Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Význam edukace v péči o novorozence z pohledu prvorodičky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Petra Viktorínová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Význam edukace v péči o novorozence z pohledu prvorodičky 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 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 4.5. 2017 .....

Petra Viktorínová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za ochotu, cenné rady a drahocenný čas, který mi věnovala. Dále mé poděkování směřuje také všem osloveným ženám, které byly ochotny se mnou spolupracovat a podílet se na výzkumu.

Význam edukace v péči o novorozence z pohledu prvorodičky

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o tématu „Význam edukace v péči o novorozence z pohledu prvorodičky“. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou.

Teoretická část je zaměřena na problematiku edukace, kde jsou popsány hlavní pojmy edukace, metody a formy a dále edukační proces. Práce také vysvětluje pojem fyziologický novorozenec a péči o něj, především tedy péči v systému rooming-in a propuštění do domácí péče.

V praktické části je stanoveno několik cílů bakalářské práce. Jako první cíl je zjistit, jak jsou ženy prvorodičky edukovány v péči o novorozence a následně zmapovat a zhodnotit postup edukace u prvorodiček dětskými sestrami a porodními asistentkami v péči o novorozence. Na základě těchto cílů byly sestaveny tyto výzkumné otázky: „Jaká je úroveň edukace dětskými sestrami a porodními asistentkami? Jaký je rozsah edukace žen v péči o novorozence? Jakým způsobem jsou ženy edukovány v péči o novorozence?“

Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního výzkumu, kdy se data sbírala pomocí metody dotazování a techniky hloubkového rozhovoru.Výzkumné šetření probíhalo během dubna roku 2017. Data byla následně zpracována do počítače a analyzována metodou otevřeného kódování.

Během výzkumného šetření se pracovalo s jedním výzkumným souborem, a to se ženami prvorodičkami v období šestinedělí.

Na základě analyzování byly vyhodnoceny 4 kategorie ve skupině žen prvorodiček v období šestinedělí (Informovanost před porodem, Rozsah edukace, Způsob edukace a Úroveň edukace). K jednotlivým kategoriím byly vytvořeny podkategorie. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracovány do přehledných schémat. Z výsledků vyplývá, že edukace je poměrně na dobré úrovni. Je jasné, že v dnešní době ženy hodně využívají internet. Co se týče samotné edukace, bylo zjištěno, že ženy jsou edukovány ve všech oblastech péče o novorozence, jako je kojení, přebalování a koupání, někde oblast manipulace vysvětlují samostatně, některé sestry zahrnou manipulaci do jiné oblasti.

Sestry většinou edukují ženu individuálně, ale pokud se sejdou na pokoji dvě ženy, probíhá edukace hromadně a ukázky se provádějí na jednom novorozenci. V rámci edukace jsou ženám poskytnuty tištěné materiály, různé informační letáčky a brožury. Prokázalo se, že edukace je prováděna nejčastěji metodou výkladu s ukázkou, kde sestra při ukázce zároveň vysvětluje zásady konkrétního výkonu. V rámci výzkumu se neprojevila žádná velká nespokojenost. Myslím si, že pro každou prvorodičku musí mít edukace určitý význam, obzvlášť pokud informace před porodem žádné nemá, a tedy vůbec neví, co péče o novorozence obnáší.

Na základě zpracování práce byl vytvořen edukační plán.

Klíčová slova

Edukace; péče; novorozenec; prvorodička

The importace of education in the care of the newborn from the primipara’s point of view

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic toled "The importace of education in the care of the newborn from the primipara’s point of view“. The thesis is dividend into two parts, a theoretical and a practical one.

The theoretical part is focused on the isme of education, where the main concepts of education, methods and forms are described, as well as the educational process. The thesis also explains the koncept of physiological newborn and its care especially in the rooming-in and home care system.

In the practical part, there several goals of the thesis are determined. The first objektive is to find out how primiparas are educated in newborn care, and then to map and evaluace the process of primipara’s education by nurses and midwives in the care of the newborn. Based on these objectives, the following research questions have been drawn up: "What is the level of education by nurses and midwives? What is the extent of women's education in neonatal care? How educated are women in newborn care? "

The research was carried out in the form of qualitative research, hen the data were collected using the interviewing method and the depth-interview technique. The research was conducted in April 2017. The data were subsequently processed on the computer and analyzed by open encoding.

During the research, there one research group of primiparas in the puerperium was being worked with.

On the basis of the analysis, four categories were evaluated in the group of primiparas during the puerperium period (Pre-Child Awareness, Scope of Education, Method of Education and Level of Education). Subcategories have been created for each category. Individual categories and subcategories are processed into organized schemes. The results show that education is relativem good. It is clear that today women use the Internet a lot. In terms of education it self, it has been found that women are educated in all areas of neonatal care such as breastfeeding, diapering and bathing. Somewhere the manipulation is explained by nurses separately, on the other hand, some of them involve manipulation in another area. Nurses usually educate a woman

individually, but hen two women are in one room, they are educated together and the show is done on one newborn. Within the framework of education, women are provided with printed materials, variol leaflets and brochures. It has been shown that education is most frequently done by the method of interpretation with a sample, where the nurse at the same time explains the principles of particular performance. There was no great dissatisfaction with the research. I think that for every primipara, education has to be somehow important, especially if she does not have any informatik before the childbirth and therefore does not know how to take care of the newborn.

An educational plan was created and it was based on this thesis.

Keywords

education, care, a newborn, a primipara

Obsah

ÚVOD **10**

1. SOUČASNÝ STAV **11**

1.1 Edukace **11**

1.2 Vymezení pojmů edukace **11**

1.3 Proces edukace **12**
1.3.1 Zhodnocení/ posouzení klienta a vyhodnocení edukačních potřeb 12
1.3.2 Projektování edukace 13
1.3.3 Realizace edukačního procesu 14
1.3.4 Hodnocení edukačního procesu 15

1.4 Edukátor **15**

1.5 Formy edukace **15**

1.6 Metody edukace **16**

1.7 Pomůcky a didaktická technika **18**

1.8 Komunikace v edukačním procesu **18**

1.9 Edukace matek v péči o novorozence **20**
1.9.1 Edukace ve výživě novorozence 20
1.9.1.1. Odstříkávání mateřského mléka 22
1.9.1.2. Umělá výživa 22
1.9.2. Edukace v koupání novorozence 23
1.9.3. Edukace v přebalování novorozence 23
1.9.4. Propuštění do domácího prostředí 24
1.9.5. Návštěva pediatra 25

2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **26**

2.1 Cíle práce **26**

2.2 Výzkumné otázky **26**

3. METODIKA **27**

3.1 Použitá metodika **27**

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 27

3.3 Operacionalizace pojmů 28
3.3.1 Fyziologický novorozenec 28
3.3.2 Systém rooming – in 29
3.3.3. Edukace 29
3.3.4. Porod 29

4. VÝSLEDKY 30

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami v období šestinedělí metodou tužka papír – seznam kategorií 30
4.1.1 Kategorie informovanost před porodem 30
4.1.2 Kategorie rozsah edukace 31
4.1.3 Kategorie způsob edukace 34
4.1.4 Kategorie úroveň edukace 38

5. DISKUSE 43

6. ZÁVĚR 49

7. SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ 51

8. SEZNAM PŘÍLOH 55

Úvod

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se v praxi setkala s edukací prvorodiček a na základě toho jsem si chtěla rozšířit své znalosti v této oblasti a mít větší přehled o této problematice.

S příchodem nového člena rodiny nastávají velké změny u rodičů. Především jsou změnami ovlivněny ženy, které se musí přizpůsobit nové roli. Ženy jsou po porodu vystaveny velkým psychickým a emočním nátlakům vlivem hormonálních změn. Je to velký skok v režimu, které ženy doposud měly. Je třeba přehodnotit priority, které putují především k novorozenému dítěti a jeho zdraví. Prvorodičky se často ocitají v situaci, kdy si s péčí o novorozence nevědí rady. Často to u nich může vyvolat pocit strachu a nejistoty, zda je vše v pořádku, a aby se této situaci zabránilo, je důležité ženě být k dispozici a pomoci jí.

Šestinedělí je specifickým obdobím pro ženu, co se týče především emocionální stránky. Je tedy nutné, aby žena o všem měla dostatek informací, a záleží také na tom, kdo jiedukuje. Edukace matek v péči o novorozence na oddělení je dnes již nedílnou součástí, aby se mohla matka o dítě starat. Edukovat by měly především řádně vzdělané porodní asistentky či dětské sestry a pomoci ženám v prvním kontaktu s novorozencem. Je třeba ženě vše vysvětlovat bez odborných výrazů tak, aby pochopila veškeré informace.

V současné době existují předporodní kurzy prováděné samotnou porodnicí nebo dalšími institucemi či porodními asistentkami, kde se žena může setkat s prvními informacemi především o péči o novorozence, jako je kojení nebo hygienická péče. Úroveň znalostí matek v péči o novorozence jsou různé a je třeba k ženě přistupovat individuálně s trpělivostí a empatií. Sestra by také měla ženu sledovat a rozpoznat chyby, kterých se žena při péči dopouští, a měla by ji pomoci je napravit. Sestry by se měly vždy pořádně ujistit, zda žena veškerým informacím rozumí jak při pobytu v nemocnici, tak při odchodu domů, kde bude žena již pečovat o novorozence sama. Je důležité, aby žena věděla, kam se obrátit o pomoc v případě potřeby.

1. Současný stav

1.1 Edukace

Edukace je nezbytnou součástí ošetřovatelského procesu, proto je také vnímána jako soubor ošetřovatelských intervencí ve fázi realizace ošetřovatelského procesu (Šulistová a Trešlová, 2012). „*Pojem edukace lze 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). V slovnících cizích slov je pojem edukace jako český ekvivalent výchova a vzdělávání (Šulistová a Trešlová, 2012). Pojmy výchova a vzdělávání jedince se navzájem prolínají a nelze je tedy od sebe oddělit (Průcha, 2009). Krom medicínských postupů hraje velkou roli v edukaci pedagogika, která zkoumá podstatu a zákonitosti výchovy a vzdělávání (Svěráková, 2012). Jak uvádí Průcha (2009), pojem pedagogika pochází z řeckého paidagógos, a je tím označován otrok-průvodce, který se staral o syna svého pána. Společně s pedagogikou je do edukace také zahrnována andragogika, definovaná jako vědní obor o výchově a vzdělávání zaměřený především na učení dospělých (Beneš, 2008). Didaktika je věda o vyučování, přičemž vyučování je chápáno jako vzájemné propojení výchovy a vzdělávání (Procházka a Somr, 2008). Vyučování je záměrné předávání učebního rozsahu v promyšlených metodách a formách a za použití různých postupů, prostředků a pomůcek (Fibichová, 2016). Smyslem edukačního procesu je vedení jedince k osvojení si určitých dovedností a edukátor společně s edukantem připraví edukační program, který jedinci napomůže ke změnám (Svěráková, 2012).

1.2 Vymezení pojmů edukace

Vzdělávání je proces, kdy se u jedince záměrně rozvíjí jeho dovednosti, schopnosti, návyky a jde o proces osvojování poznatků (Šulistová a Trešlová, 2012).

Výchova je záměrné a cílevědomé ovlivňování vychovávaného, jejímž účelem je změna dispozic k jednání a chování v souladu s určitým cílem (Beneš, 2008).

Edukační proces je označován jako činnost lidí, při němž dochází k učení subjektu při působení jiného subjektu, který řídí učení (Veteška, 2016).

Edukační realita je v pedagogice základním pojmem a je tak označován jakýkoli úsek objektivní skutečnosti, v níž probíhají edukační procesy (Průcha, 2015).

Edukant je jedinec v edukačním procesu bez ohledu na věk a prostředí, kde edukace probíhá (Průcha, 2009). Je to individuální osobnost s určitými fyzickými a kognitivními vlastnostmi a může ho charakterizovat také etnická příslušnost či víra nebo sociální prostředí, ve kterém žije. Ve zdravotnictví bývá tedy nejčastěji edukantem nemocný klient, ale i zdravotník, který získává dovednosti a znalosti celoživotním vzděláváním (Juřeníková, 2010).

Edukátor je hlavní osoba edukační činnosti, ve zdravotnictví nejčastěji lékaři, porodní asistentky či všeobecné sestry, fyzioterapeuti, dětské sestry (Juřeníková, 2010).

Edukační prostředí je charakterizováno jako souhrn mnoha různorodých podmínek, v nichž se subjekty ocitají při realizaci edukačního procesu (Veteška, 2008). Jako příklad edukačního prostředí může být ambulance, kde sestra edukátor komunikuje s klientem edukantem (Juřeníková, 2010).

Edukace se může dělit na základní edukaci, reedukační a komplexní (Juřeníková, 2010). Základní edukace znamená, že jedinec získává nové vědomosti či dovednosti (Šulistová a Trešlová, 2012) a Juřeníková (2010) ještě udává, že edukant je motivován ke změně postojů a hodnot.

Reedukační edukace navazuje na předchozí znalosti a dovednosti, opakuje je a aktualizuje či prohlubuje, popřípadě poskytuje další informace v souvislosti k měnícím se podmínkám (Svěráková, 2012).

Komplexní edukace znamená, že jedinci jsou předávány komplexní vědomosti a budovány dovednosti a postoje v opatřeních k udržení nebo zlepšení zdraví (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.3 Proces edukace

Edukační proces má svá specifika, a proto se musí edukace přizpůsobit systému a metodám péče ve zdravotnickém zařízení (Juřeníková, 2010). Edukace probíhá v 5 etapách v logické návaznosti jako záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný proces (Kuberová, 2010). První fáze je počáteční pedagogická diagnostika, druhá fáze je projektování, třetí fáze realizace, ve čtvrté fázi dochází k upevnění a prohlubování učiva a pátá fáze je zpětná vazba (Juřeníková, 2010).

1.3.1 Zhodnocení/ posouzení klienta a vyhodnocení edukačních potřeb

Úspěch edukačního procesu závisí na důkladném sběru, třídění a analýze údajů o daném jedinci (Kuberová, 2010). Sběr informací by měl být běžnou součástí procesu

shromažďování dat, kdy zjišťujeme individuální potřeby jedince. Zdrojem informací je buďto edukant či rodinný příslušník, doprovod, zdravotnický pracovník nebo zdravotnická dokumentace (Juřeníková, 2010). Pro sběr informací se využívá rozhovor, pozorování, testování, ale také záznamy ze zdravotnické dokumentace (Kuberová, 2010). Pro stanovení potřeb je třeba se zaměřit na úroveň vědomostí, dovedností, návyků edukanta, dále na jeho motivaci a postoje, na předpoklady pro učení a jaký styl učení mu vyhovuje (Šulistová a Trešlová, 2012).

Dle informací a nasbíraných dat a jejich následné analýzy se stanovují edukační potřeby (Šulistová a Trešlová, 2012). Jako edukační potřeba je považován deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů člověka ke svému zdraví, kdy nedostatky v těchto oblastech mohou negativně ovlivnit zdraví člověka jak v současnosti, tak i v budoucnosti (Juřeníková, 2010). Na základě edukační potřeby se stanovuje cíl edukace neboli předpokládaný výsledek edukace. Cíl by měl být jednoznačný, komplexní, kontrolovatelný, konkrétně formulovaný a přesný (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.3.2 Projektování edukace

Tento proces zahrnuje plánování a přípravu (Juřeníková, 2010). Základem správného plánování je důkladný sběr informací o edukantovi (Juřeníková, 2010) a Kuberová (2010) dodává, že hlavním záměrem je vytvoření edukačního plánu, kde se stanovují cíle k dosažení upevnění zdraví nebo odstranění zdravotního problému. „*Základní podmínkou účinného edukačního procesu v ošetřovatelství je jasná specifikace cíle, na jehož základě dojde ke stanovení metodického postupu*" (Šulistová a Trešlová, 2012, str. 54). Cíl rozhoduje o rozsahu a uspořádání učiva, pomáhá zvolit metody, formy a hodnocení vyučování (Veteška, Vacínová a kol., 2011). Na základě cíle dochází k plánování edukačních strategií a jedná se o zamýšlenou změnu ve vědomostech, dovednostech, vlastnostech a osobnostním rozvoji (Šulistová a Trešlová, 2012). Cíle chápeme jako změnu osobnosti v kognitivní, afektivní nebo psychomotorické rovině (Čábalová, 2011). Formují se cíle afektivní, které se zaměřují na utváření postojů, hodnot, přesvědčení a názorů (Juřeníková, 2010). Dále jsou to cíle kognitivní orientované na rozvoj poznávacích procesů (Šulistová a Trešlová, 2012). Poslední skupinu cílů tvoří psychomotorické, kde si jedinec osvojí určitý druh motorických zručností a návyků (Juřeníková, 2010).

Při projektování se klade několik otázek. Otázka „Proč?“ se zaměřuje na potřebu edukanta a k jaké změně a v jaké oblasti by mělo dojít, aby to pozitivně ovlivnilo zdraví (Juřeníková, 2010). U otázky „Koho?“ přemýšlíme nad tím, koho do edukace zahrneme a všímáme si osobnosti edukanta, tedy jeho pohlaví, věku, zdravotního a psychického stavu, motivaci, postojů, vzdělávání, zvyků, sociálně – kulturních zvláštností a životního stylu. Otázka „Co?“ zvažuje obsah edukace vzhledem k potřebám edukanta (Juřeníková, 2010). Při otázce „Jak?“ volíme vhodné metody a formy edukace, které jsou vhodné pro klienta a odpovídají jeho edukačním potřebám. Otázky „Kdo?“ a „Kdy?“ rozmýšlí posloupnost a časový rozsah edukace a je třeba spolupráce celého multidisciplinárního týmu a určení postupu při záznamu edukace do dokumentace (Juřeníková, 2010). „Kde a za jakých podmínek?“ je důležité zejména pro prostředí, ve kterém by edukace měla proběhnout, zda se využijí podpůrné materiály a z jakých prostředků bude edukace financována. Poslední otázka „S jakým výsledkem?“ řeší způsob hodnocení jednotlivých změn a jaké nástroje se pro hodnocení zvolí (Juřeníková, 2010).

1.3.3 Realizace edukačního procesu

Edukace je realizována na základě zjištěných edukačních potřeb, které byly stanoveny na podkladě vyhodnocení získaných informací o edukantovi. Měla by vycházet z plánu edukace z fáze projektování (Juřeníková, 2010). Sestra by měla prokázat teoretické i praktické dovednosti při vedení edukačního procesu s možnými následky a důsledky (Kuberová, 2010). Na realizaci by se měl podílet celý multidisciplinární tým, ale v dnešní době je nutno podotknout, že spolupráce v této oblasti vázne a ve většině případů členové týmu neví, jakou edukací klient prošel. Edukaci může ovlivnit řada faktorů, které brání úspěšnosti, ale i individuální osobnost člověka, který žije v rozdílných sociálně – kulturně – ekonomických podmínkách a má různé zkušenosti a vědomosti (Juřeníková, 2010).

Nejčastější faktory, které musíme brát v úvahu již při plánování, můžeme rozdělit na fyziologicko – biologické, kam patří pohlaví, věk, poruchy smyslového vnímání, soběstačnost a zdravotní stav, dále psychicko – duchovní, kam se řadí psychický stav, osobnostní vlastnosti, postoje, motivace, schopnosti a dovednosti, návyky a zkušenosti, ale i víra. Jako poslední jsou to faktory sociálně – kulturní, jako je zaměstnání, vzdělání, etnická příslušnost, rodinné vztahy a ekonomická situace

(Juřeníková, 2010). Kvalitu procesu ovlivňuje vzájemná interakce edukátora a edukanta, jejich osobnostní kvality, normy, hodnoty, postoje, zájmy a názory (Kuberová, 2010).

1.3.4 Hodnocení edukačního procesu

Vyhodnocení výsledků edukace je klíčovou záležitostí, edukátor musí průběžně hodnotit úroveň dosažených výsledků a provádí závěrečné hodnocení, kdy se ujistí, že si pacient osvojil dovednosti a znalosti (Svěráková, 2012). Stává se, že se občas nepodaří stanovené cíle splnit (Juřeníková, 2010). Hodnocení může být prováděno jak v průběhu edukace, tak na jejím konci (Kuberová, 2010). Může mít formu verbální a neverbální. Hodnotit může i edukant, kdy jde o názor edukanta na proces a je prováděno písemnou formou při dotazníkovém šetření (Juřeníková, 2010).

1.4 Edukátor

Zdravotník jakožto v roli edukátora poskytuje vědomosti a zkušenosti a zároveň je poradcem a podporovatelem edukanta. Edukátor je též tvůrce a projektant edukace, získává informace a zjišťuje edukační potřeby a zastupuje roli hodnotitele (Juřeníková, 2010). Kromě úrovní znalostí a dovedností musí mít edukátor dostatek empatie a ochoty pomoci lidem (Svěráková, 2012). Juřeníková (2010) uvádí, že edukátor musí mít jisté předpoklady pro vykonávání edukace jako analýza potřeb a řešení problémů, dále by měl být zručný a obratný, přizpůsobivý a adaptivní. Pro efektivní komunikaci jsou podstatné také komunikační a didaktické vlastnosti (Svěráková, 2012).

1.5 Formy edukace

Forma edukace je způsob uspořádání nebo organizace výuky (Svěráková, 2012). Nejčastěji jsou popisovány formy edukace dle organizačního uspořádání edukace a interakce edukátora (Juřeníková, 2010). Podle počtu účastníků edukace se rozlišuje na individuální, skupinovou (Nemcová a Hlinková, 2010) a Juřeníková (2010) dodává ještě hromadnou formu.

Individuální forma edukace je nejčastější forma ve zdravotnictví, kdy edukátor je v přímém osobním kontaktu s edukantem (Šulistová a Trešlová, 2012). Edukace je řízena pouze edukátorem a edukanti pracují samostatně bez spolupráce jiných edukantů. Používá se běžně v ambulancích, u nemocničního lůžka nebo v ordinacích lékaře (Juřeníková, 2010). Často využívanými metodami je vysvětlování, rozhovor nebo

instruktáž s praktickým cvičením (Svěráková, 2012). Svěráková (2012) uvádí, že výhodou individuální formy edukace je individuální přístup k potřebám pacienta a Juřeníková (2010) dodává další výhody, jako je vysoká efektivita učení, aktivita edukanta, kvalitní zpětná vazba a učební tempo. Nevýhodami této formy je nízká efektivita práce z hlediska edukátorova času k počtu edukantů a edukanti nemají možnost spolupráce a výměny vzájemných zkušeností (Juřeníková, 2010).

Skupinová forma edukace je systém, rozdělující edukanty do skupin různých velikostí a jsou tvořeny na základě vlastního zájmu nebo kritérií například věk, pohlaví či druh onemocnění. Nejčastěji se využívá v lázeňské péči nebo ve svépomocných skupinách a edukaci může vest edukátor, ale i sám edukant (Juřeníková, 2010). Volí se metody přednášky, besedy, kurzu či cvičení. Mezi výhody skupinové edukace patří možnost výměny zkušeností mezi jednotlivými členy skupiny (Svěráková, 2012). Nevýhodou je nestejnoměrné zapojení všech členů skupiny (Juřeníková, 2010).

Hromadná forma edukace se zaměřuje na širší skupinu osob a používá se při sdělení stejného obsahu edukantům a typickou metodou je přednáška. Výhodou je jednoznačné sdělení informací velké skupině osob a naopak nevýhodou je nízká aktivita účastníků, malý individuální přístup a nekvalitní zpětná vazba pro edukátora (Juřeníková, 2010).

1.6 Metody edukace

„Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení“ (Juřeníková, 2010, str. 37). Metodou se tedy rozumí způsob, jakým jsou informace či znalosti nebo dovednosti předávány (Svěráková, 2012). Při volbě metody přihlížíme k osobnosti edukanta a jeho znalostem, dovednostem a zkušenostem, dále se přihlíží ke stanoveným cílům, obsahu a zvolené formě edukace (Juřeníková, 2010).

Přednáška je metoda, kdy se předávají vědomosti v uceleném a souvislém projevu, předkládají se nové poznatky a myšlenky (Juřeníková, 2010). Po obsahové, formální a řečnické stránce je jasně strukturovaným a prokomponovaným útvarem, který využívá živého slova, aby edukanta informoval, získal a přesvědčil (Šulistová a Trešlová, 2012). Výhodou přednášky je předání množství informací velké skupině jedinců a nevýhodou je malá aktivita edukantů a malá zpětná vazba (Juřeníková, 2010).

Vysvětlování je charakteristické logickým a systematickým postupem při předávání učiva edukantům a respektuje jejich věkové zvláštnosti (Šulistová a Trešlová, 2012). Používá se tehdy, pokud posluchač nemá žádné zkušenosti a vědomosti a často v souvislosti s vysvětlováním se objevuje také popis a dokazování (Juřeníková, 2010). Aby metoda splnila funkci, je třeba hovořit přiměřeným tempem, srozumitelně a bez užívání cizích termínů (Skalková, 2007). Je dobré vysvětlování doplnit názornými pomůckami, které napomohou k pochopení problému (Juřeníková, 2010).

Pojem instruktáž je definován jako teoretický úvod před praktickým cvičením, kdy se edukanti seznamují s pracovním postupem a načerpají tak určitou psychomotorickou dovednost. Při instruktáži se vždy musí vysvětlit, co se bude dělat a co má být výsledkem činnosti, kdy první ukázka je provedena pomalu se slovním doprovodem (Juřeníková, 2010). Instruktáž se poté provádí v rychlosti, jaké by měl edukant dosáhnout a je neustále doprovázena komentářem edukátora k činnosti (Juřeníková, 2010).

Rozhovor představuje verbální komunikaci v podobě otázek a odpovědí dvou či více osob na dané téma (Šulistová a Trešlová, 2012). Patří do běžného režimu každého zdravotníka, proto by měl mít dobré komunikační schopnosti a dovednosti a rozhovor by mu tedy neměl dělat problém. Používá se nejčastěji k sběru informací o edukantovi a sdělení nových informací (Juřeníková, 2010). Formou otázek a odpovědí se osvětluje určitý jev, problém a vede jedince k novým poznatkům (Skalková, 2007). Otázky musí být kladeny jazykově správně a spisovně v určité logické návaznosti bez použití složitých souvětí (Juřeníková, 2010).

„Diskuze je vzájemným rozhovorem mezi všemi členy skupiny, v němž jde o vyjasnění stanovené problematiky“ (Skalková, 2007, str. 191). Je důležité, aby bylo vhodně zvolené téma, prostředí k diskuzi a vedoucí edukátor kontroluje, zda se diskutující neodchylují od tématu. Na závěr probíhá shrnutí a uvedou se na pravou míru mylné myšlenky a závěry (Juřeníková, 2010).

Konzultace je jedna z nejužívanějších metod ve zdravotnictví a znamená, že dochází k setkání s odborníkem, poradcem, se kterým edukant prodiskutovává svůj problém a konzultují určitá doporučení. Může se kombinovat také s jinými metodami například s vysvětlováním či instruktáží a probíhá v přímém kontaktu edukanta s konzultantem (Juřeníková, 2010).

Práce s textem je chápána jako výuková metoda založená na zpracovávání textových informací vedoucí k osvojení nových poznatků a jejich rozšíření a prohloubení (Šulistová a Trešlová, 2012). Materiál, který je poskytnut edukantovi, by měl zdravotník dobře znát a orientovat se v něm (Juřeníková, 2010). Prostřednictvím textu edukant získává podnět k dalším samostatným aktivitám a pomáhá mu zdokonalovat dovednosti ve využívání textových informací (Šulistová a Trešlová, 2012). Je vhodné doplnit materiál o další metodu, jako je vysvětlování či konzultace (Juřeníková, 2010).

1.7 Pomůcky a didaktická technika

Učební pomůcky a technika jsou veškeré materiální předměty, které zajišťují, podmiňují a zefektivňují průběh edukačního procesu a usnadňují proces učení, pomáhají k hlubšímu osvojování vědomostí nebo dovedností (Skalková, 2007). Je možné používat jak pomůcky textové (učebnice, časopisy), tak i vizuální (fotografie, obrazy), ale i auditivní (hudební záznamy) a počítačové programy či internet (Šulistová a Trešlová, 2012). Dle Juřeníkové (2010) při používání pomůcek a technik je důležité zvážit vhodnost jejich zařazení do procesu edukace, také je důležité brát v úvahu míru jejich použití, protože při nadměrném používání pomůcek dochází k nesoustředěnosti edukanta. Při přípravě edukačního materiálu je třeba dbát na to, pro jakou cílovou skupinu či jedince bude materiál určen a dle toho musí být přizpůsoben (Svěráková, 2012).

1.8 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je proces lidského života a nezbytná součást edukace, protože je to činnost, při které dochází k dorozumívání mezi lidmi (Šulistová a Trešlová, 2012; Juřeníková, 2010).*„Jde o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity“* (Pokorná, 2008, str. 9). Komunikace má původ v latinském communicare přeloženo jako učinit něco společným nebo společně něco sdílet (Loudová a Švarcová, 2015). *„Komunikace probíhá intrapersonálně (uvnitř sebe) a interpersonálně (mezi lidmi). Intrapersonální komunikace vzniká v podobě vnitřních myšlenek a přesvědčení člověka, často se jedná o skrytou součást komunikačního procesu. Interpersonální komunikace je definována jako interaktivní, dynamický proces, který má kulturní hodnoty, emotivní a kognitivní proměnné, které ovlivňují jeho přenos a příjem“*(Arnold a Boggs, 2016, str.

6-7). Edukátor musí mít značné komunikační dovednosti a znalosti, aby edukace byla efektivní (Juřeníková, 2010). Brunero (2010) na základě výzkumu popisuje, že je třeba, aby člověk porozuměl nejprve svým vlastním hodnotám, než se pokusí porozumět druhým. Komunikace má 5 základních složek, přičemž pokud jedna z nich chybí, komunikace nemůže probíhat. Mezi složky komunikačního procesu patří mluvčí (komunikátor), příjemce (komunikant), zpráva (komuniké), dále zpětná vazba a prostředí či situace (Šulistová a Trešlová, 2012).*„Komunikovat ve zdravotnictví neznamená pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život“* (Janáčková, 2008, str. 11). Mohou se objevit i takzvané komunikační šumy způsobené nedostatkem pozornosti a koncentrace edukanta kvůli únavě či nějaké bolesti (Juřeníková, 2010). Základním požadavkem zdravotnické komunikace je vědět, co chceme říci a vždy se umět rozhodnout kdy, kde a jak informaci nejlépe podat (Janáčková, 2008). Komunikace probíhá neustále, je nevyhnutelná, nevratná a neopakovatelná a má svůj určitý cíl (Loudová a Švarcová, 2015). Komunikaci dělíme na verbální a nonverbální (Juřeníková, 2010).

Mezi verbální komunikaci patří vyjadřování se pomocí slov a symbolů (Juřeníková, 2010). Aby se porozumělo významu slov, užívá se prostředků napomáhajících upřesnit smysl sdělovaného a nejběžnějším prostředkem verbální komunikace je rozhovor (Loudová a Švarcová, 2015). Při verbální komunikaci by se mělo dbát vždy na jasnost a srozumitelnost (Kelnarová, 2009). Dále je důležitá jednoduchost, výstižnost, dobré načasování a přizpůsobení se schopnostem a znalostem jedince, se kterým je sdělování vedeno (Juřeníková, 2010). Je třeba dávat pozor na odborné termíny a dávat přednost českým výrazům (Juřeníková, 2010). Důležité je také vyvarovat se „slovním parazitům“, které působí rušivě (Kelnarová, 2009). Délka projevu je přizpůsobena edukantovi, jeho zdravotnímu stavu a schopnostem a je důležité, aby se edukant též do komunikačního procesu zapojil (Juřeníková, 2010).

Nonverbální komunikace označuje skutečnost, že informace jsou přenášeny jiným způsobem než použitím slov (Loudová a Švarcová, 2015). Mezi nonverbální projevy komunikace patří mimoslovní prostředky a probíhá na neuvědomělé úrovni (Juřeníková, 2010). Vyjadřují se jí postoje, prožívání, emoce, je jí také doplňován verbální projev, který zesiluje jeho účinek (Juřeníková, 2010). Mezi složky neverbální komunikace patří výraz obličeje - mimika, vzdálenost pozic -proxemika, dotyk -haptika, postoj těla -

posturologie (Loudová a Švarcová, 2015). Dále se sem řadí pohyb rukou -gestika, celkový pohyb těla - kinetika, pohledy z očí do očí a také úprava zevnějšku (Pokorná, 2008; Juřeníková, 2010).

1.9 Edukace matek v péči o novorozence

Úkolem sestry, která pracuje na stanici fyziologických novorozenců, je edukace matek v péči o novorozence (Machová a Tomášková, 2015). Sestry by měly vědět, jaký způsob edukace usnadní vzdělávací proces, protože během pobytu mohou informace zmírnit obavy matek a naopak zvýší důvěru ženy k personálu (Buchko, 2012). Jelikož je edukace rozdělena na 4 fáze, je třeba nejprve zjistit a zhodnotit úroveň informací edukované ženy, dále by si společně měly stanovit cíle týkající se péče o novorozence a získání informací (Machová a Tomášková, 2015). Poté následuje fáze realizace, která probíhá už od prvého příjezdu ženy na oddělení a jedná se o individuální předávání informací s poskytnutím písemných materiálů, praktickou ukázkou a nácvikem matky většinou na pokoji matky (Machová a Tomášková, 2015).

Dětské sestry denně kontrolují stav novorozence a edukují matku o ošetřovatelské péči, to znamená, že v prvních dnech učí ženu, jak správně kojit, zacvičují ji také ve způsobu přebalování a koupání novorozence tak, aby v dalších dnech zvládala péči matka sama (Sedlářová a kol., 2008).

1.9.1 Edukace ve výživě novorozence

Kojení je nejlepší a nejpřirozenější stravou pro novorozence, protože mateřské mléko zajišťuje všechny živiny důležité pro růst a vývoj, je také dobře stravitelné a vstřebatelné (Sedlářová a kol., 2008). Dle Fendrychové (2011) kojení zůstává základní metodou výživy novorozenců. Již na porodním sále přikládá dětská sestra novorozence k prsu, aby došlo k správné tvorbě mléka (Pařízek, 2008). Po tom, co začne dítě poprvé sát, se tvoří počáteční mléko mlezivo neboli kolostrum (Kushi, 2014). Kolostrum obsahuje obranné látky a soli, což má velký význam pro imunitní systém novorozence (Křiváková a Číková, 2016). Ne všechny ženy však mohou kojit a může to být způsobeno hormonálními příčinami či emocionální a psycho – somatickou souvislostí (Freybergh, 2013).

Je nutné, aby sestra či porodní asistentka znala správné techniky a naučila ženu hlavní zásady k úspěšnému kojení (Křiváková a Číková, 2016). Sestra přikládá dítě k prsu a pomáhá ženě se zaujetím správné polohy (Příloha 1), vysvětlí jí princip

správného sání a přikládání (Machová a Tomášková, 2015). Pokud je dítě přiloženo k prsu správně, má novorozenec v ústech celý prsní dvorec a nemělo by sání bolet (O'Marová a McConnellová, 2013). Mezi hlavní zásady patří správné držení prsu ve tvaru C, správná vzájemná poloha matky a dítěte, dále technika přisátí a technika sání (Troupová, Hanzl a kol., 2010). Křiváková a Číková (2016) tvrdí, že v začátku by se mělo přikládat k oběma prsům a neomezovat délku kojení, když dítě saje, jinak se přikládá po 3 hodinách, pokud se dítě nepřikládá dříve. O'Marová a McConnellová (2013) mají názor, že kojené děti mají častěji hlad, protože mateřské mléko se stráví mnohem rychleji a potřebují být tedy kojeni častěji tak 8x – 12x za den. Po kojení se dítě vždy nechá odříhnout (Křiváková a Číková, 2016).

Při kojení se mohou objevit potíže, a to časně, nebo až v průběhu pozdější laktace (Křiváková a Číková, 2016). Mezi problémy často patří bolestivé nalití prsů či zarudnutí a ztuhnutí části prsu, které bývá spojeno se zvýšenou teplotou (Křiváková a Číková, 2016.). Dále mezi problémy také patří ragády, poranění bradavek, nedostatek mléka či mastitida neboli zánět prsu (O'Marová a McConnellová, 2013). Pokud nastanou problémy při kojení, je třeba se zaměřit na techniku kojení, měnit často polohy, masírovat prsa, používat pomůcky určené na bradavky (formovače, chrániče), pečovat o prsa, dodržovat hygienu a odstříkávat (Troupová, Hanzl a kol., 2010). Kojení může také být problém pro ženy s vpáčenými nebo plochými bradavkami (Fendrychová, 2011).

Nemůže – li žena kojit, dětská sestra edukuje o alternativních metodách krmení, kam patří krmení lžičkou, stříkačkou po prstu nebo pomocí cévky po prsu či kádinkou (Křiváková a Číková, 2016). Pokud však dítě saje a normálně polyká, stává se pomůckou také láhev se savičkou (Fendrychová, 2011).

Sestra také informuje matku o přikrmování a její volbě v případě, že dítě ubývá na váze nebo má matka nedostatek mléka (Křiváková a Číková, 2016). Během prvních 3 dnů se stává, že dítě ubývá 5-10% na váze a tato hodnota je považována za normální (Pařízek, 2008). Sestra upozorní matku na šidítka například dudlíky, která nejsou vhodným řešením, protože mohou vést k nesprávné technice sání a neúspěchu kojení (O'Marová a McConnellová, 2013). Dudlík zvyšuje riziko, že novorozenec bude špatně sát, což se projeví bolestivou bradavkou (Dibbernová, 2014).

1.9.1.1. Odstříkávání mateřského mléka

Sestra poučí o nutnosti odstříkávat, a to tehdy, je – li matka či dítě nemocné a žena nemůže kojit (Křiváková a Číková, 2016). Matky, které mají velké množství mateřského mléka, potřebují uvolnit prsy, proto se jim tedy doporučuje odstříkávat (Fendrychová, 2011). Odstříkávání se provádí rukou (Příloha 3) nebo ruční odsávačkou a musí být dodržována důkladná hygiena (Behinová et at, 2007). Pokud matka nemůže kojit, musí být dítěti poskytnuta plnohodnotná náhrada (Fendrychová, 2011). Pokud by žena odstříkávala mateřské mléko doma, dětská sestra ji poučí, že se mateřské mléko uchovává ve vyvařené kojenecké láhvi nebo jiné nádobě. Dále se skladuje v lednici 24 hodin nebo v mrazničce po dobu 3 měsíců (Křiváková a Číková, 2016). Rozmražené mléko se nikdy znovu nezamrazuje (Behinová et al, 2007).

1.9.1.2. Umělá výživa

Nemůže – li matka své dítě kojit, přechází se na umělou výživu, která svým složením napodobuje mateřské mléko (Křiváková a Číková, 2016). Užívá se upravené kravské mléko, kdy úprava se týká všech jeho složek především bílkovin, sacharidů a tuků (Gregora a Velemínský, 2011). Pokud má novorozenec zdravotní potíže, lze používat výrobky speciální novorozenecké výživy například antirefluxní mléka či hypoalergenní mléka nebo s nízkým obsahem a žádným obsahem laktózy (Křiváková a Číková, 2016). Hypoalergenní mléka nezabrání případnému rozvoji alergie, ale mají nezpochybnitelný význam v prevenci atopického ekzému či potravinových alergií obecně (Gregora a Velemínský, 2011). Příprava vyžaduje přísné hygienické normy a požadavky (Křiváková a Číková, 2016). Pomůcky musí být před přípravou mléka řádně umyté a vyvařené (Křiváková a Číková, 2016). Mléko se připravuje dle doporučení výrobce a používá se výhradně kojenecká voda (Křiváková a Číková, 2016).

Krmit lahví by se měly děti, které nejsou kojeny a ani se nepředpokládá, že kojeny budou (Sedlářová a kol., 2008). Dětská sestra vysvětlí ženě, že před krmením se dítě přebalí a pod krk se vloží bryndák (Kelnarová a kol., 2015). Při výběru savičky je nutné dbát na správný otvor, který nesmí být příliš velký ani příliš malý (Sedlářová a kol., 2008). Při krmení dítěte z láhve by žena měla sedět a dítě je ve zvýšené poloze opřené o předloktí (Sedlářová a kol., 2008). Láhev se musí držet tak, aby savička a hrdlo lahve bylo zaplněné a pokud by se do savičky dostal vzduch, novorozenec by ho nasál a mohl by začít zvracet (Kelnarová a kol., 2015).

1.9.2. Edukace v koupání novorozence

První koupání v porodnici provádí sestra za asistence matky (Pařízek, 2008). Dětská sestra poučí matku o tom, že před koupáním je nutné si připravit všechny potřebné pomůcky, aby žena nemusela od novorozence odbíhat (Křiváková a Číková, 2016). V místnosti by se před koupáním nemělo větrat a teplota by se měla pohybovat kolem 25°C (Pařízek, 2008). Je třeba dbát opatrnosti při přenosu dítěte od přebalovacího pultu do vaničky, ale i při přenosu z místnosti a držet dítě za pevné body (Křiváková a Číková, 2016). Čas pro koupání novorozence je půl hodiny až hodinu před krmením, kdy si dítě zvykne na režim, a také se po koupeli unaví, tudíž po krmení lépe usne (Křiváková a Číková, 2016). V současné době se preferuje koupel dle potřeby a ne každý den a nejlépe bez kosmetických přípravků, které narušují přirozený ochranný film na těle (Sedlářová a kol., 2008). Nejprve se omývá obličej vodou a poté lehce namydlenou žínkou celé tělíčko (Pařízek, 2008).

Dětská sestra upozorní matku, aby věnovala pozornost hojícímu pupíku, protože pahýl časem vysychá a sám odpadne, tudíž se musí udržovat v suchu a čistotě. (Křiváková a Číková, 2016). Ošetření pahýlu po odpadnutí je jednoduché a spočívá v čištění dezinfekčním prostředkem po koupání (Pařízek, 2008). Místnost, v níž se bude koupel novorozence odehrávat, by měla mít teplotu 24-25 ℃ (Gregora a Velemínský, 2011). Teplota vody by se měla pohybovat kolem 38℃, stačí, když se do vody ponoří spodní část předloktí, kdy voda musí být příjemně teplá a koupání by nemělo trvat déle než 10 minut (Sedlářová a kol., 2008).

Po vykoupání se dítě položí na suchou osušku a jemně se osuší (Pařízek, 2008). Pro jemnou kůži novorozence a v případě suché pokožky je třeba promazávat dětským olejem nebo mlékem a v záhybech v oblasti třísel a zadečku se nanáší speciální krém proti opruzeninám, což slouží jako dobrá prevence (Křiváková a Číková, 2016).

U chlapečků se předkožka nepřetahuje minimálně do 2-3 let, jenom v případě pokud ji lze volně bez násilí přetáhnout (Davies, 2008).

Praktická ukázka koupání dále zahrnuje edukaci o čištění nosu a uší, česání vlásků a poučení o stříhání nehtů (Machová a Tomášková, 2015).

1.9.3. Edukace v přebalování novorozence

Nácvik přebalování probíhá ve dvou fázích, kdy nejdříve sestra vysvětlí a prakticky ukáže přebalení a následuje praktický nácvik matkou a sestra kontroluje, zda to žena

zvládá správně (Machová a Tomášková, 2015). Novorozenec je přebalován na přebalovacím pultu nebo stole s jednorázovou podložkou (Křiváková a Číková, 2016). Dle Pařízka (2008) je vhodné také používat omyvatelné podložky, které zároveň brání v přetočení dítěti. V současné době se používají spíše jednorázové absorpční pleny (Sedlářová a kol., 2008).

Novorozenec je přebalován dle potřeby a také se odvíjí od potřeb dítěte s ohledem na prevenci opruzenin (Křiváková a Číková, 2016). Hned po porodu do 48 hodin se zaznamenává odchod první stolice takzvaná smolka, což je černá, mazlavá hmota, dále je také třeba zaznamenat první odchod moči, která slouží jako kontrola průchodnosti vylučovacích cest (Pařízek, 2008). Při přebalování je třeba dbát na to, aby plena nikde novorozence neomezovala v pohybu nebo pokrčení kolenou (Gregora a Velemínský, 2011). Dětská sestra musí matku poučit také o tom, že pupeční pahýl nikdy nesmí být zakrytý plenou, aby se na něj nedostala moč nebo stolice (Machová a Tomášková, 2015).

Zadeček je třeba vždy řádně omýt buďto pod tekoucí vodou nebo se v současnosti používají vlhčené ubrousky, které stolici snadno odstraní z kůže (Křiváková a Číková, 2016). Po osušení se místa častého vzniku opruzenin namažou vhodným přípravkem (Křiváková a Číková, 2016). Opruzeniny vznikají kdykoliv, protože dětská kůže je jemná a vlhké prostředí v plence drážděním moči či stolicí jí nesvědčí (Ašenbrenerová a Vidnerová, 2012). Při přebalování holčiček je třeba otírat kůži odpředu dozadu, aby se stolice nedostala do pochvy a současně mírné oddálení malých pysků zabrání jejich srůstu (Gregora a Velemínský, 2011). Stejně jako Gregora a Velemínský (2011) popisuje Pařízek (2008) shodný postup u přebalování holčiček a u chlapečků upozorňuje, že se otírá kůže pod penisem a šourkem, kde může zůstat zbytek moči či stolice.

1.9.4. Propuštění do domácího prostředí

Základním předpokladem pro propuštění je optimální zdravotní stav matky, která musí zvládat techniku kojení a základní péči (Sedlářová a kol., 2008). Při propuštění do domácího prostředí lékař novorozence vyšetří a zkontroluje, zda byla u dítěte provedena všechna vyšetření (Troupová, Hanzl a kol., 2010). Sestra provádí laboratorní screening odběrem krve z patičky, dále asistuje lékaři při vyšetření ledvin a močových cest, screeningu katarakty, screeningu sluchu a detekce pulzace femorálních arterií (Machová

a Tomášková, 2015). Podmínkou propuštění je zdravý novorozenec, prospívající na váze s kontrolovaným průběhem žloutenky a dobře se hojícím pupíkem (Sedlářová a kol., 2008). Matka dostane zdravotní a očkovací průkaz novorozence (Troupová, Hanzl a kol., 2010). V den propuštění probíhá reedukace matky v péči o pokožku, pupeční pahýl, ve výživě a v souvislosti s počasím o přiměřenosti oblíkání (Machová a Tomášková, 2015).

Po propuštění z porodnice by doma vše mělo být nachystané na příchod novorozence, tedy rodina by měla mít připravenou postýlku, dětské košilky, dupačky a ponožky, čepičky, svetříky, povlaky na peřinku, dětskou dečku, látkové pleny, ručníky, žínky, dále plenky, potřeby ke koupání jako je vanička, teploměr, nůžky na nehty, kartáček na vlasy, dezinfekci na čištění pupíku, mast na opruzeniny, dětský olejíček (Křiváková a Číková, 2016). Důležitou součástí je tak dětská autosedačka a kočárek (Křiváková a Číková, 2016). Další vhodnou pomůckou je monitor dechu, který se vloží do postýlky a kontroluje dýchání novorozence, ale také elektronická chůvička, která monitoruje dítě ve vedlejší místnosti (Křiváková a Číková, 2016).

1.9.5. Návštěva pediatra

Matka by do dvou až tří dnů po příchodu z porodnice měla kontaktovat dětského lékaře, kterého si předem zvolila (Křiváková a Číková, 2016). Při první návštěvě vezme matka propouštěcí zprávu o novorozenci lékaři, při této návštěvě se také matka dozvídá základní informace o dítěti, pokud je již neobdržela v porodnici (Křiváková a Číková, 2016). V prvním roce absolvuje dítě přibližně 10 prohlídek, ale záleží to dle stavu dítěte, pokud by netrpělo častějšími onemocněními (Křiváková a Číková, 2016).

Návštěva lékaře je také nutná v případě nežádoucí reakce po očkování, jako je například horečka nad 40°C, neutišitelný pláč, bolest a otok v místě vpichu, ale také pokud se účinek objevil rychle během 2-3 hodin od očkování (Pařízek, 2008).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak jsou ženy prvorodičky edukovány v péči o novorozence.

Cíl 2: Zmapovat a zhodnotit postup edukace u prvorodiček dětskými sestrami a porodními asistentkami v péči o novorozence.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je úroveň edukace dětskými sestrami a porodními asistentkami?

Výzkumná otázka 2: Jaký je rozsah edukace žen v péči o novorozence?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem jsou ženy edukovány v péči o novorozence?

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu, kde se pracuje s malým výzkumným souborem. Sběr dat byl pomocí metody dotazování a technika hloubkového rozhovoru. Dotazovány byly ženy prvorodičky v období šestinedělí do týdne po propuštění. Osloveny byly ženy, které rodily v porodnicích Jihočeského kraje.

Rozhovor obsahoval 15 otázek. Rozhovory byly prováděny osobně po předešlé domluvě se ženami v domácím prostředí. Rozhovory trvaly přibližně 30 – 40 minut. Rozhovory byly vedeny pomocí předem připravených otázek (Příloha 2). V úvodu byly použity identifikační otázky, které zjišťovaly věk, vzdělání, rodinný stav a zda žena žije na vesnici či ve městě. Dále pokračovaly otázky zjišťovací, které se zaměřovaly na edukaci, rozsah a obsah edukace a spokojenost. Rozhovory byly anonymní a klientky, které se podílely na výzkumu, s rozhovory souhlasily a byly ujištěny, že informace budou použity pouze ke zpracování bakalářské práce.

Získané informace od jednotlivých respondentek byly průběžně zpracovány do počítače. Analýza výsledku proběhla pomocí metody „tužka a papír“ (Švaříček a Šeďová, 2007).

Výzkumné šetření probíhalo během dubna 2017.

Dle výzkumného šetření vznikly 4 kategorie Úroveň edukace, Způsob edukace, Rozsah edukace a Informovanost před porodem.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl použit pouze jeden výzkumný soubor. Výzkumný soubor se skládal z 11 žen prvorodiček v období šestinedělí.

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Byly vybrány především ženy v období šestinedělí do týdne po propuštění.

Soubor se skládal z 11 žen po porodu (Tabulka 1) ve věku od 18-32 let. Jedna z respondentek měla základní vzdělání, 4 z oslovených žen měly střední s maturitou, jedna střední s vyučením a 5 vysokoškolské vzdělání. 3 respondentky jsou svobodné a 8 vdané. R1 – R3 jsou ženy, jejichž porod byl vedený císařským řezem a zbylé ženy, tedy

R4-R11 rodily spontánně. Převážná většina žen, jak se ukázalo, žije ve městě a pouze 3 z respondentek na vesnici.

Tab. 1 Identifikační údaje respondentek

Respondent	Věk	Vzdělání	Bydliště	Rodinný stav	Porod
R 1	20 let	střední s vyučením	město	svobodná	císařský řez
R 2	31 let	vysokoškolské	město	vdaná	císařský řez
R 3	24 let	střední s maturitou	město	vdaná	císařský řez
R 4	32 let	vysokoškolské	vesnice	vdaná	spontánní
R 5	29 let	vysokoškolské	město	vdaná	spontánní
R 6	27 let	střední s maturitou	vesnice	vdaná	spontánní
R 7	31 let	vysokoškolské	město	svobodná	spontánní
R 8	18 let	základní	město	vdaná	spontánní
R 9	30 let	vysokoškolské	vesnice	vdaná	spontánní
R 10	27 let	střední s maturitou	město	vdaná	spontánní
R 11	24 let	střední s maturitou	město	svobodná	spontánní

3.3 Operacionalizace pojmů

3.3.1 Fyziologický novorozenec

„*Fyziologický novorozenec je novorozenec s dobrou poporodní adaptací, který se narodil po normálně proběhlém těhotenství ve 37.- 42. týdnu těhotenství, váží kolem 3000g a měří 50 cm*“ (Křiváková a Číková, 2016, str. 44). Dochází k změnám vývoje, to znamená, že se přeruší krevní oběh s matkou přestřižením pupeční šňůry, poprvé se nadechne a dojde k plicnímu dýchání, vylučuje moč a stolici, jinak označováno také jako smolka a začíná přijímat mateřské mléko a celkově se přizpůsobuje vnějším podmínkám. (Křiváková a Číková, 2016). Novorozenec spí kolem 18-20 hodin denně, akce srdeční se pohybuje kolem 140/ min., počet dechů je okolo 40/ min a tělesná

teplota klesá vlivem jeho nedostatečných termoregulačních mechanismů (Sedlářová a kol., 2008).

3.3.2 Systém rooming – in

Proběhla – li poporodní adaptace bez komplikací, novorozenec je dostatečně zahřátý a matka se cítí dobře, je k ní dítě přeloženo na rooming - in (Sedlářová a kol., 2008). Znamená to, že novorozenec je po celou dobu hospitalizace s matkou a dochází k vytváření a upevnění vazby mezi matkou a dítětem (Křiváková a Číková, 2016).

3.3.3. Edukace

„Edukace je výchova, vzdělávací proces, předávání informací nemocnému, výuka návyků a stereotypů vedoucích ke kompenzaci a stabilizaci onemocnění“ (Míčková, 2009).

3.3.4. Porod

Porod může být fyziologický nebo patologický, kam se řadí také císařský řez. *„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda a plodové obaly) porozením z organizmu matky“ (Roztočil, 2008).*

4. Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami v období šestinedělí metodou tužka papír – seznam kategorií

- Úroveň edukace
- Způsob edukace
- Rozsah edukace
- Informovanost před porodem

4.1.1 Kategorie informovanost před porodem

Kategorie informovanost před porodem obsahuje dvě podkategorie, které se zabývají předporodním kurzem a zda ženy měly informace před porodem a odkud je získaly.

Schéma 1 popisuje, zda respondentky absolvovaly předporodní kurz týkající se péče o novorozence. Všechny dotazované respondentky, kromě R1, R5, R7 a R10, předporodní kurz absolvovaly. *„Absolvovala jsem kurz, kde jsme získaly informace o kojení a základní péči o miminko“*, uvádí R1. R5 udává: *„Předporodní kurz jsem absolvovala, ale informace o péči o miminko byly minimální.*“R7 a R10 uvedly: *„Předporodní kurz jsem absolvovala v porodnici, kde nám byly sděleny informace týkající se prvního ošetření miminka.“* Respondentky, které uvedly, že kurz neabsolvovaly, se shodly v odpovědích, že informace získaly odjinud a kurz byl pro některé z nich zbytečný.

Schéma 1: Předporodní kurz

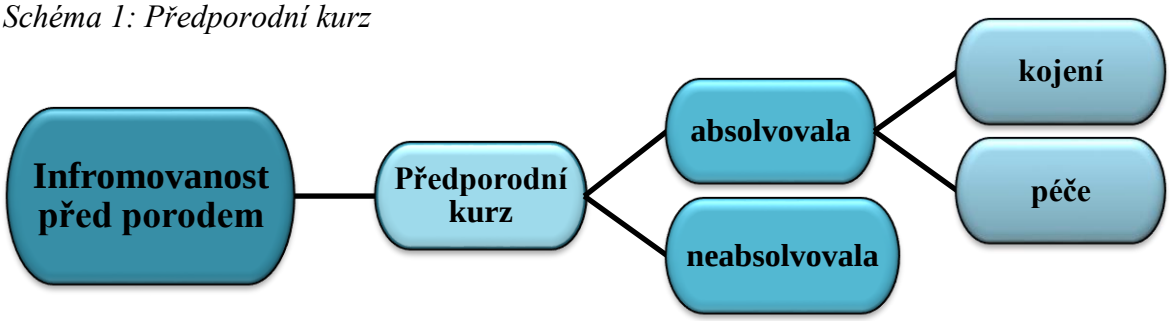
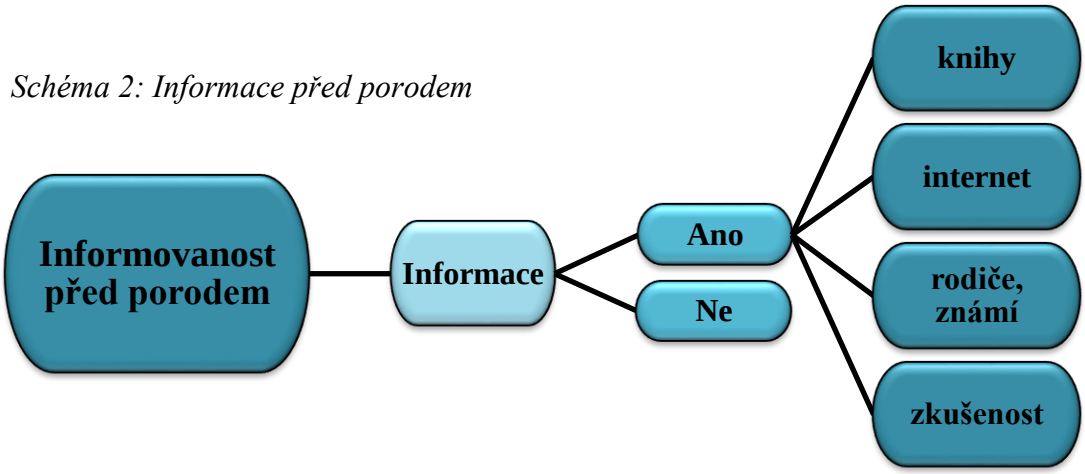


Schéma 2 znázorňuje, zda ženy měly informace před porodem a pokud informace měly, tak odkud je získaly. R9 jako jediná s oslovených respondentek informace před porodem žádné neměla. R1 popisuje: *„Starala jsem se o děti, takže mám spíše zkušenost než informace.“* R2 a R6 říkají, že mají taky spíše zkušenost, kdy se staraly o své mladší sourozence a informace mají tedy z domova. Zbylé oslovené respondentky se shodly ve sběru informací a rad na internetu. R3, R5, R8 a R10 navíc udávají, že pro rady a informace chodily k rodinným příslušníkům, ale také ke známým či kamarádkám, které již děti mají. Dalším zdrojem informací byly knihy o péči o dítě, které zmínily R7 a R11. R7 odpověděla: *„Kromě internetu jsem si pořídila také knihu Velká kniha o matce a dítěti*.“

Schéma 2: Informace před porodem



4.1.2 Kategorie rozsah edukace

Tato kategorie se zabývá obsahem edukace, to znamená, o čem byly ženy v rámci péče o novorozence informovány.

Všechny dotazované respondentky odpověděly, že byly informovány v oblasti kojení, přebalování a koupání. R1, R4, R6, R7 a R8 byly navíc samostatně edukovány v manipulaci s novorozencem.

Schéma 3 zobrazuje informace, které byly ženám sděleny v oblasti kojení. *„Přišla dětská sestřička a začala povídat o kojení, jak často a kdy přiložit, řekla taky, jak správně přiložit, aby se nepoškodily bradavky. Jelikož jsem po císařském řezu, ukázala mi sestra 2 polohy v polosedě a fotbalové postavení. Co se týče péče o prsa, tak v tomto směru jsem informována nebyla,“*popisuje R1. R2 odpověděla: *„Společně s dětskou sestrou jsem zkoušela přikládat, sestra mi ukázala, jak správně držet prso, a že*

bradavka musí jít co nejvíce do pusy, takže dítě musí držet co největší díl dvorce, aby nedošlo k poškození bradavky. Většinou jsem kojila v poloze na boku vleže, protože jsem po císařském řezu. Na poškozené bradavky mi byl doporučen bepanthen.“

R3 a R4 uvádějí, že dostaly informace kdy a jak často přikládat, dále jak manipulovat s prsem a jak ho správně držet, aby se dítě správně přisálo. Tyto ženy také odpověděly, že byly informovány v péči o prsa například o poškozené bradavky, či nalitá prsa. Obě ženy kojily v poloze na boku vleže. R5 udává: *„Byly mi sděleny informace jak často a kdy přikládat, dále jak správně držet prs. Polohy mi žádné nebyly ukázány a péče o poškozené bradavky či nalitá prsa mi také vysvětlena nebyla.“* R6 říká: *„Dostala jsem informace o přikládání, tedy jak často kojit a přikládat. Poloha mi byla doporučena vsedě. Sestřička mi také vysvětlila jak správně dítě přiložit, aby se chytlo a nepoškodily se bradavky. Péče o prsa mi vysvětlena nebyla.“*

R7 a R9 dostaly informace o přikládání. Polohy volily obě většinou vsedě a R7 i na boku. Oběma bylo vysvětleno, jak správně držet prs a dítě při kojení. Co se týče péče o prs, tak obě věděly, jaké problémy mohou při kojení nastat a jak se o prsy starat. R8 popisuje, že jí dětská sestra pomohla s přiložením a vysvětlila jí, jak správně dítě přiložit. Informovala ji také jak často a jak dlouho kojit. Respondentka volila polohu na boku vleže. Žena měla také informace v péči o poškozené bradavky a věděla, jak předcházet zánětu prsu. R10 a R11 dostaly informace o přiložení, polohu volila každá jinou. R10 byla doporučena poloha fotbalové postavení a R11 volila polohu vleže. Obě oslovené respondentky nebyly informovány v péči o prsy.

Schéma 3: Obsah edukace – kojení

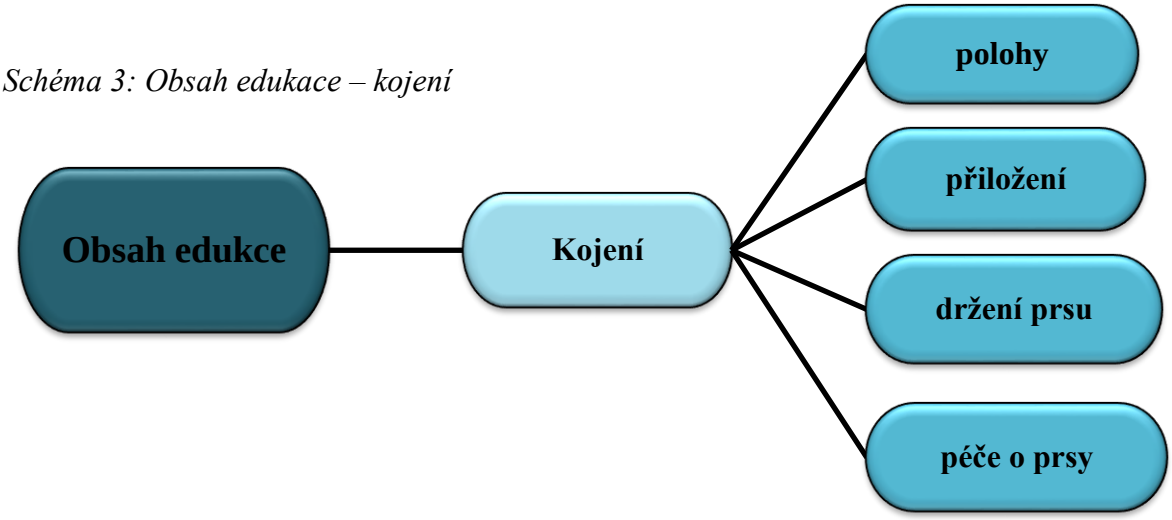


Schéma 4 ukazuje na informace týkající se oblasti koupání. R1 uvádí: *„Koupání mi bylo ukázáno dětskou sestrou, další den jsem již koupala sama. Sestra mě informovala o manipulaci s pupíkem a jak o něj pečovat po odpadnutí. Do koupele mi byl doporučen olejíček, po němž již po osušení dítě nemusím mazat krémem.“* R2 a R3 uvedly podobné informace. Oběma respondentkám bylo koupání ukázáno a následně další den si již koupaly samy. R2 říká: *„Dostala jsem informace, že miminko se nemusí koupat každý den, takže druhý den jsem pouze miminko otřela.“*Obě dotazované popisují, že do koupele sestra přidávala olejíček, který pokožku promastí a dále již tedy nemusí dítě mazat krémem. R3 dodala, že pomůcky by si měla vždy připravit předem.

R4 konstatuje, že v oblasti koupání byla informována pouze v péči o pokožku, kdy do koupele může přidat olejíček a dále jí byl ukázkou předveden princip koupání. *„Co se týče koupání, tak informace obnášely pouze ukázku a péče o pupeční pahýl, kdy odpadá a jak s ním zacházet po odpadnutí,“* odpověděly R5 a R6.

R7 a R9 uvedly, že jim koupání bylo ukázáno hromadně na 1 novorozenci ještě s druhou maminkou. Oslovené respondentky R7, R8, R9, R10 a R11 udávají, že jim byly vysvětleny informace týkající se péče o pupeční pahýl, kdy odpadá a jak o něj pečovat po odpadnutí. *„Při ukázce koupání, mi sestra vysvětlila, jak miminko správně držet a jak s ním ve vaničce manipulovat,“* shodly se R8 a R11.

Schéma 4: Obsah edukace – koupání

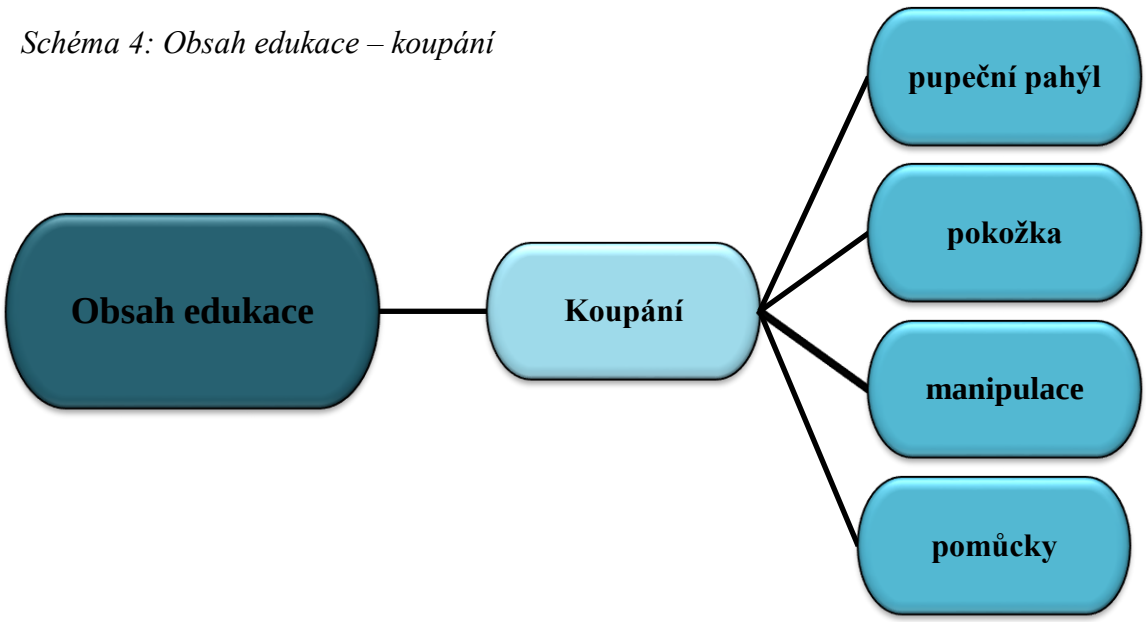
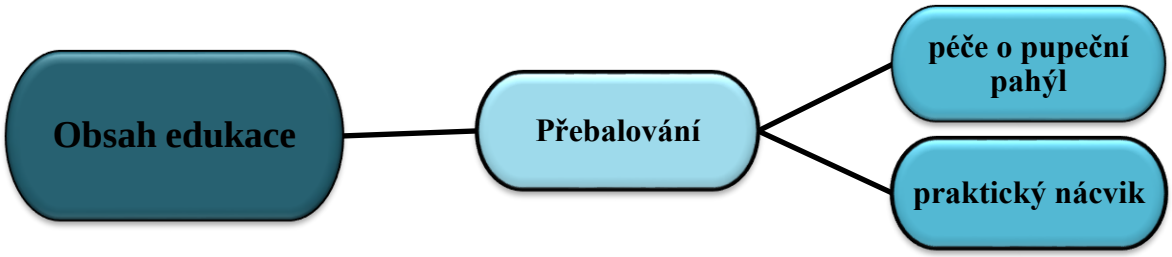


Schéma 5 popisuje, jak byly podány informace v oblasti přebalování novorozence. R6 udává: *„Informace o přebalování mi sestra jenom rychle zopakovala, protože jsem jí řekla, že už mám zkušenost s přebalováním, tak asi brala, že to umím.“*Oslovené respondentky R2 a R5 uvedly, že přebalování proběhlo metodou nácviku, kdy sestra kontrolovala, zda dělá žena něco špatně.

R7 popisuje, že koupání proběhlo hromadnou ukázkou a výkladem na pokoji ještě s jednou maminkou. Všechny zbylé dotazované respondentky byly informovány individuálně na pokoji metodou ukázky s výkladem. Všechny respondentky se ve svých odpovědích shodly v tom, že byly informovány o manipulaci s pupíkem a to, že plena nesmí překrývat pupeční pahýl.

Schéma 5: Obsah edukace - přebalování



Jak bylo již zmíněno, respondentky R1, R4, R6, R7 a R8 byly edukovány v bezpečné manipulaci s novorozencem. Všechny uvedené ženy byly informovány o držení novorozence za dva pevné body a jeho přenášení. R7 dodává: *„Byla jsem poučena o bezpečnosti, miminko nesmím nikdy nechávat samotného na přebalovacím pultu.*“

4.1.3 Kategorie způsob edukace

V kategorii způsob edukace jsme se snažily zjistit, jaké metody jsou nejčastěji využívány v edukaci a jakou formou je edukace vedena. Také jsme se ptali, zda sestry využívají při edukaci nějaké pomůcky a odezvou jsme zjišťovali jaké. A jako poslední se kategorie zaměřuje na to, zda jsou ženám informace poskytnuty jednorázově nebo jsou opakovány několikrát během hospitalizace. Na základě těchto otázek vznikly 4 podkategorie, „Forma edukace“, „Metody edukace“, „Pomůcky“ a „Informace“.

Schéma 6 znázorňuje formy edukace, kde jsme zjišťovali, jak byly informace respondentkám podány. R1 a R5 uvedly, že byly edukovány hromadně ještě s další maminkou na pokoji. *„Byla jsem edukována hromadně i individuálně, pokud jsem potřebovala něco vysvětlit,“* konstatují R7 a R11. Ostatní dotazované respondentky popisují, že byly edukovány individuálně na pokoji.

Dále všechny respondentky udávají, že jim vždy byly informace podány ústně.

„Sestra mi vždy dala papír a řekla, ať jí to podepíšu, že jde o potvrzení o všem, co mi teď povídala,“ popisuje R5.R2 a R11 konstatují, že tento záznam také podepisovaly.

Schéma 6: Forma edukace

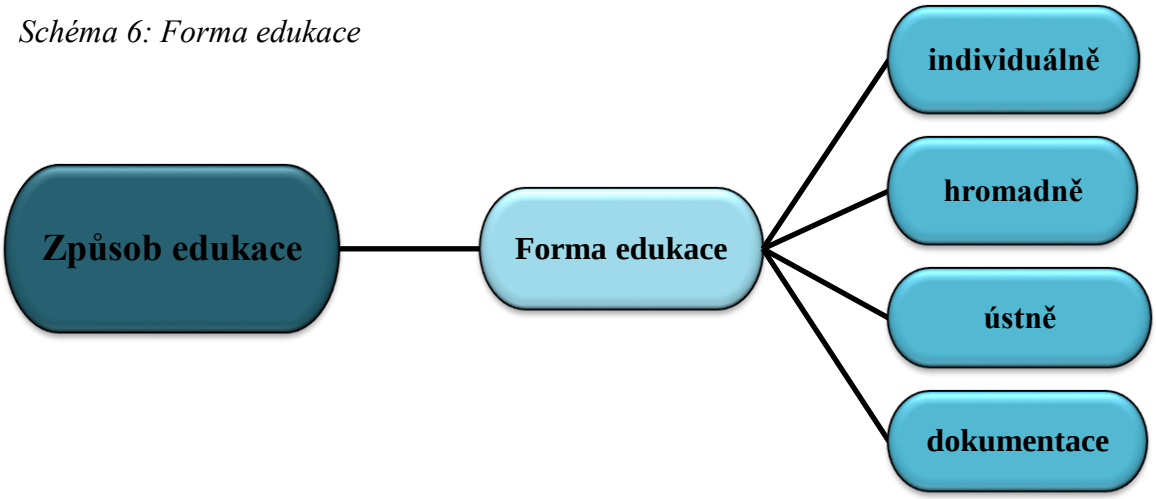
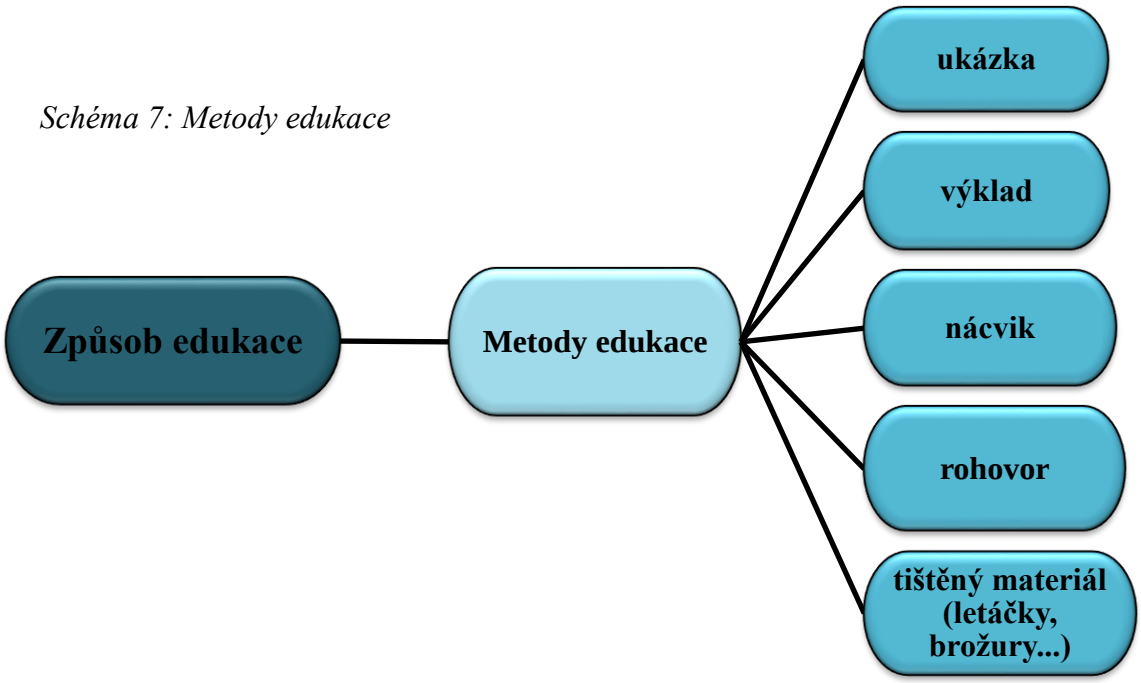


Schéma 7 poukazuje na metody edukace, které byly u žen nejčastěji použité. Všechny oslovené ženy uvedly, že byly edukovány metodou výkladu z čehož vyplývá, že informace byly tedy převážně vysvětlovány. Dále všechny respondentky udávají, že jim byly výkony názorně předvedeny ukázkou, především co se týče koupání a přebalování. R2 a R5 odpověděly, že některé výkony dělaly pod dohledem sestry, takže byla použita metoda nácviku.

Při otázce jaké metody edukace sestra použila, referují respondentky R1, R2, R3, R4, R7 a R11, že jim byly předány tištěné materiály či různé letáčky a brožury, týkající se například kojení či různých pomůcek.

*„Když jsem potřebovala něco vysvětlit, sestřička mi odpověděla na otázky, které jsem ji položila,“*odpověděla R2. Další respondentky R3, R6, R7 a R8 dodaly, že byla použita metoda rozhovoru.

Schéma 7: Metody edukace



Další otázkou rozhovoru jsme se snažili zjistit, zda si ženy pamatují pomůcky, které sestra použila během edukace a které i nadále samy ženy používaly. Pomůcky jsou vyobrazeny v schématu 8.

Některé respondentky měly problémy s kojením, tudíž jim sestra ukázala, jak kojit pomocí kloboučku. R1, R3, R5 a R7 užívaly klobouček a na základě špatných bradavek R1 a R7 dodávají, že použily formovače bradavek, někde označovány taky jako mušle.

V oblasti koupání se respondentky nejvíce shodly v tom, že sestry použily olej do koupele, jednorázovou podložku, jednorázovou plenku a dále oblečení. *„Pamatuju si také vatové tyčinky, které sloužily na vyčištění uší a nosu,“* odpověděly R1, R3, R4, R5 a R6. Respondentky R4 a R5 si vzpomněly, že při ukázce koupání sestry použily látkovou plenu na osušení dítěte. Další 3 respondentky R3, R10 a R11 dodaly ještě pomůcku hřebínek na vlásky.

„Při přebalování sestra použila určitě jednorázovou plenku a taky krém na opruzeniny,“ popisuje R2. Všechny oslovené klientky také uvedly, že sestra použila jednorázovou plenku a krém. *„Aby miminko neleželo na studeném přebalovacím pultu, zdůraznila sestra užití jednorázové podložky,“*dodávají respondentky R6, R7, R8 a R9. Na utření nečistot z genitálu a hýždí popisují R7 a R11, že sestra použila ubrousky.

Schéma 8: Pomůcky

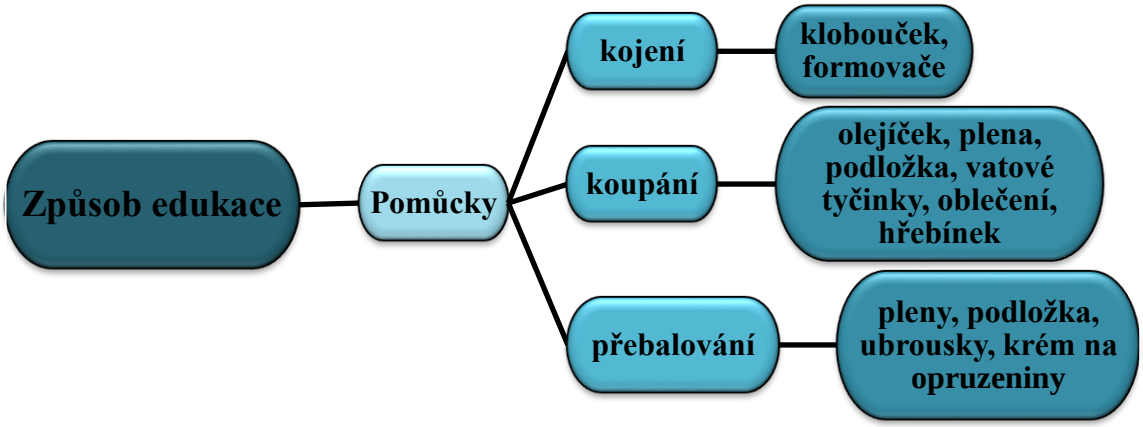
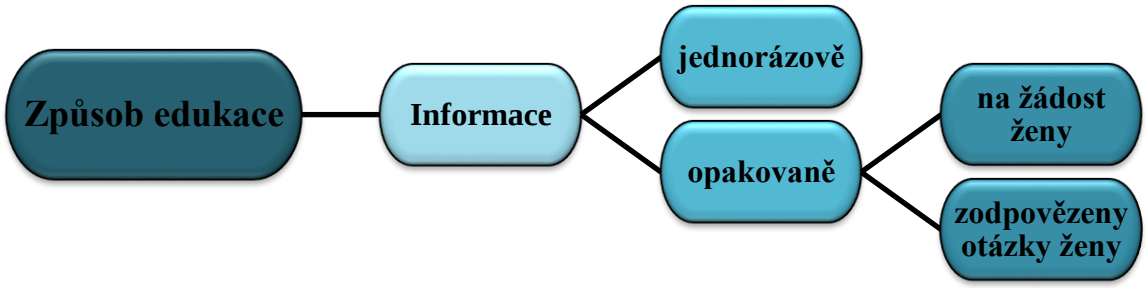


Schéma 9 znázorňuje odpovědi na otázku, zda byly ženám informace podány jednorázově nebo se opakovaly během hospitalizace několikrát. Jednoznačně jde říci, že všechny respondentky uvedly, že jim informace byly podány jednorázově. *„Informace byly podány pouze jednorázově a sestry je moc neopakovaly,"*odpověděla R5.

I přes to, že respondentky udávají podání informací jednorázově, většina také dodala, že na jejich vlastní žádost sestry informace znovu vysvětlily, popřípadě sestry odpovídaly na otázky žen. R10 popisuje, že jí byly opakovány informace, jak často přikládat dítě k prsu.*„S kojením jsem měla problém, ale i když informace byly podány jednorázově, sestry ochotně pomohly,"* řekla R4.

Schéma 9: Informace



4.1.4 Kategorie úroveň edukace

V kategorii úroveň edukace byly určeny následné podkategorie, „Časová dotace“, „Spokojenost“, „Význam“ a „Shoda informací“. Kategorie by měla objasnit, zda byly ženy spokojené s edukací, jaký pro ně měla význam, dále jestli by potřebovaly více času a zda by něco změnily. Zabývá se také tím, jestli poskytnuté informace se shodovaly s informacemi, které měly před porodem. Na základě těchto informací vznikla kategorie úroveň edukace.

V rozhovoru zazněla také otázka, zda by ženy potřebovaly více času na edukaci nebo by jim naopak stačilo i méně času. Výsledky jsou zaznamenány ve schématu 10.

R1, R3 a R6 uvedly, že na informace by jim stačilo méně času. *„Stačily mi informace, které mi sestra sdělila, tudíž bych více času nepotřebovala,“* odpověděly R4 a R8.

„Možná bych více času potřebovala, ale co mne zajímalo, tak jsem se mohla zeptat sestry,“ popisuje R2. R7 říká: *„Potřebovala bych více času, ráda bych si vše vyzkoušela před sestrou, abych věděla, zda vše dělám správně.“* R9, R10 a R11 odpověděly pouze, že by potřebovaly více času. R5 uvádí: *„Potřebovala bych více času, ale na vše jsem postupem času přišla sama.“*

Schéma 10: Časová dotace

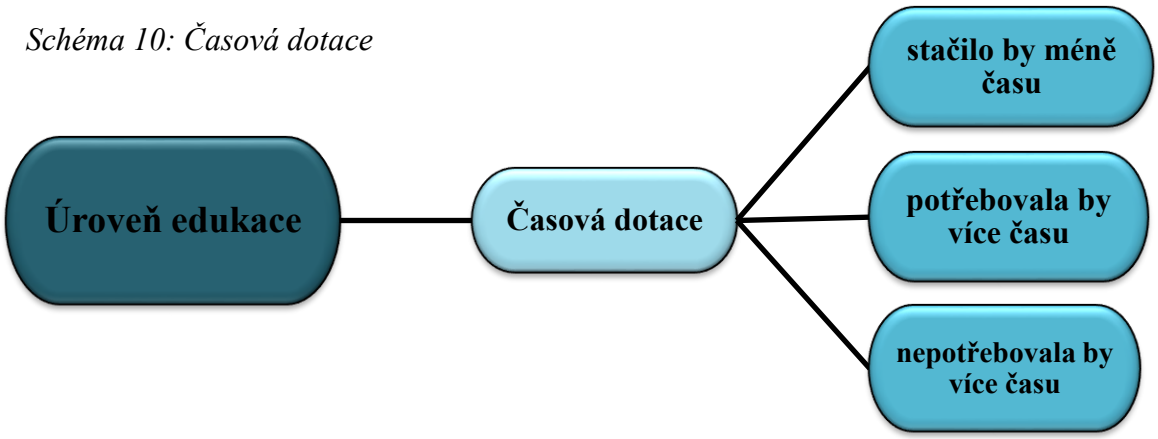


Schéma 11 popisuje spokojenost dotazovaných respondentek s edukací, informacemi a přístupem sester.

„S edukací jsem byla velmi spokojená, vše bylo v pořádku, na edukaci bych nic neměnila a ani nemám pocit, že by mi něco chybělo. Při propuštění z nemocnice jsem se cítila dobře informovaná a určitě připravená na domácí péči,“ odpověděla R1. R2 a R3 udávají, že byly spíše spokojené s informovaností a na edukaci by nic neměnily. R2

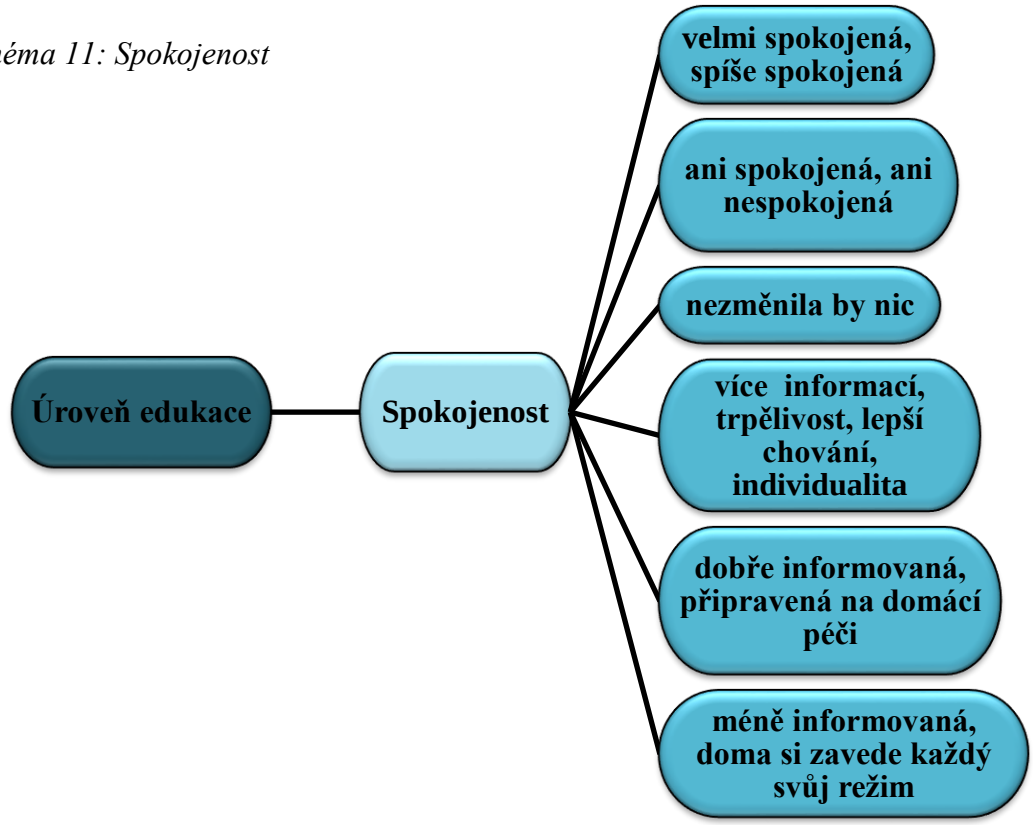
říká: *„Při propuštění z nemocnice jsem byla šťastná, že jdu domů, pociťovala jsem trochu méně informací, ale těšila jsem se, že si doma zavedu svůj vlastní režim a systém“*. R3 dodává: *„Při propuštění jsem se cítila dobře informovaná i díky informacím, které jsem měla již před porodem.“* Obě respondentky se shodly, že jim při edukaci nic nechybělo.

R4 popsala: *„S edukací jsem byla velmi spokojená, neměnila bych nic, jen pochopení sester k prvorodičkám. Jak jsem zmínila, tak mi chybělo trochu pochopení sester k prvorodičkám, ale jinak si stěžovat na nic nemůžu. Při propuštění z nemocnice jsem se cítila dobře informovaná, protože předtím jsem měla pouze minimum informací.“* Respondentky R5 a R9 odpověděly, že s edukací nebyly ani spokojené ani nespokojené. Obě dotazované ženy by ocenily více informací a R5 dodává: *„Byla bych ráda, kdyby sestry měly větší trpělivost s prvorodičkami a více jim pomáhaly“* R5 dále udává, že při propuštění se cítila málo informovaná a chybělo jí více informací a trpělivosti sester. R9 naproti tomu říká: „*Při propuštění jsem se cítila částečně připravená na domácí péči a některé informace jsem si musela dohledat a dělat po svém. Chybělo mi asi více informací, protože jak jsem již řekla, některé informace jsme si musela dohledat.“* Další respondentka R6 uvádí: *„S edukací jsem byla spíše spokojená, řekla bych, že vše bylo v pořádku, nic mi nevadilo, ani nechybělo. Při propuštění do domácí péče jsem se cítila méně informovaná, ale nijak jsem se tím nestresovala, těšila jsem se domů, protože doma si stejně každý udělá svůj režim a věci po svém.“* Následující respondentka R7 odpověděla takto: *„Co se týče informovanosti, tak jsem byla spíše spokojená, brala bych větší individualitu, jinak bych asi nic neměnila. Při propuštění do domácí péče jsme se cítila, že vše zvládnu, informací jsem měla vcelku dost a byla jsem připravená na pečování. Při edukaci mi chyběl trošku individuální přístup, výkony bych si raději zkusila sama na svém dítěti se sestrou, aby mi řekla, zda vše dělám správně.*“

Respondentky R10 a R11 popisují, že s informovaností byly spíše spokojené, ocenily by více informací a R10 říká: *„Změnila bych chování seser, některé se tvářily, jako bych je obtěžovala.“* Obě respondentky se cítily při propuštění z nemocnice vcelku informované, obě by uvítaly více informací o kojení a R11 uvedla, že se těší, až bude doma a zavede si vlastní režim. Tyto respondentky také odpověděly, že jim chybělo více informací o kojení a aby mu sestry věnovaly větší pozornost a R10 ještě dodává:

„Musela jsem si některé informace dohledat na internetu.“ R8 popisuje: *„S informovaností jsem byla velmi spokojená, na edukaci bych nic neměnila, sestry byly příjemné a ochotné a ani mi nic nechybělo. Při propuštění do domácí péče jsem se cítila informovaná a připravená na domácí pečování.“*

Schéma 11: Spokojenost



Další otázka na respondentky směřovala k zjištění, jaký význam pro ně edukace měla a k tomuto tématu se vztahuje schéma 12.

R3 a R11 uvedly, že pro ně edukace měla určitě význam především v jistotě, že vše dělají správně. Dále R1 a R2 popisují význam hlavně v správné manipulaci s dítětem, jak ho bezpečně chytit a přenášet. R4 říká: *„Edukace pro mě měla určitě velký význam, měla jsem jenom pár základů z internetu, takže jsem skoro nic nevěděla.“*R8 a R10 odpověděly, že edukace měla velký význam, jelikož jsou prvorodičky, tak pro ně byla odborná rada dobrá a každá informace se hodila. R9 jako jediná neměla žádné informace před porodem, takže pro ni edukace jistě smysl měla. R7 odpověděla: *„Teoretické znalosti jsem díky edukaci převedla do praxe.“* R5 a R6 se shodly v odpovědích, že na vše přicházely postupně samy. R6 dodala: *„V porodnici jsem byla tak trochu mimo a moc informací jsem si nepamatovala.“*

Schéma 12: Význam edukace

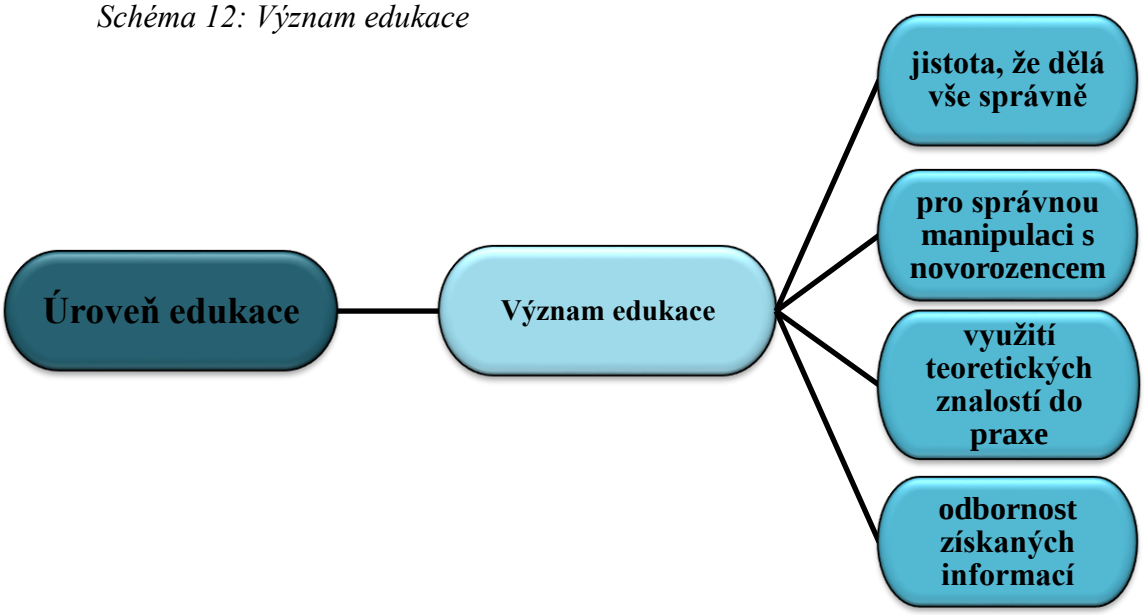
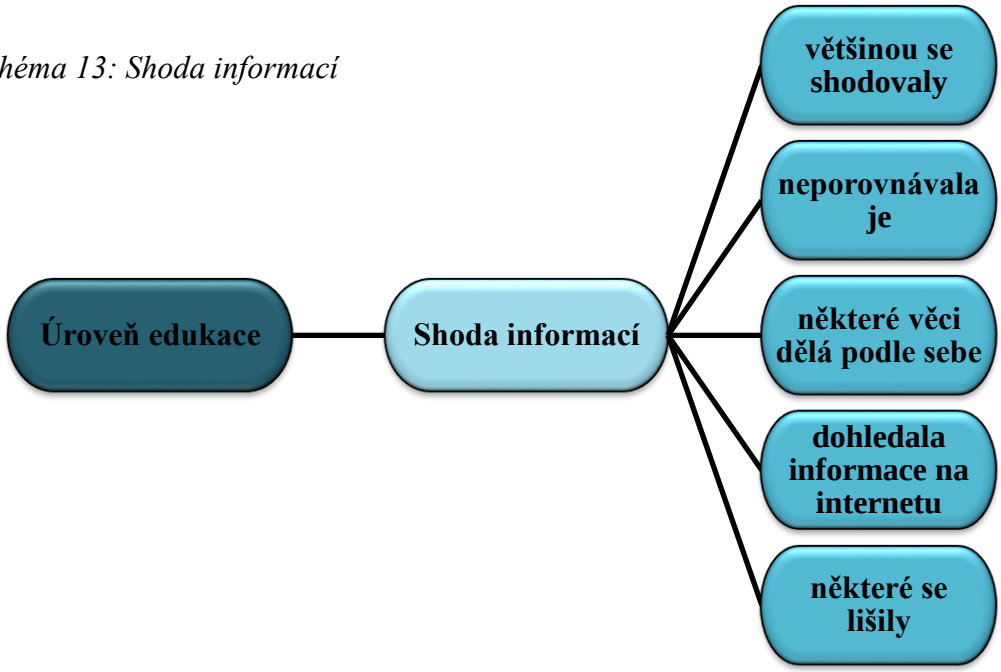


Schéma 13 znázorňuje, zda se shodovaly informace, které měly ženy před porodem s informacemi, které získaly v nemocnici.

R2 a R5 uvedly, že informace nijak neporovnávaly. R1 odpověděla: *„Informace většinou souhlasily, ale některé věci si stejně dělám podle sebe.“*R4 a R7 popisují, že informace spíše souhlasily, ale stejně jako R1 si dělají doma věci po svém, zavedly si svůj režim a je třeba dělat věci dle svého uvážení. R3 a R10 odpověděly pouze, že se informace shodovaly. *„Některé informace se shodovaly a některé ne,“* říkají R6 a R8. R6 dodává, že je třeba dát na vlastní rozum a pocity. R9 a R11 uvádí, že se informace docela shodovaly, ale nějaké informace si musely dohledat na internetu, protože někde byly vysvětleny lépe.

Schéma 13: Shoda informací



5. Diskuse

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace a ošetřovatelské péče o novorozence u prvorodiček v období šestinedělí. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou ženy prvorodičky edukovány v péči o novorozence a zmapovat a zhodnotit postup edukace u prvorodiček dětskými sestrami a porodními asistentkami v péči o novorozence.

Pro výzkum byla vybrána kvalitativní forma pomocí metody hloubkového rozhovoru. Na výzkumu se podílelo celkem 11 žen prvorodiček v období šestinedělí, které již byly propuštěny do domácí péče. Všech 11 oslovených žen se na výzkumu podílelo a souhlasily s ústním rozhovorem. Ženy byly také seznámeny s použitím jejich odpovědí pouze do bakalářské práce a pro žádné jiné účely. Rozhovory byly přepsány doslovně do počítače a následně zpracovány technikou otevřeného kódování, kdy vznikly 4 kategorie a jejich další podkategorie.

Věk klientek se pohyboval v rozmezí 18-32 let. Nejvyšší dosažené vzdělání u dotazovaných bylo základní, střední s vyučením, střední s maturitou a vysokoškolské.

Jedna z prvotních otázek kromě identifikačních údajů byla, zda ženy měly porod vedený císařským řezem nebo spontánní. 3 z dotazovaných respondentek odpověděly, že měly porod vedený císařským řezem. Císařský řez je porodnická operace, kdy je plod extrahován z dutiny děložní břišní cestou (Roztočil a kol., 2008). Tento zákrok má jistě vliv na další péči o novorozence. Po spontánním porodu je žena ihned schopna péče o novorozence. Žena po císařském řezu je schopna péče 2.-3. den po porodu, kvůli řezné ráně na břiše a žena má tedy horší pohyblivost jak na lůžku, tak i při chůzi vlivem bolesti.

Nedílnou součástí edukace je hlavně komunikace. Komunikace je potřebná nejen k tomu, abychom mezi sebou přenášeli informace a znalosti, ale také k vytváření vzájemných vztahů (Vertino, 2014). Dobrá komunikace mezi sestrami a pacienty je nezbytná pro úspěšný výsledek. K tomu musí sestry porozumět a pomoci svým pacientům, měly by prokazovat zdvořilost, laskavost a upřímnost, věnovat čas pacientovi, aby komunikoval s nezbytnou důvěrností (Kourkouta, 2014). Dobrá komunikace není založena pouze na fyzických schopnostech sester, ale také na vzdělání a zkušenostech (Kourkouta, 2014). Používání interpersonálních komunikačních strategií sestrami v osobním i profesním prostředí může snížit stres a podporovat zdraví

(Vertino, 2014).*„Osobní život versus profesionální role nás nutí rozvíjet a uplatňovat kompetentní dovednosti založené na konkrétní situaci a přijmout přiměřené chování a reakci. Chování založené výhradně na očekávání role však nemusí být vždy vhodné. Účinná mezilidská komunikace je nezbytná k vyřešení problémů každodenního života, ať už ve vašem osobním nebo pracovním životě“* (Vertino, 2014). Myslím si, že v edukaci u prvorodiček jde především o dobrou komunikaci mezi sestrou a ženou a navázání vzájemného respektu. Dle mého názoru je třeba udržovat komunikaci na profesionální úrovni s laskavostí a zdvořilostí. U prvorodiček je třeba hlavně trpělivosti v komunikaci, protože jak z výzkumu vyplynulo, ženy se dost často ptají na stejné otázky vícekrát, což může sestru vyvést z nálady a dojít k nevhodnému chování. Komunikace s pacientem vyžaduje také dostatek času, protože každá pacientka má určitou míru na pochopení informací.

Kategorie informovanost před porodem se snažila znázornit, jestli ženy navštěvují předporodní kurzy a zda zjišťují před porodem informace týkající se péče o novorozence. Jak se ukázalo, některé ženy absolvovaly předporodní kurzy, kde jim byly určité informace podány. Z dotazovaných se našly i ženy, které kurz neabsolvovaly a uvedly, že získaly informace odjinud a předporodní kurz bylo pro ně zbytečné absolvovat. Tím částečně odpověděly na další otázku, která zjišťovala, jestli ženy měly informace a popřípadě odkud je získaly. Jediná respondentka R9 uvedla, že informace před porodem žádné neměla. Většina ostatních se shodla, že informace získávaly převážně z internetu, našly se i ženy, které sbíraly zkušenosti od rodiny, známých či kamarádek, které již děti mají. Dle mého názoru v dnešní době ženy hledají informace především na diskuzních internetových stránkách, než aby hledaly odborné informace na seriózních webových stránkách. Přijímají rady od jiných žen, které jsou již po porodu a předávají si tak své zkušenosti, které leckdy nemusí souhlasit s odbornými informacemi. Mezi respondentkami se objevily i ženy, konkrétně R1, R2 a R6, které již nějakou zkušenost s dětmi měly, například že hlídaly a staraly se o své mladší sourozence.

Následující kategorie rozsah edukace, zjišťovala, o čem byly v péči o novorozence informovány. Zde se všechny oslovené klientky shodly, že jim byly sděleny informace v oblasti kojení, přebalování a koupání. Navíc některé ženy dodaly, že jim byl sdělen i princip manipulace s dítětem.

V oblasti kojení byly ženy informovány především o době přiložení, jak často a kdy přiložit prsu. Ženy po císařském řezu kojily v poloze na boku vleže, R1 odpověděla: *„Jelikož jsem po císařském řezu, ukázala mi sestra 2 polohy v polosedě a fotbalové postavení.“* Dle mého názoru je dobrá poloha v polosedě, protože jde při ní lépe manipulovat s novorozencem, dítě se dobře přisune k prsu a není to taková velká zátěž na řeznou ránu jako v poloze na boku vleže, kdy se žena musí přetáčet a manipulace s novorozencem je o něco horší. Troupová, Hanzl a kol (2010) uvádí ještě polohu vsedě, která je také vhodná pro ženy po císařském řezu. Je třeba také podotknout, že většina respondentek byla informována o správné technice přisátí, aby nedošlo k poškození bradavek. Některé ženy odpověděly, že byly informovány o poškození bradavek a jejich péči. Objevilo se i pár žen, které o problematice péče o prsa například při nalití nebo popraskaných bradavkách neměly informace žádné. Myslím si, že v této oblasti by měla být edukace zaměřena více na to, aby žena měla informace, jak v případě určitého problému postupovat dále, na co se zaměřit, jak pokračovat s kojením dále a jaké přípravky třeba používat.

Následující podkategorie se zabývá oblastí koupání. Oslovené klientky se shodly, že koupání proběhlo metodou ukázky. R2 říká: *„Dostala jsem informace, že miminko se nemusí koupat každý den, takže druhý den jsem pouze miminko otřela.“*Jak Sedlářová (2008) uvádí, preferuje se koupel dle potřeby a ne každý den a nejlépe bez kosmetických přípravků, které narušují přirozený ochranný film na těle. Myslím si, že ženy by o této problematice měly být informované, protože novorozenci mají velmi jemnou a citlivou pokožku a neměla by být ze začátku tolik drážděna, ale je třeba dbát na hygienu genitálu, který by se měl pořádně umýt. Ženy také uvedly, že jim bylo doporučeno, aby do koupele přidávaly olej, který pokožku promastí. Je fakt, že sprchové gely nebo mýdla se nedoporučují a olej pokožku promastí, tudíž není třeba po osušení dítě mazat, samozřejmě pokud nemá pokožku po koupeli suchou. Důležitou součástí edukace při koupání je péče o pupeční pahýl, což uvedly všechny respondentky, že byly informovány především o zaschnutí, odpadnutí a následné péči o hojící se pupík. Ošetření pahýlu po odpadnutí je jednoduché a spočívá v čištění dezinfekčním prostředkem po koupání (Pařízek, 2008)

Další podkategorií je přebalování, kde respondentky uvedly, že přebalování proběhlo ukázkou. Objevily se zde ženy, R2 a R5, které jako jediné byly edukovány

metodou nácviku se sestrou, kdy jim sestra říkala, co dělají špatně. Respondentka R6 popsala, že jí sestra rychle zopakovala princip přebalování, protože se žena zmínila, že již zkušenost s přebalováním má. Machová a Tomášková (2015) popisují, že dětská sestra musí matku poučit také o tom, že pupeční pahýl nikdy nesmí být zakrytý plenou, aby se na něj nedostala moč nebo stolice. Tato informace se potvrdila i při našem výzkumu, kdy všechny respondentky potvrdily, že o této problematice informovány byly. Na základě teorie by bylo také třeba zmínit ženám ošetřování opruzenin, které vznikají často v důsledku dráždění pokožky a informovat o očištění genitálu u holčiček a chlapečků.

Kategorie způsob edukace popisuje, jaké metody jsou nejčastěji využívány v edukaci a jakou formou je edukace vedena. Z otázek jsme se měli dozvědět, zda sestry využívají při edukaci nějaké pomůcky a odezvou jsme zjišťovali jaké. Dále se kategorie zaměřuje na to, zda jsou ženám informace poskytnuty jednorázově nebo jsou opakovány několikrát během hospitalizace. Co se týče formy edukace, ukázalo se, že většina dotazovaných žen byla edukována individuálně. Pár respondentek uvedlo, že byly edukovány hromadně na pokoji s další ženou. Nejčastěji jsou informace podávány ústně. Po zkušenosti s nemocniční praxe jsem si všimla, že sestry rozdávají při edukaci většinou i tištěné materiály jako jsou různé informační letáčky a brožury. Na konci edukace si sestry nechávají podepsat záznam do dokumentace, což pár žen ve svých odpovědích také uvedlo.

Mezi nejčastěji užité metody patří u respondentek ukázka, hlavně v oblasti přebalování a koupání. 2 respondentky uvedly, že u nich byla použita metoda nácviku a pokud potřebovaly povysvětlit nějaké informace tak i metoda rozhovoru. S ukázkou většinou souvisel i výklad, kdy sestra u koupání či přebalování vysvětlovala hlavní zásady. V odpovědích se často sešly i tištěné materiály v podobě informačních letáčků a brožur.

Další otázka v rozhovoru se zaměřovala na pomůcky, které sestra během edukace použila. Některé ženy odpověděly, že měly problémy s kojením. R1, R3, R5 a R7 užívaly klobouček a na základě problémů s bradavkami R1 a R7 dodávají, že použily formovače bradavek. Mezi pomůcky ke koupání uvedly repsondentky nejčastěji oblečení, plenu, vatové tyčinky na uši a nos, olej do koupele, hřebínek a jednorázovou

podložku. K přebalování byly nejčastěji použity tyto pomůcky: jednorázová podložka, plena, krém na opruzeniny a ubrousky.

Jako poslední se kategorie zabývala otázkou, jestli ženám byly poskytnuty informace jednorázově nebo je sestry několikrát opakovaly. Jednoznačně jde říci, že všechny respondentky uvedly, že jim informace byly podány jednorázově, to znamená, že sestry z vlastní iniciativy dále informace neopakovaly. I přes to, že některým ženám byly informace podány jednorázově, dodaly oslovené ženy, že na vlastní žádost jim sestry informace zopakovaly.

Poslední kategorie měla objasnit, zda byly ženy spokojené s edukací, jestli pro ně měla nějaký význam, dále jestli potřebovaly více času a zda by něco změnily. Zabývá se také tím, jestli poskytnuté informace se shodovaly s informacemi, které měly před porodem. Na základě těchto informací vznikla kategorie úroveň edukace.

Co se týče časové dotace, objevily se zde ženy, kterým by stačilo méně času, některé ženy uvedly, že by více času potřebovaly. Jedna z respondentek dodala, že by byla radši, kdyby si vše mohla zkusit před sestrou, která by ji upozornila, jestli dělá něco špatně.

Podkategorie spokojenost objasnila, jestli je edukace ze strany sester na dobré úrovni, zda by ženy něco změnily a zda se cítily respondentky dobře informované a připravené na domácí pečování. Ve většině případů se respondentky shodly, že byly spíše spokojené až velmi spokojené a na edukaci by nic neměnily. Pár respondentek uvedlo, že by ocenily více informací a trochu vstřícnějšího chování sester. Z odpovědí vyplynulo, že ženám chybělo trochu pochopení a trpělivosti sester k prvorodičkám a uvítaly by jejich pomoc. Když byly ženy propuštěny do domácí péče, převážná většina popisuje, že byly připravené na domácí pečování a měly i dostatek informací. Pár dotazovaných respondentek také uvedlo, že se těšily domů, protože doma si zavede každý svůj režim a systém a hodně věcí budou dělat podle svého uvážení.

Další otázka na respondentky směřovala k zjištění, jaký pro ně měla edukace význam. R9 popsala, že edukace měla velký význam, protože žádné informace před porodem neměla a pro prvorodičku je každá informace dobrá. Mezi další odpovědi často patřily, že edukace měla význam především v jistotě, že vše dělají správně, dále v správné manipulaci s dítětem, jak ho bezpečně chytit a přenášet. Respondentky také ocenily dobré rady a odborné informace.

Poslední otázkou výzkumu se zjišťovalo, jak se informace, které ženy získaly v nemocnici, shodovaly s informacemi, které již měly před porodem. R2 a R5 uvedly, že informace nijak neporovnávaly. Ve většině odpovědí se ženy shodly, že informace spíše souhlasily, ale některé věci si stejně dělají podle sebe. Některé respondentky odpověděly pouze, že se informace shodovaly. R6 dodává, že je třeba dát na vlastní rozum a pocity. R9 a R11 uvádí, že se informace docela shodovaly, ale nějaké informace si musely dohledat na internetu, protože někde byly vysvětleny lépe.

6. Závěr

Bakalářská práce se zabývala edukací obecně, dále péčí o novorozence, převážně tedy edukace matek na oddělení stanice fyziologických novorozenců.

Výzkumná část práce proběhla formou kvalitativního výzkumu. Jako první bylo třeba si stanovit cíle a následně výzkumné otázky. Dále bylo potřeba sestavit otázky, dle kterých byly provedeny hloubkové rozhovory s ženami prvorodičkami v období šestinedělí. Prvním cílem bylo zjistit, jak jsou ženy prvorodičky edukovány v péči o novorozence. Druhý cíl byl zaměřen na zmapování a zhodnocení postupu edukace u prvorodiček dětskými sestrami a porodními asistentkami v péči o novorozence. Rozhovory byly dále přepsány a zpracovány metodou tužka papír. Na základě zpracovaných rozhovorů a jejich odpovědí vznikly 4 kategorie.

Z výsledků vyplývá, že edukace je poměrně na dobré úrovni. Je jasné, že v dnešní době ženy hodně využívají internet, kde v různých diskuzích a na webových stránkách sbírají informace více než v knihách. Bohužel se stává, že občas může dojít k rozporu mezi sestrou a ženou při edukaci. V rámci praxe v nemocnici jsem se již setkala s mnoha ženami, které měly až mnoho načtených informací, kdy poté dochází k rozporu mezi získanými informacemi z jednotlivých zdrojů a odborných rad od zkušených sester a porodních asistentek.

Co se týče samotné edukace, bylo zjištěno, že ženy jsou edukovány ve všech oblastech péče o novorozence, jako je kojení, přebalování a koupání, někde oblast manipulace vysvětlují samostatně, některé sestry zahrnou manipulaci do jiné oblasti. Sestry a porodní asistentky většinou edukují ženu individuálně, ale je jasné, že pokud se sejdou na pokoji dvě ženy, probíhá edukace hromadně a ukázky se provádějí na jednom novorozenci. V rámci edukace jsou ženám poskytnuty tištěné materiály, různé informační letáčky a brožury. Prokázalo se, že edukace je prováděna nejčastěji metodou výkladu s ukázkou, kde sestra či porodní asistentka při ukázce zároveň vysvětluje zásady konkrétního výkonu.

Většinou byly všechny ženy s edukací spokojené, informace byly dostačující, a i když ženám informace chyběly, byla zde možnost se doptat sester. V rámci výzkumu se neprojevila žádná velká nespokojenost s edukací, ale některé ženy uvedly, že by ocenily více trpělivosti sester k prvorodičkám. Myslím si, že pro každou prvorodičku musí mít edukace určitý význam, obzvlášť pokud informace před porodem žádné nemá

a vůbec tedy neví, co péče o novorozence obnáší. Pro ty, které již informace před porodem mají, má edukace obrovský význam v doplnění odborných informací a rad.

Na základě práce byl pro ženy vytvořen edukační plán (Příloha 4).

Práce je určena pro ženy prvorodičky, které se chtějí dozvědět více o edukaci a péči o novorozence. Práce by mohla také posloužit jako výukový materiál.

7. Seznam literatury a zdrojů

1) ARNOLD, Elizabeth a Kathleen Underman BOGGS, 2016. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. Seventh edition. 576 p. ISBN 978-0-323-24281-3.

2) AŠENBRENEROVÁ, Ivana a Alexandra VIDNEROVÁ, 2012. *Co dělat, když dítě: tipy, jak překonat nejrůznější dětská trápení*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. 222 s. ISBN 978-80-204-2832-5.

3) BEHINOVÁ, Markéta, Klára KAISEROVÁ, et. al, 2007. *Velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 2. rozš. vydání. Praha: Mladá fronta. 376 s. ISBN 978-80-204-1749-7.

3) BENEŠ, Milan, 2008. *Andragogika*. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2.

4) BRUNERO, S., LAMONT, S. and COATES, M., 2010. *A review of empathy education in nursing.* Nursing Inquiry. 17.65–74p. doi:10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x

5) BUCHKO, Barbara, GUTSHALL, C.H, JORDAN, E.T., 2012. *Improving Quality and Efficiency of Postpartum Hospital Education.* The Journal of Perinatal Education, *21*(4), 238–247 s. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.238.

6) ČÁBALOVÁ, Dagmar, 2011. *Pedagogika*.1.vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.

7) DAVIES, Kim, 2008. *Dítě a vy: moderní příručka péče o dítě od narození do předškolního věku*. 1. vydání. Praha: Fortuna Libri. 256 s. ISBN 978-80-7321-388-6.

8) DIBBERNOVÁ, Julia, 2014. *Miminka v bezpečí: průvodce pro odvážné rodiče*. Praha: DharmaGaia. 205 s. ISBN 978-80-7436-046-6.

9) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetřovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3940-3.

10) FEDOR-FREYBERGH, P.G, 2013. *Prenatálne dieťa*. 1. slov. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mentesana s.r.o. 65 s. ISBN 978-80-8895-274-9.

11) FIBICHOVÁ, Naděžda, 2016. *Další vzdělávání pracovníků jako andragogický problém: metodická příručka pro lektory, vzdělavatele dospělých, andragogy,*

hodnotitele, management a administrativu vzdělávacích programů. Strakonice: vlastním nákladem. 66 s. ISBN 978-80-270-0143-9.

12) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.

13) JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

14) JUKLOVÁ, Kateřina, Irena LOUDOVÁ, Radka SKORUNKOVÁ, Eva ŠVARCOVÁ a Jindra VONDROUŠOVÁ, 2015. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. 1. Vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 160 s. ISBN 978-80-7435-427-4.

15) JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

16) KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

17) KELNAROVÁ, Jarmila a kol., 2015. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník.* 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada. 244 s. ISBN: 978-80-247-9857-8

18) KOURKOUTA Lambrini, Ioanna V. PAPATHANASIOU, 2014. *Communication in Nursing Practice.* Mater Sociomed.26(1). 65–67 s. DOI: 10.5455/msm.2014.26.65-67

19) KŘIVÁKOVÁ, Marcela a Zuzana ČÍKOVÁ, 2016. *Pečovatelství: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén. 186 s. ISBN 978-80-7492-263-3.

20) KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

21) KUSHI, Michio a Aveline KUSHI, 2014. *Makrobiotické těhotenství a péče o novorozeně*. 1. vydání. Praha: Triton. 387 s. ISBN 978-80-7387-758-3.

22) LAKTAČNÍ LIGA. *Odstříkávání.* [online]. Praha, ©2017 [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/odstrikavani/.

23) MACHOVÁ, Alena a Jaroslava TOMÁŠKOVÁ, 2015. Práva matek na informace v souvislosti s péčí o novorozence – edukace sestrou. In: ROSKOVÁ L. (ed). *Sborník příspěvků: IV. ročník mezinárodní konference Lidská práva v proměnách času.* V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 121-126 s. ISBN 978-80-7394-513-8.

24) MÍČKOVÁ, Iveta. 2009 Edukace jako nedílná součást ošetřovatelského procesu. *Sestra* [online]. 2009 (12), str. 44 [cit. 2017-04-16]. Dostupné z: 1url.cz/xtkcI.
25) NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
26) O'MARA, Peggy a Jane MCCONNELL, 2013. *Přirozený rodinný život*. 1. vydání. Praha: Malvern. Adam a Eva. 421 s. ISBN 978-80-87580-53-0.
27) PAŘÍZEK Antonín, 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
28) POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. přepr. vydání., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
29) PROCHÁZKA, Miroslav a Miroslav SOMR, 2008. *Kapitoly z didaktiky vzdělávání dospělých.* 1. vydání. České Budějovice: V-Studio. 100 s. ISBN 978-80-254-1919-9.
30) PRŮCHA, Jan, 2009. *Moderní pedagogika*. 4., aktualiz. a dopl. vydání. Praha: Portál. 488 s. ISBN 978-80-7367-503-5.
31) PRŮCHA, Jan, 2015. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-0872-3.
32) ROZTOČIL, Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
33) SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
34) SKALKOVÁ, Jarmila, 2007. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*.2. rozš. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
35) SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
36) ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
37) ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

38) TROUPOVÁ, Jitka, Milan HANZL a kol., 2010. *Standardy ošetřovatelské péče v neonatologii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.

39) VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ, 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8.

40) VETEŠKA, Jaroslav, Tereza VACÍNOVÁ a kol., 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 204 s. ISBN 978-80-7452-012-9.

41) VETEŠKA, Jaroslav, 2016. *Přehled andragogiky: Úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. 1. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-1026-9.

42) VERTINO, K., 2014. *Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve YourLife.* OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 19 (3), Manuscript 1. DOI: 10.3912/OJIN.Vol19No03Man01

8. Seznam příloh

Příloha 1 Polohy při kojení

Příloha 2 Otázky do rozhovoru se ženami v období šestinedělí

Příloha 3 Odstříkávání mateřského mléka rukou

Příloha 4 Edukační plán

Příloha 1 Polohy při kojení

Poloha vleže

Matka leží na boku, má polštářem podloženou hlavu, aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene. Dítě leží na boku v ohbí paže a matka je lehce prohnuta dozadu. Matka se nesmí opírat o loket a horní končetina nesmí být zdvižena nad rameno.

Poloha vsedě

Hlava dítěte je v ohbí paže matky a předloktím podpírá matka záda dítěte. Prsty matky jsou na hýždích či stehýnku dítěte a druhou rukou přidržuje prs. Spodní ruka dítěte je kolem pasu matky.

Poloha fotbalová neboli boční

Poloha se doporučuje ženám po císařském řezu nebo s plochými bradavkami. Spočívá v tom, že dítě leží na předloktí matky, která podpírá rukou ramínka dítěte a prsty hlavičku. Nožky dítěte jsou podél boku matky a předloktí matky je podloženo polštářem.

Poloha tanečníka

Tato poloha je vhodná pro děti, které mají potíže s přisátím, kdy dítě leží na předloktí matky a ruka podpírá prs téže strany.

Vzpřímená vertikální poloha

Matka jednou rukou drží prs a druhou dítě, které sedí obkročmo na levé dolní končetině matky. Matka pravou rukou podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte a levá ruka podpírá prs téže strany.

Kojení vpolosedě s podloženýma nohama

Tato poloha je vhodná zejména pro ženy po císařském řezu, kdy dítě lží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky. Matka má na břichu polštář bránící tlaku dítěte na jizvu a polštář pod koleny podpírá dolní končetiny matky.

Kojení vleže na zádech

Tato poloha je vhodná pro ženy po císařském řezu a pro děti, které se špatně přisávají k prsu, kdy matka může dítě přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu.

Zdroj: Pařízek (2008), Troupová, Hanzl a kol. (2010), Behinová et. al. (2007)

Příloha 2 Otázky do rozhovoru se ženami v období šestinedělí

Otázky pro ženy prvorodičky

1. Kolik Vám je let? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Bydlíte ve městě nebo na vesnici? Jaký je Váš rodinný stav?
2. Měla jste informace v péči o novorozence již před porodem a odkud?
3. Absolvovala jste předporodní kurz týkající se péče o novorozence?
4. Byl Váš porod spontánní nebo vedený císařským řezem?
5. Jakým způsobem jste byla edukována v péči o novorozence?
6. O čem jste byla edukována v péči o novorozence?
7. Potřebovala byste, aby sestra věnovala více času edukaci nebo naopak Vám stačilo méně času?
8. Jak jste byla spokojená s informovaností, co se týče péče o novorozence?

– *velmi spokojená – spíše spokojená – ani spokojená, ani nespokojená – spíše nespokojená – velmi nespokojená*

9. Jaký pro Vás měla edukace význam?
10. Co vám při edukaci chybělo?
11. Změnila byste něco při edukaci vedené sestrou?
12. Jak jste se cítila při propuštění z nemocnice v souvislosti s informovaností o péči o novorozence?
13. Jaké metody edukace byly při edukaci použity?
14. Jaké pomůcky byly při edukaci použity?
15. Byly Vám informace podány jednorázově nebo byly opakovány po celou dobu hospitalizace několikrát?
16. Jak korespondovaly informace z nemocnice a odjinud?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 3 Odstříkávání mateřského mléka rukou

KDY ODSTŘÍKÁVAT:

Odstříkávat je vhodné pokud dojde k oddělení matky od dítěte, nebo při retenci mléka, dále při nadbytku mléka a pro vytvarování bradavky s dvorcem.

PŘÍPRAVA:

K odstříkání jsou vhodné tyto pomůcky:vyvařená nádoba na odstříkané mléko ačistě umyté ruce.

POSTUP:

Špičku palce položíme nad dvorec a špičku ukazováku pod dvorec tak, aby prsty tvořily písmeno C. Prsty a bradavka musí být v jedné linii. Celý prs přitiskneme zbývajícími prsty a dlaní k hrudníku. Rytmicky stlačujeme bradavku, až mléko začne odkapávat. Opakujeme tento trojdobý pohyb a měníme pozice prstu na dvorci. Prsty nesmějí bradavku vytahovat dopředu a nesměji opouštět kůži, aby se neodřela.Velký nebo příliš nalitý prs podložíme dlaní druhé ruky.Doba odstříkávání je kolem 20-30 minut a prsy několikrát vystřídáme.

Zdroj: Laktační liga (2007)

Příloha 4 Edukační plán

EDUKAČNÍ PLÁN

Vzdělávací oblast: péče o novorozence
Informace o edukantech: ženy prvorodičky v období šestinedělí
Edukační diagnóza: nedostatek znalostí v oblasti péče o novorozence
Potřeby edukanta: dozvědět se více informací v péči o novorozence, naučit se o někoho pečovat, mít snahu se to naučit
Potřeby edukátora: naučit ženu pečovat o novorozence, cítit potřebu ženy se dozvědět více o péči
Druh edukace: primární, základní a aktivní edukace

Plánování edukačního setkání

Téma edukačního setkání: edukace v oblasti péče o novorozence
Základní cíl edukačního setkání: naučit ženu správný postup při péči o novorozence
Specifický cíl edukačního setkání a výsledná kritéria
Z pohledu edukanta:
Afektivní cíl: zájem naučit se zásady péče o novorozence
Výsledné kritérium: vyjadřuje svoje názory, mít informace ohledně rizik
Kognitivní cíl: žena má dostatek vědomostí v péči o novorozence
Výsledné kritérium: vyjmenuje nám zásady správné péče
Behaviorální cíl: žena se naučila manipulovat s novorozencem, umí přebalit a koupat novorozence, sama přikládá novorozence k prsu
Výsledné kritérium: žena nám demonstruje správnou manipulaci s novorozencem, ukáže nám přebalení novorozence, připraví pomůcky, které by použila při koupání, názorně předvede polohy, které využívá ke kojení

Obsah edukačního setkání: naučit zásady správné péče o novorozence
Forma edukace dle prostředí: oddělení šestinedělí, na pokoji
Forma edukace dle uspořádání edukantů: individuální forma (žena a dětská sestra)

Výukové strategie

Metody: rozhovor, výklad, popis, názorné ukázky

Edukační prostředky a pomůcky: letáčky o kojení, přípravky na ohmat a ukázky, modelové situace

Metodický postup – plánování fází edukačního setkání

Úvod – seznámení ženy s tématem, informovat, jak vše bude probíhat a co by se měla naučit – čas cca 15 min.

Motivační fáze – motivovat ji k tomu, aby se chtěla učit a vysvětlit jí, proč je to pro ni dobré – čas cca 10 min.

Expoziční fáze – sdělení informací co se týče péče o novorozence, snažit se jim předat co nejvíce dovedností – čas cca 30 min.

Fixační fáze – žena ukazuje naučené informace a dovednosti s naší pomocí, demonstruje například, jak manipulovat s novorozencem, verbalizuje a popisuje, co by jak udělala – čas cca 15 min.

Hodnotící fáze – žena nám sama demonstruje, verbalizuje, co se naučila, co se dozvěděla, ukáže nám, jak přebalit novorozence, jaké polohy volí při kojení – čas cca 15 min.

Pedagogická diagnostika – pro kontrolu, abychom zjistili, jestli žena pochopila a naučila se téma edukačního setkání, můžeme klást otázky – Jaké dva pevné body držíte při manipulaci s novorozencem? Jak budete přebalovat novorozence? Jaké pomůcky budete používat při koupání novorozence? Jaké polohy volíte při kojení? – čas cca 10 min.

Návrhy, podněty pro další edukační setkání: návrhy další edukace dle potřeby ženy

Zdroj: vlastní zpracování