



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha sestry při adaptaci novorozence po porodu

Diplomová práce

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Monika Matýsová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2017



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Úloha sestry při adaptaci novorozence po porodu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 01. 08. 2017

.....

Podpis



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph. D. za odborné vedení diplomové práce, za její čas, cenné rady, za poskytnutí odborných materiálů a v neposlední řadě za její nesmírnou podporu, trpělivost a víru v to, že zadané téma práce s její pomocí zvládnou.

Děkuji panu ing. Karlovi Zemanovi, CSc. za podporu, trpělivost a ochotu pomoci při vypracování mé diplomové práce.

Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a tvořila zázemí.



Úloha sestry při adaptaci novorozence po porodu

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou role dětské sestry při adaptaci novorozence po porodu.

V teoretické části se věnujeme dostupným vědeckým poznatkům zaměřeným na průběh těhotenství, způsob vedení porodu (vaginální a operativní), na hodnocení poporodní adaptace novorozence a na kojení a jeho význam. Důležitou částí je zmapování úlohy dětské sestry v péči o novorozence s využitím klasifikačního systému NOC pro hodnocení jeho poporodní adaptace. Pro vypracování teoretické části diplomové práce byly použity české i zahraniční literární zdroje.

Prvním cílem diplomové práce bylo podrobné zmapování úlohy dětské sestry v poporodní adaptaci novorozence po fyziologickém a operativně vedeném porodu. Pro jeho řešení byly zvoleny dvě výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo, jaké hodnoty Apgar skóre vykazují novorozenci po fyziologickém a operativním porodu. Druhou výzkumnou otázkou bylo, jaká je úspěšnost prvního přiložení novorozence ke kojení do 30. minut po fyziologickém a operativním porodu.

Druhým cílem diplomové práce bylo ověření souboru klasifikačního systému NOC na hodnocení adaptace novorozence. Pro řešení byla stanovena poslední výzkumná otázka, jaký je názor dětských sester na použití klasifikačního systému NOC v rámci poporodní adaptace novorozence. Pro empirickou část výzkumu jsme zvolily kvalitativně-quantitativní strategii. Ke sběru dat bylo použito pozorování, individuální polostrukturované rozhovory se sestrami a písemné vyplnění formulářů NOC škály. Prvním výzkumným souborem bylo 10 novorozenců po fyziologickém - vaginálně vedeném porodu a 10 novorozenců po operativním porodu císařským řezem. Druhý výzkumný soubor tvořily 2 dětské sestry pracující s novorozenci v rámci poporodní adaptace v Nemocnici Jihlava.

Analýzou a interpretací získaných výsledků jsme zjistily, že novorozenci narození vaginálním porodem měli průměrné Apgar skóre 8,03 a novorozenci narození císařským řezem měli průměrné Apgar skóre 9,50. Průměrné hodnoty indikátorů v systému hodnocení NOC kódu **0118 Přízpůsobení novorozence** vykazovaly po vaginálně vedených porodech mírně horší výsledky. Námi sledovaný soubor dvou skupin novorozenců neodpovídal obecně očekávaným výsledkům. Novorozenci po císařském řezu jsou ohroženi rizikovými faktory, ale díky šetrné ošetrovatelské péči a šetrnému vedení porodu však k takovému ohrožení nedochází a proces poporodní adaptace může být úspěšný. U kódu **1000 Začátek kojení dítě** vykazovaly u vaginálně vedených porodů indikátory minimálně 8 krmení za den a spokojenosti kojenců po krmení lepší výsledky. U kódu **1001 Začátek kojení matka** průměrné hodnoty indikátorů odsávání prsu a spokojenost s procesem kojení výsledkově vycházely lépe ve prospěch novorozenců narozených vaginálně ve srovnání s novorozenci po císařském řezu. V otázce úspěšnosti prvního přiložení novorozenců ke kojení do třiceti minut po porodu vyplýval jednoznačně lepší výsledek ve prospěch novorozenců narozených vaginálně. Závěry získané našim výzkumem ve vztahu kojení dítěte matkou potvrzují jednoznačnou prospěšnost vaginálně vedených porodů pro úspěšnou adaptaci novorozenců. Významnou úlohu v hodnocení poporodní adaptace novorozence bezesporu hraje roli dětská sestra. Z výzkumu diplomové práce vyplývá, že klasifikační systém NOC je v rámci poporodní adaptace novorozence velmi dobře propracovaný až detailní v souvislosti se sledováním a následným zajištěním péče o novorozence. Plnohodnotné využití v současné praxi v nastaveném systému péče konkrétních zdravotnických zařízení, však není možné z důvodu nedostatečného personálního obsazení, provozu oddělení. Stávající systém dokumentace neposkytuje rezervy v péči o novorozence, tak jak by si klasifikační systém NOC zasloužil.

Klíčová slova

porod; novorozenec; adaptace novorozence; úloha sestry; NOC



The role of the nurse in the adaptation of the newborn after delivery

Abstract

This diploma thesis deals with the role of the child nurse in the adaptation of the newborn after delivery.

In the theoretical part we devote to the available scientific knowledge focused on the course of pregnancy, the way of giving birth (vaginal and operative), assessment of postnatal adaptation of the newborn, breastfeeding and its importance. The essential part is mapping the role of child nurse in newborn care using the NOC system to evaluate their postnatal adaptation. The Czech and foreign literary sources were used for the theoretical part of the diploma thesis.

The first aim of the diploma thesis was a detailed mapping of the role of the child nurse in postnatal adaptation of the newborn after physiological and operative delivery. Two research questions have been selected for its solution. The first research question was, what Apgar values the newborns show after the physiological and operative delivery. The second research question was the success of the first application of the newborn to breastfeeding within 30 minutes after physiological and operative delivery.

The second aim of this diploma thesis was to verify the classification of the NOC on the evaluation of the newborn adaptation. For the solution, a research question has been determined, what is the opinion of nurses on the use of the NOC classification system in postnatal adaptation. For the empirical part of the research we have chosen a qualitatively quantitative strategy. Observation, individual semi-structured interviews with nurses and written filling of NOC classification system forms were used for data collection. The first research group was 10 newborns after the physiological - vaginal delivery and 10 newborns after the operative delivery by Caesarean section. The second research group consisted of 2 child nurses working with neonates as part of postnatal adaptation in Hospital Jihlava.

Analyzing and interpreting the obtained results, we found out that newborns born by vaginal delivery had an average Apgar score of 8.03 and newborns born by Caesarean section had an average Apgar score of 9.50. The average values of the indicators in the NOC classification system code **0118 The adaptation of the newborn** showed slightly poorer results after vaginal deliveries. Two groups of newborns that we followed did not match the generally expected results. Newborns after the Caesarean section are threatened by risk factors, but due to careful nursing care and gentle childbirth, such a risk does not occur and the process of postnatal adaptation can be successful. In the NOC classification system code **1000 Beginning of breastfeeding child** showed the indicators at vaginal deliveries, at least 8 feedings per day and infant satisfaction after feeding, better results. In the NOC classification system code **1001 Beginning of breastfeeding mother** the average values of breast suction indicators and satisfaction with the breastfeeding process resulted better in favour of neonates born vaginally compared to neonates after Caesarean section. As regards the success of the first feeding of neonates to breastfeeding within 30 minutes after delivery, a clearly superior result was obtained for newborns born vaginally. The conclusions drawn from our research in relation to child breastfeeding by mother confirm the clear benefit of vaginal births for the successful adaptation of newborns. A child nurse undoubtedly plays an important role in the assessment of postnatal adaptation of the newborn. The research of the diploma thesis shows that the classification system NOC is very well sophisticated in the context of a newborn adaptation and it is even detailed in connection with the follow-up and subsequent provision of newborn care. Its full use in current practice in the established care system of particular healthcare facilities is not possible due to insufficient staffing of the department. The existing documentation system does not provide reserves for newborn care as the NOC classification system deserves.

Key words

Birth (delivery), newborn, newborn adaptation, the role of the nurse, classification system NOC

Obsah

Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 <i>Těhotenství</i>	13
1.1.1 Fyziologie těhotenství.....	14
1.1.2 Oplození.....	14
1.1.3 Fáze prenatálního období.....	15
1.1.4 Předporodní příprava	15
1.2 <i>Porod</i>	16
1.2.1 Fáze porodu.....	16
1.2.2 Fyziologicky vedený porod versus operativně vedený porod císařským řezem.....	18
1.2.3 Fyziologicky vedený porod	19
1.2.4 Operativní porod - císařský řez.....	20
1.3 <i>Novorozenec</i>	22
1.3.1 Klasifikace novorozence	23
1.3.2 Adaptace novorozence	24
1.3.3 První ošetření novorozence.....	26
1.3.4 Apgar skóre.....	27
1.4 <i>Kojení</i>	28
1.4.1 Mateřské mléko.....	29
1.4.2 Význam kojení	30
1.4.3 Význam kojení pro dítě.....	31
1.4.4 Význam kojení pro matku.....	31
1.4.5 Kontraindikace kojení.....	32
1.4.6 Úspěšné kojení.....	32
1.4.7 Raný kontakt	33
1.5 <i>Úloha dětské sestry v péči o novorozence</i>	33

1.5.1	Ošetřovatelství	34
1.5.2	Ošetřovatelský proces	34
1.5.3	Ošetřovatelství v pediatrii	35
1.5.4	Sesterské diagnostikování	36
1.5.5	Klasifikační systémy v ošetřovatelství	36
2	Cíle práce a výzkumné otázky	39
2.1	<i>Cíle práce</i>	39
2.2	<i>Výzkumné otázky</i>	39
3	Metodika výzkumu	40
3.1	<i>Metodika práce</i>	40
3.2	<i>Výzkumný soubor</i>	41
3.3	<i>Příprava a průběh výzkumného šetření</i>	41
3.4	<i>Operacionalizace pojmů</i>	42
4	Výsledky výzkumu	43
4.1	<i>Kazuistiky novorozenců vaginálně vedených porodů</i>	43
4.1.1	Kazuistika 1 Sofie	43
4.1.2	Kazuistika 2 Martin	46
4.1.3	Kazuistika 3 Nela	48
4.1.4	Kazuistika 4 Hana	51
4.1.5	Kazuistika 5 Jana	53
4.1.6	Kazuistika 6 Ondřej	55
4.1.7	Kazuistika 7 Jakub	57
4.1.8	Kazuistika 8 Vanesa	59
4.1.9	Kazuistika 9 Anna	62
4.1.10	Kazuistika 10 Dítě XY	63
4.2	<i>Kazuistiky novorozenců operačně vedených porodů – císařským řezem</i>	64
4.2.1	Kazuistika 11 Lukáš	64
4.2.2	Kazuistika 12 Jakub	66

4.2.3	Kazuistika 13 Kateřina.....	68
4.2.4	Kazuistika 14 Astrid	71
4.2.5	Kazuistika 15 David.....	73
4.2.6	Kazuistika 16 Lenka	75
4.2.7	Kazuistika 17 Vojtěch.....	76
4.2.8	Kazuistika 18 Martin	78
4.2.9	Kazuistika 19 Kateřina.....	80
4.2.10	Kazuistika 20 Eliška	81
4.3	<i>Souhrnné výsledky kazuistik</i>	84
5	Diskuze	90
6	Závěr.....	101
7	Seznam použitých zdrojů	102
8	Seznam tabulek.....	111
9	Seznam příloh.....	113
10	Seznam použitých zkratk	114

Úvod

Základní ošetrovatelská péče v dřívějších dobách nebyla specializována. Postupným vývojem poznání v lékařských oborech se začaly vyvíjet samostatné vědní oblasti i v ošetrovatelství. Zejména v průběhu 19. století došlo ve vývoji samostatné pediatrické disciplíny jako základního vědního oboru. Právě v 19. století se dítě stává středem pozornosti celé společnosti jako počátku lidského bytí na zemi. Objevuje se snaha systematicky sledovat vývoj dítěte od jeho narození jako východisko pro jeho výchovu a péči. Postupně se rozvíjela pediatrie jako samostatný medicínský obor, který se zabývá péčí o zdraví dětí ve společnosti, péčí o ohrožené a postižené děti a dále zkoumáním nemocí dětského věku. S tímto vývojem poznání v oblastech dětského lékařství je úzce spojeno ošetrovatelství, které souvisí se vznikem a vývojem profese dětské sestry. Dříve odborné ošetrovatelství pro děti neexistovalo. Při ošetrování a léčení dětí se dříve uplatňovaly zkušenosti získané pozorováním nemocných dětí doma nebo se uplatňovaly zkušenosti získané v péči o děti v nalezincích. Tím můžeme mezi první dětské sestry zařadit řádové sestry nebo civilní sestry, ale také k nim patří svobodné matky a osamělé ženy a vdovy, které pečovaly o děti v ústavech, nalezincích a jiných podobných zařízeních. Současná dětská sestra je pilířem v oboru dětského ošetrovatelství a má své nezastupitelné kompetence. Dětská sestra organizuje a řídí ošetrovatelskou péči zaměřenou na zdravé i nemocné děti počínaje novorozeneckým obdobím. Ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou. Cílem je zapojit rodinu do procesu výchovné a preventivní péče či do procesu léčení dítěte. Kompetence sestry v péči o děti jsou stanoveny ve Vyhlášce č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků. Významná je úloha dětské sestry v rámci poporodní adaptace novorozence. Poporodní období a zejména jeho průběh splňující potřeby matky a novorozence je rozhodující pro život a zdraví matky, tak pro zdraví jejího dítěte. Poporodní období a adaptace představuje kritickou přechodnou dobu pro matku, jejího novorozence a také jejich rodinu. Veškeré aspekty tohoto období po porodu musí zvládnout dětská sestra s vysokou profesionalitou, empatií, individuálním přístupem, na základě vysokých odborných znalostí a dlouhodobých zkušeností. Ošetřující sestra po převzetí novorozence po porodu od porodníka hodnotí jeho stav a kvalitu, provádí potřebné předepsané úkony a věnuje veškerou pozornost a péči jemu a matce. Část této problematiky řeší předkládaná diplomová práce. Prostřednictvím třech výzkumných otázek jsme se snažily zodpovědět

na stanovené cíle diplomové práce a to za prvé zmapovat úlohu dětské sestry v rámci poporodní adaptace novorozence po fyziologickém a operativně vedeném porodu a za druhé ověřit soubor vybraných indikátorů klasifikačního systému NOC na hodnocení poporodní adaptace novorozence.

1 Současný stav

Teoretická část předkládané diplomové práce se zabývá současnou úrovní poznání lékařské a ošetrovatelské vědy na průběh těhotenství a porod. Stěžejní část shrnuje současné názory na hodnocení adaptace novorozence na nové prostředí včetně významu úspěšného kojení pro dítě a matku. A další nedílnou součástí je role dětské sestry v ošetrovatelském procesu s přijatými klasifikačními systémy.

1.1 Těhotenství

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života“

Frederick Leboyer

Těhotenství (gravidita) je stav, kdy se v těle ženy vyvíjí plod. Uvedené období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Trvání těhotenství dělíme na období oplození (fertilizaci), implantaci (zanoření), nidaci (uhníždění) a vývoj plodového vejce. Přejdem z nitroděložního života do mimo mateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec. Těhotenství dělíme na plánované, neplánované a někdy dokonce nechtěné. Plánované těhotenství představuje cílené jednání obou partnerů. Důležitá je fyzická i psychická příprava nejen matky, ale i budoucího otce (Roztočil, 2008).

Těhotenství vždy znamená podstatnou změnu, jak z pohledu fyzického tak i psychického statusu ženy. V postoji k těhotenství se promítá osobnostní vlastnosti ženy, citové prožívání, dřívější a aktuální konflikty, frustrace, porovnání s vlastním obdobím dětství a dospívání, postoj ke své ženské a mateřské roli, vztah k partnerovi, tělesná i psychická zralost, sociální a ekonomická situace (Fedor-Freybergh, 2013). Ratislavová (2008) uvádí, že těhotenství může být samo o sobě zdrojem úzkosti, buď jejich počátkem či zintenzivnění již existujících úzkostných poruch. Rozlišujeme tři základní činitele strachu a úzkosti těhotné ženy. Úzkost vztahující se k těhotenství a porodu, úzkost týkající se očekávané péče o dítě a úzkost jako psychopatologický symptom. Jak uvádí Mikulandová

(2004), je důležité, aby si nastávající rodiče uvědomili, že dítě obrátí jejich životy vzhůru nohama a že budou nuceni podřídit svému dítěti své osobní zájmy, potřeby a zvyklosti. Neplánované těhotenství často přináší pro oba partnery překvapení provázené zvýšenými obavami, zvláště pokud jsou v tíživé finanční situaci. Podle Stoppardové (2001) by si měly ženy, které mají strach o svou kariéru, zajistit vhodné podmínky v pracovním procesu, tak aby strach neovlivnil vnímání těhotenství a následné přijetí dítěte.

1.1.1 Fyziologie těhotenství

Těhotenství zatěžuje mateřský organismus tím, že je potřeba zabezpečit výživu rychle se vyvíjejícímu plodu. Této potřebě se organismus těhotné ženy přizpůsobuje změnami řady fyziologických funkcí vyvolaných jednak hormonálními podněty z mezimozku, ale i podněty z fetoplacentární jednotky. Některé z funkčních změn mohou kvalitativním nebo kvantitativním vystupňováním přejít v chorobné stavy nebo poruchy. U většiny žen je nápadný nárůst hmotnosti. Je způsoben růstem plodu, zvětšováním dělohy, přibýváním amniové tekutiny, růstem prsů a někdy i zvyšováním množství zásobního tuku. Zvýšená chuť k jídlu je způsobena částečně hormonálně, ale především odběrem živin plodem (Macků, 1998). Podle Gaskin (2010), výživa těhotné ženy je první způsob, jak se žena stará o své nenarozené dítě. Strava má být kvalitní s dostatečným přísunem základních živin, vitamínů a minerálních látek, zejména vápníku a železa. Neměl by však zbytečně převyšovat příjem živin, zejména tuků a sacharidů, které neobsahují biologicky aktivní látky.

1.1.2 Oplození

Oplozením nazýváme spojení mužské a ženské pohlavní buňky. Nejčastěji k němu dochází v ampulární části vejcovodu, kde se spojí vajíčko (oocyt) a mužská zárodečná buňka spermie (spermatozoa). Při pohlavním styku dochází u mužů k ejakulaci a spermie putují do děložního hrdla ženy. Řasinkový epitel v děložní dutině podporuje pohyb spermií směrem k vejcovodu (Roztočil, 2008). Podle Rokyty (2016), dojde k oplození má-li žena zrovna ovulaci a zralé vajíčko je vyplaveno a zachyceno ve vejcovodu, a dojde-li k jejich setkání se spermii. Pohlavní buňky (oocyty a spermie) se liší od ostatních buněk těla tím, že mají haploidní, poloviční počet chromozomů, tedy 23. Ve vajíčku se nachází 22 somatických chromozomů a 1 pohlavní chromozom X, spermie obsahuje 22 chromozomů a 1 pohlavní chromozom X nebo Y. Spermie tedy určuje

pohlaví plodu. Vznikne-li spojením kombinace XX - jedná se o pohlaví ženské, XY – plod mužského pohlaví. Jak uvádí Čech (2006), při oplodnění splývá vajíčko a spermie a obnovuje se diploidní počet 46 chromozomů, které obsahují genetický kód jak od matky, tak od otce. Spermie jsou schopny oplodnit vajíčko do 24-72 hodin a potom zanikají. K oplození oocyty je potřeba pouze jedna spermie. Před proniknutím spermie do vajíčka dochází ke kapacitaci, kdy pronikne hlavička spermie do oocyty a bičík zůstává mimo vajíčko, tím znemožní průnik dalším spermii. Jádro spermie se spojí s jádrem vajíčka a vznikne oplodněné vajíčko, zygota. Zygota obsahuje mateřské a otcovské chromozomy, tedy 46 chromozomů (46 XX nebo 46 XY). Zygota se následně začne dělit, rýhovat a postupně vytvoří morulu. Během dělení nastává posun oplodněného vajíčka (migrace) vejcovodem do děložní dutiny nazývaného blastocysta. Embryonální pól blastocysty se zanoří, niduje do deciduální sliznice děložního těla, kde rozpouští endotel mateřských cév a dostává se do kontaktu s mateřskou krví. Proces nidace je ukončen 11. den po oplodnění. V blastocystě se tvoří dvě odlišné vrstvy buněk, embryoblast, pro vznik plodu a zevní trofoblast, pro vznik placenty a plodových obalů.

1.1.3 Fáze prenatálního období

První fází tohoto období je **zárodečné období**. V tomto období dochází k tvorbě tří zárodečných listů (ektodermu, mezodermu a endodermu). Ektoderm tvoří základ pro budoucí kůži, mozek, smyslové orgány a nervový systém. Z mezodermu se vytváří krev, svaly a vylučovací systém. Endoderm je základ pro ostatní budoucí orgánové systémy. Na konci zárodečného období, okolo 3. týdne, vzniká nervová trubice, která vytváří základ pro nervový systém. Druhou fází je **embryonální období**. Toto období trvá od 4. do 12. týdne a vytváří se v něm všechny hlavní orgánové soustavy. Toto období je náchylné k vrozeným vývojovým vadám plodu. Třetí fází je **fetální období**. V tomto období, trvajícím od 12. týdne až do narození dochází k dokončení vývoje orgánových soustav a některé již začínají fungovat (Kelnarová, 2010).

1.1.4 Předporodní příprava

Předporodní neboli psychoprofylaktická příprava těhotných žen je určitý vzdělávací systém, který má svá specifika. U nás v ČR se začala rozšiřovat až po roce 1949. Tyto předporodní kurzy jsou nejčastěji realizovány ve větších nemocnicích (Bašková, 2015). Každý kurz se skládá z několika lekcí, které se mohou od sebe lišit v obsahu i kvalitě

(Takács, Sobotková, Šulová et al., 2015). Základem je připravit nastávající rodiče na rodičovskou roli. Náplň předporodních kurzů má být komplexní, odborně zpracovaná, ucelená a přednášena kvalifikovanými odborníky (Wilhemová, 2014). Předporodní příprava je nadstandardní služba, kterou si hradí sami nastávající rodiče. Dle Mydlilové (2008) poskytnutí základních informací by mělo být standardem všech zdravotnických zařízení.

1.2 Porod

Porod je otevření. Otevírá ženino tělo, ale také srdce a mysl.

Laurie Fremgenová

Porod je zázrak a přitom narození člověka je přirozený jev. Denně se na Zemi narodí čtyři sta tisíc dětí. Devět měsíců se v matčině těle vyvíjí malý človíček, který se jednoho dne „musí narodit“. Jak uvádí Marek (2002), pokud budeme brát život jako proces, je porod jeho důležitým mezníkem, je jeho začátkem. Je to zrození nového života a začátek nové životní cesty. Francouzský legendární porodník Michael Odent tvrdí: „ *Porod není zážitek na pár hodin, ale na celý život.* “

Dítě se na svět rodí složitým porodním mechanismem. Působením děložních stahů – kontrakcí dochází k otevírání porodních cest. Následkem těchto stahů plod vstupuje do porodních cest. Aby plod prostoupil těmito pro něj těžkými cestami, musí rotovat a hledat si nejvhodnější polohu. V závěru porodu se k děložní činnosti připojuje další síla, která pomáhá vytlačit dítě z porodních cest. Je to břišní lis, aktivní síla rodičky při porodu (Marek, 2002).

1.2.1 Fáze porodu

Průběh porodu je členěn na několik fází, které jsou nazývány porodní doby. Podle Gregory (2011) je tomu tak proto, že každá fáze je něčím jedinečná a charakteristická.

První doba porodní

První doba porodní se také nazývá fází otevírací. V této fázi porodu pociťuje žena pravidelné kontrakce, které vedou k otevírání porodních cest. Intenzita bolestí se postupně zvyšuje, interval kontrakcí se zkracuje. Dochází k odchodu hlenové zátky, k odtoku plodové vody a plod vstupuje do porodních cest. První doba porodní je nejdelší fází z celého porodu. U prvorodiček trvá přibližně 8-12 hodin, u více rodiček se zkracuje na 4-8 hodin. Podle Roztočila (2008) končí první doba porodní úplným rozevřením porodních cest, takže již není žádná bariéra mezi dutinou děložní a pochvou.

Druhá doba porodní

Podle Roztočila (2008) je druhá doba porodní označována jako doba vypuzovací. Tato doba porodní začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Během této doby rodička pociťuje nutnost zapojit břišní lis k vypuzení dítěte z porodních cest. Tento pocit způsoben tlakem sestupující hlavičky na nervové pleteně pánevního dna. V anglické literatuře je proces prořezávání hlavičky poševním vchodem označován termínem crowning (Bledsoe, 2013). Tato fáze porodu je již podstatně kratší, na rozdíl od předchozí doby. U více rodiček trvá většinou minuty, u prvorodiček může trvat do 30 minut. Žena v této fázi zaujímá nejvýhodnější polohu, za použití břišního svalstva, tzv. břišní lis. V případě, že se hráz na tolik napíná, bledne a leskne se, hrozí nebezpečí poranění, provádí se episiotomie – nástřih hráze. Tento zákrok uvolní napětí hráze způsobené tlakem hlavičky dítěte. Bezprostředně po porodu nemusí být proveden podvaz pupečníku. Podle doporučení Guidelines 2015 je vhodné u fyziologického novorozence provést podvaz pupečníku po uplynutí jedné minuty od porodu. Výhodou tohoto postupu je snížení rizika intraventrikulárního krvácení, nižší potřeba transfuzí a nižším výskytem nekrotizující enterokolitidy. Jediný negativní důsledek je zvýšená hladina bilirubinu, která přináší prodloužení doby fototerapie (Emergency Cardiovascular Care). Podle Behinové (2012) dostává matka po porodu své dítě na břicho, což je důležité v navázání prvního tělesného kontaktu nebo dostane dítě až po jeho ošetření.

Třetí doba porodní

Porodem dítěte začíná třetí doba porodní, která končí porodem placenty a plodových blan a pupečníku. Krátce po porodu dítěte začne žena pociťovat slabé kontrakce a lékař či porodní asistentka podle známek projevu posoudí, zda je placenta odloučená. Žena je vyzvána k zatlačení, při kterém placenta a plodové obaly vyjdou ven a tím dochází

k retrakci dělohy, což je mechanismus zástavy poporodního krvácení. Doba trvá nejčastěji mezi 5-20 minutami, nejdéle však jednu hodinu. Tato část porodu už není zdaleka tak nepříjemná a bolestivá, jako předchozí fáze. Důležitá je kontrola placenty, zda je celá a v děloze nezůstaly její zbytky nebo plodové obaly. Lékař vyšetří ženu v porodnických zrcadlech, čímž diagnostikuje poporodní poranění, které je v případě potřeby pod vlivem analgetik ošetřeno vstřebatelným šicím materiálem, který během několika dní sám vypadne (Gregora, 2013).

Čtvrtá doba porodní

Čtvrtá doba porodní je dobou poporodní. Jedná se zhruba o první dvě hodiny po porodu, které rodička tráví ještě na porodním sále. Vlivem kojení a dalších mechanismů dochází k dalšímu zavinování dělohy. Žena v této fázi odpočívá po náročném fyzickém výkonu a užívá si většinou společně s partnerem prvních kontaktů s novorozeným děťátkem. Během této doby je důležité sledovat poporodní krvácení, celkový stav rodičky i novorozence (Gregora, 2011).

„Porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává dobře a snadno jako jinou tělesnou funkci a k němuž, pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete. Mnohé případy z novodobých dějin, kdy žena rodí bez jakékoliv pomoci – a přitom úspěšně – i v kulturních poměrech, ale i skutečnost, že ženy z takzvaných nižších vrstev rodí většinou mnohem snáze než ženy ze zámožných a rozmazlených kruhů, jen potvrzují zprávy většiny vědců a cestovatelů, že přírodní žena rodí lehce.“

S. K. Neumann

1.2.2 Fyziologicky vedený porod versus operativně vedený porod císařským řezem

V posledních letech se setkáváme se dvěma protichůdnými směry v názorech rodiček a jejich blízkých na vedení porodu. Jeden z nich je návrat k přirozeným porodům, prosazovány jsou porody doma, bez lékařského vedení, bez tlumení porodnických bolestí, bez jakýchkoli podaných léků. Druhým extrémem je nedůvěra k přirozeným porodům a snaha přivést na svět dítě císařským řezem z nemedicínské indikace. Důvodem může být strach z bolesti, obava o poškození dítěte porodním dějem či změny anatomie porodních cest (Vysloužil, 2011).

1.2.3 Fyziologicky vedený porod

Vaginálně vedený porod je fyziologický přírodní děj. Ze strany matky jde o lepší, méně bolestivou a rychlejší rekonvalescenci v období šestinedělí. Je menší riziko tromboembolické nemoci, infekce a krevní ztráty. Významnou skutečností je i absence viditelné jizvy v podbřišku. Ze strany donošeného novorozence je přirozený porod prospěšný. Průchod porodním kanálem má příznivý vliv u novorozence na imunitní systém a dozrání plicní tkáně (Vysloužil, 2011).

Mezi fyziologicky vedený porod je možné zařadit i alternativní porod, který je přirozený, aktivní, ohleduplný a zohledňující potřeby matky. Alternativním porodem se označuje jiný způsob porodu, než je standardní průběh u ženy v poloze na zádech s aktivním vedením porodu lékařem v porodnici. Ke snahám o alternativní přístupy přispěla snaha o zmírnění stresových vlivů z nemocničního prostředí a vnímání porodu, jako lékařského zákroku. Důležité je vnímání šíře pojmu alternativní porod. Někteří si pod tímto pojmem představují alternativní přístup k porodu v rámci porodnice. Jiní si představují porody bez lékařského dohledu, například porod doma. Dnes již existuje mnoho způsobů, jak přivést dítě na svět a žena si vybírá takový způsob, který jí připadá nejlepší (Behinová, 2012).

Zásadou je fyziologicky probíhající těhotenství a dokončený 38. týden gravidity. Musí se jednat o jedno četné těhotenství, plod v poloze podélné hlavičkou. Oba rodiče absolvují přípravný předporodní kurz s porodní asistentkou, včetně prohlídky porodního sálu. S rodičkou by mělo být dohodnuto holení a klyzma. Alternativou je aplikace Yalu bez holení nebo pouze v místě nástřihu. Porodní pokoj by měl být vybaven nábytkem imitující domácí obývací pokoj s postelí, křeslem apod. Součástí tohoto pokoje by měla být vana, WC a sprcha, audiovizuální technika a telefon. Zdravotnická technika, pomůcky potřebné k porodu, je ukryta ve skříňkách. Osvětlení pokoje je tlumené, doprovázené tichem nebo reprodukcí tlumené hudby. Přítomnost otce nebo jiné blízké osoby je žádoucí, neboť zvyšuje pocit bezpečí rodičky a snižuje pocit strachu a bolesti. Matka lépe překonává stres, je menší nebo žádná potřeba analgezie. Otec nebo blízká osoba určená jako doprovod rodičky musí být informováni a seznámeni se všemi zamýšlenými postupy (Behinová, 2012).

Poloha na zádech není nejvhodnější polohou při porodu. Snižuje se krevní průtok dělohou, klesá krevní tlak. Přirozenější je vertikalizme rodičky. Vstoje se zvyšuje uterospinální úhel a upravuje se vztah mezi dlouhou osou plodu a osou pánevního vchodu. Gravitace přidává k tlaku dalších 30-35 torrů, což stimuluje Fergussonův reflex, zesiluje

kontrakce, které jsou silnější a efektivnější. Při chůzi rodičky se mění pánevní rozměry, chůze přispívá k rotaci a progresi hlavičky. V poloze na kolenou a loktech může dojít vzácněji k abnormální rotaci zadních postavení. Nejpřirozenější je poloha v podřepu, předklon s oporou, „na všech čtyřech“, na boku s elevací jedné dolní končetiny (Roztočil, 2008). Taktéž jako fyziologicky vedený porod je myšlený porod do vody. Je to takový způsob vedení porodu, kdy vypuzovací fáze II. doby porodní probíhá pod úrovní vodní hladiny (Gogela, Vebera, 2009). U nás je zatím méně obvyklý a názory odborníků a veřejnosti se různí. Někteří tvrdí, že je přirozený, druzí tvrdí pravý opak. Záleží tedy na ženě, zdali se pro tento způsob rozhodne. Porod do vody může proběhnout jen za určitých indikací. Žena má bezproblémové těhotenství s jedním plodem v poloze podélné hlavičkou. Dle zastánců je porod do vody příjemnější a rychlejší. Avšak obnáší i nevýhody a jistá rizika a to především ze strany porodníků, kdy je obtížné sledovat průběh porodu a v případě komplikací není dostatečný časový prostor na jejich řešení (Behinová, 2012). Dle Hájka et al.(2014), nikde v historii není zmínka o porodu člověka do vody. Nicméně pobyt člověka ve vodě je příjemný, uklidňující a tedy akceptovatelný.

1.2.4 Operativní porod - císařský řez

Císařský řez neboli lat. sectio caesara je nejčastější porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní. Tato operace je prováděna v případech, kdy by vaginální porod byl rizikem poškození zdraví, nebo smrti pro matku, plod/ novorozence, nebo obou (Leifer, 2004; Roztočil, 2008). Na rozdíl od vaginálních operací, které se ukončují až v závěru druhé doby porodní, císařský řez se provádí již dříve. Tato chirurgická operace je v historii porodnictví jedním z nejstarších – první zprávy sahají až do starověku (Čech et al., 2006).

Původ názvu císařský řez není zcela jasný. Z Pliniovy knihy *Historia naturalis* vyplývá, že slovo císař (caesar) pochází ze slova řezati (caedere), protože císař byl z matčina těla vyříznut. Celá operace se nazývá císařským řezem ne proto, že by byla neobyčejná, císařská, ale proto, že je při ní rozříznuto břicho matky a z něj vyňat plod. Indikace k provedení císařského řezu jsou akutní (urgentní), nebo plánované (elektivní) ze strany matky, plodu nebo kombinovaná indikace (Roztočil, 2017).

Straňák (2017) uvádí dvě základní rozdělení příčin zvýšené frekvence císařských řezů. Indikace císařského řezu v průběhu těhotenství a v průběhu porodu. Vlivem císařského řezu na vývoj dítěte dochází k pozdní iniciaci kojení, předčasného ukončení kojení, nízké

hladiny krevního cukru, zvýšené hladiny bilirubinu, zvýšenému výskytu alergických, astmatických onemocnění a porušení poporodní adaptace novorozence.

Indikací k ukončení těhotenství císařským řezem je nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami, patologické procesy v malé pánvi, pooperační stavy, závažné vrozené vývojové vady dělohy a získané vady, porodnické krvácení, patologie naléhání plodu (vysoký přímý stav, asynklitizmy, naléhání hlavičky čelem nebo obličejem, příčná a šikmá poloha, poloha podélná koncem pánevním, naléhání kolénky, nožkami, primipara, hmotnost plodu menší než 1500 gramů a větší než 3800 gramů, velký plod 4 500 gramů a při sdružené indikaci jak je tomu v případě diabetes mellitus, nebo u staré primipary (35 let a výše) 4 000 gramů, primární kontraindikace použití břišního lisu (rozsáhlé břišní hernie), stav po prodělaném eklamptickém záchvatu, medikamentózně nekorigovatelná preeklampsie (TK vyšší 160/110), akutní a chronické stavy u matky (indikace hraničního oboru), vícečetné těhotenství (dvojčata kromě PPH obě a PPH a PPKP, všechny další kombinace poloh, úmrtí jednoho z dvojčat při životaschopnosti druhého, gemini mono-choriati monoamniati po 34. týdnu gravidity, srostlice), karcinom v malé pánvi matky, infekce matky (HIV), chorioamnionitida při životaschopnosti plodu, nepostupující porod (3 hodiny perzistující nález při pravidelných děložních kontrakcích), akutní a chronická hypoxie plodu, prolaps pupečníku, neproditelná vrozená vývojová vada u plodu, Rh inkompatibilita (neúspěšná konzervativní léčba, zhoršující se stav plodu, nesplněné podmínky vedení porodu per vias naturales), prodloužené těhotenství po dvou neúspěšných pokusech o indukci, jizva na děloze (stavy po metroplastice, myomektomii zejména s peroperačním průnikem do dutiny děložní, stavy po předchozím císařském řezu – jde o sdruženou indikaci), nekomplikovaný císařský řez v anamnéze s neopakující se indikací není indikací k iterativnímu císařskému řezu, 2x neúspěšná indukce porodu, selhání extrakční operace (porodnické kleště, vakuumextraktor), zatížená porodnická anamnéza (komplikovaný předchozí porod s perinatálním úmrtím plodu/novorozence, dočasný nebo trvalý handicap dítěte, masivní porodnické poranění nebo krvácení a jiné), psychologické indikace – nadměrné obavy matky o dobrý zdravotní stav novorozence porozeného přirozenou cestou, obavy matky z porodních bolestí a dalších komplikací za porodu. Obavy těhotné z časných a pozdních poporodních komplikací, císařský řez na umírající a na mrtvé rodiče (Roztočil, 2017).

Kromě běžných rizik a komplikací na mateřské a fetální úrovni klasifikujeme komplikace císařského řezu na anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační.

Z neonatologického hlediska se jedná o poranění novorozence skalpelem při intimní apozici naléhající části plodu (hlavička, hýždě) na dolní děložní segment. K dalšímu poranění může dojít při extrakci nezralého plodu, kde poranění je přímo úměrné nezralosti plodu. Může dojít k poranění hlavičky a intrakraniálních struktur, parenchymatózních orgánů a končetin. Více ohrožen je plod, který je extrahován z polohy podélné koncem pánevním nebo z polohy příčné. Z pozdních komplikací dítěte porozené císařským řezem jsou zejména alergická kožní onemocnění a astma. Udává se také zvýšený výskyt diabetu (Roztočil, 2017).

Leifer (2004) uvádí, že v roce 1995 na celkový počet porodů připadlo 22 procent porodů císařským řezem. Podle Roztočila (2017), v posledních 30 letech dochází celosvětově k znepokojivému nárůstu počtu císařských řezů. Mluví se o epidemii císařských řezů. Jejich provádění je často neindikované, nezlepšují perinatální výsledky a naopak zvyšují mateřskou mortalitu a morbiditu. Před 2. světovou válkou byla frekvence císařských řezů v ČR 1 procento. V roce 2015 byla frekvence císařských řezů 26,3 procent, což znamená, že každé čtvrté dítě bylo porozeno abdominální cestou.

1.3 Novorozenec

Život je plamen, který vždy dohoří do konce a rozžehne se znovu pokaždé, když se narodí dítě. George Bernard Shaw

Příchod dítěte na svět je nádherným okamžikem pro celou rodinu (Gregora, Velemínský, 2011). Novorozeneckým obdobím se zabývá speciálně vyčleněný medicínský obor – neonatologie. Neonatologie věnuje péči o novorozence v široké škále od zdravých donošených novorozenců přes novorozence s chorobnými stavy, vrozenými vývojovými vadami až po novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností (Dort, 2011).

V České republice představuje fyziologický novorozenec 90% všech narozených dětí. Jedná se o děti s dobrou poporodní adaptací, narozené v termínu a s optimální porodní hmotností. Porodem dochází k osamostatnění organismu, novorozenec prochází významnými změnami v systémech životně důležitých jako je dýchací ústrojí, oběhový systém a činnost centrální nervové soustavy (Sedlářová, 2008).

Jak uvádí Velemínský (2009), novorozenecký věk je období od narození, respektive od přestřížení pupečníku do ukončeného dvacátého osmého dne postnatálního života.

Novorozenecké období dělíme na užší novorozenecké období, které trvá do sedmého dne po porodu a širší novorozenecké období od sedmého dne života do ukončeného dvacátého osmého dne postnatálního období. V tomto období se mění životní podmínky jedince. Novorozenec prochází jedním z nejnáročnějších období života. V tomto krátkém čase se odehrává spousta procesů, které se již v životě neopakují (Fendrychová, 2011). Matka s dítětem komunikuje od začátku jeho vývoje. V časném novorozeneckém věku dochází k synchronizaci nebo naopak k asynchronizaci mezi dítětem a matkou. Navzájem vysílají signály, které mají dle stavu matky či dítěte patřičnou odezvu. Z pozitivního pohledu mezi matkou a dítětem dochází k lepšímu porozumění a upevňování citového pouta (Šulová, 2010).

Muntau (2014) uvádí, že v užším novorozeneckém období, které končí do sedmého dne po porodu, dochází k převratným změnám. Novorozenec se přizpůsobuje novému zevnímu prostředí a především změnám v krevním oběhu, dýchání a příjmu potravy.

Porodní asistentka či porodník po ukončení druhé doby porodní položí novorozence matce na břicho. U porodu je přítomna dětská sestra, která převezme novorozence a zabalí do vyhřáté pleny. Jakmile dojde k dotepání pupečnicku, po té porodník či přítomný otec u porodu přestříhne zabezpečenou pupeční šňůru a novorozenec se přizpůsobuje na nové zevní prostředí (Gregora, Velemínský, 2013).

1.3.1 Klasifikace novorozence

Novorozence lze hodnotit z několika prognostických hledisek, a to gestační věk, porodní hmotnost a jejich vzájemný vztah. *Gestační věk* neboli stáří těhotenství se stanovuje dle anamnestických údajů, které se odebírají v průběhu těhotenství, a to je datum poslední menstruace, prvních pohybů plodu a dle ultrazvukových vyšetření. Fyziologické, donošené těhotenství trvá 40 týdnů ode dne první menstruace (Dort, 2011). Donošený novorozenec přichází na svět v předpokládaném termínu porodu, a to tři týdny před a dva týdny po termínu porodu (37+0 až 41+6) dokončených týdnů a dnů. Nedonošený novorozenec je narozený před uplynutím 37 týdnů těhotenství, tedy do 36+6 dokončených týdnů a dnů. Přenošený novorozenec je narozený po uplynutí 42 týdnů těhotenství, tj. od 42+0 dokončených týdnů a dnů. Dalším klasifikačním parametrem hodnocení novorozence je *porodní hmotnost*. Novorozenec s normální porodní hmotností váží 2500 g až 4499 g. Makrozomní novorozenec dosahuje váhy 4500 g a vyšší. Naopak novorozenci s nižší porodní hmotností mají méně než 2500g, novorozenci s velmi nízkou

porodní hmotností dosahují méně než 1500 g a pouze méně než 1000 g váží novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností (Dort, 2013). Další klasifikační hledisko v hodnocení novorozence je *vztah porodní hmotnosti ke gestačnímu věku*. Fyziologický novorozenec je v tomto hodnocení eutrofický neboli proporcionální, což znamená, že stav výživy odpovídá gestačnímu věku. Hypertrofičtí novorozenci mají porodní hmotnost vyšší, než odpovídá gestační věk (nad 95. percentil). Další skupinou jsou hypotrofičtí novorozenci, kteří mají porodní hmotnost nižší, než odpovídá jejich gestační věk (pod 5. percentil). U donošených, nedonošených a přenášených novorozenců se může vyskytnout jak hypotrofie či hypertrofie (Sedlářová, 2008). Jak uvádí Dort (2013) je hodnocení novorozence pro hypotrofii pod 10. percentilem a hypertrofii novorozence popisuje nad 90. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku.

1.3.2 Adaptace novorozence

Správně fungující systém perinatální péče je významnou součástí pro dobrou adaptaci novorozence. Další důležitou součástí komplexní péče o novorozence je týmová spolupráce neonatologického oddělení spolu s porodnickým pracovištěm, které nazýváme perinatologickým centrem. Jejich cílem je kvalitní péče na nejvyšší možné úrovni o těhotnou ženu, plod a dítě, která je srovnatelná s úrovní rozvinutých zemí. V České republice se rodí 90% novorozenců s úspěšnou poporodní adaptací (Dort, 2011). Poporodní adaptací rozumíme schopnost novorozence přejít z intrauterinního života do postnatálního období. Placenta matky během těhotenství vyživuje plod až do přerušení pupečníku. Dochází též i k výměně krevních plynů. Po porodu je nutné, aby se novorozenec přizpůsobil novým podmínkám (Lebl, 2003).

Typickými změnami v adaptaci novorozence je přizpůsobení se na všechny systémy zevního prostředí, změny ve funkcích fyziologických, biochemických, hormonálních a imunologických. Zjišťují se anatomické odchylky v období intrauterinního vývoje a komplikace s poporodní adaptací novorozence. Při identifikaci patologie je nutné včasné a účinně zahájit léčbu (Fendrychová, Borek, 2012).

Donošený novorozenec, který dozrál v děloze, dosáhl svého cíle. Po příchodu na svět novorozence provází zranitelné období, protože se fyzicky i psychicky přizpůsobuje životu mimo dělohu. Jeho adaptace závisí na několika faktorech, mezi které patří genetické pozadí dítěte, optimální děložní prostředí, bezpečný průběh porodu a první měsíc života dítěte (Leifer, 2004).

Roztočil (2008) uvádí, že přechod z fetálního do postnatálního života dítěte je charakterizován v řadě změn organických funkcí. Za nitroděložního života je plod podporován nejen živinami, ale i dodávkou kyslíku, hormonů a jiných důležitých látek. Tělesná teplota je též udržována mateřským organismem. Utlumeny jsou dýchací pohyby plodu, střevní peristaltika, produkce tepla. Krevní tlak a metabolismus jsou nízké. Poslední trimestr se plod připravuje na extrauterinní prostředí. Po porodu je již novorozenec odpovědný za vlastní oxygenii a ventilaci. Zvyšuje se spotřeba kyslíku mozkiem, což má nejčastější příčinu vyšší zranitelnosti hypoxií.

Fyziologický novorozenec je zralý, eutrofický, narozený v termínu a bez jakýchkoliv problémů. Novorozenecká hmotnost se pohybuje od 2500-4500 gramů, délka 44-55 cm, obvod hlavy má 32-37 cm, obvod hrudníku o 1-2 cm méně než obvod hlavy. Tělesná teplota měřená v axile se pohybuje od 36,4- 36,8 °C, v rektu měřená tělesná teplota má 36,5-37,5 °C. Frekvence dýchání u fyziologického novorozence se pohybuje okolo 30-60 dechů za minutu, tepová frekvence má 100-160 tepů za minutu, krevní tlak je 50-75/30-45 mmHg. K somatickým ukazatelům patří kůže zbarvená do růžova s vyvinutým podkožním tukem, tělo novorozence je pokryto vazkou bělavou tekutinou mázkem, především v kožních záhybech, který slouží jako ochranná vrstva ještě několik hodin po porodu. Na zádech, ušních boltcích se mohou objevit zbytky jemných chloupků, lanuga. Nehty přesahují konečky prstů, prsní bradavky jsou dobře vyvinuté a pigmentované, rýhování na ploskách nohou je patrné. Nosní skelet a ušní boltce tvoří pevnou a elastickou chrupavku. Horní a dolní končetiny jsou ve flexi nebo s nimi symetricky pohybují. Pupeční pahýl má rosolovitý charakter různé síly, uložen ve středu břicha s 2 tepnami a 1 žílou. U děvčátek kryjí velké stydké pysky malé stydké pysky, u chlapců jsou varlata sestouplá ve skrótu (Fendrychová, 2011; Fendrychová et al., 2009; Sedlářová et al., 2008).

Novorozenec narozený v termínu má vyvinuté reflexy, které potřebuje na dobrou adaptaci vůči novému prostředí. Nejdůležitější z reflexů je reflex hledací a sací, které umožňují příjem potravy. K výbavě vrozených reflexů dále patří polykací reflex, obranný, úchopový, vyměšovací, polohový. Smyslové schopnosti novorozenci pomáhají v reakci na rozdílné prostředí ke kontaktu s okolím (Hrodek, Vavřinec, 2002).

Podle Hellbrugge (2010), novorozenec reaguje především reflexivně na podkladě vrozených postupů chování, které mu ulehčují přežití. Úchopový reflex představuje sevřenou ruku s ohnutým palcem, který je fyziologickým projevem novorozence.

Držíme-li dítě vzpřímeně nad podložkou, sledujeme automatickou reflexní chůzi. Tyto reflexy se pozvolna vytrácí a jsou nahrazeny reakcemi, které si již dítě uvědomuje, jsou řízeny svou vůlí.

1.3.3 První ošetření novorozence

Cílem prvního ošetření novorozence je maximální zabezpečení vhodných podmínek pro nerušený nástup poporodní adaptace dítěte. Veškeré úkony se provádí velmi šetrně a s velkou opatrností. Velmi důležité je při prvním ošetření novorozence po porodu a během následné observace odlišit jevy provázející poporodní adaptaci od příznaků patologických (Dort, 2011; Roztočil, 2008).

První ošetření fyziologického novorozence provádí nejčastěji novorozenecká sestra nebo porodní asistentka na porodním sále a to záhy po porodu. U patologického a nedonošeného novorozence je nutný u porodu neonatolog. V České republice se rodí kolem šesti procent nezralých dětí (Hunaščáková, 2008).

Po porození dítěte porodní asistentka či lékař položí dítě matce na břicho a vyčká dopulzování pupečníku. Po té označí novorozence, což patří k základní součásti prvního ošetření. Označovací náramek se upevňuje na zápěstí ruky. Česká neonatologická společnost doporučuje používat plastový nerozpojitelný náramek. Společně s dítětem je označena i matka s údaji o dítěti. Nedoporučuje se označení mimo tělo dítěte (ČNeS, Sedlářová, 2008).

Následně se zapeánuje a přestříhne pupečník, popř. otec dítěte provede přestříhnutí pupečníku. Dítě zůstává na matčině břiše, je osušeno nahřátou sterilní plenou a přiloženo k prsu. Teprve potom je provedeno základní ošetření novorozence (Mydlilová, 2007).

Cílem prvního ošetření novorozence je zajištění vhodných podmínek pro nerušený nástup poporodní adaptace od jeho vybavení po první lékařské zhodnocení stavu. Ošetření novorozence provádí dětská sestra či porodní asistentka. Nedonošené a patologické novorozence ošetřuje dětská sestra s lékařem pediatrem, neonatologem. Všechny úkony by měly být prováděny s maximální šetrností (Dort, 2004).

Troupová, Hanzl (2010) považují u novorozence za nezbytné aktivity od porodu do 30 minut ošetření pupečnickového pahýlu, zajištění optimální tělesné teploty, zhodnocení časné poporodní adaptace, označení novorozence identifikačním náramkem a umožnění brzkého a klidného kontaktu s matkou „skin to skin.“ Další činnosti, které jsou potřeba uskutečnit do převozu novorozence z porodního sálu na novorozenecké oddělení, to je

zpravidla období od 30-120 minut. Novorozenec se zváží, zajistí se nejintimnější a klidný kontakt s matkou, provede se ošetření kůže, dekontaminace spojivkového vaku, preventivně se aplikuje vitamín K, změří se tělesná teplota rektálně, stále se zajišťuje optimální tělesná teplota. Neonatolog vyšetří po prvním ošetření novorozence a podá matce či rodičům náležitě informace.

Novorozenec po narození vyžaduje teplo, adekvátní péči, přísátí k prsu a kontakt s matkou (Sedlářová, 2008). Dětská sestra převezme v teplé pleně novorozence k prvnímu ošetření, které se provádí na porodním boxe za přítomnosti rodičky. Položí dítě na suchou podložku vyhřívaného novorozeneckého lůžka, provede ošetření pupečnickového pahýlu svorkou a do každého oka vkápne dezinfekční kapky, které chrání oči novorozence před bakteriální infekcí z rodidel matky (Gregora, Velemínský, 2011). Podle Velemínského (2005) infekce plodu a novorozence mohou být vrozené, získané během porodu nebo po porodu. Infekce postihují orgány s trvalými následky a špatnou poporodní adaptací. Nedonošení novorozenci jsou postiženi větší měrou. Těžké infekční onemocnění bývají příčinou mortality plodu či novorozence.

U fyziologické postnatální adaptace je důležité zajištění tepelné pohody, aby nedocházelo k tepelným ztrátám. Doporučená teplota prostředí je okolo 20-22 °Celsia. Osuší se kůže od plodové vody a to jemnými dotyky pleny. Nedoporučuje se pohyb třením a neotíráme mázek. Nutná je pečlivá kontrola podvazu pupečníku, aby nedošlo ke krvácení. Pupečnickový pahýl se odezinfikuje a nechává se volně bez zabalení do sterilního čtverce. Novorozenec se zváží, změří se obvody hlavičky a hrudníku, změření do délky se ponechává na později, poté co se uvolní flekční držení končetin. Následně se provede kredeizace, vykapání spojivkového vaku dezinfekčním prostředkem jako prevence konjunktivitidy. Aplikuje se vitamín K a dítě se označí identifikačním náramkem. Při kládá se dítě k prsu nejen pro časný rozvoj laktace, ale i pro časný kontakt s matkou. Tento krátký časový úsek má velký význam pro pevnou vazbu matky a dítěte (Lebl, 2003; Dort, 2011).

1.3.4 Apgar skóre

Poporodní hodnocení novorozence poprvé zveřejnila v roce 1953 americká anestezioložka Virginia Apgarová (Fendrychová, 2011). Během krátké doby po porodu sleduje dětská sestra průběh poporodní adaptace novorozence. Hodnotí se pět

významných kvalit bezprostřední poporodní adaptace. Počet srdečních stahů, dýchání, napětí svalů, odpověď na podráždění a barva kůže. Stav novorozence se hodnotí body od nuly do dvou, a to v první, páté a desáté minutě po porodu. Pět hodnocených složek se sečte a získá se celkové skóre. Nejnižší počet bodů je 0 a nejvyšší počet bodů je 10. Fyziologický novorozenec vykazuje skóre v rozmezí 8-10 bodů. Novorozenci s lehkou poporodní asfyxií dosahují 4-7 bodů. Tři a méně bodů mají děti s těžkou poporodní asfyxií. Čím méně bodů novorozenec dosáhne, tím je jeho porucha poporodní adaptace a prognostický obraz závažnější. Přetrvává-li nízký počet bodů Apgar skóre v páté a desáté minutě lze předpokládat nezvratné poškození mozku (Dort, 2011).

K prvnímu hodnocení stavu novorozence lze využít i algoritmus PAT (Pediatric Assesment Triangl), jde o velmi rychlé posouzení tří komponent – vědomí, oběhu a dýchání. Rozpoznání odchylky od fyziologických norem určí priority k zahájení následné terapie (Horeczko, Enriquez, 2013). U fyziologických novorozenců bývá v 1. minutě Apgar skóre 8-9, v 5. minutě 10. Čím nižší je skóre, tím je dítě více ohroženo acidózou a zhoršení kardiopulmonálních funkcí. Pokud i v 5. minutě přetrvává nízké skóre je nutné dítě převést na JIPN. Nízké hodnocení Apgar skóre v 5. a 10. minutě je spojeno se zvýšenou morbiditou a mortalitou. Pokud má novorozenec známky nedostatečnosti nemělo by se s pomocí (resuscitací) čekat celou minutu (Fendrychová, Borek, 2012; Fendrychová, 2013). V roce 2015 vychází nový doporučený postup resuscitace novorozence, který podléhá jistým změnám a inovacím. Nehovoří se o resuscitaci novorozence, ale o názvu „Podpora poporodní adaptace.“ (Wyllie – Bruinenberg, 2015).

1.4 Kojení

„ Tvoje výživa bude Tvým lékem. “

Hippokrates

Kojení a výživa mateřským mlékem by měla být rozvíjena u všech dětí, kde není kojení kontraindikováno. Zdravotníci odborníci by měly kojící matky podporovat, pozorovat, učit je základním technikám a pomáhat jim (Mydlilová, 2011).

Problematické přirozené výživy novorozence je v dnešní době věnována velká pozornost. Pochopení smyslu kojení vědeckou veřejností vypovídá i zvětšující se četnost nemocnice s názvem Baby Friendly hospital (nemocnice přátelské dětem). Toto pojmenování je

věnováno zařízením, které uznávají právo dítěte na kojení a tvoří předpoklad k její podpoře (Slezáková, 2011).

Boledovičová (2008) uvádí že, kojení představuje dle nejnovějších poznatků ideální způsob výživy pro dítě, zabezpečí jeho optimální růst, vývoj a zdraví. Důležitými prostředky k rozvoji a podpory kojení patří nejen samotná edukace sester, předporodní příprava těhotných žen, ale i podpora rodinných příslušníků, postoje veřejnosti a v neposlední řadě i samotné studium literatury s nejnovějšími poznatky vědy.

Dle Roztočila et al. (2008) má kojení pozitivní vliv na zdraví dítěte i matky. V minulých letech byl přístup ke kojení základním rysem všech kultur, na kterém se odvíjelo samotné přežití dítěte. Výživa novorozence prošla určitými modifikacemi a to od rituálů k vědeckým poznatkům. Jde o nejúčinnější preventivní opatření, které matka může přijmout k ochraně zdraví svého dítěte a sebe (Mydlilová, 2014).

1.4.1 Mateřské mléko

V prvních měsících života dítěte je mateřské mléko nejpřirozenější stravou a nenahraditelnou složkou výživy pro jeho zdraví (Aquiar, 2011).

Podle Velemínského (2009), mateřské mléko je pro novorozence nejdokonalejší výživou. Vzhledem k tomu, že mateřské mléko vyzrává a jeho skladba se obměňuje, je nutné, aby bylo od vlastní matky. Optimální teplota mateřského mléka odpovídá nárokům novorozence. Obranné látky obsažené v mateřském mléce chrání novorozence před infekcemi a před alergiemi. Mateřské mléko se u těhotných žen tvoří už před porodem. Po samotném porodu tvorba mateřského mléka stoupá, mléko má nažloutlou barvu a je husté. Zpočátku je tekutina řidší a nažloutlá. Jde o takzvané mlezivo, to postupem času žlutou barvu ztrácí a mění se v takzvané počáteční mléko. Ve třetím týdnu jde už o mléko zralé a smetanová barva se mění v namodrale bílou. Právě změna barvy mateřského mléka bývá špatnou domněnkou matek, že se jedná o „slabé mléko“.

Mateřské mléko tvoří „zlatý standard“ výživy novorozenců. Zdravé a donošené dítě vyžaduje pouze mateřské mléko, není třeba žádné jiné výživy či nápojů. Nejvyšší energetický požadavek v období kojení je u novorozence záhy po porodu. Novorozenec má vysoký požadavek na příjem tekutin. Denní příjem tekutin představuje zhruba 15% jeho hmotnosti. Kolostrum se produkuje v prvních hodinách po porodu (od 40 hodin po porodu do 14 dní) a postupně se mění na zralé mateřské mléko, které má mnoho

významných složek a v průběhu kojení se mění dle požadavků novorozence. (Boledovičová, 2010).

Kolostrum neboli mlezivo je produkováno od šestého až sedmého měsíce těhotenství. Toto mléko je husté, lehce stravitelné, energeticky vydatné, s vysokým obsahem bílkovin, vitamínů a obranných látek. Od pátého dne se začíná měnit na zralé mateřské mléko. Bílkoviny mleziva jsou laktalbumin a kasein (syrovátka), jejich poměr způsobuje projímavý účinek a snadné vyprázdnění smolky. Pro růst bakteriálního kmene *Lactobacillus bifidus* mají vliv lactoferin společně se sacharidem mateřského mléka laktobacilem. Vyšší množství imunoglobulinu IgA působí jako anti-infekční ochrana novorozence. Imunoglobulin IgE má potlačující účinek, zamezuje příjem cizích, alergizujících antigenů. Vitamínu K, který je rozpustný v tucích, je nutný novorozenci doplnit ihned po porodu. Nedostatek vitamínu K způsobuje krvácivé onemocnění (Fendrychová, Borek, 2012).

Strategické dokumenty (2002) uvádí že, imunologické vlastnosti mateřského mléka jsou mimořádné. Imunoglobulin A (IgA) je nejvýznamnější a je obsažen ve vysoké koncentraci v mlezivu, které se tvoří v prvních dnech. IgA zřejmě zamezuje přilnutí bakterií k epitelu ve střevech a horních dýchacích cestách. Mateřské mléko obsahuje lymfocyt T a lymfocyt B, který se účastní v obranyschopnosti novorozence před infekcemi.

Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF) stanovily 10 kroků k úspěšnému kojení, které by měla dodržovat všechna zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům (příloha č. 4).

1.4.2 Význam kojení

Mateřské mléko je sterilní a má optimální teplotu a tudíž kdykoliv novorozenci k dispozici. Ideální složení mateřského mléka optimálně chrání potřeby dítěte. Obsahuje správný poměr bílkovin, tuků a sacharidů. Tuky a sacharidy jsou lehce vstřebatelné. Bílkoviny jsou hodnotné a snadno stravitelné. Mateřské mléko obsahuje protilátky, které se podílejí na předcházení infekcím. Kojené děti jsou méně často nemocné. Objevuje se nižší riziko výskytu atopického ekzému, alergií, diabetu, obezity, chronických onemocnění zažívací traktu a infekčních onemocnění. Z ekonomického pohledu je mateřské mléko levnější než umělá výživa (Slezáková, 2011).

Vlivem kojení se tvoří vzájemný blízký vztah mezi matkou a dítětem. Rozvíjí a utužují se jejich reciproční emocionální vazby, které se mohou kladně promítnout i v budoucnosti. Kojící matka se dokáže lépe vcítit do potřeb svého dítěte a tím naplňuje svou mateřskou roli (Kim, 2011).

1.4.3 Význam kojení pro dítě

Mateřské mléko je pro dítě nenahraditelný způsob výživy díky svému složení a biologickým vlastnostem. Během kojícího období dítěte se složení mateřského mléka mění a přizpůsobuje jeho potřebám. Kojení má význam nutriční a má vliv na psychosociální funkce. Příznivě působí na zdraví člověka i v dospělosti. Mateřské mléko svým složením, kde jsou přítomny protilátky ničí bakterie a chrání před některými infekcemi. Kojení slouží jako prevence neinfekčních onemocnění. Ovlivňuje riziko vzniku alergického onemocnění především u dětí se zvýšeným rizikem vzniku atopie, celiakie a u výskytu akutní leukemie. V dospělosti snižuje riziko výskytu cholesterolu, kardiovaskulárních onemocnění, diabetes mellitus 1. a 2. typu a nadváhy. Kojení u dětí příznivě ovlivňuje kognitivní schopnosti a psychomotorický vývoj (Mitrová, Bronský, 2014).

1.4.4 Význam kojení pro matku

Matka má právo kojit, avšak to není její povinnost. Matce by nemělo být bráněno své dítě kojit (Sack, 2015). Je průkazné, čím dříve se ženy pro kojení rozhodnou, tím vzrůstá naděje, že kojit opravdu začnou (Donath, Amir, 2003). Významný smysl má to, jak se žena sama vnímá, zda je ubezpečená, že kojení dokáže zharmonizovat i s mnohými ostatními povinnostmi (Wells, Thompson, Kloeblen-Terver, 2006). Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu kojení, je reciproční interakce mezi odborným personálem a rodičkami již v samém průběhu vedení porodu. Neustálá emocionální opora pro matku přináší kladný přístup k brzkému zahájení laktace (Morhason-Bello, Babatunde, Oladosu, 2009). Dewey (2001) popisuje, že dlouhodobý stres může způsobit prodloužený nástup laktace a snižuje tvorbu mateřského mléka.

Hormon Oxytocin, který se vyplavuje během kojení, stahuje dělohu, chrání matku před zhoubným nádorem prsu, vaječnicků a osteoporózou. Při involuci dělohy matky rychleji dosáhnou předporodní tělesnou hmotnost. Při častém a plném kojení působí jako přirozená antikoncepce. Z psychologického pohledu kojení vytváří pevnou vazbu mezi matkou a dítětem a vzniká hluboké citové pouto (Slezáková et al., 2011; Roztočil et al.,

2008). Hájek et al. (2014) uvádí, aby přirozená antikoncepční metoda kojení byla účinná, frekvence kojení je nutná přes den každé 4 hodiny a v noci každých 6 hodin.

1.4.5 Kontraindikace kojení

Kojení může být kontraindikováno ze strany matky i dítěte. Ze strany matky může být kontraindikací zdravotní stav matky (např. infekční onemocnění, drogově závislých či užívání některých léků, psychiatrická onemocnění). Ze strany dítěte vrozené vývojové vady (např. rozštěpové vady patra a rtu), nezralost novorozence či přítomnost některého závažného onemocnění. U dětí s fenylketonurií (defekt metabolismu aminokyseliny fenylalaninu) jde o částečnou kontraindikaci kojení. Absolutní kontraindikace kojení je u dětí s galaktosémií (porucha metabolismu galaktózy), u matek infikované virem HIV/AIDS a drogově závislých matek (Slezáková et al., 2011; Roztočil et al., 2008). Jsou situace, kdy je nutné kojení dočasně pozastavit. Je to tehdy, pokud se matce na prsu objeví infekční Herpes simplex či Herpes zoster. Dočasnou kontraindikací kojení se uvádí chemoterapie matky a některé léky. Zástava laktace se indikuje při porodu mrtvého plodu či úmrtí novorozence. Laktace se zastavuje farmaky, antiprolaktemiky a fyzikálně kompresí prsů (Mydlilová, 2013; Roztočil et al., 2008).

1.4.6 Úspěšné kojení

K časnému přísátí novorozence se doporučuje, aby dítě bylo ihned po narození položeno na břicho matky a tak došlo k tzv. kontaktu „skin-to-skin“ a následně první přiložení matky prsu do půl hodiny až jedné hodiny od porodu (Strategické dokumenty, 2002).

K úspěchu kojení je nutné vysvětlit fyziologii laktace, včetně správného přiložení dítěte k prsu, vyhovující techniky kojení a projevy účinného sání. Poučit matku o vhodné délce kojení, zdůraznit význam kolostra, prvního přiložení a vliv společného pobytu s dítětem 24 hodin (rooming-in). Interpretovat dopady separace matky a dítěte pro rozvoj laktace. Poučit matku, jak odstříkávat mateřské mléko (Standardní praktická doporučení pro kojení a zavádění příkrmů, 2015).

Pro prevenci bolestivě nalitých prsou by matka měla kojit co nejdéle a nejčastěji. V prsou dojde k poklesu množství lymfy a ke ztlumení bolestivého vnímání nalitých prsou (Gaskin, 2011).

1.4.7 Raný kontakt

„**Bonding**“ je raný, nepřerušovaný kontakt mezi matkou a novorozencem bezprostředně po porodu. Můžeme z angličtiny přeložit jako „lepení“ nebo „připoutání“. Tento výraz označuje proces, kdy se po porodu utváří vztah mezi maminkou a miminkem. Každá matka a dítě se k sobě vztahují již před porodem. Budují se mezi nimi základy emočních vazeb a láskyplného vztahu, který naplno exploduje v hormonálně nabitě situaci při porodu. Podpora bondingu má přínos pro imunologickou, fyziologickou, psychologickou a emocionální složku vývoje člověka. Čím více dítě a matku ve vzájemném kontaktu podpoříme, tím více jim ulehčíme start do života a následné mnohdy nelehké situace spojené s výchovou (Mrowetz, 2011). Fedor-Freybergh (2013) zmiňuje, že bonding v literatuře je označován jako „kritické období“ po porodu. Jde o první, jedinečné a neopakující se okamžiky k navázání vztahu matky a dítěte, které trvají první hodiny. Novorozenec je položen na odhalenou hrud' matky, zklidní se a naslouchá bušení mateřského srdce (příloha č. 5).

1.5 Úloha dětské sestry v péči o novorozence

Do ošetrovatelské péče o dítě jsou zapojeny především dětské sestry, popřípadě všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí. V současné době jsou dětské sestry v České republice vzdělávány formou specializačního studia (Sedlářová, 2008). Dětskou sestrou se stanou studentky po ukončení všech podmínek vzdělávání a provedení atestační zkoušky z pediatrie. Dětská sestra může studovat a nabýt tuto specializaci také na některých univerzitách v České republice v navazujících magisterských oborech (Zákon č. 96/2004 Sb., 2016). Dětské sestry jsou začleněny do všech hledisek v péči o dítě a jeho rodinu, záměrem je rozvíjet správný vývoj dítěte a jeho růst. Stejně tak, jako jsou děti z různého rodinného zázemí, tak i sestry mají různé zkušenosti a je tím tak ovlivněn vztah mezi dětským pacientem a sestrou. Hlavním zájmem sestry je prospěch dítěte a jeho rodiny. Nepostradatelnou podstatou pro hodnotnou ošetrovatelskou péči je vytvoření vztahu mezi dítětem, rodinou a sestrou. Sestry musí mít k dětem a jejich rodinám plnohodnotný vztah, musí umět posoudit jejich pocity i potřeby, ale při tom nepřekračovat hranice profesionality. Sestra tvoří podmínky pro správnou komunikaci mezi dítětem a jeho rodinou. Rodina by se neměla bát sestře svěřit a položit dotaz na nejasné otázky týkající se dítěte. Správná komunikace a profesionální přístup umožňuje sestře rozpoznat případný deficit potřeb dítěte a jeho rodiny. Rodiče hodnotí pozitivně

ošetřovatelskou péči u sester, které oceňují přítomnost rodiče u dítěte, komunikují jak s dítětem, tak s rodičem, začleňují rodiče do péče, zajímají se o dítě, jsou empatické a provozují osobitou ošetřovatelskou péči. Jako velmi důležité při ošetřovatelské péči považují rodiče pozitivní vztah sestry a dítěte (Sikorová, 2011).

1.5.1 Ošetřovatelství

Podle Věstníku MZČR (2004) je ošetřovatelství samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebedpěči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.

Staňková (2002) uvádí, že ošetřovatelství má nezastupitelnou roli v péči o zdraví člověka. Charakteristickými znaky pro ošetřovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb nemocného člověka. Významným cílem ošetřovatelství je individuální a komplexní uspokojování potřeb člověka. Potřeby vedou k podpoře a upevňování zdraví, podílejí se na navrácení zdraví, zmírňují utrpení nemocného člověka a zajišťují klidné umírání a důstojnou smrt (Věstník MZČR, 2004).

1.5.2 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces se uskutečňuje v organizovaném a systematickém přístupu v péči o dítě. Dětská sestra diagnostikuje a provádí ošetřovatelské intervence aktuální či potenciální u každého dítěte individuálně. Používáním ošetřovatelského procesu, který má pět základních kroků, poskytuje efektivní ošetřovatelskou péči. Na dítě je nutné nahlížet jako na vyvíjející se bytost, které má své osobité stránky v různých věkových obdobích (Boledovičová, 2010).

Součástí ošetřovatelské péče je plán péče, který obsahuje ošetřovatelské diagnózy, intervence, cíle, očekávané výsledky a hodnocení efektivity péče. Kvalita ošetřovatelského procesu závisí na dovedném a citlivém zhodnocení požadavků na ošetřovatelskou péči u konkrétního dítěte. Než se sestra rozhodne pro nejlepší způsob

ošetřování, měla by v úvodní fázi ošetřovatelského procesu získat o novorozenci co nejvíce možných informací. Nejvhodnější a vyčerpávající informace o dítěti pomohou dětské sestře k lepší individuální péči (Věstník MZČR, 2004).

Podle Staňkové (2006) je významnou složkou ošetřovatelského procesu hodnota ošetřovatelská dokumentace, ve které jsou zapsány veškeré nezbytné informace. Dokumentace dává spojitost ošetřovatelské péči a příležitost hodnocení výsledku ošetřovatelských zásahů. Jakákoli dokumentace obsahuje vstupní ošetřovatelský zápis a plán ošetřovatelské péče. V ošetřovatelském zápisu je zahrnuta anamnéza, subjektivní hodnocení novorozence sestrou a objektivní posouzení novorozence pomocí hodnotících měřítek.

1.5.3 Ošetřovatelství v pediatrii

Ošetřovatelství je vědecká disciplína, která zabezpečuje komplexní péči dětem ve zdraví a nemoci. Tato péče je poskytována řadou odborníků. Nezastupitelnou roli má kvalifikovaná a zkušená dětská sestra, poskytující dětem komplexní ošetřovatelskou péči. Důležitá je ovšem i spolupráce ostatních členů týmu. V nejbližším kontaktu s novorozenci a jejich matkami je právě dětská sestra, která nejen edukuje matky, podporuje je, pomáhá s péčí o novorozence, ale především poskytuje kvalitní ošetřovatelskou péči. Společně s lékařem se snaží podpořit, uchovat či navrátit zdraví dítěte (Boledovičová, 2010). Ošetřovatelství vnímá dítě jako komplexní, holistickou bytost. Potřeby dítěte by měly být v rovnováze. Pokud by u dítěte byla jen jedna část potřeb narušena, dochází k narušení fungování dítěte jako celku (Sikorová, 2011). Péči poskytovanou bezprostředně po narození fyziologického novorozence provádí kvalifikovaná dětská sestra. První ošetření novorozence sestra zajišťuje na novorozeneckém boxu a poté je péče poskytována na oddělení fyziologických novorozenců. Preferován je režim péče formou rooming-in, matka společně s novorozencem jsou umístěny na pokoji, kde jsou spolu v nejbližším kontaktu. Sestra podporuje vytvoření emocionálního pouta mezi matkou a dítětem, povzbuzuje matku v kojení, edukuje o patřičné péči o novorozence a provádí screeningová vyšetření. Péče na novorozeneckém oddělení je uskutečňována formou ošetřovatelského procesu (Boledovičová, 2010).

Všechny děti na celém světě mají právo na nejlepší start do života. Děti mají právo navštěvovat školu, žít v bezpečném prostředí, mít po boku svou rodinu, v případě nemoci

jim zajistit prvotřídní péči, mít možnost sdělit své sny a mít dostatek možností na hraní. Vytvořila se proto Úmluva o právech dítěte, která umožňuje všem dětem, bez ohledu na to kde žijí, mít stejné šance a příležitosti (Úmluva o právech dítěte, 1989).

Úmluva o právech dítěte byla přijata Valným shromážděním OSN dne 20. listopadu 1989. Česká republika, stejně jako ostatní státy, ratifikací Úmluvy o právech dítěte přijala povinnost zařadit ji do svých legislativních norem a dbát na dodržování těchto zásad. Zároveň se zavázala, že každých pět let podá podrobnou zprávu Výboru OSN pro práva dětí o stavu dětské populace a úrovně naplňování dětských práv v České republice (UNICEF, 2017).

1.5.4 Sesterské diagnostikování

Pro rozvoj ošetrovatelské vědy je důležité, aby sestra byla schopna provést sesterské diagnostikování a navrhnout ošetrovatelské intervence. V roce 1990 NANDA definovala sesterské diagnostikování jako klinické posouzení reakcí jednotlivce, rodiny nebo společnosti na aktuální či potenciální zdravotní problémy či životní procesy. Sesterské diagnostikování je stanovení ošetrovatelské diagnózy sestrou, která určí charakter a rozsah ošetrovatelských problémů jednotlivců či rodiny, kterým je ošetrovatelská péče poskytována. Poskytuje základ pro výběr činností sestry na dosažení výsledků, za které ošetřující sestra nese plnou odpovědnost. Profesionální a zkušené sestry jsou schopny popsat těžkosti klienta. Vörösová, Boledovičová (2005) zdůrazňují nutnost používání standardizovaného klasifikačního systému a aplikaci mezinárodní ošetrovatelské terminologie. Srovnávají používání lékařské terminologie s ošetrovatelskou terminologií a poukazují na to, že sestry by měly mít své ošetrovatelské názvosloví. Různorodost a specifická kultury ve světě přináší rozpory ve sjednocené sesterské diagnostice (Vörösová, Boledovičová, 2005).

1.5.5 Klasifikační systémy v ošetrovatelství

Standardizovaný ošetrovatelský jazyk je jednotným, lehce zřetelným dorozumívacím nástrojem všech profesionálů. Jeho zapojení do praxe je značně významné pro hodnotné úplné dokladování ošetrovatelské péče. Sjednocený jazyk umožňuje efektivnější spojení mezi odborníky, zesílení viditelnosti ošetrovatelských zásahů, zdokonalení ošetrovatelské péče, souhrnnější a logičtější souhrn dat sloužících k vyhodnocení efektu poskytované péče, zachování standardů péče a výslovné vymezení sesterských

pravomocí. Roztříděné klasifikační systémy jsou použitelné ve všech oborech ošetrovatelské péče (Rutherford, 2008).

Účelem mezinárodního setkání zástupců projektů NANDA, NIC, NOC v roce 1997 byl vytvoření platného ošetrovatelského názvosloví a vytvoření integrované soustavy společného ošetrovatelského názvosloví s jeho využitím v klinické praxi. Kooperace výzkumných členů, zaměřených na klasifikace NANDA, NIC, NOC v roce 2000 byla založena Aliance NNN. V roce 2001 se realizovalo první shromáždění Aliance NNN, kde byl propracován návrh společného taxonomického seřazení NANDA, NIC, NOC. V roce 2002 se uskutečnilo další zasedání za účelem zpětné vazby přednést novou skladbu, kde byly do tříd a domén zahrnuty ošetrovatelské diagnózy, intervence a očekávané výsledky. Záměrem propojení je vznik jednotné klasifikace, která obsahuje ošetrovatelské diagnózy, intervence a výsledky uspořádané do jednoho schéma, které je záměrnější a ulehčí rozšíření standardizované terminologie do klinické praxe (Vörösová et al., 2007; Plevová et al., 2011).

Klasifikační systém NANDA

Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku (North American Association for Nursing Diagnosis International) je detailní diagnostické uspořádání s širokým uplatněním ve všech ošetrovatelských oborech.

NANDA International má svou rezidenci ve Spojených státech amerických v Kaukana ve Wisconsinu. Diagnostický systém NANDA specifikuje dílčí diagnózy podle jejich významu, určujících vlastností, souvisejících nebo rizikových faktorů a každé z nich je přidělen zvláštní numerický kód. Cílem klasifikačního systému NANDA je celosvětové zavedení společné ošetrovatelské terminologie, která představuje kvalitnější zdravotní dohled pomocí zkušeností dosažených ze studie a praxe, zesílit profesní uznání a nastolit společnou dokumentaci (Johnson, 2006; Marečková, 2006; Herdman, 2010).

Klasifikační systém NOC – Nursing Outcomes Classification

Pro hodnocení výsledků ošetrovatelských intervencí byla vytvořena komplexní standardizovaná klasifikace očekávaných výsledků NOC. Elektronicky zapsané výsledky je nutné stanovit dle daných zásad, které vedou ke zdokonalení ošetrovatelských znalostí a vzdělávání sester (Plevová et al., 2011).

Klasifikace NOC se stále vyvíjí. Studie byly v minulých letech rozděleny do pěti částí. V první části byla provedena studie na ověření metod výzkumu, druhá část obsahovala sestavení výsledků, třetí část se věnovala uspořádání taxonomie a ověřování v klinické praxi, ve čtvrté části byla provedena klasifikace hodnotících škál a pátá část byla věnována specifikaci a klinické využití v praxi NOC v praxi. Cílem týmu znalců tvořících klasifikaci bylo sloučení dílčích klasifikací NANDA, NIC, NOC (Moorhead et al., 2008; Plevová et al., 2011; Pospíšilová, Kyasová, 2009).

V roce 2013 Nursing Outcome Classification editoval páté vydání zahrnující 490 výsledků 7 domén 31 tříd s formulacemi a míry pro hodnocení. Taxonomie obsahuje 5 šifrovaných úrovní, kterými jsou domény, třídy, výsledky, ukazatele a měřicí škály, které jsou standardizovány. Klasifikační systém NOC lze aplikovat ve všech ošetrovatelských oborech. V současné klasifikaci je aplikováno 14 měřících škál. Jakákoli škála obsahuje bodové hodnocení zpravidla od 1 do 5 a je utříděna tak, že význam 5 odráží maximální žádoucí stav klienta ve vztahu k očekávanému výsledku. Pro posouzení a měření výsledku se obvykle užívá jednoho či více indikátorů. Po zhodnocení stavu klienta pomocí měřicí škály je nutné vytyčit potřebný záměr, kterého lze získat pomocí adekvátních ošetrovatelských intervencí. U jakéhokoli klienta je provedeno individuální hodnocení účinku, za splnění podmínek standardizovaného jazyka a postupů. Účel ošetrovatelské péče by měl být uzpůsoben přijatelností individuálních klientů. Nemusí se u klienta dosáhnout nejvíce očekávaného výsledku. Pomocí stálého měření může ošetrovatelský tým monitorovat stupeň zlepšení a obměn. Nedochozí-li k zlepšení očekávaného výsledku, je nutné včas reagovat na obměnu ošetrovatelského průběhu. V klasifikačním systému přítomné části jsou kontrolovány a doplňovány o další, nevhodné jsou odstraněny (Moorhead et al., 2008; Michalová, 2013).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat úlohu dětské sestry v rámci poporodní adaptace novorozence po fyziologickém a operativním porodu.

Cíl 2: Ověřit soubor klasifikačního systému NOC na hodnocení adaptace novorozence.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké hodnoty Apgar skóre vykazují novorozenci po fyziologickém a operativním porodu?

Výzkumná otázka 2: Jaká je úspěšnost prvního přiložení novorozence ke kojení do 30 minut po fyziologickém a operativním porodu?

Výzkumná otázka 3: Jaký je názor dětských sester na použití klasifikačního systému NOC v rámci poporodní adaptace novorozence?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

Pro empirickou část výzkumu byla zvolena kvalitativně- kvantitativní strategie. Ke sběru údajů jsme zvolili následující výzkumné metody: pozorování, individuální polostrukturované rozhovory a písemné vyplnění formuláře NOC škály.

Rozhovor je metoda založená na ústním způsobu výměny informací mezi výzkumníkem a respondentem, uskutečňovaným na základě určitého plánu a prostřednictvím otázek. Umožňuje shromažďování údajů při přímém kontaktu výzkumného pracovníka s respondentem (Boledovičová a Matulay, 2007). Podle Švaříčka, Šed'ové et al. (2007) teoretické poznatky vycházející z kvalitativního výzkumu nemohou být zobecňovány. Platí tedy jen pro vzorek respondentů, od kterých byla potřebná data získána.

Polostrukturovaný rozhovor byl zaměřen na postup, jakým budou vyplňovat námi předtištěné pozorovací archy, probíhal s dvěma dětskými sestrami, které ošetřovaly novorozence v rámci poporodní adaptace a pozorování novorozenců.

Pozorování probíhalo na základě vypracovaných archů, do kterých zaznamenávaly dle Likertové škály hodnocení stavu novorozenců ode dne porodu do třetího dne po porodu. Podle Švaříčka, Šed'ové et al. (2007) pozorování je pravděpodobně jednou z nejtěžších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu. Základním typem je zúčastněné pozorování.

Pozorování dětských sester bylo realizováno u novorozenců od jejich narození po dobu třech dnů po porodu. Z klasifikačního systému NOC jsme vybraly vhodné očekávané výsledky NOC: 0118 Přizpůsobení novorozence, 1000 Začátek kojení: dítě, 1001 Začátek kojení: matka. Vytvořili jsme výzkumný arch pro dětské sestry, které hodnotily novorozence dle měřicí škály NOC. Klasifikační systém NOC byl k dispozici pouze v anglickém jazyce, proto bylo nutné je přeložit do českého jazyka. Na překladu se podíleli ošetřovatelské odborníci s aktivní znalostí anglického jazyka a další akademický pracovník, který má zkušenosti s používáním validizovaných klasifikačních systémů.

Z vyplněných archů od sester se vypočítal aritmetický průměr jednotlivých indikátorů, zanesl se do tabulek a porovnávaly se navzájem jednotlivé výsledky u vaginálně vedených porodů a operativně vedených porodů a posuzovala se tak adaptace novorozenců.

3.2 Výzkumný soubor

Prvním výzkumným souborem bylo 10 novorozenců po fyziologickém- vaginálně vedeném porodu a 10 novorozenců po operativním porodu císařským řezem.

Druhým výzkumným souborem byly 2 dětské sestry pracující s novorozenci v rámci poporodní adaptace. Obě dvě sestry mají vysokoškolské vzdělání specializované v oboru dětská sestra. Jejich pracovní zkušenost je v rozmezí od 3-5 let. Každá ze sester hodnotila 5 novorozenců porozených vaginální cestou a 5 novorozenců narozených operativním vedením a to císařským řezem. Polostrukturovaný rozhovor probíhal s dvěma dětskými sestrami, které byly nejprve osloveny s prosbou o spolupráci na výzkumném šetření. Jednalo se o dětské sestry, které ošetřovaly novorozence v rámci poporodní adaptace a pozorování novorozenců. Stanovily jsme dva výzkumné vzorky, 10 novorozenců narozených po vaginálně vedeném porodu a 10 novorozenců po operativně vedeném porodu. Tito novorozenci byly vybrány sestrou bez jakéhokoliv omezení. Nebyla stanovena žádná kritéria, jak ve stáří gestace či porodní hmotnosti plodu. Tedy volba novorozenců byla na jejich uvážení. Každá sestra pozorovala a hodnotila poporodní adaptace u 5 novorozenců vaginálně vedených porodů a u 5 novorozenců po operativně vedených porodech. Dětské sestry vyplnily námi předem vypracovaný arch pro hodnocení poporodní adaptace novorozence. Případné nejasnosti byly ústně vysvětleny. Spolupráce s dětskými sestrami byla uspokojivá.

3.3 Příprava a průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na Gynekologicko- porodnickém oddělení a Dětském oddělení Jihlavské nemocnice. Před zahájením výzkumného šetření jsme oslovily s žádostí o povolení výzkumu náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Jihlava Mgr. Jarmilu Cmunťovou a vrchní sestru Dětského oddělení Nemocnice Jihlava Mgr. Simonu Hájkovou. Písemné verze souhlasů jsou součástí příloh diplomové práce (viz příloha č. 2. a příloha č. 3).

Výzkum byl prováděn v období měsíce ledna až února 2017 v Nemocnici Jihlava. Na Gynekologicko-porodnickém oddělení se přibližně ročně narodí 1200 dětí. Přístupy k vedení porodů jsou rozmanité. Od fyziologických porodů, vaginální cestou až po operativní ukončení těhotenství císařským řezem. V roce 2015 dle Roztočila (2017) frekvence císařských řezů byl 26,3 %, což znamená, že každé čtvrté dítě je porozeno abdominální cestou.

3.4 *Operacionalizace pojmů*

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenty, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky. Nejčastěji je veden přirozenou, vaginální cestou nebo operativně vedeném porodu – císařským řezem (Roztočil et al., 2008).

Fyziologický novorozenec je **novorozenec** s dobrou poporodní adaptací, který se narodil po normálně proběhlém těhotenství ve 37. - 41. týdnu těhotenství (gestace). (Saxlová, 2008).

Poporodní adaptací rozumíme schopnost **novorozence** přejít z intrauterinního života do postnatálního období. Placenta matky během těhotenství vyživuje plod až do přerušení pupečníku. Dochází též i k výměně krevních plynů. Po porodu je nutné, aby se novorozenec přizpůsobil novým podmínkám (Lebl, 2003).

Kojení a výživa mateřským mlékem by měla být rozvíjena u všech dětí, kde není kojení kontraindikováno. Zdravotničtí odborníci by měly kojící matky podporovat, pozorovat, učit je základním technikám a pomáhat jim (Mydlilová, 2011).

Úlohou dětských sester je zapojení se do ošetrovatelské péče o děti. Popřípadě všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí. V současné době jsou dětské sestry v České republice vzdělávány formou specializačního studia (Sedlářová, 2008).

Klasifikace ošetrovatelských výsledků (Nursing Outcome Classification) **NOC** je systém, který lze využít pro měření výsledků souvisejících s ošetrovatelskou diagnózou (Nanda International, Inc.; 2015).

Klasifikační systém NOC

Pro hodnocení výsledků ošetrovatelských intervencí byla vytvořena komplexní standardizovaná klasifikace očekávaných výsledků NOC. Elektronicky zapsané výsledky je nutné stanovit dle daných zásad, které vedou ke zdokonalení ošetrovatelských znalostí a vzdělávání sester (Plevová et al., 2011).

4 Výsledky výzkumu

V následující části diplomové práce prezentujeme výsledky výzkumu s použitím klasifikačního systému NOC pro hodnocení novorozenců a rozhovory se sestrami, které tyto novorozence ošetřovaly. Analýzy výsledků jsme prováděly na základě hodnotících archů vypracovanými sestrami, na jejichž podkladě jsme vytvořily kazuistiky pro novorozence po vaginálně vedeném porodu a operativně vedeném porodu. K hodnocení Apgar skóre byla použita třístupňová škála 2, 1 a 0. Příznaky průběhu poporodní adaptace se hodnotí za jednu, za pět a za deset minut po porodu. Hodnotí se pět základních životních projevů. Další indikátory hodnocení poporodního stavu novorozence dle klasifikačního systému NOC byly hodnoceny v den porodu, první, druhý a třetí den po porodu. Hodnocení indikátorů u novorozence dle Likertové škály byla stanovena následovně: 1- nevyhovující, 2- vyhovující v malé míře, 3- středně vyhovující, 4- v podstatě vyhovující, 5- zcela vyhovující, N/A- nehodnoceno.

4.1 Kazuistiky novorozenců vaginálně vedených porodů

4.1.1 Kazuistika 1 Sofie

Novorozená Sofie je první dítě 29 leté matky. Těhotenství probíhalo bez komplikací. Rodička neabsolvovala prenatální přípravu na porod, ani kurz kojení. Porod probíhal spontánně hlavičkou ve 40. týdnu gestace pod dohledem porodní asistentky. Porodní hmotnost novorozené dívky byla 3190g a délka 47 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 1 Apgar skóre Sofie

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 120 tepů za minutu, hodnocenou 2 body, v páté a desáté minutě také dosahoval fyziologických hodnot, to odpovídá hodnocení 2. Indikátor akce srdeční je v naprostém pořádku a novorozenec vykazuje velmi dobrou poporodní adaptaci. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 40 dechů za minutu, hodnocena 2

body. V páté a desáté minutě je hodnocení taktéž 2. Novorozenec se projevuje křikem a vydatným dýcháním. Hodnoty dechové frekvence odpovídají velmi dobré poporodní adaptaci. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě normální. Hodnocení bylo na úrovni 2. Novorozenec měl flektované končetiny a při pokusu o natažení kladl odpor. Uvedený normální svalový tonus odpovídá dobré poporodní adaptaci. **Reflex** novorozence v první minutě se projevil silným křikem, v páté a desáté minutě se stav nezměnil, hodnoceno 2. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, děvče bylo růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla výborně.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpusobení novorozence

Termoregulace. Děvče od porodu po celou dobu hospitalizace udržovalo zcela vyhovující stálost tělesné teploty. Dětská sestra zajišťovala a edukovala matku o dostatečném a vhodném oblékání novorozence. **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** u novorozence v den porodu neproběhlo, první a další dny po porodu se novorozenec vyprazdňoval smolkou. **Močení** u dítěte v den porodu nebylo, první den po porodu močilo třikrát, druhý den po porodu močilo čtyřikrát a třetí den po porodu močilo pětkrát. **Barva kůže** u novorozence byla po porodu a všechny následující tři dny hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Svalový tonus a reakce na stimuly** u novorozence hodnoceno ve všech dnech jako zcela vyhovující (5). **Sací reflex** u dítěte po porodu byl v podstatě vyhovující (4). V dalších třech dnech byl zcela vyhovující (5). **Tolerance krmení** u novorozence v den porodu byl středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu se tolerance krmení mírně zlepšila na v podstatě vyhovující (4). Třetí den novorozenec toleroval krmení jen v malé míře (2).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 45 minut po porodu v poloze vleže.

Správná poloha a držení prsu novorozence v den porodu byl středně vyhovující (3). První, druhý a třetí den po porodu se stav zlepšil na v podstatě vyhovující (4) a dále se neměnil. **Správné uchopení prsu** novorozence v den porodu bylo středně vyhovující (3). První den po porodu se uchopení prsu dítětem zlepšilo na v podstatě vyhovující (4) a

druhý se uchopení dále zlepšilo na zcela vyhovující (5). A třetí den po porodu došlo k částečnému, nepatrnému zhoršení na stav v podstatě vyhovující (4). **Správné sání a umístění jazyka** novorozence v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První den po porodu se sání dítěte zlepšovalo na v podstatě vyhovující (4) a mělo i druhý den po porodu zlepšující tendenci na zcela vyhovující stav (5). Třetí den došlo k výraznému zhoršení správnost sání a umístění jazyka dítěte na stav vyhovující v malé míře (2). Nebyl zjištěn důvod regresivní změny v sání dítěte. **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** v den porodu bylo hodnoceno jako vyhovující v malé míře (2). První den po porodu došlo k výraznému pozitivnímu posunu a hodnoceno jako zcela vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu se už kojení zlepšilo na zcela vyhovující (5). **Minimálně 8 krmení za den** v den porodu nehodnoceno (N). První, druhý a třetí den po porodu již novorozence vykazoval vysoký zájem o krmení a byl hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu hodnotila dětská sestra spokojenost novorozence jako v podstatě vyhovující (4) a třetí den došlo k dalšímu zlepšení na stav zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení u matky je v den porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). První až třetí hodnocený den po porodu se poloha při kojení zlepšila na v podstatě vyhovující (4). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu se stav zlepšil na zcela vyhovující (5). Třetí den po porodu došlo k mírnému zhoršení na stav v podstatě vyhovující (4). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Požadavek nepodávat vodu dítěti byl matkou po porodu a následující hodnocené dny dodržen (5). **Včasné rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebyl hodnocen (N). První den po porodu matka rozpoznala pocit hladu u dítěte středně vyhovujícím způsobem (3). Druhý den po porodu došlo k dalšímu zlepšení na stav v podstatě vyhovující (4). Třetí den po porodu matka rozeznávala pocit hladu zcela vyhovujícím způsobem (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). První den po porodu byl příjem tekutin u matky v podstatě vyhovující (4). A následující druhý a třetí den byl příjem tekutin u matky zcela vyhovující (5). **Odsání prsu** u matky v den porodu, první a druhý den po porodu nebylo hodnoceno (N). Třetí den po porodu matky bylo odsávání prsu hodnoceno jako středně vyhovující (3). **Spokojenost s procesem**

kojení bylo u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První, druhý a třetí den po porodu se spokojenost matky s procesem kojení zlepšila na stav v podstatě vyhovující (4).

Adaptace u Sofie probíhala v normě, bez komplikací. Tolerance krmení byla zpočátku v pořádku, jedině malý posun nastal třetí den v otázce sání a umístění jazyka. Důvodem této regrese byla u matky výrazně nalitá prsa. Dětské sestry řešily dopomoc matce v přiložení k prsu za použití kloboučku a použití elektrické odsávačky.

4.1.2 *Kazuistika 2 Martin*

Novorozený Martin je první dítě 32 leté matky, která absolvovala prenatální přípravu na porod a kurz kojení nenavštěvovala. Spontánní porod nastal ve 38. týdnu těhotenství pod dohledem porodní asistentky. Porodní hmotnost novorozence byla 3290 g, chlapec měřil 49 cm. Po porodu bylo dětskou sestrou provedeno ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 2 Apgar skóre Martin

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

Apikální **srdeční frekvence** byla dle hodnocení Apgar skóre v první minutě po porodu 130 tepů za minutu, což bylo hodnoceno 2 body. V páté a desáté minutě byly naměřené hodnoty zcela v normě, znamená to tedy číslo 2. Srdeční akce je zcela v normě. **Dechová frekvence** byla v první minutě 45 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě nedošlo ke změně. Novorozenec dýchá bez problémů. Adaptace po porodu v oblasti dechové frekvence je vynikající. Rytmus dýchání je pravidelný. **Svalový tonus** u novorozence byl v první, páté i v desáté minutě v normě, hodnoceno tedy 2 body. Dítě je aktivní, uvedené hodnoty odpovídají přiměřené poporodní adaptaci. **Reflex** novorozence je v první minutě hodnocen 2 body. Dítě reaguje křikem a silnými pohyby na podráždění i v páté a desáté minutě. V této oblasti došlo k dobré porodní adaptaci. **Barva kůže** v první minutě byla u novorozence zaznamenána jako lehce bledá a hodnocení odpovídá známce 1. V páté a desáté minutě nastalo zlepšení a novorozenec již byl hodnocen 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre novorozence vykazoval hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Celková porodní adaptace dle zaznamenaných hodnot proběhla bez komplikací.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Termoregulace. Dítě po celou dobu sledování nemělo problémy s udržováním a regulací tělesné teploty. Matka byla dětskou sestrou poučena stran oblékání novorozence. Po všechny sledované dny byl tento indikátor hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. V den porodu **vylučování stolice** u dítěte neproběhlo. Další tři dny se novorozenec vylučoval smolkou. **Močení** u novorozence v den porodu nebylo, první den po porodu dítě močilo dvakrát, druhý den po porodu močilo třikrát a třetí den po porodu močilo čtyřikrát. **Barva kůže** u novorozence byla po porodu růžová. Následující tři dny, ve kterých bylo dítě sledováno, byla barva kůže hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Svalový tonus a reakce na stimuly** byly zcela v normě a tedy hodnoceny ve všech dnech jako zcela vyhovující (5).

Sací reflex odpovídal normální hodnotám. V den porodu i dalších den byl hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Tolerance krmení** u dítěte byla v den porodu a následující den hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu došlo ke zlepšení a indikátor byl hodnocen jako zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení k prsu matky došlo 25 minut po porodu v poloze vleže.

Správná poloha a držení prsu byly v den porodu hodnoceny jako středně vyhovující (3). Schopnosti novorozence se zlepšovaly. První den je tento ukazatel hodnocen jako v podstatě vyhovující (4), druhý a třetí den již vyhovuje zcela (5). **Správné uchopení prsu** dítětem je v den porodu a první den po něm hodnoceno jako v podstatě vyhovující (4). Další dva dny se stav zlepšil a hodnoceno jest jako zcela vyhovující (5). **Správné sání a umístění jazyka** v den porodu a první den bylo v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu se situace zlepšila a tato dovednost byla hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** v den porodu a následující tři dny hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Minimálně 8 krmení za den** nebylo v den porodu hodnoceno (N). Následující tři dny již hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu a následující den hodnocena jako v podstatě

vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu se spokojenost zvyšuje a zaznamená jako zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení vyhovuje v den porodu pouze středně vyhovující (3). První den po porodu matka nachází vhodnou polohu snáze a je hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den je zaznamenána jako zcela vyhovující (5). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** u matky v den porodu a první den po něm je hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu jako zcela vyhovující (5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka se řídila pokyny dětské sestry a dítěti nepodávala vodu po celé sledované období (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu nebylo hodnoceno (N). První den po porodu bylo hodnoceno jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu jako zcela vyhovující (5). **Matky příjem tekutin** byl v den porodu v podstatě vyhovující (4). Následující tři dny byl hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Odsání prsu** u matky nebylo hodnoceno po celou dobu pozorování (N).

Spokojenost s procesem kojení byla v podstatě vyhovující v den porodu i první den po něm (4). Druhý a třetí den hodnota spokojenosti vzrostla a byla zaznamenána jako zcela vyhovující (5).

Celková porodní adaptace novorozence proběhla standardním způsobem bez patologických odchylek. Dětské sestry nemusely řešit výrazné komplikace. Matka poporodní stav u dítěte zvládala velmi dobře.

4.1.3 Kazuistika 3 Nela

Novorozená Nela se narodila spontánně hlavičkou ve 41. týdnu gestace. Matce bylo v den porodu 25 let. Jednalo se o první těhotenství probíhající normálním způsobem bez komplikací. Matka navštěvovala prenatální přípravu na porod, kurz kojení neabsolvovala. Porodní hmotnost dítěte byla 3380 g a měřilo 51 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 3 Apgar skóre Nela

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

Apikální srdeční frekvence dle Apgar skóre byla v první minutě po porodu u novorozence 125 tepů za minutu, což bylo hodnoceno 2 body. V páté a desáté minutě fyziologické hodnoty odpovídaly normálu, opět hodnoceno 2 body. **Dechová frekvence** dítěte byla v první minutě 40 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě byla situace nezměněna, hodnocena 2 body. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě zcela vyhovující. Novorozenec reaguje odpovídajícím způsobem. Hodnocení bylo na úrovni 2. **Reflex** novorozené dívky byl hodnocen v první, páté i desáté minutě zcela v pořádku, hodnoceno 2 body. Dítě na podněty reaguje přiměřeně silně a dlouho. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě bylo dítě růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla zcela vyhovující způsobem.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Termoregulace v den porodu i v další tři dny po porodu je hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** u novorozence v den porodu, první, druhý i třetí den po porodu proběhlo formou smolky. Hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Močení** u dítěte v den porodu nebylo. První den po porodu novorozenec močil dvakrát, druhý den po porodu močil čtyřikrát a třetí den po porodu močil pětkrát. **Barva kůže** u dítěte byla po porodu a další sledované tři dny hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Svalový tonus a reakce na stimuly** jsou u dívky hodnoceny ve všech dnech jako zcela vyhovující (5). **Sací reflex** je v den porodu středně vyhovující (3). První, druhý a třetí den po porodu došlo ke zlepšení a je zcela vyhovující (5). **Tolerance krmení** u novorozence v den porodu byl středně vyhovující (3). První den po porodu byla v podstatě vyhovující (4) a druhý i třetí den již vyhovovala zcela (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení k prsu matky došlo 23 minut po porodu v pozici vleže.

Správná poloha a držení prsu byla v den porodu středně vyhovující (3). První den porodu nastalo zlepšení na v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu bylo vše v naprostém pořádku a hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Správné uchopení prsu** dítětem dětská sestra v den porodu vyhodnotila jako v podstatě vyhovující (4). Další dny se úchop stabilizoval a byl hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Správné sání a umístění jazyka** první den po porodu novorozenec ještě zcela nezvládal a indikátor byl hodnocen jako středně vyhovující (3). V dalších dnech se situace zlepšila. První den po porodu je dovednost hodnocena jako v podstatě vyhovující (4), druhý a třetí den po porodu vyhovuje zcela (5). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** bylo v den porodu hodnoceno dětskou sestrou jako středně vyhovující (3). První den po porodu a další následující dny došlo ke zlepšení v nejvyšší možné míře a hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Minimálně 8 krmení za den** v den porodu nehodnoceno (N). První, druhý a třetí den po porodu již novorozenec vykazoval vysoký zájem o krmení a indikátor byl hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu je středně vyhovující (3). První den po porodu byl novorozenec po kojení v podstatě spokojený (4). Druhý den došlo k dalšímu zlepšení na stav zcela vyhovující (5), stejně tak i třetí den po porodu.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení u matky je v den porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). První hodnocený den po porodu se poloha při kojení zlepšila na v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den již matka našla vhodnou polohu bez problémů a ukazatel je hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu se stav zlepšil na zcela vyhovující (5). Třetí den po porodu došlo k mírnému zhoršení na stav v podstatě vyhovující (4). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu.

Vyvarovat se podání vody dítěti. Matka se řídila instrukcemi dětské sestry a vodu dítěti nepodávala (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebyl hodnocen (N). První den po porodu matka signály rozpoznala téměř s jistotou, hodnoceno jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den je hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). Ostatní hodnocené dny matka dodržuje pitný režim v adekvátní míře (5). **Odsání prsu** nebylo po dobu pozorování a hodnocení zaznamenáno (N). K odsávání mléka nedošlo. **Spokojenost**

s **procesem kojení** byla u matky v den porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). První den po porodu se pocit spokojenosti prohloubil a byl hodnocen jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu jako zcela vyhovující (5).

Celková porodní adaptace probíhala bez komplikací. Matka i dítě byly fyziologicky v normě. Celkově vykazovaly velmi dobré výsledky.

4.1.4 *Kazuistika 4 Hana*

Novorozená Hana se narodila spontánně hlavičkou ve 39. týdnu gestace. Matce bylo v den porodu 39 let a jednalo se o její čtvrté těhotenství. Prenatální přípravu k porodu ani kurz kojení matka neabsolvovala. Porodní hmotnost dítěte byla 3770g a délka 52 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 4 Apgar skóre Hanka

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	1	2	2
Tonus	0	1	2
Reflex	1	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	5	9	10

Srdeční frekvence u novorozence v hodnocení Apgar skóre byla 120 tepů za minutu, hodnoceno 2 body. V páté a desáté minutě nedošlo k žádné změně. **Dechová frekvence** dítěte v první minutě po porodu byla 30 dechů za minutu, hodnoceno 1 bodem. V páté a desáté minutě již byla dechová frekvence v normě (40 dechů za minutu) a hodnoceno bylo 2 body. **Svalový tonus** v první minutě byl velmi slabý, téměř žádný (0). V páté minutě došlo ke zlepšení, napětí se zvýšilo (1 bod) a v desáté minutě již byl zcela v normě (2 body). **Reflex** nebyl v první minutě tolik výrazný. Reakce na stimuly nebyly příliš silná (1 bod). V páté a desáté minutě se intenzita reakce zvýšila a již reflex byl hodnocen 2 body. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, děvče bylo růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 5 po první minutě, 9 v páté minutě a 10 v desáté minutě. Porodní adaptace proběhla s obtížemi. Dítě bylo po porodu kříšeno.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Termoregulace novorozence v den porodu i první den po porodu byla nevyhovující (1). Dítě nebylo schopné samo udržet odpovídající tělesnou teplotu. Druhý den po porodu dochází ke zlepšení a termoregulace je hodnocena jako středně vyhovující (3). Třetí den po porodu vzrůstající tendence pokračuje a indikátor je hodnocen jako v podstatě vyhovující (4). **Saturace kyslíkem** byla v den porodu hodnocena jako nevyhovující (1). První den po porodu i následující sledované dny je saturace kyslíkem hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). **Vylučování stolice** u novorozence všechny čtyři sledované dny bylo hodnoceno jako středně vyhovující, jednalo se o smolku (3). **Močení** bylo hodnoceno stejným způsobem jako vylučování stolice, tedy jako středně vyhovující (3). **Barva kůže** v den porodu je cyanotická, hodnocena jako nevyhovující (1). První, druhý, třetí den po porodu dochází ke zlepšení a barva kůže je hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). **Svalový tonus a reakce na stimuly** jsou v den porodu a první den po něm nevyhovující (1). Druhý den po porodu se stav novorozence lepší, středně vyhovující (3). Třetí den v podstatě vyhovují (4). **Sací reflex a tolerance krmení** jsou oproti ostatním ukazatelům naprosto bez problémů a již v den porodu jsou hodnoceny jako zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 30 minut po porodu v poloze vleže. Žádný z ukazatelů není dětskou sestrou zaznamenán v den porodu. Důvodem je umístění novorozence na JIP. **Správná poloha a držení prsu** je všechny tři dny po porodu středně vyhovující (3). **Správné uchopení prsu, správná sání a umístění jazyka, kojení minimálně 5 – 10 min z prsu, minimálně 8 krmení za den** – všechny tyto ukazatele jsou první, druhý i třetí den hodnoceny jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu nehodnoceno (N). Následující dny je spokojenost v podstatě vyhovující (4).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

V den porodu nebyla matka sledována. Dítě bylo na jednotce intenzivní péče.

Pohodlná poloha při kojení je po všechny hodnocené dny, tedy první, druhý a třetí den po porodu, hodnocena jako zcela vyhovující (5). Dětská sestra zaznamenala u všech sledovaných indikátorů hodnocení novorozence v oblasti kojení na straně matky stejné známky. Vše po dobu třech dní po porodu hodnotila jako zcela vyhovující (5).

Porodní adaptace novorozence byla komplikovaná. Dítě bylo po spontánním porodu kříšeno. Následně došlo ke stabilizaci stavu dítěte. Po dvou hodinách byl novorozenec

pro poruchu dýchání přeložen na jednotku intenzivní péče. Od prvního dne po porodu dochází k ústupu problémů, dítě se dostalo do stabilizovaného stavu a bylo přeloženo na standardní novorozenecké oddělení.

4.1.5 Kazuistika 5 Jana

Novorozená Jana se narodila spontánně hlavičkou ve 40. týdnu gestace. Matce bylo v den porodu 32 let a jednalo se o její druhý porod. Prenatální přípravu k porodu ani kurz kojení matka neabsolvovala. Porodní hmotnost dítěte byla 3790g a délka 52 cm.

Rodička jako jediná z výzkumného vzorku absolvovala jak prenatální přípravu k porodu, tak i kurz kojení a měla připraven porodní plán. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 5 Apgar skóre Jana

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	1	1	1
Tonus	0	0	1
Reflex	0	0	1
Barva kůže	0	1	1
Celkem	3	4	6

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 120 tepů za minutu, hodnocenou 2 body, v páté a desáté minutě také dosahoval fyziologických hodnot, což bylo opět hodnoceno 2 body. **Dechová frekvence** byla v první, páté i desáté minutě hodnocena jedním bodem. **Svalový tonus a reflex** byly v první a páté minutě hodnoceny nulou. V desáté minutě jedním bodem.

Barva kůže u novorozence byla v první minutě cyanotická, hodnoceno 0. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, novorozenec byl hodnocen jedním bodem

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 3 po první minutě, 4 po páté minutě a 6 po desáté minutě.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace. Byla v den porodu nevyhovující. Dítě mělo značné problémy s udržení stálé tělesné teploty. První den po porodu byla termoregulace vyhovující jen v malé míře (2), stejně tak druhý den. Poslední sledovaný den byl ukazatel středně vyhovující (3). **Saturace kyslíkem** v den porodu nevyhovující (1), další den vyhovovala v malé míře (2). Druhý a třetí den dětská sestra vyhodnotila stav jako středně vyhovující (3).

Vylučování stolice po celou dobu hospitalizace zcela v normě (5). Stejně tak i **močení** (5). V den porodu bylo dítě cyanotické, **barva kůže** hodnocena jako nevyhovující (1). Další tři dny stav klasifikovala dětská sestra situaci jako středně vyhovující (3). **Svalový tonus a reakce na stimuly** u novorozence hodnoceno po celou dobu pozorování shodně. V den porodu jako nevyhovující (1), první den po porodu vyhovující v malé míře (2). Druhý a třetí den stav vyhovoval středně (3). **Sací reflex** je v den porodu, první a druhý den po porodu hodnocen jako nevyhovující (1). Novorozenec nereaguje správně sacími pohyby při podráždění úst. Třetí den po porodu dochází k mírnému zlepšení a je hodnoceno jako vyhovující v malé míře (2). **Tolerance krmení** je pozorována a zaznamenána stejnou škálou hodnocení jako sací reflex. Byla zde velmi úzká provázanost.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky za 48 minut od porodu v poloze polosedě.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu je v den porodu u obou ukazatelů hodnoceno jako nevyhovující (1). Situace se nezměnila po celou dobu sledovaného období. **Správné sání a umístění jazyka, kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** rovněž zaznamenáno jako nevyhovující v první den po porodu i v dalších třech následujících (1). **Minimálně 8 krmení za den** je naopak ode dne porodu zcela vyhovující po celou dobu sledovaného období (5). **Spokojenost novorozence po kojení** je po celé hodnocené období zaznamenána jako v podstatě vyhovující (4).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení a podpora prsu pomocí „C“ úchopu jsou v den porodu nevyhovující (1). První den se situace zlepšuje a je středně vyhovující (3). Druhý a třetí den dovednosti matky v těchto oblastech v podstatě vyhovují (4). **Techniky prevence citlivosti bradavek** byla v den porodu u matky nevyhovující (1). První den po porodu se situace změnila na zcela vyhovující (5). Druhý a třetí den došlo k poklesu dovednosti na v podstatě vyhovující (4). **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka dítěti vodu nepodávala (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** koresponduje se zaznamenanými údaji u nalezení pohodlné polohy při kojení a dovednosti „C“ úchopu prsu (1, 3, 4, 4). **Matky příjem tekutin a odsávání z prsu** po dobu čtyř sledovaných dní byly zcela vyhovující (5). **Spokojenost s procesem kojení** bylo u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První, druhý a třetí den po porodu se spokojenost matky s procesem kojení zlepšila na stav v podstatě vyhovující (4).

Porodní adaptace neproběhla bez problémů. Matka dle dětské sestry nespolupracovala a neřídila se pokyny zdravotního personálu. Komplikace doprovázely jak samotný porod, tak i sledované dny po porodu. Největší obtíže byly zaznamenány v začátku kojení na straně dítěte.

4.1.6 *Kazuistika 6 Ondřej*

Novorozený Ondřej se narodil spontánně hlavičkou ve 39. týdnu gestace. Jeho matce bylo v době porodu 32 let. Chlapec je z prvního těhotenství, které probíhalo bez komplikací. Prenatální přípravu na porod, ani kurz kojení matka neabsolvovala. Porodní hmotnost novorozence byla 2810g a délka 49 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 6 Apgar skóre Ondřej

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	1	2
Celkem	9	9	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 125 tepů za minutu, hodnocenou 2 body, v páté a desáté minutě se stav nezměnil. Indikátor akce srdeční je v normě. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 42 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě je hodnocení taktéž 2. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě v pořádku, tedy hodnocen číslem 2. Novorozenec měl flektované končetiny a při pokusu o natažení kladl odpor. **Reflex** novorozence v první, páté i desáté minutě hodnocen 2 body. Novorozenec reagoval velmi dobře. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté minutě nedošlo ke změně a barva kůže je stále hodnocena číslem 1. V desáté minutě se stav zlepšil a je hodnocen číslem 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty v první minutě 9, v páté a desáté minutě 10. Adaptace dítěte proběhla velmi dobře.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Novorozenec byl první den po porodu převezen do brněnské nemocnice pro náhlé zhoršení stavu. Druhý den po porodu byl převezen zpět do Nemocnice Jihlava na jednotku intenzivní péče a třetí den po porodu byl umístěn na neonatologické oddělení.

Termoregulace a barva kůže v den porodu dětská sestra vyhodnotila jako v podstatě vyhovující (4). První den po porodu vyhovovali v malé míře, druhý den po porodu se stal středně vyhovujícím a třetí den po porodu jsou zaznamenány stejné hodnoty jako v den porodu, tedy v podstatě vyhovující (4). **Saturace kyslíkem** u novorozence v den porodu nebyla měřena. První den vyhovovala v malé míře (2), druhý den středně a třetí den po porodu v podstatě vyhovovala (4). **Vylučování stolice a močení** bylo v den porodu zcela v normě (5), další den nastal propad (2). Druhý den po porodu byla situace středně vyhovující (3) a poslední sledovaný den stav v podstatě vyhovoval (4). **Tolerance krmení, sací reflex, svalový tonus a reakce na stimuly** byly v den porodu zaznamenány jako zcela vyhovující (5). Den po porodu nastal zlom a indikátory vyhovovaly pouze v malé míře (2). Druhý den po porodu došlo ke zlepšení (3) a poslední sledovaný den výše uvedené oblasti v podstatě vyhovují (4).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení novorozence k prsu matky došlo 30 minut po porodu. První den po porodu není stav dítěte hodnocen z důvodu hospitalizace v brněnské nemocnici.

Správná poloha, držení a uchopení prsu, správné sání a umístění jazyka novorozence v den porodu dětská sestra vyhodnotila jako v podstatě vyhovující (4). Druhý den po porodu se stav mírně zhoršil (3), ale třetí den po porodu bylo vše v normě a hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Kojení minimálně 5 – 10 min z prsu, minimálně 8 krmení za den a spokojenost po kojení** v den porodu v podstatě vyhovovali. Druhý den nastal mírný pokles a hodnoceno bylo jako středně vyhovující (3). Třetí den došlo ke zlepšení, dítě reagovalo správně a stav byl zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

První den po porodu nebyla adaptace novorozence na straně matky v oblasti kojení hodnocena z důvodu hospitalizace dítěte v jiné nemocnici.

Pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu, techniky prevence citlivosti bradavek u matky jsou v den porodu hodnoceny jako v podstatě vyhovující (4). Druhý den po porodu dětská sestra schopnosti matky vyhodnotila jako středně vyhovující (3), třetí den hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Včasně rozpoznání hladu a vyvarování se podání vody** jsou po celou dobu sledovaného období hodnoceny totožně. V den porodu jako v podstatě vyhovující (4), druhý den po porodu jako středně vyhovující (3) a třetí den vyhovující zcela (5). **Příjem tekutin matkou, odsávání prsu a spokojenost s procesem kojení** v den porodu se jeví jako v podstatě vyhovující (4).

Druhý den po porodu nastal stejný pokles jako u předchozích indikátorů a opět bylo zaznamenáno hodnocení středně vyhovující (3). Poslední sledovaný den se stav zcela upravil (5). **Odsání prsu** u matky v den porodu, první a druhý den po porodu nebylo hodnoceno

Adaptace u novorozence po porodu probíhala v pořádku do prvního dne po porodu. Kvůli zhoršení celkového stavu byl chlapec převezen do nemocnice v Brně. Druhý den byl opět hospitalizován v Nemocnici Jihlava na jednotce intenzivní péče. Poporodní adaptace probíhala s komplikacemi, které se podařilo zvládnout, a dle hodnocení klasifikačního systému NOC chlapec třetí den po porodu vykazoval v podstatě vyhovující hodnoty (4).

4.1.7 *Kazuistika 7 Jakub*

Novorozený Jakub se narodil matce, které bylo v den porodu 29 let. Jednalo se první těhotenství probíhající bez komplikací. Prenatální přípravu k porodu matka absolvovala, kurz kojení ne. Porod probíhal spontánně hlavičkou ve 38. týdnu těhotenství pod dohledem porodní asistentky. Porodní hmotnost chlapce byla 3270g a délka 50 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 7 Apgar skóre Jakub

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

Srdeční frekvence novorozence byla v první minutě po porodu 130 tepů za minutu a tedy hodnocena číslem 2. V páté a desáté minutě se stav nezměnil (2 body). **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 40 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě je hodnocení stejné. Novorozenec se projevuje křikem a vydatným dýcháním. Poporodní adaptace probíhá bez komplikací. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě v normě. Hodnocení bylo na úrovni 2. Novorozenec měl flektované končetiny a při pokusu o natažení kladl odpor. **Reflex** novorozence byl od první minuty fyziologicky v pořádku, hodnoceno 2 body. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě

lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo ke zlepšení na zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla výborně.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Termoregulace a barva kůže jsou od prvního dne zcela v normě. Po celou dobu pozorování dětská sestra zaznamenávala jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** u novorozence proběhlo i v den porodu, první a další dny po porodu se novorozenec vyprazdňoval smolkou (5). **Močení** u dítěte v den porodu bylo jednou, první den po porodu močilo dvakrát, druhý den po porodu močilo třikrát a třetí den po porodu močilo čtyřikrát. **Svalový tonus a reakce na stimuly** u novorozence hodnoceny ve všech čtyřech dnech jako zcela vyhovující (5). **Sací reflex** u novorozence po porodu vyhovoval středně (3). První a druhý den v podstatě vyhovoval (4) a třetí den již vše bylo zcela bez komplikací (5). **Tolerance krmení** po porodu a další dva dny byla zaznamenána jako středně vyhovující (3). Třetí den se stav mírně zlepšil (4).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 25 minut po porodu v poloze vleže.

Správná poloha a držení prsu v den porodu a první den po porodu byla středně vyhovující (3). Druhý a třetí den se situace vylepšila a indikátor byl hodnocen jako v podstatě vyhovující (4). **Správné uchopení prsu** první tři sledované dny bylo vyhodnoceno jako středně vyhovující (3). Poslední den došlo k mírnému zlepšení (4). **Správné sání a umístění jazyka** novorozence v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu se sání dítěte zlepšovalo na v podstatě vyhovující (4). Třetí den pozitivní posun pokračoval (5). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** v den porodu nehodnoceno (N). První den po porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3), druhý den v podstatě vyhovovalo (4) a třetí den již bylo vše zcela v pořádku (5). **Minimálně 8 krmení za den** v den porodu nehodnoceno (N). Následující dny bylo dítě krmeno více než 8 krát denně, hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První a druhý den se stav nezměnil. Třetí den nastalo mírné zlepšení, spokojenost hodnocena jako v podstatě vyhovující (4).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení u matky je v den porodu a první den po porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). Druhý a třetí den v podstatě vyhovuje (4). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu se stav zlepšil na v podstatě vyhovující (4). Třetí den zlepšující se tendence pokračuje, podpora prsu hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Požadavek nepodávat vodu dítěti byl matkou po porodu a následující hodnocené dny dodržen (5). **Včasné rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebyl hodnocen (N). První den po porodu matka rozpoznala pocit hladu u dítěte středně vyhovujícím způsobem (3). Druhý den po porodu došlo k dalšímu zlepšení na stav v podstatě vyhovující (4). Třetí den po porodu matka rozeznávala pocit hladu zcela vyhovujícím způsobem (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). Následující sledované dny matka dodržovala dostatečný pitný režim (5). **Odsání prsu** v den porodu a následující dva dny nehodnoceno (N). Třetí den po porodu matka začala odsávat mléko, jehož množství nebylo dostatečné. Hodnoceno jako středně vyhovující (3). **Spokojenost s procesem kojení** u matky byla do druhého dne po porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). Třetí den po porodu se situace zlepšuje a matka je s procesem kojení v podstatě spokojená (4).

Poporodní adaptace u novorozence byla bez výraznějších komplikací. Problémy nastaly u dítěte v oblasti většího úbytku na váze. Matka začala mléko odsávat, což se nepodařilo zvládnout v dostatečné míře. Dítěti byla podána umělá výživa.

4.1.8 Kazuistika 8 Vanesa

Novorozená Vanesa je dítě 37 leté matky, kterou porodila jako své třetí dítě. Rodička nenavštěvovala předporodní přípravu ani kurz kojení. Dítě se narodilo ve 39. týdnu gestace. Porod probíhal spontánně hlavičkou za podpory porodní asistentky. Porodní hmotnost novorozené dívky byla 3000g a délka 49 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 8 Apgar skóre Vanesa

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu, tedy hodnoceno 2 body. V páté a desáté minutě dítě vykazovalo stejné fyziologické hodnoty (2 body). **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 50 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě se hodnocení nemění (2 body). Novorozenec se projevoval vydatným křikem. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté odpovídá fyziologickým hodnotám. Hodnocení bylo na úrovni 2. Novorozenec měl flektované končetiny a při pokusu o natažení kladl odpor. **Reflex** novorozence v první minutě byl v normě, hodnocen 2 body. Novorozenec reagoval na manipulaci v páté a desáté minutě výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte (2). **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, děvče bylo růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla výborně.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace, barva kůže, svalový tonus a reakce na stimuly jsou ode dne porodu až do konce sledovaného období hodnoceny jako zcela vyhovující (5). Novorozenec je bez problémů a vykazuje standardní hodnoty. **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** u novorozence v den porodu neproběhlo, první a další dny po porodu se novorozenec vyprazdňoval smolkou (5). **Močení** u dítěte v den porodu nebylo, první den po porodu močilo třikrát, druhý den po porodu močilo pětkrát a třetí den také močilo pětkrát. **Sací reflex** u dítěte po porodu byl v podstatě vyhovující (4). V dalších třech dnech vyhovuje zcela (5). **Tolerance krmení** u novorozence v den porodu a první den po porodu byla v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den je vše zcela v normě (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení dítěte k prsu matky došlo 14 minut po porodu v poloze vleže.

Správná poloha a držení prsu dítě v den porodu a první den po porodu zvládalo v podstatě vyhovujícím způsobem (4). Druhý a třetí den správné polohu našlo zcela bez problémů (5). **Správné uchopení prsu** novorozence bylo hodnoceno stejnou škálou, jako správná poloha a držení prsu (4,5). **Správné sání a umístění jazyka, kojení min. 5 -10 min. z prsu** v den porodu vyhovovalo v malé míře (2). První den po porodu došlo ke zlepšení na v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den vyhovovalo zcela (5). **Minimálně 8 krmení za den** v den porodu nehodnoceno (N). První, druhý a třetí den po porodu již novorozenec vykazoval vysoký zájem o krmení a byl hodnocen jako zcela vyhovující (5). Matka kojila pouze krátce a třetí den došlo k přechodu na umělou výživu. **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu hodnoceno jako vyhovující v malé míře (2). První den je dítě v podstatě spokojené (4) a druhý i třetí den je po kojení zcela spokojené (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení u matky je v den porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). První hodnocený den po porodu se poloha při kojení zlepšila na v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den matka nachází pohodlnou polohu zcela bez problémů (5). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). Další tři hodnocené dny není v této oblasti zaznamenána komplikace a je hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka se řídí pokyny dětské sestry a vodu dítěti nepodává (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebyl hodnocen (N). První den po porodu matka rozpoznala pocit hladu u dítěte v podstatě vyhovujícím způsobem (4). Druhý a třetí den již tuto dovednost matka zcela zvládá (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). Další dny matčin příjem tekutin plně odpovídá normám (5). **Odsání prsu** po celou dobu nehodnoceno (N). **Spokojenost s procesem kojení** bylo u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První, druhý a třetí den po porodu se spokojenost matky s procesem kojení zlepšila na stav v podstatě vyhovující (4).

Adaptace u novorozence po porodu probíhala v pořádku, bez komplikací. Dítě ubývalo na váze více, než je normální stav. Matka neměla dostatek mateřského mléka, kojila pouze krátce. Třetí den po porodu došlo k přechodu na umělou výživu.

4.1.9 Kazuistika 9 Anna

Novorozená Anna, jejíž matce bylo v době porodu 29 let, dívka je z prvního těhotenství, které probíhalo bez komplikací. Porod probíhal spontánně hlavičkou ve 39. týdnu gestace pod dohledem porodní asistentky. Porodní hmotnost novorozené dívky byla 2510g a délka 48 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 9 Apgar skóre Anna

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	1	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	1	2
Celkem	8	9	10

Srdeční frekvence v hodnocení dle Apgar skóre byla v první minutě po porodu 120 tepů za minutu, hodnocenou 2 body, v páté a desáté minutě také dosahoval fyziologických hodnot, to odpovídá hodnocení 2. Novorozenec se v první minutě po porodu projevoval sníženým dýcháním, **dechová frekvence** byla hodnocena 1 bodem. V páté a desáté minutě došlo ke zlepšení a dechové frekvence již odpovídají normálním hodnotám (2 body). **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě zcela v normě hodnocen 2 body. **Reflex** novorozence byl v první, páté i desáté minutě hodnocen 2 body. Novorozenec adekvátně reagoval na podněty z vnějšku. **Barva kůže** byla v první a páté minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1 bodem. V desáté minutě byla barva kůže novorozence hodnocena 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 8 po první minutě. V páté minutě 9 a v desáté 10. Poporodní adaptace probíhala v normě.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace v den porodu byla zcela vyhovující (5). První den po porodu měl novorozenec mírné obtíže s udržení tělesné teploty, hodnoceno jako středně vyhovující (3). Třetí den po porodu je stav v podstatě vyhovující (4). **Saturace kyslíkem** zcela vyhovující po celou dobu pozorování (5). **Vylučování stolice a močení** od počátku sledování jsou zcela vyhovující (5). Stejně tomu je také u **reakce na stimuly, barvy kůže a svalového napětí**. **Sací reflex** u dítěte po porodu byl zcela v pořádku (5). První den po porodu došlo k propadu a reflex vyhovoval pouze v malé míře (2). Druhý den vyhovuje

středně (3) a třetí den se stav zcela zlepšil (5). **Tolerance krmení** vykazuje stejné výsledky ve sledovaném období. Novorozenec byl umístěn na jednotku intenzivní péče.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 3 hodiny po porodu v poloze vleže.

Správná poloha a držení prsu novorozence v den porodu a den následující v podstatě vyhovovala (4). Druhý a třetí den dítě zaujímá polohu ještě lépe (5). **Správné uchopení prsu, správné sání a umístění jazyka** jsou také první dva sledované dny vyhodnoceno jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den po porodu vyhovují zcela (5). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** v den porodu bylo hodnoceno jako vyhovující v malé míře (2). Následující den došlo k propadu kojení. V rámci této frekvence je nevyhovující (1). Druhý den po porodu vyhovuje v malé míře (2) a další den dochází k dalšímu zlepšení, hodnoceno jako středně vyhovující (3). **Minimálně 8 krmení za den.** Novorozenec byl krmen po celou dobu hospitalizace více než 8 krát za den (5). **Spokojenost novorozence po kojení** je ve všech čtyřech dnech zaznamenána jako v podstatě vyhovující (4).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Všechny sledované oblasti dětská sestra vyhodnotila jako zcela vyhovující v den po porodu i další tři sledované dny (5). Jedná se o indikátory **pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu, techniky prevence citlivosti bradavek, vyvarování podání vody dítěti, včasné rozpoznání signálů hladu, matky příjem tekutin, odsání prsu a spokojenost s procesem kojení.**

Adaptace u novorozence po porodu probíhala s komplikací v oblasti hmotnosti. Jednalo se o novorozence, který byl kvůli nízké porodní hmotnosti umístěn na jednotce intenzivní péče po celou dobu pozorování. Třetí den po porodu dítě začíná díky vhodné edukaci matky ze strany dětských sester na váze přibývat.

4.1.10 Kazuistika 10 Dítě XY

Novorozenec XY se narodil spontánně hlavičkou ve 39. týdnu gestace. Jednalo se o čtvrté těhotenství 42 leté matky. Rodička neabsolvovala prenatální přípravu na porod, ani kurz kojení. Porodní hmotnost novorozence byla 3145g a délka 49 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre. Novorozenec druhý den po porodu zemřel.

Tabulka 10 Apgar skóre Dítě XY

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	0	1	1
Dech	0	0	0
Tonus	0	0	1
Reflex	0	0	0
Barva kůže	0	0	1
Celkem	0	1	3

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu ve všech indikátorech nulové hodnocení (0). Apikální **srdeční frekvence** v páté a desáté minutě hodnocena 1 bodem. **Dechová frekvence** v páté a desáté minutě hodnocena 0 body.

Svalový tonus v páté minutě novorozenci stále chyběl (0), v desáté minutě došlo ke zlepšení a hodnoceno 1 bodem. **Reflex** u novorozence během první, páté a desáté minuty v hodnocení Apgar skóre dosahoval 0 bodů. **Barva kůže** u dítěte byla v první, páté minutě hodnocena 0 body, až v desáté minutě se stav kůže zlepšil a hodnocen 1 bodem.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 0 v první minutě, 1 v minutě páté a 3 v desáté minutě. Porodní adaptace proběhla s obrovskými obtížemi. Dítě bylo okamžitě po porodu převezeno do nemocnice v Brně, kde druhý den po porodu zemřelo.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence, dle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení dítě a NOC 1001 Začátek kojení matka neproběhlo.

4.2 *Kazuistiky novorozenců operačně vedených porodů – císařským řezem*

4.2.1 *Kazuistika 11 Lukáš*

Novorozený Lukáš, jehož matce bylo v den porodu 38 let a jednalo se o druhé těhotenství. Rodička neabsolvovala prenatální přípravu na porod, ani kurz kojení. Porod probíhal císařským řezem ve 40. týdnu těhotenství. Porodní hmotnost dítěte byla 4280 a délka 51 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 11 Apgar skóre Lukáš

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu. Dětská sestra zaznamenala hodnocení 2 body. V páté a desáté minutě se situace nemění, opět hodnoceno 2 body. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 50 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V dalších hodnocených minutách zůstal stav stejný, hodnoceno 2 body. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě zcela vyhovující (2). **Reflex** novorozence v první minutě se projevil silným křikem, v páté a desáté minutě se stav nezměnil, hodnoceno 2. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, chlapec, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla velmi dobře.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace, barva kůže, sací reflex a svalový tonus dosahuje u novorozence fyziologických hodnot po celou dobu pozorování a jsou hodnoceny jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena (N). Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice a močení** je zcela v normě (5). Dítě močilo v den porodu dvakrát, první den po porodu třikrát, druhý a třetí den po porodu pětkrát. **Sací reflex** je všech hodnocených dnech zcela vyhovující (5). Chlapec reaguje velmi dobře. **Tolerance krmení** je v den porodu středně vyhovující (3). První den po porodu se stav lepší a v podstatě vyhovuje (4). Další sledované dny je tolerance krmení zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K prvnímu přiložení k prsu matky došlo 49 minu po porodu.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu a správné sání a umístění jazyka jsou v den porodu středně vyhovující (3). Schopnosti dítěte mají zlepšující se

tendenci a první den po porodu jsou uvedené indikátory v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den dochází k dalšímu zlepšení (5). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** v podstatě vyhovovalo (4). Druhý den po porodu se interval prodlužoval a ukazatel je hodnocen jako zcela vyhovující i třetí den po porodu (5). **Minimálně 8 krmení za den** v den porodu nehodnoceno (N). Další dny matka krmila dítě minimálně 8 krát za den, hodnoceno tedy jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** je v den porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). První a druhý den po porodu je dítě po kojení spokojenější (4). Třetí den dětská sestra spokojenost hodnotí jako zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Schopnost matky zaujmout **pohodlnou polohu při kojení** je v den porodu hodnocena jako středně vyhovující (3). První den po porodu si je matka jistější a indikátor je hodnocen jako v podstatě vyhovující (4). Druhý a třetí den umí matka zaujmout pohodlnou polohu zcela bez problémů (5). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** je klasifikováno stejným způsobem jako indikátor pohodlná poloha při kojení (3,4,5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Požadavek nepodávat vodu dítěti byl matkou po porodu a následující hodnocené dny dodržen (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebyl hodnocen (N). První den po porodu je tato dovednost vyhodnocena jako v podstatě vyhovující (4), druhý a třetí den vyhovuje zcela (5). Matka signály hladu rozeznává a umí na ně vhodně a včas reagovat. **Matky příjem tekutin** je zcela v normě po celou dobu pozorování (5). **Odsání prsu** nehodnoceno (N).

Spokojenost s procesem kojení bylo u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). První den je spokojenost v podstatě vyhovující (4), druhý a třetí den stav vyhovuje zcela (5).

Adaptace u novorozence po porodu probíhala v pořádku, bez komplikací. V oblasti kojení dětské sestry řešily problémy s plochými bradavkami matky pomocí kloboučku.

4.2.2 Kazuistika 12 Jakub

Novorozený Jakub se narodil 34 leté ženě jako její páté dítě. Těhotenství probíhalo bez komplikací a dítě se narodilo ve 37. týdnu císařským řezem. Porodní hmotnost novorozence byla 3300 g a délka 49 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 12 Apgar skóre Jakub

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	1	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	1	2
Celkem	8	9	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu, hodnocenou 2 body, v páté a desáté minutě také dosahoval fyziologických hodnot, to odpovídá hodnocení 2. Indikátor akce srdeční byl v naprostém pořádku a novorozenec vykazoval velmi dobrou poporodní adaptaci. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 30 dechů za minutu, hodnocena 1 bodem. V páté a desáté minutě se stav zlepšil, hodnoty dechové frekvence byly přijatelnější a ukazatel je hodnocen 2 body. **Svalový tonus** u dítěte dosahoval v první minutě fyziologických hodnot. Hodnocení bylo na úrovni 2. V páté ani v desáté minutě se stav nezměnil (2). **Reflex** byl po celou dobu hodnocení v normě, hodnoceno 2 body. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte. **Barva kůže** u novorozence byla v první i v páté minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1 bodem. V desáté minutě se barva kůže novorozence zlepšila, hodnoceno 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 8 po první minutě. V páté minutě 8 a v desáté minutě 10 bodů. Porodní adaptace probíhala dobře.

Hodnocení adaptace novorozence podle klasifikačního systému NOC 0118

Přizpůsobení novorozence

Termoregulace a **barva kůže** novorozence jsou po celou dobu pozorování hodnoceny jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena (N). Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** u novorozence v den porodu neproběhlo, první a další dny po porodu se novorozenec vyprazdňoval smolkou. Třetí den po porodu bylo vylučování zcela vyhovující (4). **Močení** u dítěte v den porodu nebylo, první den po porodu močilo dvakrát, druhý den po porodu močilo třikrát a třetí den po porodu močilo pětkrát.

Svalový tonus a reakce na stimuly u novorozence hodnoceno ve všech dnech jako zcela vyhovující (5). **Sací reflex a tolerance krmení** u dítěte po celou sledovanou dobu zcela

vyhovují (5). **Tolerance krmení** je v naprostém pořádku v den porodu i v další sledované dny (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 40 minut po porodu.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu novorozence v den porodu v podstatě vyhovuje (4). První až třetí den po porodu se stav zcela zlepšil (5). **Správné sání a umístění jazyka** nečiní dítěti žádné obtíže. I v den porodu je zcela vyhovující (5), což se po následující sledované období nezměnilo. **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu, minimálně 8 krmení za den.** Porodní adaptace probíhá velmi dobře, což se projevuje i v této sledované oblasti, která je od prvního dne zcela vyhovující (5) až do posledního dne hospitalizace. **Spokojenost novorozence po kojení.** Novorozenec je po kojení plně spokojen a nejeví známky diskomfortu (5). Takto byl ukazatel hodnocen po celé čtyři sledované dny.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení u matky je v den porodu klasifikována jako v podstatě vyhovující (4). První, druhý a třetí den po porodu matka umí zaujmout pohodlnou polohu při kojení zcela bez problémů (5). **Podporu prsu pomocí „C“ úchopu** dětská sestra v den porodu u matky zaznamenala jako v podstatě vyhovující (4). Následující tři dny žena tuto dovednost zcela ovládá (5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Požadavek nepodávat vodu dítěti byl matkou po porodu a následující hodnocené dny dodržen (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** není v den porodu hodnoceno (N). Dále matce tato dovednost nečiní potíže a je hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). Další sledované období příjem tekutin zcela vyhovuje (5). **Odsání prsu** nebylo hodnoceno (N). **Spokojenost s procesem kojení** je u matky zcela vyhovující od počátku kojení (5) a situace se nezměnila po celé sledované období.

Adaptace u novorozence dle výsledků klasifikačního systému NOC po porodu probíhala standardně, bez komplikací.

4.2.3 Kazuistika 13 Kateřina

Novorozená Kateřina se narodila císařským řezem ve 37. týdnu těhotenství. Matce bylo v době porodu 26 let. Jednalo se první těhotenství, které probíhalo bez komplikací. Žena

neabsolvovala prenatální přípravu na porod, ani kurz kojení. Porodní hmotnost novorozence byla 2930 g a délka 48 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 13 Apgar skóre Kateřina

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	1	2
Celkem	9	9	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 125 tepů za minutu, hodnocenou 2 body, v páté a desáté minutě také dosahoval fyziologických hodnot, to odpovídá hodnocení 2. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 55 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě je hodnocení taktéž 2. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě v normě, hodnoceno 2 body. Uvedený normální svalový tonus odpovídá dobré poporodní adaptaci. **Reflex** novorozence v první minutě se projevil silným křikem, v páté a desáté minutě se stav nezměnil, hodnoceno 2. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1, stejně tak i v páté minutě. V desáté minutě se barva kůže změnila a hodnocena byla 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první a páté minutě a 10 bodů v desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla velmi dobře.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace. Novorozenci se daří udržovat dobrou tělesnou teplotu. Po celé sledované období je termoregulace hodnocena jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena (N). Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice a močení** je také klasifikováno jako zcela vyhovující (5). Dítě v den porodu močilo jednou, první a druhý den po porodu dvakrát, třetí den po porodu třikrát. **Barva kůže, svalový tonus a reakce na stimuly** u novorozence nevykazují odchylky od standardu. Všechny čtyři dny, kdy pozorování probíhalo, byly hodnoceny jako zcela vyhovující (5). To svědčí o dobré poporodní adaptaci dítěte. **Sací reflex** u dítěte po porodu a první den po něm v podstatě vyhovoval (4). Druhý den po porodu došlo k mírnému propadu (3). Třetí den se sací reflex

stabilizoval a je hodnocen jako v podstatě vyhovující (4). **Tolerance krmení** u novorozence je trochu problematická. První dva hodnocené dny je středně vyhovující (3), druhý den dochází ke zhoršení a vyhovuje pouze v malé míře (2). Třetí den tolerance roste a je středně vyhovující (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 42 minut po porodu v poloze vleže.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu novorozencem v den porodu v podstatě vyhovuje (4). První, druhý i třetí den po porodu vyhovuje již zcela (5).

Správné sání a umístění jazyka je v den porodu a následující den hodnoceno jako v podstatě vyhovující (4). Druhý den po porodu se situace mírně zhoršila a správné sání je středně vyhovující (3). Třetí den opět v podstatě vyhovuje (4). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** kvalifikováno v den porodu jako středně vyhovující (3). První den po porodu v podstatě vyhovuje (4), druhý den je opět středně vyhovující (3) a poslední den se vrací k hodnotám z prvního dne (4). **Minimálně 8 krmení za den** je bez komplikací a hodnoceno jako zcela vyhovující (5) po celou dobu pozorování. **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu středně vyhovuje, stejně tomu je i první den po porodu (3). Druhý den dochází k mírnému zhoršení (2), které se třetí den mění a spokojenost je hodnocena jako středně vyhovující (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu u matky v den porodu v podstatě vyhovuje (4). Matka získává v této oblasti jistotou a dovednost je prohlubována, následující dny hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka dítěti vodu nepodává (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebyl hodnocen (N). První den po porodu matka v podstatě pocit hladu u dítěte rozpoznala (4). Druhý a třetí den schopnost rozpoznání hladu ještě sílí (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). Další dny v této oblasti nejsou zaznamenány problémy, hodnoceno jako zcela vyhovující (5). **Odsání prsu** u matky v den porodu, první a druhý den po porodu nebylo hodnoceno (N). Třetí den po porodu matky bylo odsávání prsu hodnoceno jako středně vyhovující (3). **Spokojenost s procesem kojení** bylo u matky v den porodu hodnoceno jako středně vyhovující (3). Stejně hodnocení dětská sestra zaznamenala i první den po porodu. Druhý den došlo k regresi a spokojenost vyhovuje

pouze v malé míře (2). Třetí den je spokojenost matky s kojením označena jako středně vyhovující (3).

Adaptace u novorozence po porodu proběhla v pořádku. Problémy byly zaznamenány v oblasti spokojenosti s kojením na straně dítěte i matky. Druhý den po porodu došlo k vysokému úbytku hmotnosti novorozence a dětské sestry doporučily matce začít používat odsávačku mateřského mléka. Matka nenakojila ani neodsála dostatečné množství mléka a přistoupilo se k dokrmování dítěte.

4.2.4 *Kazuistika 14 Astrid*

Novorozená Astrid se narodila 24 leté matce z prvního těhotenství. Žena nenavštěvovala prenatální přípravu na porod ani kurz kojení. Porod byl proveden císařským řezem ve 41. týdnu těhotenství. Porodní hmotnost novorozence byla 3760 g a délka byla 50 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 14 Apgar skóre Astrid

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	1	2
Celkem	9	9	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu, tedy hodnoceno 2 body. V páté i desáté minutě bylo hodnocení stejné. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 55 dechů za minutu. Hodnocena byla 2 body. V páté a desáté se stav nezměnil. **Svalový tonus** u novorozence v první minutě byl zcela v pořádku. V páté i desáté minutě bylo hodnocení stejné, tedy 2 body. **Reflex** byl vyhodnocen v první, páté i desáté minutě klasifikován jako zcela vyhovující, tedy hodnocen 2 body. **Barva kůže** u novorozence byla v první i páté minutě lehce cyanotická (1 bod). V desáté minutě se stav stabilizoval a barva kůže je hodnocena 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě, 9 po páté minutě, 10 v desáté minutě.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Termoregulace, barva kůže, svalový tonus a reakce na stimuly jsou zcela vyhovující po celou dobu pozorování (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** u novorozence v den porodu hodnoceno jako zcela vyhovující (5). První a druhý den po porodu dítě vylučovalo smolku. Třetí den je tento ukazatel hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Močení** u dítěte v den porodu nebylo, první den po porodu močilo dvakrát, druhý den po porodu močilo třikrát a třetí den po porodu močilo pětkrát. **Sací reflex** u dítěte v den porodu a první den po porodu a byl v podstatě vyhovující (4). V dalších dvou dnech byl zcela vyhovující (5). **Tolerance krmení** u novorozence v den porodu první den po něm byla jako středně vyhovující (3). Druhý den došlo ke komplikacím a je hodnoceno jako vyhovující v malé míře (2). Matka nenakojí dostatečné množství mléka ani pomocí odsávačky. Problémy přetrvávají i třetí den po porodu a je nutné přistoupit k umělé výživě dítěte. Tolerance je hodnocena jako středně vyhovující (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení dítěte k prsu matky došlo 47 minut po porodu.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu novorozence v den porodu a první den po porodu bylo klasifikováno jako středně vyhovující (3). Druhý den došlo ke zlepšení na v podstatě vyhovující (4) a to přetrvalo i třetí den po porodu. **Správné sání a umístění jazyka** novorozence v den porodu hodnoceno jako v podstatě vyhovují (3). Toto hodnocení další den zůstalo beze změny. Druhý den po porodu správné sání a umístění jazyka zcela vyhovuje a tento stav přetrval i třetí den po porodu. **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu, minimálně 8 krmení za den** dětská sestra vyhodnotila po celou dobu pozorování jako zcela vyhovující (5). Minimálně 8 krmení za den nebylo hodnoceno v den porodu (N). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu a následující den je středně vyhovující (3). Druhý den po porodu nastává propad a spokojenost vyhovuje v malé míře (2). Třetí den je dítě středně spokojené (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Pohodlná poloha při kojení u matky je v den porodu a první den po něm hodnocena jako středně vyhovující (3). Druhý den v podstatě vyhovuje (4) a třetí den vyhovuje zcela (5). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** je dětskou sestrou vyhodnocena stejně jako předchozí indikátor (3, 3, 4, 5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla

hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka novorozenci vodu nepodává (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** u novorozence v den porodu u matky nebylo hodnoceno (N). První den po porodu matka rozpoznala pocit hladu u dítěte středně vyhovujícím způsobem (3). Druhý den po porodu došlo k dalšímu zlepšení na stav v podstatě vyhovující (4). Třetí den po porodu matka rozeznávala pocit hladu zcela vyhovujícím způsobem (5). **Matky příjem tekutin** v den porodu nehodnocen (N). Následující tři dny je příjem tekutin zcela vyhovující (5). **Odsání prsu** u matky v den porodu a první den nehodnoceno (N). Druhý a třetí den je vyhovující v malé míře (2). Odsávání se nedaří a třetí den je přistoupeno k dokrmování dítěte. **Spokojenost s procesem kojení** bylo u matky v den porodu i den po něm hodnoceno jako středně vyhovující (3). Druhý den po porodu došlo ke zhoršení (2) spokojenosti, třetí den je hodnocena jako středně vyhovující (3).

Adaptace u novorozence po porodu probíhala bez větších problémů. Komplikace se vyskytly v toleranci krmení, kdy dítě ubývalo na váze z důvodu malého množství mateřského mléka. Situace byla vyřešena dokrmováním novorozence umělou výživou.

4.2.5 *Kazuistika 15 David*

Novorozeného Davida porodila 31 letá žena jako své druhé dítě. Matka nenavštěvovala prenatální přípravu na porod ani kurz kojení. Porod proběhl císařským řezem ve 40. týdnu gestace. Porodní hmotnost novorozence byl 3460 g a délka 48 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 15 Apgar skóre David

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	2	2	2
Celkem	10	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu, což bylo hodnoceno 2 body. V páté ani v desáté minutě se nic nezměnilo. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 55 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě je hodnocení stejné, tedy 2 body. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě v pořádku, hodnoceno 2 body. **Reflex i barva kůže** byli v první, páté i desáté minutě hodnoceny 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 10 ve všech třech okamžicích měření.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace je první dva sledované dny zcela vyhovující (5). Následující dva dny je nehodnocena (N). Důvodem je přeložení novorozence na jednotku intenzivní péče. **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena v den porodu a den po porodu. Dva další dny zcela vyhovuje (5), je sledována na JIP. **Vylučování stolice a močení** u dítěte v den porodu zcela vyhovuje. Stav se nezměnil ani další hodnocený den. Druhý a třetí den je situace v podstatě vyhovující (4). **Barva kůže** u novorozence byla po porodu klasifikována jako zcela vyhovující (5). První den po porodu došlo k poklesu hodnot na středně vyhovující (3). Druhý den po porodu přišel zlom a barva kůže byla označena jako nevyhovující (1). Došlo k nárůstu ikteru. Dítě bylo převezeno na jednotku intenzivní péče, kde byla nasazena fototerapie a infuze. Stav zůstal nevyhovující i třetí den po porodu (1). **Svalový tonus a reakce na stimuly** byly v den porodu v pořádku a hodnocen číslem 5 jako zcela vyhovující. Druhý den po porodu byly v podstatě vyhovující (4). Další dny nenastala změna. **Sací reflex** u dítěte po porodu zcela vyhovoval (5). Stav se změnil druhý den po porodu na středně vyhovující (3), třetí den po porodu bylo hodnocení stejné (3). **Tolerance krmení** u novorozence po porodu a první den byl zcela vyhovující (5). Druhý den nastal propad, dítě je apatické a nesaje z důvodu nárůstu ikteru. Tolerance krmení vyhovovala v malé míře (2). Stejný stav byl i třetí den po porodu.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 60 minut po porodu.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu, správné sání a umístění jazyka jsou v den porodu zaznamenány jako zcela vyhovující (5). Taktéž je stav vyhodnocen i první a druhý den po porodu. Třetí den se tyto dovednosti mírně horší a jsou klasifikovány jako středně vyhovující (3). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu, minimálně 8 kojení za den** v den porodu i den po něm plně vyhovuje (5). Druhý den po porodu tyto kritéria nebyly úplně naplněny a jsou hodnoceny jako středně vyhovující (3). **Novorozence je po kojení spokojen** zcela v den porodu i první den po porodu (5). Druhý den se situace horší a spokojenost je na stupni středně vyhovujícím (3). Třetí den se stav nezměnil.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Dětská sestra vyhodnotila všechny sledované ukazatele u matky jako zcela vyhovující (5) po celou dobu pozorování, tedy v den porodu, první, druhý i třetí den po porodu. Jedná si o indikátory **pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu, technika prevence citlivosti bradavek, vyvarování se podání vody, včasné rozpoznání signálů hladu, příjem tekutin, odsávání prsu, spokojenost s procesem kojení.**

Adaptace u novorozence po porodu probíhala v prvních dnech velmi dobře. Druhý den po porodu došlo k nárůstu ikteru na hraniční hodnoty a dítě bylo přeloženo na jednotku intenzivní péče. Byla indikována fototerapie a infuzní terapie.

4.2.6 Kazuistika 16 Lenka

Novorozená Lenka se narodila matce, které bylo 26 let a jednalo se o její druhé těhotenství probíhající bez komplikací. Rodička nenavštěvovala prenatální přípravu na porod ani kurz kojení. Porod byl proveden císařským řezem ve 40. týdnu gestace. Porodní hmotnost novorozence byla 3630 g a délka byla 49 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 16 Apgar skóre Lenka

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	1	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	1	2
Celkem	8	9	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 135 tepů za minutu, tedy hodnoceno 2 body. V páté i desáté minutě se stav nezměnil. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 25 dechů za minutu. Hodnocena byla 1 bodem. Dechová frekvence se upravila a klasifikována je 2 body. **Svalový tonus** u novorozence v první minutě byl zcela v pořádku. V páté i desáté minutě bylo hodnocení stejné, tedy 2 body. **Reflex** byl vyhodnocen v první, páté i desáté minutě klasifikován 2 body jako zcela vyhovující. **Barva kůže** u novorozence byla v první i páté minutě lehce cyanotická (1 bod). V desáté minutě se situace zlepšila a barva kůže je hodnocena 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 8 po první minutě, 9 po páté minutě, 10 v desáté minutě.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Adaptace novorozence během čtyř pozorovacích dní probíhala výborně. Dětská sestra téměř všechny indikátory po celou dobu sledování vyhodnotila jako zcela vyhovující (5). Jedinou odchylkou byla **hmotnost**, která v den porodu a jeden den po něm byla plně vyhovující (5), ale druhý den po porodu došlo k úbytku na váze a indikátor byl hodnocen jako vyhovující v malé míře (2). Třetí den po porodu vyhovovala středně (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení dítěte k prsu matky došlo 45 minut po porodu. **Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu, správné sání a umístění jazyka** bylo od prvního den po porodu zcela v pořádku a tedy hodnoceno jako zcela vyhovující (5). Stav byl výborný až do konce sledovaného období. **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu, minimálně 8 krmení za den** dětská sestra vyhodnotila po celou dobu pozorování jako zcela vyhovující (5). **Spokojenost novorozence po kojení** v den porodu a následující den je středně vyhovující. Druhý den po porodu nastává propad a spokojenost je nevyhovující (1). Třetí den je dítě po kojení spokojené pouze v malé míře (2).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

V den porodu není u matky sledován ani jeden z ukazatelů z důvodu zdravotního stavu po císařském řezu. První, druhý i třetí den je zaznamenané hodnocení u všech indikátorů totožné. Dětská sestra je klasifikovala v první den po porodu jako středně vyhovující (3), druhý s třetí den se stav zlepšil na zcela vyhovující (5). Jde o indikátory **pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu, technika prevence citlivosti bradavek, vyvarování se podání vody, včasné rozpoznání signálů hladu, příjem tekutin, odsávání prsu, spokojenost s procesem kojení.**

Adaptace u novorozence po porodu probíhala bez komplikací. Dětské sestry neřešily žádné závažné komplikace týkající se poporodní adaptace a začátku kojení.

4.2.7 Kazuistika 17 Vojtěch

Novorozený Vojtěch se narodil matce, které bylo v době porodu 33 let. Jednalo se o první těhotenství. Porod proběhl císařským řezem ve 40. týdnu gestace. Porodní hmotnost novorozence byl 3425 g a délka 49 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 17 Apgar skóre Vojtěch

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 120 tepů za minutu, což bylo hodnoceno 2 body. V páté ani v desáté minutě se nic nezměnilo. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 40 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V páté a desáté minutě je hodnocení stejné, tedy 2 body. **Svalový tonus a reflex** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě v pořádku, hodnoceno 2 body. **Barva kůže** byla v první minutě lehce bledá, hodnocena 1 bodem. V páté a desáté minutě došlo k pozitivnímu posunu, hodnoceno 2 body.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo v první minutě 9 bodů, v páté a desáté bodů 10.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Jako zcela vyhovující (5) shledala dětská sestra po všechny čtyři pozorovací dny následující ukazatele: **termoregulace, saturace kyslíkem, barva kůže, svalový tonus, reakce na stimuly, vylučování stolice a močení. Tolerance krmení a sací reflex** byly v den porodu zhodnoceny jako vyhovující v malé míře (2). První den po porodu již vyhovují středně (3) a druhý, třetí den jsou zcela v normě (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 30 minut po porodu.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu jsou v den porodu a první den po něm středně vyhovující (3). Pozorování v dalších dvou dnech bylo vyhodnoceno jako v podstatě vyhovující (4). V den porodu novorozenec **správně sál a umístil jazyk** v podstatě vyhovujícím způsobem (4). Od prvního dne po porodu nejsou v této oblasti komplikace a je hodnocena jako zcela vyhovující do konce hospitalizace (5). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu, minimálně 8 kojení za den** v den porodu vyhovuje pouze v malé míře (2). Další tři dny se situace výrazně zlepšila a ukazatel je hodnocen jako zcela vyhovující (5). **Novorozence je po kojení spokojen** středně vyhovujícím způsobem (3) v den porodu a další den. Druhý a třetí den po porodu je po kojení zcela spokojený (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

V den porodu hledala matka **pohodlnou polohu při kojení** jen velmi těžko (1). První den po porodu bylo tomu stejně. Druhý a třetí den byla schopnost zaujmout pohodlnou polohu hodnocena již jako v podstatě vyhovující (4). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** bylo dětskou sestrou vyhodnoceno v den porodu a jeden den po něm jako nevyhovující (1). Druhý den po porodu se stav posunul k lepšímu a byl hodnocen jako v podstatě vyhovující (4). **Techniky prevence citlivosti bradavek** první dva hodnocené dny byly nevyhovující (1). Po edukaci dětskou sestrou byla tato dovednost druhý a třetí den po porodu zcela vyhovující (5). **Vyvarovat se podání vody dítěti**. Matka se řídila instrukcemi dětské sestry a dítěti vodu nepodává (5). **Včasně rozpoznání signálů hladu** byly první dva dny vyhodnoceny jako středně vyhovující (3). Další dva dny již vyhovoval zcela (5). **Odsání prsu** je nehodnoceno (N).

Matka byla po celé sledované období **s procesem kojení** středně spokojena (3).

Adaptace u novorozence po porodu probíhala bez komplikací. Větší pozornost byla věnována matce v začátku kojení. Vhodnou edukací a podporou se podařilo schopnosti matky stabilizovat.

4.2.8 Kazuistika 18 Martin

Novorozený chlapec se narodil 27 leté matce z prvního těhotenství. Rodička nenavštěvovala prenatální přípravu na porod ani kurz kojení. Porod byl proveden císařským řezem ve 36. týdnu těhotenství. Jednalo se o nedonošeného novorozence. Porodní hmotnost novorozence byla 2780 g a délka nebyla zaznamenána. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 18 Apgar skóre Martin

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu. Dětská sestra zaznamenala hodnocení 2 body. V páté a desáté minutě se situace nemění, opět hodnoceno 2 body. **Dechová frekvence**

novorozence byla v první minutě 40 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V dalších hodnocených minutách zůstal stav stejný, hodnoceno 2 body. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě zcela vyhovující (2). **Reflex** novorozence v první minutě se projevil silným křikem, v páté a desáté minutě se stav nezměnil, hodnoceno 2. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, děvče bylo růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla velmi dobře. Dítě bylo z důvodu nezralosti převezeno na jednotku intenzivní péče, kde pokračovalo sledování poporodní adaptace.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace, barva kůže, svalový tonus a reakce na stimuly jsou zcela vyhovující po celou dobu pozorování (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice a močení** u novorozence v den porodu i další dny hodnoceno jako zcela vyhovující (5). Po celou dobu sledování dítě vylučovalo smolku. **Sací reflex a tolerance krmení** u dítěte jsou vyhodnoceny jako středně vyhovující (3) a tento stav trvá po celé čtyři dny.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K přiložení dítěte k prsu matky došlo až druhý den po porodu. Z tohoto důvodu nebylo první dva dny provedeno hodnocení dle systému NOC. Dítě nebylo kojeno. Druhý a třetí den po porodu byly všechny indikátory zhodnoceny totožně a to jako středně vyhovující (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Matka dítě poprvé kojila druhý den po porodu. První dva dny mléko odsávala. Hodnoceným obdobím bylo tedy pouze druhý a třetí den po porodu. **Pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu** byly druhý den po porodu vyhodnoceny jako středně vyhovující (3) a třetí den v podstatě vyhovující (4). **Techniky prevence citlivosti bradavek, vyvarování se podání vody, včasné rozpoznání signálu hladu a příjem tekutin matky** byly naprosto v pořádku (5). **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka novorozenci vodu nepodává (5). **Odsání prsu** u matky bylo nutné ode dne porodu. V této oblasti nejsou žádné potíže, bylo zaznamenáno jako zcela vyhovující (5).

Spokojenost s procesem kojení bylo u matky středně vyhovující (3) po sledované dny, tj. druhý a třetí den po porodu.

Adaptace u novorozence po porodu probíhala dobře. Po porodu byl kvůli nízkému gestačnímu věku převezen na jednotku intenzivní péče. Kojit matka začala až druhý den po porodu. Do té doby byl novorozenec krmen odsátým mateřským mlékem.

4.2.9 Kazuistika 19 Kateřina

Novorozená Kateřina se narodila matce, které bylo v den porodu 33 let a jednalo se o první těhotenství. Žena neabsolvovala prenatální přípravu na porod, ani kurz kojení. Porod probíhal císařským řezem ve 39. týdnu těhotenství. Porodní hmotnost dítěte byla 2590 g a délka 50 cm. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 19 Apgar skóre Kateřina

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 130 tepů za minutu. Dětská sestra zaznamenala hodnocení 2 body. V páté a desáté minutě se situace nemění, opět hodnoceno 2 body. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 45 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V dalších hodnocených minutách zůstal stav stejný, hodnoceno 2 body. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě zcela v normě (2). **Reflex** novorozence v první minutě se projevil silným křikem, v páté a desáté minutě se stav nezměnil, hodnoceno 2. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce bledá, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, děvče bylo růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla velmi dobře.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přízpůsobení novorozence

Termoregulace, barva kůže, sací reflex a svalový tonus dosahují u novorozence normálních hodnot po celou dobu pozorování a jsou hodnoceny jako zcela vyhovující (5). **Saturace kyslíkem** u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém

oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Vylučování stolice** a **močení** je zcela v normě (5). Dítě močilo v den porodu jedenkrát, první a druhý den po porodu třikrát, třetí den po porodu čtyřikrát. **Sací reflex** v den porodu klasifikován jako v podstatě vyhovující (4). Další tři dny došlo ke zlepšení na zcela vyhovující (5). **Tolerance krmení** je v den porodu v podstatě vyhovující (4). První den po porodu se stav lepší a zcela vyhovuje (5). Další sledované dny je tolerance krmení zcela vyhovující (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

K prvnímu přiložení k prsu matky došlo 39 minu po porodu.

Správná poloha a držení prsu, správné uchopení prsu, správné sání a umístění jazyka a kojení minimálně 5 – 10 minut z prsu byly v den porodu v podstatě vyhovující (4). Následující tři sledované dny byl stav zcela vyhovující (5). **Minimálně 8 krmení za den** bylo bez komplikací a v normě po dobu všech čtyř dní (5). **Spokojenost novorozence po kojení** byla v den porodu hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). Dále se situace zlepšovala a dítě bylo zcela spokojeno (5).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

Schopnost matky zaujmout **pohodlnou polohu při kojení** bylo v den porodu hodnocena jako v podstatě vyhovující (4). Stejně tak i **podpora prsu pomocí „C“ úchopu a spokojenost s procesem kojení**. Všechny uvedené ukazatele dětská sestra první, druhý a třetí den po porodu klasifikovala jako zcela vyhovující (5). **Techniky prevence citlivosti bradavek** nebyla hodnocena v den porodu ani v následující dny (N) z neuvedeného důvodu. **Vyvarovat se podání vody dítěti**. Požadavek nepodávat vodu dítěti byl matkou po porodu a následující hodnocené dny dodržen (5). **Včasné rozpoznání signálů hladu** nečiní matce potíže a bylo zcela vyhovující (5). **Matky příjem tekutin** byl zcela v normě po celou dobu pozorování (5).

Odsání prsu nehodnoceno (N).

Adaptace u novorozence po porodu probíhala velmi dobře. Matka se velmi rychle učí jak zvládat péči o dítě a jak porozumět jeho potřebám.

4.2.10 Kazuistika 20 Eliška

Novorozená Eliška se narodila matce, které v době porodu bylo 21 let. Jednalo se o první těhotenství. Rodička nenavštěvovala prenatální přípravu na porod ani kurz kojení. Porod byl proveden císařským řezem ve 41. týdnu gestace. Porodní hmotnost novorozence byla

3370 g a délka nebyla zaznamenána. Dětská sestra provedla po porodu dle přijatých zásad první ošetření a hodnocení novorozence podle Apgar skóre.

Tabulka 20 Apgar skóre Eliška

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční	2	2	2
Dech	2	2	2
Tonus	2	2	2
Reflex	2	2	2
Barva kůže	1	2	2
Celkem	9	10	10

V hodnocení dle Apgar skóre měl novorozenec v první minutě po porodu apikální **srdeční frekvenci** 125 tepů za minutu. Dětská sestra zaznamenala hodnocení 2 body. V páté a desáté minutě se situace nemění, opět hodnoceno 2 body. **Dechová frekvence** novorozence byla v první minutě 35 dechů za minutu, hodnocena 2 body. V dalších hodnocených minutách zůstal stav stejný, hodnoceno 2 body. **Svalový tonus** u dítěte byl v první, páté a desáté minutě zcela vyhovující (2). **Reflex** novorozence v první minutě se projevil silným křikem, v páté a desáté minutě se stav nezměnil, hodnoceno 2. Novorozenec se projevoval na manipulaci výraznými pohyby a křikem, což koresponduje s dobrou poporodní adaptací dítěte. **Barva kůže** u novorozence byla v první minutě lehce cyanotická, hodnoceno 1. V páté a desáté minutě došlo k pozitivní změně, děvče bylo růžové, tedy zcela vyhovující a hodnoceno 2.

V celkovém hodnocení Apgar skóre dítě vykazovalo hodnoty 9 po první minutě a 10 po páté i desáté minutě. Poporodní adaptace dítěte proběhla velmi dobře.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 0118 Přizpůsobení novorozence

Termoregulace, barva kůže, svalová tonus, reakce na stimuly, vylučování stolice a močení byly ode dne porodu naprosto v pořádku a hodnoceny nejvyšším možným způsobem, tedy jako zcela vyhovující (5). V žádné z oblastí nedošlo ke zhoršení stavu.

Saturace kyslíkem u novorozence nehodnocena. Na standardním novorozeneckém oddělení se běžně tento parametr nesleduje. **Sací reflex** u novorozence v den porodu zcela vyhovuje (5). První den po porodu nastává regrese a ukazatel je zaznamenán jako středně vyhovující (3). Druhý den po porodu propad pokračuje a tolerance krmení vyhovuje v malé míře (2). Třetí den je situace stejná (2). **Tolerance krmení** dítěte v den porodu zcela vyhovuje (5). První den po porodu nastává regrese a ukazatel je zaznamenán jako středně vyhovující (3). Druhý den zhoršení pokračuje a stav je nevyhovující (1). Třetí den je v podstatě vyhovující (3).

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1000 Začátek kojení: dítě

Dítě bylo přiloženo k prsu matky 60 minut po porodu.

Správná poloha a držení prsu v den porodu zhodnocena jako v podstatě vyhovující (4). První den dítě správnou polohu hled hůře (3), druhý je tato schopnost vyhovující v malé míře (2) a třetí den je středně vyhovující (3). **Správné uchopení prsu, správné sání a umístění jazyka a spokojenost kojenice po kojení** jsou po celou dobu středně vyhovující (3). **Kojení minim. 5 - 10 min. z prsu** bylo hodnoceno jako nevyhovující po všechny čtyři sledované dny (1). **Minimálně 8 krmení za den** bylo splněno středně vyhovujícím způsobem (3) ode dne porodu do třetího dne po porodu. **Novorozence je po kojení spokojen** středně vyhovujícím způsobem (3) v den porodu i další sledované dny.

Hodnocení podle klasifikačního systému NOC 1001 Začátek kojení: matka

V den porodu nedošlo k hodnocené sledovaných ukazatelů z nevedeného důvodu.

Pohodlnou polohu při kojení první den po porodu matka nacházela obtížně (2). Druhá a třetí den po porodu byla situace lepší (3). **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** bylo dětskou sestrou vyhodnoceno první den po porodu jako vyhovující v malé míře (1). Třetí den bylo hodnoceno jako středně vyhovující (3).

Techniky prevence citlivosti bradavek byla hodnocena po celou dobu stejně jako v podstatě vyhovující (4). **Vyvarovat se podání vody dítěti.** Matka dítěti podává vodu. Ukazatel byl hodnocen jako vyhovující v malé míře (2). **Včasně rozpoznání signálů hladu** vyhovuje v malé míře (2) po všechny čtyři sledované dny. **Odsání prsu** den po porodu nevyhovuje (1). Druhý a třetí den bylo klasifikováno jako vyhovující v malé míře (2). Matka byla po celé sledované období **s procesem kojení** nespokojena (1).

Adaptace u novorozence po porodu probíhala dobře. Komplikace nastaly v oblasti začátku kojení na straně matky především v odsávání prsu a spokojenosti s procesem kojení. Matka byla edukována dětskou sestrou s procesem kojení. Dopomoc byla poskytnuta v manipulaci s odsávačkou.

4.3 Souhrnné výsledky kasuistik

Výsledky Apgar skóre po minutách

Tabulka 21 Průměrné hodnoty Apgar skóre po minutách

Funkce	Vaginální porod			Císařský řez		
	1	5	10	1	5	10
Akce srdeční	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0
Dech	1,5	1,7	1,7	1,8	2,0	2,0
Tonus	1,4	1,5	1,8	2,0	2,0	2,0
Reflex	1,5	1,6	1,7	2,0	2,0	2,0
Barva kůže	0,8	1,5	1,8	1,1	1,6	2,0
Celkový výsledek	7,0	8,2	8,9	8,9	9,6	10,0

Zdroj: vlastní

Hodnotily jsme Apgar skóre po 1, 5 a 10 minutě u 10 novorozenců, které se narodily vaginálním porodem a 10 novorozenců, které se narodily císařským řezem. Zjistily jsme, že po 1 minutě u vaginálně vedených porodů bylo průměrné skóre 7,0 a porodů vedených císařským řezem bylo průměrné skóre 8,9. Po 5 minutě u vaginálně vedených porodů bylo průměrné skóre 8,2 a u porodů vedených císařským řezem bylo průměrné skóre 9,6. Po 10 minutě u vaginálně vedených porodů bylo průměrné skóre 8,9 a u porodů vedených císařským řezem bylo průměrné skóre 10,0. U vaginálně vedených porodů byly výsledky Apgar skóre ve všech sledovaných funkcích a minutách mírně nižší než u dětí porozených císařským řezem

Výsledky Apgar skóre

Tabulka 22 Průměrné hodnoty Apgar skóre

Funkce	Vaginální porod	Císařský řez
Akce srdeční	1,87	2,00
Dech	1,63	1,93
Tonus	1,57	2,00
Reflex	1,60	2,00
Barva kůže	1,37	1,57
Celkový průměr	8,03	9,50

Zdroj: vlastní

Zjistily jsme, že novorozenci narození vaginálním porodem měli průměrné skóre 8,03 a novorozenci narození císařským řezem měli průměrné skóre 9,50.

Průměrné hodnoty očekávaných výsledků NOC

Očekávané výsledky přizpůsobení novorozence jsme hodnotily Likertovou škálou, kde hodnocení 1 znamenalo nevyhovující, 2 vyhovující v malé míře, 3 středně vyhovující, 4 v podstatě vyhovující, 5 zcela vyhovující a N znamenalo nehodnoceno. Hodnotily jsme 4 dny a to den porodu, první, druhý a třetí den po porodu. Tabulka obsahuje aritmetický průměr hodnocených indikátorů během 4 dnů sledovaného období u vaginálně porozených novorozenců a novorozenců porozených císařským řezem. Nebyly hodnocené následující indikátory: saturace kyslíkem, hmotnost a vylučování stolice.

0118 Přizpůsobení novorozence

Definice: Přizpůsobení se zralého fyziologického novorozence na mimoděložní prostředí v průběhu prvních 28 dnů.

Doména: Funkční zdraví

Třída: Růst a vývoj

Tabulka 23 Průměrné hodnoty indikátorů za sledované období

Kód	Indikátor	Vaginální porod	Císařský řez
011801	Apgar skóre	5	5
011802	Gestační věk index	5	5
011803	Apikální srdeční frekvence	4,35	5,00
011804	Dechová frekvence	4,30	4,98
011806	Saturace kyslíkem	N	N
011807	Termoregulace	3,97	5,00
011808	Barva kůže	4,24	4,75
011811	Hmotnost	N	N
011812	Tolerance krmení	3,62	3,80
011813	Sací reflex	3,97	4,18
011814	Svalový tonus	4,14	4,93
011817	Reakce na stimuly	4,14	4,95
1011824	Vylučování stolice	N	N
1011825	Močení	4,47	4,80

Zdroj: vlastní

Zjistily jsme, že průměrné hodnoty Apgar skóre byly 8,03 u vaginálně vedených porodů a u porodů vedených císařským řezem byly 9,50. Tyto hodnoty podle Likertové škály znamenaly hodnoty 5 - zcela vyhovující. Zrovna tak u hodnocení gestačního věku, pouze jeden z novorozenců se narodil předčasně ve 36. týdnu gestace u operativně vedeného porodu. Průměrné stáří gestace u novorozenců vaginálně vedených bylo 39,2 týdnů a u novorozenců porozených císařským řezem bylo průměrné stáří těhotenství 39,1 týdnů. Tyto hodnoty podle Likertové škály znamenaly hodnoty 5 - zcela vyhovující. U apikální srdeční frekvence dosahovaly novorozenci vaginálně vedeným porodem průměrné hodnoty 4,35, respektive 5,00 u císařského řezu. Průměrná hodnota dechové frekvence u novorozenců vaginálně vedených byla 4,30, respektive 4,98 u novorozenců narozených císařským řezem. Hodnota termoregulace novorozence byla u vaginálně vedených porodů 3,97, respektive 5,00 u císařských řezů. Hodnota indikátoru barvy kůže u vaginálně vedených porodů byla 4,24, respektive 4,75 u císařských řezů. Hodnota tolerance krmení u novorozence byla u vaginálně vedených porodů 3,62, respektive 3,80 u porodů vedených císařským řezem. Sací reflex byl u vaginálně vedených porodů 3,97, respektive 4,18 u porodů císařským řezem. Hodnota svalového tonu byla u vaginálně vedených porodů 4,14, respektive 4,93 u porodů vedených císařským řezem, neboli zkratkou (s.c.). Reakce na stimuly byla hodnocena u vaginálně vedených porodů 4,14, respektive 4,95 u porodů vedených císařským řezem. Průměrná hodnota indikátoru močení byla u vaginálně vedených porodů 4,47, respektive 4,80 u porodů vedených císařským řezem. Hodnoceny nebyly indikátory saturace kyslíkem, hmotnost a vylučování stolice.

Průměrné hodnoty indikátorů v systému hodnocení NOC vykazovaly novorozenci po vaginálně vedených porodech mírně nižší výsledky než novorozenci vedené císařským řezem.

1000 Začátek kojení: dítě

Definice: Kojenecká vazba a odsávání mateřského mléka z prsu pro výživu během prvních 3 týdnů kojení.

Doména: Fyziologické zdraví

Třída: Výživa

Tabulka 24 Průměrné hodnoty indikátorů za sledované období

Kód	Indikátor - dítě	Vaginální porod	Císařský řez
100001	Správná poloha a držení prsu	3,69	4,16
100002	Správné uchopení prsu	3,83	4,16
100004	Správné sání a umístění jazyka	3,69	4,30
100006	Kojení minim. 5-10 min. z prsu	3,59	4,03
100007	Minimálně 8 krmení za den	4,77	4,46
100008	Močení za den odpovídající věku	4,77	4,77
100009	Řídká, žlutá, zrnitá stolice za den odpovídající věku	N	N
100010	Přibývání na hmotnosti odpovídající věku	N	N
100011	Spokojenost kojence po krmení	3,91	3,53

Zdroj: vlastní

Hodnocení dítěte jsme vykonávaly Likertovou škálou, kde hodnocení 1 znamenalo nevyhovující, 2 vyhovující v malé míře, 3 středně vyhovující, 4 v podstatě vyhovující, 5 zcela vyhovující a N - nehodnoceno. Hodnotily jsme 4 dny a to den porodu, první, druhý a třetí den po porodu. Tabulka obsahuje aritmetický průměr hodnocených indikátorů během 4 dnů sledovaného období u vaginálně porozených novorozenců a novorozenců porozených císařským řezem. Nebyly hodnoceny následující indikátory: stolice a přibývání na váze, protože u novorozenců byl fyziologický úbytek a vylučovala se smolka, její vylučování bylo sledováno.

Správná poloha a držení prsu u novorozenců vaginálně vedených byla průměrná hodnota 3,69, respektive 4,16 u novorozenců porozených s.c. Hodnota **správného uchopení prsu** novorozence u vaginálně vedených porodů byla 3,83, respektive 4,16 u porodů vedených s.c.

Průměrnou hodnotu indikátoru **správného sání a umístění jazyka** vykazovaly vaginálně vedení novorozenci 3,69, respektive 4,30 u porodů s.c. Hodnota indikátoru **kojení**

minim. 5-10 min. z prsu u vaginálně vedených porodů bylo 3,59, respektive 4,03 u porodů s.c. Průměrná hodnota **minim. 8 krmení za den** vykazovala u novorozenců porozených vaginální cestou 4,77, respektive 4,46 u císařských řezů. Indikátor **močení** byl u novorozenců porozených vaginální cestou 4,77, respektive 4,77 u porodů císařským řezem. Spokojenost kojence po krmení vykazuje u novorozenců vedených vaginálním porodem hodnotu 3,91, respektive 3,53 u novorozenců narozených císařským řezem.

1001 Začátek kojení: matka

Definice: Schopnost matky správného přiložení kojence k sání z prsu a zajištění výživy během prvních 3 týdnů kojení.

Doména: Fyziologické zdraví

Třída: Výživa

Tabulka 25 Průměrné hodnoty indikátorů za sledované období

Kód	Indikátor - matka	Vaginální porod	Císařský řez
100101	Pohodlná poloha při kojení	4,00	4,08
100102	Podpora prsu pomocí „C“ úchopu	4,20	4,08
100106	Rozpoznávání polykání dítěte	N	N
100121	Techniky prevence citlivosti bradavek	4,13	4,19
100110	Vyvarovat se podání vody dítěti	4,80	4,69
100113	Včasné rozpoznání signálu hladu	4,20	4,32
100120	Matky příjem tekutin	4,71	4,84
100123	Odsávání prsu	4,35	3,67
100118	Spokojenost s procesem kojení	3,94	3,67

Zdroj: vlastní

Hodnocení matky jsme vykonávaly Likertovou škálou, kde hodnocení 1 znamenalo nevyhovující, 2 vyhovující v malé míře, 3 středně vyhovující, 4 v podstatě vyhovující, 5 zcela vyhovující a N/A- nehodnoceno. Hodnotily jsme 4 dny a to den porodu, první, druhý a třetí den po porodu. Tabulka obsahuje aritmetický průměr hodnocených indikátorů během 4 dnů sledovaného období u vaginálně porozených novorozenců a novorozenců porozených císařským řezem. Hodnoceny byly všechny indikátory.

Zjistily jsme, že průměrná hodnota indikátoru **pohodlná poloha při kojení** matek u vaginálně vedených porodů byla 4,00, respektive 4,08 u matek po porodu císařským

řezem. **Podpora prsu pomocí „C“ úchopu** matek u vaginálně vedených porodů byla 4,20, respektive 4,08 u žen po s.c. **Rozpoznání polykání dítěte** matkou nebylo hodnoceno. **Techniky prevence citlivosti bradavek** byla hodnocena u matek vaginálně vedených porodů 4,13, respektive 4,19 u porodů s.c. Hodnota indikátor **vyvarovat se podání vody dítěti** byla u matek vaginálně vedených porodů 4,80, respektive 4,69 u porodů vedených s.c. Matčino **včasné rozpoznání signálu hladu** u novorozence bylo u vaginálně vedených porodů 4,20, resp. 4,32 u porodů vedených císařským řezem. **Příjem tekutin u matek**, které rodily vaginální cestou byl 4,71, respektive 4,84 u matek po porodu s.c. Hodnota indikátoru **odsávání prsu** u matek rodících vaginálně byla 4,35, respektive 3,67 u matek rodících s.c. **Spokojenost matek s procesem kojení** byla u vaginálně vedených porodů 3,94, respektive 3,67 u porodů operačně vedených.

5 Diskuze

Narození dítěte je pro každou ženu výjimečným okamžikem. Zpravidla devět měsíců nosí své dítě pod srdcem a prožívá každou změnu a vývoj těhotenství velmi intenzivně. Těhotenství a následný porod je neopakovatelným a především nepřenositelným zážitkem. V kurzech předporodní přípravy porodní asistentky předávají své zkušenosti především prvorodičkám. Samotný porod si žena musí odžít a řada z nich uvádí, že realita byla zcela jiná, než jejich očekávání. Jednou z nejdůležitějších rolí v procesu porodu hraje tým zdravotníků, zejména dětské sestry, které pomáhají a pečují o matku i její dítě v nejbližších minutách, hodinách a dnech po porodu. Dětská sestra má být profesionálem, který je vnímavý k potřebám matky i novorozence. Respektuje všechny aspekty křehkého nově vznikajícího vztahu. Umí citlivě a klidně reagovat na mnohdy neadekvátní citové reakce matky – plačtivost, úzkostné stavy, pocity zmatku a vlastní neschopnosti. Měla by být klidnou oporou a vlídným rádcem při prvních zkušenostech matky v péči o její dítě. Podle Boledovičové (2010) je péče uskutečňována metodou ošetrovatelského procesu, kdy je preferován zejména režim péče formou rooming-in, kdy sestra podporuje vytvoření emocionálního pouta mezi matkou a dítětem, edukuje o patřičné péči o novorozence, povzbuzuje matku v kojení a provádí screeningová vyšetření v prostředí novorozeneckého boxu, kde je matka společně umístěna s novorozencem.

Úlohou dětské sestry při adaptaci novorozence po porodu se zabývá předkládaná diplomová práce. Cílem naší diplomové práce bylo odpovědět na stanovené dva výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zmapování úlohy dětské sestry v rámci porodního adaptace novorozence po fyziologickém a operativním porodu. K tomuto cíli jsme si stanovily zjistit, jaké hodnoty Apgar skóre vykazují novorozenci po fyziologickém a operativním porodu a dále jaká je úspěšnost prvního přiložení novorozence ke kojení do 30 minut po fyziologickém a operativním porodu. Druhý cíl předkládané diplomové práce navazuje a ověřuje soubor klasifikačního systému NOC na hodnocení adaptace novorozence. Součástí řešení druhého cíle je zjistit, jaký je názor sester na použití klasifikačního systému NOC v rámci poporodní adaptace novorozence. K dosažení našich cílů jsme zvolili polostrukturované rozhovory a pozorování se sestrami, které ošetřují novorozence v rámci poporodní adaptace. Hodnocení se provádělo vyplněním pozorovacích archů podle klasifikačního systému NOC. Byly osloveny dvě dětské sestry s vysokoškolským vzděláním, odbornou kvalifikací, letitou praktickou zkušeností a

ochotné spolupracovat při zajišťování potřebných podkladů k vypracování naší diplomové práce. Oba cíle jsme naplnily a získaly pro náš výzkum dostatečné množství informací.

Cíl 1: Zmapovat úlohu dětské sestry v rámci poporodní adaptace novorozence po fyziologickém a operativním porodu.

Výzkumná otázka 1: Jaké hodnoty Apgar skóre vykazují novorozenci po fyziologickém a operativním porodu?

Dětská sestra je pilířem a nejdůležitější oporou pro matku a novorozence v poporodní adaptaci na jeho vstup do života. Okamžitě po porodu přebírá narozené dítě od porodníka a hodnotí jeho stav pomocí indikátorů Apgar skóre (Fendrychová, 2011). Podle Dorta (2011) sleduje dětská sestra během krátké doby po porodu průběh poporodní adaptace novorozence. Hodnotí se pět významných kvalit bezprostřední poporodní adaptace. Počet srdečních stahů, dýchání, napětí svalů, odpověď na podráždění a barva kůže. Stav novorozence se hodnotí body od nuly do dvou, a to v první, páté a desáté minutě po porodu. Pět hodnocených složek se sečte a získá se celkové skóre. Nejnižší počet bodů je 0 a nejvyšší počet bodů je 10. Fyziologický novorozenec vykazuje skóre v rozmezí 8-10 bodů. Novorozenci s lehkou poporodní asfyxií dosahují 4-7 bodů. Tři a méně bodů mají děti s těžkou poporodní asfyxií. Čím méně bodů novorozenec dosáhne, tím je jeho porucha poporodní adaptace a prognostický obraz závažnější. Přetrvává-li nízký počet bodů Apgar skóre v páté a desáté minutě lze předpokládat nezvratné poškození mozku.

Podle Saxlové (2008) fyziologický novorozenec představuje 90% všech narozených dětí. Fyziologický novorozenec je novorozenec s dobrou poporodní adaptací, který se narodil po normálně proběhlém těhotenství ve 37. - 41. týdnu těhotenství. Podle Vysloužila (2011) je přirozený porod ze strany donošeného novorozence prospěšný a průchod porodním kanálem má příznivý vliv na jeho imunitní systém a dozrání plicní tkáně. Fyziologicky probíhající porod je děj bez druhotných zásahů, děj spontánní a optimální, jehož výsledkem se očekává stejně optimální Apgar skóre novorozence. Naproti tomu operativně vedený porod císařským řezem je již medicínským zásahem, jehož cílem je rovněž dosáhnout porození novorozence s optimálním Apgar skóre, avšak u novorozenců operativně vedených porodů císařským řezem se předpokládá zvýšené riziko sníženého Apgar skóre. Podle Feuereislové (2017) je řada studií, které pouze uvádějí jisté rizikové

faktory přispívající k menším hodnotám Apgar skóre u novorozenců narozených operativně vedených porodů. Roztočil et al. (2017) uvádí, že děti porozené císařským řezem jsou zatíženy až 7x častějším výskytem dechových potíží, oproti dětem, které se narodí přirozenou cestou. Důležitým faktorem je také mikrobiálním osídlením novorozence. Povrch těla, ale i zažívací trakt je bohatě osídlen bakteriemi, které výrazně ovlivňují imunitní systém. Během vaginálního porodu se kůže a sliznice dítěte osídlí bakteriemi od matky a přizpůsobí tomu svoji imunitu. Po porodu císařským řezem je dítě osídleno jinými, často nemocničnými kmeny bakterií, které zásadně mění jeho imunitu. Proto mají děti porozené císařským řezem vyšší riziko výskytu nemocí spojených s poruchou slizniční imunity. Mají celoživotně zvýšené riziko astmatu, cukrovky, obezity, onemocnění trávicího traktu, výskyt poruch tolerance složek potravy, ulcerózní kolitidy nebo Crohnovy choroby. Ne všechny tyto nemoci jsou přímo způsobeny císařským řezem, ale způsob porodu se může na vzniku těchto onemocnění podílet. Přestože jsou podle Roztočila et al. (2017) tyto děti ohroženy, díky šetrné ošetrovatelské péči a šetrnému vedení porodu, však k takovému ohrožení nedochází.

Na základě našich výsledků toto nemůžeme potvrdit, protože v rámci šetření bylo zjištěno, že hodnoty Apgar skóre jsou vyšší po císařském řezu, než hodnoty Apgar skóre po vaginálně vedeném porodu. Tento rozdíl není vysoký, ale domníváme se, že výsledek je ovlivněn tím, že byl ve výzkumném vzorku zařazen vaginálně vedený porod novorozence, který první den po porodu zemřel. Proč tomu tak bylo? Výběr hodnocení novorozenců byl sestrami prováděn již po příjmu rodiček na porodní sál, před vlastním porodem. Bylo to proto, aby nedošlo k ovlivnění výběru a zkreslení výsledků poporodního stavu adaptace novorozence. Zvolený způsob měl zabránit, aby výsledky nebyly záměrně ovlivnitelné. Hodnocení všech ostatních novorozenců probíhalo stejným způsobem. Podle názoru sester mohou být výsledky výzkumu také zkreslené tím, že hodnocení Apgar skóre jsou v indikátorech tonus, reflex a barva kůže subjektivní záležitostí. Záleží na úsudku každé sestry, stejně tak na délce její praxe a zkušenostech, na rozdíl od měřitelných indikátorů jako je akce srdeční a počet dechů, které jsou objektivními hodnotami.

Při srovnání souboru 10 novorozenců narozených fyziologickým porodem a 10 novorozenců narozených operativním porodem jsme zjistily mírně lepší výsledky v adaptaci novorozenců narozených operativně (tabulka č. 22). Uvedený rozbor výsledků hodnocení Apgar skóre platí pro konkrétně sledované a vybrané soubory novorozenců

narozených vaginálně a císařským řezem. Naše výsledky srovnání hodnot Apgar skóre sledovaných skupin novorozenců u obou způsobů vedení porodu dokládají, že zvyšující se procento porodů vedených operativně nemusí být pro adaptaci takto narozených dětí tak velkou zátěží, ale jsou určitým rizikem, jak uvádí někteří autoři. Své opodstatnění mají operativně vedené porody zejména při určitých komplikacích, jak ze strany plodu, matky či obou dvou, tak aby nedošlo k ohrožení jejich života nebo zdraví. Samozřejmě, že operativní zákrok při porodu je zásahem do těla matky a přirozeně vaginálně vedený porod tento zásah eliminuje a je daleko šetrnější a přirozenější pro matku a její okamžité fungování ve vztahu k narozenému dítěti. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že považují přirozený vaginální porod s normálním průběhem pro novorozence a matku za nejoptimálnější variantu.

Dále hodnotily zhoršený poporodní stav novorozence po vaginálně vedeném porodu tím, že v poslední době matky hojně využívají porodních plánů, vyjadřují své přání a představy a ne vždy dobře spolupracují. V případě operativně vedeného porodu tomu tak není, protože rodičky nemohou ovlivňovat průběh vedení porodu.

Podle Polomíkové (2015), která prováděla výzkumné šetření na stejném pracovišti, kde jsme prováděly naše sledování, se ukázalo, že poporodní adaptace novorozence byla lepší u novorozenců narozených po vaginálně vedených porodech v 61% a u novorozenců narozených císařským řezem byla poporodní adaptace dobrá v 39%. Na základě našich klinických zkušeností úlohou dětské sestry v rámci poporodní adaptace novorozence po fyziologickém a operativním porodu je první ošetření novorozence, sledování a vyhodnocení poporodní adaptace, plnění ordinací a další soubor vzájemně prolínajících činností, které jsou závislé na konkrétní situaci a aktuálním stavu novorozence i matky.

Výzkumná otázka 2: Jaká je úspěšnost prvního přiložení novorozence ke kojení do 30 minut po fyziologickém a operativním porodu?

Jedním z nejzákladnějších předpokladů zdárného a zdravého vývoje novorozence je zajištění dostatku zdravé výživy, která je lehce stravitelná, energeticky vydatná s vysokým obsahem vitamínů, obranných látek a bílkovin. Podle Velemínského (2009) tento požadavek nejdokonalejší výživy pro novorozence splňuje mateřské mléko. V prvních dnech a měsících života dítěte je mateřské mléko nejpřirozenější stravou a nenahraditelnou složkou výživy pro jeho zdraví. Tento nenahraditelný způsob výživy

splňuje mateřské mléko díky svému složení a biologickým vlastnostem. Zajištění výživy novorozence mateřským mlékem prostřednictvím kojení podle Boledovičové (2008) představuje na základě nejnovějších poznatků ideální způsob výživy pro dítě, zabezpečení jeho optimálního růstu, vývoje a zdraví. Roztočil et al. (2017) vyzdvihuje pozitivní vliv kojení na zdraví dítěte i matky. Z uvedeného je patrné, že problematice přirozené výživy novorozence je v dnešní době věnována velká pozornost a kojící matky by se měly podporovat a pomáhat jim. Podle Klimentové a Sedlářové (2008) dochází po porodu u matky k poklesu sekrece estrogenů a progesteronu, což umožňuje nástup působení prolaktinu, který podporuje rozvoj laktace. Produkce prolaktinu a oxytocinu je stimulována časným přiložením dítěte, nejlépe do 30 minut po porodu. V souladu s tímto poznáním i dle naší klinické praxe, je dítě po vaginálně vedeném porodu ihned po narození položeno na břicho matky, provádí se tzv. „bonding“, pupečník je přerušen až po úplném dotepání a po té dětská sestra převezme péči o novorozence. Sestrou je dítě osušeno nahřátou plenou a přitom zůstává na matčině těle. Důležitou činností dětské sestry je přiložení novorozence k prsu, aby došlo k časnému přísátí, nejlépe do půl hodiny od porodu. Podle Mrowetz a Permské (2013) není třeba dítě aktivně přikládat přímo k prsu. Sám novorozenec by se měl zajímat o prs, doplazit se k němu a chytit se, tzv. rooting reflex. Dle naší klinické praxe tento závěr nemůžeme potvrdit.

Z našeho sledování skupiny 10 novorozenců narozených vaginálně vedeným porodem a 10 novorozenců narozených operativně vedeným porodem v otázce úspěšnosti prvního přiložení novorozence ke kojení do třiceti minut vyplývá výrazně lepší výsledek ve prospěch novorozenců narozených vaginálně vedeným porodem. U této skupiny 10 novorozenců došlo k prvnímu přiložení ke kojení do třiceti minut u sedmi novorozenců. U skupiny 10 novorozenců narozených operativně vedeným porodem došlo k prvnímu přiložení novorozence ke kojení do 30 minut v jednom případě. Podle názoru sester je přiložení novorozence k prsu u vaginálně vedeného porodu přijatelnější, dostupnější, bez časové prodlevy a bez výrazného zatížení zdravotního stavu matky operačním výkonem. Podle Mrowetz a Permské (2013) „bonding“ a včasné přísátí dítěte k prsu není vyloučeno u porodu vedeného císařským řezem, avšak je v mnoha případech omezeno. Včasnost přísátí dítěte k prsu u operativně vedeného porodu císařským řezem bývá zapříčiněna časovou prodlevou a zdravotním zatížením stavu matky operačním výkonem. Výsledky našeho výzkumu potvrzují a shodují se s názory odborníků (Roztočil, 2017; Straňák,

2017). Raný kontakt mezi matkou a novorozencem bezprostředně po porodu výrazně utváří i vztah mezi matkou a novorozencem. Vznikají a rozvíjejí se mezi nimi emoční vazby a láskyplný vztah, které podporují a jsou přínosem pro psychologickou, emocionální, imunologickou a fyziologickou složku vývoje člověka. Čím více podpoříme raný vzájemný kontakt mezi dítětem a matkou, tím více jim ulehčíme start do života a tyto jedinečné a neopakovatelné okamžiky v prvních chvílích po porodu mohou následně pozitivně ovlivnit rozvoj novorozence při jeho výchově. Tyto závěry jsou zakotveny i v doporučení Strategických dokumentů (2002). Podle Mydlilové (2011) by měli zdravotničtí odborníci kojící matky podporovat, pozorovat, učit je základním technikám a pomáhat jim. S tímto souvisí i pohled Sikorové (2011), která zdůrazňuje hlavní zájem sestry ve prospěch k dítěti a jeho rodině. Nepostradatelnou podstatou pro hodnotnou ošetrovatelskou péči je vytvoření vztahu mezi dítětem, rodinou a sestrou. Sestry musí mít k dětem a jejich matkám plnohodnotný vztah, musí umět posoudit jejich pocity i potřeby, ale při tom nepřekonat hranice profesionality.

Cíl 2: Ověřit soubor klasifikačního systému NOC na hodnocení adaptace novorozence.

Pro hodnocení výsledků ošetrovatelských intervencí byla vytvořena komplexní standardizovaná klasifikace očekávaných výsledků NOC. Elektronicky zapsané výsledky je nutné stanovit dle daných zásad, které vedou ke zdokonalení ošetrovatelských znalostí a vzdělávání sester (Plevová et al., 2011). Klasifikace NOC se stále vyvíjí. V současné klasifikaci je aplikováno 14 měřících škál. Jakákoli škála obsahuje bodové hodnocení od 1 do 5 a je utříděna tak, že význam 5 odráží maximální žádoucí stav novorozence ve vztahu k očekávanému výsledku (Moorhead et al., 2008; Michalová, 2013).

Nedílnou součástí hodnocení adaptace novorozence pro potřeby našeho výzkumu bylo použití klasifikačního systému NOC a to dle kódu 0118 *Přizpůsobení novorozence* (tabulka č. 23), jehož součástí je rutinní používání hodnocení adaptace novorozence podle Apgarové, kterou by měla hodnotit nezávislá osoba, tudíž sestra, která si přebírá novorozence do své péče (Fendrychová, 2013). Dále podle kódu 1000 *Začátek kojení na straně dítěte* (tabulka č. 24) a kódu 1001 *Začátek kojení na straně matky* (tabulka č. 25).

Některé indikátory jako saturace kyslíkem, vylučování stolice, přibývání na hmotnosti a rozpoznání polykání dítěte matkou nebyly u novorozenců hodnoceny. Saturace kyslíkem

není na novorozeneckém oddělení Nemocnice Jihlava u fyziologických novorozenců standardně hodnocena, a proto nebyla hodnocena ani v rámci našeho výzkumného šetření. Přibývání na hmotnosti nebylo hodnoceno, protože novorozenci vykazovaly fyziologický úbytek na hmotnosti, ten nepřekročil 10 -12 % úbytku hmotnosti. Jak uvádí Čech et al. (2006), kdy největší hmotnostní úbytek novorozence je 3. den po porodu. Vylučování stolice též nehodnoceno. Podle Hrodka (2002) po porodu do nástupu laktace odchází smolka (černá, vazká), s nástupem kojení se objevuje „přechodná stolice“ (zelenočerná, řidší než smolka), stolice nastupuje až u plně kojeného dítěte, má žlutou barvu. Podle Mydlilové (2017) dochází k odchodu stolice 3. - 5. den po porodu. Rozpoznání polykání dítěte matkou nebylo hodnoceno, z důvodu krátkého časového sledování (od porodu do třetího dne po porodu), kdy novorozenec polyká pouze sliny. Až s nástupem laktace přijímá mateřské mléko a je možné sledovat proces polykání.

Přízpusobení novorozence po porodu jsme hodnotily v rámci klasifikačního systému NOC, kde jsme sledovaly vybrané indikátory (tabulka č. 23). Hodnoty indikátorů v přízpusobení novorozenců u skupiny vaginálně vedených a operativně vedených porodů po celé následné sledované období kopírují výsledky vyhodnocení **Apgar skóre** a jsou souhlasné s tímto zjištěním. Jedná se o indikátory apikální srdeční frekvence, dechová frekvence, termoregulace, barva kůže, svalový tonus a reakce na stimuly.

Trochu jiná je situace při hodnocení indikátorů **tolerance krmení a sací reflex**, kde je rozdíl nepatrný až dá se říci shodný při srovnání novorozenců narozených vaginálně či císařským řezem. Předpokládáme, že tento stav je vyvolán tím, že novorozenec a jeho touha po přežití je stejně silná, přirozená a spontánní, ať se jedná o jedince narozené vaginálně nebo po operativně vedeném porodu. Podle Saxlové (2008) se hledací a sací reflex objevuje již od 28. gestačního týdne. Výsledek našeho sledování podporuje uvedenou teorii.

Podle Boledovičové (2010) novorozenci narození ve 37. – 41. týdnu **gestace** jsou hodnoceni jako donošení novorozenci. Z našich výsledků vyplynulo, že u vaginálně vedených porodů všichni novorozenci byli porozeni v termínu. U operativně vedených porodů byl jeden novorozenec narozen lehce před termínem porodu. Troupová, Hanzl (2010) považují u novorozence zajištění optimální tělesné teploty záhy po porodu jako nezbytnou aktivitu dětské sestry. Dort (2011) a Lebl (2003) doporučují teplotu prostředí

okolo 20-22 stupňů Celsia, kdy se osuší kůže od plodové vody a to jemnými dotyky pleny. Nedoporučují pohyb třením a otírání mázku. Dle našich výsledků **termoregulace** byla v nepatrné míře lepší u novorozenců po operativně vedeném porodu. Předpokládáme, že výsledek termoregulace u porodu císařským řezem byl ovlivněn prvním ošetřením na vyhřívacím lůžku o teplotě 37-38 stupňů Celsia. Kdežto u vaginálně vedených porodů zůstává novorozenec na břiše matky a k ošetření na vyhřívacím lůžku dochází později a tímto může dojít u dítěte k případné ztrátě tepla. **Hmotnost** novorozenců u obou našich skupin byla nad 2500 gramů, což odpovídá nejvyššímu ohodnocení a průměrná hmotnost byla 3285 gramů. **Močení** se objevilo u novorozenců již záhy po porodu a po celé sledované období se problém s vyprazdňováním močového měchýře nevyskytl.

Problematiku *kojení ve vztahu začátek kojení dítěte a začátek kojení matka* jsme řešily v další části výzkumu. Jednotlivé indikátory pro kategorii *začátek kojení dítěte* a jejich průměrné hodnoty srovnávající sledované skupiny novorozenců narozených vaginálně nebo po císařském řezu jsou popsány v tabulce č. 24. U hodnocených indikátorů **správnost polohy, držení prsu a správné uchopení prsu dítětem** vykazují novorozenci narození operativním porodem mírně lepší výsledky ve srovnání s novorozenci narozenými přirozeným porodem. Tato skutečnost je pravděpodobně dána stavem matky po císařském řezu, kdy je matka dočasně upoutána na lůžko a vyžaduje zvýšenou pomoc dětských sester při kojení a péči o novorozence, která se obvykle u matek po vaginálně vedeném porodu, bohužel, nevěnuje stejná pozornost a pomoc.

Dle Mydlilové (2015) by zhodnocení kojení, včetně sledování polohy, přiložení a sání se mělo provádět školeným zdravotníkem nejméně dvakrát denně a mělo by být zaznamenáno každý den v dokumentaci. Z rozhovorů se sestrami, které hodnotily novorozence a matky, vyplynulo, že edukaci provádí a zaznamenávají do sesterské dokumentace. Obdobné výsledky a stav srovnání obou sledovaných skupin novorozenců vykazují i následující indikátory a to **správné sání, umístění jazyka a kojení minimálně 5-10 minut z prsu**. Podle Mydlilové (2015) známky správného kojení představuje správná poloha matky a dítěte, kdy matka je uvolněná a v pohodlné pozici, dítě je těsně přimknuto k tělu matky, hlava a tělo dítěte jsou v jedné rovině čelem k prsu, brada dítěte se dotýká prsu, celé tělo dítěte je podepřeno, dítě se přibližuje k prsu nosem, probíhá oční kontakt mezi matkou a dítětem. U správného sání dítěte jsou ústa široce otevřená, horní a spodní ret ohrnuty ven, jazyk vytváří šálek okolo bradavky (to nelze pozorovat při sání,

pouze při hledání a přisávání k prsu), tváře by měly být plné a kulaté, více dvorce je vidět nad horním rtem dítěte, pomalé, hluboké loky, s pauzami, lze vidět či slyšet polykání. Při srovnání průměrných hodnot u sledovaných skupin novorozenců narozených vaginálně nebo operativně vedeným porodem vykazují u indikátorů **minimálně 8 krmení za den a spokojenost kojence po krmení** lepší výsledky novorozenci po fyziologickém porodu ve vztahu ke skupině novorozenců narozených operativním porodem. Matka při fyziologicky vedeném porodu je přirozenou cestou připravena na laktaci a tím k okamžitému přiložení a kojení dítěte po porodu bez zásadního operativního zákroku než při porodu císařským řezem. Matka je v tomto případě připravena zajistit dostatek přirozené výživy pro novorozence a zcela vyhovět jeho potřebám neboť novorozenec má nejvyšší energetické požadavky na příjem tekutin záhy po porodu. Dá se předpokládat, že tento pozitivní vztah je zapříčiněn dostatečným přikládáním novorozence ke kojení.

Problematiku *začátek kojení matka* v průměrných hodnotách indikátorů (tabulka č. 25) rozebíráme ve vztahu k matce pro obě sledované skupiny novorozenců. Z osmi námi hodnocených indikátorů vychází šest indikátorů hodnotově přibližně srovnatelně a stejně jak pro skupinu novorozenců po vaginálním porodu tak po císařském řezu. Jedná se o indikátory **pohodlná poloha při kojení, podpora prsu pomocí „C“ úchopu, techniky prevence citlivosti bradavek, příjem tekutin matkou, vyvarovat se podání vody dítěti a včasné rozpoznání signálu hladu** sledujeme u novorozence při zvýšené aktivitě, rychlých očních pohybů, otvírání úst či hledání, vkládání ruky do úst, sací pohyby či neklid. Pláč je už pozdním příznakem Mydlilová (2015). Sestra pozoruje matku a dítě při kojení, posuzuje techniku kojení, včetně polohy, přiložení, sání a ujistňuje matku, že kojení pokračuje dobře a tím posílí její sebevědomí. U uvedených indikátorů je rozdíl v průměrných hodnotách nepatrný od 0,05 až po 0,13 bodů z pětibodové hodnotící Likertové škály. Při srovnávání obou skupin novorozenců narozených vaginálně či císařským řezem považujeme tyto rozdíly za nepatrné, až dá se říci neprůkazné odchylující se nepatrně ve stejném poměru ve prospěch té či oné hodnocené skupiny novorozenců. Průměrné hodnoty indikátorů **odsávání prsu a spokojenost s procesem kojení** výsledkově vychází lépe ve prospěch novorozenců narozených vaginálně a to o 0,68 bodů resp. 0,27 bodů ve srovnání s novorozenci po císařském řezu. Zabezpečení novorozence dostatkem kvalitní zdravé výživy dokládá významnost a nenahraditelnost příznivější úrovně kojení pro zdravý a zdárný vývoj novorozence.

Výzkumná otázka 3: Jaký je názor dětských sester na použití klasifikačního systému NOC v rámci poporodní adaptace novorozence?

Hlavním znakem současné ošetrovatelské profese je používání standardizované ošetrovatelské terminologie. Sestry vykonávají ošetrovatelskou profesi společně s používáním ošetrovatelského jazyka, který charakterizuje novou éru ošetrovatelské vědy. Sjednocení ošetrovatelské terminologie pomáhá monitorovat a vyhodnocovat efektivitu ošetrovatelské péče. Dolák et al. (2012) mapoval aktuální stav ošetrovatelské dokumentace a zjišťoval, zda se používají klasifikační systémy NIC a NOC. Výsledek výzkumného šetření ukázal, že sestry se setkávají běžně s ošetrovatelskou terminologií, avšak zastávají negativní postoj v jeho používání. Návrhem ke zlepšení této problematiky bylo, aby sestry byly s těmito systémy seznamovány a vloženy v plné míře do praxe.

Na základě komunikace a praktických zkušeností dětských sester, které na výzkumu spolupracovaly a písemně vyplňovaly formuláře NOC škály v souvislosti v péči o novorozence bezprostředně po porodu a v následujících třech dnech života, shrnujeme jejich názory a nové zkušenosti. Uvádějí, že klasifikační systém NOC je v rámci poporodní adaptace novorozence velmi dobře propracovaný až detailní v souvislosti se sledováním a následným zajištěním péče o novorozence. Umožnil jim lépe se orientovat v potřebách dítěte a matky. Sloužil jim jako pomůcka, při které si zkontrolovaly, zda na některé indikátory nezapomněly, nebylo nutné slovně popisovat jednotlivé potřeby, ale zařazení hodnot prováděly číselným ohodnocením v předtištěných tabulkách. Klasifikační systém NOC sestry znaly ze svých předchozích studií, ale v klinické praxi s ním nepracovaly. Používají své vlastní ošetrovatelské listy, které vypracovalo dětské oddělení Jihlava. Sestrám se pracovalo dobře s klasifikačním systémem NOC, uvítaly rychlé zhodnocení novorozence dle číselného obodování, bez časově náročného popisování stavu novorozenců. Avšak byly zvyklé na své rutinně zaběhlé listy, které upřednostňovaly. Reálné využití v současné praxi, tedy v nastaveném systému péče konkrétních zdravotnických zařízení, však není možné. Provoz oddělení, minimální personální obsazení, maximální vytíženost lůžek, stávající dokumentace neposkytují rezervy k péči, jakou by si tento klasifikační systém zasloužil.

Doporučení pro praxi

- Rozšířit diskuzi o použití klasifikačního systému NOC mezi nemocnicemi v rámci jednoho zřizovatele, případně mezi různými zřizovateli nemocnic.
- Zabezpečit potřebná praktická školení pro dětské sestry na používání klasifikačního systému NOC.
- Prakticky rozšiřovat a postupně zdokonalovat využití klasifikačního systému NOC v rámci ošetrovatelské péče.
- Upřesňovat hodnotící kritéria pro jednotlivé indikátory klasifikačního systému NOC, tak aby se přibližovaly co možná nejlépe k objektivnímu hodnocení a praktickému využití.
- Podporovat a vytvářet lepší podmínky dětským sestrám na pediatrických odděleních. Zajistit prostřednictvím zřizovatelů nemocnic zlepšení personálního obsazení oddělení pediatrie. Navýšit počet dětských sester na odděleních tak, aby byly zabezpečeny dostatečné podmínky pro výkon jejich činnosti ve vztahu k péči o novorozence.

6 Závěr

Cílem výzkumu v této diplomové práci bylo zmapovat úlohu dětské sestry v poporodní adaptaci novorozenců po fyziologickém a operativně vedeném porodu. Abychom tento cíl naplnily, zvolily jsme kvalitativně - kvantitativní strategii sledování s použitím pozorování, individuálních polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a písemné vyplnění formulářů klasifikačního systému NOC s následnou analýzou získaných dat v prvních třech dnech po porodu.

Ve vztahu k řešení hodnocení adaptace novorozenců po vaginálním a operativně vedeném porodu se nám nepotvrdily očekávané výsledky. Mírně vyšší hodnoty adaptace novorozenců po operativně vedeném porodu v námi sledovaném souboru připisujeme tomu, že soubor byl jedinečný zcela konkrétní a co do počtu omezený. Neméně důležitým faktorem je skutečnost, že při samotném porodu a v průběhu poporodní adaptace je novorozencům po operativně vedeném porodu podle našeho názoru a názoru sester věnována vyšší ošetrovatelská péče a jejich rizikové ohrožení je významně minimalizováno.

Výsledky našeho výzkumu v otázce úspěšnosti prvního přiložení novorozenců ke kojení do třiceti minut po porodu jednoznačně potvrdily vědecké závěry o prospěšnosti a upřednostnění vaginálně vedeného porodu. Analogické výsledky našeho výzkumu byly potvrzeny i pro nejvýznamnější indikátory klasifikačního systému NOC pro kódy začátek kojení dítě a začátek kojení matka. Též potvrzují prospěšnost a přednost vaginálně vedeného porodu. Naše rozhovory se sestrami potvrzují významnost jejich role v poporodní adaptaci novorozenců. Z našeho výzkumu vyplývá, že hodnocení novorozenců prostřednictvím klasifikačního systému NOC je velmi dobře propracované a detailní. Z tohoto důvodu vnímáme využití klasifikačního systému NOC pro hodnocení adaptace novorozence za přínosné. Při rutinní péči sester není význam využívání klasifikačního systému NOC plně doceněn. Jeho praktická využitelnost v ošetrovatelské péči požaduje další osvětlu a vzdělávání sester. Je třeba se zaměřit na objasnění z pohledu usnadnění práce sester při plném praktickém využití klasifikačního systému NOC v hodnocení poporodní adaptace novorozenců.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AQUIAR, H., SILVA, A. I. 2011. Breastfeeding: the importance of intervening. *Acta Med Port.* 2011, **24** (Suppl 4), 889-896.
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod.* 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BEHINOVÁ, M. et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství.* 3. vyd. Praha: Mladá fronta. 368 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
4. BOLEDOVIČOVÁ, M. et al., 2010. *Pediatrické ošetrovatel'stvo.* 3. preprac. vyd. Martin: Osveta. 215 s. ISBN 978-80-8063-331-8.
5. BOLEDOVIČOVÁ, M., 2008. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia.* 1. vyd. Martin: Osveta. 103 s. ISBN 978-80-8063-246-9.
6. BOLEDOVIČOVÁ, M., MATULAY, S., 2007. *Výskum v ošetrovatel'stve.* 1. vyd. Nitra: FSVaZd, UKF Nitra. 122 s. ISBN 978-80-89245-03-1.
7. BLEDSOE, BRYAN E., PORTER, ROBERT S., CHERRY, RICHARD A., 2013. *Paramedic care: principles.* 4th ed. Boston: Prentice Hall, 314 s. ISBN 01-321-1231-0.
8. ČECH, E. et al., 2006. *Porodnictví.* 2. vyd. Praha: Grada. 546 s. ISBN 80-247-1313-9.
9. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., 2016. Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Ošetrovatelská péče v pediatrii.[online]. [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html
10. DEWEY, K. G. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humus. *Journal of Nutrition* [online]. 2001, č. 11 [cit. 2016-04-03]. ISSN 1541-6100. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/197456530/fulltextPDF/D8C8DBAB632D40A8PQ/1?accountid=16730>

11. DOLÁK, F., SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V., 2012. *Postoj sester k ošetrovateľským klasifikačným systémom*. Kontakt – odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky. 14(4), 434-443. ISSN 1212-4117.
12. DONATH, S. M. a L. H. AMIR. 2003. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A kohort study. *Acta paediatrica* [online]. 2003, č. 3 [cit. 2017-02-02]. ISSN 1542-2011. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2003.tb_00558.x/epdf
13. DORT, J. et al., 2013. *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
14. DORT, J. et al., 2011. *Ošetrovateľské postupy v neonatológii*. 1. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni. 238 s. ISBN 978-80-7043-944-9.
15. DORT, J. et al., 2004. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 100 s. ISBN 80-246-0790-5.
16. EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. *Part 13: Neonatal resuscitation: Umbilical cord Management* [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-13-neonatal-resuscitation/#>.
17. FEDOR-FREYBERGH, P. G., 2013. *Prenatálne dieťa*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.
18. FEUEREISLOVÁ, S. *Císařský řez z pohledu neonatologa*. 6. jihlavská konference perinatologie. Jihlava: VŠPJ, 22. 6. 2017.
19. FENDRYCHOVÁ, J. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľské péče v pediatrii 2. Část – péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.
20. FENDRYCHOVÁ, J., 2011. *Základní ošetrovateľské postupy v péči o novorozence: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3940.
21. FENDRYCHOVÁ, J., 2013. *Hodnotící metodiky v neonatológii*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 112 s. ISBN 978-80-7013-560-0.

22. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. et al., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1.
23. GASKIN, I. M., 2010. *Zázrak porodu*. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
24. GASKIN, I. M., 2011. *Průvodce kojením*. 1. vyd. Praha: Argo. 342 s. ISBN 978-80-257-0483-7.
25. GOGELA, J., VEBERA, Z., 2013. Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, které se k takové alternativě rozhodnou. *České Gynekologie* 78, č. Supplementum s. 27-28 Doporučené postupy perinatologiei.
26. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
27. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. vyd. Praha: Grada. 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
28. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
29. HELLBRUGGE, T. et al., 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-247-3469-9.
30. HERDMAN, H. T., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada. 480 s. ISBN 978-802-4734-231.
31. HORECZKO, T., ENRIQUEZ, B. 2013. The Pediatric Assessment Triangle: Accuracy of Its Application by Nurses in the Triage of Children. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2(39), 182–189 [online]. [cit. 2017-11-01]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318552/>>.
32. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et al., 2002. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
33. HUNAŠČÁKOVÁ, P., 2008. *Péče o nezralého novorozence*. *Sestra*. 10(18), 52-53. ISSN 1210-0404.

34. JOHNSON, M., 2006. *NANDA, NOC and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes*. 2. Edit. St.Louis: Mosby. 698 s. ISBN 978-032-3031-943.
35. JURČOVÁ, E., 2012. Resuscitace novorozence. *Sestra*, 3, 41-42. ISSN 1210-0404.
36. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
37. KIM, P. et al. 2011. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* [online]. 2011, 52(8), 907-915, DOI: 10-1111/j.1469-7610.2011.02406x [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134570/>.
38. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., 2003. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén. 248 s. ISBN 80-7262-207-2.
39. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
40. MACKŮ, F., MACKŮ, J., 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.
41. MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
42. MAREK, V., 2010. *Nová doba porodní*. 2. vyd. nakladatelství vlastní. 270 s. Nakladatelství: vlastní.
43. Metodické opatření: Koncepce ošetrovatelství. Věstník MZČR 9/2004. [online]. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
44. MICHALOVÁ, V., 2013. *Managment ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence s využitím klasifikačního systému NANDA, NIC a NOC*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Boledovičová.

45. MIKULANDOVÁ, M., 2004. *Těhotenství a porod: citlivý průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press. 162 s. ISBN 80-251-0205-X.
46. MITROVÁ, K., BRONSKÝ, J., 2014. Vědecké důkazy o prospěšnosti výživy mateřským mlékem. *Československá pediatrie*. 69(1), 39-44. ISSN 0069-2328.
47. MOORHEAD, SM., JOHNSON, ML., MAAS, E. SWANSON., 2008. *Nursing outcomes classification (NOC)*. 4th edit. St. Luis: Mosby. ISBN 978-0-323-05408-9.
48. MORHASON-BELLO, I. O., BABATUNDE, O. A. a A. O. OLADOSU. 2009. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. *International Breastfeeding Journal*. [online], 4:16, [cit. 2016-04-02]. ISSN 1746-4358. Dostupné z: <http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-4-16>
49. MROWETZ, M., 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* 1. vyd. Praha: DharmaGaia. 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
50. MUNTAU, A. C., 2014. *Pediatrie*. 6. vyd. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
51. MYDLILOVÁ, A., 2007. Současné trendy péče o novorozence. *Postgraduální medicína*. Medicína. Neonatologie. 6. ISSN 1212-4184.
52. MYDLILOVÁ, A., 2011. Doporučené postupy v neonatologii. Kojení donošených novorozenců. *Česká neonatologická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně*. [online]. [cit. 2017-03-04]. Dostupné z <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/kojeni.pdf>
53. MYDLILOVÁ, A., WEBEROVÁ, M., PEŘINA, A., 2014. *Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka – WHO kodex 2014*. Podporováno MZ ČR.
54. NANDA INTERNATIONAL, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-271-9009-6.

55. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80247-3557-3.
56. POLOMÍKOVÁ, V. 2015. *Poporodní adaptace novorozence*. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Dočekalová.
57. POSPÍŠILOVÁ, A., KYASOVÁ, M., 2009. Mezinárodní klasifikace ošetrovatelských intervencí a očekávaných výsledků ošetrovatelské péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. 5(1), 28-29. ISSN 1801-1349.
58. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
59. ROKYTA, R., 2016. *Fyziologie*. 3. vyd. Praha: Galén, 434 s. ISBN 978-80-7492-238-1.
60. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
61. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 656 s. ISBN 978-80-271-9757-6.
62. RUTHERFORD, M., A., 2008. Standardized Nursing Language: What does it mean for nursing practice?. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. [online] 13(1) ISSN 1091-3734. [cit. 2017-01-19] Dostupné z: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html>
63. SACKS, E., KINNEY, M. V. 2015. Respectful maternal and newborn care: building a common agenda. *Reproductive Health* [online]. 2015, 12(46), DOI: 10.1186/s12978-015-0042-7 [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4460639/>.
64. SAXLOVÁ, J., 2008. Péče o fyziologického novorozence. In: SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

65. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
66. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
67. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3286-2.
68. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
69. STANDARDNÍ PRAKTICKÉ DOPORUČENÍ PRO KOJENÍ A ZAVÁDĚNÍ PŘÍKRMUŮ., 2015. *Výživa kojenců a malých dětí*. Podporováno MZ ČR
70. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství 1. Praktické příručky pro sestry. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ v Brně. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
71. STAŇKOVÁ, M., 2006. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
72. STOPPARD, M., 2001. *Nová kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství. 168 s. ISBN 80-7181-486-5.
73. STRAŇÁK, Z., 2017. *Elektivní císařský řez z pohledu neonatologa*. Ústav pro péči o matku a dítě. 3. Lékařská fakulta UK, Praha. Česká neonatologická společnost. [online]. [cit. 2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/cisarskyrez.pdf>
74. STRATEGICKÉ DOKUMENTY (3)., 2002. *Praktické příručky pro porodní asistentky. Péče v průběhu normálního porodu. Poporodní péče o matku a novorozence*. 159 s. Edice Bezpečné mateřství Praha 2002 MZ ČR
75. ŠULOVÁ, L., 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.

76. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
77. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
78. TROUPOVÁ, J., M. HANZL et al., 2010. *Standardy ošetrovateľskej péče v neonatológii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.
79. ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE, 1989. [online]. New York: OSN. [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/>
80. UNICEF, 2004-2017. Český výbor pro UNICEF. [online] [cit. 2017-02-03] Dostupné z <https://www.unicef.cz/aktualne/82292-umluva-o-pravech-ditete>
81. VELEMÍNSKÝ, M., 2005. *Infekce plodu a novorozence*. Praha, Triton. 414 s. ISBN 80-7254-614-7.
82. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
83. VÖRÖSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M., 2005. *Vývoj sesterského diagnostikování*. Sestra. 12(12), 12. ISSN 1210-0404.
84. VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminologie v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
85. VYSLOUŽIL, M., 2011. *Císařský řez, nebo přirozený porod?* Sestra. 21(3), 34- 36. ISSN 1210-0404.
86. WELLS, K. J., THOMPSON, N. J. a A. S. KLOEBLEN-TARVER. 2006. Development and psychometric testing of the prenatal breastfeeding self-efficacy scale. *American Journal of Health Behavior*. [online]. 30(2):177-87. ISSN 1945-7359. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/211801039/fulltextPDF/CD51120928CA47E5PQ/1?accountid=16730>

87. WILHEMOVÁ, R., HRUBÁ, D., 2014. Které ženy se připravují na své těhotenství a mateřství? *Hygiena*. 59(4), 162-166. ISSN 1802-6281.
88. WYLLIE, J., BRUINENBERG J., ROEHR CH. CH., Mario RÜDIGER, Daniele TREVISANUTO, Berndt URLESBERGER., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. *Resuscitation* [online]. 95(95): 249-263, ISSN 03009572. [cit. 2016-11-18]. Dostupné z: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030095721500341X>>.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1: Apgar skóre Sofie	43
Tabulka 2: Apgar skóre Martin	46
Tabulka 3: Apgar skóre Nela	49
Tabulka 4: Apgar skóre Hana	51
Tabulka 5: Apgar skóre Jana	53
Tabulka 6: Apgar skóre Ondřej	55
Tabulka 7: Apgar skóre Jakub	57
Tabulka 8: Apgar skóre Vanesa	60
Tabulka 9: Apgar skóre Anna	62
Tabulka 10: Apgar skóre dítě XY	64
Tabulka 11: Apgar skóre Lukáš	65
Tabulka 12: Apgar skóre Jakub	67
Tabulka 13: Apgar skóre Kateřina	69
Tabulka 14: Apgar skóre Astrid	71
Tabulka 15: Apgar skóre David	73
Tabulka 16: Apgar skóre Lenka	75
Tabulka 17: Apgar skóre Vojtěch	77
Tabulka 18: Apgar skóre Martin	78
Tabulka 19: Apgar skóre Kateřina	80
Tabulka 20: Apgar skóre Eliška	82
Tabulka 21: Průměrné hodnoty Apgar skóre po minutách	84

Tabulka 22: Průměrné hodnoty Apgar skóre	84
Tabulka 23: Průměrné hodnoty indikátorů - Přizpůsobení novorozence	85
Tabulka 24: Průměrné hodnoty indikátorů – Začátek kojení: dítě	87
Tabulka 25: Průměrné hodnoty indikátorů – Začátek kojení: matka	88

9 Seznam příloh

Příloha 1: Pozorovací arch novorozence dětskou sestrou

Příloha 2: Souhlas s výzkumem - Jihlavská nemocnice

Příloha 3: Souhlas s výzkumem – Dětské oddělení Jihlava

Příloha 4: 10 kroků k úspěšnému kojení WHO/UNICEF

Příloha 5: Deset kroků k podpoře bondingu

10 Seznam použitých zkratk

cca	circa
cm	centimetr
č.	číslo
ČR	Česká republika
et al.	a kolektiv
Ig A	Imunoglobulin A
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIPN	Jednotka intenzivní péče pro novorozence
min.	minimální
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA – I	North American Nursing Diagnosis Association International (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku)
např.	například
NIC	Nursing Interventions Classification (Klasifikace ošetrovatelských intervencí)
NOC	Nursing Outcomes Classification (klasifikace očekávaných výsledků)
OSN	Organizace spojených národů
PPH	Poloha podélná hlavičkou
PPKP	Poloha podélná koncem pánevním
popř.	popřípadě
s.c.	Sectio caesarea - císařský řez
tj.	to jest
TK	tlak krve
tzv.	takzvaný
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha 1: Pozorovací arch novorozence dětskou sestrou

Pozorovací arch novorozence dětskou sestrou

Očekávané výsledky NOC

0118 Přizpůsobení novorozence

Definice: Přizpůsobení se zralého fyziologického novorozence na mimoděložní prostředí v průběhu prvních 28 dnů.

Doména: Funkční zdraví

Třída: Růst a vývoj

Datum narození / hodina:

Porodní hmotnost / délka:

Apgar skóre: 1 min -

5 min -

10 min -

datum/ den hospitalizace		den	1.den	2.den	3.den
kód	indikátory	porodu	po porodu	po porodu	po porodu
011801	Apgar skóre				
011802	Gestační věk index				
011803	Apikální srdeční frekvence (100-160)				
011804	Dechová frekvence (30-60)				
011806	Saturace kyslíkem <90%				
011807	Termoregulace				
011808	Barva kůže				
011811	Hmotnost				
011812	Tolerance krmení				
011813	Sací reflex				
011814	Svalový tonus				
011817	Reakce na stimuly				
1011824	Vylučování stolice				
1011825	Močení				

Hodnocení: 1- nevyhovující, 2- vyhovující v malé míře, 3- středně vyhovující, 4- v podstatě vyhovující, 5- zcela vyhovující, N/A- nehodnoceno

Apgar skóre

	1. minuta	5. minuta	10. minuta
Akce srdeční			
Dech			
Tonus			
Reflex			
Barva kůže			

1000 Začátek kojení: dítě

Definice: Kojenecká vazba a odsávání mateřského mléka z prsu pro výživu během prvních 3 týdnů kojení.

Doména: Fyziologické zdraví

Třída: Výživa

Datum narození / hodina: Porodní hmotnost / délka: První přiložení k prsu:

datum / den hospitalizace		den porodu	1.den po porodu	2.den po porodu	3.den po porodu
kód	indikátory				
100001	Správná poloha a držení prsu				
100002	Správné uchopení prsu				
100004	Správné sání a umístění jazyka				
100006	Kojení minimálně 5 - 10 min z prsu				
100007	Minimálně 8 krmení za den				
100008	Močení za den odpovídající věku				
100009	Řídká, žlutá, zrnitá stolice za den odpovídající věku				
100010	Přibývání na váze odpovídající věku				
100011	Spokojenost kojence po krmení				

Hodnocení: 1- nevyhovující, 2- vyhovující v malé míře, 3- středně vyhovující, 4- v podstatě vyhovující, 5- zcela vyhovující, N/A- nehodnoceno

Zdroj: vlastní

1001 Začátek kojení: matka

Definice: Schopnost matky správného přiložení kojence k sání z prsu a zajištění výživy během prvních 3 týdnů kojení.

Doména: Fyziologické zdraví

Třída: Výživa

Porod: spontánní – císařský řez **Porod:** 1 – 2 – 3 – **Kojila:** ano – ne (důvod)

Problémy při kojení: ne - ano (jaké)

Způsob řešení problémů:

Prenatální příprava na porod: ano – ne **Kurz kojení:** ano – ne

datum / den hospitalizace		den porodu	1. den po porodu	2. den po porodu	3. den po porodu
kód	indikátory				
100001	Správná poloha a držení prsu				
100002	Správné uchopení prsu				
100004	Správné sání a umístění jazyka				
100006	Kojení minimálně 5 - 10 min z prsu				
100007	Minimálně 8 krmení za den				
100008	Močení za den odpovídající věku				
100009	Řídká, žlutá, zrnitá stolice za den odpovídající věku				
100010	Přibývání na hmotnosti				
100011	Spokojenost kojence po krmení				

Hodnocení: 1- nevyhovující, 2- vyhovující v malé míře, 3- středně vyhovující, 4- v podstatě vyhovující, 5- zcela vyhovující, N/A- nehodnoceno

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Souhlas s výzkumem – Jihlavská nemocnice

Nemocnice Jihlava
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Jaroslava Cmuntová
Vrchlického 59
586 01 Jihlava

**Věc: Žádost o realizaci výzkumné práce v Nemocnici Jihlava na Dětském oddělení
– novorozeneckém oddělení**

Jsem Vaší zaměstnankyní a zároveň studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Výzkum bude sloužit pro vypracování empirické části mé Diplomové práce.

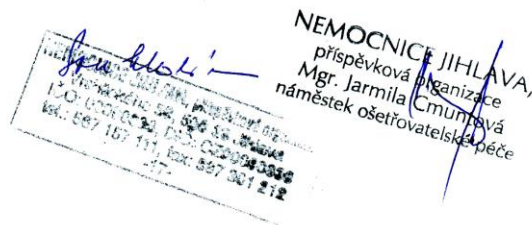
Název Diplomové práce: „ Úloha sestry při adaptaci novorozence po porodu.“

Metodikou bude kvalitativně – kvantitativní výzkum formou rozhovoru a pozorování.

Děkuji předem za kladné vyřízení žádosti.

Monika Matýsová

V Jihlavě dne 20.11. 2016



Zdroj: vlastní

Příloha 3: Souhlas s výzkumem – Dětské oddělení Jihlava

Nemocnice Jihlava
Vrchní sestra Mgr. Simona Hájková
Vrchlického 59
586 01 Jihlava

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Dobrý den,

Jmenuji se Monika Matýsová. Jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského programu v oboru „Ošetrovatelství v pediatrii“, který studuji v rámci Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současných dnech zpracovávám svoji diplomovou práci na téma „Úloha sestry při adaptaci novorozence po porodu“.

Chtěla bych Vás touto cestou požádat o svolení k provedení mého výzkumného šetření na Dětském oddělení Jihlavske nemocnice.

Děkuji předem za kladné vyřízení žádosti.

V Jihlavě dne 20.11.2016

Amelkova

Háj
Mgr. SIMONA
HÁJKOVÁ
VRCHNÍ SESTRA
DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ

Monika Matýsová



Zdroj: vlastní

DESET KROKŮ



K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:

- 1** mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
- 2** školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- 3** informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
- 4** umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu
- 5** ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- 6** nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
- 7** praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
- 8** podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
- 9** nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

Příloha 5: Deset kroků k podpoře bondingu

1. Položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekci k tváři maminky).
2. Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně dvě hodiny, lépe dvanáct hodin (při porodu sekci může zastoupit kontakt kůže na kůži tatínek, pro dítě jsou jeho bakterie zdraví přínosnější nežli bakterie ošetřujícího personálu), pokud maminka potřebuje osobní pauzu, může kontakt zajistit tatínek. Otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek (maminky, sprchujte se co nejdéle po porodu a hlavně si neumývejte prsa), dítěti je možné nasadit čepičku a ponožky, je třeba se však vyhýbat kontaktu s jeho rukama.
3. Matka a dítě jsou v kontaktu „skin to skin“, kůže na kůži.
4. Umožnění a podporování vizuálního kontaktu — pohledu z očí do očí — matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech).
5. Pomoc s přísátím miminka k bradavce podle jeho tempa a připravenosti — může to být až do třiceti minut kontaktu kůže na kůži, do té doby miminko i maminka odpočívají a seznamují se spolu! Počkejte, až miminko bude mít doširoka otevřené oči a bude strkat do úst pěstičky, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla. Ta voní stejně jako plodová voda. Miminko si olizuje rty a kývá hlavou ze strany na stranu. Zásadně neumývejte dítěti ruce od plodové vody a nechte je volně. Po překotných či medikovaných porodech je miminko chvíli unavené, je zapotřebí nechat je odpočinout na kůži matky. Oba také vylučují potřebné množství oxytocinu k podpoře vzájemného kontaktu (některé děti se přisají samy asi do 30 minut, jiné až po 5 hodinách, dejte jim čas!).
6. Zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky).
7. Zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků.
8. Jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte (sejmutí skóre Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry) provést na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem alespoň vizuální kontrolu), odložit přetnutí pupečníku na tak dlouhou dobu, jak si přeje matka.

9. Eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu v těchto neopakovatelných prvních okamžicích.
10. Nedívejte se na mobily (textové zprávy počkají stejně jako jejich adresáti) a do fotoaparátů, dívejte se na své miminko a do jeho očí. Tento jedinečný okamžik vašemu miminku a vám žádné fotografie ani videa později nezprostředkují.

Zdroj: Mrowetz, 2011