



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální Fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

## Bakalářská práce

Priority sester a matek po porodu v oblasti edukace

Vypracovala: Tereza Ludašová  
Vedoucí práce: Mgr. Andrea Schönbauerová

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

Edukace v ošetrovatelství je velmi důležitá, obzvláště po porodu, kdy je žena vystavena úplně nové životní fázi. Spousta žen si po porodu neví rady, a proto je role porodní asistentky, jako edukátorky velice důležitá. Porodní asistentka by měla být pro matku oporou, poskytnout matce radu a pomoci se vším, co nová matka potřebuje.

V teoretické části mé práce je věnována pozornost edukaci, vymezení pojmů v edukaci a pojmu učení. Dále je zde popsán edukační proces a zároveň jeho srovnání s procesem ošetrovatelským. Největší část teoretické práce se věnuje období šestinedělí, které je ještě rozděleno na fyziologické, patologické a pozdní. Ve fyziologickém šestinedělí jsou zmíněny především involučních změny a celkové změny v organismu, dále jsou zde popsány psychické změny, které v šestinedělí u matek nastávají. Fyziologické šestinedělí obsahuje také kapitulu laktaci a kojení, které je stručně popsáno ve dvou podkapitolách. Další kapitolou je patologické šestinedělí, které popisuje nejčastější problematiku, se kterou se můžeme v šestinedělí u matky po porodu setkat. Řadíme mezi ně krvácení, infekce, cévní komplikace, psychické změny, poruchy laktace a onemocnění prsů. Samozřejmě se můžeme u matek po porodu setkat se spoustou dalších komplikací, tato kapitola obsahuje jen ty nejčastější. Poslední kapitolou této části je pozdní šestinedělí, kde je popsána péče v domácím prostředí. Dále se práce věnuje novorozenci. Matku po porodu zajímají veškeré informace o dítěti, a proto se v této kapitole věnují jak prvnímu ošetření novorozence, tak i péči o novorozence na stanici novorozenců. V kapitole popisují jednotlivé úkony na novorozenci, které by matka před propuštěním do domácího prostředí měla zvládat samostatně.

Výzkumná část této bakalářské práce se zaměřuje na zjištění nejdůležitějších oblastí edukace z pohledu matky a sester a porovnává jejich priority.

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativního šetření, sběr dat byl uskutečněn v šesti nemocnicích Jihočeského kraje prostřednictvím anonymních dotazníků. Všechny dotazníky byly rozdány zvláště ženám po porodu a zvláště sestrám. Před samotným zasláním dotazníků do nemocnic byla podána Žádost o výzkum hlavním sestrám vybraných nemocničních zařízení. Výzkumný soubor tvořilo 100

(100 %) žen po porodu a 100 (100 %) sester. Veškeré výsledky dotazníkového šetření byly zpracovávány pomocí grafů a tabulek. Hypotézy byly ověřeny statistickým testem chí- kvadrát v programu Microsoft Excel. Bylo posouzeno, zda rozdíl pozorovaných a očekávaných četností je statisticky významný, a to výpočtem dosažené hladiny statistické významnosti, tzv. p-hodnoty za použití funkce CHITEST. P-hodnota byla převedena na procenta a porovnána s hladinou významnosti 5%. Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejdůležitější oblasti edukace z pohledu porodní asistentky, dětské sestry a ženy po porodu. Dalším cílem bylo stanovení rozdílů v prioritách edukace u žen po porodu, porodních asistentek a dětských sester. Hypotéza 1 *Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a porodních asistentek*. Tato hypotéza se potvrdila. Priorita porodních asistentek je hygiena a priorita matek po porodu je výživa novorozence. Hypotéza 2 *Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a dětských sester*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Priorita dětských sester je výživa novorozence stejně jako priorita matek po porodu. Hypotéza 3 *Priorita edukace u matek po porodu se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím*. Tato hypotéza byla potvrzena. Prvorodička udává z 63% za prioritu u novorozence výživu a za prioritu v péči o sebe umění kojit. Druhorodička považuje za svou prioritu v péči o novorozence v 18% manipulaci a z 12% v péči o sebe hygienu. Hypotéza 4 *Priority edukace u porodních asistentek se liší v závislosti na délce praxe*. Tato hypotéza byla potvrzena. Porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí v rozmezí 0 – 10 let, udávají v 66% za prioritu hygienu. Porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí déle jak 11let udávají ve 14% stravování a pitný režim. Hypotéza 5 *Priority edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe*. Tato hypotéza byla potvrzena. Dětské sestry pracující na oddělení v rozmezí 0 - 10 let udaly v 32% za prioritu bezpečí novorozence. Sestry pracující na oddělení díle jak 11 let, udávají ve 22% za prioritu výživu novorozence.

Výsledky výzkumu bakalářské práce mohou sloužit jako materiál pro porodní asistentky, jako doporučení ke zlepšení edukace matky po porodu. Nebo mohou posloužit matkám jako edukační materiál. Využit je ale rovněž mohou budoucí porodní asistentky, které se rozhodují o svém povolání. Poznatky, které vplynuly

z výzkumného šetření, je možné prezentovat na seminářích a vědeckých konferencích porodních asistentek a dětských sester.

**Klíčová slova: edukace, porodní asistentka, šestinedělí, fyziologický novorozenec, Sestra.**

## **Abstract**

Education in nursing is very important, especially after childbirth when woman is exposed to a whole new point of her life. A lot of women after childbirth are uncertain and the role of a midwife as an educator is meaningful. Midwife should be supportive, be able to provide advices and help new mother needs.

The theoretical part of my work is dedicated to definitions in education, its concept and learning. Further the educational process as well as its comparison with the nursing process. Most of my theoretical part focuses on puerperium period, further divided into physiological, pathological and late. In physiological puerperium period are discussed involuntional changes mainly and changes of body overall. Physiological puerperium also contains a chapter of lactation and breastfeeding, which are briefly described in two separate sections. Another chapter is pathological puerperium which describes the most frequent problems mothers can experience after childbirth, like bleeding, infection, vascular complications, emotional changes, lactations disorders and breast diseases. There are some other complications mothers can experience, but these are the most common. The last chapter of this section is a late puerperium, where we discuss home care. The further topics are dedicated to the newborn. Mothers after childbirth are always really interested in any information they can get, so next chapter is devoted to the first care of a newborn. This section describes various acts that mothers discharged from hospital should be able to manage by themselves.

The practical research part focuses on finding the most important areas of education from the perspective of mothers and nurses and compares their priorities. The survey was carried out using a quantitative survey, data collection was conducted in six hospitals of the South Bohemian region through anonymous questionnaires. All of them were distributed separately to postpartum/puerperium women and separately to nurses. Before sending questionnaires to hospitals there was sent an official application to Head nurses. The research sample consisted 100 (100%) of mothers after childbirth and 100 (100%) of nurses. All the results of the survey were processed using graphs and tables. Hypotheses were verified by statistical Chi-squared test in Microsoft excel. To assess whether the difference observed and expected frequencies is

statistically significant was achieved by using calculating level of statistical significance ie. p-value using functions CHITEST. P-values were converted to percentages and compared with a significance level of 5 %. The aim of the thesis was to identify the most important areas of education from the perspective of midwives, nurses and postpartum women. Another objective was to set out to determine the differences in priorities of education for women after childbirth, midwives and pediatric nurses.

Hypothesis 1 *There are differences in priorities of education among mothers after childbirth and midwives.* This hypothesis was confirmed. Midwife's priority is hygiene and postpartum mother's priority is newborn nutrition. Hypothesis 2 *There are differences in priorities of education among mothers after childbirth and pediatric nurses.* This hypothesis was not confirmed. The priority of both mothers after childbirth and pediatric nurses is newborn nutrition. Hypothesis 3 *Priority of education of mothers after childbirth varies depending on previous experience with motherhood.* This hypothesis was confirmed. The priority of 63% of all primiparas is newborn nutrition and knowing how to breastfeed. The other mother's priorities are in 18% newborn manipulation and in 12% self- hygiene. Hypothesis 4 *Priorities of education of midwives varies depending on the length of experience.* This hypothesis was confirmed. The priority of midwives working in the postpartum department between 0-10 years is hygiene in 66%. The priority of midwives working in the postpartum department for longer than 11 years is in 14% nutrition. Hypothesis 5 *Priorities of education of pediatric nurses varies depending on the length of experience.* This hypothesis was confirmed. The priority of pediatric nurses with 0-10 years of experience is newborn safety in 32%. The priority of nurses with more than 11 years of experience is newborn nutrition in 22%.

The results of this thesis can serve as material for midwives such as recommendations for improving the education of mothers after childbirth. Or can be served as an educational material to mothers. Findings of the research can be presented as seminars and scientific conferences of midwives and pediatric nurses.

**Keywords: education, midwife, postpartum, puerperium, newborn.**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6.5.2015

.....

(Tereza Ludašová)

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Schönbauerové za její trpělivost a ochotu vést mou bakalářskou práci. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za čas, který mi věnovali. Na závěr bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se podílely, na mém výzkumu a věnovaly mi svůj čas.



<b>Obsah</b>	
<b>Úvod</b>	<b>10</b>
<b>1. Současný stav</b>	<b>11</b>
1.1 Pojem edukace	11
1.1.1 Vymezení základních pojmů v edukaci	12
1.1.2 Učení	13
1.1.3 Porodní asistentka v roli edukátorky	14
1.1.4 Metody a formy edukace v ošetrovatelství	14
1.1.6 Oblasti edukace v období šestinedělí	17
1.2 Fyziologické šestinedělí	18
1.2.1 Involuční změny pohlavních orgánů	19
1.2.2 Změny extragenitálních orgánů, celkové změny v organismu ženy	20
1.2.3 Psychické změny	22
1.2.4 Laktace	22
1.2.5 Kojení	23
1.3 Patologické šestinedělí	25
1.3.1 Krvácení v šestinedělí	26
1.3.2 Infekce v šestinedělí	27
1.3.3 Cévní komplikace v šestinedělí	28
1.3.4 Psychické poruchy v šestinedělí	28
1.3.5 Poruchy laktace a onemocnění prsů	29
1.4 Pozdní šestinedělí	30
1.4.1 Hygiena v šestinedělí	30
1.4.2 Stravování v šestinedělí	31
1.4.3 Cvičení v šestinedělí	31
1.4.4 Sex po porodu	32
1.4.5 Antikoncepce v šestinedělí	32
1.5 Péče o novorozence	33
1.5.1 První ošetření novorozence po porodu	33
1.5.2 Pobyť novorozence na oddělení šestinedělí	35
<b>2. Cíle práce</b>	<b>38</b>
2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy	38
<b>3. Metodika</b>	<b>39</b>
3.1 Použitá metodika	39
3.2 Výzkumný soubor	39
3.3 Sběr a zpracování dat	39
<b>4. Výsledky</b>	<b>41</b>
4.1 Výsledky porodních asistentek	41
4.2 Výsledky dětských sester	47
4.3 Výsledky matek	54
4.4 Statistické zpracování a ověření hypotéz	61
<b>5. Diskuze</b>	<b>67</b>
<b>6. Závěr</b>	<b>72</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b>	<b>74</b>
<b>8. Seznam tabulek</b>	<b>79</b>
<b>9. Seznam příloh</b>	<b>80</b>

## Úvod

Edukace neboli výchova, vyučování, vzdělávání atd. je v dnešním zdravotnictví nezastupitelný pojem. Výchova a vzdělávání zdravotnických pracovníků je velmi důležitá pro další předávání informací pacientům. Pomocí edukace obecně pomáháme pacientům ke zlepšení jejich zdravotního stavu, napomáháme k prevenci nozokomiálních nákaz, zkrácení doby hospitalizace. Pokud je pacient plně informován o svém zdravotním stavu, zná metody léčby, je léčba efektivnější. V posledních letech se celkově na edukaci klade velký důraz ve všech oborech ve zdravotnictví. Významnou rolí, která se dostává do popředí, je role sestry jako psychologa v oblasti s vážně nemocným pacientem.

Proto edukace po porodu hraje velkou roli v předání informací, dovedností a zkušeností matkám, které si na novou roli teprve zvykají. Edukační role porodní asistentky je nedílnou součástí její profese. Tuto roli by měli provádět kvalifikované, zodpovědné a profesionální porodní asistentky.

Šestinedělí neboli puerperium je tzv. „Poporodní období“, ve kterém se tělo ženy po porodu vrací do stavu před otěhotněním. Tělo ženy během těhotenství prodělá mnoho velkých změn a proto je na návrat do původního stavu potřeba nejméně 6 týdnů – proto období šestinedělí. Šestinedělí ženě přináší jak krásné tak i velmi těžké chvíle, kdy si musí zvykat na novou roli matky, zvládat péči o novorozence a péči sama o sebe. Ženy mívají často obavy, hormonální výkyvy nálad, strach, jsou unavené a musí zvládat i péči o domácnost a eventuálně další dítě. Zde zastává velkou oporu a pomoc hlavně otec dítěte, rodina a také porodní asistentka. Porodní asistentka má za úkol ženu podpořit, být jí nápomocná, vstřícná a chápavá. Každá žena je individuální, a proto přístup porodní asistentky k ženám je též individuální. Zde hraje svou roli už zmíněná edukace. Porodní asistentka ženu edukuje v oblastech hygieny, vyprazdňování, správného stravování, kojení atd. Tyto získané dovednosti by měla po správné edukaci žena uplatnit i později v domácím prostředí.

Další část bakalářské práce je věnována edukaci v péči o novorozence, kterou provádí většinou dětské sestry, kde největší část je věnována kojení. Kojením se upevňuje pouto mezi matkou a dítětem, které je důležité pro zbytek jejich života.

# 1. Současný stav

## 1.1 Pojem edukace

Pojmem edukace se v latinském jazyce rozumí slovo *educare*, které znamená výchovu a vyučování. Výchova nebo i vyučování vede k pojmu vzdělávání. Vzdělávání je pojem, při kterém si jedinec osvojuje dané dovednosti, znalosti. Všechny tyto pojmy se navzájem podmiňují. Edukace spočívá hlavně v získání nových dovedností a zkušeností (Juřeníková, 2010).

Pojem edukace lze také definovat jako: „ *Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (Juřeníková, 2010, str. 9). Dle Průchy je výchova definována jako „*proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.*“ (Průcha, 2009, Str. 345). Pokud chceme znát a dobře praktikovat edukační činnost v ošetrovatelství, je nedílnou součástí zaměření se i na obor zvaný pedagogika. Z oboru pedagogika vychází veškerá podstata edukace. Za zakladatele pedagogiky byl považován Johann Friedrich (1776 – 1841).

“ *Pedagogika je sociální věda, která se zabývá edukační realitou, tj. zkoumá edukační procesy probíhající v různých edukačních prostředích. Edukační prostředí se vzájemně odlišují typem zúčastněných subjektů, obsahem, formami a intenzitou edukačních procesů a použitím různých edukačních konstruktů. Tyto odlišnosti vyvolaly vznik a rozvoj specifických pedagogických disciplín a výzkumných témat pedagogické vědy.*“ (Průcha, 2009, str. 15). Jednou z pedagogických disciplín je i didaktika, která se zabývá jak procesem vzdělávání, tak procesem učení, díky kterému si daný jedinec osvojuje vědomosti (Nemcová, 2010). Hlavní úlohou edukace v ošetrovatelství a porodní asistenci je předcházení nemoci a udržování zdraví jedince. Edukace je tedy velmi důležitá při primární, sekundární a terciární prevenci (Šulistová, Třešlová, 2012).

Edukaci můžeme rozdělit na dva základní typy. Základní edukaci, kde vyučujeme o daném tématu poprvé a jedinec přijímá zcela nové informace. Druhým typem je reedukace, která znamená, že daný jedinec již byl s danou problematikou obeznámen,

ale podané informace pro něj nejsou dostačující a dané téma potřebuje znovu prodiskutovat (Juřeníková, 2010).

### *1.1.1 Vymezení základních pojmů v edukaci*

Vzdělávání v ošetrovatelství je obvykle řízené, kdy jeho první stupeň probíhá formou heterodidaktiky, tj. formou posluchač, student; kdy žák je řízen lektorem nebo učitelem. Druhým stupněm vzdělávání je forma audiodidaktická a vyznačuje se tím, že si ji klient řídí sám, tzn. formou sebevzdělávání. Vzdělávání neřízené probíhá formou sledování televize, rozhlasu, sledování internetu apod. Tímto lze získat zkušenosti a prožitky, které pomohou doplnit a rozšířit získané vzdělání (Špirudová, 2006).

Terapeutická edukace pacienta se řadí mezi medicínsko – pedagogickou činnost, kterou provádí výhradně specialista. Terapeutická edukace předává pacientovi znalosti, praktické dovednosti a obsahuje nácvik. Edukaci mohou po speciálním školení praktikovat sestry, lékaři, učitelé ale i rodinní příslušníci (Slezáková, 2007, str. 50).

Poté máme pojem edukátor, který je tzv. „vedoucí“ dané edukační aktivity. Je to osoba, která předává dané informace a vzdělává edukanty. Pojem edukační prostředí se chápe jakékoliv prostředí, kde je klid, vhodné osvětlení, příjemná atmosféra a dostatečně velký prostor pro edukaci. Edukační prostředí si volí edukátor (Juřeníková, 2010).

Edukaci lze rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární edukace se zaměřuje na zdravé jedince, a cílem primární prevence je hlavně předejít danému onemocnění. U sekundární prevence se edukace zaměřuje na již nemocné jedince, kteří se snaží v důsledku prevence zlepšit kvalitu jejich života, získat více znalostí a dovedností o daném onemocnění a snažit se o uzdravení. A u terciální prevence je edukace zaměřená na jedince s nevratným onemocněním, zaměřuje se hlavně na zlepšení kvality jejich života (Dušová, 2005).

Specifické role sestry se rozdělují na, sestra poradkyně, sestra konzultantka, sestra pedagog. Sestra poradkyně vede a řídí péči o pacienta s určitým onemocněním. Dále má

zodpovědnost za dokumentaci, organizuje různá sezení, radí v odborné pomoci. Stará se o dodání všech potřebných pomůcek na oddělení, spolupracuje se sestrami a lékaři (Nemcová, 2010).

Sestra jako konzultantka je pro pacienty odborným poradcem, konzultuje s nimi a radí jim s problémy. Sestra jako pedagog má roli edukátorky. Přípravuje pro pacienty individuální plány, uskutečňuje edukační setkání. Všechny tyto role sester se navzájem doplňují. Významnou rolí, která se dostává do popředí, je role sestry jako psychologa. Tato role se uplatňuje, když sestra komunikuje s vážně nemocným pacientem i jeho rodinou, poukazuje na vzdělanost v oblasti psychologie, z oblasti komunikace jak verbální tak neverbální, mezilidských vztahů a umění poskytnout pomoc druhým (Nemcová, 2010).

### *1.1.2 Učení*

Slovem učení si vždy nemusíme vybavovat nechuť a námahu, pokud známe metody, které jsou pro náš mozek nejlepší k přijímání nových informací lze tomu přizpůsobit i metody učení. Učení se tak pro nás stane lehčím a zábavnějším (Reinhaus, 2013).

Učení se podle formy může rozdělit na učení bezděčné a záměrné. Učení záměrné je pro nějaký účel, jako například učení na zkoušku. Druhem učení může být učení podmiňováním, které je ze všech učení nejjednodušší, učíme se na základě podmíněných reflexů, to znamená, že si jedinec tímto způsobem učení může vytvořit například fobie, nebo se toto učení děje na základě instrumentálního a zástupného podmiňování, které se stává reakcí na určitou činnost. Jedinec se tedy učí pozorováním. Mezi další druh učení řadíme senzomotorické učení. Tímto učením získáváme dovednosti na celý život, například plavání, jízda na kole a určité výkony ve zdravotnictví. Pokud bude edukátor seznamovat edukanty tomuto učením, je důležité, aby je nejprve s danou dovedností seznámil, a poté názorně předvedl i s vysvětlením. Při téhle fázi učení mohou nastat fixační chyby, které se pokud k nim dojde, velmi špatně odstraňují. Pro učení je důležitá motivace, která donutí jedince k aktivitě. Vnitřní motivací si sám jedinec dokazuje potřebu se něčemu naučit, ale při vnější motivaci

je potřeba nějaké osoby (edukanta), která jedince povzbuzuje k učení. Důležitým faktorem pro učení je zpětná vazba, která slouží k zopakování a uchování nových poznatků. Pro učení máme známé zásady, které bychom měli dodržovat, jako jsou například: učit se s chutí a radostí, učit se svědomitě, učit se v příjemném prostředí, větratelné místnosti. (Juřeníková, 2010).

### *1.1.3 Porodní asistentka v roli edukátorky*

Výchova a vzdělávání zdravotnických pracovníků je velmi důležitá a klade se na ni velký důraz. Hraje velkou roli v léčbě pacienta. Pokud je pacient plně informován o svém zdravotním stavu a zná metody léčby, je léčba efektivnější. Doba léčení a rekonvalescence je kratší (Svěráková, 2012).

Tato role je pro porodní asistentku velmi náročná, jak po psychické tak i fyzické stránce. Je tedy důležité, aby porodní asistentka byla v dané problematice vzdělaná. Role edukátorky vyžaduje náhled i do psychologie a pedagogiky. Aby porodní asistentka byla dobrým edukátorem, je nutné, aby splňovala náležité předpoklady jako například: empatie, komunikativnost, dobrá organizační schopnost, zodpovědnost, samostatnost (Šulistová, Trešlová, 2012). Z uvedených příkladů je zřejmé, že tato role je velmi náročná a stát se takovým edukátorem není jednoduché. Aby byla porodní asistentka dobrým edukátorem měla by si zajistit dobrý kontakt s budoucí matkou, získat si její důvěru, projevovat o ni neustálý zájem a přesvědčit ji ke spolupráci. (Dušová, 2005). Edukační role porodní asistentky je nedílnou součástí pro její profesi, tuto roli by měli provádět kvalifikované, zodpovědné a profesionální porodní asistentky (Nemcová, 2010).

### *1.1.4 Metody a formy edukace v ošetrovatelství*

Pojem metoda určuje, jakým způsobem dosáhneme určitého cíle. V edukaci slovem metoda určujeme, jakým způsobem předáváme klientům znalosti a dovednosti. Formou

se rozumí uspořádání výuky. Výběr edukační metody je zvolen dle osobnosti pacienta, je vybrán dle jeho vědomostí o dané problematice. Vybraná metoda musí být použitelná v praxi. Edukační metody bychom mohli rozdělit do tří skupin. První skupinu tvoří metoda mluveného slova, obsahem jsou výklady a diskuse. Druhou skupinu zaujímá metoda audiovizuální, kde pro uplatnění této metody jsou různé prezentace na plátně, nosiče CD, DVD a podobně. Jako třetí edukační metoda je metoda formou tištěných materiálů. Tištěný materiál v podobě plakátů, letáků, brožur a tak dále (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

Mezi formy edukace řadíme formu individuálního působení, nebo formu skupinovou, a jako poslední lze využít formu distančního učení – E-learning. V nemocničním zařízení nejvíce využíváme metodu mluveného slova. Výhodou této metody je, že pacient k sestře naváže bližší vztah. V této metodě není vhodné používat odborné výrazy, protože by nám pacient nerozuměl, je důležité mluvit pomalu a zřetelně (Juřeníková, 2010; Svěráková, 2012).

#### *1.1.5 Porovnání Edukačního a Ošetřovatelského procesu v ošetřovatelství*

*„Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování.“* (Bastable, 2008, str. 11). Ošetřovatelský proces a edukační proces mají paralelní fáze, ale mají rozdílné cíle a účel (viz tabulka 1). Ošetřovatelský proces se zaměřuje na plánování a realizaci péče založené na potřebách pacienta. Naproti tomu, edukační proces se zaměřuje na plánování a realizaci vyučování založené na pacientově potřebě v učení. Edukační i ošetřovatelský proces se rozděluje do čtyř fází. Jednotlivé fáze níže popisují retrospektivně, protože poslední fáze procesu je výsledkem nastavených cílů, které jsou určeny ve fázi první. Ošetřovatelský proces se v poslední fázi zhodnocení zaměřuje na fyzické a psychosociální potřeby pacienta, na rozdíl od edukačního procesu, který se v této fázi soustřeďuje na učební potřeby a učební styly pacienta. Ve druhé fázi plánování je v ošetřovatelském procesu vytvořen

plán péče o pacienta. Třetí fází edukačního procesu je vytvoření učebního plánu. Realizace neboli fáze třetí v ošetřovatelském procesu popisuje intervence sestry za standardních postupů. V edukačním procesu při fázi realizace dochází k edukaci za využití pomůcek a vzdělávacích metod. První fází je fáze hodnocení, která v ošetřovatelském procesu udává a stanovuje fyzické a psychosociální výsledky. Edukační proces určuje změny v chování, znalostech, postojích a dovednostech. Toto porovnání procesů sestavil Bastable (Bastable, 2008).

První fází edukačního procesu si stanovíme, koho a proč je potřeba edukovat. Musíme si určit, jaké učební styly jsou pro našeho daného pacienta vhodné. Cílem této fáze je osobní kontakt s pacientem. Pacienta musíme nejprve osobně poznat a porozumět mu. Je důležité od pacienta zjistit, v jaké zdravotní situaci se nachází, dále je nezbytné zjistit míru motivace. Poté můžeme stanovit cíl edukace. Pokud máme úspěšně stanovený cíl, můžeme se vydat do druhé fáze plánování. V téhle fázi, je důležitá domluva s pacientem. Společně s ním se domluvíme na čase, cílech, které je vhodné dosáhnout, na postupu edukace a na metodě edukace. V třetí fázi aplikujeme vybranou metodu a pomůcky, pacient si osvojuje znalosti a dovednosti. Sestra při této fázi kontroluje a hodnotí, jak si pacient vede, zda se u pacienta neobjevují problémy v přijímání informací. Také je důležité pacienta chválit, abychom zvýšili potřebu motivace. A na závěr přecházíme k fázi hodnocení, kde pacient ohodnotí své dosažené výsledky. Sestra pacientovi po dobu edukace poskytuje podporu, poskytuje veškeré informace, hodnotí pacienta, poskytuje zpětnou vazbu a motivuje k získávání nových informací (Šulistová, Trešlová, 2012).



**Tabulka 1: Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu**

	<b>Ošetrovatelský proces</b>	<b>Edukační proces</b>
I. Hodnocení	Stanovuje fyzické a psychosociální výsledky	Určuje změny v chování, znalostech, postojích a dovednostech
II. Plánování	Vytvoření plánu péče o pacienta.	Vytvoření učebního plánu.
III. Realizace	Intervence sestry za standardních postupů	Edukace za využití pomůcek a vzdělávacích metod
IV. Zhodnocení	Zhodnocení efektivity ošetrovatelského plánu	Zhodnocení efektivity edukačního plánu.

**Zdroj: převzato z (Bastable, 2008)**

### *1.1.6 Oblasti edukace v období šestinedělí*

Porodní asistentky, které jsou součástí ošetrovatelského procesu, plní řadu různých rolí, například plní roli asistentky lékaře, koordinátorky ošetrovatelské péče a také působí v oblasti výchovy a vzdělání pacientů (Svěráková, 2012).

Porodní asistentka v roli edukátorky se zaměřuje nejen na tělesnou stránku pacientky, ale také na psychickou, sociální a duchovní. Vnímá pacientku jako bio-psycho-sociální jednotku. Edukace pacientek by měla obsahovat podporu pacientky a pomoc při zvládání strachu a úzkosti, dále by porodní asistentka měla předat pacientce potřebné znalosti a dovednost (Eggová, 2010).

Pacientka po spontánním porodu bývá převezena na oddělení šestinedělí, na kterém má po celou dobu hospitalizace novorozence u sebe, tzv. rooming – in. Tento systém umožňuje matce zcela porozumět potřebám novorozence, tím si osvojí zásady správné manipulace s novorozencem. Systém rooming – in poskytuje matkám především úzký kontakt s novorozencem. Porodní asistentka je tedy s matkou po celou dobu služby a snaží se jí vše správně vysvětlit, například: jak správně uchopit novorozence, přiložit k prsu, koupání, přebalování... (Šusterová, 2010).

Porodní asistentka edukuje klientku o dodržování pitného režimu, může doporučit vhodné pitné nápoje (ovocné či bylinné čaje, čaje pro kojící matky a podobně). Také poučí o vyvarování se kyselých nápojů z důvodu alergické reakce u novorozence. Dále

je nezbytné edukovat matku v oblasti hygieny, která je v šestinedělí potřebná z důvodu odchodu očištěných, které jsou infekční. Edukovat matku by porodní asistentka měla i v oblasti třídění znečištěného prádla a odpadu. Hygiena se spojuje s péčí o šití hráze, které by matka měla udržovat v čistotě. Důležitá oblast edukace je stravování matek v šestinedělí, řádně ji poučit a vysvětlit co může konzumovat a čemu by se naopak měla vyhnout. Po stavování přichází také vyprazdňování, které v šestinedělí může působit velké problémy. Edukace se týká péče o prsa, které jsou důležité pro kojení (Slezáková, 2011).

## 1.2 Fyziologické šestinedělí

Období šestinedělí (odborně Puerperium) je období šesti týdnů po porodu, kdy se tělo matky vrací do stavu před otěhotněním. Ženě v období šestinedělí se říká „šestinedělka“ nebo také jen „nedělka“ (Koudelková, 2013). Jak už bylo řečeno, tělo ženy se postupně vrací zpět do původního stavu. Šestinedělí zpravidla začíná porodem placenty. Někteří autoři označují jako začátek šestinedělí IV. dobou porodní. Roztočil se ve své knize kloní spíše k metodě první a to porozením placenty (Roztočil, 2008). „*Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické změny mizí a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním.*“ (Čech, 2006. Str. 153).

Šestinedělí rozdělujeme na časné, které trvá 7 dní po porodu a na pozdní, které končí 42. dnem po porodu. V šestinedělí mohou nastat různé komplikace (např. infekce, krvácení, zhoršené hojení episiotomie, zánět prsou...), hovoříme pak o nepravidelném šestinedělí. Šestinedělí bez komplikací se označuje za pravidelné (Koudelková, 2013).

Období šestinedělí je v mnoha kulturách rozdílné. Je především ovlivněno tradičními zvyky. Tyto zvyky nejsou pouhou domněnkou různých kmenů a přírodních národů, ale tyto stopy sahají i do moderního ošetřovatelství. Některé zvláštnosti kmenů se navrací do našich podmínek. Jedná se například o mumifikování části pupečníku, ze kterého se tvoří amulet pro novorozence (Roztočil, 2008).

### 1.2.1 Involuční změny pohlavních orgánů

Děloha v období těhotenství prodělává největší změny. Mnohonásobně se zvětšuje, díky své elasticitě a maximálně prokrvuje. Děloha těhotné ženy váží okolo 1000g, v období šestinedělí se zmenší až na váhu kolem 80g. Po porodu se děloha nachází v oblasti pupku. Po týdnu se děloha přesune 2-3 prsty pod pupek a po 10. dnech je děloha zcela nehmatná (Roztočil, 2008, Slezáková, 2011). Proces zmenšování dělohy je nazýván jako zavinování dělohy. K procesu zavinování dělohy je potřeba děložního svalu neboli poporodní stahy. U prvorodiček jsou tyto stahy nezpozorovatelné, víceroďičky už tyto stahy pociťují jako tlak v břiše (Pařízek, 2006). Tyto děložní stahy jsou podmíněné hormonem oxytocinem, který se vyplavuje do těla kojením. Proto může žena při kojení pociťovat bolesti břicha. Nežádoucím stavem při zavinování dělohy může být plný močový měchýř, nebo plný obsah střev. Proto je velmi důležité chodit močit pravidelně, a to i bez potřeby nutkání. Potřeba na stolicí se objevuje zhruba 2 – 3 den po porodu (Slezáková, 2013). V šestinedělí z dělohy odcházejí očišky, které obsahují povrchovou nekrotickou vrstvu endometria, viz tabulka 2.

**Tabulka 2: charakter očištěk v průběhu šestinedělí**

Název očištěk	Charakter očištěk	Období šestinedělí
Lochia cruera (rubra)	krev	první hodiny po porodu
Lochia sanguinolenta (fusca)	vodnatě krvavé	v 1. týdnu
Lochia seropurulenta (flava)	nažloutlé, převaha leukocytů	v 2. týdnu
Lochia serosa (alba)	bělavé, bez erytrocytů i leukocytů	ve 3. týdnu
Lochia mucosa	hlen	od 4. týdne

**Zdroj: převzato z: (Slezáková, 2011).**

Dalším orgánem je pochva, která se při vaginálním porodu obvykle velkým rozpínáním poškodí množstvím trhlinek (Pařízek, 2006). Pochva se po vaginálním porodu vrací do původního stavu zhruba za 3 týdny, je po porodu méně pružná a má vyhlazené slizniční řasy. Třetí den po porodu se do dutiny děložní dostává bakteriální flóra (Čech, 2006).

Ve vejcovodech v těhotenství ubývá řasinkový epitel, ale naopak dochází k hypertrofii svaloviny, to způsobuje vysoká hladina steroidů v těhotenství. Po porodu se zvýší nárůst řasinkového epitelu, a to díky estrogenní stimulaci (Roztočil, 2008). Vejcovody se v období těhotenství nacházejí podél děložních hran, jsou prosáklé a silné na prst. V období šestinedělí poklesnou zpět do malé pánve, svalové buňky ubývají a nejsou prosáklé (Čech, 2006).

V období těhotenství a kojení se činnost vaječnicků zastaví, tudíž nedochází k uvolňování vajíčka a zároveň k menstruaci (odborně amenorea). Menstruace se ovšem může dostavit i v období kojení (Pařízek, 2006).

U vulvy po porodu mizí pigmentace a prokrvení zevních rodidel. Pánevní dno je silná vrstva svalů, která po porodu bývá značně ochablá, popřípadě v ní můžou být trhlinky. Návrat pružnosti a elasticity může trvat více dnů, ale nikdy nedosáhne stavu před otěhotněním. To způsobuje uložení dělohy níže v dutině břišní (Pařízek, 2006; Čech, 2006).

Břišní stěna bývá po porodu také ochablá. Elasticita a tonus příčných svalů se vrací po 6-7 týdnech. Pro zpevnění břišních svalů je důležité cvičení po porodu. Na stěně břišní mohou být po porodu drobné pajizévky (strie), které postupně vyblednou, ale zůstávají. Pigmentace v oblasti pupku také postupně vymizí (Pařízek, 2006).

Drobná poranění porodních cest se hojí velmi rychle, ale při větších poranění se musí rána sešít a proces hojení musí probíhat v čistotě. Proto je důležité ránu hodně mýt a to i několikrát denně, hlavně po každém použití toalety. Také je důležité ránu nezapařit, ale větrat, nosit prodyšné spodní oblečení, nebo žádné. Už za časů našich babiček se dělaly sedací koupele v odvaru z řepíku nebo dubové kůry, proto se doporučují pro hojení ran i dnes (Čepický, 2006; Eliášová, 2008).

### *1.2.2 Změny extragenitálních orgánů, celkové změny v organismu ženy.*

Po porodu je močový měchýř edematózní, překrvený a rozepjatý, proto se močový měchýř nevyprázdňuje dokonale a první dny po porodu v močovém měchýři zůstává reziduální moč. V prvních dnech po porodu vymočí nedělka až 3 litry moči za den. Díky relaxaci břišních svalů a povolených vazů dělohy je snížený tlak na močový

měchýř a tím se jeho kapacita zvyšuje (Čech, 2006). Po porodu se tvorba moči zvýší, aby se z těla vyplavily nadbytečné tekutiny, které se nahromadily během těhotenství. Funkce ledvin a hodnoty kreatinu se vracejí do stavu před otěhotněním do 6 týdnů po porodu. (Eliášová, 2008; Roztočil, 2008). V prvních dvou týdnech po porodu dochází k normalizaci střevní peristaltiky. Běžným procesem v šestinedělí je nadýmání a obstipace. Díky těhotenství a porodu je tonus hladkého svalstva střev oslaben. Oddalování první stolice po porodu je z důvodu strachu z bolesti v souvislosti se suturou, nebo případnými hemoroidy u žen běžné. Po prvním vyprázdnění zaujmou střevní kličky svou polohu, ale zůstávají potíže s vyprazdňováním (Eliášová, 2008; Čech, 2006). V těle klesá celkový obsah krve z 5 – 6 litrů na 4 litry. Nejdůležitější jsou změny ve složení krve. Pokud žena při porodu neztratila větší množství krve, vrací se hemoglobin v průběhu týdne k normě. Leukocyty jsou po porodu mírně zvýšené a zvýší se i erytrocyty. Zvyšuje se i fibrinogen, který vede k náchylnosti tromboembolických komplikací. Existují tři mechanismy, které zabraňují poporodnímu krvácení. Patří mezi ně kontrakce myometria, shlukování krevních destiček a hemokoagulační systém. Hemokoagulační systém je velmi důležitý při odlučování placenty (Čech, 2006; Roztočil, 2008). S porodem placenty dochází k poklesu hormonů. Choriový gonadotropin (hCG) vymizí z těla do 11. – 16. dne po porodu. Také klesá hladina estrogenů a progesteronu, jejichž vzestup má následně na starost laktace. Prolaktin je závislý na kojení, pokud žena kojí, je jeho hladina závislá na intenzitě kojení, pokud žena nekojí, jeho hodnota postupně klesá (Čech, 2006). Svaly jsou bolestivé následkem zvýšené aktivity ve druhé době porodní. Nevhodnou polohou pánve může dojít až k sakralgiím a bolestem svalů dolních končetin. Při nadměrném napětí stěny břišní a břišních lisů dochází k rozestupu přímých břišních svalů. Dále dochází k mineralizačním změnám v souvislosti s kojením a amenoreou (Roztočil, 2008). Ženy ubývají na váze po porodu v průměru o 5 kg, v šestinedělí o další 4 kg. Je to důsledkem ztráty elektrolytů a vody, které se nahromadily v těhotenství. Nejvíce vody žena ztratí první týden po porodu. Dále v šestinedělí klesá hladina bílkovin převážně globulinů (Čech, 2006).

### *1.2.3 Psychické změny*

Období šestinedělí je označováno za psychologicky zvláštní období, ve kterém je velmi zatížena psychika žen, která vychází jak z hormonálních tak fyzických změn a převážně adaptace ženy na roli matky. Psychika hraje roli také ve vyrovnávání se s přijetím novorozence, ke kterému si žena utváří citový vztah. V prvních dnech se žena cítí radostně a uvolněně. Další dny však přinášejí obavy, plačtivost, únavu a smutek. Tyto pocity souvisejí s odpovědností za novorozence a s novou rolí matky. Nejčastěji se u žen objevuje poporodní blues, také se může objevit poporodní deprese, anebo poporodní psychóza (Ratislavová, 2008; Slezáková, 2007).

Poporodní blues, se pokládá, za obvyklý psychický stav po porodu. Tento stav postihne až 80% šestinedělek a může se objevit ještě v nemocnici. Poporodní blues je normální reakce matky na zvládnání situace po porodu. Jeho projevy jsou hlavně plačtivost, úzkost, podráždění, špatná komunikace s okolím, poruchy spánku. Také dochází k negativním pocitům k vlastnímu dítěti. Tyto psychické změny emocí ustupují koncem 10. dne po porodu. Poporodní blues je důležité rozeznat od poporodní deprese, která může postupně navázat (Čepický, 2006; Roztočil, 2008).

Péče porodní asistentky o ženu s poporodním bluesem by měla být individuální. Přístup k ženě je vlídný, a je důležité s ní komunikovat o problémech. Porodní asistentka u ženy kontroluje fyziologické funkce a celkový stav. Dále se snaží dopřát ženě klid na lůžku, dostatek spánku a pravidelný příjem tekutin (Sák, 2008).

### *1.2.4 Laktace*

Prsní žláza se utváří už u embrya starého šest týdnů. Už u plodu starého 32 týdnů, je utvořeno až 25 vývodů a v termínu porodu je mléčná žláza schopna vyprodukovat mléko. Další vývoj a růst mléčné žlázy se děje při každém menstruačním cyklu zhruba do 30 let ženy. O velikosti prsu rozhoduje tuková tkáň, ale o tvorbě mléka tkáň žlázová. Tato žláza zasahuje až do podpaží (Pařízek, 2006). Na produkci mléka se mléčná žláza připravuje v těhotenství. Hormon estrogen způsobí bujení mlékovodů a hormon

progesteron podporuje epitel alveolů. Kojení je způsobeno hormonem prolaktinem, který se uvolňuje při dráždění bradavek novorozencem při sání. Také se při kojení vyplavuje oxytocin, který napomáhá zavinování dělohy. První tekutinou z prsu je mlezivo, které je velmi bohaté na bílkoviny, minerály, které způsobují zlepšení peristaltiky novorozence a tím vypuzení smolky. Mlezivo také obsahuje velké množství protilátek IgA (Čech, 2006). Mlezivo obsahuje soli, které působí na novorozence projímavě, tudíž napomáhá k odchodu smolky. Novorozenec sáním mléka ovlivňuje funkci mléčné žlázy, u které při sání dochází k nervovému dráždění. Informace postupují z bradavky až do míšních kořenů a odtud se informace dostane do hypotalamu, který díky oxytocinu vyvolá kontrakci myoepiteliálních buněk mléčné žlázy a myometria. Během kojení by žena měla jíst pestrou a kvalitní stravu, která obsahuje potřebné látky i pro novorozence. Kojením se prohlubuje biologický i psychosociální vztah k dítěti (Kobilková, 2005).

#### 1.2.5 Kojení

Dle Sb. zákonů číslo 104/1991 ,čl. 24.1, 24.2:“ *Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Matka a dítě mají pak právo na odpovídající péči před i po porodu včetně podmínek, které usnadňují kojení.*“ (Roztočil, 2006, str. 134).

Kojením poskytujeme dítěti nenahraditelnou složku potravy, která je důležitá pro jeho růst a správný vývoj. Mateřské mléko je nejpřirozenějším způsobem výživy dítěte. Mateřské mléko mění během kojení své složení a přizpůsobuje se tak potřebám dítěte. Mateřské mléko obsahuje látky, které chrání dítě před infekcemi a některými nemocemi. Kojení také předchází vzniku alergií, obezity, chudokrevnosti a aterosklerózy. Kojením se především upevňuje pouto mezi matkou a dítětem, které je důležité pro zbytek jejich života. Mateřské mléko má podle všeho dobrý vliv na vývoj a funkci mozku u novorozence. Při kojení se vyplavuje oxytocin, který chrání ženu před rakovinou prsu, vaječnicků a před osteoporózou. Pro matku je kojení hlavně výhodnou a nejrychlejší volbou (Roztočil, 2008).

Mateřské mléko se složením mění a přizpůsobuje tak vývoji dítěte. V prvních dnech se vytváří kolostrum, přechodné mléko a následně zralé mléko. Mateřské mléko se skládá z patřičného poměru cukrů, tuků a bílkovin. Obsah tuků se při jednotlivém kojení mění, obsahují velké množství nenasycených kyselin, které jsou potřebné pro vývoj mozku dítěte. Cholesterol je v mateřském mléce zastoupen velmi bohatě, přesto ho kojené děti mají v těle v malém množství. Cukry jsou zastoupeny pouze v laktóze, která podporuje vývoj CNS a usnadňuje vstřebávání železa a vápníku. Minerály a stopové prvky mateřské mléko obsahuje v postačujícím množství. Dále mateřské mléko obsahuje hormony, enzymy, růstové faktory a obranné látky. Mateřské mléko se rozděluje na přední a zadní. Přední je tzv. na žízeň a obsahuje vodu a cukry. Kdežto zadní je tzv. na hlad proto obsahuje tuky a vitamíny rozpustné v tucích (Sedlářová, 2008).

Během kojení využívá matka různé techniky, které podporují tvorbu mateřského mléka. Nejdůležitější je první přiložení a to do dvou hodin po porodu. Stimuluje se tím produkce mléka a rozvine sací reflex u novorozence. Paní Muntau Ania Carolina ve své publikace uvádí, že by žena měla zpočátku přikládat pouze k jednomu prsu na rozmezí dvou až čtyř minut (Muntau, 2014, str. 55).

Novorozenec by se u prsu neměl nechávat déle než 20 minut, abychom předešli ragádám. Tvorbu mateřského mléka podporuje i časté kojení a úplné vyprázdnění prsu. Otázkou je, jak dlouho dítě kojit? Muntau uvádí přibližně do 4 – 6 měsíců dítěte a od těchto měsíců by se dítěti měl do jídelníčku postupně přidávat lepek. Snižuje totiž riziko vzniku celiakie ( Muntau, 2014).

S technikou kojení se pojí i poloha matky, která je závislá na její pohyblivosti, a velikosti prsů. Poloha novorozence při kojení by měla být vždy vyhovující jak pro něj, tak pro matku. Tělo novorozence je přilepené na tělo matky břichem a pusou by mělo mít v úrovni bradavky. Dítě musí bradavku uchopit plně otevřenou pusou a bradavka musí směřovat až za čelist. Správnou techniku přisání poznáme, když se dítěti hýbou obě uši. Pokud je dítě správně přisáto není třeba prs odtahovat od nosu. Dítě v této poloze může krásně dýchat samo (Dort, 2013). Kojit by se mělo dle potřeby dítěte, ne podle stanoveného harmonogramu. Dítě si samo řekne, když má hlad.



Jak správně uchopit prso? Prso se drží v tzv. písmenu „C“, vypadá to zhruba tak, že palec leží nad dvorcem a zbylé prsty drží prs ze spodu. Prsty by se neměli dotýkat tvorce. Další důležitou zásadou při kojení je, že bychom nikdy neměly přikládat prs k dítěti, ale dítě k prsu (Kudlová, 2005).

Porodní asistentka by se měla řídit postupem „Deset kroků k úspěšnému kojení“, od roku 1994 NCB titul „Baby friendly hospital.“ (Sák, 2008, str. 123)

1. *Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.*
2. *Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.*
3. *Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.*
4. *Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.*
5. *Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.*
6. *Nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje, mimo mateřské mléko, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.*
7. *Praktikovat roaming-in – umožnit matkám i dětem zůstat pohromadě 24 hod. denně.*
8. *Podporovat kojení podle potřeby dítěte.*
9. *Nedávat kojeným novorozencům náhražky, dudlíky.*
10. *Povzbuzovat základní dobrovolných podpůrných skupin matek pro kojení.*

(Sák, 2008, str. 123 – 124)

### **1.3 Patologické šestinedělí**

Ve druhé polovině dvacátého století udělalo moderní porodnictví obrovský pokrok a zamezilo tak vzniku smrtelných komplikací v šestinedělí. Celkově se snížila mortalita i morbidita, ale průběh šestinedělí bez rizik se zaručit nemůže. Proto je nesmírně důležitá prevence (Roztočil, 2008). V šestinedělí může žena onemocnět jakýmkoliv onemocněním, jako jsou infekce, onemocnění cév nebo onemocnění prsou (Pařízek, 2006). Komplikace v šestinedělí můžeme rozčlenit podle doby vzniku na rané (týden po

podrodu) a pozdní (6 -8 týdnů po porodu). Ze všech druhů onemocnění se v následujících kapitolách zaměřím hlavně na krvácení, infekce, tromboembolické nemoci a psychózy v šestinedělí. Dále se budu věnovat i poruchám laktace (Slezáková, 2011).

### *1.3.1 Krvácení v šestinedělí*

Krvácení v šestinedělí se stanovuje při krevní ztrátě větší než 300ml. Vzhledem k odlišnosti příznaků a etiologie krvácení, se krvácení dělí na časné a pozdní. Časné poporodní krvácení nastává zhruba u 5% rodiček a projevuje se dvě hodiny po porodu. Pozdní krvácení se může objevit v prvním týdnu po porodu, nebo výjimečně i později. Během porodu se mohou vyskytnout rizikové faktory, které způsobují poporodní krvácení. Mezi nejčastější rizikové faktory jsou řazeny porod velkého dítěte, klešťový porod, porod při neúplné zašlé brance, vaginální porod po předchozím císařském řezu, sekundárně slabé kontrakce, vícečetné těhotenství, nebo u ženy, která u předchozího porodu trpěla poporodním krvácením. U časného poporodního krvácení může být zdrojem porodní poranění, hypotonie až atonie děložní (Roztočil, 2008; Pařízek, 2006). Mezi pozdní poporodní krvácení řadíme placentární polypy, zánět endometria, menstruaci nebo karcinom děložního čípku (Slezáková, 2011).

Hlavními příznaky poporodního krvácení jsou bolesti v podbříšku, krvácení různé intenzity, febrilie a nauzea. Léčba spočívá v podání uterotonik dále v ošetření poranění a následně revizí dutiny děložní (Slezáková, 2011).

Jak už bylo zmíněno u časného poporodního krvácení, atonie děložní je nejčastější příčinou poporodního krvácení. Příčinou tohoto krvácení je neschopnost dělohy se zavívat. Důležité je přesně diagnostikovat tuto problematiku a vyloučit tak krvácení z trhlín děložního hrdla nebo dělohy. Léčbu nejprve zahájíme děložní masáží, kterou posílíme oxytocinem, prostaglandiny F, které se podávají v infúzi. Pokud tato léčba nezabírá je další možností operativní léčba. Jedná se o hysterektomii s ponecháním adnex. Tuto variantu je potřeba řádně zvážit, jelikož bere ženě možnost dalšího těhotenství (Kobilková, 2005). Tvorba hematomů po porodu je následkem

ruptury cévy a krev se hromadí pod kůží nebo pod sliznicí. Jsou většinou malé, ale bolestivé a dobře viditelné. Je důležitá správná hygiena a užívání antibiotik. Hematomy vznikají na vulvě, v pochvě nebo v širokém vazuu. Při prasknutí hematomu může dojít hemoragickému šoku, který ohrožuje stav pacientky. Při malých hematomech není léčba nutná, ale při velkých je důležité hematomu otevřít, vyčistit obsah a zastavit krvácení (Roztočil, 2008).

### *1.3.2 Infekce v šestinedělí*

Infekce v šestinedělí se vyznačuje převážně teplotou až horečkou. Dříve se infekce v šestinedělí nazývaly „*horečkou omladnic*“. Horečka je příznak zánětlivého procesu jakéhokoli orgánu. Původci infekcí v rodidlech jsou hlavně mikrobi a bakterie. Pokud jsou rodidla infikovaná, může se zánět rozšířit až do dělohy, vejcovodů až na pánevní pobřišnici. Průběh infekce je závislý jak na druhu mikroba, tak na celkové obranyschopnosti matky. Infekce se může projevit jak místně tak i celkově na organismu ženy (Pařízek, 2006). K zánětu můžou být více náchylné ženy se špatnou hygienou, s anémií, s předčasným odtokem plodové vody, či po císařském řezu. Jak už jsem zmínila výše, infekce se můžou projevit lokálně nebo celkově. Mezi lokální způsoby projevu řadíme infekce vulvy a vagíny, infekce dělohy, dolního děložního segmentu, generalizovaný zánět pobřišnice a cévní infekce. Mezi celkové pak už patří pouze sepse v šestinedělí (Kobilková, 2005).

Infekce lokální se projeví zduřením, jsou překrvená rodidla a vytváří hnisavý sekret. Prevencí hnisavé infekce je zvýšená hygiena v šestinedělí a opatření proti přenosu infekce na prsa a novorozence. Infekce může vzniknout i z důvodu městnání očístků v děloze. K tomuto může dojít po porodu, když je děloha stočená dozadu. Příznakem je zvětšená a bolestivá děloha, vysoké horečky se zimnicí a bolesti hlavy. Prevencí je včasné vstávání po porodu (Pařízek, 2006).

Celková infekce neboli septický šok je stav, kdy se infekce dostane do krve a krví se roznáší do celého těla. Je to velmi akutní stav v šestinedělí (Kobilková, 2005).

### *1.3.3 Cévní komplikace v šestinedělí*

Cévní komplikace se v šestinedělí objevují vzácně. Díky těhotenským změnám dochází na cévách k ochabnutí stěny a ke zpomalení průtoku krve v cévách. Zánět cév se rozděluje na povrchový a hluboký (Pařízek, 2006). Jde o bolestivý zánět, který je spojen s utvářením trombu (krevní sraženiny), nejčastěji na dolních končetinách. Tromboflebitida neboli zánět žil v šestinedělí převažuje u žen s obezitou, operačním výkonem, anemií, kouřením nebo těžkou infekcí. Povrchová tromboflebitida je viditelná, postižení žíly jsou bolestivé a nateklé a zarudlé (odborně varixy). Diagnostika spočívá v dopplerovské flowmetrii a následně léčba klidem. Na nemocnou končetinu se nanáší mast. Prevencí varixů je důležité včasné vstávání po porodu (Pařízek, 2006; Roztočil, 2008). Hluboký zánět žil je velmi závažné onemocnění, u kterého hrozí embolizace do plic. Projevuje se bolestivostí, otokem, zvýšenou teplotou a zrychleným pulsem. Největším rizikem je však vznik trombu (krevní sraženina). Klid na lůžku je opět velmi důležitý, dále se nemocná noha bandážuje a ženě jsou podávány antibiotika a léky na snížení krevní srážlivosti (antikoagulancia), (Pařízek, 2006).

### *1.3.4 Psychické poruchy v šestinedělí*

Psychické změny nálad pramení z hormonálních a somatických změn, hlavně z adaptace na novou roli matky (Slezáková, 2011). Ženy po porodu pociťují změnu emocí, které lze dělit do tří skupin a které se mohou překrývat. Rodina často netuší, že může žena i přes tu radostnou událost pociťovat negativní emoce. Dnes se na tyto změny emocí klade velký důraz a je důležité v čas rozeznat příznaky psychické poruchy. Jako jsou například: náhlé výbuchy pláče, únava, vyčerpanost, pocit viny, poruchy spánku... (Pařízek, 2006; Roztočil, 2008).

Mezi nejčastější psychické změny řadíme poporodní deprese a poporodní psychózu. Poporodní deprese postihuje až 10% šestinedělek. Poporodní deprese se může objevit kdykoli během jednoho roku po porodu. Deprese má klasické příznaky od mírné formy po suicidální tendence. Příčiny vzniku poporodních depresí bývají, nízký věk matky

(méně než 20 let), osobní problémy v rodině, vícečetná rodina, sociální problémy a ekonomické problémy v rodině. Ženy mívají pocit, že se o dítě nedokáží postarat a milovat ho, jsou vyčerpané ze samotného porodu, a to vede v sebekritiku. Tento stav se neobejde bez odborné pomoci. Je velmi důležité tento stav včas odhalit a včas začít léčit. (Roztoči, 2008; Anon, 2014).

Poporodní (laktační) psychóza se objevuje velice zřídka, pouze u 0,1 % nedělek. Psychóza je v podstatě druh schizofrenie, dříve se dával do souvislosti s prolaktinem, ale nebylo to potvrzené. Nedělky postihující tento stav měli nebo mají v anamnéze nějaké psychické poruchy. Příznaky se projevují mezi 2. – 3. dnem po porodu, ale není to pravidlem. Mohou se vyskytnout i měsíc po porodu. Příznakem psychózy bývá úzkost s maniodepresivními útoky (střídá se nálada štěstí a smutku) a také halucinace. Takto nemocná žena se léčí na specializovaném oddělení psychiatrie. (Roztočil, 2008; Anon, 2014).

### *1.3.5 Poruchy laktace a onemocnění prsů*

Mateřské mléko je pro novorozence nejideálnější, proto jsou poruchy laktace velmi nepříjemným problémem pro matku i dítě. Poruchy laktace mohou být způsobeny nepravidelnostmi prsů. Pro kojení je u prsa nejdůležitější tvar bradavky, která může být vpáčená nebo plochá a tím brání přisátí novorozence k prsu.

Mezi poruchy laktace řadíme hypogalaktii což je nedostatečná tvorba mateřského mléka, nebo naopak hypergalaktii neboli nadměrná tvorba mateřského mléka. Hypogalaktie se vyskytuje zhruba u 10% šestinedělek. Tento stav se může vyskytnout po komplikovaném porodu, nebo jako následek nesprávně techniky při kojení. Ze strany novorozence se tato porucha vyskytuje buď z nedostatečného sacího reflexu, nebo při rozštěpu patra. Hypergalaktie je fyziologická mezi 3. – 4. dnem po porodu, která se projevuje zduřením prsou, bolestivostí a pocitem napětí prsou. Nejlepším řešením je odstříkání přebytečného mléka a přikládání studených obkladů na prsa. Další porucha, která může nastat, je samovolné odtékání mateřského mléka i mimo kojení.

Příčinou bývá nedostačující tonus bradavek a mlékovodů (Slezáková, 2011; Pařízek, 2006).

Rozdělujeme vrozené a získané poškození bradavek. Bradavky lze dělit na normální, ploché, vystouplé a vpáčené. Při vpáčených, krátkých nebo plochých bradavkách dítě špatně saje a bradavky mohou popraskat, proto je dobré při kojení používat kloboučky. Před porodem je také vhodné používat formovače bradavek (Slezáková, 2011; Pařízek, 2006).

Pokud dojde při kojení k popraskání bradavek, může dojít až k zánětu prsu, který způsobuje staphylococcus aureus. Tento zánět je buď ohraničený, nebo neohraničený takže se infekce šíří vazivem a vzniká flegmóna. Nejhorší stádium je, pokud se infekce rozšíří až k prsnímu svalu, kde se může vytvořit absces. Zánět prsu se projevuje převážně bolestivostí, zduřením a zarudnutím prsu, teplotou. Toto onemocnění se léčí antibiotikami, přikládáním studených obkladů na prso a fixací prsu. Doporučuje se pokračovat v kojení (Slezáková, 2011; Pařízek, 2006).

## **1.4 Pozdní šestinedělí**

V této kapitole bych se chtěla hlavně zmínit o běžných věcech, jako je například hygiena, cvičení, stravování, sex a podobně. Všechny tyto činnosti dělala žena před otěhotněním zcela normálně a přirozeně. Už v období těhotenství se některé věci velmi změnilo, jako například stravování, cvičení. Po porodu může žena mít otázky, kdy s čím smí začít, anebo jak danou věc správně praktikovat. Proto bych se v této kapitole chtěla zaměřit na tzv. životní styl v šestinedělí.

### *1.4.1 Hygiena v šestinedělí*

Jak už jsem zmiňovala, v šestinedělí dochází k odcházení očístků, proto je hygiena velmi důležitá. Je důležité, aby si nedělka po každé návštěvě toalety opláchla rodidla a umyla ruce. Také by si měla mít ruce i prsa před každým kojením. Po celou dobu, co

odcházejí očištění, je vhodné nosit vložku a důkladně ji měnit. Hygiena také souvisí s péčí o šití po nástřihu a s péčí o prsa. Při rozjezdu laktace dochází k vytékání mléka z bradavek a k zašpinění spodního prádla. Je vhodné vkládat do podprsenek vložky, které se jednoduše vyměňují po každém kojení. Také by si nedělka měla oplachovat prsa obyčejnou vodou, anebo otírat dětským pleťovým olejíčkem. Před manipulací s prsy je důležitá správná hygiena rukou, aby bylo zabráněno přenosu infekce (Pařízek, 2006).

#### *1.4.2 Stravování v šestinedělí*

Nestačí jíst zdravě během těhotenství, ale i v šestinedělí. Cokoli nedělka sní, přijme novorozenec v mléce. Strava by měla být vyvážená a pestrá a měla by obsahovat všechny složky potravy, hlavně živočišné proteiny, vitamíny, vápník a železo. Čerstvé ovoce a zelenina by měly být každodenní stravou. Nedělka by při stravování měla myslet na dítě. Také je důležitý pitný režim, také pití mléka. Nedělka by se měla vyvarovat silně kořeněným jídlům, uzeninám, konzervám a pokrmům, které nadýmají. Dále by se měla vyvarovat potravinám, které obsahují příliš tuku, cukru, solí, barviv a konzervačních látek. Také by měla omezit kofein, který brání vstřebávání vápníku. Nejdůležitější po dobu kojení je nekouřit a nepít alkohol. Vhodnými potravinami jsou maso, drůbež, ryby, brambory, mléko, jogurty, sýry... Tyto potraviny jsou důležité jak pro matku, tak i dítě (Pařízek, 2006; Chmel, 2005).

#### *1.4.3 Cvičení v šestinedělí*

Pro návrat těla do původního stavu před otěhotněním je cvičení to nejideálnější. Cvičit může matka začít již 12 -24 hodin po porodu. Cvičením se navrácí břišní stěna a pánevní dno zpět. Cvičení je také jako prevence tromboembolických nemocí. Cviky by neměly nějak ženu zatěžovat, ale naopak jí ulevit. Cviky může probírat s porodní asistentkou na oddělení, anebo s fyzioterapeutem. Ve cvičení matka pokračuje i doma

a měla by se cvičení věnovat alespoň 15 minut denně. Žena, která rodila císařský řezem má cviky rozdílné. Cvičení v šestinedělí se zaměřuje na pánevní dno, prsní svaly, svaly dolních končetin a břišní svaly. Cvičením nedocílíme jenom skvělé postavy, ale i navození lepší nálady a duševní pohody. Jediný sport, který se nedoporučuje je plavání (Čech, 2006; Pařízek, 2006).

#### *1.4.4 Sex po porodu*

Odcházení očístků není pro ženu zrovna příjemné, a proto se velmi často vyhýbá pohlavnímu styku. Už samotná jizva po poranění může být bolestivá. Se sexuálním životem se doporučuje začít až po gynekologické prohlídce, která bývá po skončení šestinedělí, při které lékař zkontroluje poranění, a může předepsat antikoncepci. I při kojení totiž lze otěhotnět, proto je dobré si dávat pozor. Sexuální apetit bývá u žen zmírněný, důvodem je nepřetržitá péče o dítě, která vede k únavě. Žena může mít také obavy z bolesti, které se mohou po porodu objevit. Je důležité, aby o tom se svým partnerem komunikovala. Bolesti při pohlavním styku po porodu bývají často. Příčinou je nedostatek pohlavních hormonů, který postihuje poševní sliznici. Následkem bývá nedostatečné zvlhčení pochvy, které se dá řešit aplikací pohlavních hormonů. Hormony nemají žádné nežádoucí účinky jak na kojení, tak na dítě (Chmel, 2005; Čepický, Černá, 2006).

#### *1.4.5 Antikoncepce v šestinedělí*

Zda zvolit antikoncepci nebo, závisí pouze na ženě. Nikde není potvrzeno, že kojící žena nemůže otěhotnět, ale je popsáno, že s kojením se oddaluje menstruace. Toto rozhodnutí je pouze na ženě. U ženy, která nekojí, se menstruace může dostavit za 4 – 6 týdnů od porodu. To znamená, že po uplynutí této doby může znovu otěhotnět. Jak už jsem zmínila v kapitole sex po porodu, k pohlavnímu styku je vhodné přistoupit až po skončení období šestinedělí. Jako první volbou ochrany je vhodné používat kondom.



Pro ženy, které upřednostňují hormonální antikoncepci, je tato metoda dostupná i po dobu kojení. Tento typ antikoncepce nemá žádné vedlejší účinky na dítě. Žena jí pobírá denně bez týdenní přestávky, takže nemenstruuje (Gregora, Velemínský, 2013).

## **1.5 Péče o novorozence**

Příchod nového člena rodiny je velikou událostí jak pro samotné rodiče, tak i celou rodinu. Příchod novorozence na svět přináší pro matku jak radost, tak i starost. První dny po příchodu novorozence se matka vzpamatovává z porodu, je vyčerpaná samotným porodem. A v péči o novorozence jí porodní asistentky a dětské sestry. Zde je role edukátorky velmi důležitá. Porodní asistentka je ženě velkou oporou, předává jí veškeré informace, které si matka odnese domů.

### *1.5.1 První ošetření novorozence po porodu*

*„Fyziologický novorozenec je donošený (narozený v termínu tj. ve 38 -42. ukončeném týdnu gestačního věku), nemá žádné známky onemocnění, jeho porodní váha se pohybuje od 2 500 do 4499 g a nejsou u něho přítomny žádné významnější vrozené vývojové vady.“ (Troupová, 2010, str.2)*

Začátek nového života začne v přerušení pupeční šňůry, která se nechává „dotepat“. Po narození novorozence je důležité zabránit ztrátám tepla. Novorozenec se může krátce osušit rouškou a poté přiložit na břicho matky. Tento kontakt neboli „skin to skin“ přináší matce i dítěti blahodárny pocit štěstí. Tělo matky působí jako zdroj tepla a novorozence není tedy třeba hned oblékat. Vhodné je ale přes něj dát teplou plenu nebo deku. Po skončení doby, kdy bylo dítě na břiše, si dítě převezme porodní asistentka, nebo dětská sestra a očistí ho od smolky a případně od krve. Otíráním se novorozenec nejen očistí, ale také se tím stimuluje vitální projevy, především dýchání. Novorozenec se ošetřuje na stole s tepelným zářičem nebo na přehřátém vyhřívacím lůžku (Sedlářová, 2008). Ošetření pupečního pahýlu, který se odezinfikuje a překryje sterilním čtvercem, musí být provedeno za přísných aseptických podmínek.

Pupeční pahýl představuje vstupní cestu pro vznik infekce. Pupeční pahýl porodní asistentka nebo dětská sestra pevně podváže sterilní gumou nebo umělohmotnou svorkou. Porodní asistentka nebo dětská sestra neustále kontroluje pupeční pahýl, aby nedošlo ke krvácení (Sedlářová, 2008).

Dále se novorozenec musí označit buďto identifikačním páskem, nebo nealergizující barvou, kterou se popíše kůže novorozence. Porodní asistentka nebo dětská sestra může matce vrátit novorozence zpět na břicho nebo ho obléci a dát do dětské postele hned u matky. Po dobu 2 hodin, co je matka ještě na porodním sále, zkouší porodní asistentka nebo dětská sestra přikládat novorozence k prsu (Gregora, 2008; Slezáková, 2013).

Kredeizace, neboli profylaxe neonatální konjunktivitidy, je dalším úkolem při ošetřování. Provádí se Ophthalmo septonexem ve formě kapek. Kredeizace je prevencí kapavčitého onemocnění očí. Poslední důležitou věcí je aplikace vitamínu K, pro prevenci hemoragické choroby novorozence. (Gregora, 2008; Slezáková, 2013).

K ošetření novorozence patří i jeho posouzení, které se dělá pomocí skóre dle Apgarové, viz. tabulka č. 2. Novorozenec se posuzuje v první, páté a desáté minutě po porodu. Toto posouzení slouží k rozhodnutí, zda zahájit resuscitaci či ne. Kritéria, která se posuzují u novorozence, jsou vzhled, barva kůže, srdeční frekvence dítěte, reflexy, svalové napětí a dýchání. Maximální počet bodů jaký může novorozenec mít je deset (Muntau, 2014; Slezáková, 2013).

**Tabulka 3: Schéma dle Apgarové**

	0	1	2	1. minuta	5. minuta	10. minuta
<b>Srdeční frekvence</b>	nepřítomna	< 100 tepů/minutu	> 100 tepů/minutu			
<b>Dechová aktivita</b>	žádná	nepřavidelná	spontánní křik			
<b>Svalový tonus</b>	atonie	flexe končetin	spontánní pohyb			
<b>Reakce na podráždění</b>	žádná	grimasa	okamžitá reakce s křikem nebo aktivním pohybem			
<b>Barva kůže</b>	cyanotický, bledá	akrocyanóza	růžová			
<b>celkem</b>						

**Zdroj: převzato z: (Troupová, 2010).**

*„Výsledky hodnocení:*

*0 – 3 body: těžká poporodní deprese (porucha časné adaptace)*

*4 – 6 bodů: střední poporodní deprese (porucha časné adaptace)*

*7 – 10 bodů: mírná poporodní deprese (porucha časné adaptace)“ (Troupová, 2010).*

Při vážení novorozence musíme dodržovat podmínky pro udržení tepla. Měření tělesných obvodů neboli obvod hlavičky a hrudníku se měří v následujících dnech. U novorozence, který se narodil koncem pánevním, se délka měří až další dny po porodu (Sedlářová, 2008).

### *1.5.2 Pobyť novorozence na oddělení šestinedělí*

Po uplynutí dvou hodin od porodu se novorozenec převezí na oddělení fyziologických novorozenců a matka na oddělení šestinedělí. Tyto dvě oddělení jsou spojená a dítě je tedy na pokoji s matkou – roaming in. Prvních 24 hodin po porodu je důležité, aby porodní asistentka nebo dětská sestra novorozence sledovala vitální funkce. Porodní asistentka nebo dětská sestra tedy kontroluje barvu kůže, dechovou frekvenci, srdeční akci, teplotu a projevy novorozence. Jakékoliv odchylky je třeba ihned hlásit lékaři. Novorozence je třeba hospitalizovat minimálně 72 hodin po porodu, pokud se ale objeví problémy, jako například neefektivní kojení nebo nekonjugovaná hyperbilirubinemie je pobyt prodloužen. Hyperbilirubinemii lze dnes léčit velmi dobře a to za pomoci fototerapie, která se indikuje dle Hodrova grafu. Během pobytu se u novorozenců provádí screening, který se rozrostl ze tří na třináct vrozených chorob. Novorozenecký screening zahrnuje endokrinní onemocnění, dědičné poruchy metabolismu a cystickou fibrózu. Mezi endokrinní onemocnění řadíme kongenitální hypotyreózu, kongenitální adrenální hyperplazii. Dědičných poruch metabolismu existuje celkem deset a řadíme tam i fenylketonurii. Novorozenecký laboratorní screening se odebírá z paty novorozence na dvojitý filtrační papír, mezi 48 -72 hodinami po narození dítěte (Hájek, 2014).

Nejdůležitější pro matku po porodu je kojení. Porodní asistentka nebo dětská sestra by měla ženu edukovat o tom, že novorozenec ztrácí během prvních dnů něco ze své

váhy. Úbytek váhy by ale neměl přesáhnout 10%. K pravidelné a denní péči řadíme také každodenní vážení novorozence, obvykle ve stejnou dobu (Sedlářová, 2008).

Péči o novorozence provádí porodní asistentka nebo dětská sestra nejprve za přítomnosti matky. Matka se tak lépe vše naučí a zvládne poté praktikovat sama. Novorozenec se poprvé vymočí během porodu či krátce po něm. Během druhého či třetího dne po porodu se u novorozence na plenkách mohou objevit oranžové skvrnky. Tyto skvrny způsobují urátové krystalky. Je třeba matky edukovat, že je tento jev zcela normální a přirozeně se upraví sám. První stolicí u novorozence je smolka neboli mekónium. Je černé barvy ve vazké konzistenci a měla by odejít do 24 hodin po porodu. Tím jak novorozenec přijímá mateřské mléko, smolka bledne, a přechází v přechodnou stolicí, nakonec se ze smolky stává mléčná stolice, která je žlutá a kašovitá (Sedlářová, 2008).

Při koupání novorozence, které provede poprvé porodní asistentka nebo dětská sestra, se připraví voda do vaničky. Voda by měla mít teplotu 37°C, lze jí loktem vyzkoušet. Poté porodní asistentka nebo dětská sestra položí novorozence do vaničky, kterého drží za ramínko a nožičku aby jí nevyklouzl. Druhou rukou začne omývat obličej obyčejnou vodou bez mýdla. Zbytek tělíčka se omyje mýdlem, nebo lze do vody přidat olej. Novorozenec by se neměl koupat každý den, postačí 1 – 2x týdně (Gregora, 2008).

Přebalování novorozence je dnes usnadněno plenkovými kalhotkami. Při nandávání plenky je vhodné neomezovat dítě v pohybu, aby mohlo ohýbat nohama v kyčlích. Postupy při očištění kůže kolem genitálu se u dívek a chlapců liší. U dívek je důležité otírat kůži od shora dolů, aby se stolice nedostala do pochvy. Dále se musejí odkrýt stydké pysky a zkontrolovat bělavý mázek mezi nimi, zda je bílý. Pokud je mázek zežloutlý od stolice musí se setřít olejem (Gregora, 2008).

U chlapců se nesmí při čištění zapomínat na kůži pod penisem, kde obvykle zůstává zbytek stolice. Předkožka se u novorozence nepřetahuje. Při přebalování dítěte na přebalovacím stole musíme být vždy přítomni. Nesmí zůstat sám, aby nespádl (Gregora, 2008).

Další činností, kterou novorozenec vykonává je spánek. Matka by měla dítě ukládat ke spánku vždy ve stejnou dobu, aby se naučilo každodenním rituálům (Kammerer, 2007).

Pro propuštění novorozence do domácí péče je zapotřebí, aby matka zvládala veškeré úkony sama. Především musí zvládat kojení a základní péči o novorozence. Podmínky u novorozence jsou následující, musí být zdravý, neubývat na váze a s dobře se hojícím pupíkem. Před propuštěním je matka informována o nahlášení novorozence u svého pediatra. Spolu s novorozencem si odnáší jeho očkovací průkaz. Dále je informována o nahlášení novorozence u zdravotní pojišťovny (Sedlářová, 2008).

## **2. Cíle práce**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1 :** Zjistit nejdůležitější oblast edukace z pohledu porodní asistentky, dětské sestry a ženy po porodu.

**Cíl 2 :** Zjistit rozdíly v prioritách edukace u matek, porodních asistentek a dětských sester.

### **2.2 Hypotézy**

**Hypotéza 1:** Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a porodních asistentek.

**Hypotéza 2:** Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a dětských sester.

**Hypotéza 3:** Priority edukace u matek po porodu se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.

**Hypotéza 4:** Priority edukace u porodních asistentek se liší v závislosti na délce praxe.

**Hypotéza 5:** Priority edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použitá metodika**

Pro získání dat byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Veškeré otázky se týkaly priorit v edukaci u matek po porodu, porodních asistentek a dětských sester. Dotazníky dále obsahovaly identifikační otázky a otázky týkající se spokojenosti s edukací matek po porodu. Dotazníky byly konzultovány s vrchními sestrami z gynekologického a neonatologického oddělení Českobudějovické nemocnice. Dotazníky byly rozdány do šesti nemocnic Jihočeského kraje a to zejména do Strakonice, Písku, Tábora, Českého Krumlova, Prachatic a Českých Budějovic. Cílem bylo zjistit rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu, porodních asistentek a dětských sester. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou priority v edukaci z pohledu porodních asistentek, dětských sester a matek po porodu.

#### **3.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořilo 100 žen po porodu 50 porodních asistentek a 50 dětských sester, které pracují na oddělení šestinedělí a fyziologických novorozenců. Věkové rozmezí žen bylo stanoveno od 18 let a horní hranice nebyla stanovena. U zdravotnického personálu (porodní asistentky, dětské sestry) byla minimální věková hranice nastavena na 22 let.

#### **3.3 Sběr a zpracování dat**

Sběr dat proběhl v období března až dubna roku 2015. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků matkám po porodu, 50 dotazníků porodním asistentkám a 50 dotazníků dětským sestrami. Návratnost dotazníků v obou skupinách byla 100

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovávány pomocí grafů. Hypotézy byly ověřeny statistickým testem chí- kvadrát v programu Microsoft Excel.

U otázek, které se vztahují ke stanoveným hypotézám, jsem zjišťovala, zda rozdíl pozorovaných a očekávaných četností je statisticky významný, a to výpočtem dosažené hladiny statistické významnosti, tzv. p-hodnoty za použití funkce CHITEST. P-hodnotu jsme převedli na % a porovnávali s hladinou významnosti 5%.



## 4. Výsledky

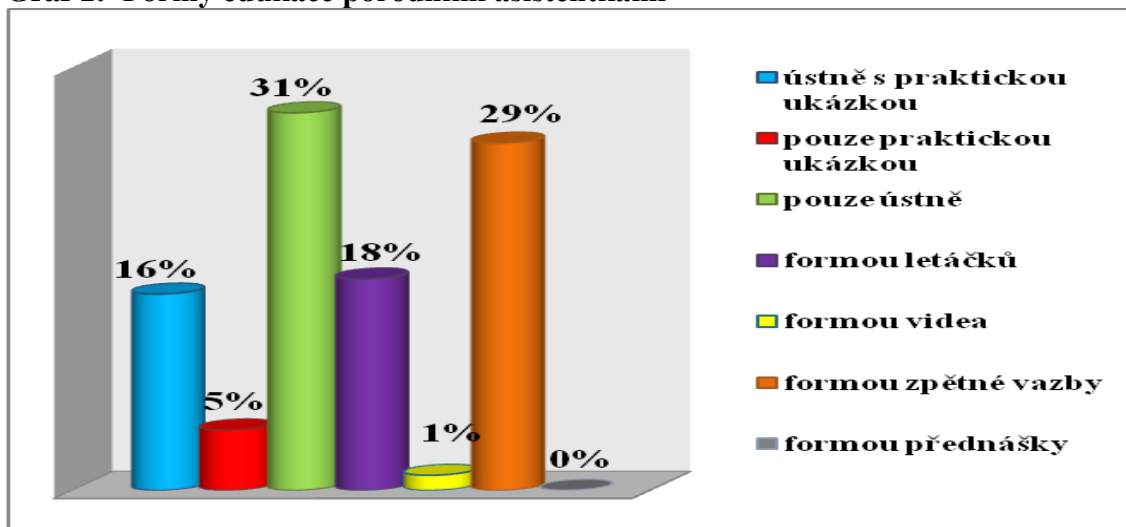
### 4.1 Výsledky porodních asistentek

Tabulka 4: Identifikační údaje porodních asistentek

Věk	Délka praxe			Celkem	Vzdělání				Celkem
	0 - 5 let	6 - 10 let	nad 11 let		SZŠ	VOŠ	VŠ(Bc.)	VŠ(Mgr.)	
22 - 30 let	94%	6%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	100%
31 - 35 let	22%	67%	11%	100%	12%	44%	44%	0%	100%
36 - 40 let	14%	57%	29%	100%	29%	29%	14%	28%	100%
nad 41 let	0%	25%	75%	100%	69%	6%	0%	25%	100%

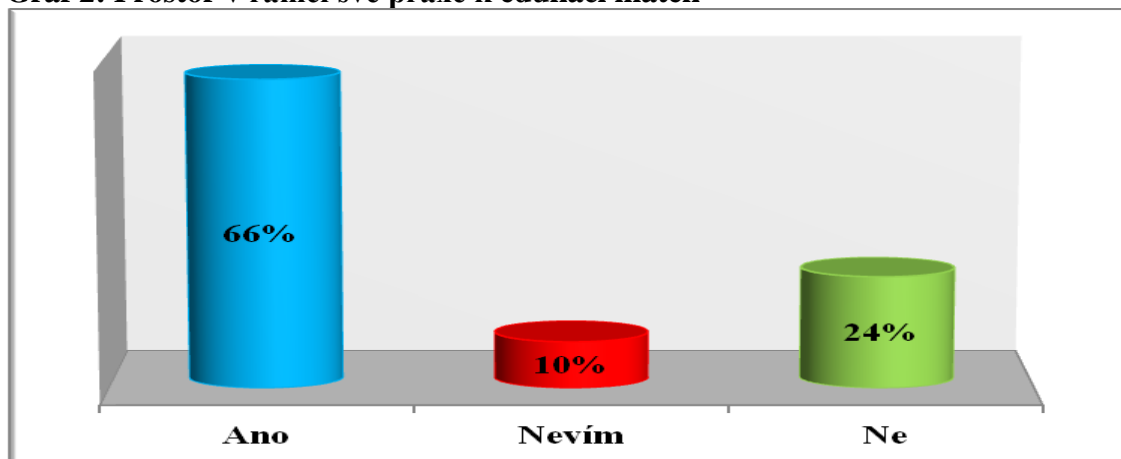
Tabulka číslo 4 znázorňuje věk, délku praxe a vzdělání porodních asistentek. Z tabulky je patrné, že porodní asistentky ve věku 22 – 30 let mají ve 100 % vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., přičemž u 94 % je délka praxe od 0 do 5 let. Porodní asistentky ve věku 31 – 35 let, udávají ve 44% za dokončené vzdělání Vyšší odbornou školu. U porodních asistentek nad 41 let zase převládá vystudovaná střední zdravotnická škola.

**Graf 1: Formy edukace porodními asistentkami**



Z celkového počtu všech dotazovaných jsme získali celkem 80 odpovědí (díky možnosti zvolit více než jednu). 31 % porodních asistentek edukuje pouze ústně, 29 % formou zpětné vazby, 18 % formou letáčků. 16% edukuje ústně s praktickou ukázkou. 5% edukuje pouze praktickou ukázkou. Nejméně, 1% porodních asistentek edukuje pomocí videa a ani jedna z nich needukuje formou přednášky.

**Graf 2: Prostor v rámci své praxe k edukaci matek**



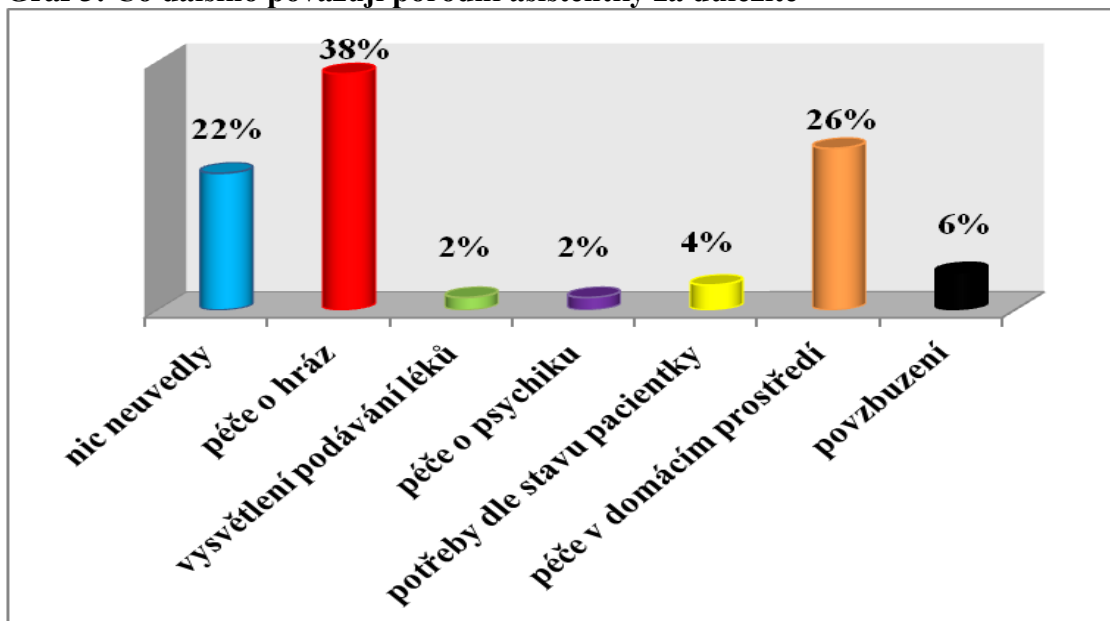
Z celkového počtu porodních asistentek by 66 % uvítalo v rámci své pracovní náplně více prostoru k edukaci. 10 % z nich neví a 24 % si edukaci rozšířit nechce.

**Tabulka 5: Priority v oblasti edukace u porodních asistentek**

<b>Hygiena</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
nejméně důležitý	6	12%
důležitý	3	6%
více důležitý	8	16%
<b>priorita</b>	<b>33</b>	<b>66%</b>
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Stravování a pitný režim</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
nejméně důležitý	5	10%
důležitý	7	14%
více důležitý	<b>29</b>	<b>58%</b>
<b>priorita</b>	9	18%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Vyprazdňování</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
nejméně důležitý	14	28%
důležitý	<b>28</b>	<b>56%</b>
více důležitý	6	12%
<b>priorita</b>	2	4%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>
<b>Péče v domácím prostředí</b>	<b>četnosti</b>	<b>Procenta</b>
nejméně důležitý	<b>25</b>	<b>50%</b>
důležitý	12	24%
více důležitý	7	14%
<b>priorita</b>	6	12%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

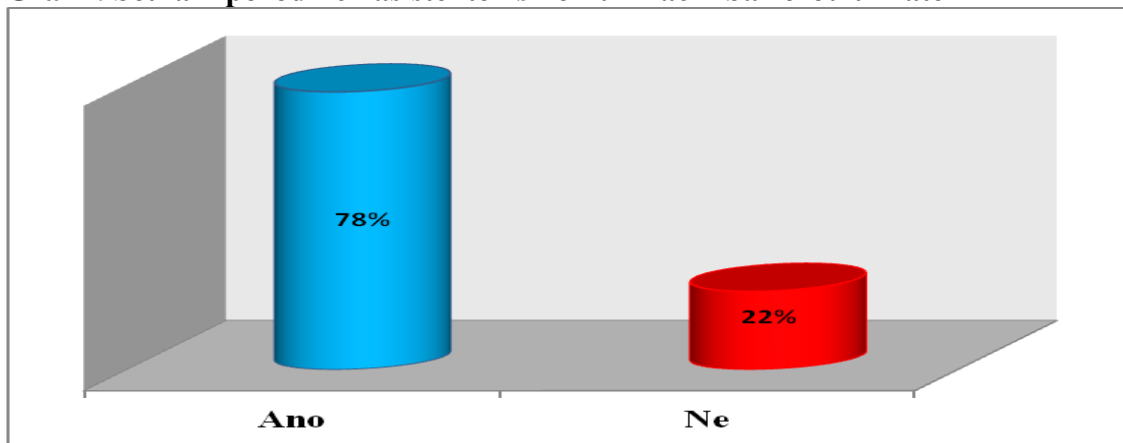
Z dat vyplývá, že porodní asistentky oblast edukace o hygieně považují za prioritní v 66 % případů. Oblast stravování a pitného režimu označilo za více důležitou 58 % porodních asistentek, pouze 18 % porodních asistentek považuje oblast stravování a pitný režim za prioritní. Edukace týkající se vyprazdňování je považována za důležitou oblast v 56 %, avšak jako prioritní ji označilo pouze 4 % respondentů. Edukace o péči v domácím prostředí je v největším počtu odpovědí (50%) považována za nejméně důležitou. Jako prioritu tuto oblast označilo pouze 12 % porodních asistentek.

**Graf 3: Co dalšího považují porodní asistentky za důležité**



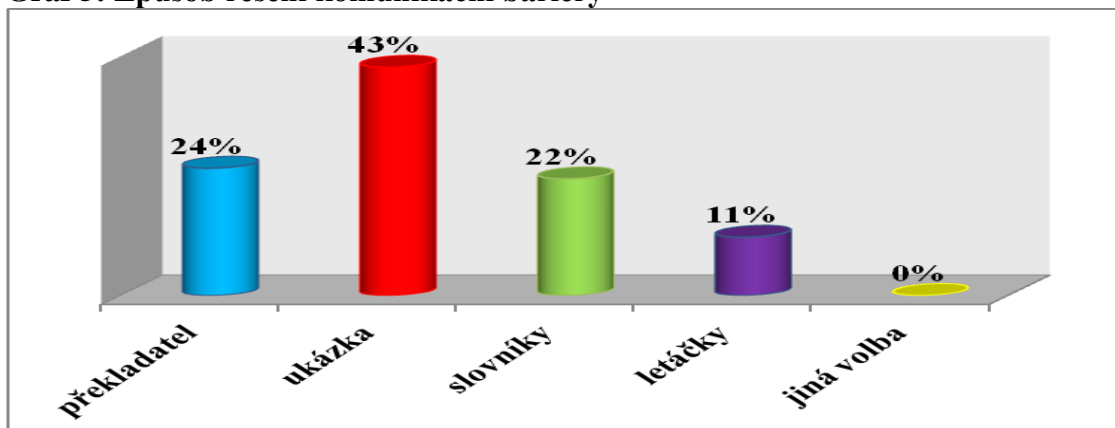
Největší počet porodních asistentek 38 % udalo za další důležitou oblast péči o hráz. 26 % udává za důležitou péči v domácím prostředí. Zbytek považuje za důležité faktory: psychiku ženy, povzbuzení a vysvětlení podávání léků.

**Graf 4: Setkání porodních asistentek s komunikační bariérou u matek**



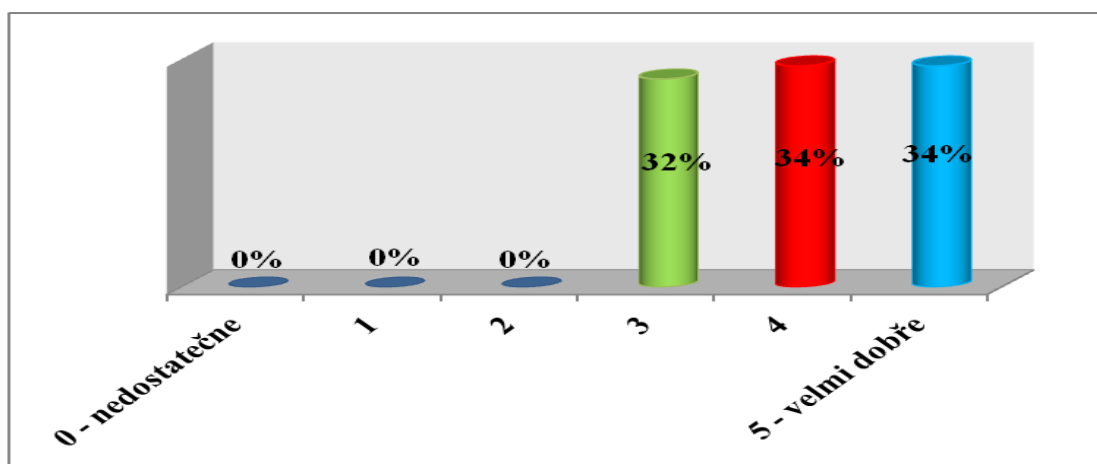
Z celkového počtu respondentů - porodních asistentek, se 78% setkalo za svou praxi u matek po porodu s komunikační bariérou. Pouze 22% se s ní dosud neseťkalo.

**Graf 5: Způsob řešení komunikační bariéry**



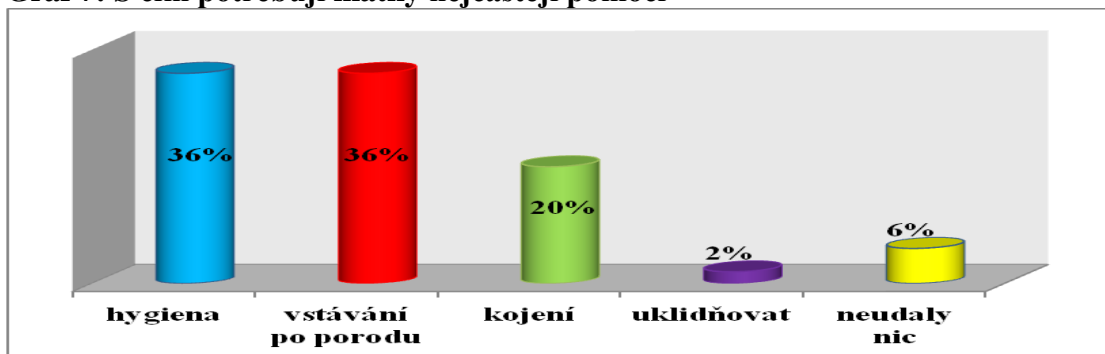
Ze 78 % porodních asistentek, které se setkaly s komunikační bariérou, jí řeší 43% nejčastěji formou praktické ukázky. Druhým nejčtenějším řešením komunikační bariéry porodní asistentky uvedly překladatele, konkrétně ve 24 % případů. 22% porodních asistentek řeší tento problém pomocí slovníků, 11% letáčky a žádná porodní asistentka z 50 neuvedla jinou volbu.

**Graf 6: Hodnocení samostatnosti matek v péči o sebe samotné porodní asistentkou**



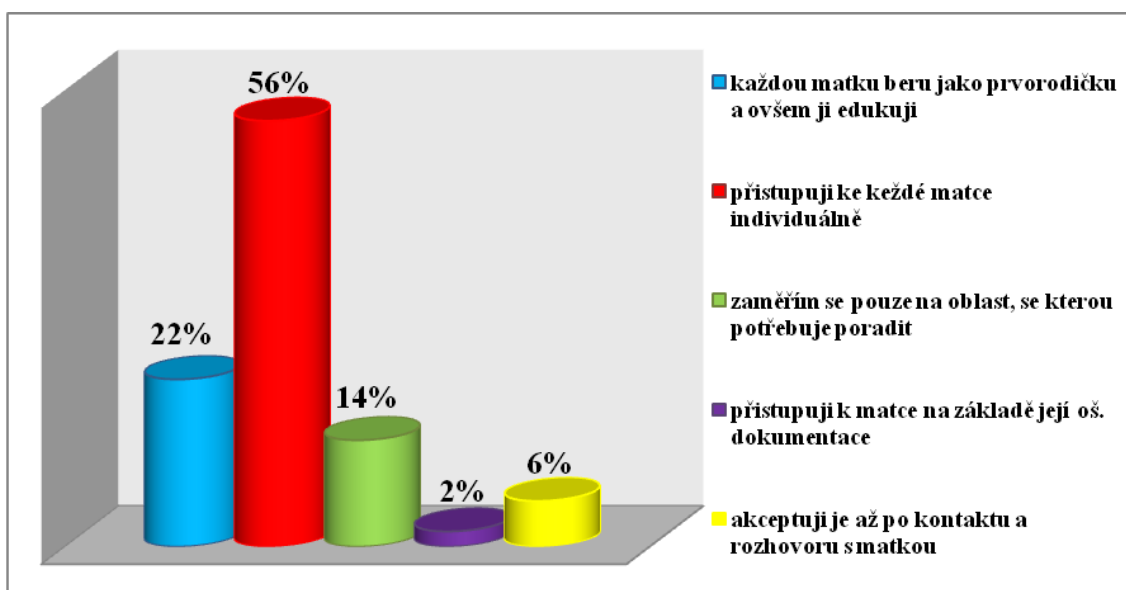
Z celkového počtu porodních asistentek označilo 34 % samostatnost matek číslem 5, to značí, že svou péčí zvládají velmi dobře. Stejný počet ale udalo i číslo 4. Nejmenší počet porodních asistentek 32% udalo hodnocení číslem 3. Žádná porodní asistentka neohodnotila matky číslem 0, 1 ani 2.

**Graf 7: S čím potřebují matky nejčastěji pomoci**



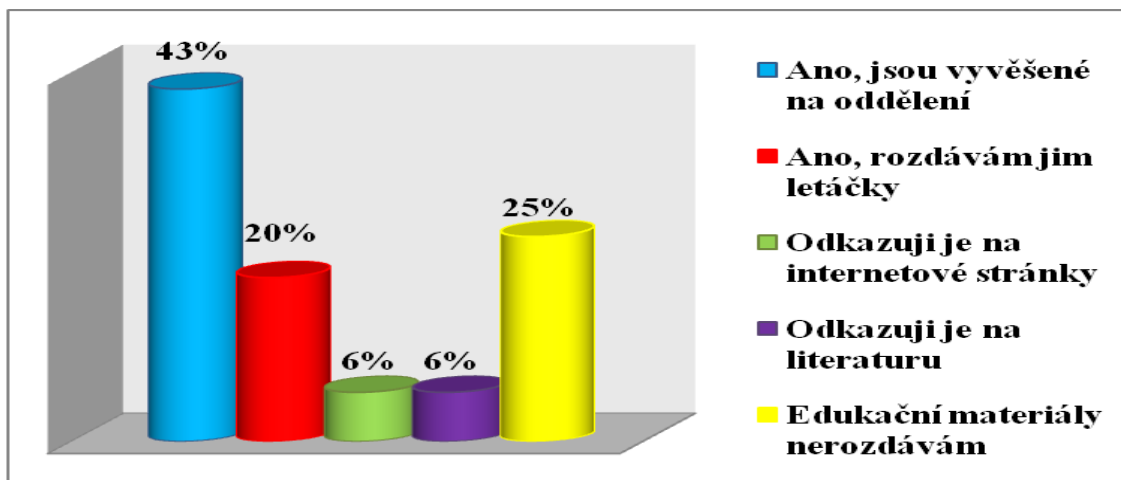
Graf 8 znázorňuje rozložení odpovědí na otázku, s čím potřebují matky nejčastěji poradit. Nejčetnější 36 % odpovědělo, že se vstáváním po porodu a osobní hygienou. Další oblastí, se kterou matky potřebují nejčastěji pomoci, je kojení 20 %. 2% porodních asistentek matky uklidňují a 6% nevedlo nic.

**Graf 8: Akceptace znalostí u matek z předchozího těhotenství**



Na otázku zdali porodní asistentky akceptují znalosti matky z předchozího těhotenství, odpovědělo z celkového počtu porodních asistentek 56%, že k matce přistupují individuálně. 22% porodních asistentek bere každou matku jako prvoroďičku a o všem jí edukuje. 14% se zaměří u matky pouze na oblast, se kterou potřebuje poradit. 2% porodních asistentek k matkám přistupuje na základě její oš. dokumentace a 6% porodních asistentek se rozhodnou až po kontaktu a rozhovoru s matkou.

**Graf 9: Edukační materiály k dispozici**



Z celkového počtu porodních asistentek uvedlo 43%, že mají matky edukační materiály k dispozici vyvěšené na oddělení. 25 % uvedlo, že edukační materiály matkám vůbec nerozdává. 20% porodních asistentek rozdává matkám letáčky a zbylých 12% je odkazuje buď na literaturu nebo na internetové zdroje. Z toho vyplývá, že matky mají edukační materiály z 63% neustále k dispozici.

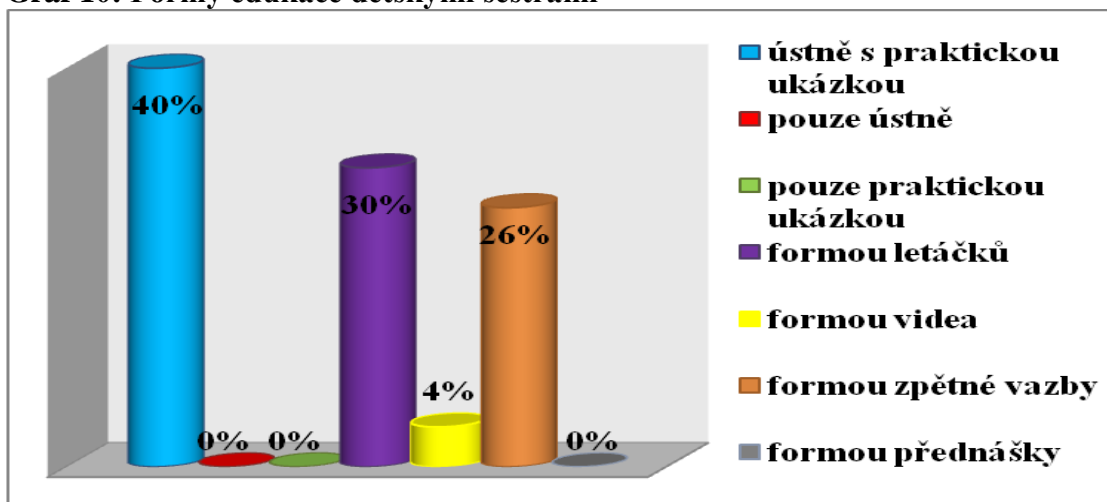
## 4.2 Výsledky dětských sester

**Tabulka 6: Identifikační údaje dětských sester**

Věk	Délka praxe			Celkem	Vzdělání				Celkem
	0 - 5 let	6 - 10 let	nad 11 let		SZŠ	VOŠ	VŠ(Bc.)	VŠ(Mgr.)	
22 - 30 let	100%	0%	0%	100%	0%	0%	89%	11%	100%
31 - 35 let	25%	75%	0%	100%	50%	20%	0%	25%	100%
36 - 40 let	0%	70%	30%	100%	80%	10%	0%	10%	100%
nad 41 let	0%	24%	76%	100%	100%	0%	0%	0%	100%

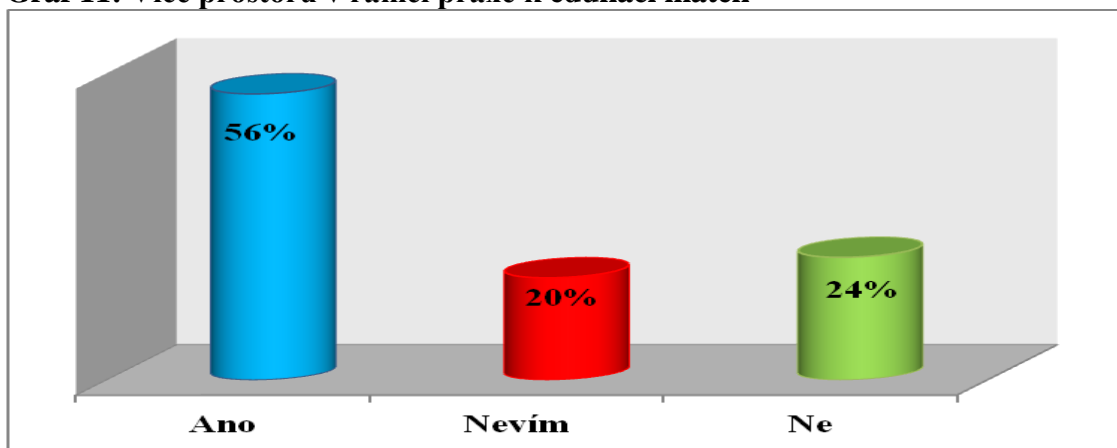
Tabulka číslo 6 udává identifikační údaje dětských sester. Dětské sestry ve věku 22 -30 let, udávají v 89%, že mají dosažené vysokoškolské vzdělání s titulem Bc a 11% jich má titul Mgr.

**Graf 10: Formy edukace dětskými sestrami**



Z celkového počtu dětských sester bylo vybráno 126 možností odpovědí. Zde mohly sestry označit více odpovědí. Z toho 40 % udalo, že edukují ústně s praktickou ukázkou. 30% udalo, že edukují formou letáčků a 26% edukuje i formou zpětné vazby. 4% dětských sester edukují za pomoci videa. Ani jedna z 50 dětských sester needukuje pouze ústně, pouze praktickou ukázkou ani formou přednášky.

**Graf 11: Více prostoru v rámci praxe k edukaci matek**



Z celkového počtu dětských sester odpovědělo na otázku, zda by uvítaly více prostoru k edukaci v rámci své pracovní náplně 56 % ano. 24 % dětských sester udává, že si edukaci rozšířit nechce a 20% sester neví.



**Tabulka 7: Priority v oblasti edukace u dětských sester 1**

<b>Bezpečí</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>	<b>Identifikace</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	1	2%	1 nejméně důležitá oblast	3	6%
<b>2</b>	6	12%	<b>2</b>	4	8%
<b>3</b>	1	2%	<b>3</b>	0	0%
<b>4</b>	2	4%	<b>4</b>	2	4%
<b>5</b>	3	6%	<b>5</b>	6	12%
<b>6</b>	4	8%	<b>6</b>	9	18%
<b>7</b>	4	8%	<b>7</b>	5	10%
<b>8</b>	4	8%	<b>8</b>	1	2%
<b>9</b>	9	18%	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>24%</b>
<b>10 Priorita celkem</b>	<b>16</b>	<b>32%</b>	10 Priorita Celkem	8	16%
<b>10 Priorita celkem</b>	50	100%	<b>Celkem</b>	50	100%
<b>Manipulace</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>	<b>Termoregulace</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	1	2%	1 nejméně důležitá oblast	2	4%
<b>2</b>	1	2%	<b>2</b>	1	2%
<b>3</b>	4	8%	<b>3</b>	3	6%
<b>4</b>	3	6%	<b>4</b>	3	6%
<b>5</b>	1	2%	<b>5</b>	2	4%
<b>6</b>	5	10%	<b>6</b>	2	4%
<b>7</b>	1	2%	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>36%</b>
<b>8</b>	<b>23</b>	<b>46%</b>	<b>8</b>	10	20%
<b>9</b>	9	18%	<b>9</b>	6	12%
<b>10 Priorita celkem</b>	2	4%	10 Priorita Celkem	3	6%
<b>10 Priorita celkem</b>	50	100%	<b>Celkem</b>	50	100%

Z tabulky 7 vidíme různé oblasti edukace s hodnocením od 1 do 10, kde 1 je nejméně důležitá oblast a 10 je priorita. Tabulky jsou sestaveny podle priority, kde na prvním místě je bezpečí novorozence s 32%. Na druhém místě s 24% je identifikace novorozence, která byla ohodnocena číslem 9 na stupnici od 1 do 10. Další v pořadí si sestry zvolily manipulaci s novorozencem, která získala číslo 8. Termoregulace je na stupnici na čísle 7. Výživa se dostala na stupeň 6, hygiena na stupeň 5, screeningová vyšetření na stupeň 4.

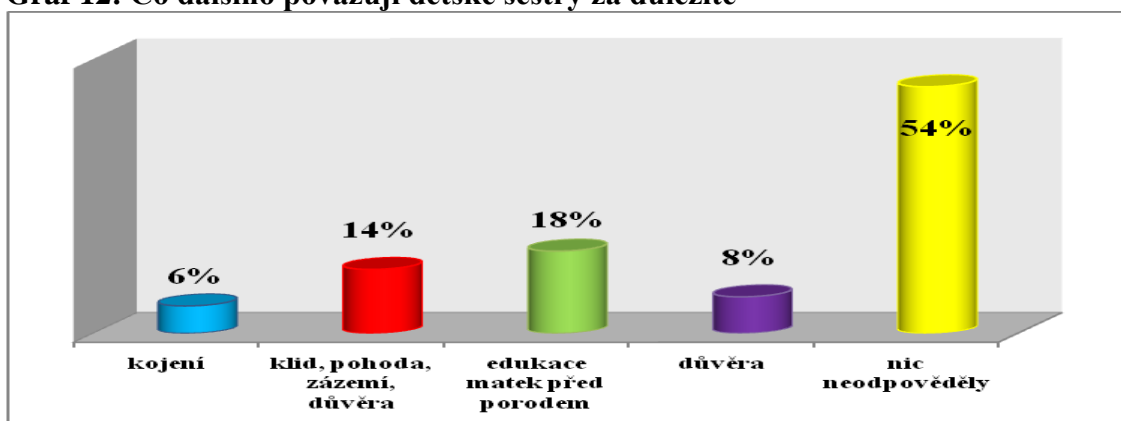
**Tabulka 8: Priority v oblasti edukace u dětských sester 2**

<b>Výživa</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>	<b>Hygienická péče</b>	<b>četnosti</b>	<b>výživa</b>
<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	0	0%	<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	1	2%
<b>2</b>	2	4%	<b>2</b>	1	2%
<b>3</b>	0	0%	<b>3</b>	1	2%
<b>4</b>	0	0%	<b>4</b>	1	2%
<b>5</b>	4	8%	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>52%</b>
<b>6</b>	<b>17</b>	<b>34%</b>	<b>6</b>	4	8%
<b>7</b>	7	14%	<b>7</b>	7	14%
<b>8</b>	3	6%	<b>8</b>	2	4%
<b>9</b>	1	2%	<b>9</b>	6	12%
<b>10 Priorita</b>	16	32%	<b>10 Priorita</b>	1	2%
<b>Celkem</b>	50	100 %	<b>Celkem</b>	50	100 %
<b>Screeningová vyšetření</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>	<b>Denní režim dítěte</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	5	10%	<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	1	2%
<b>2</b>	3	6%	<b>2</b>	2	4%
<b>3</b>	1	2%	<b>3</b>	<b>32</b>	<b>64%</b>
<b>4</b>	<b>28</b>	<b>56%</b>	<b>4</b>	4	8%
<b>5</b>	4	8%	<b>5</b>	1	2%
<b>6</b>	2	4%	<b>6</b>	1	2%
<b>7</b>	3	6%	<b>7</b>	2	4%
<b>8</b>	1	2%	<b>8</b>	5	10%
<b>9</b>	2	4%	<b>9</b>	2	4%
<b>10 Priorita</b>	1	2%	<b>10 Priorita</b>	0	0%
<b>celkem</b>	50	100%	<b>celkem</b>	50	100%
<b>hygienicko-epidemický režim</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>	<b>péče o dítě v domácím prostředí</b>	<b>četnosti</b>	<b>procenta</b>
<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	5	10%	<b>1 nejméně důležitá oblast</b>	<b>31</b>	<b>62%</b>
<b>2</b>	<b>26</b>	<b>52%</b>	<b>2</b>	4	8%
<b>3</b>	5	10%	<b>3</b>	3	6%
<b>4</b>	7	14%	<b>4</b>	0	0%
<b>5</b>	0	0%	<b>5</b>	3	6%
<b>6</b>	3	6%	<b>6</b>	3	6%
<b>7</b>	1	2%	<b>7</b>	2	4%
<b>8</b>	0	0%	<b>8</b>	1	2%
<b>9</b>	3	6%	<b>9</b>	0	0%
<b>10 Priorita</b>	0	0%	<b>10 Priorita</b>	3	6%
<b>celkem</b>	50	100%	<b>celkem</b>	50	100%

Tabulka 8 navazuje na tabulku 7, V této tabulce pokračují další oblasti edukace. Na číselné ose s číslem 6 se umístila výživa novorozence, na 5 místě hygienická péče,

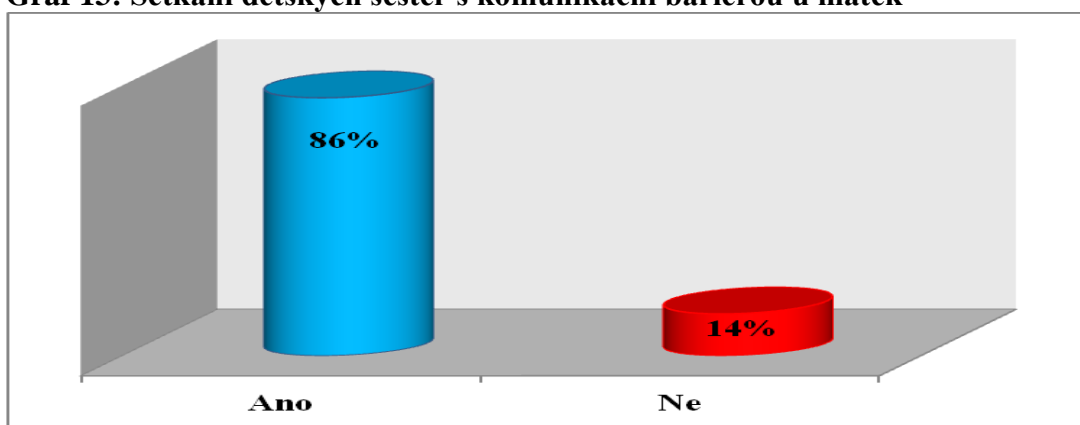
screeningová vyšetření se zařadila na škálu od 1 do 10 na číslo 4, denní režim dítěte obsadil 3 místo, druhý je hygienicko-epidemický režim a poslední místo získala péče o dítě v domácím prostředí.

**Graf 12: Co dalšího považují dětské sestry za důležité**



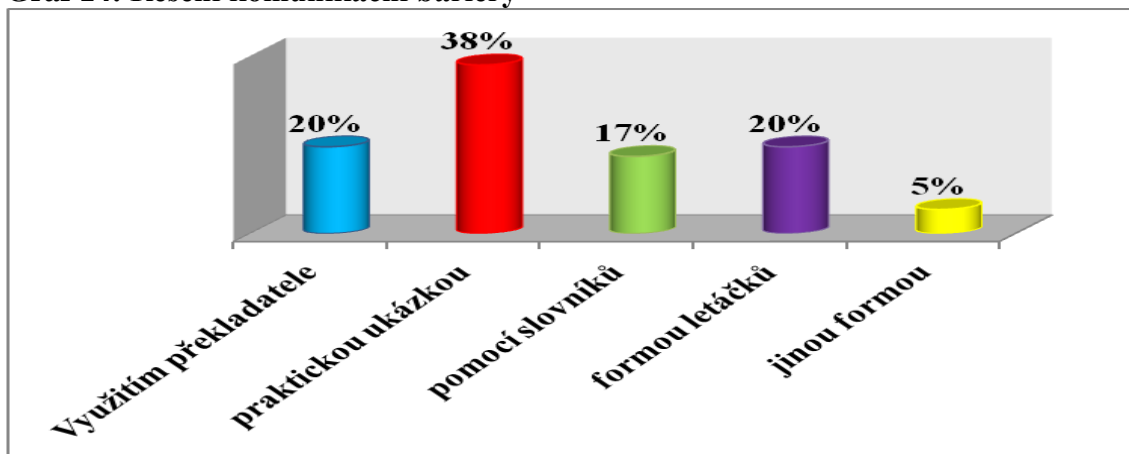
54% sester neuvvedlo nic dalšího, co považují za důležité. 18% sester udává za ještě důležité edukaci matek před porodem. 14% sester považuje dále za důležité klid, pohodu, zázemí a důvěru. 6% dětských sester považuje za důležité kojení a 8% sester pouze důvěru.

**Graf 13: Setkání dětských sester s komunikační bariérou u matek**



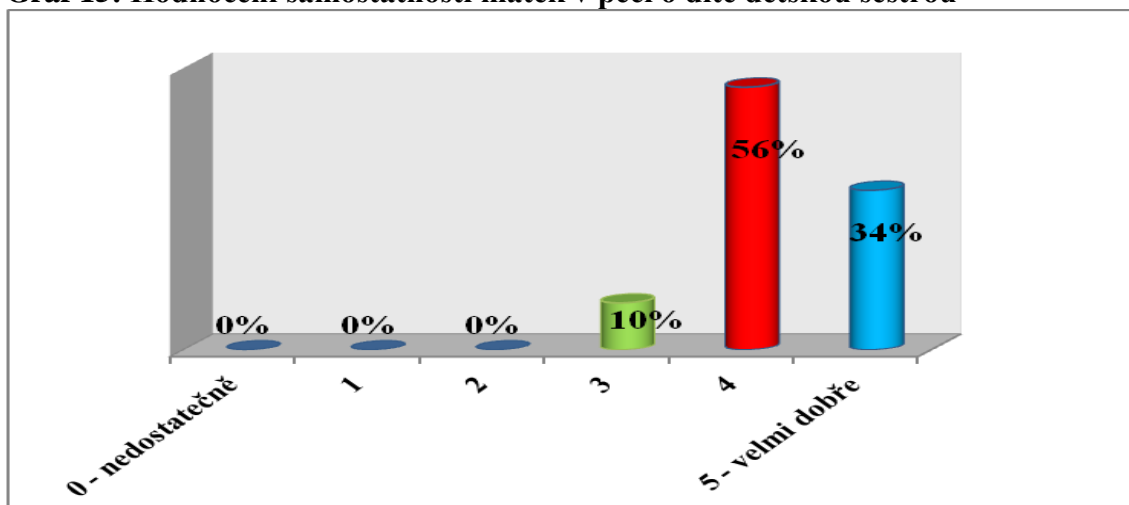
Z celkového počtu dětských sester udalo 86% setkání s komunikační bariérou. 14% dětských sester se s ní za svou praxi nesetkalo.

**Graf 14: Řešení komunikační bariéry**



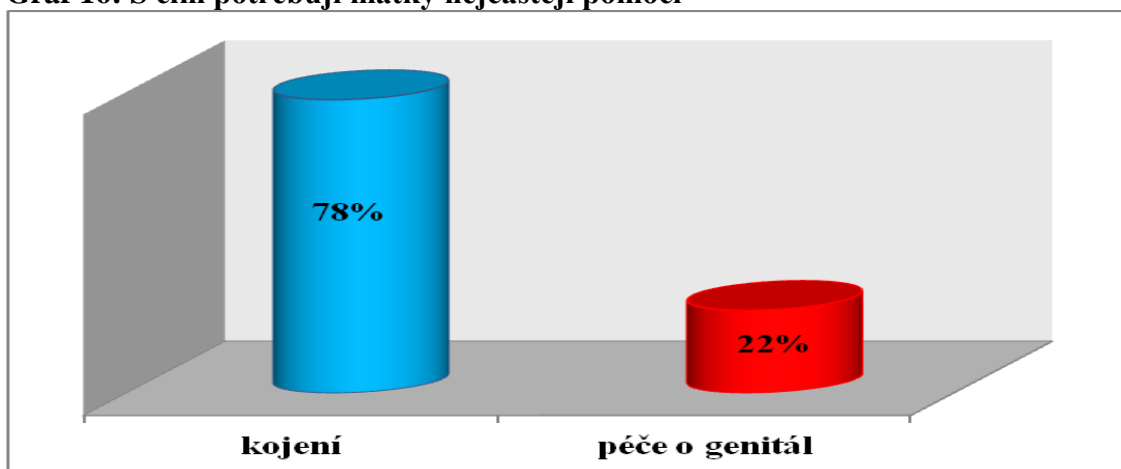
Z celkového počtu 86 % sester, které se setkaly s komunikační bariérou 38 % odpovědělo, že řeší komunikační bariéru praktickou ukázkou, pětina oslovených sester řeší komunikační bariéru pomocí letáčků nebo využitím překladatele. 17% sester používá slovníky a 5% sester využívá jinou formu.

**Graf 15: Hodnocení samostatnosti matek v péči o dítě dětskou sestrou**



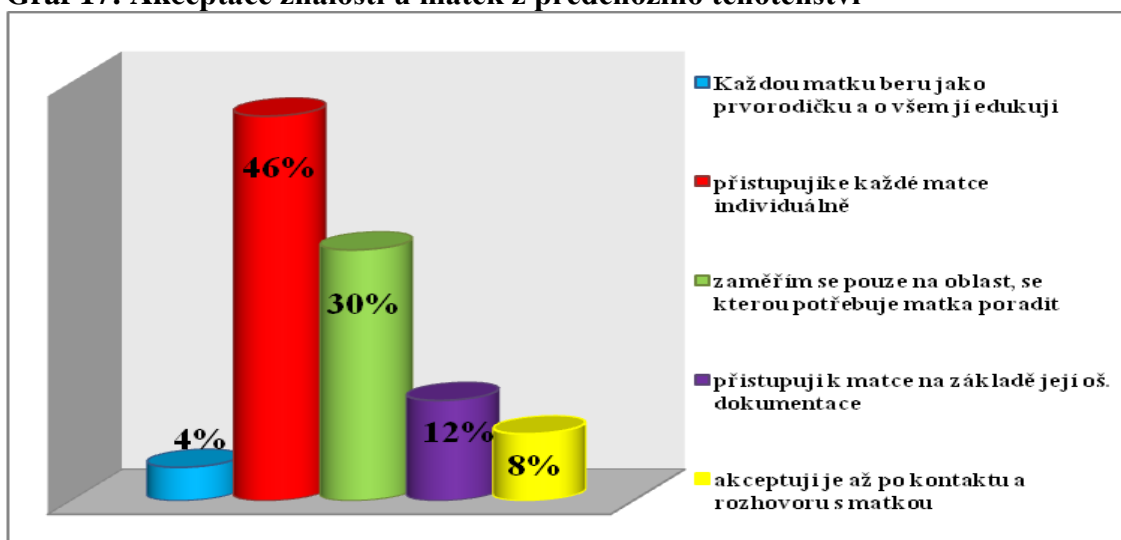
Z celkového počtu respondentek 56% hodnotilo samostatnost matek číslem 4 a 34% sester číslem 5 na stupnici od 0 do 5. Z toho vyplývá, že sestry považují matky za téměř samostatné v péči o novorozence v den odchodu do domácího prostředí.

**Graf 16: S čím potřebují matky nejčastěji pomoci**



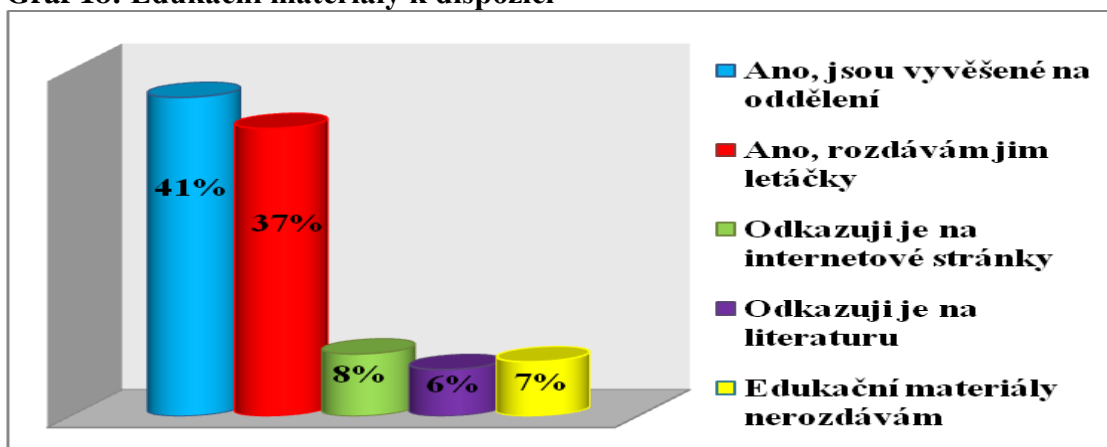
Na otázku S čím nejčastěji potřebují matky poradit, odpovědělo z celkového počtu sester 78 % s kojením a 22% s péčí o genitál. Z toho vyplývá, že se matky obracejí na dětské sestry nejčastěji s potřebou pomoci při kojení.

**Graf 17: Akceptace znalostí u matek z předchozího těhotenství**



Z celkového počtu dětských sester 46% přistupuje ke každé matce individuálně. 30% sester se pouze zaměří na oblast, se kterou matka potřebuje poradit. 12% sester přistupuje k matce na základě její oš. dokumentace. 8% sester akceptuje znalosti matky až po kontaktu a rozhovoru s ní a 4% sester bere každou matku jako prvoroďičku.

**Graf 18: Edukační materiály k dispozici**



Z celkového počtu dětských sester bylo získáno celkem 99 možných odpovědí. (Volily více možností) 41% odpovědělo, že edukační materiály jsou vyvěšené na oddělení. 37% sester rozdává letáčky. V 8% odkazují sestry matky na internetové stránky. 6% sester odkazuje matky na literaturu a 7% sester matkám edukační materiály vůbec nerozdává. Z toho vyplývá, že mají matky edukační materiály k dispozici na 78%.

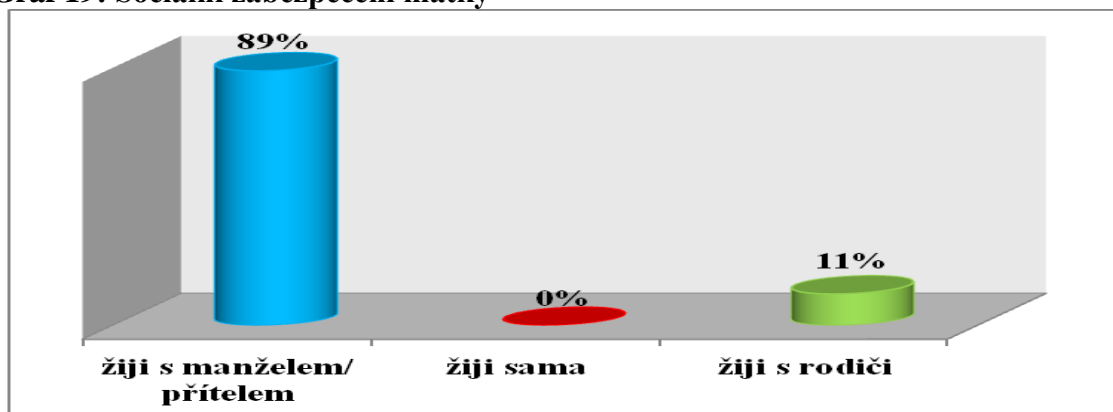
### 4.3 Výsledky matek

**Tabulka 9: Identifikační údaje matek po porodu**

Vzdělání	Věk					Celkem	Rodinný stav matek				Celkem
	18 - 25 let	26 - 30 let	31 - 35 let	36 - 40 let	40 let a více		Svobodná	Vdaná	Rozvedená	Vdova	
Základní	33%	44%	22%	0%	0%	100%	44%	56%	0%	0%	100%
Střední s vyučením	29%	36%	29%	7%	0%	100%	36%	64%	0%	0%	100%
Střední s maturitou	30%	41%	26%	2%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	100%
VOŠ	31%	38%	23%	8%	0%	100%	46%	54%	0%	0%	100%
VŠ	33%	33%	28%	6%	0%	100%	39%	61%	0%	0%	100%

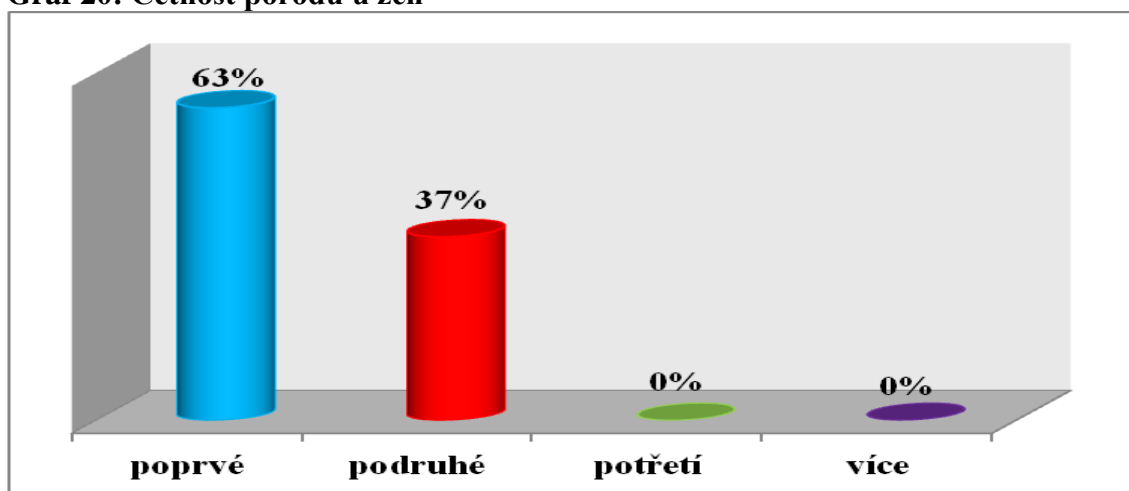
Tabulka číslo 9 znázorňuje identifikační údaje matek po porodu. V tabulce je uveden věk, vzdělání a rodinný stav matky. Ženy s nejnižším dokončeným vzděláním jsou v 56 % vdané. Ženy se střední školou ukončenou výučním listem jsou v 64% vdané. Ženy s maturitou jsou v 50% vdané, ženy s vyšší odbornou školou jsou v 54% vdané a poslední skupinou jsou ženy s vysokoškolským vzděláním, které jsou v 61% vdané.

**Graf 19: Sociální zabezpečení matky**



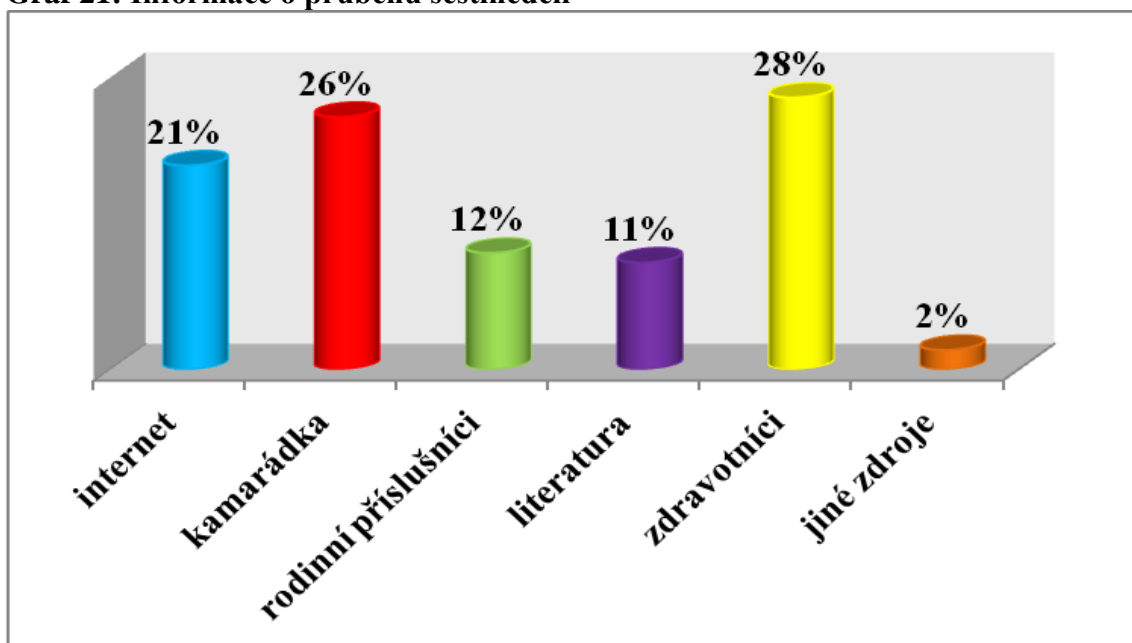
Největší počet matek 89% ze 100% žije s manželem nebo se svým přítelem, jen pouhých 11% žije ještě s rodiči. Žádná matka nežije sama.

**Graf 20: Četnost porodů u žen**



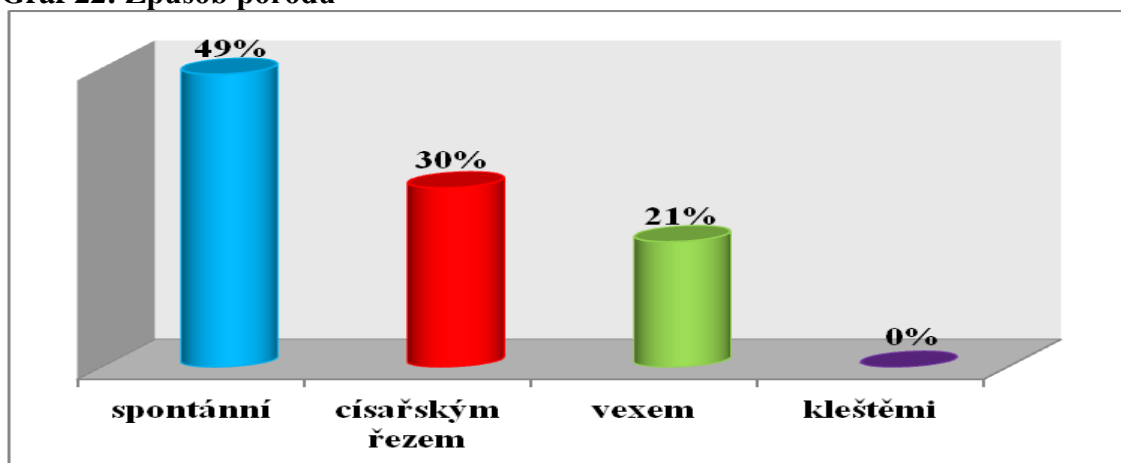
Z celkového počtu matek 63 % dotazník vyplňovalo po prvním porodu. 37% matek uvedlo, že rodilo podruhé. Ve sledovaném souboru nejsou žádné vícečetné matky než druhorodičky.

**Graf 21: Informace o průběhu šestinedělí**



Od 100 matek, bylo získáno 342 možných odpovědí. Z toho 28 % matek udalo, že jsou informované o průběhu šestinedělí od zdravotníků. 26 % matek získalo informace od kamarádek a 21 % uvedlo jako zdroj informací internet. 12% rodinné příslušníky, 11% literaturu a 2% matek jiné zdroje.

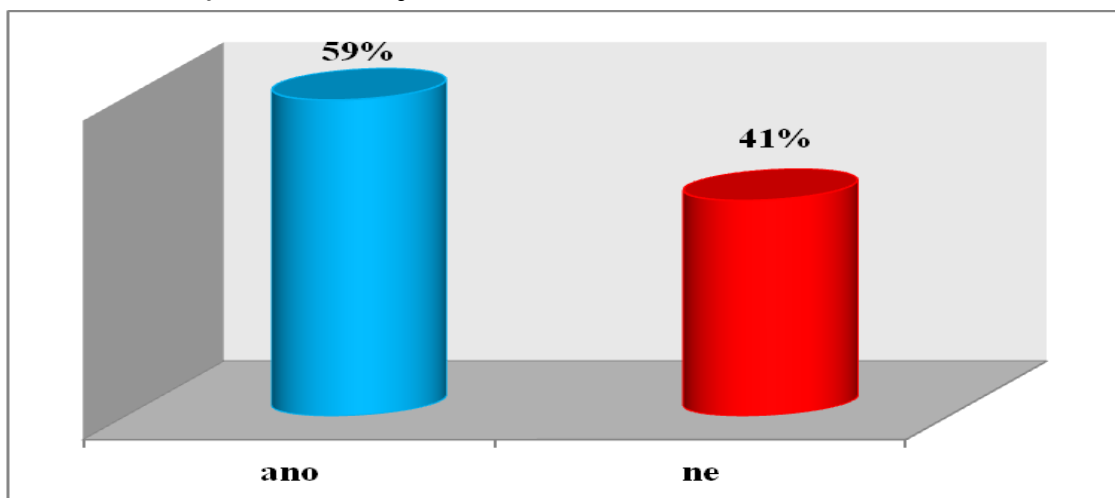
**Graf 22: Způsob porodu**



Z celkového počtu matek, jich 49% uvedlo spontánní porod. 30% rodilo císařským řezem a 21% uvedlo porod za pomoci vexu (vakuumextraktor). Porod kleštěmi neuvedla žádná matky.



**Graf 23: Porody matek ve stejné nemocnici**



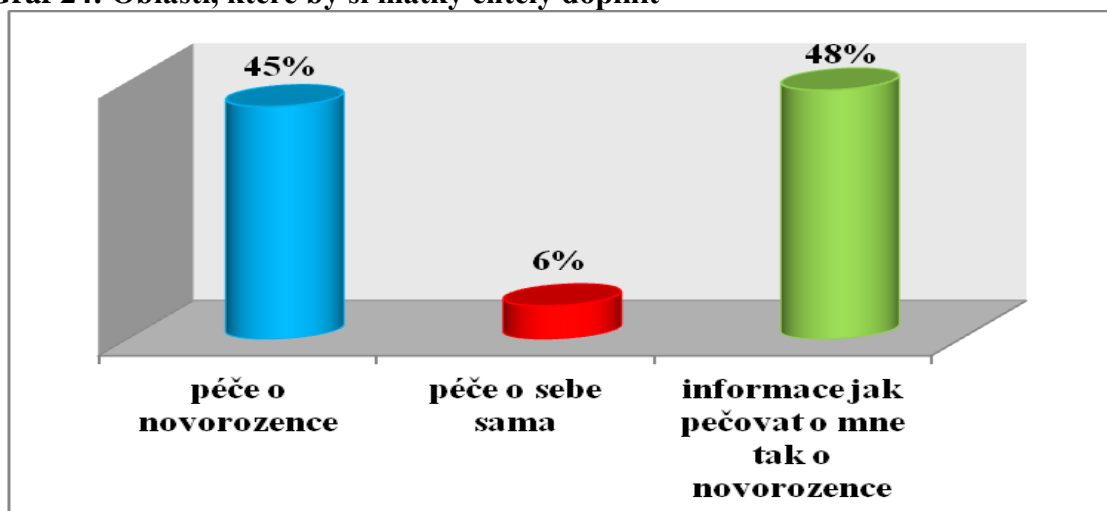
Z celkového počtu matek, které rodily podruhé, jich 59% rodilo ve stejné nemocnici. 41% nemocnici od předchozího porodu změnilo.

**Tabulka 10: Dostatek informací o péči o mě a dítě při odchodu domů**

dostatek informací	Četnosti		procenta	
	o mě	o dítěti	o mě	o dítěti
Ano	70	57	70%	57%
Spíše ano	12	13	12%	13%
Nevím	16	18	16%	18%
Spíše ne	2	12	2%	12%
Ne	0	0	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tato tabulka znázorňuje, kolik matek si myslí, že má dostatek informací týkajících se péče o sebe i o dítě při odchodu domů. Z tabulky vyplývá, že největší procento žen udalo, že je dostatečně informováno, ale z tabulky je také vidět, že pouze 57% žen si myslí, že je dostatečně informováno o péči o dítě, ale o péči o sebe samotnou jsou plně informované v 70%.

**Graf 24: Oblasti, které by si matky chtěly doplnit**



Dle získaných odpovědí by matky rády získaly více informací o péči o novorozence, ale také o sebe samu. Z vyhodnocení vyplývá, že matky dávají přednost informacím o novorozenci, ale rády by získaly více informací o péči o sebe samu.

**Tabulka 11: Hodnocení oblastí edukace na stupnici od 1 do 6 u prvorodiček**

Péče o dítě	Prvorodičky					
	Hodnotící škála					
	1	2	3	4	5	6
<b>Výživa</b>	0%	0%	0%	0%	0%	63%
<b>Hygiena</b>	0%	13%	1%	16%	33%	0%
<b>Projevy a chování dítěte</b>	13%	11%	18%	9%	12%	0%
<b>Manipulace</b>	3%	8%	31%	18%	3%	0%
<b>Denní režim dítěte</b>	19%	24%	6%	9%	5%	0%
<b>Péče v domácím prostředí</b>	28%	7%	7%	11%	10%	0%
<b>Péče o sebe samotnou</b>						
<b>Umění kojit</b>	6%	3%	2%	12%	14%	26%
<b>Hygiena</b>	7%	4%	16%	12%	10%	14%
<b>Péče v domácím prostředí</b>	23%	3%	14%	7%	4%	12%
<b>Stravování a pitný režim</b>	0%	26%	12%	7%	14%	4%
<b>Očistky</b>	4%	9%	6%	24%	13%	7%
<b>Vyprazdňování</b>	23%	18%	13%	1%	8%	0%

Tabulka 11 shrnuje hodnocení oblastí edukace na stupnici od 1 do 6. Pro prvorodičky je nejdůležitější oblastí v péči o dítě výživa, v péči o sebe samotnou je pak nejdůležitějším faktorem pro nejvíce respondentek prvorodiček umění kojit.

**Tabulka 12: Hodnocení oblastí edukace na stupnici od 1 do 6 u druhorodiček**

Péče o dítě	Druhorodičky					
	Hodnotící škála					
	1	2	3	4	5	6
<b>Manipulace</b>	2%	1%	0%	12%	4%	18%
<b>Denní režim dítěte</b>	0%	17%	6%	0%	8%	6%
<b>Péče v domácím prostředí</b>	5%	14%	9%	0%	4%	5%
<b>Projevy a chování dítěte</b>	11%	0%	11%	6%	5%	4%
<b>Hygiena</b>	8%	0%	6%	8%	12%	3%
<b>Výživa</b>	11%	5%	5%	11%	4%	1%
<b>Péče o sebe samotnou</b>						
<b>Hygiena</b>	2%	2%	2%	14%	5%	12%
<b>Stravování a pitný režim</b>	6%	2%	0%	9%	9%	11%
<b>Umění kojít</b>	3%	8%	4%	9%	6%	7%
<b>Vyprazdňování</b>	11%	8%	0%	0%	15%	3%
<b>Péče v domácím prostředí</b>	12%	13%	6%	0%	2%	4%
<b>Očistky</b>	3%	4%	25%	5%	0%	0%

Tato tabulka popisuje priority v oblastech edukace u druhorodiček. Nejdůležitější oblastí v péči o dítě je manipulace, jak odpovědělo 18 % respondentek. V péči o sebe samu hodnotilo jako nejdůležitější oblast hygienu 12 % respondentek.

**Tabulka 13: Seznámení matky s chodem na oddělení**

Seznámení s chodem na oddělení	Zdravotnický personál	
	Porodní asistentky	Dětské sestry
<b>Ano, se vším mě seznámila</b>	97%	94%
<b>Nevím, nepamatuji si</b>	3%	6%
<b>Ne, vůbec mě neseznámila</b>	0%	0%
<b>Celkem</b>	100%	100%

Tabulka 13 shrnuje odpovědi matek na otázku, zda byly seznámeny s chodem oddělení. 97 % matek bylo se vším seznámeno od porodní asistentky, 94 % matek bylo plně seznámeno s chodem oddělení od dětské sestry. Celkově můžeme informovanost hodnotit jako velice dobrou, vzhledem k tomu, že zbytek respondentek si na moment seznámení nepamatuje.

**Tabulka 14: Edukace matek od zdravotnického personálu**

Edukace	Zdravotnický personál	
	Porodní asistentky	Dětské sestry
Ano, se vším mě mile seznámila a vše mi názorně ukázala	56%	63%
Ano, edukovala mě o všem ústně	35%	0%
Ano, edukovala, ale moc rychle	9%	37%
Nevím, nepamatuji si	0%	0%
Ne, musela jsem se na vše ptát sama	0%	0%
Vůbec mě needukovala	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tato tabulka porovnává porodní asistentky a dětské sestry v edukaci matek po porodu. Z výsledků je zřejmé, že na matky více zapůsobily v edukaci dětské sestry, ale je také patrné, že dětské sestry podle matek edukují moc rychle oproti porodním asistentkám.

**Tabulka 15: Formy edukace**

Formy edukace	Zdravotnický personál	
	Porodní asistentky	Dětské sestry
Ústně s praktickou ukázkou	27%	63%
Pouze ústně	57%	0%
Pouze praktická ukáзка	0%	37%
Formou letáčků	13%	0%
Formou videa	3%	0%
Formou přednášky	0%	0%
<b>Celkem</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tato tabulka porovnává porodní asistentky a dětské sestry ve formách edukace. Celkový počet matek po porodu udává, že dětské sestry v 63% edukují ústně s praktickou ukázkou. Pouze ústně needukují vůbec, 37% matek udalo, že edukují pouze praktickou ukázkou. Jinou formou podle matek dětské sestry needukují. Porodní asistentky podle matek edukují nejčastěji pouze ústně. 27% matek udalo, že edukují ústně s praktickou ukázkou, 13% formou letáčků a 3% formou videa.

**Tabulka 16: S čím potřebují matky od sester nejčastěji pomoci**

Oblast	Porodní asistentky	Oblast	Dětské sestry
Hygiena	26%	Kojení	61%
Vstávání po porodu	49%	Manipulace	16%
Sebeobsluha po porodu	15%	Nic nevedly	23%
Nic nevedly	10%		

Tabulka 16 ukazuje, s čím potřebují matky po porodu od porodních asistentek a dětských sester nejčastěji pomoci. 26% žen udalo, že potřebují od porodních asistentek nejčastěji pomoci s hygienou. 49% potřebuje pomoci se vstáváním po porodu, 15% se sebeobsluhou a 10% nic nevedlo. Dále udalo 61% žen, že potřebují pomoci s kojením od dětských sester, 16% s manipulací s novorozencem a 23% žen nic nevedly.

**Tabulka 17: Hodnocení spokojenosti s edukací**

Spokojenost s edukací	Zdravotnický personál	
	Porodní asistentky	Dětské sestry
<b>0 - nespokojená</b>	0%	0%
<b>1</b>	0%	0%
<b>2</b>	0%	0%
<b>3</b>	3%	3%
<b>4</b>	31%	25%
<b>5 - velmi spokojená</b>	66%	72%
<b>celkem</b>	100%	100%

Tato tabulka značí spokojenost matek s edukací jak od porodních asistentek, tak od dětských sester. Z tabulky vyplývá, že jsou matky více spokojené s edukací od dětských sester než od porodních asistentek. Celkově je ale patrné, že spokojenost matek s edukací od zdravotnického personálu obecně je vysoká.

#### **4.4 Statistické zpracování a ověření hypotéz**

Ověření hypotéz bylo uskutečněno pomocí statistického testu chí-kvadrát. Nulové hypotézy jsou testovány proti alternativním hypotézám na hladině významnosti 5 %. S hladinou významnosti porovnááme výslednou hodnotu chí-testu. Je-li výsledná

hodnota chí-kvadrát testu vyšší než 5 %, nulovou hypotézu nezamítáme, je-li menší než 5 %, nulovou hypotézu zamítáme.

**H1: Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a porodních asistentek.**

K hypotéze se v dotazníku pro matky vztahují otázky 13, 14. V dotazníku pro porodní asistentky otázka 6. Hodnocení hypotézy vyplývá z grafu 7, 50 a 57.

Hypotéza nebyla matematicky testována, ale výsledek hodnocení z grafů ukazuje, že se priority liší.

**H2: Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a dětských sester.**

K hypotéze se v dotazníku pro matky vztahují otázky 13, 14. V dotazníku pro dětské sestry otázka 6. Hypotéza vyplývá z grafu 27, 50, 57

Hypotéza nebyla matematicky testována, ale výsledek hodnocení grafů ukazuje, že se priority neliší.

**H3: Priorita edukace u matek po porodu se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.**

H0: Priority edukace u matek po porodu nesouvisí s předchozími zkušenostmi s mateřstvím.

HA: Priority edukace u matek po porodu souvisí s předchozími zkušenostmi s mateřstvím.

**Tabulka 18: Priority edukace v péči o novorozence u matek po porodu v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.**

oblasti edukace	počet porodů		celkem	procenta			Chí kvadrát
	poprvé	podruhé		poprvé	podruhé	celkem	
<b>Výživa</b>	63	1	64	63%	1%	64%	P <0,1%
<b>Hygiena</b>	0	3	3	0%	3%	3%	
<b>Projevy a chování novorozence</b>	0	4	4	0%	4%	4%	
<b>Manipulace</b>	0	18	18	0%	18%	18%	
<b>Denní režim novorozence</b>	0	6	6	0%	6%	6%	
<b>Péče v domácím prostředí</b>	0	5	5	0%	5%	5%	
<b>Celkem</b>	63	37	100	63%	37%	100%	

Tabulka 18 odpovídá na hypotézu číslo 3, zda se priority edukace u matek po porodu liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím. Z tabulky lze vyčíst, že matky, které rodily poprvé, tedy 63% udávají jako prioritní výživu novorozence. U matek, které rodily podruhé, tedy 37% dávají prioritu manipulaci s novorozencem. Výsledek hypotézy byl vypočten pomocí chí- kvadrát testu. Výsledná hodnota testu je menší než 5%, to znamená, že nulovou hypotézu můžeme vyvrátit. Hypotéza 3 se tedy potvrdila. Priority edukace u matek po porodu se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.

**Tabulka 19: Priority edukace matek po porodu v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.**

oblasti edukace	Počet porodů		Celkem	Procenta		Celkem	Chí - kvadrát
	Poprvé	Podruhé		Poprvé	Podruhé		
<b>Očistky</b>	7	0	7	7%	0%	7%	3%
<b>Hygiena</b>	14	12	26	14%	12%	26%	
<b>Stravování a pitný režim</b>	4	11	15	4%	11%	15%	
<b>Vyprazdňování</b>	0	3	3	0%	3%	3%	
<b>Péče v domácím prostředí</b>	12	4	16	12%	4%	16%	
<b>Umění kojit</b>	26	7	33	26%	7%	33%	
<b>Celkem</b>	63	37	100	63%	37%	100%	

Tabulka 19 odpovídá na hypotézu 3, zda se liší priority u matek v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím. Z této tabulky lze vyčíst, že matky, které rodily poprvé, si zvolily za prioritu umění kojit, na rozdíl od matek, které rodily podruhé, udávají jako prioritu hygienu. Výsledek hypotézy byl vypočten pomocí chí- kvadrát testu. Výsledná hodnota testu je menší než 5%, to znamená, že nulovou hypotézu můžeme vyvrátit. Hypotéza 3 se potvrdila a priority edukace u matek po porodu se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.

**H4: Priority edukace u porodních asistentek se liší v závislosti na délce praxe.**



H0: Priority edukace u porodních asistentek nesouvisí s délkou praxe.

HA: Priority edukace u porodních asistentek souvisí s délkou praxe.

**Tabulka 20: Priority edukace u porodních asistentek se liší v závislosti na délce praxe.**

Priority	Délka praxe			celkem	Procenta			celkem	Chí kvadrát
	0 - 5 let	6 - 10 let	11 a více let		0 - 5 let	6 - 10 let	11 a více let		
<b>Hygiena</b>	20	13	0	33	40%	26%	0%	66%	1%
<b>Stravování a pitný režim</b>	0	2	7	9	0%	4%	14%	18%	
<b>Vyprazdňování</b>	0	0	2	2	0%	0%	4%	4%	
<b>Péče v domácím prostředí</b>	0	0	6	6	0%	0%	12%	12%	
<b>celkem</b>	20	15	15	50	40%	30%	30%	100%	

Graf číslo 70 udává priority edukace u porodních asistentek v závislosti na délce jejich praxe. Porodní asistentky s praxí v rozmezí od 0 do 5 let, tedy 20 (40 %) zvolilo prioritní oblast v edukaci hygienu. Porodní asistentky v rozmezí délky praxe 6 – 10 let, tedy 13 (26 %), zvolilo také hygienu za prioritu. Porodní asistentky s délkou praxe nad 11 let, zvolily místo hygieny stravování a pitný režim. Výsledek chí kvadrátu testu vyšel menší než 5%, to vyvrací nulovou hypotézu a tím potvrzuje hypotézu číslo 3.

**H5: Priority edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe.**

H0: Priority edukace u dětských sester nesouvisí s délkou praxe.

HA: Priority edukace u dětských sester souvisí s délkou praxe.

**Tabulka 21: Priority edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe.**

Oblasti	Délka praxe			Celkem	procenta			Chí kvadrát
	0 - 5 let	6 - 10 let	11 a více let		0 - 5 let	6 - 10 let	11 a více let	
Identifikace	8	0	0	8	16%	0%	0%	P <0,1%
Manipulace	2	0	0	2	4%	0%	0%	
Bezpečí	10	6	0	16	20%	12%	0%	
Termoregulace	0	3	0	3	0%	6%	0%	
Výživa	0	5	11	16	0%	10%	22%	
Hygienická péče	0	0	1	1	0%	0%	2%	
Screeningová vyšetření	0	0	1	1	0%	0%	2%	
Denní režim dítěte	0	0	0	0	0%	0%	0%	
Hygienicko-epidemický režim	0	0	0	0	0%	0%	0%	
Péče v domácím prostředí	0	0	3	3	0%	0%	6%	
<b>celkem</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>40%</b>	<b>28%</b>	<b>32%</b>	

Z tabulky 21 je patrné, že priority oblastí edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe, jak bylo dokázáno také chí-kvadrát testem, kdy hodnota p je menší než 0,1 %. Lze tedy na hladině významnosti 5 % říci, že nulovou hypotézu zamítáme a potvrzujeme alternativní hypotézu.

## 5. Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována za pomoci kvantitativního šetření pomocí anonymních dotazníků. Součástí bakalářské práce zabývající se výzkumem byla zaměřena především na priority v oblasti edukace po porodu jak u matek, tak i sester. Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejdůležitější oblasti edukace u matek po porodu a sester a zjistit, jestli existují mezi nimi rozdíly.

Sledovaný soubor tvořily ženy po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí a sestry pracující na oddělení šestinedělí a fyziologických novorozenců. Matky po porodu jsou ve stejném poměru jako sestry celkově.

Tabulka 4 obsahuje identifikační údaje porodních asistentek, jakými je věk, vzdělání a délka praxe. Dříve byly absolventy středních zdravotnických škol všeobecné sestry, ale v současné době došlo k reorganizaci vzdělávání zdravotnických pracovníků a po dokončení maturitního oboru se z absolventů stávají zdravotničtí asistenti pracující pod dohledem všeobecné sestry (Šmídová, 2014).

Z výzkumného šetření, které bylo prováděno u porodních asistentek, je patrné, že by porodní asistentky uvítaly více prostoru v rámci své pracovní náplně při edukaci matek bezprostředně po porodu. Z celkového počtu porodních asistentek by 66% uvítalo více prostoru k edukaci. Pouze 10% porodních asistentek neví a 24% porodních asistentek více prostoru k edukaci nechce. Ze získaných výsledků vyplývá, že více než polovina tzn. 66% dotazovaných porodních asistentek, by chtěla věnovat více času pacientovi a jeho problémům. Osobně si myslím, že se dnešní zdravotnická péče odvíjí spíše od vyplňování ošetrovatelské dokumentace či zdravotnických záznamů a porodní asistentky tím tráví velkou část pracovní náplně. Opakem je ale fakt, že by měla být sestra především konzultantem, poradcem a svou aktivitu by měla věnovat pacientovi. Šulistová s Trešlovou (2012) uvádí, že role sestry jako edukátorky je pro porodní asistentku velmi náročná. A Svěráková (2012) tvrdí, že důležitá edukační činnost je poskytována sestrou nebo porodní asistentkou a tvoří tak nedílnou součást v ošetrovatelské praxi. V současnosti je edukace hlavním pilířem v souvislosti s efektivní ošetrovatelskou péčí. Škrála, Škrlová (2003) upozorňují na tři důležité aspekty

edukace: edukace pacientů je dobrou investicí, která se zdravotnictví vrátí, je důležitá pro každého pacienta a měla by se stát jednou z hlavních priorit sestry a konečně sestra by měla edukaci realizovat aplikovat v ošetrovatelské praxi.

Pro stanovené cíle byly následně stanoveny hypotézy. Pomocí dotazníkového šetření bylo vyhodnoceno, zda se priority u matek po porodu, porodních asistentek a dětských sester liší. Porodní asistentky za svou prioritu zvolily z 33% hygienu, na rozdíl od matek, které zvolily jako prioritní výživu novorozence. Můžeme si položit otázku, zda pokud existují rozdílné priority, je edukace od porodních asistentek kvalitní? Z výsledků výzkumu je patrné, že matky dávají v edukaci přednost dítěti. Porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí se ale starají o matku, takže veškerá edukace je zaměřena pouze na matku. Věnují tedy matky pozornost edukaci o péči o sebe? Nebo se soustředí pouze na edukaci o dítě od dětských sester. Dětské sestry udávají totiž totožnou prioritu jako matky. Proto se domnívám, že matky kladou větší důraz na edukaci dětskými sestrami a má pro ně větší význam. Výsledky šetření říkají, že matky se obracejí z 61% na sestry o pomoc s kojením a pouze 26 % matek chce pomoci s hygienou u sebe. Z toho vyplývá, že se matky obracejí více na sestry starající se o jejich dítě. V dnešní době se problematice s kojením klade velký důraz. Proto se dnes nazývají nemocnice, které se touto problematikou zajímají "Baby friendly hospital", neboli nemocnice přátelské k dětem. Nemocnice mající tento název jsou přizpůsobené tak, aby matky s dítětem byly neustále v kontaktu a mohly proto kdykoliv kojit. Tento trend si ve zdravotnictví klade nárok na zvýšenou vzdělanost sester v problematice s kojením (Slezáková, 2013).

Matky ve výsledcích popsaly, že je porodní asistentky seznamují s chodem na oddělení častěji než dětské sestry. Aby matky mohly plnit roli pacienta, je pro ně důležité vyznat se na oddělení. Tento úkol, seznámit matky s chodem na oddělení, je v roli sester při převzetí pacienta na oddělení (Plevová, 2011). Celkově ale můžeme dle průzkumu říci, že jsou matky o chodu obou oddělení informovány dobře.

Zajímavým a také důležitým výsledkem výzkumného šetření je setkání sester s komunikační bariérou u matek. Porodní asistentky uvedly, že se s komunikační bariérou setkaly v 78%, oproti tomu dětské sestry v 86%. Obě skupiny sester se ale

shodly na řešení komunikační bariéry pomocí názorné ukázky. Domnívám se, že ať už existuje u ženy po porodu komunikační bariéra z jakékoliv příčiny, např: smyslová vada nebo jiná národnost ženy, je důležité umět i k ní najít cestu a porozumět jejím požadavkům a přáním (Špirudová, 2006). Hypotéza 3, která chce dokázat, že se priority u matek po porodu liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím, byla zkoumána pomocí statistického výpočtu. Touto hypotézou bylo zjištěno především to, že prvorodičky upřednostňují výživu novorozence a druhorodičky manipulaci s novorozencem. Zatímco prvorodičky kladou důraz pouze na novorozence, druhorodičky myslí i na péči o sebe sama. Je to tím, že druhorodičky už mají zkušenosti? Tento fakt, zatím nemůžeme potvrdit ani vyvrátit. Je to jen pouhá domněnka, že žena druhorodička upřednostňuje péči o sebe před péčí o novorozence, z důvodu zkušeností s prvním dítětem. Oproti ženám, které rodily poprvé, a zaměřují se pouze na výživu novorozence. Z malé části se o hygienu také zajímají, ale především se zaměřují na výživu novorozence. Vincentová uvádí, že výživa novorozence je důležitá a dětské sestry by měly výživě věnovat velkou pozornost zejména z toho důvodu, že má velký vliv na vývoj dítěte (Vincentová, 2006). S tímto názorem od Vincentové naprosto souhlasím a jsem přesvědčena, že kojením a následnou výživou podporujeme zdravý vývoj dítěte.

Edukují sestry matky druhorodičky jinak než prvorodičky? Může tato otázka řešit odpověď na předchozí diskuzi? Zda se liší edukace druhorodiček, bylo získáno pomocí dotazníkového šetření. Sestry udaly, že přistupují k ženám po porodu v nejčastějších případech individuálně. To znamená, že se sestry chovají osobitě ke každé matce zvlášť. Je tedy možné, že sestra edukující druhorodičku, upřednostňuje manipulaci před výživou. Dále jsou velmi zajímavé výsledky s četnostmi porodů u matek. Matky v 63% udaly, že rodily poprvé, naproti tomu 37% matek rodilo podruhé. Žádná z matek neudala vícečetné těhotenství. Dle statistických zpracování je úhrnná plodnost vyjadřující průměrný počet dětí na jednu ženu v jejím reprodukčním období za rok 2012 2,1 dítěte na 1 ženu. To je také dáno trendem odsouvání mateřství do vyššího věku. Také se zvyšuje plodnost u starších žen nad 35 let (ÚZIS ČR, aktuální informace č. 51/ 2013). Matky také uvedly, že nejčastějším způsobem porodu byl

spontánní porod. 30% matek ale uvedlo porod císařským řezem. Jak uvádí Roztočil (2008), patří císařský řez mezi velké porodnické operace a proto průběh, sledování a léčba šestinedělky po císařském řezu jsou odlišné, než u ženy po porodu vaginálním. Proto by se porodní asistentky měly na tyto ženy v péči zaměřit více a být jim více nápomocná. (Roztočil, 2008). Počet císařských řezů stále stoupá a císařským řezem se narodí každé čtvrté dítě. Za rok provedou lékaři v České republice přes dvacet tisíc císařských řezů. Je to dáno právě i porody u starších žen. Před deseti lety se porody císařským řezem uskutečňovaly cca v 15% (Benešová, 2013).

Oblast edukace péče v domácím prostředí skončila jak u porodních asistentek, tak u dětských sester na posledním místě na číselné stupnici. Čím je to dané, že se o tuto problematiku sestry nezajímají? Je to dané možná tím, že nynější systém služeb bohužel nenabízí návštěvy v domácím prostředí. Proto se ženy mající nějaký problém obracejí na nemocnici, ve které rodily. V některých případech navštíví svého gynekologa, ten ale ženu běžně přijímá až po uplynutí šestinedělí. Jedinou pomocí je nejčastěji pediatr, který radí primárně s kojením a další péčí o dítě. Porodní asistentky nejsou dodnes v českém vzdělávacím systému vedeny k primární péči, proto je takzvaná komunitní péče v České republice k nesehnání. Často jen tehdy, když se sama porodní asistentka touto problematikou zajímá a vyhledává ji. V jiných státech komunitní péče funguje a zde je otázkou, jestli někdy bude fungovat i u nás (Dvořáková, 2009).

Hypotéza 4 a 5, zda se liší priority edukace u sester v závislosti na délce praxe, byla statistickým výpočtem potvrzena. Priority u sester pracujících na oddělení déle udávají jiné priority než sestry pracující krátce. Porodní asistentky pracující na oddělení v rozmezí 0 -10 let udávají hygienu jako prioritu, ale porodní asistentky pracující na oddělení déle než 11 let mají za prioritu stravování a pitný režim ženy. Naproti tomu dětské sestry pracující na oddělení 0 -10 let, udávají bezpečí novorozence za prioritu a sestry pracující na oddělení déle než 11 let udávají výživu novorozence za prioritu. Myslím si, že tyto rozdílné priority jsou dány především zkušenostmi sester. Literatura však nikde neuvádí, zda se starší sestry od těch mladších zásadně liší. Tuto domněnku si můžeme pouze myslet. Z mého pohledu je to dáno především jiným vzdělávacím systémem. Sestry s praxí nad 11 let jsou dle výzkumu absolventky středních

zdravotnických škol oproti sestřám mladším, které mají vysokoškolské vzdělání. Jak už jsem zmiňovala, je vzdělávací systém na středních zdravotnických školách v dnešní době jiný než byl dříve (Šmídová, 2014). Tím se podle mě i rozdělují priority sester. Je zřejmé, že sestra s praxí nad 11 let má úplně jiné praktické postupy ve výkonech a podobně. Podle mého názoru upřednostňují tedy sestry s dlouholetou praxí jiné priority edukace, jelikož za dobu jejich studia bylo i méně komplikací. V tomto ohledu tedy souhlasím se Šmídovou a přikláním se k názoru, že sestry s dlouholetou praxí mají jiné priority z důvodu jiného vzdělávacího systému a také z důvodu získaných zkušeností (Šmídová, 2014).

## 6. Závěr

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována kvantitativním šetřením pomocí dotazníků. Dotazníky byly rozeslány do šesti nemocnic Jihočeského kraje matkám po porodu, porodním asistentkám a dětským sestřím pracujících na oddělení šestinedělí a fyziologických novorozenců. Cílem této práce bylo zjistit nejdůležitější oblasti edukace u matek po porodu, porodních asistentek a dětských sester zjistit, zda u nich existují rozdíly v prioritách. Oblasti edukace se zaměřovaly na péči o ženu a péči o novorozence. Výzkum byl zaměřen na priority v oblasti edukace u matek po porodu a sester.

V souvislosti s cíli práce bylo stanoveno pět hypotéz. Hypotéza 1 *Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a porodních asistentek*. Tato hypotéza se potvrdila. Priorita porodních asistentek je hygiena a priorita matek po porodu je výživa novorozence. Hypotéza 2 *Existují rozdíly v prioritách edukace u matek po porodu a dětských sester*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Priorita dětských sester je výživa novorozence stejně jako priorita matek po porodu.

Hypotéza 3 *Priorita edukace u matek po porodu se liší v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím*. Tato hypotéza byla potvrzena. Z tabulek je patrné, že prvorodička udává z 63% za prioritu u novorozence výživu a za prioritu v péči o sebe umění kojit. Druhorodička považuje za svou prioritu v péči o novorozence v 18% manipulaci a z 12% v péči o sebe hygienu.

Hypotéza 4 *Priority edukace u porodních asistentek se liší v závislosti na délce praxe*. Tato hypotéza byla potvrzena. Porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí v rozmezí 0 – 10 let udávají v 66% za prioritu hygienu. Porodní asistentky pracující na oddělení šestinedělí déle jak 11let udávají ve 14% stravování a pitný režim.

Hypotéza 5 *Priority edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe*. Tato hypotéza byla potvrzena. Dětské sestry pracující na oddělení v rozmezí 0 - 10 let udaly v 32% za prioritu bezpečí novorozence. Sestry pracující na oddělení déle jak 11 let, udávají ve 22% za prioritu výživu novorozence.



Výsledky této práce jsou velmi zajímavé a myslím, že budou zajímavé i pro další čtenáře. Sjednocením priorit bychom se zbavili případných komplikací a matky by odcházely spokojenější a více edukované z porodnice do domácího prostředí.

Výsledky výzkumu bakalářské práce mohou sloužit jako materiál pro porodní asistentky, jak co nejlépe zlepšit edukaci o matku po porodu. Dále mohou posloužit matkám jako edukační materiál. Využit je ale rovněž mohou budoucí porodní asistentky, které by se rádi tomuto povolání věnovaly. Poznatky, které vplynuly z výzkumného šetření, je možné prezentovat na některých sezeních a vědeckých konferencích porodních asistentek a dětských sester.

## 7. Seznam použitých zdrojů

ANONYM 1. 2014. *Šestinedělí*. In: [www.sestinedeli.cz](http://www.sestinedeli.cz) [online]. [cit. 2014 -10 - 27]. Dostupné z <http://www.sestinedeli.cz/komplikace/>

BASTABLE, Susan B. 2007. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. Vyd.2. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-076-3746-438.

BENEŠOVÁ, Petra. 2013. *Porodů císařským řezem v Česku přibývá. Ne vždy si to ale matky přejí*. In: [www. Rozhlas.cz](http://www.rozhlas.cz) [online]. [cit. 2015 -4 - 30]. Dostupné z [http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/\\_zprava/1232627](http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/_zprava/1232627)

ČECH, Evžen. 2007. *Porodnictví*. Vyd.2. Praha: Grada. ISBN 978-80-2471-3038-2010

ČEPICKÝ, Pavel a Hana KURZOVÁ. 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Vyd.1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0677-1.

ČEPICKÝ, Pavel a Marcela ČERNÁ. 2006. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Vyd.1. Praha: Levret. ISBN 80-903-1839-8.

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. 2013. *Neonatologie*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.

DUŠOVÁ, B. 2005. *Edukace v ošetrovatelství - distanční opory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN – Neuvedeno

DVOŘÁKOVÁ, Jana. 2009. *Šestinedělí je výjimečný čas*. In: [www.evalabusova.cz](http://www.evalabusova.cz) [online]. [cit. 2015 - 04 - 19]. Dostupné z: [http://www.evalabusova.cz/rady/porodni\\_asistentky.php](http://www.evalabusova.cz/rady/porodni_asistentky.php)

EGGOVÁ, Petra. 2010. *Edukační činnost porodní asistentky: Diagnóza v ošetrovatelství*. Olomouc: FZV Univerzita Palackého v Olomouci. r. 6, č. 6, s. 20-21. ISSN 1801-1349.

ELIAŠOVÁ, Anna, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. 2008. *Pôrodná asistenciac I: fyziológia*. Vyd.2. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-261-8.

GREGORA, Martin a Magdalena PAULOVÁ. 2008. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 978-802-4725-642.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. 2013. *Čekáme děťátko*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.

HÁJEK, Zdeněk. 2014. *Porodnictví*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-299.

CHMEL, Roman a Marcela ČERNÁ. 2005. *Otázky a odpovědi o porodu: příručka pro gynekology-porodníky*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1124-9.

CHMEL, Roman. 2008. *Otázky a odpovědi o porodu*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2142-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-712.

KAMMERER, Doro. 2007. *První tři roky života dítěte: průvodce pro rodiče*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1839-2.

KOBILKOVÁ, Jitka. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Vyd.1. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-X.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-807-3876-241.

KUDLOVÁ, Eva a Anna MYDLILOVÁ. 2005. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1039-0.

MUNTAU, Ania. 2014. *Pediatric*. Vyd.6. Praha: Grada. ISBN 978-802-4745-886.

NEMCOVÁ, Jana. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. NEMCOVÁ, Jana, (2010). *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Vyd.1. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

PAŘÍZEK, Antonín. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Vyd.2. Praha: Galén. ISBN 80-726-2411-3.

PLEVOVÁ, Ilona. 2011. *Ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3

PODSTATOVÁ, Renata, Eliška SOVOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení:100+1 otázek a odpovědí pro pacienta: Poučení pacienta v souvislosti s jeho onemocněním (edukace)*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6198-5.

PRŮCHA, Jan. 2009. *Pedagogická encyklopedie*. Vyd.1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-546-2.

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. 2012. *Andragogický slovník*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4739-601.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Miloš VELEMÍNSKÝ a Petr JEHLIČKA. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Vyd.1. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

REINHAUS, David. 2013. *Techniky učení: jak se snadněji učit a více si pamatovat*. Vyd.2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4781-1.

ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4719-412.

ROZTOČIL, Aleš. 2008. Pooperační péče po císařském řezu. *Moderní babičství – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Lavret. r. 8, č. 15, s. 19-26. ISSN - 1214-5572.

SÁK, Petr. 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. Vyd.1. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. (2008). *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. Vyd.2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4341-7.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Vyd.1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion, str. 477. ISBN 80-7172-841-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2006. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. Vyd.1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. Vyd.1. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠUSTEROVÁ, Dáša. 2010. Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, r. 20, č. 3, str. 45-47. ISSN 1210-0404.

TROUPOVÁ, Jitka a Milan HANZL. 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. Vyd.1. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8982-6.

ÚZIS ČR. *Zpráva o rodičce 2012*. aktuální informace, č. 51/2013. [online].[cit. 2015-21-4 ]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_51.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_51.pdf)

VINCENTOVÁ, Dana (2006). Výživa novorozence, kojence a batolete. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o., roč. 4, str. 224-226. ISSN 1213-0494

## 8. Seznam tabulek

Tabulka 1: Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu .....	17
Tabulka 2: charakter očístků v průběhu šestinedělí.....	19
Tabulka 3: Schéma dle Abgarové.....	34
Tabulka 4: Identifikační údaje porodních asistentek .....	41
Tabulka 5: Priority v oblasti edukace u porodních asistentek .....	43
Tabulka 6: Identifikační údaje dětských sester.....	47
Tabulka 7: Priority v oblasti edukace u dětských sester 1 .....	49
Tabulka 8: Priority v oblasti edukace u dětských sester 2.....	50
Tabulka 9: Identifikační údaje matek po porodu .....	54
Tabulka 10: Dostatek informací o péči o mě a dítě při odchodu domů.....	57
Tabulka 11: Hodnocení oblastí edukace na stupnici od 1 do 6 u prvorodiček .....	58
Tabulka 12: Hodnocení oblastí edukace na stupnici od 1 do 6 u druhorodiček .....	59
Tabulka 13: Seznámení matky s chodem na oddělení.....	59
Tabulka 14: Edukace matek od zdravotnického personálu .....	60
Tabulka 15: Formy edukace .....	60
Tabulka 16: S čím potřebují matky od sester nejčastěji pomoci .....	61
Tabulka 17: Hodnocení spokojenosti s edukací .....	61
Tabulka 18: Priority edukace v péči o novorozence u matek po porodu v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.....	63
Tabulka 19: Priority edukace matek po porodu v závislosti na předchozích zkušenostech s mateřstvím.....	64
Tabulka 20: Priority edukace u porodních asistentek se liší v závislosti na délce praxe.....	65
Tabulka 21: Priority edukace u dětských sester se liší v závislosti na délce praxe.....	66

## **9. Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník pro porodní asistentky .....	81
Příloha 2: Dotazník pro Dětské sestry .....	84
Příloha 3: Dotazník pro matky po porodu .....	88
Příloha 4: Edukační záznam na oddělení fyziologických novorozenců .....	96
Příloha 5: Edukační záznam na oddělení šestinedělí .....	97



## **Příloha 1: Dotazník pro porodní asistentky**

Milé Porodní asistentky,

Jmenuji se Tereza Ludašová, jsem studentka třetího ročníku Porodní asistence na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích a ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník se týká edukace po porodu a také Vašich priorit v oblasti edukace. Tento dotazník je anonymní, nikdo jiný do něj nahlížet nebude. Bude zpracován do mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci,

Ludašová Tereza

1. Kolik let pracujete na oddělení šestinedělí?

2. 0 – 5 let
3. 6 – 10 let
4. 11 a více

5. Jaké je Vaše dokončené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Vysoká škola (Bc.)
- d) Vysoká škola (Mgr.)

6. Kolik je Vám let?

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

7. Jakou formou matky edukujete?

(Můžete vybrat i více možností)

- a) Ústně s praktickou ukázkou
- b) Pouze praktickou ukázkou
- c) Pouze ústně
- d) Formou letáčků
- e) Formou videa
- f) Formou zpětné vazby
- g) Formou přednášky
- h) Situační a inscenační metody
- i) Jinou formou.....

8. Uvítala byste více prostoru v rámci své pracovní náplně k edukaci matek?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

9. Jakou oblast edukace považujete Vy za nejdůležitější? Zakřížkujte u daného tématu edukace číslo od 1 do 5 tak, aby se číslo neopakovalo. 1 je nejméně důležitá oblast, 6 je prioritá.

<b>Matka</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Hygiena</b>					
<b>Vyprazdňování</b>					
<b>Stravování a pitný režim</b>					
<b>Péče v domácím prostředí</b>					

10. Doplňte, co dalšího považujete Vy za důležité

.....

11. Setkala jste se někdy u ženy s komunikační bariérou?

- a) Ano (Pokračujte otázkou č. 10)
- b) Ne (Pokračujte otázkou č. 11)

12. Pokud ANO, jakým způsobem jste jí o všem edukovala?

Můžete vybrat i více možností)

- a) Využitím překladatele
- b) Praktickou ukázkou
- c) Pomocí slovníku
- d) Formou letáčků
- e) Jinou formou .....

13. Ohodnoťte na stupnici od 0 do 5, jak podle Vás zvládají matky péči sami o sebe při odchodu do domácího prostředí?

0 je nedostatečně, 5 je velmi dobře



14. S čím potřebují maminky nejčastěji pomoci?

.....

15. Akceptujete u matky znalosti z předchozího těhotenství?
- a) Každou matku beru jako prvorodičku a ovšem ji edukuji
  - b) Přistupuji ke každé matce individuálně
  - c) Zaměřím se pouze na oblast, se kterou potřebuje matka poradit
  - d) Přistupuji k matce na základě její oš. dokumentace
  - e) Akceptuji je až po kontaktu a rozhovoru s matkou

16. Mají matky k dispozici edukační materiály?

(Můžete vybrat i více možností)

- a) Ano, jsou vyvěšené na oddělení
- b) Ano, rozdávám jim letáčky
- c) Odkazuji je na internetové stránky
- d) Odkazuji je na literaturu
- e) Edukační materiály nerozdávám

## **Příloha 2: Dotazník pro Dětské sestry**

Milé Dětské sestry,

Jmenuji se Tereza Ludašová, jsem studentka třetího ročníku Porodní asistence na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích a ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník se týká edukace po porodu a také Vašich priorit v oblasti edukace. Tento dotazník je anonymní, nikdo jiný do něj nahlížet nebude. Bude zpracován do mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci,

Ludašová Tereza

1. Kolik let pracujete na oddělení fyziologických novorozenců?
- a) 0 – 5 let
  - b) 6 – 10 let
  - c) 11 let a více

2. Jaké je Vaše dokončené vzdělání?
- a) Střední zdravotnická škola
  - b) Vyšší odborná škola
  - c) Vysoká škola (Bc.)
  - d) Vysoká škola (Mgr.)
3. Kolik je Vám let?
- a) 22- 30 let
  - b) 31 – 35 let
  - c) 36 -40 let
  - d) 41 let a více
4. Jakou formou matky edukujete?
- (Můžete vybrat i více možností)
- a) Ústně s praktickou ukázkou
  - b) Pouze ústně
  - c) Pouze praktickou ukázkou
  - d) Formou letáčků
  - e) Formou videa
  - f) Formou zpětné vazby
  - g) Formou přednášky
  - h) Jinou formou.....
5. Uvítala byste více prostoru v rámci své pracovní náplně k edukaci matek?
- a) Ano
  - b) Nevím
  - c) Ne

6. Jakou oblast edukace v péči o novorozence považujete Vy za nejdůležitější? Zakřížkujte u daného tématu edukace číslo od 1 do 10 tak, aby se číslo **neopakovalo**. 1 je nejméně důležitá oblast, 10 je priorit.

Novorozenec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Identifikace										
Bezpečí										
Manipulace										
Termoregulace										
Výživa (Kojení, umělá strava)										
Hygienická péče										
Screeningová vyšetření										
Denní režim dítěte										
Hygienicko-epidemický režim										
Péče o dítě v domácím prostředí										

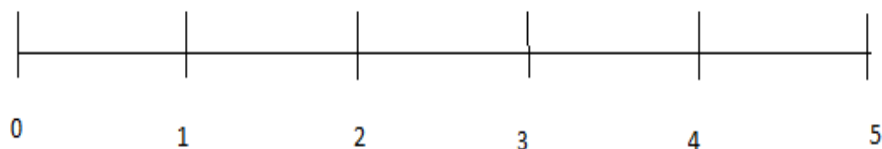
7. Doplňte, co dalšího považujete za důležité.

.....

8. Setkala jste se někdy u ženy s komunikační bariérou?
- Ano (Pokračujte otázkou č. 10)
  - Ne (Pokračujte otázkou č. 11)
9. Pokud ANO, jakým způsobem jste jí o všem edukovala? (Můžete vybrat i více možností)
- Využitím překladatele
  - Praktickou ukázkou
  - Pomocí slovníku
  - Formou letáčků
  - Jinou formou .....

10. Ohodnořte na stupnici od 0 do 5, jak zvládají matky pēči o novorozence samostatně v den odchodu do domácího prostředí?

0 je nedostatečně, 5 je velmi dobře



11. S čím potřebují matky nejčastěji pomoci?

.....

12. Akceptujete u matky znalosti a dovednosti z předchozího těhotenství?

- a) Každou matku beru jako prvorodičku a o všem ji edukuji
- b) Přistupuji ke každé matce individuálně
- c) Zaměřím se pouze na oblast, se kterou potřebuje matka poradit
- d) Přistupuji k matce na základě její oš. dokumentace
- e) Akceptuji je až po kontaktu a rozhovoru s matkou

13. Mají matky k dispozici edukační materiály?

(Můžete vybrat i více odpovědí)

- a) Ano, jsou vyvěšené na oddělení
- b) Ano, rozdávám jim letáčky
- c) Odkazuji je na internetové stránky
- d) Odkazuji je na literaturu
- e) Edukační materiály nerozdávám

### **Příloha 3: Dotazník pro matky po porodu**

Vážená maminko,  
obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je rozdělen do tří částí. První část tvoří otázky konkrétně na Vás, druhá část se zabývá prací porodních asistentek a poslední prací dětských sester. Porodní asistentky se starají o Vás, kdežto dětské sestry o Vaše dítě. Cílem je získat poznatky o Vašich prioritách v edukaci po porodu. Co vlastně edukace je? Jsou to veškeré poznatky, informace a poučení, které Vám předává zdravotnický personál v nemocnici. Dotazník je anonymní. Odpovědi budu vyhodnocovat a zpracovávat do bakalářské práce. Nikdo jiný nebude vaše odpovědi prohlížet. Vyplňte, prosím, pozorně všechny otázky.

Děkuji za Váš čas a ochotu,

Tereza Ludašová

#### **1. Část dotazníku**

1. Věk:

- a) 18 - 25 let
- b) 26 – 30 let
- c) 31 – 35 let
- d) 36 – 40 let
- e) 40 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední s vyučením
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborná škola
- e) Vysokoškolské



3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova

4. Jaké máte sociální zabezpečení?

- a) Žiji s manželem/ přítelem
- b) Žiji sama
- c) Žiji s rodiči

5. Po kolikáté jste rodila?

- a) Poprvé (viz otázka č. 7)
- b) Podruhé
- c) Potřetí
- d) Více

6. Rodila jste všechny Vaše děti v této nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne

7. Kolikátý den ležíte na oddělení šestinedělí?

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4. a více

8. Kde, nebo od koho jste zjistila informace o průběhu šestinedělí? (Můžete vybrat i více možností)

- a) Internet
- b) Kamarádka
- c) Rodinní příslušníci
- d) Literatura
- e) Zdravotníci
- f) Jiné zdroje.....

9. Způsob porodu byl?

- a) Spontánní
- b) Císařským řezem
- c) Kleštěmi
- d) Vexem (zvon)

10. Myslíte si, že míra poskytnutých informací s péčí o Vás je dostačující pro odchod do domácího prostředí?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

11. Myslíte si, že míra poskytnutých informací s péčí o dítě je dostačující pro odchod do domácího prostředí?

- a) Ano
- b) Spíše
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

12. Pokud informace nejsou dostačující, jaké další informace byste doplnila?

- a) Péči o novorozenci
- b) Péči o sobě samotné
- c) Informace jak pečovat o mne tak o novorozenci
- d) Další .....

(doplňte, o jakou informaci se jedná)

13. Co je pro Vás nejdůležitější v péči u dítěte? Napište u daného tématu edukace číslo od 1 do 6 tak, aby se číslo **neopakovalo**. 1 je nejméně důležitá oblast, 6 je Vaše priorita.

<b>U mne</b>	<b>Číslo od 1 do 6</b>
<b>Očistky</b>	
<b>Hygiena</b>	
<b>Péče v domácím prostředí</b>	
<b>Stravování a pitný režim</b>	
<b>Vyprazdňování</b>	
<b>Umění kojit</b>	

14. Co je pro Vás nejdůležitější znát o sobě? Napište u daného tématu edukace číslo od 1 do 6 tak, aby se číslo **neopakovalo**. 1 je nejméně důležitá oblast, 6 je Vaše priorita.

<b>U novorozence</b>	<b>Číslo od 1 do 6</b>
<b>Výživa (Kojení, umělá strava)</b>	
<b>Hygiena</b>	
<b>Projevy a chování dítěte</b>	
<b>Manipulace s miminkem</b>	
<b>Denní režim dítěte</b>	
<b>Péče v domácím prostředí</b>	

15. S čím jste měla největší problémy?

.....

## **2. Část dotazníku**

V tomto sloupci následují otázky, týkající se péče o Vás ze strany Porodní asistentky. Dále jen PA.

16. Byla jste PA seznámena s chodem na oddělení šestinedělí?

- a) Ano, PA mě se vším seznámila
- b) Nevím, nepamatuji si
- c) Ne, PA mě vůbec neseznámila

17. Edukovala Vás PA aktivně, sama od sebe, nebo jste se jí musela vyptávat Vy?

- a) Ano, se vším mě mile seznámila a vše mi názorně ukázala
- b) Ano, edukovala mě o všem ústně
- c) Ano, edukovala, ale moc rychle
- d) Nevím, nepamatuji si
- e) Ne, musela jsem se na vše ptát sama
- f) PA mě vůbec needukovala

18. Jakým stylem Vás PA edukovala?

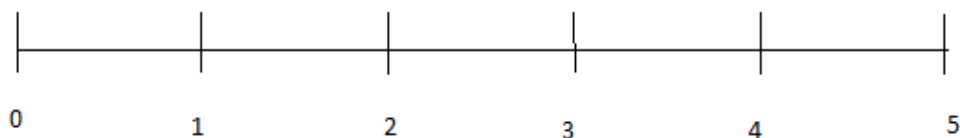
(Můžete vybrat i více možností)

- a) Ústně s praktickou ukázkou
- b) Pouze ústně
- c) Pouze praktickou ukázkou
- d) Formou letáku, knihy
- e) Formou videa
- f) Formou přednášky
- g) Jiná forma.....

19. S čím jste potřebovala od PA nejvíce pomoci?

.....

20. Ohodnoťte na stupnici od 0 do 5 Vaši spokojenost s podáváním informací od PA  
0 je nedostačující, 5 je velmi spokojená



### 3. Část dotazníku

V tomto sloupci následují otázky, týkající se péče o novorozence ze strany dětské sestry. Dále jen DS.

21. Byla jste DS seznámena s chodem na oddělení fyziologických novorozenců?

- a) Ano, DS mě se vším seznámila
- b) Nevím, nepamatuji si
- c) DS mi pouze přivezla na pokoj novorozence

22. Edukovala Vás DS aktivně, sama od sebe, nebo jste se jí musela na vše ptát Vy?

- a) Ano, se vším mě mile seznámila a vše mi názorně ukázala
- b) Ano, edukovala mě o všem ústně
- c) Ano, edukovala, ale moc rychle
- d) Nevím, nepamatuji si
- e) Ne, musela jsem se na vše ptát sama

23. Jakým stylem Vás DS edukovala?

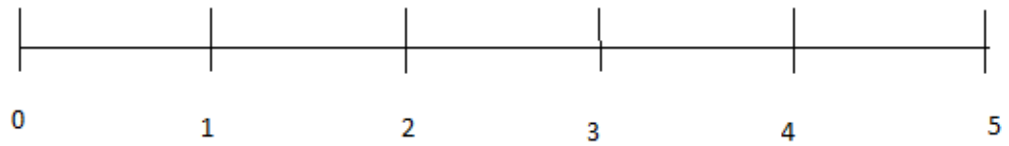
(Můžete vybrat i více možností)

- a) Ústně s praktickou ukázkou
- b) Pouze ústně
- c) Pouze praktickou ukázkou
- d) Formou letáku, knihy
- e) Formou videa
- f) Formou přednášky
- g) Jiná forma.....


24. S čím jste potřebovala od DS nejvíce pomoci?

.....

25. Ohodnořte na stupnici od 0 do 5 Vaši spokojenost s podáváním informací od DS  
0 je nedostačující, 5 je velmi spokojení



## Příloha 4: Edukační záznam na oddělení fyziologických novorozenců



**NEMOCNICE**  
ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s.

**EDUKAČNÍ ZÁZNAMOVÝ LIST č.**  
Neonatologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Šítelek se jménem dítěte

	Téma edukace	Komunikační bariéra
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poučení o provozu a zásadách ošetřování novorozence v systému ROOMING-IN</li> <li>2. Poučení o hygienicko-epidemiologickém režimu oddělení</li> <li>3. Poučení o zásadách bezpečnosti a manipulaci s dítětem</li> <li>4. Odstříkávání a uchovávání MM</li> <li>5. Zacházení s odsávačkou MM</li> <li>6. Kojení</li> <li>7. Dokrmování</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Balení/ přebalování/ prevence opruzenin</li> <li>9. Koupele/ péče o kůži, uši, nos, pupek</li> <li>10. Péče o dítě s fototerapií</li> <li>11. Péče o dítě v inkubátoru, na výhřevné podušce</li> <li>12. Identifikace dítěte</li> <li>13. Ošetrovatelské výkony</li> <li>14. Péče o pupeční pahty</li> <li>15. Oše péče o rány, stomie</li> <li>16. Jmé.....</li> </ol>	<p><input type="checkbox"/> Nemí</p> <p><input type="checkbox"/> Smyslová Sluch    Zrak <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Jazyková: cizí jazyk..... <input type="checkbox"/> poskytnut edukační materiál</p> <p><input type="checkbox"/> Jiná</p>

Datum	Téma edukace	Edukace koho	Použité metody	Reakce na edukaci	Doporučení/ řešení	Podpis matky	Podpis sestry
		<input type="checkbox"/> matky <input type="checkbox"/> otce <input type="checkbox"/> další osoby	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> písemný materiál	<input type="checkbox"/> verbalizace pochopení <input type="checkbox"/> má dotazy <input type="checkbox"/> prokazuje zručnost/ vědomost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> odmítl edukaci			


  

Datum	Téma edukace	Edukace koho	Použité metody	Reakce na edukaci	Doporučení/ řešení	Podpis matky	Podpis sestry
		<input type="checkbox"/> matky <input type="checkbox"/> otce <input type="checkbox"/> další osoby	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> písemný materiál	<input type="checkbox"/> verbalizace pochopení <input type="checkbox"/> má dotazy <input type="checkbox"/> prokazuje zručnost/ vědomost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> odmítl edukaci			



**Příloha 5: Edukační záznam na oddělení šestinedělí**

Jen pro vnitřní potřebu NCB!



## Záznam o podání informace/edukaci

Identifikační štítek, jméno a rok narození	Komunikační bariéra <input type="checkbox"/> není schopen vnímat <input type="checkbox"/> smyslová: sluch, zrak <input type="checkbox"/> jazyková: cizí jazyk ..... <input type="checkbox"/> jiná:	<input type="checkbox"/> hospitalizovaný pacient <input type="checkbox"/> ambulantní pacient	List č.
<b>Téma edukace/informace</b> 1. Vstupní informace 2. Základní onemocnění 3. Navrhovaná léčba, (ev. změna medikace) 4. Prevence pádu 5. Předoperační příprava 6. Pooperační péče 7. Hodnocení bolesti	8. Pohybový, klidový režim, (ev. polohování) 9. Dieta, tekutiny, lačnění 10. Invazivní vstupy, (ev. oděr biol. materiálů) 11. Péče o ránu 12. Péče o stomii 13 Rehabilitace 14. Používání pomůcek 15. Edukace diabetika, GDM	16. Návik aplikace injekcí 17. Respirační terapie 18. Ošetrovatelské výkony 19. Prenatální poradna 20. Monitorace plodu (CTG, tiz, OP) 21. Speciální vyšetření - ev. konzília (urol. konz., renální fc., oGTT, glyk. profil, glykosurie...) 22. Maturace plodu	23. Příznaky, potíže příduř. on. (preeklampsie...) 24. Dolores praesag., odtok VP - (kontrola Ten., kontrakce, krvácení...) 25. Preindukce, indukce porodu 26. Vnitřní řád, práva pac., chod oddělení 27. Dechová rehabilitace 28. Úlevové polohy při I. DP.
<b>Datum:</b> /uveďte se číslo, ev. slovně další podrobnosti/	<b>Způsob edukace/informace:</b> <input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> návik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<b>Zhodnocení edukace:</b> <input type="checkbox"/> rozumí-verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	<b>Edukoval:</b> razítko, podpis  <b>Podpis pacienta:</b>