. Jelikož je **p= 0,041, byla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že je rozdíl v názoru na ideální frekvenci návštěv u prvorodiček a vícerodiček.

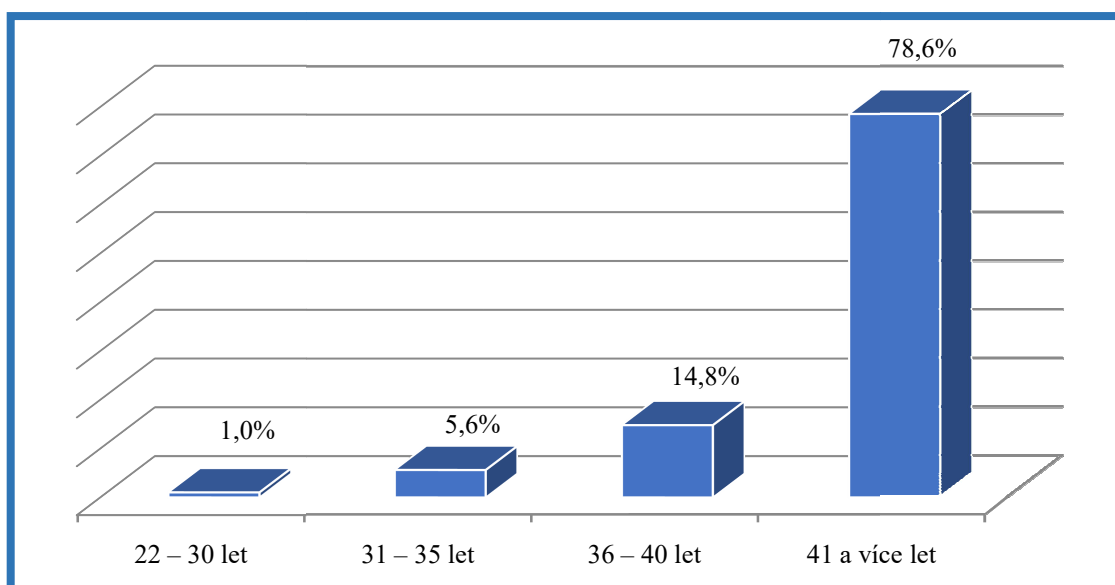
Závěr: H3 se nepotvrdila. Nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi počtem dětí a zájmem matek o návštěvní službu. Také v subjektivním vnímání pozitiv návštěvní služby se vztah neprokázal. Statisticky významná závislost byla prokázána pouze v názoru matek na ideální frekvenci návštěv ve vztahu k počtu dětí.

4.5 Výsledky kvantitativní části – soubor sestry

Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující v ambulancích praktických lékařů pro děti a dorost z celé České republiky v počtu 196.

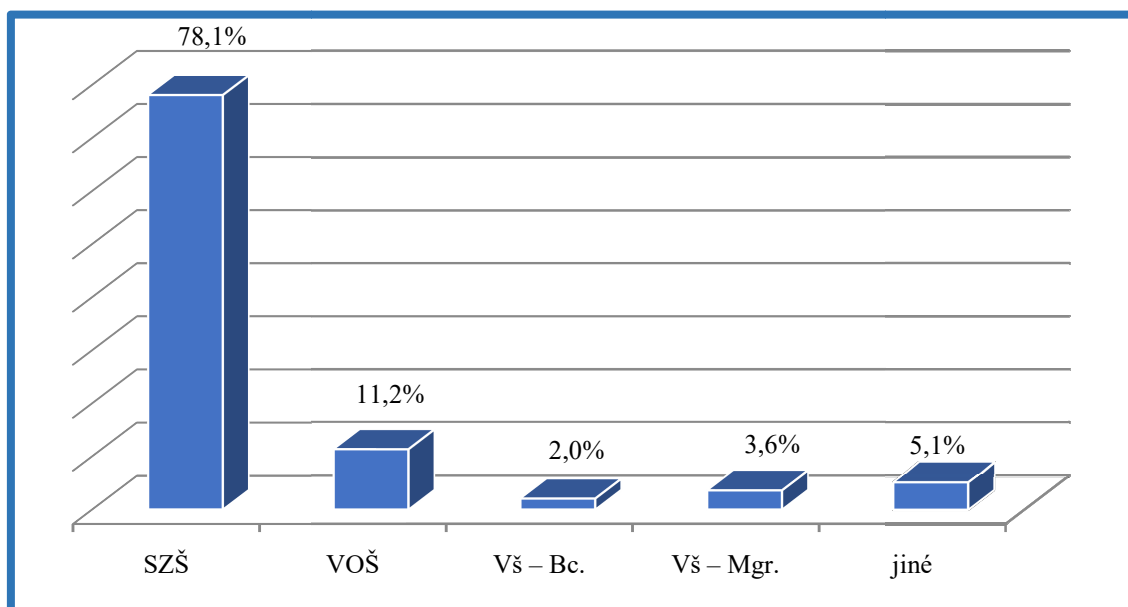
Tabulka 39 Složení výzkumného souboru dle krajů

KRAJ	N	%
Karlovarský	6	3,1
Plzeňský	9	4,6
Moravskoslezský	9	4,6
Praha	10	5,1
Pardubický	13	6,6
Olomoucký	13	6,6
Zlínský	13	6,6
Vysočina	13	6,6
Jihomoravský	14	7,1
Jihočeský	16	8,2
Liberecký	16	8,2
Ústecký	17	8,7
Královéhradecký	17	8,7
Středočeský	30	15,3
Celkem	196	100,0



Graf 22 Věk respondentů (n=196)

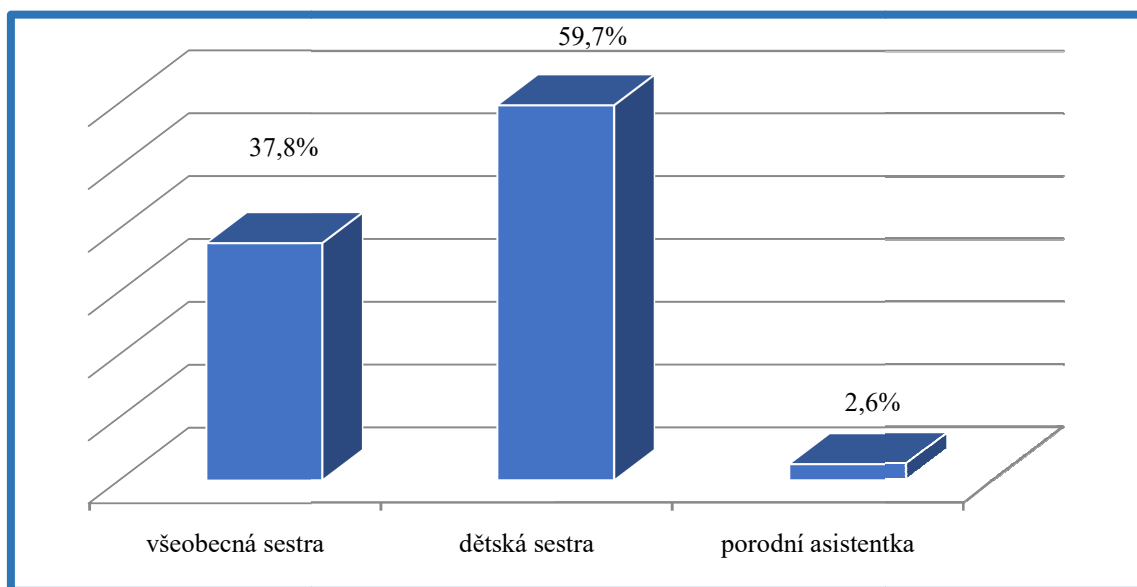
Ve věkové skupině 41 a více let bylo 78,6 % (n=154) sester, v rozmezí 36-40 let se pohybovalo 14,8 % (n=29) sester, věk 31-35 let označilo 5,6 % (n=11) sester a do skupiny 22-30 let náleželo 1 % (n=2) sester.



Graf 23 Vzdělání respondentů (n=196)

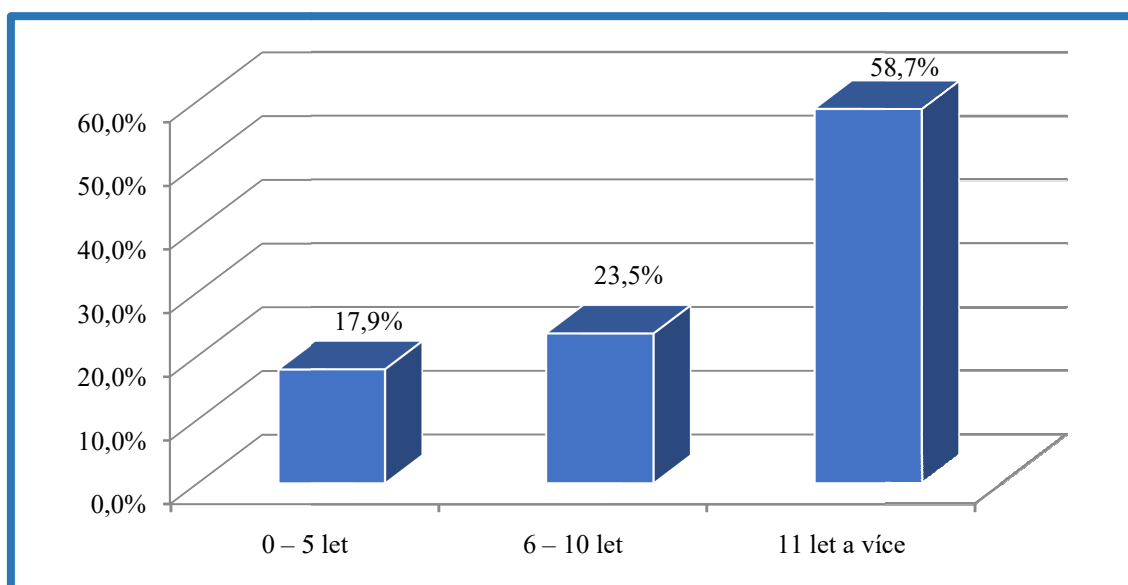
Absolventy střední zdravotnické školy bylo 78,1 % (n=) sester, vyšší odbornou školu uvedlo 11,2 % (n= 22), vysokoškolské vzdělání bakalářské označily 2,0 % (n=4) sester

a 3,6 % (n=7) uvedlo magisterské vzdělání. Jiný druh vzdělání označilo 5,1 % (n=10) respondentů, kdy se ve všech případech jednalo o specializační studium po absolvování střední zdravotnické školy.



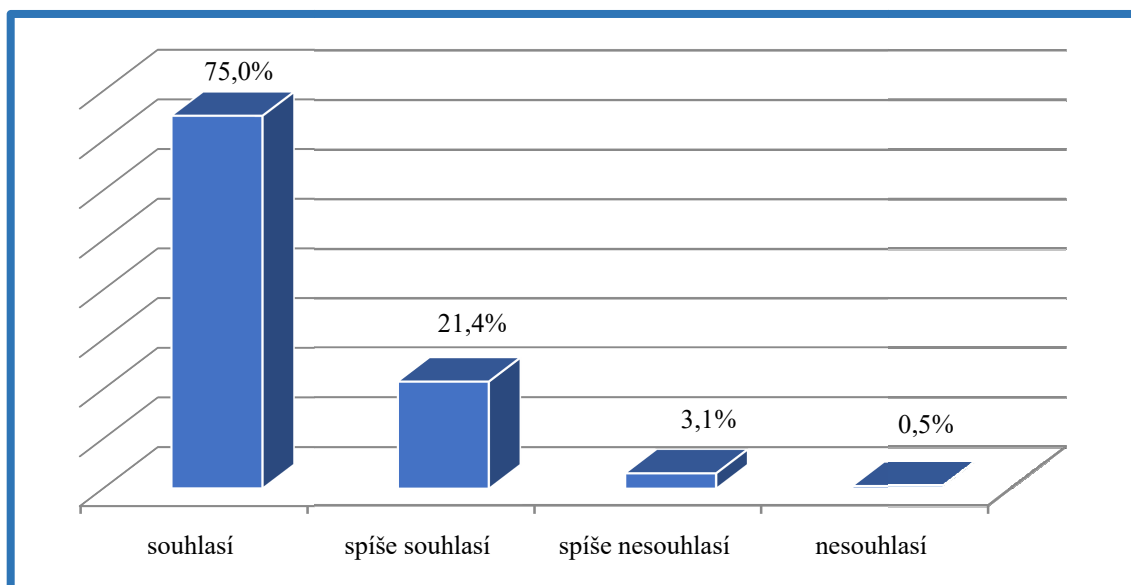
Graf 24 Odbornost respondentů (n=196)

Odbornost dětská sestra uvedlo 59,7 % (n=117) sester, všeobecná sestra 37,8 % (n=74) sester a 2,6% (n=5) bylo porodních asistentek.



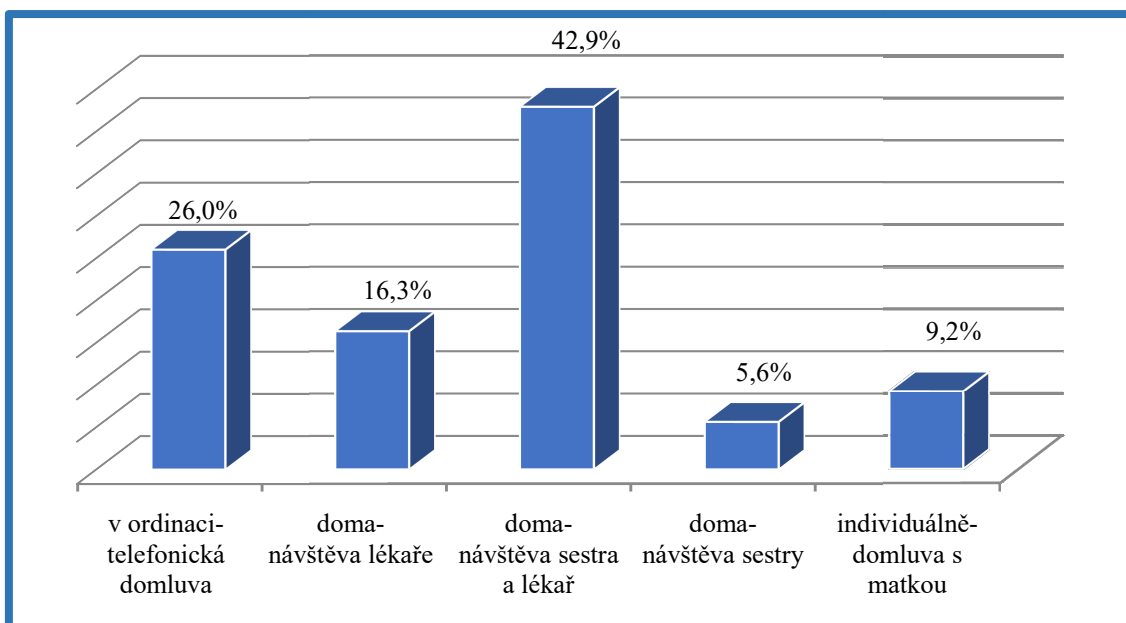
Graf 25 Délka praxe v ordinaci PLDD (n=196)

Délku praxe 0-5 let označilo 17,9 % (n=35) sester, v rozmezí 6-10 let bylo 23,5 % (n=46) sester a možnost 11 a více let zvolilo 58,7 % (n=115) sester.



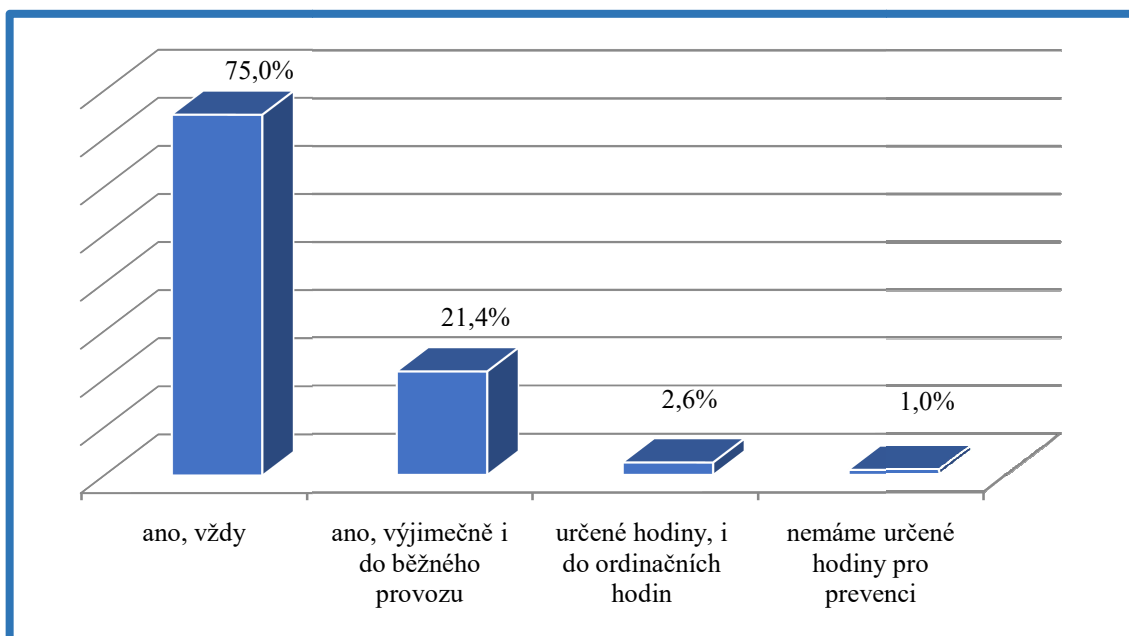
Graf 26 Míra souhlasu s předloženým výrokem (n=196)

Při návštěvní službě v domácím prostředí sestra aktivně naslouchá matce, vede s ní rozhovor a trpělivě odpovídá na její dotazy. Zároveň zkontroluje zdravotní stav dítěte, techniku kojení a prostředí, v němž dítě bude vyrůstat. Hlavním cílem této činnosti je pomoci matce ve ztotožnění se s rolí matky a upevnit vědomosti a dovednosti správné péče o dítě, což pozitivně působí na její sebevědomí a pocit jistoty. S uvedeným konstatováním souhlasí 75,0 % (n= 145) sester, možnost spíše souhlasí označilo 21,4 % (n=42) sester, variantu spíše nesouhlasí zvolilo 3,1 % (n=6) a 0,5 % (n=1) sester vyjádřilo nesouhlas.



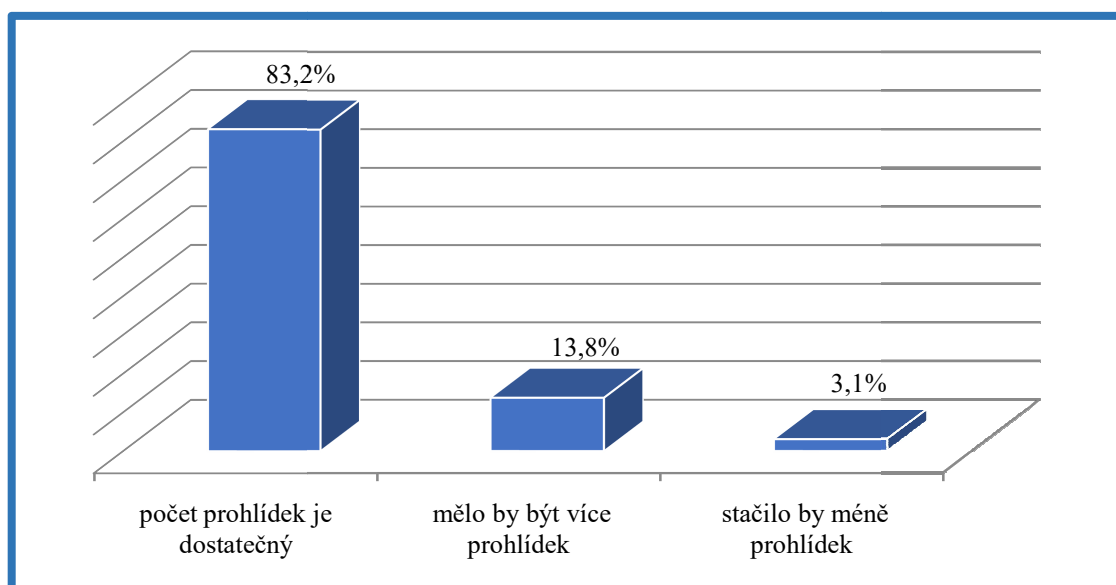
Graf 27 Průběh prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice (n=196)

Způsob prvního vyšetření formou domácí návštěvy lékaře a sestry označilo 42,9 % (n=84) sester, dále 26,0 % (n=51) sester uvedlo, že vyšetření probíhá v ordinaci po telefonické domluvě. V 16,3 % (n= 32) případech vykoná návštěvu pouze lékař. Variantu domácí návštěvy sestry označilo 5,6 % (n=11) sester a 9,2 % (n=18) sester uvedlo, že první vyšetření probíhá individuálně podle domluvy s matkou.



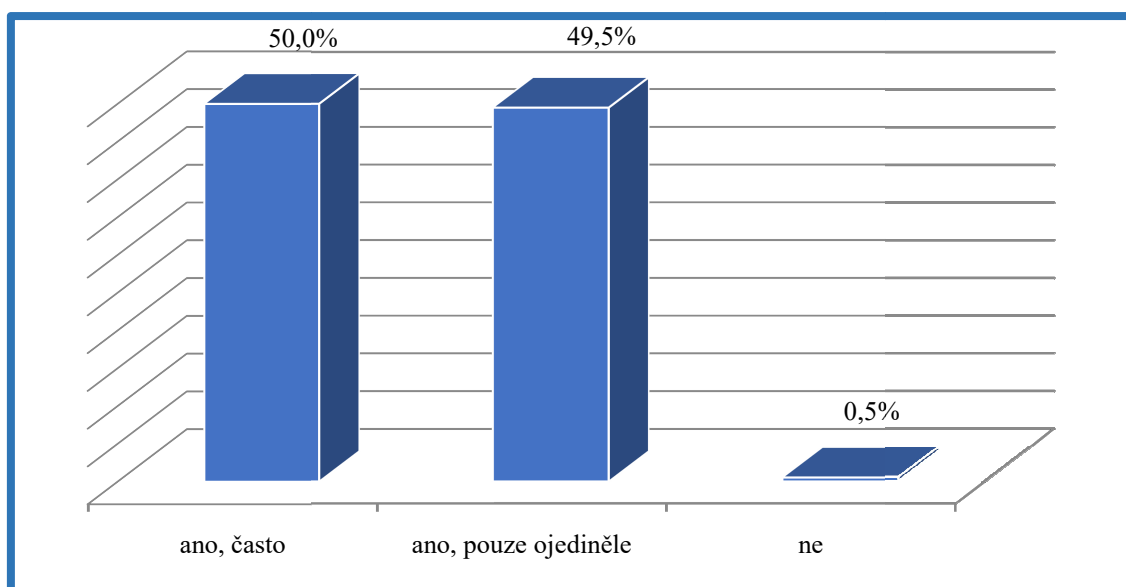
Graf 28 Určená doba pro preventivní prohlídky v ambulanci PLDD (n=196)

Jasně určenou ordinační dobu pro preventivní prohlídky uvedlo 75,0 % (n=147) sester, určené ordinační hodiny s vyjímečným vyšetřením i v běžném provozu označilo 21,4 % (n=43) sester. Ve 2,6 % (n=5) případech sestry uvedly, že si děti zvou na preventivní prohlídky do ordinačních hodin pro nemocné běžně a 1,0 % (n=2) sester uvedlo, že nemají určené ordinační hodiny pro prevenci,



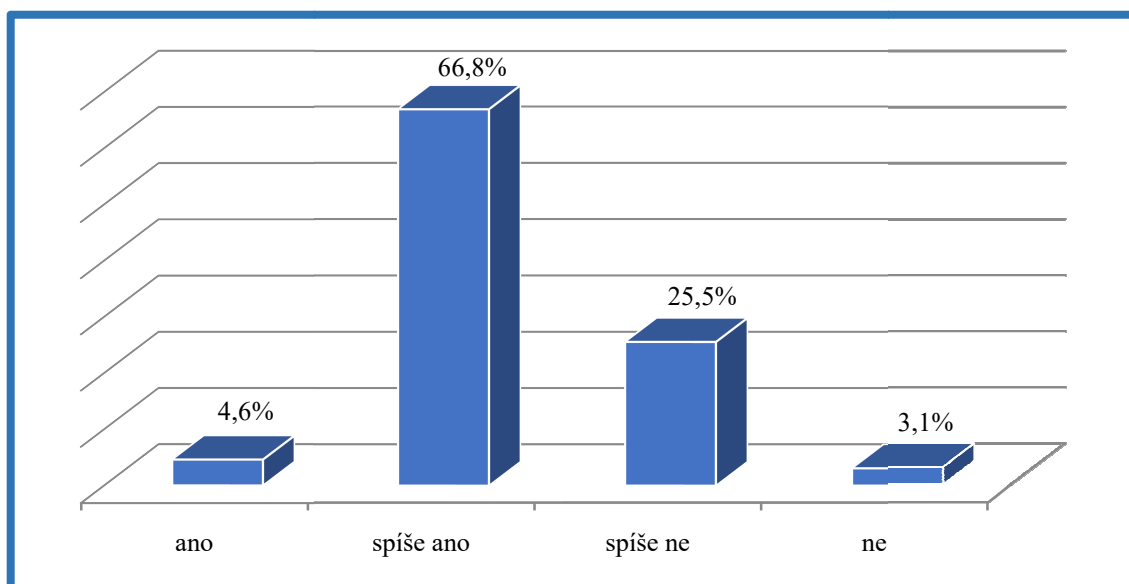
Graf 29 Počet preventivních prohlídek u dítěte v prvním roce života (n=196)

Jako dostatečný hodnotí počet preventivních prohlídek 83,2 % (n=163) sester, více prohlídek by doporučilo 13,8 % (n=27) sester a naopak méně prohlídek označilo 3,1 % (n=6) sester.



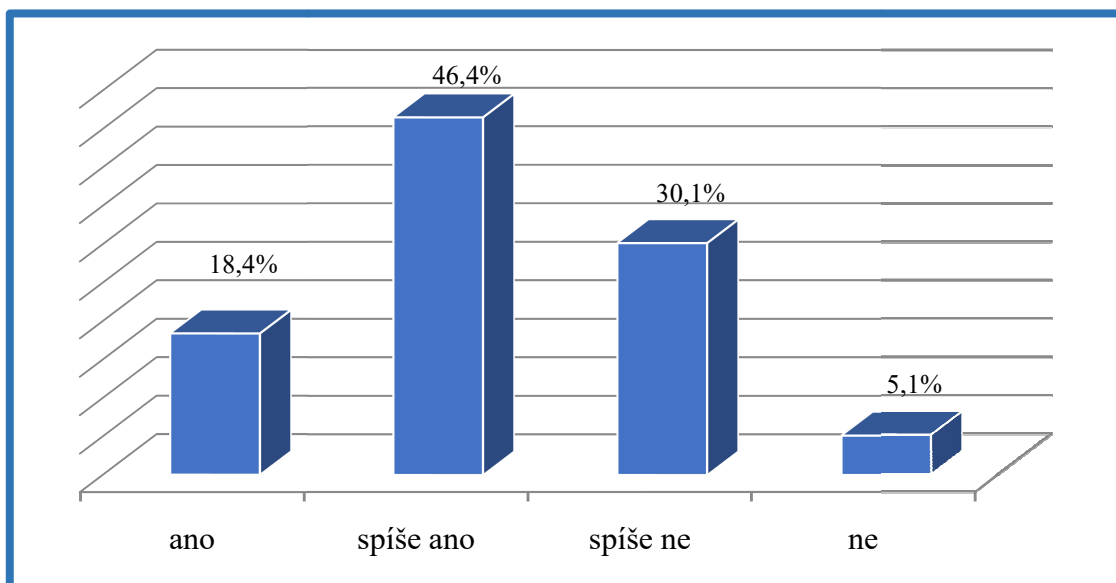
Graf 30 Potřeba navýšení počtu preventivních prohlídek (n=196)

Častou potřebu navýšení počtu prohlídek uvedlo 50,0 % (n=98) sester, ojedinelou potřebu navýšení zvolilo 49,5 % (n=97) sester a 0,5 % (n=1) sester uvedlo, že počet preventivních prohlídek nenavýšují.



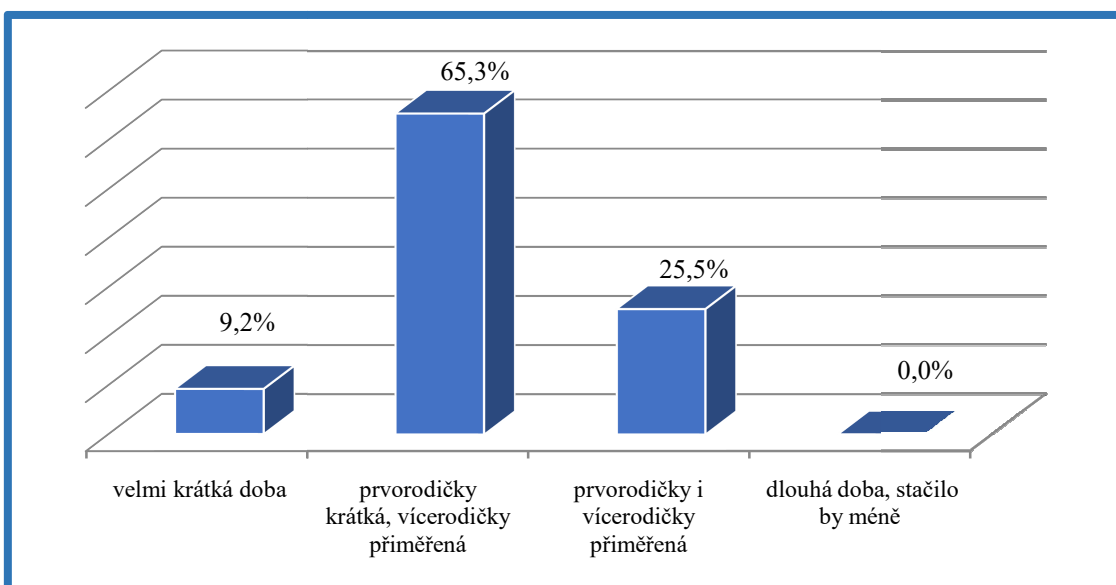
Graf 31 Míra edukace matek při odchodu z porodnice (n=196)

Dostatečnou míru edukace označilo 4,6 % (n=9) sester, spíše dostatečnou 66,8 % (n=131), spíše nedostatečnou zvolilo 25,5 % (n=50) a 3,1 % (n=6) sester uvedlo, že matky nejsou dostatečně edukované.



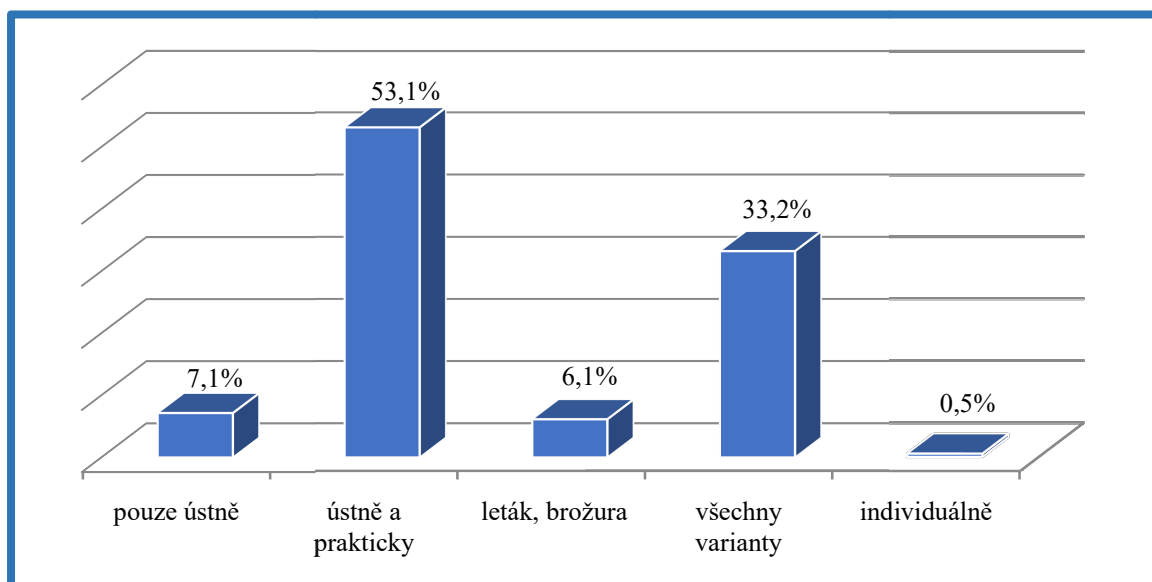
Graf 32 Ovlivnění míry vědomostí a dovedností matek délkou pobytu v porodnici (n=196)

Možnost „ano“ zvolilo 18,4 % (n=36) sester, variantu „spíše ano“ označilo 46,4 % (n=91), u 30,1 % (n=59) sester převládá názor, že délka pobytu v porodnici míru vědomostí a dovedností spíše neovlivňuje a 5,1 % (n=10) sester vyjádřilo, že délka pobytu tuto oblast neovlivňuje.



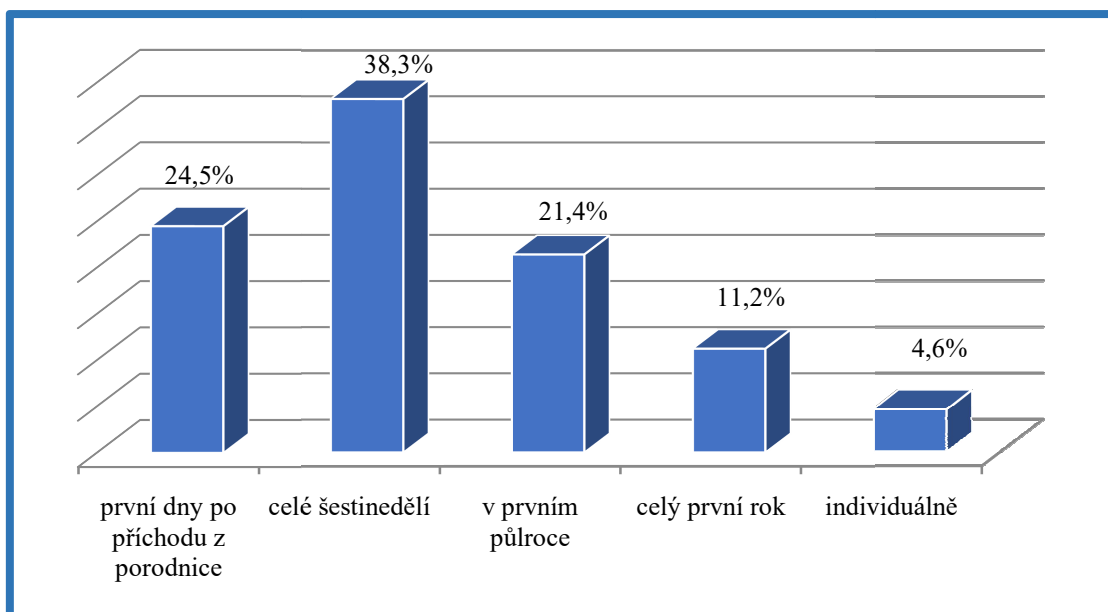
Graf 33 Názor na obvyklou minimální délku pobytu v porodnici (n=196)

Obvyklá délka pobytu v porodnici je 72 hodin. Jako velmi krátkou ji označilo 9,2 % (n=18) sester, pro prvorodičky krátkou a vícerodičky průměrnou ji hodnotilo 65,3 % (n=128) sester. Jako průměrnou ji vidělo 25,5 % (n=50) a odpověď, že se jedná o dlouhou dobu a stačilo by méně, neoznačil žádný respondent.



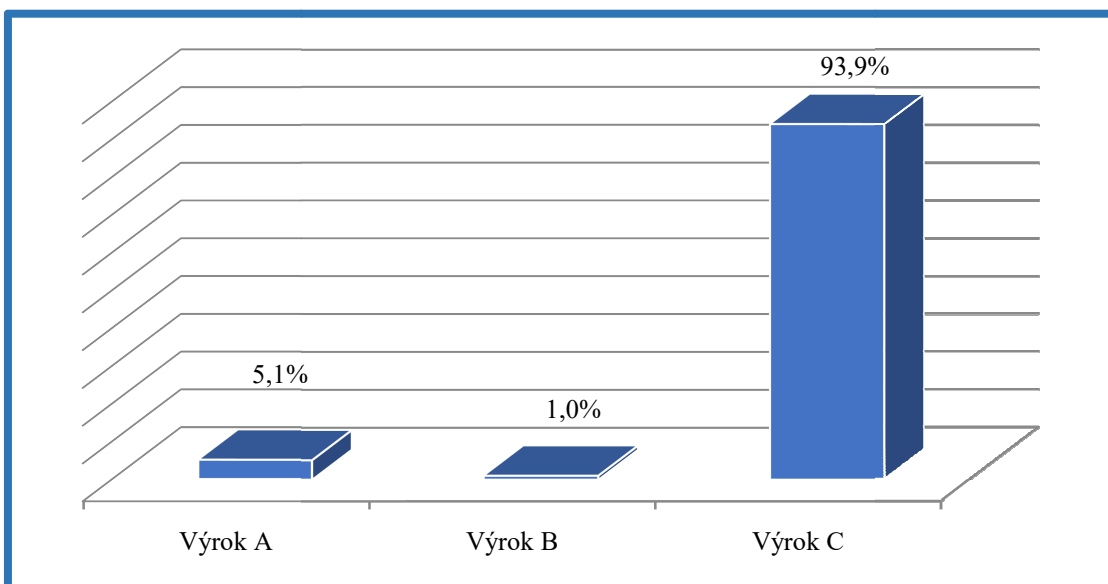
Graf 34 Způsob edukace matek v ordinaci praktického lékaře (n=196)

Edukaci pouze ústně označilo 7,1 % (n=14) sester, ústně s praktickou ukázkou zvolilo 53,1 % (n=104) sester, edukaci formou letáku či brožury označilo 6,1 % (n=12) a 33,2 % (n=65) sester používá k edukaci všechny uvedené varianty. Možnost individuální volby formy edukace označilo 0,5 % (n=1) sester.



Graf 35 Období největší potřeby podpory a edukace matky (n=196)

Největší potřebu podpory a edukace v prvních dnech po příchodu z porodnice označilo 24,5 % (n=48) sester, podporu celé šestinedělí zvolilo 38,3 % (n=75) sester, podporu v prvním půlroce označilo 21,4 % (n=42) sester a podporu celý první rok zvolilo 11,2 % (n=22) sester. Názor, že podporu a edukaci je nutné poskytovat individuálně dlouhé období, vyjádřilo 4,6 % (n=9) sester.

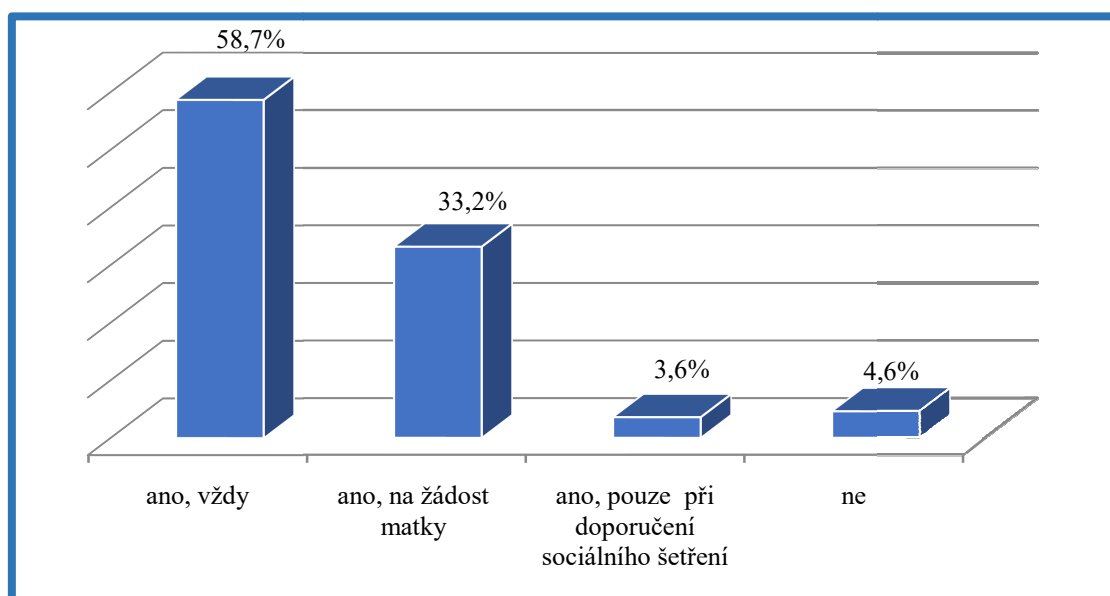


Graf 36 Výrok vystihující podstatu návštěvní služby (n=196)

Výrok C označilo 93,9 % (n=184) sester (*Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí, kdy zhodnotí zdravotní stav dítěte, zkontroluje kojení, vede rozhovor s matkou a v případě potřeby poskytne odborné poradenství, upozorní na možná rizika v prostředí dítěte a navrhne případná preventivní opatření*).

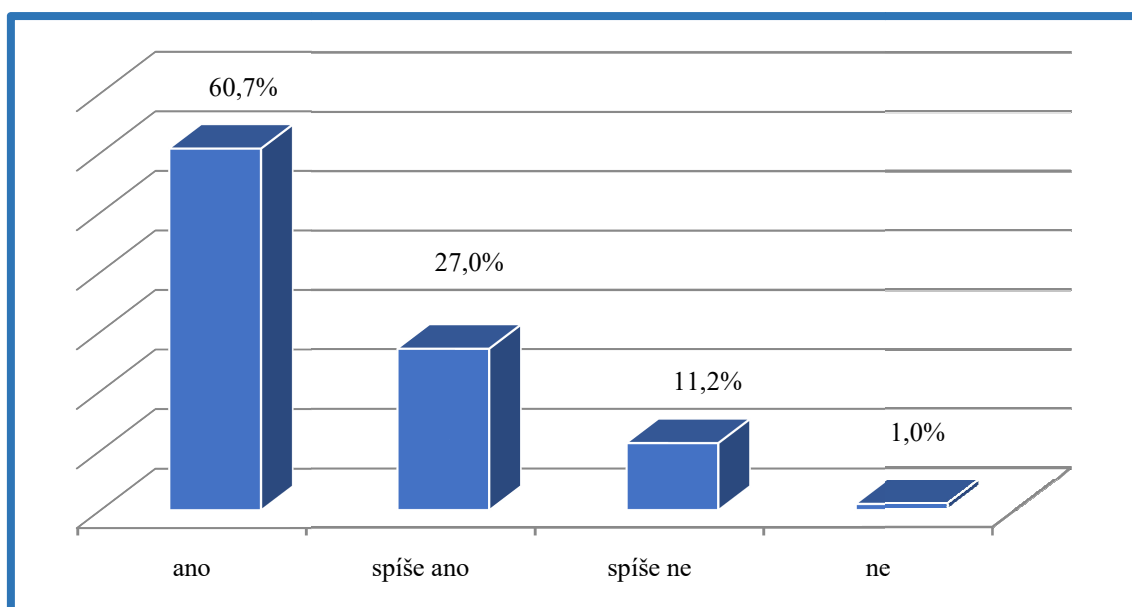
Výrok A označilo 5,1 % (n= 10) respondentů (*Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí za účelem důkladné kontroly zdravotního stavu dítěte (včetně hmotnosti), hygienické úrovně domácnosti a základního vybavení pro dítě*).

Výrok B zvolilo 1 % (n=2) sester (*Při návštěvní službě sestra hodnotí zdravotní stav dítěte, bytové poměry rodiny a předává zjištěné informace sociální pracovníci*).



Graf 37 Poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců (n=196)

Návštěvní službu poskytuje vždy 58,7 % (n=115) sester, návštěvu pouze na žádost matky označilo 33,2 % (n=65), návštěvu v případě doporučeného sociálního šetření zvolilo 3,6 % (n=7) sester a 4,6 % (n=9) návštěvní službu vůbec neposkytuje. Těmto sestřám jsme dále položili otázku, z jakého důvodu návštěvní službu neposkytují a důvody jsou následovné- časová náročnost, náročnost vykonávání (cestování, transport pomůcek), nevhodné podmínky v domácím prostředí k vyšetření dítěte (nedostatečné osvětlení, prostor) a nedostatek sociálně slabých rodin v okolí, které by vyžadovaly návštěvu.



Graf 38 Význam poskytování návštěvní služby

V otázce na to, zda má poskytování návštěvní služby význam, uvedlo 60,7 % (n=119) sester, že „ano“, odpověď „spíše ano“ zvolilo 27,0 % (n=53) sester, variantu „spíše ne“ označilo 11,2 % (n=22) a možnost „ne“ uvedlo 1,0 % (n=2) sester.

Tabulka 40 Míra vědomostí matek při propuštění z porodnice (n=196)

Oblast edukace	1 Žádné vědomosti	2 Minimální vědomosti	3 Střední vědomosti	4 Velmi dobré vědomosti	5 Vynikající vědomosti
Technika kojení	0,5%	7,1%	67,3%	25,0%	0,0%
Odsávání mateřského mléka	1,5%	20,4%	66,3%	11,7%	0,0%
Uskladnění odsátého mateřského mléka	8,2%	26,0%	56,6%	9,2%	0,0%
Umělá mléčná výživa	1,5%	27,0%	63,3%	7,7%	0,5%
Přebalování	0,0%	1,0%	44,9%	50,5%	3,6%
Hygienická péče	0,5%	2,6%	50,5%	43,4%	3,1%
Oblékání	1,5%	5,6%	68,9%	23,0%	1,0%
Spánek	0,5%	12,8%	68,9%	17,9%	0,0%
Péče o pupeční pahýl	1,5%	9,7%	52,6%	34,7%	1,5%
Prevence náhlého úmrtí novorozence	6,1%	27,6%	51,0%	14,3%	1,0%
Bezpečná manipulace s dítětem	1,5%	10,7%	60,7%	24,5%	2,6%

Téměř ve všech jmenovaných oblastech vykazují matky podle názoru sester střední hladinu vědomostí (od 51 % do 67,3 %). V případě přebalování jsou jejich vědomosti posouzeny jako velmi dobré (50,5 %). Na druhou stranu můžeme vidět poměrně velké procento minimálních vědomostí v oblasti prevence náhlého úmrtí novorozence (27,6 %), bezpečné manipulace (10,7 %), odsávání mateřského mléka (20,4 %) a jeho uskladnění (26,0 %) či podávání umělé mléčné výživy (27,0 %).

Tabulka 41 Frekvence výskytu problémů matek (n=196)

Problém	1 Vůbec se nesetkáváme	2 Zřídka se setkáváme	3 Často se setkáváme	4 Velmi často se setkáváme	5 Pravidelně se setkáváme
Nedostatečné kojení, nutnost dokrmování	0,0%	48,5%	46,4%	3,1%	2,0%
Ukončení kojení, podávání výhradně UM	1,5%	62,8%	31,1%	3,1%	1,5%
Problémy s prsy při kojení	0,0%	55,6%	38,3%	5,1%	1,0%
Neprospívání dítěte	0,0%	74,5%	23,0%	1,0%	1,5%
Problémy při zavádění nemléčných příkrmů	3,1%	64,8%	27,6%	2,6%	2,0%
Neutišitelný pláč	4,6%	62,8%	26,0%	5,6%	1,0%
Bolesti břicha, kolika	0,0%	8,7%	57,7%	27,0%	6,6%
Opruzeniny	0,0%	45,4%	43,9%	7,1%	3,6%
Strach z manipulace s novorozencem	15,3%	69,4%	12,8%	0,5%	2,0%
Problémy s oblékáním dítěte (jak teplé oblečení zvolit)	7,7%	59,2%	27,0%	3,6%	2,6%
Problémy se spánkem dítěte	0,0%	28,6%	55,6%	11,7%	4,1%

Téměř se všemi jmenovanými problémy se sestry v ordinaci setkávají zřídka (od 45,4 % do 74,5 %). S problémem koliky a bolestmi břicha se setkávají často (57,7 %) stejně jako s problémy se spánkem dítěte (55,6 %). Nicméně můžeme vidět i poměrně velké procento častého setkávání s problémem nedostatečného kojení (46,4 %), opruzeninami (43,9 %), problémy s prsy při kojení (38,3 %) a ukončení kojení (31,1 %).

4.6 Testování hypotéz - výzkumný soubor sestry

H4 Existuje statisticky významný vztah mezi věkem sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.

Pro ověření hypotézy byl statisticky posuzován vztah mezi věkem sester a třemi oblastmi- názorem na význam poskytování návštěvní služby u novorozenců, názorem na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby a to, nakolik souhlasí s uvedeným konstatováním (viz. graf 5). Vzhledem k tomu, že struktura výzkumného souboru sester vykazuje jednoznačné vychýlení v kategorii věku (79 % respondentek je starších 41 let), nebude tato proměnná následně vstupovat do žádných analýz, protože vzhledem k celkovému počtu respondentů by bylo velmi nerovnoměrné zastoupení jednotlivých kategorií- pro zbývající možnosti by nebyl dostatečný počet pozorování. H4 není možné v této podobě statisticky ověřit. Vzhledem k vyššímu věku většiny respondentek jsme rozhodli, že právě tato skutečnost bude souviset s názorem na návštěvní službu a upravili jsme H4 na **Existuje statisticky významný vztah mezi osobní zkušeností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.**

Vztah mezi osobní zkušeností sester s návštěvní službou a názorem na její význam

V rámci tohoto vztahu jsme posuzovali, zda osobní zkušenost sester s poskytováním návštěvní služby ovlivňuje jejich názor na tento druh péče.

Tabulka 42 Vztah osobní zkušenosti a názoru na význam návštěvní služby

ODPOVĚDI	(SPÍŠE) MÁ VÝZNAM		(SPÍŠE) NEMÁ VÝZNAM	
	n	%	n	%
Vždy poskytujeme	115	66,9	0	0,0
Na žádost matky	51	29,7	14	58,3
V rámci sociálního šetření	3	1,7	4	16,7
Neposkytujeme	3	1,7	6	25,0
Celkem	172	100	24	100

Sestry, které vždy poskytují návštěvní službu, označily v 66,9 % (n=115) případů, že návštěvní služba (spíše) má svůj význam a žádná sestra, která vždy poskytuje návštěvní službu neoznačila, že nemá význam. Sestry, které poskytují návštěvní službu pouze na žádost matky, odpověděly v 29,7 % (n=51) případů, že tato služba (spíše) má svůj význam a 58,3 % (n=14) vyjádřilo, že význam (spíše) nemá. Ze sester, které poskytují návštěvní službu pouze v případě sociálního šetření, označily v 1,7 % (n=3), že tato služba (spíše) má význam a 16,7 % (n=4) udalo, že význam (spíše) nemá. Sestry, které návštěvy vůbec nevykonávají, označily v 1,7 % (n=3), že tato služba (spíše) má význam a 25,0 % (n=6) označilo, že význam (spíše) nemá.

Tabulka 43 Vztah osobní zkušenosti a názoru na význam návštěvní služby

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	71,330	3	0,000

Vztah mezi osobní zkušeností sester s návštěvní službou a jejich názorem na její význam jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=3$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 42) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 71,330. Jelikož je **p = 0,000 byla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že sestry, které poskytují návštěvní službu u novorozenců a kojenců, také nezpochybují její význam.

Vztah mezi způsobem prvního vyšetření dítěte a názorem sester na význam návštěvní služby

V rámci tohoto vztahu jsme posuzovali, zda ovlivňuje názor sester na návštěvní službu to, jakým způsobem obvykle probíhá první vyšetření novorozence po příchodu z porodnice v jejich ambulanci.

Tabulka 44 Vztah prvního vyšetření a názoru na význam návštěvní služby

ODPOVĚDI	(SPÍŠE) MÁ VÝZNAM		(SPÍŠE) NEMÁ VÝZNAM	
	n	%	n	%
V ordinaci	30	17,4	21	87,4
V domácím prostředí - lékař	31	18,0	1	4,2
V domácím prostředí - lékař, sestra	83	48,3	1	4,2
V domácím prostředí - sestra	11	6,4	0	0,0
Individuálně	17	9,9	1	4,2
Celkem	172	100	24	100

Sestry, které vyšetřují dítě v ordinaci praktického lékaře, uvedly v 17,4 % (n=30), že návštěvní služba (spíše) má význam a 87,4 % (n=21) vyjádřilo, že význam (spíše) nemá. Sestry, které označily, že dítě vyšetřuje doma lékař, označily v 18,0 % (n=31), že tato služba (spíše) má význam a 4,2 % (n=1) je toho názoru, že význam (spíše) nemá. Sestry, které vyšetřují dítě v domácím prostředí spolu s lékařem vyjádřily v 48,3 % (n=83), že tato služba (spíše) má význam a 4,2 % (n=1) uvedlo, že význam (spíše) nemá. Sestry, které vyšetřují dítě doma samy, vyjádřily v 6,4 % (n=11), že návštěvní služba (spíše) má význam a žádná sestra neoznačila, že význam (spíše) nemá. V případě, že vyšetření probíhá individuálně podle domluvy s matkou, je 9,9 % (n=17) sester toho názoru, že návštěvní služba (spíše) má význam a 4,2 % (n=1) se domnívá, že význam (spíše) nemá.

Tabulka 45 Vztah prvního vyšetření a názoru na význam návštěvní služby

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	45,120	4	0,000

Vztah způsobu prvního vyšetření novorozence po příchodu z porodnice a názoru sester na význam návštěvní služby jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 44) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 45,120.

Jelikož je $p=0,000$ byla prokázána statistická závislost mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že sestry, které vykonávají první vyšetření dítěte formou návštěvní služby, jí také přiřkládají význam. Sestry, které zásadně vyšetřují dítě v ordinaci praktického lékaře, takový význam v návštěvní službě nespátují.

Závěr: H4 se potvrdila. Byl prokázán statisticky významný vztah mezi osobní zkušeností sester s návštěvní službou a tím, zda přiřkládají této službě význam. U sester, které neměly takovou zkušenost byla vyšší tendence k zápornému hodnocení a nepřikládání patřičného významu.

H5 Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.

Pro ověření hypotézy byl statisticky posuzován vztah mezi vzděláním sester a třemi oblastmi- názorem na význam poskytování návštěvní služby u novorozenců, názorem na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby a to, nakolik souhlasí s uvedeným konstatováním (graf 26). Vzhledem k tomu, že struktura výzkumného souboru sester vykazuje jednoznačné vychýlení v kategorii typu vzdělání (78 % jsou absolventi střední zdravotnické školy), zbývalo by na další možnosti jen velmi málo případů, proto tato proměnná nebude nadále vstupovat do žádných analýz. Statistická analýza však byla možná v případě odbornosti sester, kdy jsme pracovali s odborností „všeobecná sestra“ a „dětská sestra“ (porodní asistentky byly zastoupeny pouze v 5 případech). Upravili jsme **H5 Existuje statisticky významný vztah mezi odborností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.**

Vztah odbornosti sester a názoru na význam poskytování návštěvní služby

V rámci tohoto vztahu jsme hodnotili, zda je názor sester na význam návštěvní služby ovlivněn jejich odborným zaměřením- všeobecná sestra, dětská sestra.

Tabulka 46 Vztah odbornosti sester a názoru na význam návštěvní služby

ODPOVĚDI	SESTRY CELKEM		VŠEOBECNÁ SESTRA		DĚTSKÁ SESTRA	
	n	%	n	%	n	%
(spíše) má význam	168	87,7	66	89,1	102	87,2
(spíše) nemá význam	23	12,3	8	10,9	15	12,8
Celkem	191	100	74	100	117	100

Z celkového počtu 196 respondentů bylo 5 porodních asistentek, které nebyly zahrnuty do této analýzy, která tak pracuje s počtem 191 sester. Názor, že návštěvní služba (spíše) má svůj význam vyjádřilo 87,7 % (n=168) sester. Ze všeobecných sester to bylo 89,1 % (n=66) a dětských sester 87,2 % (n=102). Dále 12,3 % (n=23) sester bylo toho mínění, že návštěvní služba význam (spíše) nemá. Ze všeobecných sester tento názor podpořilo 10,9 % (n=8) a dětských sester bylo 12,8 % (n=15).

Tabulka 47 Vztah odbornosti sester a názoru na význam návštěvní služby

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	0,393	2	0,822

Vztah mezi názorem sester na význam návštěvní služby a jejich odborností jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=2$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 46) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 0,393. Jelikož je **p= 0,822**, **nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že všeobecné i dětské sestry hodnotí význam návštěvní služby stejně.

Vztah odbornosti sester a názoru na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby

V rámci této analýzy jsme hodnotili vztah mezi názorem sester na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby a jejich odborností – všeobecná a dětská sestra.

Výrok A: Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí za účelem důkladné kontroly zdravotního stavu dítěte (včetně hmotnosti), hygienické úrovně domácnosti a základního vybavení pro dítě

Výrok B: Při návštěvní službě sestra hodnotí zdravotní stav dítěte, bytové poměry rodiny a předává zjištěné informace sociální pracovníci

Výrok C: Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí, kdy zhodnotí zdravotní stav dítěte, zkontroluje kojení, vede rozhovor s matkou a v případě potřeby poskytne odborné poradenství, upozorní na možná rizika v prostředí dítěte a navrhne případná preventivní opatření

Tabulka 48 Vztah odborností sester a zvoleného výroku

ODPOVĚD I	SESTRY CELKEM		VŠEOBECNÁ SESTRA		DĚTSKÁ SESTRA	
	n	%	n	%	n	%
Výrok A	10	5,1	6	8,1	4	3,4
Výrok B	2	1,0	0	0,0	2	1,7
Výrok C	179	93,9	68	91,9	111	94,9
Celkem	191	100	74	100	117	100

Z celkového počtu 196 respondentů bylo 5 porodních asistentek, které nebyly zahrnuty do této analýzy, která tak pracuje s počtem 191 sester. Výrok A zvolilo 5,1 % (n=10) sester. Ze všeobecných sester to bylo 8,1 % (n=6) a z dětských sester 3,4 % (n=4). Výrok B označilo 1,0 % (n=2) sester s odborností dětská sestra. Výrok C zvolilo celkem 93,9 % (n=179) sester, ze všeobecných sester to bylo 91,9 % (n=68) a z dětských sester 94,9 % (n=111).

Tabulka 49 Vztah odborností sester a zvoleného výroku

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	3,629	4	0,458

Vztah mezi názorem na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby a odborností sester jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=4$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 48) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 3,629.

Jelikož je $p= 0,458$, **nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že není rozdíl ve výběru výroku vzhledem k odbornosti sester.

Vztah odbornosti sester a míry souhlasu s uvedeným konstatováním

V rámci tohoto vztahu jsme hodnotili, zda odbornost sester ovlivňuje nakolik souhlasí s uvedeným konstatováním: Při návštěvní službě v domácím prostředí sestra aktivně naslouchá matce, vede s ní rozhovor a trpělivě odpovídá na její dotazy. Zároveň zkontroluje zdravotní stav dítěte, techniku kojení a prostředí, v němž dítě bude vyrůstat. Hlavním cílem této činnosti je pomoci matce ve ztotožnění se s rolí matky a upevnit vědomosti a dovednosti správné péče o dítě, což pozitivně působí na její sebevědomí a pocit jistoty.

Tabulka 50 Vztah odbornosti sester a míry souhlasu s konstatováním

ODPOVĚDI	SESTRY CELKEM		VŠEOBECNÁ SESTRA		DĚTSKÁ SESTRA	
	n	%	n	%	n	%
Souhlasím	147	75,0	56	75,6	87	74,4
Spíše souhlasím	42	21,4	15	20,3	26	22,2
Spíše nesouhlasím	6	3,1	3	4,1	3	2,6
Nesouhlasím	1	0,5	0	0,0	1	0,9
Celkem	191	100	74	100	117	100

Z celkového počtu 196 respondentů bylo 5 porodních asistentek, které nebyly zahrnuty do této analýzy, která tak pracuje s počtem 191 sester. S uvedeným konstatováním vyjádřilo souhlas 75,0 % (n=147) sester, ze všeobecných sester to bylo 75,6 % (n=56) a z dětských sester 74,4 % (n=87). Možnost „spíše souhlasím“ označilo 20,3 % (n=15) všeobecných sester a 22,2 % (n=26) dětských sester. Variantu „spíše nesouhlasím“ zvolilo 4,1 % (n=3) všeobecných sester a 2,6 % (n=3) dětských sester. Nesouhlas s výrokiem vyjádřilo 0,9 % (n=1) dětských sester a žádná všeobecná sestra.

Tabulka 51 Vztah odborností sester a míry souhlasu s konstatováním

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	1,274	6	0,973

Vztah mezi mírou souhlasu s uvedeným konstatováním a odborností sester jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=6$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 50) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 1,274. Jelikož je **p= 0,973 nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že míra souhlasu s uvedeným konstatováním není ovlivněna odborností sester.

Závěr: H5 se nepotvrdila. Přestože nebylo možné statisticky ověřit vztah názoru na návštěvní službu a vzdělání sester, bylo možné hodnotit vztah s jejich odborností- dětská sestra, všeobecná sestra. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi odborností sester a jejich názorem na návštěvní službu, tedy můžeme říci, že všeobecné i dětské sestry hodnotí návštěvní službu stejně.

H6 Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.

Pro ověření hypotézy byl statisticky posuzován vztah mezi délkou praxe sester a třemi oblastmi- názorem na význam poskytování návštěvní služby u novorozenců, názorem na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby a to, nakolik souhlasí s uvedeným konstatováním (graf 26). Vzhledem k tomu, že struktura výzkumného souboru sester vykazuje jednoznačné vychýlení v kategorii délky praxe v ordinaci PLDD, byla tato proměnná pro potřeby analýzy překódována na praxi do 10 let (41 %) a praxi 11 let a více (59 %).

Vztah délky praxe sester a názoru na význam poskytování návštěvní služby

V rámci tohoto vztahu jsme hodnotili, zda je názor sester na význam návštěvní služby ovlivněn délkou praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

Tabulka 52 Vztah délky praxe sester a názoru na význam návštěvní služby

ODPOVĚDI	SESTRY CELKEM		DO 10 LET		11 LET A VÍCE	
	n	%	n	%	n	%
(spíše) má význam	168	87,7	69	55,6	103	64,3
(spíše) nemá význam	23	12,3	12	44,4	12	35,7
Celkem	191	100	81	100	115	100

Ze sester, které udaly délku praxe do 10 let jich 55,6 % (n=69) vyjádřilo, že návštěvní služba (spíše) má význam a 44,4 % (n=12) je toho názoru, že význam (spíše) nemá. Sestry, které mají praxi delší než 10 let vyjádřily v 64,3 % (n=103), že návštěvní služba význam (spíše) má a 35,7 % (n=12) označilo, že význam (spíše) nemá.

Tabulka 53 Vztah délky praxe sester a názoru na význam návštěvní služby

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	1,540	1	0,215

Vztah mezi délkou praxe sester a názorem na význam návštěvní služby jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=1$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 52) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 1,540. Jelikož je **p= 0,215 nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že délka praxe nemá vliv na názor sester na význam návštěvní služby u novorozenců a kojenců.

Vztah délky praxe sester a názoru na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby

V rámci této analýzy jsme hodnotili vztah mezi názorem sester na výrok nejlépe vystihující podstatu návštěvní služby a délku jejich praxe v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Tabulka 54 Vztah délky praxe a zvolené varianty výroku

ODPOVĚDI	SESTRY CELKEM		DO 10 LET		11 LET A VÍCE	
	n	%	n	%	n	%
Výrok A	10	5,1	5	6,2	5	4,3
Výrok B	2	1,0	1	1,2	1	0,9
Výrok C	179	93,9	75	92,6	109	94,8
Celkem	191	100	81	100	115	100

Výrok A označilo 6,2 % (n=5) sester s délkou praxe do 10 let a 4,3 % (n=5) sester s délkou praxe 11 let a více. Výrok B zvolilo 1,2 % (n=1) sester s délkou praxe do 10 let a 0,9 % (n=1) sester s délkou praxe 11 let a více. Výrok C označilo 92,6 % (n=75) sester s délkou praxe do 10 let a 94,8 % (n=109) sester s délkou praxe 11 let a více.

Tabulka 55 Vztah délky praxe sester a zvolené varianty výroku

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	0,397	2	0,820

Vztah mezi délkou praxe sester a zvolenou variantou výroku jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=2$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 54) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 0,397. Jelikož je **p= 0,820** nebyla **prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že délka praxe nemá vliv na výběr varianty výroku o návštěvní službě.

Vztah délky praxe sester a míry souhlasu s uvedeným konstatováním

V rámci tohoto vztahu jsme hodnotili, zda délka praxe sester ovlivňuje nakolik souhlasí s uvedeným konstatováním: Při návštěvní službě v domácím prostředí sestra aktivně naslouchá matce, vede s ní rozhovor a trpělivě odpovídá na její dotazy. Zároveň zkontroluje zdravotní stav dítěte, techniku kojení a prostředí, v němž dítě bude vyrůstat. Hlavním cílem této činnosti je pomoci matce ve ztotožnění se s rolí matky a upevnit

vědomosti a dovednosti správné péče o dítě, což pozitivně působí na její sebevědomí a pocit jistoty.

Tabulka 56 Vztah délky praxe sester a míry souhlasu s konstatováním

ODPOVĚDI	SESTRY CELKEM		DO 10 LET		11 LET A VÍCE	
	n	%	n	%	n	%
Souhlasím	147	75,0	56	69,1	91	79,1
Spíše souhlasím	42	21,4	22	27,2	20	17,4
Spíše nesouhlasím	6	3,1	3	3,7	3	2,6
Nesouhlasím	1	0,5	0	0,0	1	0,9
Celkem	196	100	81	100	115	100

S daným výrokem vyjádřilo souhlas 69,1 % (n=56) sester s délkou praxe do 10 let a 79,1 % (n=91) sester s délkou praxe 11 let a více. Možnost „spíše souhlasím“ zvolilo 27,2 % (n=22) sester s délkou praxe do 10 let a 17,4 % (n=20) sester s délkou praxe 11 let a více. S daným výrokem spíše nesouhlasilo 3,7 % (n=3) sester s délkou praxe do 10 let a 2,6 % (n=3) sester s délkou praxe 11 let a více. Nesouhlas s výrokem vyjádřilo 0,9 % (n=1) sester s délkou praxe 11 let a více a žádná sestra s délkou praxe do 10 let.

Tabulka 57 Vztah délky praxe sester a míry souhlasu s konstatováním

	hodnota	df	p
Chí-kvadrát test	3,640	3	0,303

Vztah mezi délkou praxe sester a mírou souhlasu s konstatováním jsme ověřovali pomocí chí-kvadrát testu nezávilosti při hladině významnosti $\alpha=0,05$, přičemž počet stupňů volnosti byl $df=3$. Na základě údajů z kontingenční tabulky (tabulka 56) byla vypočítána hodnota chí-kvadrát testu 3,640. Jelikož je **p= 0,303 nebyla prokázána statistická závislost** mezi dvěma otázkami a můžeme tedy říci, že délka praxe nemá vliv na míru souhlasu s uvedeným konstatováním.

Závěr: H6 se nepotvrdila. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a jejich názorem na návštěvní službu. Pozitivní názor na její realizování mělo 87,7 % sester a 93,9 % správně zvolilo výrok C (Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí, kdy zhodnotí zdravotní stav dítěte, zkontroluje kojení, vede rozhovor s matkou a v případě potřeby poskytne odborné poradenství, upozorní na možná rizika v prostředí dítěte a navrhne případná preventivní opatření).

5 DISKUSE

Hlavním výzkumným záměrem práce bylo prozkoumat, v čem spočívá role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku a jak by bylo možné zařadit tento způsob péče do současného zdravotnického systému České republiky. V souladu s cílem výzkumu jsme stanovili obecnou hypotézu: „*Komunitní péče o novorozence, kojence a matku je vhodným způsobem saturace potřeb v této komunitě.*“ Pro potřeby našeho výzkumného šetření jsme vytvořili dva soubory respondentů ze strany matek a sester z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, tak aby bylo možné porovnat názor a odpovědi v obou skupinách. V rámci analýzy historických pramenů (Horanský, Špánik, 1975; Brožová, 1953; Hankeová, 1954; Hrvolová, 1975; Moravcová, 1965; Voroninová, 1959) jsme sledovali, jak se vyvíjela úloha dětské sestry v návštěvní službě u novorozenců a kojenců na našem území. Přestože prvotním účelem zavedení návštěvní služby byla potřeba zareagovat na vysokou kojeneckou úmrtnost, častý výskyt infekčních chorob a neuspokojivý hygienický stav zvláště venkovských oblastí, s postupujícím vývojem, závěry výzkumných šetření a nabývání ekonomické stability docházelo ke změnám v systému zdravotnictví, které se začalo více věnovat psychosociální problematice v pediatrii. Tento vývoj pokračuje i v současnosti a s ním dochází k zásadním změnám v hierarchii potřeb matek, novorozenců a kojenců. Domníváme se, že návštěvní služba v domácnostech by měla své opodstatnění a význam i dnes, kdy by mohla být prostředkem k posílení mateřských kompetencí, získání jistoty v péči o novorozence a kojence a upevnění vazby mezi dítětem a matkou (Schönbauerová, Boledovičová, 2015).

O tom, že návštěvní služba u novorozenců a kojenců zastává důležitou úlohu v systému zdravotní péče o dětskou populaci, dávají racionální základ výsledky studií ze zemí, kde je tento způsob péče běžným (Schönbauerová, Boledovičová, 2015). Ve vyspělých evropských zemích je systém komunitní péče rozvinutý mnohem lépe než u nás. Ve Švédsku je domácí návštěvní služba jednou z hlavních priorit v péči o dětské zdraví. Tato služba je poskytována i novorozencům a jejich rodičům (Wilsson a Adolfsson, 2011). Ve Finsku je podpora rodin s dětmi součástí základních služeb jim poskytovaných (Rautio, 2013). Velká Británie se řadí mezi státy s nejlépe rozvinutou

komunitní péčí v Evropě. V reakci na potřeby žen v mateřství vydalo Ministerstvo zdravotnictví Spojeného království v roce 2004 doporučení ohledně primární péče, kde klade důraz na poskytování postnatální podpory, která by systematickým způsobem reagovala na individuální fyzické, psychické, sociální a emocionální potřeby matky a dítěte. Tato podpora by měla s ohledem na dlouhodobý charakter některých problémů trvat nejméně jeden měsíc po narození či propuštění z porodnice, ideálně ovšem do třech měsíců či déle v závislosti na individuálních potřebách dítěte a matky. Tento názor podpořilo o rok později i Velšské národní shromáždění. Ihned po porodu přebírá zodpovědnost za péči o matku a dítě profesionál, obvykle porodní asistentka, která zhodnotí potřeby matky a koordinuje postnatální péči. Matky mají přístup k jejím službám až 28 dní po narození. Na návštěvu v domácnosti pak mají nárok až čtrnáct dní (ClinicalGuidelines, 2006). Podobně je tomu i v zemích Skandinávie, kde je komunitní péče o matku a dítě na vysoké úrovni. Hjälmlhult a Lomborg (2012) v rámci výzkumného šetření zjišťovali, jaký vliv má návštěvní služba v časném postnatálním období na zdraví matek a novorozenců, a zjistili, že odborná podpora v domácím prostředí výrazně pozitivně ovlivnila transformaci žen do role matek, rozvinutí a upevnění jejich rodičovských kompetencí a posílení zdravého sebevědomí a sebedůvěry. Jiné výzkumné šetření prokázalo, že matky, které doma navštívila komunitní sestra, mají rychlejší poporodní adaptaci na změněnou životní situaci a méně problémů v období šestinedělí. K rozvoji pocitu důvěry a bezpečí přispěla i možnost telefonicky kontaktovat sestru v případě potřeby (Löf et al, 2006). Domácí péče o novorozence ve Švédsku se ve velké míře zabývá kojením a problémy s ním spojenými (Wilsson a Adolfsson, 2011). Také ve Finsku rodiče vnímají návštěvní službu pozitivně a oceňují dobře fungující vztahy s odborníky, kteří posilují jejich rodičovské role, schopnost rozhodování, porozumění problémům a pomáhají s organizací rodinného soužití (Rautio, 2013). V USA je realizován program Nurse – family partnership, který poskytuje péči těhotným ženám a matkám s malými dětmi a to především sociálně a ekonomicky znevýhodněným. Zde se program zaměřuje nejen na zlepšení zdraví dětí, ale také na prevenci týrání a úrazů (Jacket al, 2015).

Model komunitní péče o matku, novorozence a kojence tak, jak je realizován ve Skandinávii, Anglii či USA je vybudován na shodných základech jako systém péče, který byl uplatňován na našem území v minulosti. Vnímáme, že podobný model péče nám v našich podmínkách velmi schází. Potřeby matek jsou podobné bez ohledu na bohatství krajiny (Schönbauerová, Boledovičová, 2015).

5.1 Výsledky ve výzkumném souboru matek

První hypotéza, kterou jsme v rámci kvantitativní analýzy dat testovali, byla: **„Edukační potřeby prvorodiček a vícero-diček v oblasti péče o dítě se liší.“** Zmíněná hypotéza byla potvrzena a na základě jejího testování můžeme vyslovit konkrétní závěr, že vícero-dičky mají prokazatelně více informací při propuštění z porodnice o technice kojení, odsávání mateřského mléka, přebalování, hygienické péči a koupání, oblékání, spánku, péči o pupeční pahýl a o bezpečné manipulaci s dítětem oproti prvorodičkám, které by informací potřebovaly více. Toto zjištění nás nijak nepřekvapilo, neboť vícero-dičky již mají osobní zkušenost s péčí o dítě, zatímco pro prvorodičky je to naprosto nová životní situace.

Když bychom se blíže podívali na současné prvorodičky, viděli bychom, jak píše i Aasheim et al (2013), že se v posledních desetiletích výrazně navýšil jejich věk. Starší prvorodičky oproti mladším vyjadřují více starostí a negativních zkušeností s porodem a raným mateřstvím. Jak uvádí McMahon et al (2011) a Nilsen et al (2011) odkládání prvního porodu do věku mezi 30 – 40 lety se stává normou a zdravotníci se tak budou častěji setkávat se staršími prvorodičkami. Bohužel to přináší více komplikací jak po stránce fyzické tak psychické. Vzhledem k tomu, že s věkem ženy klesá i její fertilita, rodí se hodně dětí po tzv. umělém oplodnění a ženy mají za sebou psychicky náročné období, kdy se snažily otěhotnět, mohly prodělat i několik samovolných potratů, než se konečně podařilo a žena porodila zdravé dítě. V důsledku toho je však jejich rané rodičovství provázeno zvýšenou úzkostí a depresivitou, která se následně projeví i na jejich schopnosti učit se zásadám péče o dítě. Naše zkušenost je, že takové matky vyžadují mnohdy až perfekcionistačtý popis činnosti a při péči o dítě až úzkostlivě dbají na dodržení naučených postupů a změna podmínek při přechodu z nemocničního do domácího prostředí je pro ně stresující. Podobně prožívají rané rodičovství i matky

s vyšším stupněm vzdělání, jak to popisuje Chich-Hsiu Hung et al (2010). V našem šetření byla více než polovina matek (51,6 %) absolventy vysoké školy a nejpočetnější věkovou skupinou bylo 31 – 34 let (39,4 %).

Jedním z cílů disertační práce bylo zjistit, jaké potřeby má matka, novorozenec a kojeneček v domácím prostředí. Zjistili jsme, že u matek převládají psychické potřeby nad fyzickými a úzce souvisí s tím, co matky od návštěvní služby očekávají. Na předním místě uváděly potřebu získat zpětnou vazbu, ujistit se ve správnosti postupů péče o dítě, potřebu naučit se kojit, potřebu povzbuzení a psychické podpory, potřebu poradenství, edukace, potřebu být informován, potřebu přijímat péči v domácím prostředí bez nutnosti cestování do ordinace. Je naší zkušeností a vyplynulo to tak i z rozhovorů se sestrami, že v ordinaci při preventivní prohlídce nemá sestra dostatek času na důkladnou edukaci matky a hledání řešení problémů. Toto si uvědomují i matky, a tak se často ani neodvažují na něco zeptat, aby nezdržovaly a nepůsobily dojmem, že si s dítětem neví rady, jak vyplynulo i z našich výsledků. V domácím prostředí je situace jiná. Matka je více uvolněná, otevřená, atmosféra je dostatečně intimní na diskusi o problémech rodiny, obě strany jsou si vědomy, že mají dostatek času a jsou eliminovány rušivé faktory v podobě zvonění telefonu či klepání na dveře ordinace, které mohou přerušit komunikaci a nemusí se podařit znovu ji navázat v místě, kde byla přerušena. Návštěva v domácím prostředí má také nespornou výhodu při péči o dvojčata nebo děti s malým věkovým rozestupem, protože matka nemusí řešit, jak druhé dítě v čekárně a ordinaci zabavit tak, aby se mohla plně věnovat vyšetřovanému dítěti a nerušeně komunikovat se sestrou.

Zvláště v průběhu prvních dvou let je podpora rodičů prostřednictvím návštěvní služby klíčová (Mills et al, 2012). Za prvé poskytuje matce podporu a buduje pocit bezpečí a jistoty ve zvládnání mateřské úlohy, za druhé umožňuje matce prozkoumat své vlastní rodičovské schopnosti a rozumět signálům dítěte (Rossiter et al, 2012).

Zajímalo nás, z jakých zdrojů matky čerpají informace, a zjistili jsme, že je nejčastěji vyhledávají na internetu (30,7 %). Podle Takács et al (2011) je problémem současné doby takřka neomezený přístup k informacím, které ale mnohdy svojí kvalitou nelze považovat za odborné a naopak mohou velmi uškodit. Heřmanová (2012) uvádí,

že zvláště prvorodičky potřebují odborné vedení a podporu ve správné péči o dítě. Přestože mají k dispozici velké množství informací, chybí jim někdo, kdo by je jako odborník vedl, pomáhal jim a byl při řešení problémů k dispozici. Matky jsou často dezorientované, který postup péče je ten správný. Je dobré, pokud se mohou obrátit o radu na sestru u praktického dětského lékaře, nicméně z našeho šetření vyplynulo, že tak činí pouze 3,9 % matek. Zbytek shání informace a rady kromě internetu také četbou odborné literatury, obrací se na své matky či kamarádky, které již mají nějaké zkušenosti či využívají různé kurzy- předporodní apod. Část matek dokonce spoléhá na vlastní intuici. Umět se co nejlépe postarat o své dítě je velká úloha a ještě větší zodpovědnost. I když vícerodičky mají už zkušenosti s předešlým dítětem, byly tyto mnohokrát negativní, a tak pomoc a podporu uvítají. Samozřejmostí je to u prvorodiček, které se musí s novou rolí matky seznámit a ztotožnit a právě zde potřebují mít vhodné a jednoznačné informace od podpůrných osob. Bývají jimi nejčastěji rodinní příslušníci a blízcí přátelé. Je na škodu věci, že se z vědomí těhotných a matek kojenců téměř vytratili zdravotníci, zejména sestry. Ve vyspělém světě je samozřejmostí, že v komunitním ošetřovatelství v prenatálním a postnatálním období má komunitní sestra významné místo. Jako by u nás byly sestry spojené jen s chorobou dítěte a s prací v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost (Schönbauerová, Boledovičová, 2013).

V posledních letech, jak uvádí Kotwal et al (2008), se významně zkracuje délka pobytu matky s novorozencem v porodnici. Není možné jednoznačně považovat zkracování délky hospitalizace po porodu za negativní, spíše naopak. Nicméně je třeba vzít v úvahu, že s časným propuštěním by měla být spojená následná odborná péče komunitní dětské sestry v domácím prostředí (Schönbauerová, Boledovičová, 2015). V opačném případě existují obavy z výskytu problémů souvisejících s adaptací novorozence i matky na novou životní úlohu. V postupech a doporučeních České neonatologické společnosti jsou shrnuta doporučení pro časně propuštění novorozence před 24 hodinami věku. Ústředním bodem je edukace v oblasti kojení, vyprazdňování, spánku a známkách akutní nemoci. Současně je žádoucí, aby rodiče měli kontakt na laktační poradnu, aby se v případě potřeby měli kam obrátit pro radu (Doporučení pro časně propuštění, 2018). Podobný postup však platí i pro novorozence propuštěné ve

standardní době, která podle konsensu a metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR je po fyziologickém porodu nejdříve za 72 hodin po porodu. Také zde je základním předpokladem pro propuštění skutečnost, že matka zvládá péči o novorozence a má osvojenou správnou techniku kojení (Sedlářová et al, 2008). Naše zkušenost je však taková, že i po příchodu z porodnice potřebují matky nadále edukovat, neboť většina problémů a nejasností se objevuje až později. Proto jsme výzkumný soubor matek záměrně vytvořili z matek batolat, tak aby mohly retrospektivně zhodnotit období celého prvního roku dítěte. Navíc velké množství potíží souvisí s vývojem a tak se edukace postupně zaměřuje na různé oblasti.

Při porovnávání subjektivního vnímání míry informovanosti ve vybraných oblastech péče o dítě při propuštění z porodnice mezi matkami a sestrami jsme zjistili, že obě skupiny hodnotí danou věc podobně. Jak sestry, tak matky ve velké míře označily minimální vědomosti v oblasti techniky kojení, odsávání mateřského mléka, prevenci náhlého úmrtí a spánku novorozence. Z tohoto zjištění však nelze vyvodit závěr, že by na oddělení šestinedělí něco zanedbali a edukaci podcenili. Podle našich zkušeností, se jedná o něco jiného. Přestože matky péči o novorozence v nemocnici dobře zvládaly a působily jistějším dojmem, po příchodu domu se potýkají s pocity beznaděje, strachu, postrádají stálý odborný dohled, jaký měly v porodnici a celkově si najednou neví rady, jak doma o dítě pečovat, protože v nemocnici již měli nastavený určitý režim, který si doma teprve potřebují vytvořit. Výstižně to vyjádřila matka v rozhovoru v diplomové práci Brožíkové (2016, s. 67) :*„Když jsem přijela domů z porodnice, sedla jsem si v obýváku na gauč, miminko v náruči a nevěděla jsem, co s ním mám dělat. Nebýt manžela, tak tam sedím do dnes. Nevěděla jsem, jestli mám holčičku chovat nebo ji položit do postýlky, jestli má být v zavinovačce, co jí mám dát na sebe, jak a kdy s ní můžu jít ven, když plakala, tak jsem nevěděla, co chce, a kolikrát jsem plakala i sní. Připadala jsem si jako ve snu, normální život úplně zmizel a bylo tam jen to miminko a já jsem ani nevěděla, jestli ho mám ráda.“* Stejně zkušenosti máme jako laktační poradci, kdy nám často telefonují matky hned v den propuštění z porodnice a vyjadřují obrovské obavy o to, zda péči zvládnou. Při návštěvě pak pomáháme matce si uspořádat věci tak, aby měla vše v dosahu. Zkontrolujeme techniku kojení, hledáme

řešení problémů a pomůžeme s nastavením určitého režimu podobně, jako to měly v porodnici. Po domluvě s matkou zůstáváme telefonicky v kontaktu a v případě potřeby ji znovu navštívíme. Úskalí laktačního poradenství však spočívá v tom, že poradců je velmi málo a navíc jejich služby jsou až na výjimky finančně náročné, přesto mají matky o jejich službě zájem a poradce vnímají jako svého průvodce mateřstvím. Jak píše Jarošová (2007), přestože by návštěvní služba měla být uskutečněna na doporučení zdravotníků, mnohdy jsou iniciátory sami rodiče, kteří si žádají pomoc a podporu. Toto zjištění nás ještě více utvrzuje v důležitosti následné péče v domácím prostředí, tak abychom vytvořili co nejlepší podmínky pro adaptaci matky do nové životní role. Navíc bychom tak mohli zajistit následnou reedukaci podle aktuálních potřeb rodiny, což je nesporná výhoda při poskytování péče v domácím prostředí. Jak uvádí Ruchala (2000), pokud není po propuštění z porodnice realizována návštěvní služba, ztrácíme tím důležitý prostor pro další výuku a podporu novopečené matky.

Významnou oblastí edukace, jak potvrdilo i naše výzkumné šetření, je problematika kojení. Mnohé ženy spojují schopnost kojit s tím, že jsou dobré matky a pokud se vyskytne nějaký problém, mají pocit viny a selhání (Schönbauerová, Boledovičová, 2013). V našem šetření označilo 26 % matek žádné nebo minimální vědomosti ve správné technice kojení. Studie uveřejněná Národní laktační ligou ukazuje, jaká je současná situace s kojením v České republice. Z dětí narozených v roce 2015 zahájilo kojení 95,1 %, v šesti měsících však kojilo pouze 36,9 %. Vysoká iniciace kojení dokazuje, že české matky chtějí kojit, ale mnoho jich kojení ukončí, což může nasvědčovat na nedostatečnou podporu od zdravotníků a rodinných příslušníků. Bohužel délka kojení nesplňuje cíle Zdraví 2020, aby v šesti měsících bylo kojeno 60,6 % dětí (Laktační liga, 2017). Dle UNICEF (2014) ukazují celosvětové statistiky, že velká část matek ukončí kojení v prvních týdnech po porodu. V našem šetření kojilo více jak 6 měsíců své dítě 63,8 % matek. Naproti tomu 13,7 % matek kojilo méně než 6 týdnů, kdy 4,3 % žen nekojily dítě vůbec.

Také Kronborg et al (2012) a Stevens et al (2006) vysvětlují, že příčinou časného ukončení kojení může být nedostatečná podpora v domácím prostředí. Poskytování profesionální podpory kojící ženy prostřednictvím návštěvní služby (home

visiting) je spojeno s vyšší spokojeností a lepší sebedůvěrou. Matky, u kterých nebyla realizována návštěvní služba, mají výrazně kratší dobu plného kojení oproti matkám, kterým byla poskytnuta podpora ve vlastním sociálním prostředí. Kromě toho docházelo u nenavštívených matek častěji k využívání zdravotní péče jako náhrady za chybějící návštěvní službu. Naše výsledky ukazují, že i matky samy preferovaly v laktačním poradenství osobní návštěvu před telefonickou či emailovou komunikací. Pro efektivní řešení některých problémů je nutné, aby poradkyně znala dobře rodinné zázemí matky a jejich aktuální situaci, což se po telefonu zjišťuje poněkud obtížně, pokud vůbec. Oblast edukace a výskyt problémů v péči o dítě spolu úzce souvisí a proto budeme naše výsledky diskutovat společně.

Druhou testovanou hypotézou tedy byla: „*Existuje statisticky významný vztah mezi mírou informovanosti a výskytem problémů v průběhu prvního roku života dítěte.*“ Tato hypotéza se potvrdila. Zjistili jsme, že existuje statisticky významný vztah mezi mírou informovanosti v konkrétních oblastech a výskytem problémů v prvním roce života dítěte. Názorně se to ukazuje v oblasti techniky kojení, kdy jsme prokázali, že nízká míra informovanosti s sebou přináší problémy s nedostatečným kojením a nutností dokrmování, ukončení kojení a krmení výhradně umělou mléčnou výživou, problémy s neprospíváním dítěte a malými hmotnostními přírůstky, neutišitelným pláčem dítěte, strachem z manipulace s kojencem a problémy se spánkem.

Do oblastí, které matkám působily velké problémy mimo problematiku kojení, o které jsme již hovořili, zařadily neutišitelný pláč (18,9 %), koliku a bolesti břicha (16,9 %) a problémy se spánkem dítěte (13,8 %). Také sestry označily koliku jako nejčastější problém (27,0 %), který v rámci preventivních prohlídek řeší. Příčina takzvané tříměsíční koliky není přesně známa, nicméně výsledky našeho šetření ukazují, že problém s neutišitelným pláčem, kolikou a problematickým spánkem spolu navzájem souvisí.

Dalším problémem, který se prolíná různými oblastmi, je strach z manipulace s dítětem. Zjistili jsme, že se promítá do oblasti techniky kojení, hygienické péče a koupání, přebalování a oblékání. Podle Kiedroňové (2007) správná či nesprávná manipulace s dítětem ovlivňuje jeho psychický a fyzický vývoj. Při nesprávné

manipulaci může docházet k osvojení nezdravých motorických vzorců, vadného zakřivení páteře, držení těla a dítě tak může být více plačtivé a nespokojené. Podle Gregory, Velemínské ml (2013) a Hanákové et al (2015) je při manipulaci s novorozencem nutný citlivý a jemný přístup, který nevyvolá úlekovou reakci, nenavozuje pláč a není dráždivý. Myslíme si, že získání jistoty při manipulaci s novorozencem je nezbytné pro správnou péči a naopak, jak ukazují i naše výsledky, nejistota se odrazí na problémech s technikou kojení, protože správné přiložení dítěte vyžaduje určitou zručnost, potíží při přebalování, koupání a oblékání. Naše zkušenosti jsou takové, že část matek v prvních dnech po příchodu z porodnice nedokáže manipulovat a přenášet dítě jinak, než v zavinovačce. Při koupání jsou natolik šetrné, že v kožních záhybech dítěte zůstávají nečistoty, vlhko a rychle se objevují opruzeniny – speciálně v oblasti krku a podpaží. Podle Šusterové (2010) je pro matku důležité, aby se naučila správně vzít dítě do ruky, nakojit, vykoupat a oblékat bez toho, že by se musela bát. Domníváme se, že návštěvní služba by mohla skýtat dostatečný prostor pro nácvik a osvojení si správné manipulace s novorozencem v domácím prostředí, které se od toho nemocničního velmi liší.

Zjišťovaly jsme, zda měly matky možnost vznášet sestřám dotazy ohledně péče o dítě a zda měla možnost otevřeně se sestrou komunikovat a klást dotazy vliv na výskyt problémů v péči o dítě. Ukázalo se, že pozitivní vliv to má především na problém s neutišitelným pláčem, spánkem dítěte a zaváděním nemléčných příkrmů. Nicméně sestry samy v rozhovorech uvedly, že v průběhu preventivní prohlídky v ordinaci na podrobné odpovědi a praktický nácvik nemají dostatek času, což popisovaly i matky, když sestra odpovídala stručně, ve spěchu a při dotazování měly pocit, že obtěžují, některé se dokonce ani neodvažovaly zeptat. To by se mělo změnit a domníváme se, že návštěvní služba by mohla být efektivním řešením.

Pláč novorozence a kojence bývá matkami hodnocen negativně. Hogg (2014) jej popisuje jako fyziologický komunikační projev dítěte, které nedokáže jiným způsobem upozornit na své neuspokojené potřeby. Dle našich zkušeností je excesivní pláč pro matku výrazně stresujícím faktorem. Jedná se o stav kojence, který charakterizují dlouhé epizody obtížně utišitelného pláče. Výzkum Sikorové a Plačkové (2015)

popisuje, že vyšší počet dětí s expresivním pláčem bývá v dysfunkčních rodinách a u matek, které se potýkají se zvýšenou depresivitou, úzkostí a stresem. Podle Masopustové a Marešové (2008) je třeba v případě, že si rodiče při pediatrickém vyšetření stěžují na zvýšenou plačtivost svého dítěte, poskytnout nejen informace o této problematice, ale hlavně vyjádřit podporu a pochopení, což, jak ukázaly naše výsledky, matky od nás očekávají. Odborně individualizované intervence ve formě poradenství a osvojení způsobů utěšování dítěte mohou výrazně přispět ke zmírnění symptomů neutišitelného pláče, jak nastínily i naše výsledky.

Podobně je tomu i s problémy se spánkem dítěte. Counterline a Douglas (2010) vysvětlují, že pokud má dítě nevhodné návyky ohledně spánku, ovlivňuje to výrazně i kvalitu spánku rodičů, matky vykazují známky vyčerpání a deprese, což se negativně projevuje i na kvalitě partnerského vztahu. Z vlastní zkušenosti můžeme říci, že velká část partnerů prožívá po narození prvního dítěte i krizi ve vztahu. Vyjádřily to i matky v rozhovorech. Je to dáno kombinací psychického vyčerpání, hormonálních změn, nevyspání, únavy, depresivity, strachu a celodenní péče o dítě, kterému matka věnuje veškerou pozornost. Sestra při návštěvní službě má možnost s partnery promluvit i o této věci a působit pozitivně na překonání těžkostí a krizí, které by mohly vyústit v rozchod partnerů a otevření dalších problémů v podobě upravení styku s dítětem, střídavé péči a finanční nejistoty. Je v našem zájmu, aby dítě vyrůstalo v harmonickém prostředí a mělo ve výchově vzor matky i otce.

Další oblastí, kde má komunikace se sestrou významný vliv na snížení výskytu problémů, je dle našich zjištění otázka zavádění nemléčných příkrmů. O tom, že dotazy na výživu dítěte patří k nejčastějším otázkám, které lékaři i sestry v ordinaci zodpovídají, píše i Gregora a Zákostecká (2014). Máme zkušenost, že matky potřebují důkladně znát nejen jaké potraviny a v které době zařadit do jídelníčku, ale často potřebují poradit, jak do dítěte jídlo vpravit, protože plně kojené dítě krmení lžičkou zpočátku razantně odmítá a matky jsou zoufalé, že se jim krmení nedaří. Zde by opět mohla pomoci návštěva sestry, která by matce prakticky ukázala, jak dítě nakrmit a zároveň by pomohla matce sestavit jídelníček dítěte tak, aby byly pokryty jeho nutriční potřeby.

Třetí stanovená hypotéza zněla: „*Existuje rozdíl v názoru na návštěvní službu u prvorodiček a vícerodiček.*“ Předložená hypotéza se nepotvrdila, neboť na základě jejího testování bylo prokázáno, že jak zájem matek o návštěvní službu tak subjektivní vnímání jejich pozitiv není závislé na počtu dětí a předchozí zkušenosti ženy s mateřstvím. Jediná oblast, kde byl odhalen statisticky signifikantní vztah, byl názor matek na ideální frekvenci návštěv. Tento výsledek byl pro nás překvapujícím zjištěním, neboť jsme očekávali, že podobně jako v případě edukace a informovanosti budou rozdíly i v názoru na návštěvní službu.

Jednou z otázek našeho výzkumu bylo zjistit, zda vůbec matky mají zájem o návštěvní službu. Z výsledků šetření vyplynulo, že zájem matek není jednoznačně pozitivně převažující. Přestože počet matek, které by o návštěvu v domácnosti stály, je větší (59,8 %), zůstává poměrně vysoké procento těch, které návštěvu odmítají (40,2 %). Můžeme si klást otázku, proč tomu tak je. Matky na prvním místě uvedly, že by je návštěva stresovala kvůli úklidu a pořádku (36,6 %) a narušila by jejich soukromí (25,2 %) či by měly pocit, že jsou kontrolovány (7,5 %). Uvedené důvody pro odmítnutí návštěvy poukazují na to, že matky nemají jasnou představu, jaká je náplň této služby a v čem by jim mohla být prospěšná. Pokud by měly přiměřené informace o průběhu a benefitech návštěvní služby, mohlo by být jejich hodnocení více pozitivní. Svoji roli zde sehrává i osobní zkušenost matek s tímto druhem péče. V rozhovorech, které jsme vykonaly s matkami, je jasně vidět, že ty, které osobně zažily návštěvu dětské sestry a lékaře v domácnosti, hodnotí tuto návštěvu velmi pozitivně a ostatním matkám ji doporučují.

Co se týká očekávání matek od návštěvy sestry, v první řadě označily potřebu, aby zkontrolovala, zda je jejich postup v péči o dítě správný a poskytla jim tak zpětnou vazbu a ujištění, že se zvládnou o dítě postarat. Tato počáteční nejistota je zvláště u prvorodiček přirozená, protože narození dítěte je velkou životní událostí a změnou a vyžaduje od matky převzetí plné zodpovědnosti a identifikaci s touto novou životní rolí. Rossiter a Fowler (2012) popisují program návštěvní služby v Austrálii, kde sestra vykoná 10 návštěv v domácnosti v průběhu prvního půlroku po porodu. Soustředí se na zhodnocení úrovně interakce mezi matkou a dítětem a poskytuje matkám poradenství,

pomoc při řešení problémů, podporu rozvoje rodičovských kompetencí a monitoraci psychického a fyzického stavu matky a dítěte. Studie, která zjišťovala zpětnou vazbu na tento program, zjistila, že matky nejvíce ocenily podporu a osobní pozornost od kvalifikovaných zdravotnických odborníků. Právě osobní kontakt sestry a matky v domácím prostředí umožňuje okamžitou reakci na nejistotu a zoufalství a výrazně se podílí na získání důvěry a motivace matek k překonávání obtíží. K tomu je důležité, aby se sestra soustředila na vybudování vztahu důvěry a získala tak rodiče ke spolupráci na řešení případných problémů.

Aktuální otázkou současného ošetrovatelství jsou alternativní postupy při péči o dítě a jeho výchově. Komunitní sestra by měla sledovat i tyto trendy a hledat určité kompromisy, aby uspokojila také tyto matky, ale nebylo ohroženo zdraví dítěte a jeho vývoj. Alternativní rodiče tvoří poměrně velkou komunitu a sestra by měla mít patřičné informace o domácích porodech, lotosových porodech, nošení dětí v šátku, společném spánku dětí a rodičů (cosleeping), přirozeném odstavení dítěte, odmítání očkování, alternativních výživových směrech a tzv. nevýchovných principech výchovy.

Další očekávání, které z výzkumu vyplynulo, je potřeba matek, aby sestra zkontrolovala techniku kojení a pomohla jim vyřešit případné obtíže. Nejen u prvorodiček jsou problémy s kojením na předním místě a mohou být zdrojem stresu, pocitu selhání, obav a ztížené identifikace s mateřskou úlohou. Problémy s kojením spolu s nedostatkem spánku, zvýšenou psychickou zátěží a nedostatečnou odbornou podporou jsou významným rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese, jak uvádí Hjälmhult a Lomborg (2012).

Očekávání matek, které se prolíná všemi odpověďmi, je potřeba psychické podpory, pochopení a uklidnění. To může poskytnout pouze dětská sestra, která je ve svém oboru profesionálem. Je proto nutné, aby sestry měly možnost se dále vzdělávat a prohlubovat své znalosti a dovednosti. Sestra v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost není pouze administrativní pracovník, ale hlavně důležitá součást komunity. Jak již bylo řečeno, aby návštěvní služba splnila svůj účel, je třeba ji provádět systematicky a dlouhodobě. Jack et al (2005) prezentuje výzkumné šetření, kde prokazuje pozitivní vliv návštěvní služby, pokud je započata ještě v prenatálním období, probíhá intenzivně,

dlouhodobě a je vhodně podpořena dalšími komunitními službami. Naughton (2005) též potvrzuje, že pouze dlouhodobý program návštěvní služby založený na vztahu důvěry, má vliv na zlepšení zdraví matek i dětí. V případě krátkodobých intervencí byly pozitivní výsledky srovnatelné s rodinami, u nichž návštěvní služba vůbec neproběhla. Pokud by důvodem pro omezené poskytování návštěvní služby mělo být snížení nákladů na péči, pak s ohledem na nízkou efektivitu omezených návštěv jasně vyplývá ekonomická výhodnost dlouhodobého programu. Přesto v našem šetření 44,5% matek vyjádřilo, že by bylo ideální provádět návštěvní službu pouze v rámci prvního vyšetření dítěte po příchodu z porodnice a návštěvy pouze v šestinedělí jedenkrát týdně označilo 29,5% matek. Opět se domníváme, že se jedná o důsledek nedostatečné informovanosti a pochopení toho, jaká je podstata návštěvní služby a jaké může mít pro rodinu přínosy. Je jen na škodu, že v našich podmínkách se vykonává pouze jedna návštěva novorozence a v dalších měsících kojeneckého období už musí rodiče získávat rady a podporu z jiných zdrojů. Ze zkušeností víme, že mnohdy se ani tato jedna doporučovaná návštěva neuskuteční a obyčejně se po oznámení matky o propuštění z nemocnice realizuje telefonickým kontaktem. Návštěva v domácnosti pouze v rámci prvního vyšetření dítěte je málo a její vliv na matku a dítě není takový, jako v případě systematických opakovaných návštěv v delším časovém úseku, jak tomu bývalo v naší zemi v minulosti. Aktivní účast dětských sester na aktivitách v rámci komunity je důležitým prvkem poukazujícím na jejich nepostradatelnou roli v podpoře zdraví dětí.

5.2 Výsledky ve výzkumném souboru sester

Další stanovenou hypotézou, která se již týká výzkumného souboru sester, byla tato: **„Existuje statisticky významný vztah mezi věkem sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.“** Vzhledem k tomu, že výzkumný soubor byl většinou tvořen sestrami ve věku 41 let a více, rozhodli jsme se, že právě tato skutečnost bude souviset s názorem na návštěvní službu a upravili jsme ji na: Existuje statisticky významný vztah mezi osobní zkušeností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců. Tato hypotéza se potvrdila. Ze sester, které uvedly, že poskytují návštěvní službu u všech matek, ani jedna nevyjádřila pochybnost o jejím významu, zatímco sestry, které tuto službu poskytují pouze v rámci sociálního šetření nebo vůbec,

ve větší míře vyjádřily, že návštěvní služba význam nemá. Osobní zkušenost je nepředatelná a v tomto případě sestry, které měly možnost poznat tuto službu na vlastní kůži, si zároveň v praxi ověřily, že se jedná o funkční součást systému péče o matku a dítě. Sestry, které hodnotily návštěvní službu spíše negativně, se s ní setkávaly pouze v rovině teoretické a nikoli praktické. Testovali jsme také hypotézu: **„Existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.“** Přestože se tato hypotéza nepotvrdila, domníváme se, že se tak stalo v důsledku vyššího věku respondentů. Celkem 58,7 % sester označilo délku praxe v ordinaci PLDD více než 11 let a 23,5 % v rozmezí 6-10 let. Délka praxe souvisí s nabýváním zkušeností a tím pádem i utvářením názoru na problematiku poskytování péče v terénu.

Pokud se podíváme celkově na odpovědi v otázce významu návštěvní služby, můžeme vidět, že 87,7 % sester vyjádřilo, že tato služba (spíše) má svůj význam a 12,3 % uvedlo, že význam (spíše) nemá. Je potěšující, že většina sester hodnotí návštěvní službu pozitivně a smysluplně. Přesto se nerealizuje v takovém měřítku, v jakém by měla být poskytována. V rozhovorech, které jsme učinili se sestrami z ambulancí, zaznělo několik důvodů, proč je vykonávání návštěvní služby pro sestry složité. Jedním z nich je vysoká náročnost na profesní přípravu sestry, která by dle výpovědí měla být dětskou sestrou a měla by mít praktické zkušenosti s poskytováním péče v domácím prostředí. S tím se shoduje i Sikorová (2011), která píše, že v současnosti narůstá potřeba navýšení počtu kompetentních dětských sester, které by uměly pečovat o dítě v jeho přirozeném prostředí tak, aby byl podpořen jeho zdravý vývoj. Dále by bylo vhodné, aby taková sestra měla jasně vyčleněný čas jen pro práci v komunitě a návštěvní službu, protože v běžném provozu ordinace na to dle sester čas není. Další otázkou je finanční ohodnocení návštěvní služby a jak píše i Sikorová (2012), potřeba vytvořit standardizované postupy, jak třídit a interpretovat údaje z návštěv v domácnostech s novorozenci a kojenci a připravit funkční dokumentaci. Toto nám velmi schází, protože v dnešní době je návštěvní služba doménou lékařů a sestry jsou přizvané pouze jako asistentky, nikoli vykonavatelky.

Jedním z argumentů proti znovuoživení návštěvní služby u novorozenců a

kojenců bývá zmiňovaná otázka vzdělávání a kompetencí dětských sester. Na základě nařízení vlády č. 31/ 2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí je možné získat specializaci Dětská sestra v rámci pomaturitního specializačního studia nebo v rámci dvouletého navazujícího magisterského studia ošetrovatelství pro obor Ošetrovatelství v pediatrii. Vyhláška č. 55/ 2011 Sb. pak uvádí současné kompetence dětské sestry - dětská sestra je oprávněna vykonávat bez odborného dohledu činnosti specializované ošetrovatelské péče dítěti v domácím prostředí, edukovat rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetrovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, a to převážně ve výživě, včetně kojení, hygieně a dále v oblasti preventivních prohlídek a dispenzární péče. Tedy současné kompetence dětských sester jsou plně dostačující pro poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců. Poslední věcí, která dle sester ztěžuje návštěvní službu, je nutnost dojíždění za matkami a transport pomůcek, například váhy. Tato odpověď jasně ukazuje na nepochopení obsahu a významu návštěvní služby. Kontrola hmotnosti dítěte je úkonem, který patří do náplně preventivní prohlídky, ale v domácím prostředí je úloha sestry jiná a žádné pomůcky nejsou potřeba. Rossiter (2012) uvádí, že klíčovým heslem návštěvní služby je „vidět znamená věřit“. Při návštěvní službě si sestra může ověřit úroveň interakce matky a dítěte a stav identifikace do mateřské role. Věnuje se takovým aktivitám, které v ordinaci nemůže plně realizovat a při kterých může naopak plně využít výhody, které péče v domácím prostředí poskytuje (Kronborg et al, 2012; Hjälmhult et al, 2012). Nejdůležitější při návštěvní službě je počáteční fáze, kdy sestra buduje vztah s rodinou a snaží se je tak získat ke spolupráci při řešení jejich problémů. Zatímco některé rodiny jsou téměř okamžitě připravené otevřeně o problémech diskutovat, u jiných je zapojení pozvolné a navázání vztahu důvěry trvá déle, nicméně aby návštěvní služba splnila svůj účel, je nezbytné vytvořit kvalitní vztah mezi sestrou a matkou, potažmo rodinou (Naughton, 2005). Právě kvalita tohoto vztahu je klíčovým faktorem, který bude určovat, jaká bude ochota rodičů se sdílet se soukromými záležitostmi a nakolik se dokážou sestře otevřít. Haeman et al (2006) uvádí dovednosti, které jsou podstatné pro budování vztahů s rodinami. Patří sem efektivní komunikace, být důvěryhodným, umět

vyjádřit porozumění, respekt a dokázat motivovat a vést rodinu ve stresovém období. Na toto v ordinaci není čas ani podmínky.

Otázce vzdělávání a kompetencí se věnuje následující hypotéza, která zní: **„Existuje statisticky významný vztah mezi vzděláním sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců.“** Tuto hypotézu nebylo možné testovat tak, jak bylo původně zamýšleno, protože výzkumný soubor sester opět vykazoval jednoznačné vychýlení v kategorii vzdělání, kdy 78 % respondentů bylo absolventy střední zdravotnické školy a na další možnosti by zbývalo jen velmi málo případů. Statistické ověření však bylo možné v oblasti odborného zaměření sester, kdy jsme pracovali s odborností všeobecná a dětská sestra. V souboru bylo zastoupeno i pět porodních asistentek, které ale pro svůj nízký počet nemohly být zařazeny do analýzy. Zjistili jsme, že tato hypotéza se nepotvrdila a je možné učinit závěr, že návštěvní služba je hodnocena stejně všeobecnými i dětskými sestrami. Toto zjištění souvisí s předchozí hypotézou o významu osobní zkušenosti na utváření názoru na návštěvní službu. Sestra v ordinaci PLDD by měla mít příležitost uplatnit své vědomosti a schopnosti v péči o novorozence v rámci komunitní péče, neboť je k tomu plně kompetentní a své zkušenosti nemůže v ordinaci uplatnit v plné míře. Musel by se však změnit postoj samotných pediatrů, kteří sestry stále považují za pomocníky lékaře a administrativní pracovníky. Bohužel ani rodiče obvykle neví, že by je mohla doma navštívit dětská sestra, protože jim tuto službu nikdo nenabídne. V diplomové práci Brožíkové (2017), která učinila hloubkové rozhovory se sestrami, píše, že sestry nedůvěra k jejich schopnostem trápí a že pochází z nedostatečné informovanosti veřejnosti o tom, jaká je současná náplň práce dětské sestry. Sestry by chtěly pracovat samostatně, ovšem potřebují k tomu získat důvěru jak rodičů tak lékařů.

Podíváme-li se na to, jakou roli tedy hraje dětská sestra v komunitní péči, pak podle Sikorové (2012) je její hlavní úlohou podílet se na komplexní léčebně – preventivní péči o dítě. Tato péče však probíhá v rámci ordinace PLDD a nikoli v terénu. Jak jsme prokázali, často ani první návštěva novorozence neproběhne v domácím prostředí a pokud ano, samotné sestry se jí účastní jen omezeně. Podle Juřeníkové (2010) je sestra při návštěvní službě v roli edukátora, poskytovatele

vědomostí, zkušeností, poradcem, projektantem, diagnostikem a realizátorem. Celým procesem se pak prolíná role koordinátora a hodnotitele.

Na základě našich zjištění si myslíme, že by bylo žádoucí, aby současný model preventivní péče o novorozence a kojence byl podroben kritické analýze a vhodně doplněn o intervence návštěvní služby. Zároveň bude ale nutné vytvořit standardizované postupy a dokumentaci, aby sestry mohly vhodně a funkčně zaznamenávat údaje z návštěv a dále s nimi pracovat. Jak již bylo řečeno, bude změna systému vyžadovat i zvýšení počtu dětských sester. Vnímáme, že řešením by mohlo být obnovení studijního programu dětská sestra v rámci bakalářského studia a motivace studentů k seberealizaci v komunitní péči. To, co bychom mohli zlepšit už nyní, je návaznost péče a spolupráce dětské sestry, laktační poradkyně, fyzioterapeuta a dalších odborníků. Důsledné vykonávání návštěvní služby na našem území je plně v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace a UNICEF. Pro poskytovatele zdravotní péče a tvůrce politiky je hledání nejlepšího způsobu, jak poskytovat péči v domácím prostředí naléhavou výzvou.

Doporučení pro praxi:

- Obnovit pozici dětské sestry pro návštěvní službu a činnost v komunitě ve spolupráci s pediatrem
- Zlepšit informovanost matek o průběhu a přínosech návštěvní služby u novorozenců
- Zasadit se o rozšíření povědomí o kompetencích dětských sester v péči o dítě
- Zvážit možnost telefonického poradenství dětskou sestrou
- Navrhnout možnosti financování komunitní péče
- Připravit standardizované postupy pro komunitní péči o novorozence a kojence
- Vytvořit funkční dokumentaci k zaznamenávání údajů z návštěvní služby
- Rozvíjet spolupráci dětské sestry, laktační poradkyně a dalších odborníků
- Propagovat benefity komunitní péče u odborné i laické veřejnosti
- Aktivně podporovat kojení a zlepšit informovanost matek o laktačním poradenství

- Podpořit obnovení studijního oboru dětská sestra v rámci bakalářského studia
- Motivovat studenty ošetrovatelství k seberealizaci v komunitní péči

6 ZÁVĚR

Disertační práce je zaměřena na prozkoumání, v čem by spočívala role komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku a jak by bylo možné zařadit tento způsob péče do současného systému preventivní péče o novorozence a kojence v České republice. Prostudovaná literatura nám umožnila přesně stanovit cíle práce, které byly naplněny za použití kvalitativního a kvantitativního výzkumného designu.

První cíl, jímž bylo zjistit, s jakými problémy se potýkají matky novorozenců a kojenců v oblasti péče o dítě, odhalil skutečnost, že spektrum problémů, které matky řeší, zahrnuje nedostatečné kojení s nutností dokrmování, ukončení kojení a podávání výhradně umělé mléčné výživy, problémy s prsy při kojení, neutišitelný pláč dítěte, koliku a problémy se spánkem. Podle výsledků výzkumu spolu úzce souvisí výskyt problémů v prvním roce života dítěte a míra informovanosti v jednotlivých oblastech péče o dítě. Pozitivní vliv na řešení problémů měla možnost pokládat sestře v průběhu preventivní prohlídky dotazy, nicméně samy sestry v rozhovorech uvedly, že v ordinaci nemají dostatek času na podrobné odpovědi a praktický nácvik. Tato skutečnost mluví jasně ve prospěch návštěvní služby, která skýtá příležitost, prostor a dostatek času pro edukaci, praktický nácvik úkonů péče o dítě, naslouchání a nalézání řešení problémů a to v nejbližším sociálním prostředí rodiny, což je výhoda oproti péči poskytované v ambulanci. Navíc osobní kontakt sestry a matky v domácím prostředí umožňuje okamžitě reagovat na nejistotu a zoufalství matek a výrazně se podílí na získání důvěry a motivace překonávat obtíže. Uvedenými výsledky se potvrdila hypotéza H2, že existuje statisticky významný vztah mezi mírou vědomostí a výskytem problémů v průběhu prvního roku života dítěte.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké potřeby má matka, novorozenec a kojeneček v domácím prostředí. Zjištěné potřeby úzce souvisely s očekáváním matek od návštěvní služby, které zahrnovalo potřebu získat zpětnou vazbu, ujistit se ve správnosti postupů péče o dítě, nechat se zkontrolovat, zda o dítě pečují dobře, potřeba naučit se kojít, potřeba povzbuzení a psychické opory, poradenství, edukace, potřeba být informován, potřeba přijímat péči v domácím prostředí bez nutnosti cestování do ordinace. Návštěvní služba v rodinách se jeví jako nejefektivnější možnost saturace těchto potřeb,

kteřé jsou spíše psychického rázu než fyzického, z čehož vyplývá, že v jejich uspokojení bude zásadní roli hrát dostatek času, příjemná a uvolněná atmosféra domova, otevřená komunikace a soukromí. V domácím prostředí je matka uvolněná, otevřená, nebojí se ptát a diskutovat se sestrou. Sestra se může matce plně věnovat a má jasnou představu o prostředí, kde bude o dítě pečováno. Navíc jsou eliminovány rušivé elementy v podobě zvonění telefonu či klepání na dveře ordinace. Potřeby matek se liší v závislosti na jejich předchozí zkušenosti s mateřstvím a rodičovstvím, kdy prvorodičky potřebují více informací než vícerodičky. Výsledky výzkumu potvrdily hypotézu H1, že edukační potřeby prvorodiček a vícerodiček v oblasti péče o dítě se liší.

Třetím cílem bylo zjistit názor matek na poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců. Názor matek nebyl jednoznačně pozitivně převažující. Přestože počet matek, které by o návštěvu v domácnosti stály, je větší, zůstává poměrně vysoký počet těch, které návštěvu odmítají. Matky nemají jasnou představu o tom, co návštěvní služba obnáší. Chybí jim osobní zkušenost a informace a mnohdy mají zbytečné obavy. Je proto důležité přesvědčit matky o výhodách a benefitech návštěvní služby, poskytnout důležité informace o jejím průběhu a významu. Výsledky výzkumu prokázaly, že názor matek na návštěvní službu není ovlivněn jejich předchozí zkušeností s mateřstvím, čím se nepotvrdila H3, že existuje rozdíl v názoru na návštěvní službu u prvorodiček a vícerodiček.

Čtvrtým cílem bylo zjistit názor sester pracujících v ambulancích PLDD na poskytování návštěvní služby u novorozenců a kojenců. Zde výsledky výzkumu ukázaly, že názor sester je výrazně ovlivněn jejich osobní zkušeností s tímto druhem péče, čím se potvrdila H4, že existuje statisticky významný vztah mezi osobní zkušeností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců. Sestry, které poskytovaly návštěvní službu, také nepochybovaly o jejím významu, na rozdíl od sester, které návštěvy nevykonávaly a měly tendenci k jejímu zápornému hodnocení a nepřikládání patřičného významu. Bylo prokázáno, že názor sester není ovlivněn jejich odborností, čím se nepotvrdila H5, že existuje statisticky významný vztah mezi odborností sester a jejich názorem na návštěvní službu u novorozenců a kojenců, ani

délkou jejich praxe, čím se nepotvrdila H6, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou praxe sester a jejich názorem na potřebnost návštěvní služby u novorozenců a kojenců.

Vzhledem k tomu, že se v současnosti nevykonává důsledně návštěvní služba u novorozenců a kojenců, bylo by žádoucí podrobit současný model preventivní péče o novorozence a kojence kritické analýze a vhodně jej doplnit o intervence návštěvní služby, což by ale vyžadovalo navýšit počet dětských sester, vytvořit standardizované postupy, funkční dokumentaci a vyřešit otázku financování. Již nyní je možné zvýšit úroveň spolupráce dětské sestry, laktiční poradkyně a dalších odborníků.

Obnovení pozice dětské sestry pro návštěvní službu, ale i další činnosti v rámci komunity, by ve spolupráci s pediatry pomohlo doplnit to, co nám velmi schází. Matky potřebují někoho, kdo by jim pomohl, vedl je, vyslechl, psychicky podpořil, naučil je, jak o dítě pečovat a pomohl jim vyřešit problémy. Komunitní sestra má nezastupitelnou úlohu v podpoře zdraví dětí a rodin. Je naším úkolem zasadit se o to, aby i naše rodiny měly možnost plně čerpat z jejich vědomostí a dovedností, stejně jako je tomu v zahraničí.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AASHEIM, V. et al, 2013. Experience of childbirth in first – time mothers of advanced age – a Norwegian population – based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13(1), doi.org/10.1186/1471-2393-13-53.
2. ADAM, R., 2008. Skin Care of the Diaper Area. *Pediatric Dermatology*. 25(4), 427-433. doi: 10.1111/j.1525-1470.2008.00725.x.
3. AKSU, H, KÜÇÜK, M. a DÜZGÜN, G., 2011. The effect of postnatal breastfeeding education /support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. *Journal of Maternal-Fetal*. 24(2), 354-361. doi: 10.3109/14767058.2010.497569.
4. ALLIGOOD, M. R., 2013. *Nursing Theory utilization and application*. St. Louis, Missouri: Elsevier, 746 s. ISBN 978- 0 323 09189-3.
5. ALLIGOOD, M. R., 2014. *Nursing Theorists and their work*. St. Louis, Missouri: Elsevier, 746 s. ISBN 978- 0 323 09194-7.
6. ASTON, M. L., 2002. Learning to Be a Normal Mother: Empowerment and Pedagogy in Postpartum Classes. *Public Health Nursing*. 19(4), 284-293. doi: 10.1046/j.1525-1446.2002.19408.x.
7. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

8. BASAVANTHAPPA, B.T., 2007. Nursing Theories. New Delhi, India: Jaypee Brothers Medical Publishers, 409 s. ISBN 81-8061-963-X.
9. BASAVANTHAPPA, BT., 2008. Community health nursing. New Delhi: JAYPEE, 2008. 1104 p. ISBN 81-8448-096-2.
10. BIERMANN, Ch., RABEN R., 2006. *Maminkou ve čtyřiceti?* 1. vyd. Praha: Portál, 178 s. ISBN 80-736-7075-5.
11. BLUME-PEYTAVI, U., M. J. CORK, J. FAERGEMANN, J. SZCZAPA, F. VANACLOCHA a C. GELMETTI., 2009. Bathing and cleaning in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*. 23(7), 751-759. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03140.x.
12. BOLEDOVIČOVÁ, M., 2008. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 103 s. ISBN 978-80-8063-246-9.
13. BOLEDOVIČOVÁ, M, ZRUBCOVÁ, D. et al., 2009. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre. 400 s. ISBN 978-80-8094-576-3.
14. BONUCK, K, STUEBE, A. et al., 2014. Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity. *American Journal of Public Health*. 104(1), 119. doi: 10.2105/AJPH.2013.301360.

15. BORROW, S, MUNNS, A. a HENDERSON, S., 2011. Community-based child health nurses: An exploration of current practice. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 40(1), 71-86. ISSN 1037-6178.
16. BOWLBY, J., 2010. *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál. 360 s. ISBN 978-80-7367-670-4.
17. BROŽÍKOVÁ, R., 2016. *Úloha dětské sestry v komunitní péči o novorozence*. Diplomová práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mária Boledovičová.
18. BROŽOVÁ, J., 1953. Co dělá dětská sestra v poradně?. *Zdravotnická pracovnice*. 1953, 3(1), 679-680. ISSN 0049-8572.
19. Clinical Guidelines and evidence review for postnatal care: *Routine postnatal care of recently delivered women and their babies*. 2006. London: National collaborating Centre for primary care and Royal College of general practitioners (UK).
20. COUNTERMINE, M, DOUGLAS, M. T., 2010. Sleep arrangements and maternal adaptation in infancy. *Infant mental health journal*. 31(6), 647-663. doi: 10.1002/imhj.20276.
21. CROSS-BARNET, C, AUGUSTYN, M. et al., 2012. Long-Term Breastfeeding Support: Failing Mothers in Need. *Maternal*. 16(9), 1926-1932. doi: 10.1007/s10995-011-0939-x.

22. DEMOTT, K. et al., 2006. Postnatal Care: Routine postnatal care of recently delivered women and their babies. NICE Clinical Guidelines, No. 37. London: National collaborating Centre for primary care and Royal College of general practitioners (UK), 393 s. [online]. [cit. 2018-3-4]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>
23. DENIS, A., M. PONSIN a S. CALLAHAN., 2012. The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive*. 30(4), 388-397. doi: 10.1080/02646838.2012.718751.
24. DOPORUČENÍ PRO ČASNÉ PROPUŠTĚNÍ. 2018. [online]. [cit. 2018-5-4]. Dostupné z: http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Casne_propusteni.pdf
25. DORT, J. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni. 238 s. ISBN 978-80-7043-044-9.
26. DROUIN, K. H., 2013. The situated mother: Evolutionary theory and feminism as complementary components to understanding breastfeeding behavior. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*. 7(4), 326-335. doi: 10.1037/h0099186.
27. DUNOVSKÝ, J., 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 279 s. ISBN 9788071692546.

28. ELLIS, I., CHATER, K., 2012. Practice protocol: Transition to community nursing practice revisited. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 42(1), 90-96. ISSN 1037-6178.
29. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství- teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
30. FENDRYCHOVÁ, J., 2010. Bezpečnost ošetrovatelských postupů - koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. 11(2), 126-128 s. ISSN 1803-5264.
31. FENDRYCHOVÁ, J., 2006. Péče o kůži novorozenců. *Pediatric pro praxi*. 7(3), 167-170. ISSN 1803-5264.
32. FITZPATRICK, J, KAZER M. W., 2012. *Encyklopedia od nursing research*. New York: Springer, 699 s. ISBN 978-0-8261-0750-3.
33. FORCHUK, Ch., DORSAY, J. P., 1995. Hildegard Peplau mens family systems nursing: innovation in theory-based practice. *Journal of Advanced Nursing*. 21(1), 110-115. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21010110.x.
34. FULLERTON, J. T., KILLIAN, R, GASS, P. M., 2005. Outcomes of a Community – and Home-Based Intervention for Safe Motherhood and Newborn Care. *Health Care for Women International*. 26(7), 561-576. doi: 10.1080/07399330591004881.
35. GARDNER, M, DEATRICK, J., 2006. Understanding Interventions and Outcomes in Mothers of Infants. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 29(1), 25-44. doi: 10.1080/01460860500523756.

36. GILLERNOVÁ, I. et al., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
37. GODFREY, J. R., LAWRENCE, R. A., 2010. Toward Optimal Health: The Maternal Benefits of Breastfeeding. *Journal of Women's Health*. 19(9), 1597-1602. doi: 10.1089/jwh.2010.2290.
38. GREGORA, M., PAULOVÁ, M., 2008. *Péče o novorozence a kojence*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2564-2.
39. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
40. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
41. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D., 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4773-6.
42. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
43. HANKEOVÁ, R., 1954. Dětská sestra v terénu. *Zdravotnická pracovnice*. 4(9), 572. ISSN 0049-8572.

44. HANNULA, L, KAUNONEN, M, TARKKA, M., 2008. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. 17(9), 1132-1143. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x.
45. HANSON, S. M. H., GEDALY-DUFF, V., KAAKINEN, J. R., 2005. *Family Health Care Nursing : Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: F. A. Davis Copany. ISBN 0-8036-1202-8.
46. HANZLÍKOVÁ, A., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 80-8063-257-X.
47. HEAMAN, M, CHALMERS, K. et al., 2006. Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*. 55(3), 291-300. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03914.x.
48. HJÄLMHULT, E, LOMBORG, K., 2012. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26(4). doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x.
49. HEŘMANOVÁ, J. a kol. (2012). *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
50. HNILICOVÁ, H; DOBIÁŠOVÁ, K. a E. TULUPOVA. 2012. Primární péče a podpora zdraví v ČR. *General Practitioner / Praktický Lekar*. 92(10-12), 565-572. ISSN 0032-6739.
51. HOGG, S., 2014. Understanding and responding to excessive crying. *International Journal of Birth and Parent Education*. [online]. [cit. 2018-5-4]. Dostupné z:

<https://ijbpe.com/index.php/news/469-understanding-and-responding-to-excessive-crying>

52. HOLZEMER, P. S., KLAIBERG, M., 2014. *Community health nursing: An Alliance for Health*. Burlington: Jones & Bartlett, 379 s. ISBN 978-1-4496-5177-0.
53. HORANSKÝ, V., ŠPÁNIK, J., 1975. *Pediatrics pre prax*. Martin: Osveta. ISBN 70-073-78-8.
54. HORMANN, E., 2007. Sleeping with Your Baby: A Parent's Guide to Co-sleeping. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 34(4), 355-356. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00199_2.x.
55. HRVOLOVÁ, V., 1975. Obvodná detská sestra - verejný činiteľ. *Zdravotnícká pracovnice*. 25(12), 735- 736. ISSN 0049-8572.
56. CHAN, S. W. C., HOLROYD, E., 2011. Chinese primiparous women's experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. *Journal of Clinical Nursing*. 20(9/10), 1481-1489. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03415.x.
57. CHICH – HSIU HUNG et al., 2011. Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*. 20(5-6), 666 – 674. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03555.x.

58. ILDARABADI, E, MOONAGHI, H. K. et al., 2013. The process of community health nursing clinical clerkship: A grounded theory. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*. 18(6), 457 - 462. ISSN: 2228-5504.
59. JACK, S. M., DICENSO, A, LOHFELD, L., 2005. A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*. 49(2), 182-190. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03278.x.
60. JACK, S. M. et al., 2015. British Columbia Healthy Connections Project process evaluation: a mixed methods protocol to describe the implementation and delivery of the Nurse-Family Partnership in Canada. *BMC Nurs*. [online] 14(47). doi: 10.1186/s12912-015-0097-3.
61. JACKSON, D, DARBYSHIRE, F., 2006. Life in the 'familyfriendly' 21st Century: Finding the balance between work and family. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 23(2). ISSN 1037-6178.
62. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100s. ISBN 978-80-247-2150-7.
63. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
64. KIEDROŇOVÁ, E., 2007. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha: Grada. Šťastné dítě. 304 s. ISBN 80-247-1210-5.

65. KERVIN, B. E, KEMP, L., PULVER, L. J., 2010. Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 46(3), 85-91. doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01643.x.
66. KIEHL, E. M., WHITE, M. A., 2003. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 17(2), 96-103. ISSN 1471-6712.
67. KORFMACHER, J, GREEN, B. et al., 2008. Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. *Child & Youth Care Forum*. 37(4), 171-196. doi: 10.1007/s10566-008-9057-3.
68. KOTWAL, F. et al., 2008. Clinikal audit on babies admitted to paediatrics unit at crosshouse hospital within 7 days of birth. *British journal of medical practioners*. 1(2), 38-41. ISSN: 1757-8515.
69. KRONBORG, H, VÆTH, M, KRISTENSEN, I., 2012. The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing*. 29(4), 289-301. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x.
70. KYLIE, L., GREENWOOD, J., 2013. Breastfeeding benefits for mother and infant: A literature review. *New Scholar: The Journal for Undergraduates in Health and Social Care*. 1(1), 16-17. ISSN 2050-0955.
71. LAKTAČNÍ LIGA., 2014. Deset kroků k úspěšnému kojení [online]. © 2014 [cit. 2014-7-6]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php>

72. LAKTAČNÍ LIGA., 2017. Report: Kojení v ČR. [online]. © 2018 [cit. 2018-1-6].
Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/kojeni-v-cr/report-kojeni-cr/>
73. LANGMEIER, J, KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
74. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 992 s. ISBN 80-247-0668-7.
75. LIU C. C., CHEN Y. C., YEH Y. P. et al., 2012. Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of Advanced Nursing*. 68(4), 908–918. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05796.
76. LÖF, M., SVALENIUS, E., PERSSON, E., 2006. Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 20(3), 323-330. ISSN 1471-6712.
77. MACKEY, S., HATCHER, D. et al., 2013. Primary health care as a philosophical and practical framework for nursing education: Rhetoric or reality?. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 45(1), 79-84. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.79.
78. MARTÍN - IGLESIAS, S. et al., 2011. Effectiveness of an implementation strategy for a breastfeeding guideline in Primary Care: cluster randomised trial. *BMC Family Practice*. 12(1), 144-151. doi: 10.1186/1471-2296-12-144.

79. MASOPUSTOVÁ, Z., MAREŠOVÁ, J., 2008. Excesivní pláč kojenců. *Pediatric pro praxi*. 9(6), 394 – 397. ISSN 1803-5264.
80. MASTERS, K., 2014. *Role development in Professional Nursing Practice*. Burlington : Jones & Barlett, 312 s. ISBN 978-1-4496-9150-9.
81. McDONALD, S., SLADE, P. et al., 2011. Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*. 32(3), 141-146. doi: 10.3109/0167482X.2011.596962.
82. McMAHON, C. et al., 2011. Older first – time mother and early postpartum depression: a prospective kohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*. 96(5), 1218 – 1224. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.08.037.
83. MEADOWS, P., 2009. Community Health Nursing Great challenges and great opportunities. *American Journal of Nursing*. 109(19), 19. doi: 10.1097/01.NAJ.0000343102.62178.80.
84. MERCER, R. T., 2004. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 36(3), 226-232. ISSN 1547-5069.
85. MERCER, R. T., FERKETICH, S. L., 1990. Predictors of parentel attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*. 15(3), 268-280. doi: 10.1111/1365-2648.ep8529718.

86. MILLS, A., SCHMIED, V. et al., 2012. Connecting, learning, leaving: supporting young parents in the community. *Health & Social Care in the Community*. 20(6), 663-672. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01084.x.
87. MZČR., 2014. *Zdraví 2020 Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Praha: MZČR, 189 s. ISBN: 978-80-85047-48-6.
88. MITROVÁ, K., BRONSKÝ, J., 2014. Vědecké důkazy o prospěšnosti výživy mateřským mlékem. *Czecho-Slovak Pediatrics / Česko-Slovenská Pediatrie*. 69(1), 39-46. ISSN 0069-2328.
89. MORAVCOVÁ, J., 1965. Péče o dítě v terénu. *Zdravotnická pracovnice*. 15(5), 243- 248. ISSN 0049-8572.
90. MOŽNÝ, I., 2002. *Česká společnost*. Praha: Portál, 208 s. ISBN 80-7178-624-1.
91. MPSV. 2014. Národní zpráva o rodině. mpsv.cz [online]. © 2014 [cit. 2014-4-6]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf
92. MUNTAU, A. C., 2014. *Pediatrie*. Praha: Grada, 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
93. MYDLILOVÁ, A., ŠÍPEK, A., WIESNEROVÁ, J., 2011. Srovnání podílů kojených dětí v Baby-friendly a ostatních porodnicích ČR v letech 2000 až 2006. *Czecho-Slovak Pediatrics / Česko-Slovenská Pediatrie*. 66(4), 207-214. ISSN 0069-2328.

94. MYERS, J., 2005. Community children's nursing services in the 21st century. *Paediatric Nursing*. 17(2), 31-34. ISSN 0962-9513.
95. MZČR. 2014. Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. mzcr.cz [online]. © 2014 [cit. 2014-5-6]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/vlada-ceske-republiky-podporila-novy-strategicky-dokument-%E2%80%9Ezdravi-2020-narodni_8689_5.html
96. NANDA International, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
97. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-31>
98. NAUGHTON, D. B., 2005. A Naturalistic Test of Peplau's Theory in Home Visiting. *Public Health Nursing*. 22(5), 429-438. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220508.x.
99. NICOLSON, P., 2001. *Poporodní deprese*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 80-7169-938-1.
100. NILSEN, A. et al., 2011. Characteristics of women who are pregnant with their first baby at an advanced age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 91(7), 881. doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01335.x

101. NOVÁK, T., 2006. *Manželské a rodinné poradenství*. Praha: Grada, 108 s. ISBN 80-247-1316-0.
102. NURSING THEORY., 2013. Maternal Role Attainment Theory [online]. © 2013 [cit. 2014-5-5]. Dostupné z: <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/mercer-maternal-role-attainment-theory.php>
103. PÁNEK, M., 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013. 14(6), 363-366. ISSN 1803-5264.
104. PAVLÍKOVÁ, S., 2005. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
105. PECKOVER, S, MOGOTLANE, S. et al., 2013. Public Health Nursing in the 21st Century: Challenges and Opportunities for Women and Children's Health. *Nursing Research & Practice*. 1-2. doi: 10.1155/2013/939230.
106. PEPLAU, H. E. 1991. *Interpersonal relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: Springer, 360 s. ISBN 9780826179111.
107. PETRUSEK, M., 2007. *Společnosti pozdní doby*. Praha: SLON, 459 s. ISBN 978-80-86429-63-2.
108. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

109. POLÁŠKOVÁ, S., 2005. Péče o kůži novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. 6(2), 84 – 86. ISSN 1803-5264.
110. RAMAN, G, TRIKALINOS, T. et al., 2008. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 149(8), 565-586. ISSN 1539-3704.
111. RAUTIO, S., 2013. Parents' experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [online] 27(4), 927-934. doi: 10.1111/scs.12006. [cit. 2015-11-23]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12006/pdf>.
112. REDSHAW, M, MARTIN, C., 2011. Motherhood: a natural progression and a major transition. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. 29(4), 305-307. doi: 10.1080/02646838.2011.639510.
113. ROKACH, A, SHICK, S., 2014. Families, Children, and Loneliness. *Psychology Journal*. 11(1), 4-12. ISSN 2152-7199.
114. ROSSITER, Ch, FOWLER, C. et al., 2012. Supporting depressed mothers at home: Their views on an innovative relationship – based intervention. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 41(1), 90 - 100. ISSN 1037-6178.
115. RUCHALA, P. L., 2000. Teaching New Mothers: Priorities of Nurses and Postpartum Women. *Journal of Obsteric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 29(3), 265-273. doi: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02048.

116. SAWYER, M. G, BARNES, J. et al., 2013. Nurse perceptions of family home-visiting programmes in Australia and England. *Journal of Paediatrics & Child Health*. 49(5), 369-374. doi: 10.1111/jpc.12197.
117. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
118. SEIFERT, B., N. ŠRÁMKOVÁ, et al., 2012. Studie QUALICOPC - porovnání rozvoje primární péče v 31 evropských zemích. *General Practitioner / Praktický Lékař*. 94(4), 235-237. ISSN 0032-6739.
119. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2013. Potřeba podpory těhotných a matek kojenců. *Ošetrovatel'stvo a porodná asistenciac*. 11(2), 9-11. ISSN 1336-183x.
120. SCHÖNBAUEROVÁ, A., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2015. The role of paediatric nurse in home visiting of newborns and infants in the past – Literary survey Original Research Article, *Kontakt*, 17(4), 241-248. ISSN 1212-4117.
121. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
122. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

123. SIKOROVÁ, L., PLAČKOVÁ, S., 2015. Souvislost mezi expresivním pláčem kojence a rodinnými faktory. *Pediatric pro praxi*, 16(5), 348-350. ISSN 1213-0494.
124. SIVERTSEN, B. et al., 2015. Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: a longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15(2), 129. doi: 10.1186/s12884-015-0577-1.
125. STEVENS, B, GUERRIERE, D. et al., 2006. Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. *Journal of Advanced Nursing*. 53(2), 233-243. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03720.x.
126. STOCKDALE, J, SINCLAIR, M. et al., 2013. Sensitivity of the Breastfeeding Motivational Measurement Scale: A Known Group Analysis of First Time Mothers. *PLoS ONE*. 8(12), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0082976.
127. STOCKER, J., 2011. Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*. 20(5/6), 666-674. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03555.x.
128. STRATEGICKÉ DOKUMENTY PRO VŠEOBECNÉ SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY. 2003. Portfolio inovačních praktik v ošetrovatelství a porodní asistenci primární zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví. 320s. ISBN 80-85047-25-x.
129. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

130. ŠÍN, R., 2012. Primární péče v České republice v letech 2005-2010. *General Practitioner / Praktický Lékař*. 92(2), 97-100. ISSN 0032-6739.
131. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
132. ŠUSTEROVÁ, D., 2010. Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming-in. [online]. © 2018 [cit. 2018-1-6]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-v-edukaci-prvorodicky-vsystemu-rooming-in-450461>
133. ŠVEJCAR, J. a kol., 2009. *Péče o dítě*. 1. vyd. Vydavatelství: Havlíček Brain Team, 320 s. ISBN 9788087109144.
134. TAKÁCS, L., et al. (2011). Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *Epsychologie*. [online]. 5(1):17. [cit. 2018-1-6]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/takacs-et-al.pdf>>. ISSN 1802-8853.
135. THURMAN, S. E, JACKSON ALLEN, P., 2008. Integrating Lactation Consultants into Primary Health Care Services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success?. *Pediatric Nursing*. 34(5), 419-425. ISSN 0097-9805.
136. TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

137. UNICEF. 2014. Breastfeeding [online]. © 2014 [cit. 2014-7-6]. Dostupné z: <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Health-Professionals/Care-Pathways/Breastfeeding/First-two-weeks/Gaining-confidence/>.
138. VASARRI, P. L., 2013. Discharge of the newborn: timing, mode and controls. *Early Human Development*. 89(4), 527-528. ISSN 0378-3782.
139. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty*. Praha: Triton. 443 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
140. VERNY, T. R., WEINTRAUBOVÁ, P., 2013. *Rodičovstvo od počatia*. Bratislava: Pozsony, 296 s. ISBN 987-80-85474-58-9.
141. VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8.
142. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 9. Metodická opatření – Koncepce ošetrovatelství. [online]. Praha: MZ ČR, 2004, 8 s. [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
143. VINCENOVÁ, D., 2007. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi*. 8(2), 116-118. ISSN 1803-5264.
144. VORONINOVÁ, Z., 1959. Návštěvní služba v rodinách. *Zdravotnická pracovnice*. 9(1), 30 – 31. ISSN 0049-8572.

145. VRTBOVSKÁ, P., 2010. *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí*. Praha: SCAN NATANA. 123 s. ISBN 80-86620-20-4.
146. WEBEROVÁ, M., 2004a. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice - 1. část. *Pediatric pro praxi*. 5(3), 118 – 120. ISSN 1803-5264.
147. WEBEROVÁ, M., 2004b. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice - 2. část. *Pediatric pro praxi*. 5(4), 178 – 180. ISSN 1803-5264.
148. WILSSON, M., ADOLFSSON A., 2011. Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit an interview study. *Open Journal of Nursing*. [online] 1, 51-58. [cit. 2015-11-10]. doi:10.4236/ojn.2011.13007. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/OJN>.
149. WHO. 2013. *Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century*. Paris: WHO, 180 s. ISBN 978 92 890 0279 0.
150. WHO. 2014. Deklaration of Alma-Ata. [who.int/en/](http://www.who.int/en/) [online]. © 2014 [cit. 2014-4-6]. Dostupné z: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
151. Zdraví 21, cíl 1- 9. [online]. © 2014 [cit. 2014-4-2]. Dostupné z: http://www.khsolc.cz/files/091zdravi_21_cil_1_9.pdf
152. NZIS. 2016. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru: praktický lékař pro děti a dorost 2007-2015 NZIS REPORT č. K/18 (09/2016)

153. ZRUBCOVÁ, D. et al., 2013. *Ošetrovateľská starostlivosť v komunite*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konstantína Filozofa, 248s. ISBN 978-80-558-0234-3.
154. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovateľstvo teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin: Osveta. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

8 Seznam zkratek

MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA	Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association)
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů (The United Nations Children's Fund)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Otázky k rozhovoru- matky

Příloha 2: Otázky k rozhovoru- sestry

Příloha 3: Dotazník matky

Příloha 4: Dotazník sestry

Příloha 1: Otázky k rozhovoru- matky

Identifikační údaje

- 1) Kdo vám pomáhal v prvním roce po porodu?
- 2) Odkud jste čerpala informace o péči o dítě?
- 3) S jakými problémy jste se potýkala v prvním roce života?
- 4) Jak jste řešila tyto problémy?
- 5) Jak proběhla 1. návštěva pediatrem po příchodu z porodnice?
- 6) Využila jste služby laktačního poradenství?
- 7) V jakých oblastech jste potřebovala edukovat?
- 8) Jak se na rodičovství adaptoval váš partner?
- 9) Jaký je váš názor na návštěvní službu?

Příloha 2: Otázky k rozhovoru- sestry

Identifikační údaje

- 1) Jaký je váš názor na potřebu návštěvní služby u novorozenců a kojenců v současnosti?
- 2) S jakými problémy z oblasti péče o dítě přicházejí matky do vaší ordinace?
- 3) Jakým způsobem probíhá první vyšetření novorozence po příchodu z porodnice ve vašem zařízení?
- 4) Za jakých podmínek si umíte představit, že by vaše zařízení poskytovalo návštěvní službu u matek novorozenců a kojenců?

Příloha 3: Dotazník matky

Milé maminky,

Jmenuji se Andrea Schönbauerová a jsem studentkou doktorského programu Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož cílem je získat informace o stavu a průběhu návštěvní služby u novorozenců a kojenců. Dotazník je součástí mé disertační práce, která se věnuje roli komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku. Pokud není uvedeno jinak, označte prosím jen **jednu odpověď**. Velice děkuji za vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku. Mgr. Andrea Schönbauerová

1. Jak byste ohodnotila s ohledem na osvojení dovedností péče o novorozence délku pobytu v porodnici?

- a) krátká b) přiměřená c) dlouhá

2. Ovlivnila délka pobytu v porodnici vaše ztotožnění se s rolí matky?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

3. Domníváte se, že míra poskytnutých informací o péči o dítě při propuštění z porodnice byla pro vás dostačující pro odchod do domácího prostředí?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

4. Jak byste ohodnotila míru vašich vědomostí v níže jmenovaných oblastech při propuštění z porodnice? (označte křížkem příslušné místo v tabulce)

Oblast edukace	1 Žádné vědomosti	2 Minimální vědomosti	3 Střední vědomosti	4 Velmi dobré vědomosti	5 Vynikající vědomosti
Technika kojení					
Odsávání mateřského mléka					
Uskladnění odsátého mateřského mléka					
Umělá mléčná výživa					
Přebalování					
Hygienická péče					
Oblékání					
Spánek					
Péče o pupeční pahýl					
Prevence náhlého úmrtí novorozence					
Bezpečná manipulace s dítětem					

5. Kdo vám pomáhal v prvních týdnech po porodu s péčí o dítě?

- a) nikdo, vše jsem musela zvládat sama
- b) partner
- c) moje matka
- d) partnerova matka
- e) jiný rodinný příslušník
- f) jiné.....

6. Kde jste získávala informace v oblasti péče o dítě?

- a) od mé matky
- b) od partnerovy matky
- c) od sestry u dětského lékaře
- d) četbou odborných knih, časopisů
- e) na internetu
- f) od kamarádek
- g) jiné.....

7. Jakým způsobem vám byly poskytnuty informace o péči o dítě v rámci preventivních prohlídek u praktického dětského lékaře?

- a) pouze ústně
- b) ústně s praktickou ukázkou
- c) formou letáku, brožury
- d) jiné.....

8. Označte v tabulce, nakolik byly pro vás uvedené problémy v průběhu prvního roku závažné.

Problém	1 vůbec ne	2 trochu	3 středně	4 velmi	5 maximálně
Nedostatečné kojení s nutností dokrmování umělým mlékem					
Ukončení kojení a krmení výhradně umělým mlékem					
Problémy s prsy při kojení(zánět prsu, ragády na bradavce...)					
Neprospívání dítěte, malé hmotnostní přírůstky					
Problémy se zaváděním nemléčných příkrmů (zelenina, ovoce, obiloviny...)					
Neutišitelný pláč dítěte					
Kolika, bolesti břicha					
Opruzeniny na rizikových místech (genitálie, kožní záhyby...)					
Strach z manipulace s dítětem					
Obava, zda je dítě dostatečně oblečené					
Problémy se spánkem dítěte					

9. Jak dlouho jste plně kojila své dítě?

- a) více než 12 měsíců
- b) 7– 12 měsíců
- c) 2- 6 měsíců
- d) méně než 6 týdnů
- e) vůbec nekojila

10. Využila jste během prvního roku po porodu služeb laktačního poradenství?

- a) ano (pokračujte otázkou č. 11)b) ne (pokračujte otázkou č. 12)

11. Jaká forma laktačního poradenství vám byla poskytnuta?

- a) osobní návštěva poradkyně doma
- b) osobní návštěva u poradkyně, případně v mateřském centru apod.
- c) telefonická konzultace
- d) e-mailové poradenství, webová poradna

12. Měla jste v rámci preventivních prohlídek u praktického dětského lékaře možnost se zeptat na věci, v kterých jste si nebyla ohledně péče o dítě jistá?

- a) ano, vždy se mi sestra aktivně věnovala a zodpovídala dotazy
- b) ano, ale odpovědi sestry byly velmi stručné
- c) ano, ale měla jsem pocit, že obtěžuji a sestra odpovídala ve spěchu
- d) ano, ale vždy jsem se při tom cítila hloupě a méněcenná
- e) většinou ne, neodvážila jsem se zeptat
- f) jiné.....

13. Uvítala byste, kdyby vás v prvních dnech po příchodu z porodnice navštívila doma dětská sestra?

- a) ano (následuje otázka č. 14)b) ne (následuje otázka č. 15)

14. V čem se domníváte, že by vám mohla být dětská sestra při návštěvě nápomocná?

- a) poskytla by mi důležité informace ohledně péče o dítě
- b) zkontrolovala by, zda je můj postup v péči o dítě správný
- c) poskytla by mi psychickou oporu
- d) zkontrolovala by mi techniku kojení a pomohla vyřešit obtíže s kojením
- e) jiné.....

15. Z jakého důvodu byste si nepřála návštěvu dětské sestry u vás doma?

- a) narušilo by mi to soukromí
- b) bylo by to pro mne stresující kvůli úklidu, pořádku
- c) měla bych pocit, že jde k nám kontrolovat naše bytové zařízení apod.
- d) měla bych obavu, zda dítě mohla mimo ordinaci pořádně vyšetřit
- e) jiné.....

16. Jakým způsobem proběhlo první vyšetření dítěte po příchodu z porodnice?

- a) v ordinaci praktického lékaře (následuje otázka č. 18)
- b) v domácím prostředí- vyšetřeno lékařem (následuje otázka č. 17)
- c) v domácím prostředí- vyšetřeno dětskou sestrou (následuje otázka č. 17)
- d) po telefonu (následuje ot.č. 18)
- e) jiné.....

17. Z jakého důvodu proběhlo první vyšetření u vás doma?

- a) je to tak běžná praxe našeho praktického lékaře
- b) na vlastní žádost- náročný porod
- c) na vlastní žádost- nepřízeň počasí, dopravní obtíže
- d) na vlastní žádost i přes to, že by nebyl problém se dopravit do ordinace
- e) jiné.....

18. Jaká by podle vás měla být ideální frekvence návštěv dětské sestry v domácnosti?

- a) pouze v případě první návštěvy po propuštění z porodnice
- b) pouze v šestinedělí 1x týdně
- c) v průběhu prvních šesti měsíců, kdy v šestinedělí by byla návštěva 1x týdně, dále 1x měsíčně
- d) v průběhu prvního roku, kdy v šestinedělí by byla návštěva 1x týdně, dále 1x měsíčně
- e) jiné

19. Váš věk

- a) 18-25b) 26-30c) 31-35d) 35 a více

20. Rodinný stav

- a) svobodná b) vdaná c) ve vztahu druh-družka
- d) rozvedená e) vdova

21. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní b) středoškolské bez maturity (vyučena)
- c) středoškolské s maturitou d) VOŠ e) vysokoškolské

22. Kolik máte dětí?

- a) 1b) 2c) 3d) 4 a více

23. Místo bydliště

- a) vesnice b) město (do 50 tisíc obyvatel) c) město (nad 50 tisíc obyvatel)

24. Kraj, kde žijete

- a) Hlavní město Praha
- b) Středočeský
- c) Jihočeský
- d) Plzeňský
- e) Karlovarský
- f) Ústecký
- g) Liberecký
- h) Královéhradecký
- i) Pardubický
- j) Olomoucký
- k) Moravskoslezský
- l) Jihomoravský
- m) Zlínský
- n) Kraj Vysočina

Příloha 4: Dotazník sestry

Vážené sestry,

Jmenuji se Andrea Schönbauerová a jsem studentkou doktorského programu Ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož cílem je získat informace o stavu a průběhu návštěvní služby u novorozenců a kojenců ve vaší ordinaci. Dotazník je součástí mé disertační práce, která se věnuje roli komunitní sestry v péči o novorozence, kojence a matku. Pokud není uvedeno jinak, označte prosím **jen jednu odpověď**. Velice děkuji za vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku. Mgr. Andrea Schönbauerová

1. Do jaké míry souhlasíte s tímto konstatováním: Při návštěvní službě v domácím prostředí sestra aktivně naslouchá matce, vede s ní rozhovor a trpělivě odpovídá na její dotazy. Zároveň zkontroluje zdravotní stav dítěte, techniku kojení a prostředí, v němž dítě bude vyrůstat. Hlavním cílem této činnosti je pomoci matce ve ztotožnění se s rolí matky a upevnit vědomosti a dovednosti správné péče o dítě, což pozitivně působí na její sebevědomí a pocit jistoty.

- a) Souhlasím b) Spíše souhlasím
- c) Spíše nesouhlasím d) Nesouhlasím

2. Jak probíhá ve vaší ordinaci první vyšetření novorozence po příchodu z porodnice?

- a) v ordinaci po telefonické domluvě
- b) v domácím prostředí- návštěvu vykoná lékař
- c) v domácím prostředí- návštěvu vykoná sestra a lékař
- d) v domácím prostředí- návštěvu vykoná sestra
- e) jiné.....

3. Zvete si matky s novorozenci a kojenci na preventivní prohlídky v ordinaci v době, která je pro tento účel zvlášť určená, aby nedocházelo ke kontaktu nemocných a zdravých dětí?

- a) ano, vždy
- b) ano, ale výjimečně si je zveme i do běžného provozu, využíváme však samostatný vchod do ordinace a čekají na chodbě, ne v čekárně
- c) určené hodiny máme, ale běžně si je zveme i do ordinacních hodin pro nemocné
- d) ne, nemáme určené ordinacní hodiny pro prevenci

4. Počet preventivních prohlídek je daný zákonem. Jaký máte názor na současný počet preventivních prohlídek u dítěte v prvním roce života?

- a) myslím si, že počet prohlídek je dostatečný
- b) myslím si, že by mělo být více prohlídek
- c) myslím si, že by stačilo méně prohlídek

5. Máte případy, kdy musíte navýšit počet preventivních prohlídek (např. kvůli převážení, kontrole novorozenecké žloutenky, neprospívání...)

- a) ano, často b) ano, ale pouze ojediněle c) ne

6. Myslíte si, že matky odcházejí z porodnice dostatečně edukované v péči o dítě?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

7. Jak byste ohodnotila míru vědomostí matek v níže jmenovaných oblastech při propuštění z porodnice? (označte křížkem příslušné místo v tabulce)

Oblast edukace	1 žádné vědomosti	2 minimální vědomosti	3 základní vědomosti	4 velmi dobré vědomosti	5 vynikající vědomosti
Technika kojení					
Odsávání mateřského mléka					
Uskladnění odsátého mateřského mléka					
Umělá mléčná výživa					
Přebalování					
Hygienická péče					
Oblékání					
Spánek					
Péče o pupeční pahýl					
Prevence náhlého úmrtí novorozence					
Bezpečná manipulace s dítětem					

8. Myslíte si, že délka pobytu v porodnici má vliv na míru vědomostí a dovedností při správné péči o novorozence?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

9. V současné době je obvyklá minimální délka pobytu v porodnici 72 hodin. Jaký je váš názor?

a) je to velmi krátká doba b) pro prvoroďičky je krátká, pro víceroďičky přiměřená
c) pro prvoroďičky i víceroďičky je přiměřená d) je to dlouhá doba, stačilo by méně

10. S jakými problémy se setkáváte ve vaší ordinaci u matek novorozenců a kojenců? Označte na číselné škále, jak často se s problémem setkáváte.

Problém	1 Vůbec se nesetkáváme	2 Zřídka se setkáváme	3 Často se setkáváme	4 Velmi často se setkáváme	5 Pravidelně se setkáváme
Nedostatečné kojení s nutností dokrmování formulí					
Ukončení kojení a krmení výhradně formulí					
Problémy s prsy při kojení (zánět prsu, ragády na bradavce...)					
Neprospívání dítěte, malé hmotnostní přírůstky					

Problémy se zaváděním nemléčných příkrmů (zelenina, ovoce, obiloviny...)					
Neutišitelný pláč dítěte					
Kolika, bolesti břicha					
Opruzeniny na predilekčních místech					
Strach z manipulace s dítětem					
Obava, zda je dítě dostatečně oblečené					
Problémy se spánkem dítěte					
Jiné.....					

11. Jak edukujete matky v péči o dítě ve vaší ordinaci?

- a) pouze ústně
- b) ústně s praktickou ukázkou
- c) formou letáku, brožury
- d) jiné.....

12. V jakém období podle vás potřebuje matka kojence nejvíce podpory a informací?

- a) v prvních dnech po příchodu z porodnice
- b) celé šestinedělí
- c) v prvním půlroce
- d) celý první rok
- e) jiné.....

13. Který výrok dle vašeho názoru nejlépe vystihuje podstatu návštěvní služby u novorozenců a kojenců?

- a) Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí za účelem důkladné kontroly zdravotního stavu dítěte (včetně hmotnosti), hygienické úrovně domácnosti a základního vybavení pro dítě.
- b) Při návštěvní službě sestra hodnotí zdravotní stav dítěte, bytové poměry rodiny a předává zjištěné informace sociální pracovníci.
- c) Návštěvní služba zahrnuje osobní návštěvu sestry v domácím prostředí, kdy zhodnotí zdravotní stav dítěte, zkontroluje kojení, vede rozhovor s matkou a v případě potřeby poskytne odborné poradenství, upozorní na možná rizika v prostředí dítěte a navrhne případná preventivní opatření.

14. Poskytujete ve vaší ordinaci návštěvní službu u novorozenců a kojenců?

- a) ano, vždy
- b) ano, ale na žádost matky (náročný porod, rizikový novorozenec, nepřízeň počasí...)
- c) ano, ale pouze u případů, kde je doporučeno sociální šetření
- d) ne (následuje otázka 15)

**15. Z jakého důvodu neposkytujete návštěvní službu u matek novorozenců a kojenců?
(můžete označit více odpovědí)**

- a) matky si to nepřejí
- b) není na to čas
- c) nemáme kvalifikovanou dětskou sestru
- d) není to dostatečně finančně ohodnocené
- e) je to náročné na vykonání (cestování, transport pomůcek)
- f) v domácím prostředí nejsou ideální podmínky pro vyšetření dítěte
- g) jiné.....

16. Myslíte si, že má vykonávání návštěvní služby svůj význam?

- a) ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) ne

17. Váš věk

- a) 22 – 30 let b) 31 – 35 let
- c) 36 – 40 let d) 41 a více let

18. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství

- a) Střední zdravotnická škola b) Vyšší odborná škola
- c) Vysokoškolské – Bc.d) Vysokoškolské – Mgr.

19. Vaše odbornost

- a) všeobecná sestra
- b) dětská sestra
- c)

20. Délka praxe v ordinaci PLDD

- a) 0 – 5 let b) 6 – 10 let c) 11 let a více

21. Kraj, kde se nachází vaše ordinace:

- a) Hlavní město Praha
- b) Středočeský
- c) Jihočeský
- d) Plzeňský
- e) Karlovarský
- f) Ústecký
- g) Liberecký
- h) Královéhradecký
- i) Pardubický
- j) Olomoucký
- k) Moravskoslezský
- l) Jihomoravský
- m) Zlínský
- n) Kraj Vysočina

