

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Nové metody ošetřování novorozence na porodním sále a jejich
akceptace rodiči**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Machová

2010

Autor práce:

Gabriela Krlínová

Abstract

Most recently changes have happened in the approach to newborn nursing in delivery rooms immediately after delivery. Entire care is focused on the most natural way of the mother-to newborn adaptation after delivery, so that the early contact between the mother and the newborn infant could be established as soon as possible after birth, in the delivery room. Working as a paediatric nurse, I am concerned about the issue of the mothers' perception of these changes after giving birth, whether they conform to new procedures, what they see as advantages and disadvantages, and what they would prefer.

The aim of this work is to compare the former ways of newborn nursing in the delivery room and innovations in nursing, their advantages and disadvantages and also to find out if mothers accept those novelties or not. The following research questions were put: Do mothers accept new ways of newborn nursing in the delivery room? What are the contributions of the new method of nursing newborns in the delivery room from the mothers' perception, in comparison with previous methods (positives - negatives)?

The thesis is elaborated on the basis of results of a qualitative research conducted by semistandardized interviews, the results of the qualitative survey were processed by means of case reports. The research sample consisted of 7 mothers who gave birth to their second or third child in the delivery room in České Budějovice at a certain period of time. The results of the survey show that most mothers accept the new ways of newborn nursing and, in their opinion, these methods have brought more positives than negatives when compared with the past method.

In the final part of the thesis the following hypotheses were stated:

Hypothesis 1: There are differences in attitudes to the first treatment of a newborn in the delivery room in primiparas and in mothers who have given birth before.

Hypothesis 2: Mothers who have given birth before have more information on newborn treatment practices in the delivery room than mothers who give birth for the first time (primiparas).

The results of my research might be beneficial to the work of medical personnel in the delivery room and may become the basis for nursing care improvement.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Nové způsoby ošetřování novorozence na porodním sále a jejich akceptace rodiči“ 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.

V Českých Budějovicích 3.5.2010

.....

Gabriela Krlínová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Aleně Machové za laskavé vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad a konzultací. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za velkou trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
<i>1.1 Prenatální období.....</i>	4
<i>1.1.1 Prenatální péče.....</i>	4
<i>1.2 Základní pojmy v problematice ošetrovatelské péče o novorozence</i>	6
<i>1.2.1 Fyziologický novorozenec</i>	7
<i>1.3 Organizace péče o novorozence.....</i>	9
<i>1.4 První ošetření novorozence.....</i>	10
<i>1.4.1 Označení totožnosti novorozence</i>	12
<i>1.4.2 Péče o tělesnou teplotu novorozence</i>	13
<i>1.4.3 Péče o dýchací cesty novorozence</i>	15
<i>1.4.5 Vážení a měření novorozence</i>	16
<i>1.4.6 Apgar score.....</i>	17
<i>1.4.7 Kredeizace</i>	18
<i>1.4.8 Prevence krvácivé nemoci novorozenců</i>	18
<i>1.4.9 Přiložení dítěte k matce</i>	18
<i>1.5 Péče o novorozence na novorozeneckém oddělení</i>	20
<i>1.5.1 Systém péče rooming-in.....</i>	21
<i>1.5.2 Screeningová vyšetření novorozence.....</i>	21
<i>1.6 Role sestry v péči o novorozence</i>	23
2. Cíl práce a výzkumné otázky	26
<i>2.1 Cíl práce</i>	26
<i>2.2 Výzkumné otázky.....</i>	26
3. Metodika	27
<i>3.1 Metodika práce</i>	27
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i>	27
4. Výsledky.....	28
<i>4.1 Kazuistiky</i>	28

<i>4.1.1 Kazuistika 1</i>	28
<i>4.1.2 Kazuistika 2</i>	30
<i>4.1.3 Kazuistika 3</i>	34
<i>4.1.4 Kazuistika 4</i>	37
<i>4.1.5 Kazuistika 5</i>	40
<i>4.1.6 Kazuistika 6</i>	43
<i>4.1.7 Kazuistika 7</i>	46
<i>4.2 Výsledky rozhovorů s matkami zpracované do tabulek</i>	50
5. Diskuse	59
6. Závěr	67
7. Klíčová slova	69
8. Seznam použitých zdrojů	70
9. Přílohy	75

Úvod

Rozmnožování je základním projevem života. Těhotenství a porod představují zlom v životě každého člověka – jak obou rodičů, tak i na svět přicházejícího jedince. Dítě je plodem lásky dvou lidí, naplněním jejich touhy spojit svůj život (20, 21).

Přechod dítěte z chráněného nitroděložního života do světa plného nových podnětů znamená pro jeho organismus značnou fyzickou i psychickou zátěž. Tato zátěž je pro dítě ještě často zvyšována způsobem vedení porodu a prvního ošetření novorozence i běžnou praxí poporodní péče o matku a dítě (1, 33).

V současné době, která poskytuje více možností z hlediska realizace osobních zájmů, dochází ke změnám v pojetí a přístupu v ošetřování novorozenců na porodním sále po porodu. Snaha maximálního kontaktu dítěte s matkou je již na porodním sále. Tato otázka se v poslední době dostává do popředí zájmu i samotných matek, které se chystají porodit své dítě v porodnici. Ošetření novorozence bezprostředně po porodu je stále více diskutovaným tématem a to nejen mezi odborníky, ale i mezi matkami samotnými. Ženy se stále více chtějí podílet na vedení porodu samotného i na bezprostřední poporodní péči o své dítě (12, 13, 30).

Již řadu let pracuji jako dětská sestra na neonatologickém oddělení, kde se denně setkávám s „novopečenými“ maminkami i tatínky. Díky této práci mohu sama posoudit, jak u nás v posledních letech prošlo porodnictví a neonatologie velkou změnou. Došlo k nárůstu odborné úrovně, ale i k nárůstu matek, které se o své těhotenství zajímají již předem, starají se o vše kolem porodu a šestinedělí, informují se o péči o dítě. Často jsem se zamýšlela nad otázkou, jak vlastně vše vnímají rodiče novorozeného miminka, jak vnímají nás – personál, který se poprvé dotýká jejich dítěte, naši práci, která je pro nás denní rutinou, jak vnímají změny, kterými u nás v posledních letech péče o novorozence prošla.

Všechna tato zamyšlení se pro mne stala podnětem k mé bakalářské práci, ve které bych se chtěla pozastavit nad tím, jak všechno to, co se děje s novorozencem na porodním sále bezprostředně po jeho narození vnímají jeho nejbližší – rodiče.

1. Současný stav

1.1 Prenatální období

Život dítěte nezačíná jeho narozením, ale již v průběhu nitroděložního vývoje. Prenatální období počíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky – početím. V tomto okamžiku vzniká nová buňka, která již obsahuje všechny informace pro vývoj nové lidské bytosti. Od tohoto okamžiku je to odlišné individuum, které se postupně vyvíjí a přechodem z nitroděložního života do mimo mateřského prostředí v době porodu se z něj stává nový jedinec – novorozenec. Prenatální období trvá přibližně deset lunárních měsíců, tj. asi 280 dní (26, 29, 33).

Nitroděložní vývoj jedince probíhá v několika obdobích. Pokud dojde k oplodnění – spojení vajíčka a spermie, vzniká zygota. Toto období se nazývá blastogeneze. Dochází k dělení buněk, rýhování a uhnízdění zárodku. Přibližně po 2 týdnech po oplození následuje období embryogeneze, kdy embryo prochází stadii organogeneze neboli vývojem orgánů. Toto období trvá přibližně do 12. týdne. Kdy nastupuje období fetálního růstu a embryo se mění na plod. Na začátku této etapy je prakticky ukončena organogeneze a zevní podoba plodu. V průběhu následujících 7 měsíců plod plynule roste, jednotlivé orgánové systémy se vyvíjejí, zlepšuje se jejich funkce. Současně s těmito pochody dochází k přípravě děložní činnosti a porodu. Prenatální období je ukončeno přechodem plodu do mimoděložního prostředí (26, 29, 33).

1.1.1 Prenatální péče

Péče o nového jedince nezačíná jeho narozením, ale již v těhotenství. Právě prenatální péče může významně ovlivnit budoucí adaptaci novorozence na život mimo matčino tělo. V současné době je tato péče těhotným ženám poskytována v poradnách pro těhotné. Systém je organizován do třístupňové péče tak, aby byla zajištěna nejvyšší možná diagnostická i léčebná péče o ženy s fyziologickým i patologickým

těhotenstvím. Prvním stupněm jsou poradny základní péče, které jsou určeny pro všechny zdravé těhotné ženy. Druhým stupněm jsou poradny s intermediární péčí, běžně nazývané „poradny pro riziková těhotenství“. Třetí stupeň péče zajišťují poradny v perinatologických centrech, kde jsou sledovány těhotné ženy s nejzávažnějšími riziky. Tyto poradny bývají většinou součástí krajské porodnice či gynekologicko-porodnické kliniky (1, 26, 29).

Vyšetření v prenatální poradně je souborem všech doporučených diagnostických postupů, na jejichž základě se stanovují optimální postupy k dosažení co nejlepších perinatálních výsledků. Doporučená frekvence kontroly v prenatální poradně je u normálně probíhajícího těhotenství většinou 1x za měsíc do 32. týdne těhotenství, dále 2x za měsíc a v posledním měsíci těhotenství by měla být těhotná žena zkontrolována každý týden, aby nedošlo k přehlédnutí známek poruchy placentárních funkcí. Při první návštěvě je odebrána ženě anamnéza, jejímž cílem je odhalit případná rizika pro další průběh těhotenství a vývoje dítěte. Během těchto návštěv jsou prováděna jednak pravidelná vyšetření, jako je kontrola fyziologických funkcí matky, vaginální vyšetření, kontrola ozev plodu, dále pak vyšetření termínovaná, kam patří vyšetření krevní skupiny, vyšetření krve na přítomnost infekcí přenosných na plod, dále vyšetření krve, které má možnost odhalit riziko vrozené vady plodu či poruch glukózové tolerance. Jedná se o tzv. „prenatální screening“, jehož smyslem je vyhledávání dětí s vrozenými vadami ještě před jejich narozením. K běžné prenatální péči patří screeningové vyšetření ultrazvukem, které se provádí nejméně třikrát za těhotenství. Tohoto vyšetření se mohou zúčastnit i nastávající tatínci. Koncem těhotenství je prováděno kardiokografické vyšetření pomocí přístroje, který zaznamenává srdeční frekvenci plodu a děložní činnost. Tento záznam může zachytit známky ohrožení plodu (1, 26, 29, 30, 33).

Součástí prenatální péče jsou i kurzy předporodní přípravy. Připravit se na porod neznamená jen načerpat potřebné informace, ale i vnitřně připravit budoucí maminky na proces rození, porodní práci i příchod dítěte. Hektické tempo současného života a styl, který preferuje výkonnost a aktivitu tuto vnitřní přípravu ženám často znesnadňují. Hlavní smysl předporodních kurzů by měl spočívat především v psychické přípravě

na porod, následnou péči o novorozence a sebe samotnou. Ženy se zde seznámí také s nábivkem různých dovedností, jako je způsob dýchání při porodu, možnosti relaxace apod. Zároveň je nastávající maminka seznámena se změnami a životosprávou v těhotenství, s možnostmi tělocviku v těhotenství, rolí partnera při porodu a s péčí o novorozence a kojením. Čím více žena důvěřuje svým schopnostem normálně porodit a pečovat o dítě a čím je informovanější, tím lépe těhotenství, porod a šestinedělí zvládá (26, 29, 30, 33).

1.2 Základní pojmy v problematice ošetrovatelské péče o novorozence

Novorozenecké období je období od narození do ukončeného 28. dne věku života. Toto období lze rozdělit na užší novorozenecké období do 7. dne po narození a pozdní novorozenecké období od 8. do 28. dne života. Novorozenecké období je charakterizováno adaptací jednotlivých systémů na mimoděložní podmínky (3, 20, 31, 35).

V roce 1994 byla vzájemnou domluvou České neontologické společnosti a České gynekologicko-porodnické společnosti ve shodě se světovým trendem ustanovena hranice **viability (životaschopnosti) plodu** na 24. týden těhotenství (3, 10).

Narozením živého dítěte se rozumí úplné vypuzení nebo vyjmutí dítěte z matčina těla, pokud projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost 500g a vyšší, nebo porodní hmotnost nižší než 500g, přežije-li 24 hodin po porodu. Známkami života se rozumí dech nebo akce srdeční nebo pulsace pupečnicku nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena (3).

V závislosti na gestačním věku, na porodní hmotnosti a na vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku lze novorozence rozdělit do několika skupin. Podle gestačního věku dělíme novorozence na předčasně narozeného, tj. nedonošeného (gestační věk pod 38 týdnů), narozeného v termínu, tj. donošeného (gestační věk mezi

38.- 42. týdnem), narozeného po termínu, tj. přenášeného (gestační věk nad 42. týden). Podle hmotnosti dělíme novorozence na novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností (hmotnost pod 999g), novorozence s velmi nízkou porodní hmotností (hmotnost 1000-1499g) a novorozence s nízkou porodní hmotností (pod 2500g). Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku dělíme novorozence na eutrofické (porodní hmotnost mezi 5-95 percentilem odpovídajícího gestačního věku), hypertrofické (porodní hmotnost nad 95 percentil odpovídajícího gestačního věku) a novorozence hypotrofické (porodní hmotnost pod 5 percentil odpovídajícího gestačního věku) [7, 17, 24, 31].

1.2.1 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je narozený mezi 38.– 42. týdnem těhotenství. Obecně můžeme fyziologického novorozence klasifikovat jako donošené dítě, které nemá žádné onemocnění ani žádnou vrozenou vývojovou vadu. Jeho průměrná hmotnost je kolem 3200-3300g . Jeho orgány jsou plně funkční a bez problému se přizpůsobí samostatnému životu ve vnějším prostředí. Po narození začne spontánně dýchat frekvencí přibližně 40 dechů/min, srdeční akce je pravidelná kolem 130/min. Kůže fyziologického novorozence je růžová, pokrytá mázkem v kožních záhybech, na zádech mohou být zbytky jemných chloupků (lanugo). Nehty přesahují konečky prstů, prsní bradavky jsou dobře vyvinuté a pigmentované, plosky nohou jsou rýhované po celé ploše. Ušní boltce mají dobře vyvinutou a elastickou chrupavku. Chlapci mají sestouplá varlátka v šourku, u děvčátek překrývají velké stydké pysky malé. Končetiny novorozence jsou ve flexi, pohyby jsou symetrické. Správně funguje močení, defekace, je plně rozvinuté sání a polykání (7, 10, 17, 36).

Přechod z fetálního do postnatálního života je charakterizován změnami fyziologických, biochemických, imunologických a hormonálních funkcí. Plod je nitroděložně závislý na mateřské dodávce kyslíku, živin, hormonů a jiných důležitých látek. Tělesná teplota je udržována mateřským organismem, krevní tlak je nízký. Metabolismus plodu je nízký, relativně nízká krevní hladina glukózy je přesto schopna

dostatečně zajistit energetické potřeby. Během posledního trimestru se plod připravuje na extrauterinní prostředí. Jsou vytvořeny energetické zásoby, bílý a hnědý tuk, minerály a stopové prvky. Plíce dozrávají strukturálně i biochemicky (30).

Po porodu je novorozenec odpovědný za vlastní oxygenaci a ventilaci. Dítě je probuzené, dýchající, křičící. Zvyšuje se metabolismus, nastává mobilizace glukózy a tuk uložený v tukových buňkách se začíná odbourávat. Narůstá spotřeba kyslíku mozkiem, což je jednou z příčin vyšší zranitelnosti hypoxií, než tomu bylo během fetálního života. Fyziologický přechod novorozence z nitroděložního do samostatného života je podmíněn normálním průběhem vzájemně propojených adaptačních procesů (30).

Součástí poporodní adaptace je kardiopulmonální přestavba. Dochází k přestavbě fetálního krevního oběhu v postnatální. Rychlost proudění krve pupečnickem klesá. Po přerušení pupečnicku dochází k uzávěru fetálních cévních spojek. Vyvolání prvního vdechu a následná kontrola a řízení dýchání po porodu je multifaktoriální. Důležité jsou reflexy mechanického dráždění dýchacích cest a plic, chemoreflexy, termoregulace aj. Vzájemným působením více faktorů je zaručena bezpečnost systému nastolující ventilaci novorozence (11, 17, 22, 27).

Ve fetálním období jsou plíce vyplněny tekutinou, která se tvoří přímo v plicích. Během fyziologického vaginálního porodu stlačují porodní cesty hrudník dítěte. Tímto mechanismem je vytlačena část tekutiny z plic a dýchacích cest. Tekutina nacházející se v horních dýchacích cestách je po porodu spolykána, tekutina v plicích je po porodu vstřebána. Při prvním vdechu se do plic dostává vzduch. Následný výdech je aktivní, provázený často křikem. Činností výdechových svalů a stažením hlasivek se vytvářejí v hrudníku pozitivní tlaky, což vede k rozepínání další části plic a ulehčení vstřebání tekutiny v plicích. Zahájení dýchání je spojeno se značným úsilím, protože plicní tekutina je poměrně viskózní a při svém transportu dýchacími cestami klade určitý odpor (3, 10, 19, 20).

Porodem se novorozenec dostává do zcela jiného prostředí, než tomu bylo v děloze. Adaptace novorozence bezprostředně po porodu je výsledkem vzájemné

souhry a ovlivňování dýchacího ústrojí, oběhového systému a regulační činnosti centrální nervové soustavy. Za normálních podmínek, dobrém stupni zralosti, nepřítomnosti asfyxie, poporodního traumatizmu, vad a onemocnění plodu, probíhá poporodní adaptace velmi rychle a standartně je dokončována v průběhu prvního dne (11, 17, 21, 29).

Bezprostředně po porodu je dítě většinou čilé, aktivní, s projevy přiměřeně zvýšeného dechového úsilí, často bývá přítomna akrocyanóza a vyšší hodnoty srdeční a dechové frekvence. Má dobře výbavný sací reflex a je schopno prvního přiložení k prsu. Pokles tělesné teploty je minimální, svalový tonus bývá zvýšen, spontánní pohyblivost je rozmanitá. Během první hodiny po narození usíná, mizí projevy zvýšeného dechového úsilí, normalizuje se srdeční frekvence, dítě má dobře prokrvenou periferii. Po fázi spánku, která trvá kolem dvou hodin, je novorozenec opět bdělý, růžový a jeho projevy jsou fyziologické. Pokud k tomu nedošlo již dříve, začíná močit a většinou odchází smolka. Dítě je schopno přijímat stravu, tj. je schopno kojení (3, 6, 21, 29).

1.3 Organizace péče o novorozence

Obor neonatologie se začal rozvíjet v České republice později, než v ostatních vyspělých zemích světa. Péče o patologické novorozence byla nejprve organizována při dětských odděleních, většinou v rámci kojeneckých úseků (24, 32).

V 80. letech vznikla samostatná neonatologická sekce při České pediatrické společnosti Jan Evangelisty Purkyně, která se zabývala odbornými a koncepčními problémy oboru neonatologie. Vznikaly první jednotky intenzivní péče, začaly se organizovat převozy „in utero“ do nově vznikajících perinatologických center. V roce 1990 byla založena samostatná Česká neonatologická společnost (ČNeoS) a byl přijat perinatologický program. Celkem bylo ustanoveno 13 perinatologických center (24, 32).

V současnosti je v České republice péče o novorozence realizována na úrovni 3 stupňů diferencované péče. Tato péče je poskytována na neonatologických odděleních,

kteřá jsou součástí perinatologických center. V současné době je v České republice 12 perinatologických center (3, 24, 32).

I. stupeň jsou základní úseky péče o fyziologické novorozence s hmotností vyšší než 2000g nad 35. týden gestace. Sem patří i novorozenci, kteří měli nevýznamné odchylky v poporodní adaptaci a mohou být po zadaptování ošetřováni systémem rooming-in (3, 18, 24, 32).

II. stupněm jsou úseky intermediární péče, které zajišťují péči o novorozence s lehkým nebo středním stupněm nezralosti od 33. týdne gestace, kteří nevyžadují intenzivní péči. V úsecích intermediární péče jsou také ošetřováni hypotrofičtí novorozenci a novorozenci s některými onemocněními, např. diabetickou fetopatií a s vrozenými vadami, které nezpůsobují selhávání životně důležitých funkcí a nevyžadují chirurgickou léčbu (3, 18, 24, 32).

Péče o novorozence III. stupně sdružuje péči I. stupně, intermediární péči a jednotky intenzivní a resuscitační péče do neonatologického centra. Toto centrum je součástí perinatologického centra. Tato centra zajišťují péči o novorozence s těžkým a extrémním stupněm nezralosti narozenými mezi 24.-32. týdnem gestace. Kromě toho tato centra soustřeďují závažné neonatální patologické stavy. Při těchto centrech působí ambulance komplexní péče o perinatálně ohrožené a poškozené děti (3, 18, 32).

1.4 První ošetření novorozence

Péče o novorozence začíná již v průběhu porodu jeho šetrným vedením za aseptických podmínek, dobrou spoluprací s matkou, porodníkem, porodní asistentkou a pediatrem. Cílem prvního ošetření novorozence je zabezpečit vhodné podmínky pro nerušený nástup jeho poporodní adaptace po vybavení (7).

U novorozence dochází bezprostředně po porodu k adaptaci na podmínky mimoděložního prostředí, proto mohou být první okamžiky života pro dítě kritické. U většiny fyziologických novorozenců má poporodní adaptace hladký průběh, může však být narušena řadou prenatálních i postnatálních faktorů. Největším problémem,

který může v tomto období nastat, je bezesporu hypoxie. Způsob, jakým se o novorozence v prvních minutách po porodu postaráme, přímo ovlivňuje kvalitu jeho života a může být příčinou pozdějších následků pro jeho další život (4, 17, 20, 27).

Stejně tak, jako všechny obory zdravotnictví, prošla i péče o novorozence a jeho první ošetření na porodním sále během posledních let velkými změnami. Do popředí se dostává nejen zájem o kvalitu ošetrovatelské péče, jak tomu bylo dříve, ale také její psychologické aspekty. Je věnována stále větší pozornost psychice žen v souvislosti s porodem a její vliv na dítě, mění se přístup porodníka k rodičce, která byla v minulosti vnímána spíše jako potencionální pacient. V současnosti již rodičí žena není jen pasivním článkem porodu, na jehož konci stojí živý novorozenec, ale stává se aktivním činitelem nejen děložní aktivitou a břišním lisem, ale aktivní realizací svých představ a potřeb výrazně ovlivňuje tradiční pojetí způsobu porodu. Původem porodník a gynekolog Frédéric Leboyer zavedl pojem „šetrný porod“, přičemž slovo „šetrný“ se vztahuje ke způsobu, jakým by měl být novorozenec přijat na tento svět. Ve své knize „Porod bez násilí“ obviňuje porodníky ze špatného zacházení s novorozencem. Jeho myšlenky vyvolaly poptávku po porodu bez násilí a tím vznik ústavů, řídicích se zásadami Leboyerova porodnictví (29, 32, 34).

Je nutné si však uvědomit, že při porodu je nevhodné spoléhat se pouze na rozum přírody a opustit praxí ověřené monitorování stavu plodu, matky a průběhu porodu. Cílem porodu bez násilí je zbavit rodičího se novorozence stresu, jehož význam pro poporodní adaptaci je dnes již dobře známý. Na dítě stresově působí sucho, změna teploty, světlo, hluk, gravitační působení. Tyto podněty aktivují endogenní sekreci hormonů, jejichž vyplavení zahájí řadu reakcí, jako je srdeční práce a konstrukce cév na periférii. To vede ke zvýšenému průtoku krve centrálními orgány a zvyšuje jejich účinnost. Z těchto poznatků je zřejmé, že stres může mít na novorozence bezprostředně po porodu i kladný vliv. Na našich porodních sálech se v současné době staly mnohé zásady porodu bez násilí běžnými. Porodní sál již není místem, kde osamocená žena ve strachu a bolestech rodí, ale místem, kde se rodí rodičům novorozenec, který je jim ihned předáván. Téměř samozřejmostí se stává přítomnost otce u porodu, která je hodnocena jako důležité přispění k tomu, aby se rodička dobře vyrovnala s neobvyklou

situací a zajistila se tak ze strany matky optimální spolupráce. Za ideální se považuje otcova přítomnost, zúčastnil-li se kurzů, které jsou součástí přípravy na porod (27, 30, 32).

V této souvislosti dochází i ke změnám v péči o novorozence. Rutinní výkony jsou omezené jen na ty nejnnutnější, které mají zajistit optimální podmínky k nerušené adaptaci novorozence. Oproti minulosti se zvyšuje snaha neoddělovat po porodu dítě od matky a pokud to zdravotní stav novorozence i matky dovolí, je umožněn jejich těsný kontakt od prvních minut života, kdy je dítě položeno matce na břicho (skin to skin). Prodloužený první kontakt, jak mu odborníci říkají, se dnes umožňuje téměř ve všech porodnicích (příloha 2). Novorozenec tak zůstává v komunikaci s matkou. Je prokázáno, že sotva je dítě z matčina těla venku a je umístěno na její břicho, můžeme pozorovat, jak zvedá hlavičku a pokouší se s ní navázat kontakt očima. Tomu, co se v prvních hodinách po porodu mezi matkou a dítětem odehrává, se říká „bonding“, což by se dalo přeložit jako „vytváření vztahu“ (21, 34).

1.4.1 Označení totožnosti novorozence

Označení novorozence je jednou ze základních a neopominutelných součástí prvního ošetření narozeného dítěte. Ideální je, když sestra označí dítě ihned po narození v průběhu prvního kontaktu s matkou nebo s rodiči. Vhodné je současně označit matku s údaji o dítěti. Způsob označení a zabezpečení nezaměnitelnosti obsahu v průběhu pobytu by měl být obsahem provozních pokynů oddělení. Označení se odstraňuje až po propuštění z oddělení. Je-li nutná resuscitace, označí sestra novorozenec při nejbližší možné příležitosti. Označení se týká i novorozenců před transportem na jiná oddělení (25).

Česká neontologická společnost doporučuje ke značení používat speciální nerozpustitelný plastový náramek, který se upevňuje na zápěstí ručičky (příloha 3). Označení by mělo být trvalé minimálně 3-7 dní, eventuálně snadno obnovitelné. Uvolnění identifikačního náramku musí být úmyslné, ne samovolné. Údaj na náramku nesmí být smazatelný okamžitě po napsání. Údaje mají být čitelné, aniž je nutné dítě

svlékat, nesmí dítě ohrožovat, zraňovat kůži, nesmí vadit v ošetřování. Pro zvýšení bezpečnosti značení je možné napsat další označení přímo na tělíčko dítěte. Popisování sestra provádí 5% vodným roztokem genciánové violeti na hrudník nebo na stehýnko dítěte po předchozím očištění. Dříve používaná „barva na novorozence“ je z důvodu možnosti poleptání kůže nevhodná. Identifikační náramek musí obsahovat tyto údaje: jméno a příjmení dítěte, číslo porodu (dle zvyklostí oddělení), datum narození včetně hodiny a minuty, pohlaví, jméno matky. Náramek musí sestra upevnit dostatečně těsně, je nutné počítat se zmenšením obvodu končetiny v průběhu hmotnostního úbytku novorozence. Na druhou stranu nesmí náramek poškozovat kůži a působit změnu prokrvení končetiny. V případě uvolnění je třeba náramek okamžitě obnovit. Je nutné, aby sestra označení na kůži novorozence denně kontrolovala a obnovovala v případě nečitelnosti (25).

1.4.2 Péče o tělesnou teplotu novorozence

K prvnímu ošetření novorozence po porodu je potřebné vybavení, mezi které patří vyhřevné lůžko se zdrojem tepla, zařízení pro odsávání s možností podtlaku, přívod medicínských plynů včetně směšovače a nebulizátoru. K dalším pomůckám patří pomůcky na osušení dítěte, na ošetření pupečního pahýlu, pomůcky ke kredeizaci, dále váha ke zvažení novorozence, pomůcky na jeho bezpečné označení, pomůcky k resuscitaci a intubaci a potřebná dokumentace. Všechny tyto pomůcky si sestra připraví předem. Novorozence ošetřuje registrovaná dětská sestra, případně pověřená registrovaná porodní asistentka. Ve většině porodnic se v současnosti k ošetření fyziologického novorozence po porodu používá polohovatelné lůžko se zdrojem světla a tepla, které je přístupné z více stran (příloha 5). Ošetření novorozence provádí sestra přímo na porodním sále. Rodiče tak mohou pozorovat po celou dobu, co se s jejich děťátkem právě děje a je-li přítomen otec či jiný doprovod, může si ošetření vyfotografovat nebo natočit na kameru. V minulých letech, kdy porodní boxy nebyly vybaveny místem pro ošetření novorozence, bylo ošetření prováděno v jiné místnosti, tzv. novorozeneckém boxe, většinou jen na přebalovacím pultu, kde nebylo zajištěno

zabránění tepelným ztrátám v takovém rozsahu, jako je tomu dnes. Sestra novorozence kompletně ošetřila a již oblečeného a zabaleného v peřince jej ukázala matce a přiložila k prsu. Matky tak často své dítě viděly poprvé nahé až na oddělení šestinedělí (3, 4, 7, 29).

Prvním krokem, který ošetřující sestra provede po vybavení novorozence je zabránění tepelným ztrátám, neboť hypotermie výrazně ovlivňuje další průběh adaptace. Pokud neexistují žádné problémy ze strany matky ani dítěte, je možné pupečník přerušit v odstupu přibližně 30-40 vteřin po vybavení dítěte, aby dítě ještě dostalo více krve z placenty. Pupečník je přerušen speciální svorkou nebo tkanicí, aby nedošlo ke krvácení, asi 2-3 cm od kůže. Sestra převezme novorozence od porodníka do nahřáté a dobře sající roušky nebo pleny. V tomto okamžiku je možné fyziologického novorozence položit matce na nahé břicho. Dotyky působí blahodárně nejen na matku, která zapomíná na bolest a únavu z porodu, ale i na dítě, které slyší tlukot srdce své matky. Novorozenec se musí vyrovnat s jiným prostředím, než na jaké byl dosud zvyklý a právě vlastní maminka mu může celý tento proces ulehčit. Dítě má dobře vyvinutý hmat a dotyk kůže je mu příjemný, vůně matky ho uklidňuje. Samozřejmě je nutné, aby sestra přihlédla k přání matky samotné a také k jejímu momentálnímu zdravotnímu stavu (například velké porodní poranění, neodlučující se lůžko a podobně) [5, 14, 20, 23].

Novorozence sestra umístí do vyhřátého lůžka na suchou podložku a zde ho důkladně osuší. Osušení se provádí jemnými dotyky, ne třením. Tím se kromě osušení přirozeně stimulují jeho vitální projevy, zejména dýchání. Použité pleny či roušky sestra vymění za suché. Dřívější praxe odnášet novorozence po porodu automaticky na zahřátí do inkubátoru se ukázala jako neopodstatněná. V případě donošeného fyziologického novorozence platí, že bezprostřední kontakt s matkou kůže na kůži, jemné otření a přikrytí dítěte zahřátou přikrývkou má pozitivnější vliv na jeho teplotu, než pobyt v inkubátoru (1,10, 14, 31).

1.4.3 Péče o dýchací cesty novorozence

Na rozdíl od minulosti sestra odsávání z úst, nosu a žaludku u fyziologických novorozenců rutinně neprovádí, protože přináší negativní reakce jako je vagové dráždění a může poškodit sliznici úst, nosu či žaludku. Sestra, která novorozence ošetřuje či pediatr, je-li přítomen u porodu, zhodnotí, zda je dítě nutné odsát nebo ne. V indikovaných případech sestra odsaje nejprve dutinu ústní, potom dutinu nosní a nakonec nosohltan. V průběhu činnosti sleduje reakci dítěte a snaží se odsávat takovým způsobem, aby nedráždila dítě sondou ke zvracení. Sání sestra zapne až po zavedení cévky a odsává šetrně přerušovaným způsobem (13, 14, 36).

Většina novorozenců vyžaduje pouze základní ošetření, ale u těch, kteří vyžadují další intervenci, je základem zajištění dostatečné ventilace. Přestože v mnoha případech se dají komplikace v poporodní adaptaci novorozence předvídat, jsou i situace, ke kterým dochází náhle. Z tohoto důvodu by měla být u ošetření novorozence přítomna vždy taková osoba, která je schopna zahájit v případě potřeby aktivní resuscitaci a je nezbytné, aby box pro ošetření novorozence byl vybaven pomůckami k resuscitaci. Mezi tyto pomůcky patří pomůcky k odsávání, pomůcky k inhalaci a insuflaci kyslíku, pomůcky k intubaci, léky, souprava na katetrizaci pupečních cév a další doplňkové pomůcky, jako jsou rukavice, hodinky se stopkami, fonendoskop, pulzní oxymetr, vyhřevné lůžko nebo jiný zdroj tepla a nahřáté roušky nebo pleny (17, 22, 27).

1.4.4 Ošetření pupečního pahýlu

Ošetření pupečního pahýlu po porodu musí sestra provádět asepticky, protože pupečník může být vstupní bránou pro infekci. Pokud tak již neučinil porodník, zaškrtní sestra pahýl svorkou nebo prádelní gumou (někteří porodníci totiž zasvorkují pupeční pahýl pouze peanem). Správný uzávěr svorky musí sestra vždy zkontrolovat. Při prvním ošetření sestra pupeční pahýl odezinfikuje vhodným dezinfekčním prostředkem (např. Cutasept F) a překryje sterilním mulovým čtvercem. Dezinfekční roztoky s obsahem alkoholu nebo jódu, které byly používány v minulosti, jsou v současné době

kontraindikované. Takto ošetřený pupečník seestra ponechává venku z plenkových kalhotek, aby nedošlo k jeho kontaminaci močí nebo stolicí a pahýl mohl lépe zasychat (5, 10, 22, 31).

Americká asociace porodních asistentek a neonatálních sester (AWHONN) doporučuje po porodu otřít pupeční pahýl a jeho okolí přípravkem pro první nebo běžnou koupel a poté opláchnout sterilní vodou a ponechat jej volný bez krytí, mimo plenkové kalhotky (10, 24).

1.4.5 Vážení a měření novorozence

Součástí prvního ošetření je zvážení a změření novorozence. Je nutné, aby seestra vše prováděla v podmínkách, které zajišťují vhodné teplotní prostředí pro dítě. Doporučuje se zvážení a změření provádět až po stabilizaci vitálních funkcí novorozence. V současné době není nutné tyto kroky provádět bezprostředně po narození, například změření novorozence je možné provést až při jeho pobytu na novorozeneckém úseku oddělení po té, co se uvolní flekční držení dolních končetin (zejména po porodu koncem pánevním, kdy je nevhodné provádět extenzi v kyčlích). Je pravdou, že pro mnoho rodičů je informace o váze a míře miminka ještě na porodním sále velmi důležitá, často je to první věc, o kterou se zajímají. Stále více rodičů však přichází informovaných o tom, že tyto kroky ošetření lze odložit na pozdější dobu, až po adaptaci dítěte. Také měření obvodů hlavy a hrudníku lze provést později na novorozeneckém oddělení. V minulosti byly všechny tyto výkony prováděny rutinně v rámci prvního ošetření na porodním sále (4, 14, 33, 36).

V rámci prvního ošetření novorozence je také možno provést zavedení sondy do žaludku k vyloučení vrozené atrezie jícnu (pokud již předtím dítě nebylo odsáto) a zjištění průchodnosti anu a recta. (31).

1.4.6 Apgar score

Během celého dosavadního postupu ošetřování novorozence sestra nebo lékař sledují všechny projevy a reakce novorozence a hodnotí, jak se přizpůsobuje podmínkám mimoděložního prostředí (10, 20, 21, 27).

Bodové hodnocení, které slouží k zhodnocení stavu novorozence po porodu se nazývá skóre dle Apgarové. Tento systém skórování novorozence po porodu zavedla v roce 1953 americká anestezioložka Virginia Apgar a v upravené podobě se používá dodnes. Kladem tohoto vyšetření je jeho jednoduchost, nevýhodou je subjektivnost podle zkušeností a odhadu vyšetřujícího. Principem Apgar score je zhodnocení pěti projevů dítěte v časovém sledu 1., 5. a 10. minuty po narození. Hodnotí se srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže daná prokrvením, svalový tonus, reakce na podráždění. Každý znak může být ohodnocen 0, 1 nebo 2 body. Nejvyšší počet bodů je 10, nejnižší 0 (příloha 5). Fyziologický novorozenec má hodnotu 7-10 bodů. Dítě s počtem bodů pod 7 je považováno za rizikové (3, 9, 22, 31).

Apgar skóre by měla hodnotit nezávislá osoba, tj. ne ten, kdo dítě rodí, ale sestra nebo lékař, kteří dítě převezmou do své péče. Srdeční frekvenci hodnotí sestra nebo lékař fonendoskopem na hrudníku nebo palpací. Dechovou aktivitu hodnotí sledováním pohybů hrudníku nebo opět fonendoskopem. Svalový tonus hodnotí aspekci polohy dítěte v klidu. Donošený fyziologický novorozenec má horní i dolní končetiny ve flexi a po natažení se opět vracejí do flexe. Reakci na podráždění hodnotí sestra při odsávání dítěte z horních dýchacích cest nebo po stimulaci plosek nohou, na kterou dítě reaguje grimasou nebo pláčem. Barvu kůže hodnotí sestra centrálně a na periférii. Je třeba přihlídnout k tomu, že většina novorozenců je krátce po porodu cyanotická a po zružovění tváře i tělíčka dítěte může ještě přetrvávat akrocyanóza (9, 13, 17, 31).

Bodové hodnocení skóre dle Apgarové je užitečné i při hodnocení účinnosti resuscitace. Důležitou hodnotou pro prognózu dítěte v jeho dalším vývoji mají hodnoty Apgar skóre v páté a dalších minutách (29, 32).

1.4.7 Kredeizace

Dalším krokem při ošetřování fyziologického novorozence po porodu je tzv. kredeizace. Jedná se o laváž spojivkových vaků Ophtalmo-Septonexem v rámci prevence neonatální konjunktivitidy. V minulosti byla kredeizace prováděna vkapáváním 1% roztoku dusičnanu stříbrného (AgNO₃), ale šetrnější a v současnosti doporučované je používání Ophtalmo-Septonexu, jehož dávkování se z pouhého kápnutí do spojivkového vaku změnilo na tzv. dvoustupňovou laváž. Tím je myšleno, že sestra propláchne spojivky ještě na porodním sále větším množstvím roztoku a poté opakuje tuto proceduru po převozu na novorozenecké oddělení. Zbytek přetékajícího roztoku po vykapání sestra odsaje mulovým čtverečkem. V současné době je také možno provádět druhou laváž na novorozeneckém oddělení pomocí přípravku Betadine (10, 17, 24).

1.4.8 Prevence krvácivé nemoci novorozenců

Jako prevenci krvácivé nemoci novorozence podáváme vitamín K (Kanavit). Podání vitamínu K je zpravidla praktikováno již na porodním sále, není to však podmínkou, lze postupovat podle zvyklosti pracoviště. U fyziologických novorozenců sestra podává jednorázovou dávku 1mg většinou intramuskulárně do stehna. Může být také podána per os nebo intravenózně. Česká neonatologická společnost dále doporučuje podávat u kojených dětí 1mg vitamínu K per os 1x týdně do 1 měsíce věku, v dalších měsících pak 1mg per os 1x za měsíc po dobu výlučného kojení (5, 10, 31).

1.4.9 Přiložení dítěte k matce

Jak již bylo zmíněno, je možné, aby sestra provedla první přiložení novorozence k matce již těsně po porodu, po přerušení pupečníku. Tento kontakt reguluje u dítěte tělesnou teplotu, dýchání i akci srdeční. První přísátí dítěte stimuluje u matky produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace a rychleji se zavínuje děloha. Novorozence, který má dobrou poporodní adaptaci, může sestra položit nahého matce na břicho nebo na prsa a

přikrýt ho zahřátou plenou nebo peřinkou, aby neprochladl. Matka dítě může přidržovat rukama, hladit ho, laskavě s ním hovořit a čekat na jeho reakce (příloha 6). Jestliže sestra nespíchá, má novorozenec možnost svým individuálním tempem rozvíjet a uplatňovat jak své vrozené vzorce potravního chování, tak i svou psychiku. Dítě prožívá pocit libosti z nutričního sání a z nasycení, libost z tělesného kontaktu s matkou. Novorozenec, který není utlumený medikací použitou při porodu, má sám schopnost najít bradavku, doplazit se k ní a uchopit ji. Podstatné je, aby matka s dítětem měly dostatek klidu a nikdo na ně nespěchal (1, 10, 16, 33).

Pokud nedošlo k přiložení bezprostředně po narození, doporučuje se provést jej do 30 min po porodu, nejpozději do 2 hodin po porodu. V této době je touha dítěte sát největší a hormonální odpověď organismu matky na sání je ideální. Vzestup hladiny hormonů oxytocinu a prolaktinu, na nichž závisí uvolňování a tvorba mléka, je po prvním přiložení do 2 hodin mnohonásobně vyšší, než po přiložení k prsu později. Z tohoto důvodu je včasné přiložení dítěte k prsu prvním krokem k úspěšnému kojení (4, 12, 13, 16).

Žena zůstává po porodu na porodním sále 2 hodiny a pokud je stav dítěte i matky bez komplikací, ponechává sestra novorozence po celou tuto dobu na porodním boxe, kde si nová rodina může užít první chvíle strávené společně. Pokud stav matky neumožňuje po celou tuto dobu kontakt s dítětem „skin to skin“, umístí sestra novorozence vedle jejího lůžka, nejlépe ve vyhřevném lůžku. Stav novorozence je po celou dobu pobytu monitorován pověřeným personálem (5).

V této době je také vhodné provést první fyzikální vyšetření novorozence lékařem, jehož cílem je odhalit především anatomické odchylky vzniklé během nitroděložního života, vrozené vývojové vady, porodní poranění a problémy s adaptací po porodu. Součástí vyšetření je rodinná, těhotenská a porodní anamnéza. Výhodou je přítomnost obou rodičů. Mělo by být respektováno přání rodičů na soukromí, pokud se jedná o důvěrné informace. Případné obavy rodičů by měly být vhodnou a srozumitelnou formou objasněny. Časování prvního vyšetření se však musí vždy přizpůsobit klinickému stavu dítěte (4, 5, 10, 26).

1.5 Péče o novorozence na novorozeneckém oddělení

Pokud je novorozenec v pořádku a nedošlo k poruše poporodní adaptace, zůstává v přítomnosti matky na porodním sále většinou 2 hodiny po narození. Poté jej sestra přemístí na novorozenecké oddělení. V současnosti ve většině porodnic převažuje systém rooming-in . Tento systém představuje co nejtěsnější kontakt matky s dítětem a umožňuje matce, aby se mohla o novorozence starat po celou dobu pobytu v porodnici. Systém rooming-in umožňuje umístění matky a dítěte v bezprostřední blízkosti na jednom pokoji nepřetržitě 24 hodin denně. Účast matky na péči o dítě je nejlepším způsobem, jak se ji naučit. Matky jsou při odchodu z porodnice domů schopny se o dítě lépe postarat. Ve srovnání s minulostí je systém rooming-in velkým pokrokem a představuje zcela rozdílnou péči o dítě na novorozeneckých úsecích porodnic. Díky tomuto systému se vytváří pevný vztah mezi matkou a dítětem, který má blahodárný vliv na duševní vývoj dítěte. Systém rooming-in poskytuje optimální podmínky ke kojení dle potřeb dítěte a matce zacvičení v péči o novorozence pod dohledem odborníků (3, 4, 12, 35).

V minulosti, kdy tento systém v porodnicích téměř neexistoval, o novorozence pečovaly převážně dětské sestry na tzv. „bečárnách“. Dětská sestra na novorozeneckém oddělení dítě přebalovala, koupala a přibližně 1x za 3 hodiny byli novorozenci rozvezeni k matkám na kojení. Matky tak po celou dobu pobytu neměly téměř možnost své dítě přebalit, vykoupat či jiným způsobem s ním manipulovat. V rámci osvěty dětské sestry předvedly 1-2x týdně matkám koupel novorozence na panence. Novopečená maminka tak většinou přebrala kompletní péči o své miminko až po propuštění z porodnice domů, což pochopitelně přinášelo své problémy, které byly řešeny až u obvodního pediatra. Od začátku zavádění systému rooming-in se vyskytly různé názory, ale brzy bylo prokázáno, že díky společnému pobytu matky s dítětem se zvýšila kojivost, novorozenec byl ve styku s matkou klidnější, zvýšil se zájem o dítě ze strany matky a změnil se čas kojení, který si dítě určovalo samo (3, 16, 17, 31, 32).

1.5.1 Systém péče rooming-in

Na novorozeneckém oddělení je dítě v dalších dnech pečlivě sledováno. Denně jej prohlíží pediatr – neonatolog a během dne i noci jej sledují dětské sestry, které přebírají kontrolu nad jeho chováním i somatickými projevy. Matky jsou zde zaučovány ve správném způsobu péče o dítě, což je hlavně přebalování, koupání, sledování odchodu močení a stoličky, měření teploty a vážení. Pokračuje zde péče o pupeční pahýl. Velká pozornost je zde věnována především edukaci matek (26, 30, 33, 35).

Nejdůležitější činností, kterou se matka učí první dny po porodu, je kojení dítěte. Úspěch kojení závisí nejen na vůli a přání matky, ale i na aktivní podpoře okolí, rodiny a zdravotnického personálu, který je matce schopen poskytnout dostatečné informace i praktickou pomoc. Kojení poskytuje výhody nejen pro dítě, ale i pro matku. Pokud má matka dítě stále u sebe, je umožněno kojit podle jeho potřeb bez omezení délky a frekvence. Novorozenec, kterého matka kojí, nedostává během pobytu v porodnici žádnou jinou stravu než mateřské mléko, a to ani čaj, který byl v minulosti dětem v porodnici často podáván. V nejlepších zdravotnických zařízeních opouští porodnici 95 % kojících matek a mnohé takové zařízení získalo titul „Baby friendly hospital“; tedy nemocnice přátelská k dětem (3, 7, 16, 31).

1.5.2 Screeningová vyšetření novorozence

Již v rámci prvního fyzikálního vyšetření novorozence neonatologem na porodním sále jsou odhaleny zevně patrné vrozené vývojové vady, jako je např. rozštěp rtu a mohou být také odhalena některá porodní poranění novorozence. Neonatolog zde také provede vyšetření oboustranné pulsace femorálních arterií, které slouží k odhalení koarktace aorty (3, 17, 20, 35).

Během dalšího pobytu na novorozeneckých úsecích porodnic je novorozenec podroben základním screeningovým vyšetřením, která jsou součástí preventivních opatření v pediatrii. Cílem těchto vyšetření je zjistit nemoci nebo poruchy, které jsou klinicky významné, ale jejich projevy ještě nedosáhly takového stupně, aby se mohly

manifestovat a zjistit přítomnost abnormalit, které by mohly vést k fyzickému nebo mentálnímu postižení (3,11, 21, 31).

Screeningová vyšetření v neonatologii zahrnují screening laboratorní a klinický. Laboratorní screening je celoplošný a slouží k zjištění vrozených či dědičných onemocnění. V současné době se vyšetřuje 13 vzácných chorob, mezi které patří : vrozené selhání funkce štítné žlázy (kongenitální hypotyreóza), vrozené selhání funkce nadledvin (kongenitální adrenální hyperplazie), onemocnění látkové výměny (fenylketonurie a devět dalších poruch) a vrozená porucha vazkosti hlenu dýchacích cest (cystická fibróza). V minulosti toto vyšetření nezahrnovalo všech 13 vad a provádělo se 72-96 hodin po narození. Od 1.10.2009 se provádí ve věku 48-72 hodin po narození, kdy sestra provede odběr několika kapek krve z patičky novorozence, tzv. „suché kapky krve“ na speciální kartičky (příloha 7). Novinkou je také to, že matka musí podepsat informovaný souhlas s tímto vyšetřením (příloha 8) [10, 15].

Klinický screening zahrnuje vyšetření kyčlí ortopedem mezi 3.-5. dnem po narození, jehož cílem je zachytit u novorozence vrozenou dysplazii kyčelního kloubu. K dalším screeningovým metodám, praktikovaným na většině porodnic, patří sonografické vyšetření ledvin, které umožňuje včasnou diagnostiku některých anomálií, screening kongenitální katarakty pomocí oftalmoskopu a některé výběrové screeniny indikované u rizikových skupin novorozenců. Sem patří např. sonografické vyšetření centrální nervové soustavy a mozku, vyšetření sluchu metodou měření otoakustických emisí (10, 26, 31, 35).

Již v porodnici čeká novorozence první očkování proti tuberkulóze – kalmetizace. Cílem tohoto očkování je zabránit vzniku a šíření tuberkulózy a vyloučit všechna postižení, která s ní souvisejí. Očkovat lze dítě nejdříve po 72. hodinách života a nejpozději do konce 6. týdne věku. Výjimku tvoří děti HbsAg pozitivních matek, které jsou očkovány později a děti s nízkou porodní hmotností. Toto očkování provádí na novorozeneckém oddělení lékař nebo zkušená sestra pod jeho dohledem aplikací očkovací látky intradermálně do levého raménka. O každém očkování novorozence musí být veden záznam. U novorozenců, kteří nemohli být z výše uvedených důvodů

očkovaní v porodnici, provádí kalmetizaci vybraní plicní lékaři v období mezi 7. – 12. měsícem života dítěte, kdy se děti očkují až na základě negativního tuberkulínového testu. Očkování proti tuberkulóze je v současné době v České republice povinné, objevuje se však stále více názorů, které doporučují tuto povinnost zrušit. Novinkou je zrušení povinného přeočkování proti tuberkulóze v 11 letech. Toto povinné přeočkování bylo zrušeno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky od února roku 2009 a bylo zahrnuto do skupiny tzv. „dobrovolného očkování.“ To znamená, že o očkování rozhodnou rodiče a budou je muset zaplatit. Dítě v případě negativní tuberkulinové zkoušky přeočkují v ambulanci plicního lékaře (10, 28, 31, 35).

1.6 Role sestry v péči o novorozence

Jen málo profesí v poslední době prošlo takovými změnami, jako povolání sestry. Role sestry prošla složitým vývojem již v minulosti, ale mění se i v současné době. K dosažení a udržení vysokého standartu ošetrovatelské péče je od sester vyžadováno stále větší množství nových poznatků a vědomostí. Je kladen stále větší důraz na vzdělávání sester a zvyšování jejich odborné kvalifikace. Roli sester ovlivňuje neustálý vývoj společnosti a systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie zaváděné do zdravotnictví. Sestra získává stále větší kompetence v poskytování ošetrovatelské péče (8).

Role sestry v ošetrovatelské péči o novorozence je velmi specifická. Optimální průběh vývoje dítěte vyžaduje především naplnit a uspokojit všechny jeho potřeby a to nejen biologické, ale i psychické a sociální. Sestra pečuje o dítě, ale je i v neustálém kontaktu s matkou, která bedlivě sleduje každý její postup. Mateřství je pro ženu významnou životní změnou. Těhotenství, porod a první týdny po narození novorozence jsou obdobím s velkými změnami ve fyziologii i psychice, je to období, které vede ženu k pocitu zodpovědnosti, ale i k občasným úzkostem. Zvláště ženy, které rodí poprvé jsou často odkázány na pomoc sester. Pozitivním chováním zdravotnického personálu je možné dodat matkám odvalu a zmobilizovat jejich skryté síly a pomoci jim zvládnout toto krásné, ale náročné období (8, 29, 33).

Kromě role poskytovatelky ošetrovatelské péče přebírá sestra další velmi důležitou úlohu – roli edukátorky. Zde je velkým úkolem především edukace matek v péči o novorozence. Tuto roli začíná sestra plnit již při přijetí budoucí maminky na porodním sále, kde dává matce podepsat informovaný souhlas, týkající se některých vyšetření novorozence na oddělení. Je důležité, aby sestra dokázala vysvětlit matce jednotlivé body tohoto souhlasu a předešla tomu, že matka bude mít již od počátku nejasnosti, týkající se péče o dítě. Sestra, pracující na novorozeneckém oddělení, pomáhá prostřednictvím edukace zvládnou matkám manipulaci s dítětem, hygienickou péči, kojení. Právě při kojení mívají matky nejvíce problémů, se kterými se obrací v první řadě na sestru. Systém péče rooming-in umožňuje matkám nepřetržitý kontakt s dítětem, zároveň vyžaduje pomoc sestry při nácviu praktické péče o dítě. Zejména u prvorodiček je sestra po celý den rádkyní i učitelkou v otázce teorie a především praxe základních pečovatelských dovedností, pomáhá matkám učit se a porozumět tomu, co se jí dítě snaží svým chováním naznačit. Při pobytu v porodnici by měly být matce poskytnuty takové informace v oblasti péče o novorozence, aby byla po odchodu z porodnice schopna sama pečovat o dítě (8, 21, 29, 37).

V souvislosti s péčí o novorozence plní sestra další velmi důležitou roli manažerky. V rámci této role sestra organizuje práci nejen sobě, ale dokáže i poradit matce, jak zorganizovat péči o dítě, aby bylo dítě spokojeno a matka se necítila doslova vyčerpaná (8).

V péči o novorozence plní sestra také roli advokátky – obhájkyňe práv. Sestra chrání základní práva dítěte i matky, práva zajišťující přežití a rozvoj dítěte, práva zabezpečující ochranu dítěte, podporuje právo kojit. K tomu, aby byly uplatňovány všechny principy k úspěšnému kojení, je nutné neustále zvyšovat a podporovat informovanost a vzdělávání sester. Matky směřují nejvíce otázek, týkajících se kojení, právě k dětské sestře, která je s matkou novorozence v porodnici v nejužším kontaktu. Dnešní maminky přicházejí do porodnice nabyté informacemi z různých knih, internetu a podobných zdrojů a očekávají, že sestra bude schopna s nimi diskutovat o všech problémech, které jim přináší jejich nová role.

Neopomenutelná je též role sestry – výzkumnice. Sestra pečující o novorozence může zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče pouze tehdy, bude-li umět poskytnout i dostatek důkazů o významu své práce a budou-li všechny její postupy vědecky podložené. S touto rolí sestry souvisí i neméně významná role nositelky změn. Sestra je s novorozencem i matkou v nejužším kontaktu a tráví s nimi více času než lékař, proto její podnětné návrhy a připomínky, vycházející z praxe, mohou přispět k výraznému zlepšení ošetrovatelské péče a jejímu přizpůsobení moderním podmínkám (2, 8).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je porovnat a zhodnotit dřívější způsob ošetřování novorozenců na porodním sále a novinky a změny v ošetřování, jejich výhody a nevýhody a zjistit, zda rodiče tyto novinky akceptují, či ne.

2.2 Výzkumné otázky

V bakalářské práci byly položeny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Co přinesl nový způsob ošetřování novorozenců na porodním sále z pohledu matek ve srovnání s dřívějším způsobem? (pozitiva – negativa)

Výzkumná otázka 2: Akceptují rodiče nové způsoby ošetřování novorozenců na porodním sále?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Bakalářská práce byla zpracována na základě výsledků kvalitativního šetření. Byla použita metoda dotazování technikou řízeného hloubkového strukturovaného rozhovoru s matkami (příloha 1) a metoda obsahové analýzy dokumentů. Rozhovory s matkami byly uskutečněny v rozmezí listopadu 2009 – března 2010 a jejich obsah byl zaměřen na dobu, kterou matky strávily bezprostředně po porodu na porodním sále s novorozencem a otcem dítěte, eventuelně jiným doprovodem u porodu. Otázky se týkaly především toho, jak matky a jejich doprovod vnímali ošetření novorozence bezprostředně po narození. Dotazované matky měly prostor k vyjádření svých osobních pocitů, dojmů, názorů a připomínek. Z důvodů lepších časových podmínek a větší soustředěnosti matek byl rozhovor s matkami uskutečněn při jejich pobytu na oddělení šestinedělí, tedy ne bezprostředně po porodu na porodním sále. Jednotlivé rozhovory s matkami byly zpracovány do 7 kazuistik. Výsledky rozhovorů byly zpracovány do tabulek v programu Microsoft Word.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily matky, které rodily na porodním sále gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice. Výzkumný vzorek tvořilo 7 matek, které byly náhodně vybrány. Hlavním kritériem výběru byl požadavek, aby zvolené matky nerodily poprvé a aby všechny porody u těchto matek byly vedeny spontánním způsobem (ne operativně) a jednalo se o porod fyziologického novorozence s dobrou porodní adaptací.

Nejstarší dotazované matce bylo 41 let, nejmladší 26 let. Průměrný věk dotazovaných matek je 33 let. Ze všech dotazovaných matek se v jednom případě jednalo o třetí porod, ostatní matky rodily své druhé dítě. Kromě jedné matky měly všechny matky předchozí zkušenost s ošetřením dítěte po porodu v českobudějovické porodnici, jedna matka rodila poprvé v českokrumlovské porodnici. Nejdelší rozmezí mezi porody bylo u matky 22 let, nejméně 2,5 roku.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky

4.1.1 Kazuistika 1

Matka J.F., 38 let, vzdělání vysokoškolské. Žije v Č. Budějovicích s manželem a 2 dětmi. Pracuje jako pedagog. Rozhovor byl uskutečněn po porodu jejího 3. dítěte. Obě starší děti rodila také v českobudějovické porodnici: chlapec 3800 gramů a 55 centimetrů v roce 1995 a děvče 3500 gramů a 51 centimetrů v roce 1998. Starším dětem je nyní 14 a 11 let. Oba předchozí porody, jak matka udává, proběhly celkem bez komplikací, děti byly v pořádku a jsou zdravé.

Nyní přišla do porodnice na doporučení svého obvodního lékaře jako termínová gravidita se suspektním kardiokommonitorem. Zde lékař rozhodl indukcí porodu Prostinem E2, byla provedena dirupce vaku blan, po které nastoupily pravidelné kontrakce. Po zániku branky došlo k porodu novorozence – děvčátka, 4170 gramů, narozena záhlavím, pupečník 3x kolem krčku. Apgar score 9/10/10 (barva). Po porodu dětská sestra dítě osušila, označila a položila nahé matce na prsa. Dítě je u matky klidné, při přiložení k prsu se zatím nechytla. Matka je spokojená, dobře spolupracuje, chová dítě po celou dobu šití nástřihu hráze. Otec dítěte je přítomen u porodu. Po zašití matka ještě chce chovat dítě na prsou, dítě je přikryté zahřátou peřinkou a je u matky spokojené. Sestra dítě ještě přiložila znovu k prsu, dokončila ošetření a uložila ho do výhřevného lůžka vedle matky. Otec byl přítomen ještě asi 1 hodinu po porodu, poté odchází do zaměstnání. Pediatr prohlédl novorozence přibližně 1,5 hodinu po porodu. Novorozenec je fyziologický, bez poruchy adaptace a po 2 hodinách pobytu na porodním sále je převezen společně s matkou na oddělení šestinedělí.

Matka působí po celou dobu klidným a vyrovnaným dojmem. Jak sama říká, měla z porodu třetího dítěte větší strach, než ze dvou předchozích. Rodila po 11 letech a obávala se, jestli všechno zvládne. Manžel byl přítomen i u obou předchozích porodů.

V rozhovoru udává, že o změnách v ošetřování novorozenců na porodním sále již slyšela, ale nijak se o tyto změny sama nezajímala. „Nějak jsem to neřešila, bylo mi jasné, že určitě došlo ke změnám. Rodila jsem naposledy před 11 lety a tenkrát mi dítě

ošetřili na porodním sále, ukázali, přiložili k prsu a odnesli na oddělení novorozenců. Na porodním sále jsem pak zůstala sama s manželem. Bylo fajn, že jsem mohla odpočívat, ale strašně jsem se těšila na miminko a neustále jsem myslela na to, co asi právě dělá a jestli nepláče.“

Možnost kontaktu s novorozencem bezprostředně po narození byla pro ni milým překvapením. Jak udává, sama by si asi neřekla, ale když ji sestra nabídla, že si může malou pochovat, byla ráda. Dítě jí sestra přinesla již osušené a téměř čisté, ale nevadilo by jí ani to, kdyby jí položila sestra na prsa dítě ještě špinavé od krve a plodové vody. „Byla jsem ráda, že jsem mohla svoji dceru chovat a dotýkat se jí. Když jsem rodila starší děti, nikdo mi nic takového neumožnil. Sestřička mi také zkoušela malou přiložit hned k prsu, ale ona nechtěla, nechytla se. To, že jsem měla možnost pochovat si dceru i během šití, mi hodně pomohlo zvládnout nepříjemné pocity, neměla jsem čas se na ně soustředit a vnímat je.“

Matka dále v rozhovoru uvádí, že ji nevadilo, že bezprostředně po porodu nebyla dcera změřena. „Slyšela jsem již o tom, že teď se děti měří až na oddělení novorozenců, nevadilo mi to. Délka pro mě není tak důležitá, byla jsem hlavně ráda, že jsme mohli být po porodu všichni spolu.“

V rozhovoru hodnotí matka kladně především to, že mohla být celé dvě hodiny po porodu společně s manželem a novorozencem na porodním sále, manžel si mohl dceru i pochovat. „Myslím, že i manžel byl rád, že mohl dceru pozorovat a dotýkat se jí.“

Jediné, co matku mrzelo, bylo to, že dcera se hned po narození nechytla u prsu. „Sestra ji zkoušela přiložit, ale malá hned nechtěla, když si pak chvíli odpočinula, začala hledat prso, ale sestřička neměla zrovna čas ji znovu přiložit, protože musela jít ošetřovat miminko k dalšímu porodu. Malá chvíli plakala, ale potom usnula. Když sestra přišla malou opět přiložit k prsu, už jsme neměli moc času, protože nás již odváželi na oddělení.“ Matka dodává, že však chápe, že personál nemá čas věnovat se pouze jedné mamince, pokud rodí další ženy. „Všichni se k nám chovali moc hezky, nemůžu si stěžovat, i když všechno byl hrozný fofr, na sále zrovna rodilo více žen a všichni měli moc práce.“

V porovnání s minulostí také oceňuje, že novorozence prohlédl pediatr ještě na porodním sále, takže ona i manžel se mohli hned zeptat na všechno, co je zajímalo. „Už si ani nepamatuji, jak to bylo před lety, když jsem porodila, ale myslím, že lékař mě přišel informovat o stavu dítěte až na pokoj na oddělení šestinedělí.“

Dále byla matka mile překvapena novým způsobem značení novorozence. V rozhovoru uvádí, že při minulých porodech byly obě děti popsány barvou na stehně a na hrudníku a číslo, které měla na ruce jim občas i spadlo. Nová identifikační páska je podle matky bezpečnějším a lepším způsobem značení. „Líbí se mi, že novorozenec má na pásce celé jméno, datum narození i jméno matky, ne jen číslo a pásku si navíc můžu ponechat doma na památku.“

Celkově hodnotí matka pobyt s novorozencem na porodním sále spokojeně. Nepatří k matkám, které by vyhledávaly alternativní způsoby, ale přivítala možnost kontaktu s dítětem bezprostředně po narození. „Přišlo mi to přirozené, že v první řadě je upřednostněn kontakt matky s dítětem. Škoda, že není na všechno více času a klidu, ale i tak jsem byla spokojená a pokud to mohu porovnat s předchozími porody, mám pocit, že maminka i miminko jsou spokojenější, když mohou být od začátku spolu.“

Na otázku, co by ještě přivítala v péči o novorozence na porodním sále jako matka odpovídá, že ani neví. Snad jen to, že personál bude mít dostatek času na to, aby se individuálně věnoval každé mamince a jejímu miminku. „Přivítala bych, kdyby sestřička mohla miminko přiložit k prsu vždy, když si o to řekne a také to, že bych si miminko mohla na sále chovat tak dlouho, jak chci, ale chápu, že pokud musí sestra k dalšímu porodu ošetřit novorozence, nemá čas stát u mne a hlídat, abych dítě neupustila.“

4.1.2 Kazuistika 2

Matka M. N., 33 let, vzdělání středoškolské. Žije v Č. Budějovicích s manželem a 1 dítětem, se kterým je v době porodu ještě na mateřské dovolené. Před mateřskou dovolenou pracovala jako asistentka v soukromé firmě. První dítě rodila také v porodnici v Českých Budějovicích před 2,5 lety: děvče, 3150 gramů, 49 centimetrů.

Manžel u prvního porodu přítomen nebyl, k porodu nechtěl. Nyní u druhého dítěte se rozhodl, že k porodu půjde, ale spíše na její přání, jak sama matka uvádí. Nakonec toho prý nelitoval, ale sám by se asi k účasti při porodu nerozhodl.

Matka M.N. přišla do porodnice sama s manželem téměř v termínu porodu s odtokem plodové vody a nepravidelnými bolestmi. Již při příjmu vyjádřila obavy z porodu, přála si, aby měla vše co nejrychleji za sebou. Po přijetí byla uložena na čekací pokoj, kde během pár hodin došlo k nástupu pravidelných kontrakcí. Poté byla umístěna na porodní box, kde s ní byl již její manžel. Po několika hodinách došlo k zániku branky a porodu dítěte : děvče, 3220g, Apgar score 10/10/10. Porod proběhl bez komplikací, dle matky však trval příliš dlouho, cítila se unavená a vyčerpaná a jak sama udává, ke konci již neměla sílu ani tlačit. Vše srovnává s porodem prvního dítěte, kdy přišla do porodnice s velkým vaginálním nálezem a porodila během dvou hodin.

Bezprostředně po porodu bylo dítě čilé, růžové a křičící, odsátí z horních dýchacích cest nebylo nutné. Po osušení a označení chtěla dětská sestra dát matce dítě na břicho, ta však toto nejdříve odmítla. „Sestra mi dítě hned po narození ukázala, bylo ještě špinavé od plodové vody a zeptala se mě, jestli chci dceru položit na břicho. Odmítla jsem to, chtěla jsem si dceru pochovat až čistou. Když ji sestra osušila a přinesla mi ji, bála jsem se, že ji upustím, byla jsem velmi vyčerpaná. Také jsem měla obavy, jestli miminku nebude zima, když je nahé. Sestra mě ujistila, že malou budu zahřívát tělem a ještě ji přikryla zahřátou dečku.“

Matka udává, že byla ráda, že ji sestra přinesla dítě hned ukázat, ale chovat nahé dítě na břicho ji moc nevyhovovalo. „Sestra sice u mne stála a dceru mi přidržovala, nemohla jsem se však na to soustředit, protože porodník mě prohlížel a šil nástřih hráze. Bylo to velmi bolestivé, chtěla jsem raději, aby mě manžel držel za ruku a dítě na břicho jsem nemohla držet“. Matka udává, že po prvním porodu ji sestra dítě ošetřila a přinesla až oblečené přiložit k prsu. Ona sama jej nemusela držet, sestra jí dítě u prsu přidržela sama. „Nevím, některé matky se možná cítí na to, své dítě chovat hned po porodu nahé na prsou, ale já jsem měla strach, raději bych si malou pochovala až oblečenou. Také mi vadilo chovat dítě při šití, proto jsem poprosila sestřičku, aby si raději dceru odnesla a počkala, až mě pan doktor zašije.“

Na otázku, zda věděla, že novorozenci se již na porodním sále neměří odpovídá, že tuto informaci již slyšela od kamarádky, která rodila před čtyřmi měsíci. „Více mi vyhovovalo, když nám miminko změřili ještě na porodním sále, všechny z rodiny zajímala váha a míra a já jsem všem musela odpovídat, že míru ještě neznám, že dítě změří až na oddělení před propuštěním.“

Přiložení dítěte k prsu bezprostředně po porodu matka přivítala. Jak udává, po prvním porodu ji sestra přiložila dceru jen krátce a když se nechytla, uložila ji do lůžka vedle ní. „Kojit jsem chtěla, první dítě jsem kojila 1 rok a bylo to pohodlné.“ Sama říká, že přiložení na sále přivítala, ale vadilo ji to při šití. Raději by počkala a až po šití by si dítě pochovala a přiložila k prsu. „Sestra mi dceru přidržela, chytla se hned pěkně, tak jsem byla ráda a nějak jsme to společně zvládli. Sama bych ji ale neudržela.“

Přístup sestry, která dítě ošetřovala hodnotí matka kladně. Sestra ji dítě chtěla dát hned na břicho, ale když matka odmítla, že se na to necítí, sestra jej matce přidržela a při šití si je odnesla. „Poprosila jsem sestřičku, zda by si dceru nemohl pochovat manžel a ta nám vyhověla. Posadila manžela do křesla a malou mu dala v peřince pochovat. Byla jsem ráda, že mohu odpočívat a miminko se chová u tatínka. I manžel byl nakonec rád, že mohl být u porodu s dceru si hned na porodním sále pochovat.“ Matka také udává, že v době, kdy porodila, nebyla na porodním sále žádná jiná žena a tak se jim sestra mohla více věnovat. „Když manžel choval dceru, byla chvíli hodná a pak začala plakat. Sestra mi ji znovu přiložila k prsu, malá se hned chytla a pěkně sála. Pak sestra uložila malou do lůžka vedle mne, kde byla až do té doby, než nás převezli na oddělení. Také zde byla dětská paní doktorka a miminko nám prohlédla ještě na porodním sále. Nevzpomínám si, že při prvním porodu by zde byl někdo dítě prohlédnout, sestra mi tenkrát řekla, že dítě vypadá v pořádku a lékař mě informoval až na oddělení šestinedělí.“

Na otázku, zda se matka zajímala o to, jaké jsou v současné době postupy při ošetření novorozence na porodním sále odpovídá, že některé informace již slyšela od kamarádek, jiné se dozvěděla až v porodnici. Na předporodní kurzy nechodila, nepovažovala to za důležité, když rodí podruhé. Byla ráda, že po porodu může být dítě s rodiči na porodním sále 2 hodiny, oproti minulému porodu zde nevidí žádnou

významnou změnu, první dcera s ní byla také celé dvě hodiny na porodním sále. Dítě si ráda na chvíli pochovala, ale moc dlouho by ji to nevyhovovalo, cítila se slabá a měla strach, že dítě upustí. Byla raději, že si dceru mohl pochovat manžel a pak přivítala, že sestra dítě uložila do vyhřevného lůžka.

Matka by také přivítala, kdyby se novorozenci na porodním sále odsávali všichni, tak jak tomu bylo dříve. „Malá mi pak celý den zvracela na oddělení plodovou vodu, jsem přesvědčena, že kdyby se na sále odsála, bylo by to lepší. Bylo mi však řečeno, že děti se po porodu odsávají jen podle potřeby.“

Dále matka v rozhovoru uvádí, že by ji nevadilo, kdyby novorozenci byli měřeni ještě na porodním sále jako dříve. „Obvolávala jsem všechny a celou rodinu zajímala váha a míra. Všem jsem musela vysvětlovat, že děti se měří až na oddělení a nikdo moc nechápal proč, když v některých porodnicích děti měří stále ihned po porodu. Bylo mi vysvětleno, že je to pro dítě lepší až několik dnů po narození, tak jsem to dál neřešila.“

Na dotaz, co by přivítala sama jako matka v postupu péče o novorozence na porodním sále odpovídá, že by se měly maminky nechat více odpočinout a ne jim hned dávat dítě na břicho. „Vím, že některé matky to vyžadují, ale musím říci, že kdo nezažil porod, neví, jak je žena vyčerpaná. Všichni mi říkali, jak jsem pěkně porodila, ale já mám pocit, že to trvalo dost dlouho. Kdybych tam měla být ještě delší dobu, nevím, jestli bych to vydržela. Byla jsem ráda, že mohu být s miminkem společně na sále celé dvě hodiny, ale přivítala jsem, když ho sestřička uložila do vyhřevného lůžka vedle mne a já jsem mohla alespoň trochu odpočívat. Myslím si, že i to miminko si rádo odpočinulo. Klidně bych i brala, kdyby si sestřičky první dny po porodu braly děti na noc k sobě, aby si maminky mohly odpočinout a pořádně se vyspat, protože pak už se dlouho nevyspí.“

Matka měla také připomínku k tomu, že když je přijata na porodní sál, musí podepisovat velké množství souhlasů a pokud má již bolesti, pořádně se nesoustředí na to, co vlastně čte. „Nejdříve mi dala podepsat nějaké souhlasy porodní asistentka a pak přišla dětská sestra a chtěla vědět, jestli souhlasím s odběrem krve z patičky u dítěte. Nevím, jestli je vhodné ptát se na tyto věci maminek u příjmu, když mají bolesti a pořádně ani nevnímají, co čtou. Přivítala bych, kdyby se na tyto věci ptaly sestry až

po porodu na oddělení.“ Jiné připomínky nebo návrhy matka neměla, celkově hodnotí svůj pobyt na porodním sále s novorozencem spíše kladně a k ošetření novorozence žádné jiné poznámky nemá. „Jsem ráda, že už to mám hlavně za sebou a víckrát už rodit určitě nebudu.“

4.1.3 Kazuistika 3

Matka P. V., 26 let, vzdělání středoškolské. Je vdaná, žije v Č. Budějovicích s manželem a starším synem. Současný manžel není otcem prvního dítěte. Pracuje jako administrativní pracovnice v soukromé agentuře. První dítě rodila před šesti lety také v porodnici v Č. Budějovicích, chlapec vážil 3950 gramů a měřil 51 centimetrů. Otec dítěte u porodu nebyl přítomen. Dle slov matky byl první porod dlouhý a bolestivý. Chlapec je zdravý a žije ve společné domácnosti s matkou a jejím současným manželem.

Rozhovor s matkou P.V. byl uskutečněn po porodu jejího druhého dítěte. Současný manžel byl u porodu přítomen, jak matka říká, těšil se na to celé těhotenství. Matka je přivezena do porodnice v 38. týdnu těhotenství vozem záchranné služby s kontrakcemi po 3 minutách. Po vyšetření je nález branka 5 centimetrů. Při pravidelných kontrakcích je provedena dirupce vaku blan, odtéká čirá plodová voda. Kontrakce zesilují, matka je poslána do sprchy, ale zde jí to nevyhovuje, volá sestru, má pocit, že už bude rodit. Po vyšetření je nález pokročilý, branka postupně zaniká. Brzy je porozena holčička, 2920g, Apgar score 10/10/10. Novorozenec je růžový, křičící, matka chce dítě ihned po narození položit na břicho. Zde sestra dítě osušila. Matka i otec jsou z dcery nadšeni a oba s ní komunikují. Dítě se u matky zklidnilo a přestalo křičet. Po chvíli dětská sestra dítě odnesla do vyhřevného lůžka, kde dítě ještě osušila, označila a ošetřila pupeční pahýl. Odsání novorozence z horních cest dýchacích nebylo nutné. Na přání matky jí sestra ještě znovu dítě položila na břicho a přikryla zahřátou dečkou, matka dítě držela i po celou dobu šití nástřihu hráze a s holčičkou pěkně komunikovala. Pediatr prohlédl novorozence přibližně 1,5 hodinu po porodu a po 2 hodinách pobytu na porodním sále jsou matka i novorozenec převezeni na oddělení. Otec byl na porodním sále přítomen celé 2 hodiny.

Při dotazu, zda matce nevadilo mít na břiše dítě bezprostředně po porodu, které je ještě špinavé od plodové vody a krve matka odpovídá, že ne. „Nad tím jsem vůbec nepřemýšlela, chtěla jsem si dceru hned pochovat.“ Nevadilo jí, že dítě ještě není zcela čisté, byla ráda, že dceru může držet v náruči. Jak sama matka říká, při prvním porodu jí sestra chlapce jen rychle ukázala a odnesla ho ošetřit do vedlejší místnosti. Přinesla ho ošetřeného, oblečeného a zabaleného v peřince a přiložila ho k prsu. „Pochovat mi ho nedala, řekla mi, že se musí zahřát a uložila ho do postýlky vedle mne. Nevadilo mi to, respektovala jsem vše, co sestra udělala, ale musím říct, že to, že jsem si při druhém porodu mohla dceru ihned držet v náruči jsem přivítala. Nejrady bych ji sestřičce vůbec nedala.“ Matka říká, že velmi nadšen byl i otec, který si po celou dobu, co dítě leželo u matky na břiše, s dcerou povídal.

Na otázku, zda rodičům nevadilo, že dítě nebylo na porodním sále změřeno do délky odpovídá, že ne. Údaj pro ně není podstatný, důležité pro rodiče bylo, že je dcera v pořádku. O tom, že se novorozenci již na porodním sále do délky neměří se dozvěděla až po porodu, doma se o tyto informace nezajímala.

Přiložení dítěte k prsu krátce po porodu hodnotí matka i otec kladně. Novorozence sestra přiložila krátce po tom, co jej matce položila na břicho, ale holčička sát nechtěla, byla klidná, jakoby naslouchala, co jí rodiče říkají. „Sestra mi řekla, že když se dítě nechytlo, zkusíme přiložit k prsu znovu za chvíli, tak jsem si z toho nic nedělala. Některé matky si myslí, že když se jim dítě nechytne ihned po narození k prsu, nebudou úspěšně kojit, ale myslím si, že to není pravda. Sestra mi vysvětlila, že některé děti se samy přihlásí až po chvíli, až si trochu odpočinou.“ Asi 1 hod. po narození dítě začalo plakat a strkat si prsty do úst, sestra dítě znovu přiložila. Tentokrát se holčička již pěkně chytla a sála bez přerušení asi 10 minut. Po přiložení se zklidnila a usnula ve vyhřevném lůžku vedle matky.

Na otázku, zda matce nevadilo dítě držet v náruči během šití hráze, matka odpovídá, že ne. „Dětská sestra se mě ptala, zda chci dceru chovat i při šití a nabízela mi, že pokud by mi to nevyhovovalo, uloží ji do postýlky vedle mne. Vůbec mi to nevadilo, chtěla jsem dceru chovat co nejdéle, hladit ji a dotýkat se jí. Také manžel, který stál vedle mne byl rád, že mohl na svou dceru mluvit.“ Matka říká, že to, že dceru

mohla během šití držet v náruči, jí pomohlo nevnímat nepříjemné pocity. „Špatně snáším bolest a šití jsem se bála, měla jsem nepříjemné vzpomínky z prvního porodu, ale když jsem mohla dceru při šití chovat, bolest jsem nevnímala. Určitě mi to hodně pomohlo, soustředila jsem se jenom na miminko a tak jsem překonala strach, který jsem ze šití měla.“

Společný pobyt s dítětem a manželem na porodním sále 2 hodiny po porodu hodnotí matka také kladně. Byla ráda, že celou dobu může být s miminkem i manželem a společně strávit první hodiny po narození dcery. „Manžel byl nadšený, moc se na to těšil. Doma si každý den s miminkem povídal, ještě když bylo v břiše. Když mluvil na dceru po porodu, měl pocit, že miminko poznalo jeho hlas a že ho poslouchá. Řekl, že je to jeho nejkrásnější zážitek.“ Matka udává, že ve srovnání s prvním porodem si společný pobyt na porodním sále doslova „užila“. Po narození prvního dítěte sice měla miminko také 2 hodiny po porodu vedle sebe v postýlce, ale protože otec dítěte u porodu nebyl, vnímala to jinak.

Přístup sestry, která dítě ošetřovala, hodnotí matka kladně. „Sestra se snažila nám vyhovět, ptala se mě, co mi více vyhovuje, manželovi dala dceru také pochovat, což ho velmi potěšilo. Když malá plakala, sestra mi ji znovu přiložila k prsu, malá se pěkně chytla a pak celou dobu spokojená spala.“

O současné postupy a novinky v ošetřování novorozence na porodním sále se matka předem nezajímala. Na předporodní kurzy nechodila, rodila podruhé a měla pocit, že se tam nic nového nedozví. Byla ráda, že jsou obě s dcerou v pořádku. „Nepatřím mezi matky, které v těhotenství sedí u internetu a hledají stále nějaké rozumy, co se týče po porodu. Když pak něco nevyjde, jsou zklamané a mají pocit, že personál neudělal všechno tak, jak měl. Nechala jsem to osudu a doufala, že všechno dobře dopadne. Při srovnání s prvním porodem považuje za největší přínos pro ni jako pro matku to, že manžel byl přítomen u porodu. Také přivítala ve srovnání s prvním porodem to, že mohla miminko chovat ihned po narození.

Na dotaz, zda by ještě něco v péči o novorozence na porodním sále změnila či přivítala jiné postupy odpovídá, že neví. „Věřím, že tuto práci dělají lidé, kteří tomu rozumí a nepovažují za nutné jim do toho zasahovat. To, co jsem si přála, mi bylo

splněno a jestli mi dítě změní teď nebo potom, nepovažuji za důležité. A pokud by mi bezprostřední kontakt s miminkem po porodu neumožnili, také bych to přežila.“ Podle slov matky tyto věci řeší spíše manžel, stále měl obavy, zda holčičce nesvítí světlo do očí, není jí zima a podobně. „Já sama jsem ráda, že vše dobře dopadlo, máme zdravou dceru a snad co nejdříve půjdeme domů.“

4.1.4 Kazuistika 4

Matka L.M., 27 let, vzdělání vysokoškolské. Vdaná, žije s manželem a starším synem v Týně nad Vltavou u Českých Budějovic. Je v domácnosti, po ukončení mateřské dovolené s prvním dítětem již do práce nenastoupila – byla těhotná. Před mateřskou dovolenou pracovala jako systémový specialista v soukromé firmě. Prvnímu chlapci budou čtyři roky, vážil 3350 gramů a měřil 49 centimetrů. První porod proběhl bez komplikací, dle slov matky byl rychlý. Rodila v porodnici v Českých Budějovicích. Manžel chtěl být přítomen již u prvního porodu, ale nestihl přijet včas, protože porod probíhal velmi rychle.

Nyní přivezl manžel ženu do porodnice ve 41. týdnu s kontrakcemi po 10 minutách. Plodová voda byla zachována. Manžel čekal v čekárně, až bude žena vyšetřena, aby byl u porodu tentokrát včas. Matka byla po vstupním vyšetření na brance 3 centimetry, byla provedena příprava, po které došlo k progresi nálezu. Lékař provedl dirupci vaku blan a po zániku branky je porozen chlapec, 3630g. Agar score 10/10/10. Dětská sestra novorozence ihned po porodu ukázala matce, osušila jej a položila matce na břicho. Matka i otec jsou velmi šťastni, že i tentokrát porod proběhl bez komplikací a rychle. Odsátí novorozence bezprostředně po porodu nebylo nutné. Matka dítě držela bez problémů v náruči i po celou dobu šití, nevadilo jí to. Chlapec byl čilý, brzy začal hledat bradavku a po přiložení se pěkně přisál. Matka dítě měla přisáté u prsu téměř po celou dobu šití hráze, chlapec byl spokojený, matka vše zvládala pěkně a s otcem dítě pozorovali a po celou dobu s ním komunikovali. Poté dětská sestra dítě oblekla, dokončila první ošetření a dítě uložila do vyhřevného lůžka vedle matky, kde ho asi

po 1 hod. prohlédl pediatr. Po 2 hodinách je novorozenec i s matkou převezen na lůžkové oddělení. Otec byl celé 2 hodiny na porodním sále přítomen.

Na otázku, zda matka přivítala možnost položení dítěte na břicho krátce po porodu matka odpovídá, že ano. „Sama jsem si o to nepožádala, ale sestra mi dítě ukázala a řekla mi, že ho osuší, aby neprochladl a pokud chci, mohu si ho nahého pochovat. Přišlo mi to přirozené, těšila jsem se, až si budu moci své miminko pochovat a prohlédnout.“ Matka udává, že po porodu prvního dítěte si také dítě mohla pochovat, ale sestra jí ho podala již oblečené v peřince a po chvíli syna uložila do postýlky. „Sestřička mi řekla, že pokud to mne ani malému nevádí, můžu si ho chovat na břicho jak dlouho chci, přikryla ho zahřátou peřinkou a zkusila ho přiložit k bradavce, malý totiž pořád hledal. Krásně se hned chytl a bradavku nechtěl pustit.“

Měření novorozence po porodu matka nevyžadovala. Jak sama udává, věděla, že se již novorozence bezprostředně po narození neměří, tuto informaci se dozvěděla na předporodních kurzech. „Myslím, že je to rozumné, nenatahovat dětem nožičky po narození, míru jsem se dozvěděla, než jsme šli z porodnice domů. Některým matkám to sice vadí, ale já ani manžel to nepovažujeme za důležité.“

Přiložení krátce po porodu matka hodnotí velmi kladně. „Moc jsem si přála, aby mi sestra malého k prsu přiložila co nejdříve a to mi bylo splněno. Když mi sestra malého osušila a položila na břicho, stále hledal bradavku. Sestra mu pomohla a hned se chytl. Celou dobu, co jsem byla šitá, se prsu nepustil a sál jako o život. Byl opravdu moc šikovný!“ Matka srovnává, že po prvním porodu jí sestra dítě k prsu přiložila také krátce po porodu, ale sama jí ho u prsu držela a po chvíli ho od prsu odtrhla a uložila do postýlky. „Bylo skvělé, že jsem si mohla malého držet sama na svém těle, sestra ho vždy zkontrolovala, zda je vše v pořádku a my s manželem jsme si to opravdu užívali. Manžel se na malého nemohl vynadávat, celou dobu, co byl prisátý, ho pozoroval. Je to nejlepší lék na bolest, ani jsem nevnímala nepříjemné šití hráze.“ Jak matka udává, kontakt s dítětem skin-to skin během šití ji nevádil. „Naopak, pomohlo mi to zapomenout na bolest a soustředit se na to příjemnější. Navíc sestra mi několikrát nabídla, že pokud mi nebude vyhovovat držet miminko v náruči při šití, uloží ho vedle

mne do vyhřevného lůžka.“ Dle slov matky to však nebylo třeba. Chtěla si miminko chovat co nejdéle.

Společný pobyt s novorozencem a manželem na porodním sále hodnotí matka také kladně. „Považuji to v dnešní době již za standart, který by měl být umožněn každé ženě po porodu, pokud její miminko nepotřebuje zvláštní péči.“ Dle slov matky se v tomto směru ve srovnání s prvním porodem nic významně nezměnilo. „I po porodu prvního syna jsem měla miminko vedle sebe na porodním sále celou dobu, jen manžel přišel až po jeho narození – nestihl to. Byla jsem ráda, že tentokrát to vyšlo a nejkrásnější chvílky po narození našeho miminka jsme mohli prožít všichni spolu. Chyběl mi tam jen můj starší syn, který se na brášku také moc těšil.“

Přístup sestry, která pečovala o novorozence hodnotí matka kladně. „Nemohu si opravdu stěžovat, sestra měla hodně práce, rodilo více maminek, slyšela jsem, jak vedle také pláče nějaké miminko. Přesto se snažila nám vyhovět, malého nechala u prsu opravdu dlouhou dobu, nechtěl se pustit. Také paní doktorka, která nám syna prohlížela a vyšetřovala, byla moc hodná, vše nám pěkně vysvětlila a pogratovala nám k narození miminka.“

Na otázku, zda se zajímala o informace o současných postupech ošetřování novorozence na porodním sále, matka odpovídá ano. „Něco jsem se dozvěděla na předporodním kurzu, kam jsem chodila i přesto, že jsem čekala druhé dítě. Také jsem hodně informací získala na internetu a od známých. Přesto, že mne některé kamarádky odrazovaly od porodu v Českých Budějovicích, jinam jsem nechtěla.“ Matka také dodává, že největší rozdíl ve srovnání s předchozím porodem vidí v tom, že jí byl umožněn kontakt s dítětem bezprostředně po narození. „Nejvíce jsem byla překvapená, že jsem mohla držet v náruči syna, který měl jen plenkové kalhotky, jinak byl nahý. Mohla jsem si ho hladit a osahat, cítila jsem jeho teplé tělíčko. Prvního syna jsem viděla nahého až na oddělení, když mi sestřička ukazovala balení. Pro matku po porodu není nic krásnějšího, než držet své dítě v náruči.“

Na dotaz, zda by ještě přivítala nějaké změny či jiné postupy matka odpovídá, že snad ani ne. „Sama za sebe musím říct, že jsem byla opravdu vcelku spokojená. Někaké drobné detaily a nedostatky neřeším. Možná bych ještě přivítala, kdyby manžel mohl

být se mnou po celou dobu již od příjmu do porodnice, slyšela jsem, že někde to je možné. To však nespadá do péče o miminko, je to jen můj názor, myslím, že spousta maminek by přivítalo, kdyby mohly trávit pobyt s manželem v porodnici od samého začátku a ne jen v závěru.“ Na závěr matka dodává, že ještě plánují s manželem jedno dítě, chtěli by holčičku. „Uvidím, třeba až přijdu rodit příště, budou zase nějaké nové změny, doufám, že opět jen k lepšímu.“

4.1.5 Kazuistika 5

Matka V.M, 36 let, vzdělání střední odborné bez maturity. Žije v Hluboké nad Vltavou u Českých Budějovic s manželem a synem, kterému je 10 let. Matka je zaměstnána jako osoba samostatně výdělečně činná – vlastní soukromý obchůdek s dárkovými předměty. První syn se narodil také v českobudějovické porodnici, vážil 3450g a měřil 50 centimetrů. Kojila 6 měsíců, chlapec je zdravý. Otec byl přítomen i u prvního porodu, sestra však novorozence rodičům po ošetření jen ukázala a odnesla ho na oddělení novorozenců.

Nyní přichází do porodnice ve 38. týdnu pro pravidelné kontrakce po 3 minutách a odtok plodové vody. Příjezd matky je dramatický, bolesti jsou již velmi silné a časté, matka má tlaky na konečník, matka přijela téměř „na poslední chvíli“. Je okamžitě vyšetřena gynekologem a převedena bez přípravy na porodní box, neboť branka je již zašlá. Po krátké chvíli je porozen chlapeček, 3200gramů, Apgar score 10/10/10. Chlapec je čilý, růžový, bez známek poruchy adaptace, odsátí z horních cest dýchacích nebylo nutné. Příjem matky je z důvodu pokročilého nálezu při přijetí sepsán až po narození dítěte, porod byl klasifikován jako překotný. Otec dítěte byl u porodu přítomen. Po narození sestra dítě osušila, označila, ošetřila pupeční pahýl a ihned matce položila na břicho. Matka si dítě pěkně držela i po celou dobu šití. Chlapec byl u matky klidný. Sestra dítě přiložila k prsu, chlapec se však hned nechytl, plakal. Matka s otcem s dítětem po celou dobu komunikovali a hladili ho, dítě reagovalo na hlasy rodičů zklidněním. Otec byl velmi nadšený, aktivní a po celou dobu s dítětem živě komunikoval, přál si také syna pochovat. Asi po půl hodině sestra dokončila ošetření

novorozence, dítě oblekla a v peřince dala otci, který syna nadšeně choval. Chlapec plakal a stále hledal bradavku, proto sestra dítě znovu přiložila k prsu, tentokrát se již pěkně chytl a sál asi čtvrt hodiny. Na porodním sále ještě dítě prohlédl pediatr a po 2 hodinách společně s matkou je odvezen na oddělení fyziologických novorozenců.

Možnost kontaktu s dítětem bezprostředně po porodu hodnotí matka i otec velmi kladně. „Možnost kontaktu s miminkem ihned po narození považuji za velký pokrok oproti zkušenosti s minulým porodem. Je to už deset let, takže je jasné, že vše se změnilo. Netušila jsem, že mohu své dítě tak brzy držet v náruči.“ Matka udává, že po narození prvního syna sestra dítě odnesla do vedlejší místnosti ošetřit, přinesla ho oblečeného a zabaleného v peřince, krátce ho přiložila k prsu a odnesla na novorozenecké oddělení. „Velmi nás s manželem potěšilo, že můžeme být s miminkem společně celé 2 hodiny po porodu. Manžel syna téměř celou dobu choval, takže ani nebyl ve vyhřevném lůžku, které pro něj sestřička připravila. Nechtěl ho dát z ruky, pořád si s ním povídal a byl velmi nadšený.“

Na dotaz, zda vyžadovala položení dítěte na břicho bezprostředně po narození matka odpovídá, že ne. „Sestra mi dítě ukázala ještě špinavé od krve a plodové vody a řekla mi, že ihned po osušení mi syna položí na břicho. Špinavého bych ho asi nechtěla, bála bych se, že ho upustím. Nevěděla jsem, že je možné, abych si dítě pochovala ještě špinavé a neosušené.“ Matka ještě dodává, že při prvním porodu syna vůbec na porodním sále neviděla nahého a pokud by jí nyní sestra nenabídla, že si může syna ihned pochovat v náruči, sama by to nevyžadovala.

K měření novorozence měla matka připomínku, netušila, že dítě bude poprvé změřeno až na novorozeneckém oddělení před propuštěním. „Trochu mne to překvapilo, i manžela, mysleli jsme, že váhu i míru se dozvíme ihned po narození. Sestra mi vysvětlila, proč je měření novorozence odloženo na pozdější dobu, ale myslím si, že změření do délky nemůže dítěti vadit a způsobovat mu stres. Byli bychom radši, kdyby nám sestra dítě změřila ihned na porodním sále.“ Matka dodává, že nejvíce se na míru ptali příbuzní a známí, kteří telefonicky gratulovali k narození dítěte. „Někteří se divili, proč se novorozenci již po porodu neměří, tak jsme to museli s manželem stále vysvětlovat.“

Přiložení k prsu krátce po porodu matka hodnotí kladně. „Počítala jsem s tím a také jsem se sestry hned ptala, jestli budeme miminko přikládat k prsu. Byla jsem trochu zklamaná, že syn se hned nechytl a nesál, ale sestra mne ujistila, že to nic neznamena a můžeme to zkusit později. Malý stále plakal, nevěděla jsem, jestli je to pro to, že chce sát, nebo jestli jsem něco dělala špatně.“

Na otázku, zda matce vadilo držet dítě v náručí při šití hráze odpovídá, že ne. Naopak, matka zdůraznila, že to, že mohla své dítě mít u sebe, zcela odvedlo její pozornost od bolesti a pomohlo jí překonat nepříjemné okamžiky.

Společný pobyt novorozence na porodním sále s rodiči matka hodnotí velmi pozitivně. „Musím říci, že já i manžel jsme byli velmi rádi, že náš syn byl s námi společně celé 2 hodiny po porodu. Manžel ho chtěl stále chovat, ani ho nechtěl vrátit do vyhřevné postýlky. Všechno bylo tak rychlé, že než jsme se nadáli, miminko bylo na světě.“ Při srovnání s prvním porodem před deseti lety matka jednoznačně preferuje společný pobyt novorozence a rodičů po porodu.

Na otázku, jak matka zhodnotila přístup sestry, která novorozence ošetřovala, matka odpovídá kladně. Pokud přístup porovná s prvním porodem před deseti lety, určitě vidí pokrok k lepšímu. „Myslím, že se zlepšil přístup všech, měla jsem pocit, že se mnou více komunikují, než při prvním porodu. Je pravda, že už je to dávno a na všechno si zcela přesně nevzpomínám, ale určitě se mnou sestra nekomunikovala tak jako nyní, dítě mi ukázala, přiložila a ihned odnesla.“ Matka dodává, že když manžel choval syna, syn plakal a po chvíli začal hledat bradavku. Sestra však odešla a chvíli trvalo, než přišla syna znovu přiložit k prsu. „Bylo by dobré, kdyby sestra měla více času a malého znovu přiložila ihned jak začal plakat. Ale chápu, že nejsme jediní na porodním sále a musí se věnovat i jiným maminkám.“

Informace o současných postupech v ošetřování novorozenců na porodním sále matka téměř žádné neměla. Na předporodní kurzy matka nechodila. Byla překvapena hlavně tím, že novorozenci se již na porodním sále neměří. Na dotaz, co považuje za největší změnu ve srovnání s předchozím porodem matka odpovídá, že téměř vše. „Změnilo se hodně věcí, miminko se také již nepopisuje na nožičku a hrudníček, dostali jsme pouze pásky na ruku. Také mám pocit, že je více umožněn kontakt maminky

s dítětem a také tatínek si může miminko pochovat v peřince, to nám při prvním porodu nikdo neumožnil. Také dětský lékař přišel dítě prohlédnou již na porodní sál, takže já i manžel jsme mohli být u toho. Matce se také velmi líbilo, že novorozenci dostanou po narození košilku a dupačky. „Když jsem rodila poprvé, sestra syna zabalila do pleny, vypadal jako houska. Náš druhý syn dostal ještě na porodním sál dupačky, vypadal nádherně.“

Celkový dojem z ošetření a péče o novorozence na porodním sále má matka dobrý. „Určitě oceňuji spoustu změn, které jsou podle mne k lepšímu. I manžel byl nadšený, doslova si pobyt na sále 2 hodiny po porodu užíval. I když bylo vše velmi rychlé a hektické, nakonec vše dobře dopadlo a všichni jsme byli spokojeni, myslím, že nejvíce naše miminko, které mohlo být hned po narození s námi.“

4.1.6 Kazuistika 6

Matka J.L., 41 let, vzdělání středoškolské odborné. Pracuje jako úřednice. Je rozvedená, žije se svým druhem a dospělou dcerou ve společné domácnosti v Českých Budějovicích. Současný druh a otec dítěte není otcem první dcery. První dítě porodila také v porodnici v Českých Budějovicích – 2750 gramů a 48 centimetrů. Dceři bude letos již 22 let. Bývalý manžel u porodu prvního dítěte přítomen nebyl, jak sama matka udává, je to již hodně let a v té době ještě otcové k porodu nechodili. První porod si matka již moc nevybavuje, ale byl prý dost dlouhý. Dceru kojila 3 měsíce, je zdráva.

Nyní je do porodnice přijata z ambulance v 37. týdnu těhotenství pro suspektní kardiokomonitor. Několik dnů matka strávila na oddělení rizikového těhotenství. Od roku 2003 se léčí na hypertenzi a toto těhotenství má také gestační diabetes. Po 5 dnech hospitalizace je pro gestační diabetes a suspektní monitory přistoupeno k indukci porodu pomocí Prostinu PGE₂. Je provedena dirupce vaku blan, poté nastupují kontrakce, které zesilují, porodní nález progreduje, branka se rozvíjí až zaniká. Je porozen chlapec, 3680 gramů, Agar score 10/10/10. Porod proběhl bez komplikací, matka ke konci porodu již s personálem moc nekomunikovala. Bezprostředně po narození syna matka spíše nereagovala, na dotaz, zda chce dítě položit na břicho

odpovídá, že ne, raději až po ošetření. Otec dítěte byl u porodu také přítomen. Sestra dítě osušila provedla základní ošetření a dítě matce položila na břicho tentokrát již bez dotazu, zda si to matka přeje, či ne. Matka dítě uchopila, ale celou dobu působila nepřítomně, s dítětem komunikoval spíše otec. Sestra dítě přiložila k prsu, ale chlapec se nepřisál. Při šití hráze matka sestru požádala, aby novorozence uložila do postýlky. Přibližně po 1,5 hodině prohlédl novorozence pediatr a po 2 hodinách společně strávených na porodním sále byli matka i novorozenec převezeni na oddělení.

Na otázku, zda matka přivítala položení dítěte krátce po porodu na břicho odpovídá, že byla ráda, ale byla tak vyčerpaná, že to ani nevnímala. „Sestra mi dítě chtěla dát ihned po narození, ale to jsem nechtěla. Po osušení mi syna sestra položila sama na břicho, bylo to hezké, držet své dítě v náruči, ale necítila jsem se, tak jsem sestru požádala, aby syna uložila do postýlky.“

Měření novorozence matka nekomentovala. Na dotaz, zda ji vadilo, že dítě nebylo změřeno již na porodním sále odpovídá, že ne.

Přiložení novorozence k prsu na porodním sále bezprostředně po porodu matce vyhovovalo. Jak sama říká, pokud by jí sestra dítě k prsu nepřiložila, sama by o to požádala. Chlapec se však poprvé nepřisál, pouze olizoval bradavku. Matka vyjádřila obavu, zda to nevádí. „Sestra mne ujistila, že zkusíme přiložit znovu, tak jsem byla klidnější, měla jsem obavu, aby to, že syn se nepřisál krátce po narození, nemělo vliv na tvorbu mléka a kojení.“

Při šití nástřihu hráze matka dítě chovat nechtěla. Sama sestru požádala, aby dítě uložila raději do postýlky. „Měla jsem strach, že syna upustím, šití bylo nepříjemné a držet při tom ještě dítě v náruči mi opravdu nevyhovovalo.“ Matka chtěla, aby si dítě pochoval otec, ale ten odmítl. Báł se, že novorozence nebude umět držet. Sestře řekl, že na to ještě není dostatečně připravený. Bylo vidět, že matku to mrzelo, přála si, aby otec dítě také pochoval v náruči.

Společný pobyt obou rodičů s novorozencem na porodním sále 2 hodiny po porodu matka hodnotí kladně. „Pokud bych měla vše porovnat s prvním porodem, je to určitě nesrovnatelné. Rodila jsem před 22 lety, je to, jako bych byla prvoroďička. Tenkrát mi nic takového samozřejmě umožněno nebylo, dítě mi sestra ukázala a

odnesla. Na oddělení nás bylo na pokoji devět a děti nám sestry vozily ke kojení po třech hodinách. Žádný pokoj, kde by mohly mít matky děti u sebe a pečovat o ně neexistoval. Dceru jsem poprvé přebalovala až doma po propuštění. Bylo mi 19 let a musím říct, že to bylo dost náročné.“ To, že novorozenec tráví s rodiči na sále celé dvě hodiny po porodu samozřejmě věděla, jen si zcela přesně nedovedla představit, jak vše probíhá. „Byla jsem ze všeho dost zaskočena, uvědomuji si, že již nejsem nejmladší a měla jsem samozřejmě strach, zda všechno zvládnou. Sama za sebe mohu říci, že když jsem rodila poprvé, byla jsem mladá a nad spoustou věcí jsem vůbec nepřemýšlela.

Na otázku, jak by zhodnotila přístup sestry, která dítě ošetřovala, matka odpověděla vyhýbavě. Dodala, že byla celkem spokojená a žádné připomínky k tomu nemá. „Sestra nám vyhověla v podstatě ve všem, mohu říci, že její přístup byl dobrý. Pokud to srovnám s prvním porodem, mohu s jistotou říci, že chování personálu se určitě zlepšilo. Zda se sestra dostatečně věnovala novorozenci matka hodnotí neutrálně. „Když sestra malého uložila do postýlky, odešla, přišla až s lékařkou syna prohlédnout. Syn byl naštěstí hodný a neplakal nevím, kdyby začal plakat, asi bych ji zavolala. Potom se byla sestra ještě asi dvakrát na miminko podívat a vždy se zeptala, zda je vše v pořádku. Na naše dotazy nám vždy odpověděla, takže si nestěžuji.“

Na otázku, zda matka měla nějaké informace o nových postupech ošetřování novorozenců na porodním sále matka odpovídá, že zčásti ano. „Věděla jsem, že nyní je již dítě s matkou dvě hodiny po porodu na sále a může tam být přítomný i otec. Překvapilo mne, že mi sestra dítě dala na břicho, to jsem nečekala.“ Na předporodní kurzy matka nechodila, nelákalo jí to. Matka také říká, že již slyšela, že novorozenci se již neměří hned po porodu.

Za největší přínos ve srovnání s předchozím porodem matka považuje skutečnost, že dítě je po porodu ošetřené v přítomnosti rodičů, sestra je nikam neodnese a celé dvě hodiny mohou rodiče strávit na porodním sále společně s novorozencem. „Mám již dospělou dceru, takže nic takového před lety nebylo. Žádný otec na porodní sál nesměl. Jsem ráda, že tentokrát mohl přítel našeho syna vidět hned po narození a také mohl pořídit fotky pro babičky a příbuzné. Jako matka jsem samozřejmě ráda, že celou dobu jsem mohla být na sále s miminkem, jen nevím, jestli je pro všechny

maminky po porodu příjemné a vyhovující mít dítě na břiše.“ Matka udává, že se cítila slabá a byla ráda, že sestra uložila syna do postýlky. Když porodník dokončil šití nástřihu hráze, byla matka ráda, že si může chvilku odpočinout. „Možná je to tím, že už mi není dvacet, ale za sebe říkám, že určitě bych dítě na břiše delší dobu mít nechtěla, myslím, že po porodu je každá matka unavená a vyčerpaná a ráda si chvilku odpočine.“

Na dotaz, jaké změny by matka ještě přivítala, odpovídá, že neví. „Pro mne byla změna skoro všechno, počínaje od příjmu až do porodu. Již při přijetí jsem musela podepsat spoustu souhlasů, to dříve také nebylo. Nikdo se mne předtím neptal, zda s něčím souhlasím. Došlo i ke změně značení novorozence, s první dcerou jsme obě měly na ruce číslo a dcera byla popsána barvou, která se smyla až za několik dní. Ty pásky, co se teď dávají, mi přijdou lepší.“ Jednu výhodu matka vidí ve srovnání s prvním porodem v dřívějších postupech a to tu, že po porodu si mohla dříve odpočinout, sestry přivezly dítě jen na kojení. „Když mne přivezli z porodního sálu na oddělení, za chvilku mi sestra přinesla syna na pokoj a již mi ho tam nechala v postýlce. Nebylo mi zcela dobře, takže to bylo dost náročné, ale nějak jsem to zvládla.“ Celkově matka hodnotí ošetření novorozence na porodním sále pozitivně. „Jsem ráda, že vše dopadlo dobře a syn i já jsme v pořádku.“

4.1.7 Kazuistika 7

Matka K.M., 30 let, vzdělání střední odborné bez maturity. Je vdaná, žije v rodinném domku poblíž Českých Budějovic s manželem a synem, kterému bude 6 let. Syn vážil 2940 gramů a měřil 49 centimetrů, je zdravý. Matka pracuje jako úřednice na poště. První dítě rodila v českokrumlovské porodnici, nechtěla родit ve velké porodnici z důvodu velké vytíženosti, volila proto menší okresní porodnici. Chtěla zde родit i podruhé, ale porod se jí zdál rychlejší, než poprvé, měla strach, že nestihne dojet do porodnice včas. Zpočátku byl její přístup spíše negativistický, byla znát jistá rozmrzelost matky a nedůvěra k personálu. Manžel matky byl přítomen u obou porodů.

Matka přichází v noci do porodnice v doprovodu manžela s pravidelnými kontrakcemi po 5 minutách. Již při příjmu je negativistická, s personálem komunikuje

omezeně. Po vyšetření porodníkem je nález branka 4 centimetry a je provedena příprava. Kontrakce postupně zesilují, je provedena dirupce vaku blan a dochází k velké progresi nálezu. Branka brzy zaniká a je porozen chlapec, váha 3360 gramů. Novorozenec je růžový, křičící, Agar score 10/10/10. Sestra dítě jen krátce ukázala matce, osušila a odsála z horních cest dýchacích a nosu. Po ošetření pupečního pahýlu a označení dítěte sestra novorozence matce položila na břicho. Chlapce také přiložila k prsu, chlapec se pěkně chytl. Po chvíli sestra dokončila ošetření a novorozence umístila do vyhřevného lůžka vedle matky. Novorozence prohlédl pediatr asi 1 hodinu po narození. Po 2 hodinách společného pobytu sestra odvezla dítě na oddělení fyziologických novorozenců, kam bylo převezeno společně se svou matkou.

Při dotazu, zda přivítala možnost přímého kontaktu s dítětem krátce po narození, matka odpovídá, že ano. Matka se však chtěla na syna jen podívat, bezprostřední kontakt odmítla – byla vyčerpaná. Stejně tak matce nevyhovoval kontakt s dítětem „skin-to skin“ ihned po narození, jak matka udává, cítila se unavená a měla strach dítě držet v náruči. „Syna jsem ihned po narození do náruče nechtěla. Měla jsem strach, že mu ublížím. Navíc byl celý od krve a plodové vody, určitě bych ho neudržela.“

Změření novorozence po narození matka nevyžadovala. Na otázku, zda jí nevadilo, že dítě bude změřeno až před propuštěním odpovídá, že ne. Tuto informaci již slyšela. Otec se ptal sestry, proč se již novorozenci po narození neměří, sestra mu vše vysvětlila. Ani otci tato skutečnost nevadila.

Přiložení novorozence krátce po narození k prsu hodnotí matka kladně. „Jsem ráda, že se syn pěkně chytl k prsu a sál. S prvním synem jsem měla potíže, nechtěl pít, byl dost líný.“ Matka říká, že to, že se syn pěkně chytl k prsu již na porodním sále, ji potěšilo, snad nebude mít s kojením žádné problémy. Otec je také spokojený, přiložení dítěte k prsu si fotografuje. Matka působí konečně trochu spokojenějším dojmem, také začala více komunikovat s personálem.

Při šití hráze matka dítě držet v náruči odmítla. Na šití reagovala dost bolestivě, sestra se sama matky zeptala, zda dítě nemá raději uložit do lůžka vedle matky. Matka okamžitě souhlasila. Při dotazu, zda ji vyhovovalo dítě držet v náruči při šití hráze, či ne, odpovídá rozhodně, že nevyhovovalo. „Nevyhovovalo mi to, šití nástříhu bylo dost

bolestivé a držet při tom dítě v náruči bych určitě nezvládla. Byla jsem ráda, že sestra dítě dala do postýlky. Nechápu, proč mi něco takového vůbec sestra nabízela, držet dítě v náruči při šití je pro mne opravdu nepříjemné.“

Společný pobyt matky, otce a novorozence 2 hodiny po porodu matce vyhovoval. Jak sama říká, již při prvním porodu strávila společně se synem a manželem první 2 hodiny na porodním sále a považuje to za nejkrásnější chvílky po narození dítěte. Ve srovnání s prvním porodem se dle slov matky téměř nic nezměnilo, vše proběhlo podobně. „Byly jsme s manželem oba rádi, nemohli jsme se na syna vynadávat. Také jsem byla ráda, že syna prohlédl pediatr již během těchto dvou hodin přímo na porodním sále.“ Matka udává, že při prvním porodu ji lékařka prohlédla dítě až na novorozeneckém oddělení a přišla ji informovat na pokoj. „Tentokrát se prohlídka mohl účastnit i manžel. Měl také nějaké dotazy, paní doktorka je ochotně zodpověděla.“

Přístup sestry, která novorozence ošetřovala, hodnotí matka neutrálně. Tvrdí, že sestra byla ochotná, ale měla hodně práce a tudíž neměla tolik času se matce a dítěti věnovat. „Sestra stále někam odbíhala, asi k dalším porodům. Snažila se nám ale vyhovět a na naše dotazy ochotně odpovídala. Slíbila nám, že syna ještě jednou přiloží k prsu, ale již jsme to nestihli.“ Matka tvrdí, že dle jejího názoru by mělo být na porodním sále více dětských sester, aby se mohly dostatečně věnovat každé mamince a jejímu dítěti. „Chtěla jsem родit v menší porodnici, právě z důvodu, že budou na mne a na dítě mít více času. Při prvním porodu jsem to zažila a musím říct, že to bylo opravdu znát již od příjmu.“

Informace o nových postupech v ošetřování novorozenců na porodním sále matka téměř žádné neměla. Na předporodní kurzy nechodila, rodila před čtyřmi lety a nepovažovala to za nutné. „Věděla jsem, že v českobudějovické porodnici se děti po porodu již neměří. Řekla mi to kamarádka, která rodila před půl rokem.“

Ve srovnání s předchozím porodem matka žádný přínos nepocituje. Naopak, při zhodnocení obou porodů preferuje první porod v okresní porodnici. „Nemohu si stěžovat, všichni byli celkem fajn, ale první porod bych hodnotila lépe, také pro to, že manžel mohl být se mnou přítomen již u příjmu, což v této porodnici možné není.“

Na otázku, co by ještě sama změnila v postupech ošetřování novorozence na porodním sále matka odpovídá, že by sestry měly více přihlížet k tomu, jak je matka po porodu unavená a vyčerpaná. „Nemyslím, že je v tuto chvíli pro každou matku zrovna příjemné, když ji sestra položí dítě do náruče. Celá jsem se třásla a ještě jsem nebyla vzpamatovaná z porodu.“ Matka by spíše přivítala, kdyby sestra dítě ošetřila a položila jej do vyhřevného lůžka vedle matky. Matce by sestra dítě dala do náruče, až by se sama na to cítila. Matce také vadilo, že již při příjmu sestra chtěla vědět, zda souhlasí s některými vyšetřeními u dítěte po porodu. „Přišla jsem do porodnice s bolestmi a nějaká vyšetření mě v tu chvíli moc nezajímala. Sestře jsem to odkývala, ale možná by bylo lepší, kdyby se mě na tyto otázky ptala až na oddělení šestinedělí. Vlastně si ani pořádně nepamatuji, co jsem podepsala.“

Nakonec matka dodává, že nechce, aby to vypadalo, že si jen na něco stěžuje. „Mám li to zhodnotit, spokojená jsem celkem byla, nemůžu říci, že by se ke mne a k dítěti někdo nechoval hezky. Manžel byl také celkem spokojený. Ale přísahám, že v porodnici už mě nikdo víckrát neuvidí.“

4.2 Výsledky rozhovorů s matkami zpracované do tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje matek

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>
<i>Věk</i>	38	33	26	27	36	41	30
<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	VŠ	SŠ	SŠ	VŠ	SO	SŠ	SO
<i>Počet porodů</i>	3	2	2	2	2	2	2
<i>Předchozí porod před kolika lety</i>	14,11	2,5	6	4	10	22	4
<i>Předchozí porod ve které porodnici</i>	ČB	ČB	ČB	ČB	ČB	ČB	ČK

Matce 1 je 38 let, matce 2 je 33 let. Matce 3 je 26 let a je z dotazovaných matek nejmladší. Matce 4 je 27 let, matce 5 je 36 let. Matka 6 je z dotazovaných matek nejstarší, je jí 41 let. Matce 7 je 30 let. Nejvyšší dosažené vzdělání – vysokoškolské mají matky 1 a 4. Matky 2,3 a 6 mají vzdělání středoškolské a matky 5 a 7 mají střední odborné vzdělání bez maturity. Kromě matky 1, která porodila své třetí dítě, rodily všechny matky podruhé. Matka 1 rodila před 14 a 11 lety, matka 2 před 2,5 lety, matky 3 před 6 lety, matky 4 a 7 před 4 lety, matka 5 před 10 lety a matka 6 rodila před 22 lety, což je nejdéle ze všech matek. Kromě matky 7, která poprvé rodila v českokrumlovské porodnici, všechny matky porodily předchozí děti v českobudějovické porodnici.

Tabulka 2 Doprovod matek u porodu

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Předchozí porody</i>	1				1		1	3
<i>Tento porod</i>	1	1	1	1	1	1	1	7
<i>Celkový počet odpovědí</i>	2	1	1	1	2	1	2	10

Doprovod u předchozích porodů měly matky 1,5 a 7. U tohoto porodu měly doprovod všechny dotazované matky. U všech dotazovaných matek byl jako doprovod k porodu přítomen otec dítěte.

Tabulka 3 Vnímání kontaktu s dítětem bezprostředně po porodu

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Příjemně překvapena</i>	1							1
<i>Sama vyžaduje</i>			1					1
<i>Bála se, že dítě upustí</i>		1						1
<i>Přivítala</i>	1			1	1			3
<i>Byla vyčerpaná</i>		1				1	1	3
<i>Celkový počet odpovědí</i>	2	2	1	1	1	1	1	9

Umožněním bezprostředního kontaktu s dítětem po narození byla matka 1 příjemně překvapena a ráda jej přivítala. Matce 2 tento kontakt příliš nevyhovoval, byla vyčerpaná a bála se, že dítě upustí. Naopak matka 3 kontakt s dítětem vyžadovala sama, byla nadšena. Matky 4 a 5 bezprostřední kontakt s dítětem po narození samy nevyžadovaly, ale když jim sestra dala dítě do náruče, přivítaly to. Matky 5 a 6 odpověděly na dotaz shodně, kontakt s dítětem je potěšil, ale byly porodem tak vyčerpané, že raději přivítaly, když sestra uložila dítě výhřevné postýlky.

Tabulka 4 Vnímání kontaktu s dítětem „skin to skin“

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Byla ráda</i>	1		1					2
<i>Neošetřené dítě</i>	1		1					2
<i>Pouze ošetřené dítě</i>		1		1	1	1		4
<i>Kontakt nevadil</i>					1			1
<i>Kontakt nevyhovoval</i>		1				1	1	3
<i>Celkový počet odpovědí</i>	2	2	2	1	2	2	1	12

Kontakt s dítětem po narození skin-to skin vyhovoval matce 1, přivítala by i kontakt s neošetřeným dítěte. Matka 2 udává, že kontakt skin to skin ji moc nevyhovoval, pokud by dítě držela na bříše, tak pouze čisté a ošetřené. Stejně tak i matka 4 preferovala kontakt pouze s ošetřeným dítěte. Matka 3 byla z kontaktu skin to skin nadšena a nevadilo ji chovat ani dítě špinavé. Matka 5 se vyjádřila neutrálně, kontakt ji nevadil, ale dítě chtěla chovat také jen čisté. Matkám 5 a 6 kontakt skin to skin nevyhovoval, matka 5 dodala, že v náruči by chtěla držet jen dítě ošetřené a čisté.

Tabulka 5 Měření novorozence po porodu

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Přivítala by</i>		1			1			2
<i>Nevyžaduje</i>	1		1	1		1	1	5
<i>Celkový počet odpovědí</i>	1	1	1	1	1	1	1	7

Při zjišťování, zda matkám nevadí, že novorozenec nebyl změřen bezprostředně po narození na porodním sále, odpověděly matky 1,3,4,6 a 7, že měření nevyžadovaly. Matkám 2 a 5 nevadilo, že novorozenec nebyl změřen, ale raději by měření přivítaly. Žádná z dotazovaných matek neodpověděla, že by měření novorozence přímo vyžadovala.

Tabulka 6 Vnímání přiložení novorozence k prsu

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Ráda přivítala</i>	1	1					1	3
<i>Hodnotí kladně</i>			1	1	1	1	1	5
<i>Sama vyžadovala</i>				1		1		2
<i>Celkový počet odpovědí</i>	1	1	1	2	1	2	2	10

Při zjišťování, zda matkám vyhovuje přiložení novorozence bezprostředně po narození k prsu všechny matky odpověděly shodně- přiložení přivítaly. Matky 4 a 6 přiložení dítěte k prsu samy vyžadovaly. Žádná z dotazovaných matek se nevyjádřila, že přiložení dítěte k prsu na porodním sále jí nevyhovovalo nebo by ho odmítla.

Tabulka 7 Vnímání držení novorozence při šití hráže

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Vyhovuje</i>	1		1	1	1			4
<i>Spíše nevyhovuje</i>		1						1
<i>Nevyhovuje</i>						1	1	2
<i>Celkový počet odpovědí</i>	1	1	1	1	1	1	1	7

Držení novorozence v náruči při šití nástřihu hráže matky komentovaly rozdílně. Matky 1,3,4 a 5 vyjádřily, že držet své dítě v náruči během šití nástřihu jim nevadilo, naopak, pomohlo jim to zvládnout nepříjemné pocity. Matka 2 dítě v náruči při šití nástřihu hráže držela, ale přivítala, když jí sestra nabídla, že dítě uloží do lůžka vedle ní. Matky 6 a 7 držet dítě při šití nástřihu odmítly, nevyhovovalo jim to.

Tabulka 8 Hodnocení přístupu sestry matkami

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Nehodnotí</i>	1							1
<i>Hodnotí kladně</i>		1	1	1	1			4
<i>Odpovídá vyhybavě</i>						1		1
<i>Hodnotí neutrálně</i>							1	1
<i>Celkový počet odpovědí</i>	1	1	1	1	1	1	1	7

Matka 1 se k přístupu sestry, která ošetřovala novorozence nevyjádřila, ale také neřekla, že by byl špatný. Matky 2,3,4 a 5 hodnotily přístup sestry shodně jako kladný. Matka 6 na tuto otázku odpověděla vyhybavě, označila ho v podstatě za dobrý. Matka 7 hodnotí přístup sestry neutrálně, dle jejího názoru byla sestra ochotná, ale měla by mít více času se matce a dítěti věnovat.

Tabulka 9 Jak se sestra matce a dítěti věnovala

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Neměla moc času</i>	1			1	1		1	4
<i>Věnovala se dostatečně</i>		1						1
<i>Snažila se vyhovět</i>			1	1				2
<i>Splnila práci a odešla</i>						1		1
<i>Byla ochotná</i>					1		1	2
<i>Celkový počet odpovědí</i>	1	1	1	2	2	1	2	10

Na dotaz, jaký měly matky pocit z toho, jak se jim a jejich dítěti sestra, která novorozence ošetřovala věnovala, odpověděly matky rozdílně. Matka 1 udává, že sestra neměla moc času, protože rodilo několik matek najednou. Matka 2 byla spokojená, sestra se jim věnovala dostatečně. Matky 3 a 4 odpověděly shodně, že sestra se snažila vyhovět, ale neměla dostatek času se jim věnovat tak, jak by si samy představovaly. Podobně hodnotí dotaz i matka 5, sestra byla ochotná, ale musela se věnovat najednou více matkám. Matka 6 odpověděla, že sestra splnila to, co musela a odešla pryč. Matka 7 hodnotí stejně jako některé předešlé matky sestru jako ochotnou, neměla však moc času se matce a dítěti věnovat, protože odbíhala k dalším porodům.

Tabulka 10 Informace matek o současných postupech ošetřování novorozence

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Měla pouze nějaké info</i>	1	1				1		3
<i>Dozvěděla se od známých</i>		1		1			1	3
<i>Neinformovala se</i>			1					1
<i>Zajímala se sama</i>				1		1		2
<i>Neměla téměř žádné</i>					1		1	2
<i>Celkový počet odpovědí</i>	1	2	1	2	1	2	2	11

Informace o tom, jaké jsou současné postupy v ošetřování novorozence na porodním sále měly matky rozdílné. Matky 1 a 2 měly pouze některé informace, které se dozvěděly především od svých známých. Matka 3 se o současných postupech sama neinformovala, ani neměla žádné informace od známých či kamarádek. Matky 4 a 6 se o novinky zajímaly samy, matka 6 však měla pouze některé informace. Matka 4 získala některé informace také od svých známých, které v poslední době rodily v českobudějovické porodnici. Matka 5 věděla pouze to, že novorozenci se již na porodním sále neměří, jiné informace neměla. Matka 7 neměla o nových postupech v ošetřování novorozence také téměř žádné informace, něco málo se dozvěděla od své známé, která rodila před půl rokem.

Tabulka 11 Přínosy změn v ošetření novorozence pro matky

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Kontakt s dítětem</i>	1		1		1			3
<i>Značení novorozenců</i>	1							1
<i>Změny nepozorovala</i>		1					1	2
<i>Přítomnost otce u porodu</i>			1			1		2
<i>Kontakt skin-to-skin</i>				1				1
<i>Otec choval dítě</i>					1			1
<i>Společný pobyt na sále</i>						1		1
<i>Celkový počet odpovědí</i>	2	1	2	1	2	2	1	11

Přínosy změn v ošetřování novorozence na porodním sále pro matku komentovala každá z dotazovaných matek individuálně. Pro matku 1 bylo největším přínosem ve srovnání s předchozími porody umožnění kontaktu s novorozencem po narození a také se jí velmi líbilo nové značení novorozenců. Matky 2 a 7 odpověděly, že žádné výraznější změny ve srovnání s předchozím porodem nepociťovaly, matka 7 měla naopak pocit, že při prvním porodu měla více možností než u druhého porodu. Matky 3 a 5 odpověděly na dotaz shodně, za největší přínos ve srovnání s předchozími porody považují umožnění kontaktu s novorozencem bezprostředně po narození a přítomnost otce u porodu. Matka 5 také ocenila, že otec mohl své dítě i pochovat v náruči. Pro matku 6 bylo největším přínosem společný pobyt celé rodiny na porodním sále 2 hodiny po porodu a také přítomnost otce u porodu, což poprvé nezažila.

Tabulka 12 Jaké změny v ošetření novorozence by matky přivítaly

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>M4</i>	<i>M5</i>	<i>M6</i>	<i>M7</i>	Σ
<i>Dostatek času personálu</i>	1				1		1	3
<i>Neví</i>	1		1			1		3
<i>Odpočinek matek po porodu</i>		1				1	1	3
<i>Méně administrativy u příjmu</i>		1					1	2
<i>Přítomnost otce již u příjmu</i>				1			1	2
<i>Změření dítěte na sále</i>		1			1			2
<i>Častější přiložení k prsu</i>	1				1			2
<i>Celkový počet odpovědí</i>	3	3	1	1	3	2	4	17

Na dotaz, co by ještě matky samy přivítaly nebo změnily v postupech ošetřování a péče o novorozence na porodním sále matky odpovídaly rozdílně, některé z dotazovaných matek odpověděly více odpovědí. Matky 1 a 3 odpověděly že neví, matka 1 dodala, že by snad přivítala, kdyby sestra měla více času věnovat se opakovanému přiložení novorozence k prsu. Matce 2 vadilo příliš administrativy při příjmu a podepisování informovaných souhlasů před porodem, také by přivítala, kdyby bylo na sále umožněno matce více odpočinku a o dítě bylo po celou dobu ve vyhřevném lůžku a ne u matky. Matce 2 také nevyhovovalo, že už se novorozenci po narození neměří do délky, stejně tak, jako matce 5. Matka 3 se k otázce nevyjádřila, odpověděla, že neví. Matka 4 by již žádné změny sama nevyžadovala, byla spokojená, dodává, že by snad jen přivítala, kdyby mohl být otec dítěte přítomen již u příjmu. Matka 5 odpověděla, že by přivítala, kdyby personál měl více času věnovat se matce i dítěti a sestra mohla častěji přiložit dítě k prsu. Také by byla raději, kdyby dítě bylo změřeno do délky již na porodním sále. Matka 6 na otázku odpověděla, že neví, také by místo držení dítěte v náruči přivítala více odpočinku. Matce 7 by nejvíce vyhovovalo, kdyby ji otec dítěte mohl doprovázet již od příjmu, vadilo jí příliš administrativy. Matka 7 se také vyjádřila, že by přivítala více odpočinku po porodu a také měla pocit, že sestra by měla mít více času věnovat se individuálně každé matce a jejímu dítěti po narození.

5. Diskuse

V bakalářské práci jsem zabývala problematikou nových postupů v ošetřování novorozenců na porodním sále. Tato problematika mne zaujala nejen pro to, že již řadu let pracuji jako dětská sestra a denně novorozence sama ošetřuji, ale také pro to, že sama jsem matkou 2 dětí a mohu posoudit, že způsoby ošetřování novorozenců na porodním sále poslední dobou prošly změnami, které vycházejí především z moderních výzkumů a potřeb novorozence bezprostředně po narození.

Cílem bakalářské práce nebylo jen zjistit, jak rodiče a především matky tyto způsoby akceptují, ale také to, jak matky srovnávají své zkušenosti z předchozích porodů se současnými trendy a co by samy matky požadovaly, jaké jsou jejich názory a připomínky. Jak uvádí Leifer a Roztočil ve své literatuře (21,29), v současné době se stále více matek zajímá o přirozený způsob porodu a jeho vliv na adaptaci novorozence po narození, mnoho matek se chce zapojit do všech těchto dějů a novorozenci tak umožnit co nejlepší a nejpřirozenější podmínky k překonání všech negativních vlivů, které na něj po příchodu na svět působí.

Jako výzkumný vzorek byly záměrně vybrány matky, které nerodily poprvé a měly tak možnost srovnávat své zkušenosti u předchozích porodů. Věk matek nebyl ničím limitován, zrovna tak jako skutečnost, před kolika lety dotazovaná matka rodila předchozí dítě nebo děti. Z šetření však vyplývá, že doba, která u dotazovaných matek uplynula od posledního porodu, výrazně ovlivňuje jejich názory a odpovědi, neboť matky, které porodily své předchozí děti před více lety, většinou více pocítovaly změny, ke kterým v péči o novorozence na porodním sále došlo, na rozdíl od matek, které rodily před nedávnem a shodně udaly, že výrazné změny v ošetření novorozence po porodu nepocítovaly.

Matky, které tvořily výzkumný vzorek, jsem si vybírala již na porodním sále, kde jsem je požádala, zda by byly ochotné poskytnout mi rozhovor, který by se týkal jejich názorů na ošetření novorozence bezprostředně po narození. Otázky k rozhovoru jsem měla předem připravené (příloha 1), matky však měly prostor vyjádřit i své názory a

připomínky. Všechny matky byly ochotné rozhovor poskytnout, pouze jedna oslovená matka odmítla a rozhovor neposkytla i přesto, že rozhovory byly zcela anonymní.

Z šetření vyplývá, že věk matek zřejmě nehrál takovou roli v jejich přístupu a názorech na ošetřování novorozence na porodním sále, i když věkový rozdíl mezi nejmladší a nejstarší dotazovanou matkou byl 15 let (tabulka 1). Také vzdělání dotazovaných matek zřejmě nehrálo roli v jejich názorech a postojích, jak jsem před zahájením rozhovorů s matkami očekávala. Kromě jedné všechny dotazované matky rodily své předchozí děti také v českobudějovické porodnici (tabulka 1), což zřejmě také mohlo ovlivnit výsledky rozhovorů, neboť se nabízí otázka, jaké by měly matky možnosti srovnání, pokud by rodily v různých porodnicích. Výsledky šetření byly zcela jistě ovlivněny i skutečností, že jako výzkumný vzorek byly vybrány pouze matky, které nerodily již poprvé. Z vlastní zkušenosti se domnívám, že pokud by byly součástí výzkumného šetření i matky prvorodičky, jejich názory by byly zcela jistě v některých směrech odlišné, neboť tyto matky ještě nemají jinou zkušenost a možnost srovnání a často přicházejí k porodu plně představy, které mají nastudované teoreticky.

Skutečnost, že všechny dotazované matky měly při porodu jako doprovod otce dítěte, je zcela náhodná. Velký rozdíl je patrný při srovnání přítomnosti doprovodu u předchozích porodů, kde doprovod měly pouze 3 z dotazovaných matek (tabulka 2). Roztočil uvádí (29), že v současné době dosahuje počet otců přítomných u porodu svého dítěte zhruba 90 % a přibližně dvě třetiny rodiček hodnotí svoje zkušenosti s otcem u porodu velmi kladně. Tento fakt se shoduje i s výsledky mého šetření, většina matek uvedla, že přítomnost otce u porodu ve srovnání s prvním porodem byla pro ně přínosem.

Moderní literatura, která se zabývá studiem vztahů mezi matkou a dítětem v prvních okamžicích po narození, uvádí, že pro vytvoření sociální vazby mezi matkou a dítětem je důležité umožnění časného kontaktu bezprostředně po porodu. V prvních chvílích po porodu dochází k vytvoření tohoto vztahu mezi matkou a dítětem právě položením novorozence na tělo matky bezprostředně po narození. Dítě cítí teplo matčina těla, vnímá tlukot jejího srdce (1, 34). Psycholog Langmeier ve své knize uvádí, že kontakt matky s dítětem co nejdříve po porodu je důležitý nejen pro vytvoření citové

vazby, ale i pro zahájení kojení (19). Tato skutečnost vyplynula i z názoru dotazovaných matek, které ve většině případech tento kontakt vnímaly pozitivně. Mezi nejčastěji uváděné názory matek patří, že tento kontakt vnímaly jako naprosto přirozenou potřebu, což bylo zřejmé i z jejich chování. Překvapující bylo, že 3 z dotazovaných matek uvedly, že celkový pocit vyčerpanosti po porodu ovlivnil jejich potřebu bezprostředního kontaktu s dítětem a přivítaly raději to, že sestra dítě uložila do vyhřevného lůžka (tabulka 3). Potřeba odpočinku byla u těchto matek větší, než touha kontaktu s dítětem.

Langmeier, Krejčířová a Dittrichová uvádějí výsledky studií (6,19), kde u novorozenců došlo ke zklidnění po rozpoznání známých stimulů, jako je hlas matky a tlukot jejího srdce, podle kterých novorozenec dokáže rozeznat svou matku. Tento fakt také některé z matek potvrdily, při kontaktu skin to skin se jejich dítě zklidnilo a jakoby naslouchalo hlasu matky či otce. Také Leifer uvádí, že dotýkat se dítěte je pro rodiče nejdůležitějším předpokladem pro vytvoření vztahu a náklonnosti (21). Tento kontakt matky v rozhovorech považovaly za přínosný a obohacující především při srovnání s předchozími porody, neboť matky, které rodily před delší dobou, nic takového u předchozího porodu nezažily a tuto možnost považovaly za pozitivní přínos v péči o novorozence a matku na porodním sále. Přesto většina z dotazovaných matek uvedla, že upřednostnila kontakt skin to skin s již čistým dítětem, kterého sestra ošetřila od krve a plodové vody. Pouze dvě z matek uvedly, že jim nevadilo, když jim sestra položila na břicho dítě, které bylo ještě špinavé a neošetřené (tabulka 4). Pokud bychom chtěli srovnat toto zjištění s názory žen, které tuto problematiku řeší vzájemnými diskusemi například na internetových stránkách, je tento výsledek překvapující. Je třeba však přihlídnout k tomu, že výzkumný vzorek tvořilo pouze sedm matek a tudíž jejich názory nelze zobecňovat.

Skutečnost, že v českobudějovické porodnici nejsou novorozenci měřeni do délky v rámci prvního ošetření na porodním sále, většina matek i otců akceptovala. Současné poznatky uvádějí, že měření novorozence do délky bezprostředně po narození má negativní vliv na kyčelní kloub, navíc je pro novorozence výkonem stresujícím a údaj není zcela přesný. Z těchto důvodů lze změření odložit až na pozdější dobu po adaptaci (10, 31). S touto změnou již byly některé z matek seznámeny před porodem,

většinou tuto informaci získaly od svých známých. Přesto dvě z dotazovaných matek uvedly, že by přivítaly, kdyby dítě bylo změřeno do délky ihned po narození, jak tomu bylo v dřívějších letech (tabulka 5). Jako důvod uvedly, že rodina se na tento údaj vyptává.

Výhody prvního přiložení novorozence k prsu popisuje Klimová ve své knize *Kojení-dar pro život* (16). Je-li kojení zahájeno již na porodním sále, další dny se rychleji a lépe rozvíjí a je celkově úspěšnější. Všichni zdravotníci, kteří jsou přítomni u porodu by měli být stejně důslední a vytrvalí při jednotném dodržování zásad, podporujících úspěšné kojení (16, 29, 35). Pravdou je, že skutečnost je někdy rozdílná. Samy matky ve svých rozhovorech označily jako nejčastější připomínku k přístupu sestry pocit, že sestra na ně nemá dostatek času (tabulka 9). Jak píší autoři v knize *Porodní příběhy* (1), při prvním přiložení je důležité hlavně vzájemné seznámení a i pouhé olizování bradavky je dobré pro budoucí úspěch kojení. Tuto skutečnost je někdy nutné matkám připomenout, neboť některé z matek měly pocit, že pokud se jim novorozence ihned po přiložení k prsu nepřisaje, je to předpoklad, že kojení se nebude vyvíjet úspěšně. Názory matek na časně přiložení novorozence k prsu na porodním sále se shoduje s názory většiny odborníků, matky toto přiložení buď samy vyžadovaly, anebo jej plně akceptovaly. Žádná z dotázaných matek neuvedla, že by jí přiložení dítěte k prsu již krátce po porodu nevyhovovalo, nebo že by nebyla přesvědčena o jeho pozitivním významu. Lze také říci, že v tomto směru byly dotazované matky nejvíce informované a zejména v porovnáním s minulými lety měly pocit významného posunu směrem k potřebám dítěte a matky samotné (tabulka 6).

Poněkud odlišný postoj měly některé z dotazovaných matek k otázce držení dítěte skin to skin při šití nástřihu hráze. Téměř polovina z dotázaných matek uvedla, že držet dítě na svém těle při šití nástřihu jim nevyhovuje (tabulka 7). Přesto, že řada odborné literatury uvádí, že kontakt s dítětem i během tohoto výkonu matce pomáhá překonat bolestivé a nepříjemné pocity (1, 34), většina matek tento fakt nepotvrdila a z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že opravdu většina matek držet dítě v náruči při šití nástřihu hráze odmítá. Často mívám pocit, že v této chvíli některé z nich myslí více na sebe, než na své dítě. Je však třeba mít na mysli, že po prodělaném strachu a

bolestech není pro některé ženy jednoduché pocítit z vteřiny na vteřinu lásku. Porod vyvolá u každé ženy bouři emocí a tyto emoce jsou u každé ženy rozdílné. Požadovat na matce v této chvíli násilím pozitivní myšlení by bylo chybou a také především přání matky by mělo být personálem respektováno.

Přístup sester, které se věnovaly ošetřování novorozence po narození zhodnotila většina matek kladně. Jak již bylo zmíněno, některé z nich byly spokojené, ale měly pocit, že sestra neměla tolik času věnovat se dítěti a matce, jak by si samy představovaly. Nejčastějším důvodem byla skutečnost, že sestra musela odejít ošetřit dítě k dalšímu porodu anebo byla zaměstnána administrativou. Nabízí se otázka, jak by se k této problematice vyjádřily matky, rodící v malých porodnicích, kde má sestra více času se matce i dítěti věnovat. Mohu říci, že tvrzení, že na matku ani dítě nepospícháme, dáváme jí čas a prožíváme spolu s ní i otcem radost z narození dítěte (16) je i při sebevětší snaze v praxi někdy opravdu těžké splnit. Sama si však myslím, a matky mi toto i v rozhovorech samy potvrdily, že oproti srovnání s dřívější dobou se přístup k péči o novorozence i matku podstatně změnil a do popředí se dostává zejména respektování jejich individuálních potřeb.

S rozvojem moderní techniky a médií došlo také v poslední době k výraznému zvýšení možností informovanosti veřejnosti o veškerých otázkách, týkajících se péče o novorozence v prvních chvílích po narození. Přesto se překvapivě většina matek, se kterými byly uskutečněny rozhovory, o informace o nových postupech nezajímala v takové míře, jak jsem očekávala. Z šetření také vyplývá, že většinu informací, které matky o novinkách měly, získaly od svých známých či příbuzných, které rodily v nedávné době (tabulka 10). Tyto výsledky jsou dle mého názoru také ovlivněné tím, že ženy, které tvořily výzkumný vzorek, již nerodily poprvé, každá z nich měla nějakou zkušenost, tudíž se o informace, týkající se ošetřování novorozence na porodním sále, nezajímaly v takové míře, jako prvorodičky. Je také zřejmé, že více se o tyto informace zajímaly ženy s vyšším vzděláním, což jsem před zahájením rozhovorů s matkami předpokládala.

Z odpovědí dotazovaných matek také jasně vyplývá, že jako největší přínos v porovnání s dřívějším porodem považují možnost společného pobytu na porodním

sále s dítětem i otcem 2 hodiny po porodu (tabulka 11). Zejména matky, které mají již odrostlé děti a rodily v době, kdy dětská sestra novorozence po ošetření odnesla na oddělení, tuto možnost ocenily. Na společný pobyt na porodním sále navazuje společný a časově neomezený pobyt matky s dítětem na oddělení šestinedělí – tzv. systém rooming-in, který v současnosti umožňují již všechny porodnice v České republice (1). Tato možnost se ale většinou vztahuje na situace po normálním porodu, kdy jsou matka i dítě bez závažných komplikací (33, 35). Také možnost přítomnosti otce či jiného doprovodu u porodu většina matek udává jako přínos ve srovnání s dřívější dobou. S rozvojem „humanizačních metod“ v porodnictví začíná být v 70. letech role otce jako průvodce a ochránce ženy při porodu přehodnocena a porodní sály jsou pro otce zpřístupněny (29). Odborníci uvádějí, že přítomnost otce u porodu nemá pozitivní vliv jen na matku, ale vede i k intenzivnějšímu vztahu otec – novorozenec (13, 26, 29). Mohu potvrdit, že toto tvrzení je pravdivé, setkala jsem se však i se situací, kde otec u porodu byl pro matku spíše přítěží a stresujícím faktorem. Některé matky udávají, že záměrně z těchto důvodů otce k porodu nechtějí. Všechny dotazované matky však měly s přítomností otce u porodu kladnou zkušenost.

Z šetření také vyplývá, že matky, které rodily předchozí dítě v nedávné době, žádné výrazné změny v postupech ošetření novorozence nevnímaly. Může to být ovlivněno i tím, že některé výkony, jako je odsávání novorozence či jeho značení, matky nevnímají tak výrazně, jako přímý kontakt s novorozencem, a často tyto výkony přehlížejí.

Cílem bakalářské práce bylo mimo jiné také zjistit, co by samy matky změnily či přivítaly v péči o novorozence na porodním sále (tabulka 12). Matky, se kterými jsem hovořila o této problematice, měly různé názory. Rozdílnost představ byla ovlivněna především individualitou každé matky a rozlišným vnímáním celého procesu porodu. Lze také předpokládat, že názor matek bude ovlivněn průběhem porodu, jeho délkou a komplikacemi, neboť matka, která stráví na porodním sále delší dobu, je samozřejmě více vyčerpaná, a to může ovlivnit i její vnímání a hodnocení péče o dítě. Také momentální situace na porodním sále a počet přítomných rodiček určitě mohly ovlivnit

názory dotazovaných matek, což je zřejmé i z toho, že 3 ze 7 dotazovaných matek odpověděly, že by přivítaly, kdyby měl personál více času se jim a jejich dítěti věnovat.

Přesto, že Michel Odent, nejznámější žák Frédérica Leboyera, tvrdí, že dítě musí být umístěno okamžitě po porodu na břicho matky tak, aby mohlo být v kontaktu s „živým teplem její kůže“ (29), tři z dotazovaných matek by v tuto chvíli raději přivítaly možnost odpočinku. Domnívám se, že k této praktice jsou nakloněny spíše matky, které zastávají alternativnější postupy vedení porodu a péče o novorozence.

Některé z dotazovaných matek měly výhrady k průběhu příjmu do porodnice a i když toto téma úplně nesouvisí s přímou péčí o novorozence na porodním sále, přesto bych se chtěla o této problematice krátce zmínit. Některé porodnice praktikují způsob, kdy matka přijde sepsat předběžný příjem ještě před tím, než přichází k porodu. Při nástupu kontrakcí již pak nemusí být sepisována anamnéza a personál se tak může více věnovat samotné matce. Z rozhovorů s matkami vyplynulo, že některé z nich by tento systém přivítaly, neboť sepisování příjmu a podepisování souhlasů při porodních bolestech je doslova obtěžovalo. Některé dokonce udaly, že ani vlastně nevnímaly, co podepisují, protože se na to nesoustředily. Je jisté, že v tomto směru došlo určitě k velkým změnám v porovnání s minulostí, neboť legislativa si tato opatření žádá. Otázkou zůstává, jak tyto postupy vnímají matky, které přicházejí do porodnice většinou s bolestmi a svou pozornost mají zaměřují především na sebe a na své dítě.

Změna, kterou dotazované matky většinou hodnotily velmi kladně, se týkala značení novorozenců (tabulka 11). Podle názoru matek je současné značení novorozenců pomocí plastového náramku na zápěstí přehledné, náramek je nerozpojitelný a novorozenec není špinavý od barvy, jako tomu bylo dříve. Navíc většina novorozenců je v současné době ošetřována přímo na porodním boxe před zraky rodičů, sestra dítě nikam neodnáší, jak tomu bylo v dřívějších dobách a rodiče tak mají přehled o tom, co se s ním děje od samého začátku. Stejně tak pediatr vyšetřuje poprvé novorozence ještě na porodním sále před matkou či otcem, je-li přítomen u porodu, a ti mají možnost zeptat se na jakýkoliv dotaz lékaře přímo při vyšetření. Matky, které rodily před delší dobou, samy potvrdily, že své dítě viděly poprvé rozbalené až před odchodem z porodnice, nebo dokonce až doma.

Podle výpovědí matek byla také většinou kladná odezva ze strany otců, někteří z nich ocenili možnost pochovat si své miminko ještě na porodním sále, většina z nich přivítala to, že mohou celý proces ošetření novorozence pozorovat a také jej zdokumentovat. Na druhou stranu by některé matky přivítaly, kdyby mohl být otec přítomen již od příjmu po celou dobu porodu, jak tomu je v některých porodnicích (tabulka 12). Bohužel, toto není v českobudějovické porodnici možné, a to zejména z provozních a kapacitních důvodů.

Na základě provedeného výzkumu lze říci, že ve srovnání s dřívějšími způsoby matky současné postupy v ošetřování novorozence na porodním sále hodnotí ve většině případech jako přínos pro matku i dítě a tyto metody převážně akceptují. Z rozhovorů s matkami lze usoudit, že ve srovnání s minulostí převažují pozitiva nad negativy. Lze předpokládat, že pokud by výzkumné šetření proběhlo kvantitativní formou pomocí dotazníků a výzkumný vzorek by tvořilo více matek, mohly by být výsledky šetření rozdílnější.

6. Závěr

Prvním nádechem novorozence pro něj končí bezstarostný život v matčině těle, dítě se dostává do zcela jiného prostředí, než tomu bylo v děloze. Doba bezprostředně po porodu je pro novorozence přinejmenším stejně tak důležitá, jako předchozích devět měsíců. První seznámení dítěte s novým prostředím má pro jeho další vývoj velký význam, stejně tak jako způsob prvního ošetření a péče o novorozence v prvních hodinách po narození.

Ve své práci na téma „Nové metody ošetřování novorozence na porodním sále a jejich akceptace rodiči“ jsem se zabývala problémem, jak rodiče, zejména pak matky, akceptují nové způsoby a změny v ošetřování novorozence bezprostředně po narození, ke kterým v posledních letech dochází. Cílem práce bylo také porovnat tyto způsoby s minulostí a zjistit, zda matky v porovnání s minulostí vnímají změny jako negativní nebo přínosné. Cíl práce byl splněn, metodou kvalitativního výzkumu, který proběhl formou rozhovorů, byly zpracovány kazuistiky, kde matky popisují své názory na otázky, týkající se ošetřování novorozenců po narození a srovnávají je se svými zkušenostmi z předchozích porodů.

Z výsledků výzkumného šetření je možné odpovědět na výzkumné otázky: Co přinesl nový způsob ošetřování novorozenců na porodním sále z pohledu matek ve srovnání s dřívějším způsobem (pozitiva – negativa)? Z rozhovorů s matkami vyplývá, že z jejich pohledu nové způsoby ošetřování novorozenců na porodním sále ve srovnání s dřívějšími postupy přináší více pozitiv, než negativ. Druhá výzkumná otázka zněla: Akceptují rodiče nové způsoby ošetřování novorozenců na porodním sále? Z výsledků šetření lze konstatovat, že rodiče tyto způsoby ve většině případech akceptují.

Výsledky šetření jsou samozřejmě ovlivněny individuálními potřebami a názory dotazovaných matek a do jisté míry také jejich zkušenostmi z předchozích porodů. Z výsledků také vyplývá, že názory matek na dané téma také výrazně ovlivňuje momentální situace na porodním sále a časové možnosti personálu individuálně se každé matce a jejímu dítěti věnovat.

Výsledky bakalářské práce by mohly být, dle mého názoru, zajímavým tématem pro zamyšlení při práci sester a lékařů, kteří se na péči o novorozence bezprostředně po narození podílejí. Výsledky šetření mohou být využity ke zkvalitnění organizace a ošetrovatelské péče o novorozence na porodním sále, nebo alespoň jako inspirace při vytváření dalších nových postupů, která dává možnost nahlédnout do představ samotných matek. Současně by mohlo být přihlédnuto k názorům matek např. při modernizaci porodnic a umožnit matkám i jejich doprovodu k porodu společný pobyt již od přijetí do porodnice. Zajímavé by bylo i další výzkumné šetření s cílem zjistit, jak tyto změny v ošetrování novorozenců vnímají matky v rozdílných porodnicích.

V závěru práce byly na základě výzkumu stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Existují rozdíly v názorech na první ošetření novorozence na porodním sále u matek prvorodiček a u matek, které již rodily.

Hypotéza 2: Matky, které již rodily, mají více informací o postupech v ošetrování novorozence na porodním sále než matky, které rodí poprvé.

7. Klíčová slova

kontakt

matka

novorozenec

ošetřovatelská péče

sestra

8. Seznam použitých zdrojů

1. APERIO a kol. *Porodní příběhy: Rodíme se jen jednou*. 1. vyd. Praha: Smart Press, 2006. 264s. ISBN 80-87049-03-9.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a oš. péče*. 2. doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 328s. ISBN 80-70123-338-4.
4. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Ševret, 2006. 100s. ISBN 80-903183-9-8.
5. ČESKÁ NEONATOLOGICKÁ SPOLEČNOST, ČESKÁ PEDIATRICKÁ SPOLEČNOST, SLOVENSKÁ PEDIATRICKÁ SPOLEČNOST. *Neonatologický edukační program. Modul I-X*. Praha: T- Print, Třinec, 1996. 164s. ISBN neuvedeno.
6. DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, K.; PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 192s. ISBN 80-247-0399-8.
7. DORT, J. a spolupracovníci. *Neonatologie, Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2006. 101s. ISBN 80-246-0790-5.
8. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.

9. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. 87s. ISBN 80-7013-405-4.
10. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. 403s. ISBN 978-80-7013-447-4.
11. FUCHS, V., ZOBAN, P., TOMÁŠOVÁ, H., ČERNÝ, M. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. Praha: Karolinum, 2001. 328s. ISBN 80-246-0114-1.
12. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Čekáme dítětko*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 354s. ISBN 978-80-247-1489-9.
13. GREGORA, M. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 230s. ISBN 80-247-0854-X.
14. JEDKOVÁ, I., JURÍKOVÁ, L. Péče o fyziologického novorozence na porodním sále. *Sestra*. Praha: 2008, roč.18, č. 9, str.40-41. ISSN 1210-0404.
15. JURÁSKOVÁ, D. *Metodický návod k zajištění celoplošného novorozeneckého laboratorního screeningu a následná péče*. [online]. In Věstník MZ ČR, částka 6. [cit. 2009-11-23]. Dostupné z: < http://www.udmp.cz/ns/ns_files/6_2009.pdf >.
16. KLIMOVÁ, A. a kol. *Kojení –Dar pro život*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 104s. ISBN 80-7169-490-8.
17. KLÍMA, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 319s. ISBN 80-86432-38-6.

18. KREJČOVÁ, L. *Rozdělení perinatologické péče*. [online]. Stránky MZ ČR. [cit. 2009-10-11]. Dostupné z: <<http://mzcr.cz/Odbornik/Pages/385-vestnik-92003.html>>.
19. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 345s. ISBN 80-7169-195-X.
20. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCHMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-207-2.
21. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. 988s. ISBN 80-247-0668-7.
22. MACKŮ, F., ČECH, E. *Porodnictví pro SZŠ*. Praha: Informatorium, 2002. 144s. ISBN 80-86073-92-0.
23. *Miminko v porodnici*. [online]. 2009 [cit. 2009-11-08]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek_3224.htm>.
24. OBROVSKÁ, P. *Ošetření novorozence – komparativní studie Česká republika – Belgie*. [online]. Bakalářská práce (Bc). Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit.2009-11-15]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/176545/lf_b/BAK.PRACE.doc>.
25. PAULOVÁ, M. Značení novorozenců. Odborné stanovisko České neontologické společnosti ČLS JEP. *Česko-slovenská pediatrie*, 2006, roč. 61, č.12, s.710-711. ISSN 0069-2328.
26. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005. 414s. ISBN 80-7262-411-3.

27. PROKOP, M. a kol. *Resuscitace novorozence*. Praha: Grada, 2003. 56s. ISBN 80-247-0535-4.
28. *Přeočkování proti tuberkulóze – pro a proti* [online]. 2009 [cit. 2009-11-09]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/reockovani-proti-tuberkuloze-pro-a-proti/>>.
29. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 408s. ISBN 978-80-247-1941-2.
30. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. Brno: IDVPZ, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2.
31. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. 248s. ISBN 978-80-247-1613-8.
32. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. 403s. ISBN 80-7345-021-6.
33. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. Doplněné, rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Nuga, 2003. 400s. ISBN 80-85903-15-6.
34. TEUSEN, G.; GOZE-HANDEL, I. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 80s. ISBN 80-7178-753-1.
35. VELEMÍNSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton, 2007. 267s. ISBN 80-7254-929-0.

36. VOLF, V.; VOLFOVÁ, H. *Pediatric I*. 3. dopl. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 112s. ISBN 80-7333-021-0.
37. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovačelstve*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Martin: Osveta, 2005. 118s. ISBN 80-8063-193-X.

9. Přílohy

Příloha 1 – Rozhovor s matkami

Příloha 2 – Kontakt matky a dítěte skin to skin

Příloha 3 – Identifikační náramek

Příloha 4 – Výchřevné lůžko k ošetření novorozence

Příloha 5 – Hodnocení skóre dle Apgarové

Příloha 6 – Přiložení novorozence k prsu

Příloha 7 – Kartička k odběru krve na screeningové vyšetření

Příloha 8 – Informovaný souhlas zákonného zástupce

Příloha 1 Rozhovor s matkami

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Měla jste u předchozího porodu (předchozích porodů) manžela nebo jiný doprovod?
- 4) Před kolika lety jste rodila první (druhé..) dítě?
- 5) Ve které porodnici jste rodila předchozí dítě (děti)?
- 6) Měla jste u předchozího porodu (předchozích porodů) manžela nebo jiný doprovod?
- 7) Přivítala jste možnost přímého kontaktu s dítětem po porodu?
- 8) Vyžadovala jste položení dítěte na břicho formou „skin to skin“ těsně po porodu, nebo jste chtěla, aby dítě bylo již ošetřené a čisté?
- 9) Vadilo Vám, že Vaše dítě nebylo změřeno bezprostředně po narození na porodním sále?
- 10) Vyhovovalo Vám, že sestra přiložila dítě k prsu krátce po narození na porodním sále?
- 11) Chtěla jste své dítě držet v náruči i při šití nástřihu hráze, nebo vám to nevyhovovalo?
- 12) Vyhotovovalo Vám, že Vaše dítě bylo s Vámi na porodním sále 2 hodiny po narození, nebo byste raději přivítala, kdyby si jej dětská sestra odnesla?
- 13) Jak hodnotíte přístup sestry, která ošetřovala po narození Vaše dítě?
- 14) Máte pocit, že dětská sestra se Vám a Vašemu dítěti během pobytu na porodním sále dostatečně věnovala?
- 15) Měla jste předem nějaké informace o současných postupech ošetření novorozence na porodním sále?

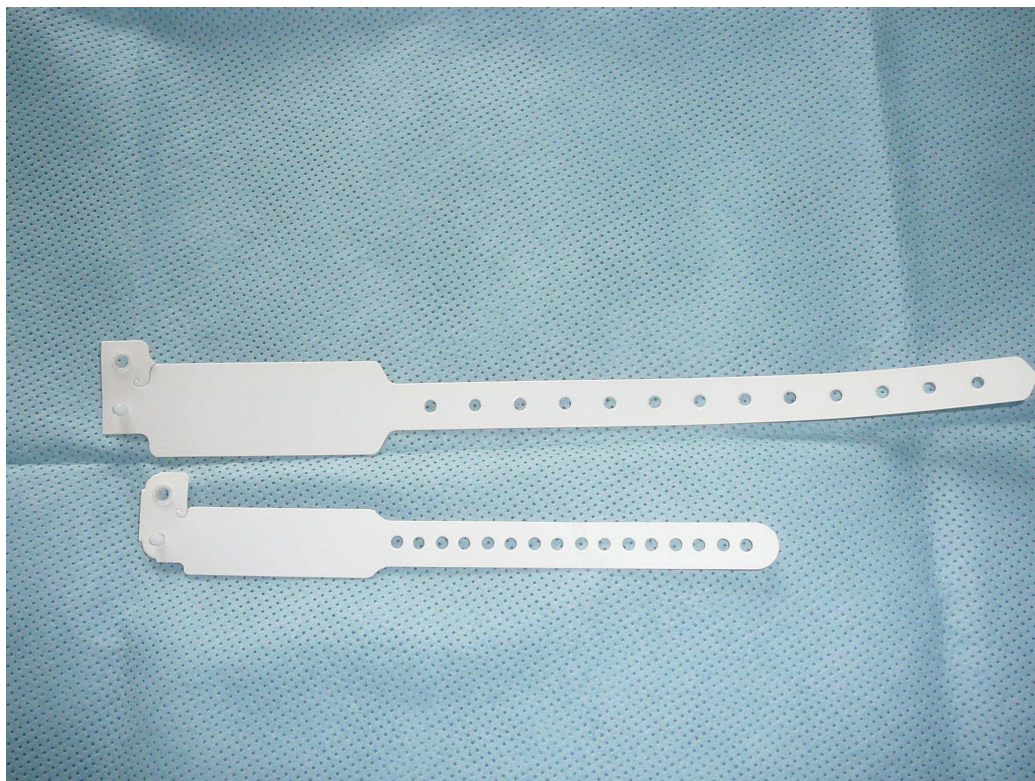
- 16) Co považujete ve srovnání s předchozím (předchozími) porody za největší přínos ve změnách ošetření novorozence na porodním sále pro Vás jako pro matku?
- 17) Změnila byste ještě sama některé postupy v péči o novorozence na porodním sále, přivítala byste ještě nějakou změnu?

Příloha 2 Kontakt matka a dítěte skin to skin



Zdroj: Vlastní

Příloha 3 Identifikační náramek



Zdroj: Vlastní

Příloha 4 Výchřevné lůžko k ošetření novorozence



Zdroj: Vlastní

Příloha 5 Hodnocení skóre dle Apgarové

Body	0b	1b	2b
Srdeční frekvence	chybí	pod 100/min	nad 100/min
Dechová aktivita	nedýchá	slabá, nepravidelná, lapavé dýchání	pravidelná, silný křik
Barva kůže	modrá nebo bledá	modré končetiny	růžová
Svalový tonus	chabý	snížený	dobrý, flexe končetin
Reakce na podráždění	bez reakce	naznačená	pláč

Zdroj: Sedlářová P. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii

Příloha 6 Přiložení novorozence k prsu



Zdroj: Vlastní

Příloha 7 Kartačka k odběru krve na screeningové vyšetření



LOT 6851809/91
Whatman 903
2012-10
SN 0464601

SN **0464601**

**Kartačku vyplňte před odběrem
Nedotýkejte se testovací zóny
Poškozenou kartačku nepoužívejte**

Požadavek (zaškrtnout): SKH: CAH: Jiný (vypsat): Odběr první:

Jméno novorozence Opakovaný:

<small>Jméno</small>	<small>Příjmení</small>
Rodné číslo, pojišťovna <small>(dítěle nebo matky)</small>	Porodní hmotnost <small>g</small>
Datum a čas narození <small>DD.MM.RRRR - HH:MM</small>	Datum a čas odběru <small>DD.MM.RRRR - HH:MM</small>
Kódové číslo odběru <small>Kód odběru (AAA) + pořadí odběru (000) - AAA000</small>	Praktický dětský lékař <small>Jméno, telefon</small>
Jméno matky <small>Jméno</small>	Příjmení
Telefon matky (rodiny) <small>Mobil i pevná linka</small>	Adresa matky (pobytu)
Odesílatel vzorku <small>Čitelné razítko, jmenovka, podpis</small>	



REF 10539735 Rev.1 LOT 6851809/91



Whatman GmbH
Hahnstraße 3,
37586 Dassel Germany

Příloha 8 Informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte

Informovaný souhlas zákonného zástupce dítěte

Souhlasím s provedením laboratorního screeningu (vyšetření ze suché kapky krve 3. den života) s cílem odhalit některá závažná vrozená onemocnění (vady) u mého dítěte.

ANO **NE**

Souhlasím s provedením vyšetření sluchu u mého dítěte zaměřeného na včasný záchyt nejčastějších vrozených postižení sluchu.

Byla jsem informována, jak se toto vyšetření provádí a že není pro mé dítě zatěžující.

ANO **NE**

Souhlasím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace mého dítěte, a to pouze v rozsahu nezbytně nutném. Tyto osoby jsou povinny o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly zachovávat mlčenlivost!

ANO **NE**

Souhlasím s použitím telefonního čísla pouze pro případ nutných informací ze zdravotnického zařízení v prvních dnech po propuštění dítěte.

ANO **NE**

Datum:

Hodina:

Podpis matky:

Jméno a podpis sestry nebo lékaře Neonatologického oddělení NCB, a.s.:

Potvrzuji tímto, že jsem byla poučena o provozu a zásadách ošetřování novorozenců

v systému rooming-in (ošetřování dítěte spolu s matkou).

Vyplnit až po přijetí na lůžkovou část neonatologického oddělení.

ANO **NE**

Datum:

Hodina:

Podpis matky:

Jméno a podpis sestry nebo lékaře Neonatologického oddělení NCB, a.s.:

Při propuštění je označení novorozence neporušené, údaje na identifikační pásce souhlasí:

Datum:

Hodina:

Podpis matky:

Podpis sestry:

Zdroj: Dokumentace Neonatologického oddělení Nemocnice České Budějovice