



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Současné trendy v péči o novorozence**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Anna Marková

**Vedoucí práce:** Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Současné trendy v péči o novorozence**“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 diplomové 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 8.6. 2020

.....

Bc. Anna Marková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí diplomové práce Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D. za její odborné rady a připomínky v průběhu psaní mé diplomové práce. V neposlední řadě děkuji celé své rodině, kolegyním a přátelům za nepostradatelnou podporu po celou dobu mého studia.

# Současné trendy v péči o novorozence

## Abstrakt

Neonatologie je obor medicíny, který se stále vyvíjí. Proto je nutné upravit některé zažité, zastaralé či dokonce nebezpečné postupy a snažit se nalézat aktuální možnosti péče, které budou vyhovovat současné medicíně i dnešní společnosti. Cílem práce bylo ověřit vývoj péče o novorozence za posledních cca dvacet let a především zmapovat současný stav.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část práce se zabývá současným porodnictvím a objasňuje jednotlivé oblasti péče o novorozence. V praktické části jsou prezentovány výsledky získané pomocí kvalitativního výzkumného šetření, které mělo dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, k jakým změnám u novorozence došlo v uplynulých cca dvaceti letech. Druhým cílem bylo zjistit, v čem jsou tyto změny prospěšné pro matku a dítě. Pro získání dat jsme využili dva soubory rámcových otázek. Jeden soubor pro dětské sestry a porodní asistentky, které měly praxi v péči o novorozence alespoň deset let a druhý pro matky – vícerodičky, které měly rozdíl mezi prvním a posledním dítětem alespoň pět let.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že v průběhu let došlo ke změnám ve všech námi sledovaných oblastech péče o novorozence. V prvním ošetření novorozence po porodu, v zahájení výživy, koupeli, péči o pupeční pahýl, ve vedení porodu a dalších nezbytných úkonech, kde se musí slučovat potřeby dítěte a přání matky. Důležitou roli hrají také znalosti personálu a postupy v jednotlivých zařízeních, které by měly být v souladu se současnými doporučeními. Informace získané výzkumným šetřením by mohly sloužit k zamyšlení nad tím, jak zefektivnit práci dětských sester a porodních asistentek a mohly by být použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

## Klíčová slova

novorozenec; vedení porodu; první ošetření po porodu; bonding; podpůrné organizace

# **Current trends in the care of newborn**

## **Abstract**

Neonatology is a branch of medicine that still evolves. Therefore, it is necessary to adjust some experienced, obsolete or even dangerous procedures so as to find current care options that will suit either current medicine or current society. The thesis aims both to verify the newborn care development in a period of the last twenty years and to primarily map the actual situation.

The diploma thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part of the work deals with current obstetrics and clarifies individual areas of newborn care. The practical part presents the results obtained using a qualitative research survey, having two goals delineated. The first goal focuses on mapping changes occurring in the newborn care in the past twenty years. The second goal aims to realize possible benefits of alterations to mother and child. To obtain data, two sets of framework questions were set. One questionnaire was determined for nurses and midwives who had at least ten years' experience in taking care for the newborn and the other for mothers where it was at least a five-year- gap between the first and last delivery.

The research survey shows that over the years there have been changes in all areas of newborn care that we monitor. In the first treatment of the newborn after birth, in the initiation of nutrition, bath, care of the umbilical stump, in the childbirth management and other necessary procedures where the needs of the child and the mother's wishes must merge. Personnel' knowledge and procedures in individual facilities also play an important role, which should correspond with current recommendations. Information obtained from the research survey could be used to think about possibilities how to make the work of nurses and midwives more efficient and it could be used to improve the quality of nursing care.

## **Key Words**

newborn; childbirth management; first postpartum treatment; bonding; support organizations

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav dané problematiky.....	9
1.1 Současné porodnictví .....	9
1.1.1 Změny přístupu personálu k matkám na porodním sále .....	9
1.1.2 Snížení počtu ošetrovatelských výkonů na porodním sále .....	10
1.1.3 Standardní porody .....	10
1.1.4 Nové směry ve vedení porodu .....	12
1.1.5 Ambulantní porody .....	13
1.1.6 Domácí porody .....	13
1.2 Současná péče o novorozence po porodu.....	14
1.2.1 První ošetření novorozence po porodu .....	14
1.2.2 První kontakt novorozence s matkou.....	17
1.2.3 První přiložení dítěte k prsu.....	20
1.2.4 Podpora kojení ve zdravotnických zařízeních .....	22
1.2.5 Edukace matek o kojení.....	23
1.2.6 První a následné koupele novorozence .....	24
1.2.7 Péče o pupeční pahýl .....	27
1.3 Organizace podporující současné trendy v péči o novorozence .....	28
1.3.1 Laktační Liga .....	28
1.3.2 Mamila .....	29
1.3.3 SpoKojení .....	29
1.3.4 Národní horká linky kojení .....	30
1.3.5 Komunitní podpora šestinedělek .....	30
1.3.6 Nedoklubko.....	30
1.3.7 Česká neonatologická společnost ČSL JEP.....	31
1.3.8 Neonatologická sekce ČAS .....	31

2	Cíle práce a výzkumné otázky .....	33
2.1	Cíle práce .....	33
2.2	Výzkumné otázky.....	33
2.3	Operacionalizace pojmů.....	33
3	Metodologie výzkumného šetření.....	35
3.1	Metodika výzkumu.....	35
3.2	Technika výzkumného šetření.....	35
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku respondentů.....	36
3.4	Sběr dat.....	36
4	Výsledky .....	38
4.1	Výsledky rozhovorů s dětskými sestrami a porodními asistentkami.....	38
4.2	Výsledky rozhovorů s matkami - vícerodičkami .....	58
5	Diskuze .....	73
6	Závěr .....	81
7	Seznam použitých zdrojů.....	82
8	Seznam příloh .....	90
9	Seznam zkratk	

## Úvod

Neonatologie je stále vyvíjející se obor jak v oblasti péče o předčasně narozené, tak i v případě donošených novorozenců, kdy je potřeba znát postupy a navrhované přístupy v péči o fyziologické novorozence a neustále je obnovovat a využívat v praxi. Od dětských sester a porodních asistentek se očekává, že svými znalostmi a moderními doporučeními budou vykonávat své povolání v souladu s potřebami novorozence a přáním rodičů.

Téma pro diplomovou práci „Současné trendy v péči o novorozence“ jsem si zvolila během mé začínající praxe zdravotní sestry na novorozeneckém oddělení, kde se stále snažíme jít s dobou. Při naší práci jsem se od starších, zkušenějších kolegyně dozvíдалa, jak tomu bylo dříve, jak se postupy péče mění a společně uvažujeme nad tím, co se zlepšilo a kde stále zůstávají mezery. Vývoj péče jsme zaznamenaly v přístupu k rodinným příslušníkům i v celkové péči o novorozence.

V rámci mé praxe jsem se začala zajímat o to, jak se jednotlivé klinické postupy provádějí také v jiných porodnicích. Zjišťuji, že postupy v péči o novorozence se v různých porodnicích liší. Moderní trendy se postupně dostávají do podvědomí zdravotníků, kteří je dále aplikují do praxe. Změny se odehrály například v rámci vedení porodu, přítomnost třetí osoby u porodu, prvního ošetření novorozence po narození, výživy, četnosti koupelí a ošetření pupečního pahýlu a také délky hospitalizace. V průběhu let se také změnil přístup zdravotníků k matkám a zrovna tak vyšší nároky rodiček.

Tato diplomová práce se zaměřuje na práci dětských sester a porodních asistentek, s dlouholetou praxí na novorozeneckém oddělení, které mohou dobře zhodnotit posun péče o novorozence a na matky vícerodičky, které mohou porovnat rozdíly v péči u svých dětí. Výzkum budeme provádět v okresní, krajské a ve fakultní nemocnici. Pro získání spolehlivých dat budeme využívat kvalitativního šetření. V první fázi kvalitativního sběru dat využijeme polostrukturovaných rozhovorů s dětskými sestrami a porodními asistentkami, které pečují o novorozence alespoň deset let. Ve druhé fázi kvalitativního šetření budeme zjišťovat formou polostrukturovaných rozhovorů s matkami, vícerodičkami, co se změnilo v péči o novorozence a k přístupu k rodičce za posledních cca dvacet let.



# 1 Současný stav dané problematiky

Neonatologie je samostatný medicínský obor, který vychází z pediatrie a zabývá se specifickými zdravotními problémy novorozenců v široké škále od zabezpečení nerušené poporodní adaptace fyziologických novorozenců, přes ošetřování komplikací vzniklých v souvislosti s porodem a řešení vrozených vývojových vad až po péči o extrémně nezralé novorozence na hranici životaschopnosti (Lebl et al., 2007).

Novorozenec je dítě v období od okamžiku narození do ukončeného 28. dne života. Za živě narozené dítě se považuje plod, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, bez ohledu na délku těhotenství. Známkou života je srdeční činnost, pulsace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena (ÚZIS ČR, 2016). V novorozeneckém období probíhá u dítěte adaptace jednotlivých orgánových systémů na mimoděložní podmínky, tzv. kardiopulmonální přestavba (Klíma et al., 2016).

## 1.1 Současné porodnictví

V jednom z rozhovorů, zveřejněném na webových stránkách Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi, zástupkyně primáře uvádí, že možná největší revoluci má současné porodnictví již za sebou, protože je už generace před námi dovedly na špičkovou úroveň. Přesto se i nadále rozvíjí diagnostika v těhotenství, možnosti léčby ještě nenarozeného plodu v děloze, mění se přístup k rodičkám a jejich přáním, a opět se klade důraz na to, aby dítě po porodu zůstalo s matkou (Cardová, 2019).

### 1.1.1 Změny přístupu personálu k matkám na porodním sále

Perinatální péče je v České republice na velmi vysoké úrovni a k vzestupu kvality došlo v uplynulých desetiletích i po stránce psychologické. Rodící ženu může k porodu doprovázet otec dítěte či jiná blízká osoba. Díky modernizaci porodnic se podařilo zajistit rodičím ženám větší soukromí a vytvořit příjemnější prostředí porodních sálů. Ve většině porodnic je běžně zaveden systém rooming-in (společný pobyt matky a novorozence na jednom pokoji) a je kladen větší důraz na podporu kojení (Takács et al., 2012). V porodnictví se respektuje přání rodičky i jejího partnera, přesto však některé matky chtějí родit doma. Porodníci a pediatri (neonatologové) však s porody doma pro riziko možných komplikací i u fyziologicky probíhajícího těhotenství nesohlasí (Hanáková et al., 2017).

V současném porodnictví se rovněž rozvíjí nejenom medicínský přístup, ale také psychosociální, který je však stále řazen až na druhé místo. Tvoří se zájmové skupiny pro podporu přirozeného porodu ve zdravotnických zařízeních a bojuje se za více humánní přístup personálu a za větší respektování rodiček. Z původní pacientky se stává klientka a mezi ní, lékařem a porodní asistentkou se postupně vytvářejí partnerské vztahy namísto paternalistických (Takács et al., 2012). Přestože je však české porodnictví medicínsky vyspělé a snaží se zlepšit i lidský přístup k rodičkám, bylo v rámci výzkumného projektu Psychosociální klima porodnice očima rodičky, který se uskutečnil za podpory Univerzity Karlovy, zjištěno, že se potýká s některými vážnými nedostatky v psychosociální oblasti. Nedostatky byly identifikovány především v zapojování rodiček do rozhodování, v omezeném poskytování informací a nerespektování přání žen týkající se způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky českého porodnictví patří i nedostatečná psychická podpora žen v průběhu porodu a v postpartálním období, a neosobní, nadřazený a rutinní přístup některých zdravotníků zejména ve fakultních porodnicích a v porodnicích s více než 800 porody za rok (Takács et al., 2012).

### **1.1.2 Snížení počtu ošetrovatelských výkonů na porodním sále**

Péče o rodičku a novorozence se na porodním sále dělí mezi porodní asistentku, porodníka-lékaře a dětskou sestru (Slezáková et al., 2017). Porodní sál již není místem, kde osamocená žena ve strachu a bolestech rodí dítě, které je jí hned odebráno kvůli osušení, zvážení, změření, vykoupání, označení atd., ale místem, kde se rodí rodičům dítě, které je jim hned zase předáno. V této souvislosti dochází právě k těm hlavním změnám v péči. Rutinní výkony jsou omezené na minimum, aby byly zajištěny optimální podmínky pro nerušenou poporodní adaptaci novorozence. Pokud to jeho zdravotní stav dovolí, je matce nebo i otci umožněn těsný kontakt s dítětem kůže na kůži již od prvních minut jeho života (Leiger, 2004). Rheinwaldová uvádí: *Děti chtějí být u matky, nechtějí být váženy, myty, baleny, dávány do inkubátorů, píchány do patiček, obřezávány* (Marek, 2002, s. 77).

### **1.1.3 Standardní porody**

Standardní porod, nazývaný také spontánní, přirozený, je takový, který postupuje samovolně, žena porodí dítě i placentu ve svém vlastním rytmu, svým úsilím, bez

vnějších zásahů. Dítě po porodu zůstává s matkou v kontaktu kůže na kůži a jsou si vzájemně neoddělitelnou jednotkou (ENCA, 2019).

Jeden ze způsobů, jak lze standardní porod vést, je porod vedený lékařem. Tento způsob vyhovuje spíše ženám, které se spoléhají na vymoženosti současné medicíny a přístrojovou techniku. Je považován za bezpečnou variantu, a to především z důvodu urychlení porodu, minimalizování porodních bolestí za pomoci medikace a dalších invazivních metod. V tomto případě je porod spíše vnímán jako velmi riziková záležitost, kterou je nutné přenechat odborníkům, je zvládnutelný pouze v porodnici, kde je v režii zdravotnického personálu, který určuje postup (Štromerová, 2013). V českých porodnicích jde o nejčastější způsob porodu (Roztočil, 2017).

Druhý způsob porodu, který je schválen Ministerstvem zdravotnictví České republiky již od roku 2014, je porod vedený porodní asistentkou, která je v případě zjištění patologických stavů povinna přivolat lékaře (zákon č. 96/2004 Sb.). Skutečná praxe je však poněkud jiná. U rodičky, která si přeje porod v přítomnosti pouze porodní asistentky a připustí přítomnost lékaře jen v případě komplikací, dohlíží lékař zpravidla vždy a vyšetřuje ji po 2-3 hodinách a účastní se jak začátku, tak i závěru porodu. V praxi tedy porodní asistentka svých kompetencí téměř nikdy nenabývá (Dorazilová, 2014). Péče poskytovaná porodními asistentkami a péče poskytovaná lékaři jsou dva odlišné způsoby pojetí a přístupu k těhotenství a přirozenému porodu. Porodní asistentky více zachovávají standardní průběh porodního procesu bez zbytečných zásahů, u lékařů jsou naopak zaznamenány stavy zvýšeného užívání epidurální analgie nebo epiziotomie (Lokugamageová, 2018).

Třetím způsobem porodu je tzv. císařský řez, kdy je dítě z těla matky vyňato operačním výkonem přes břišní stěnu. Výkon však musí být řádně medicínsky zdůvodněn. Mezi nejčastější indikace patří hypoxie plodu, nepostupující porod, poloha plodu koncem pánevním, jiné patologické polohy plodu a vícečetná těhotenství (Procházka et al., 2016). V praxi se však nezdá, že je porod ukončen císařským řezem až v případě nouze. Novým způsobem testování dle Odenta (2016) by se za pomoci tzv. porodního bazénku mohlo dostatečně brzy, v první fázi porodu, zjistit, zda se rodička dokáže „otevřít“, nebo bude nezbytné provést císařský řez (Odent, 2016). Přání rodičky se v České republice nepovažuje za indikaci k císařskému řezu, ale v jiných zemích, například ve Spojených státech amerických (USA) nebo v Mexiku,

je to prý možné (Hájek et al., 2014). Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) v roce 2014 činil počet císařských řezů 26,9 %, v roce 2015 tato hodnota stagnovala (ÚZIS ČR, 2015). Celosvětově počet císařských řezů vzrůstá a liší se v jednotlivých oblastech světa (Betrán et al., 2016).

Pokud má žena možnost родit v klidu za podpory okolí a přirozenou cestou, má to blahodárný vliv na celý následující život jak matky, tak dítěte (Lokugamageová, 2018). Každá rodička by měla mít možnost vybrat si polohu, ve které chce родit, která je jí přirozenější. Ne v každé české porodnici je však dovoleno ženám родit v jiné než klasické poloze na zádech s abdukovanými dolními končetinami (Königsmarková, 2016). Proti této klasické poloze je ale často namítáno, že není přirozená. Porod se často prodlužuje, více bolí a rodičku vyčerpává (Roztočil, 2017). Za přirozenější polohu pro porod (dle studie v takzvaných přírodních státech odlehlých končin naší planety) uvádí Roztočil (2017) polohu vertikální, a to například vkleče, v dřepu, vestoje, kdy se navíc rodící žena přidržuje okolních předmětů nebo pomocnice (Roztočil, 2017). V některých polohách pak rodička může využít různé pomůcky, jako jsou porodní stoličky, malé míče (overball), lana, žebřiny, žíněnky, stoličky, masážní strojky, hodně využívaný je také porodnický vak. Dnes je již každý porodní sál standardně vybaven polohovatelným porodním lůžkem (Königsmarková, 2016).

#### **1.1.4 Nové směry ve vedení porodu**

K novým směrům ve vedení porodu patří jiná poloha rodičky za porodu než tzv. klasická, porod dítěte do vody, programovaný porod neboli umělé vyvolání děložní činnosti, porodnická analgezie, nejrůznější relaxační techniky v podobě muzikoterapie, aromaterapie, masáže zad a hráze apod. Častou nabídkou dnešních porodnic je předporodní příprava zahrnující přípravu těhotenskou, za porodu a v šestinedělí. Do přípravy se také někdy začleňují prvky jógy a hypnózy. Za běžnou součást současného porodnictví v České republice je považován porodní plán, ve kterém žena uvádí, co si u porodu přeje a nepřeje. Porodní plány jsou často vnímány jako pozitivní záležitost i zdravotnickým personálem, který se tak předem dozví, co lze od rodičky očekávat a v případně nemožnosti přání splnit, odkázat rodičku včas na jinou porodnici (Roztočil, 2017). Dále je v dnešní době zcela běžné a žádané, aby byl u porodu přítomen otec dítěte. Předporodní kurzy a literatura pro nastávající rodiče často obsahují informace i o tom, co by měl otec v jednotlivých porodních dobách dělat (Fait et al., 2014). Jeho

nejdůležitějším úkolem je psychická podpora rodičky, která pozitivně ovlivňuje průběh a prožívání porodu v neznámém prostředí. Někdy je však pro samotné otce těžké se emočně ovládnout a dožadují se větší pozornosti zdravotnického personálu než sama rodička (Premberg et al., 2012). Další možností žen je najmout si k doprovodu při porodu vyškolenou dudu, která může nahradit funkci partnera, nebo být i další doprovázející osobou. Může být nápomocná již v průběhu těhotenství až po péči v šestinedělí (Roztočil, 2017).

### **1.1.5 Ambulantní porody**

V České republice jsou Ministerstvem zdravotnictví od roku 2014 povoleny také ambulantní porody, kdy je matka s dítětem po nekomplikovaném porodu propuštěna z porodnice po 4-24 hodinách. Tento porod je výhodný pro takové matky, které dříve musely podepsat negativní revers, aby mohly opustit porodnici dříve, než bylo zvykem. Ministerstvo zdravotnictví i Česká neonatologická společnost JEP sice doporučují matkám strávit v porodnici alespoň tři dny po porodu, kdy se novorozencům provádí základní vyšetření a screening. Jedinou podmínkou ambulantního porodu je přivést dítě další den na kontrolu, nebo si domluvit návštěvní službu praktického pediatra v domácím prostředí (MZČR, 2014). V zahraničí je při ambulantním porodu určena porodní asistentka, která propuštěnou matku s dítětem chodí nejméně 10 dnů navštěvovat a ošetřovat. Také musí být předem zajištěn souhlas praktického dětského lékaře, že převezme dítě do péče, a v neposlední řadě je nezbytná přítomnost otce dítěte doma (Havlík, 2012).

### **1.1.6 Domácí porody**

I přes neustále se zvyšující úroveň péče o matku a dítě v českých porodnicích existuje skupina žen, které odmítají nabízenou péči v nemocničním, pro ně mnohdy stresujícím prostředí, a raději volí porod dítěte mimo zdravotnické zařízení. V České republice nejsou žádné přesné údaje o počtu domácích porodů, o jejich průběhu či výskytu komplikací. Odhadem se plánovaně doma narodí 0,5-1 % dětí za rok (Vintrová et al., 2018), na rozdíl od Velké Británie, kde jde o 38 % všech porodů a počet údajně neustále narůstá. Domácí porody podle Sharpa (2016) značně snižují náklady a také závislost těhotných žen na zdravotnických zařízeních a porodnicích. Velkou výhodou je i větší uvolněnost a spokojenost matek v souvislosti s porodem (Sharp et al., 2016).

V České republice však domácí porody, jak jsme již uvedli, nejsou doporučovány pro velké riziko poškození nebo i úmrtí plodu či novorozence, které si bohužel matky příliš neuvědomují a nikdo jim o něm mnohdy ani neříká. Nemáme totiž pevně stanovená základní pravidla pro vedení domácích porodů, i když se na nich v současné době pracuje na úrovni Senátního výboru pro zdravotnictví a sociální politiku. V doporučeném postupu pro resuscitaci novorozenců po porodu, vydaném Evropskou resuscitační radou v roce 2010 a 2015, se píše, že při plánovaném domácím porodu musí být alespoň dvě osoby vyškolené v resuscitaci (novorozence i matky) a ventilaci vakem a maskou, a matka musí být informována o možných rizicích (Wyllie et al., 2015). Současné poznatky z domácích porodů v České republice tomu však zdaleka neodpovídají. Z medializovaných soudních procesů se dozvídáme, že při domácím porodu byla buď pouze jedna porodní asistentka, a to ještě bez znalosti resuscitace novorozence, nebo pouze otec dítěte bez jakýchkoliv medicínských znalostí.

Ústavní soud ČR v roce 2013 potvrdil právo ženy, aby se sama rozhodla, kde chce родit. Pohled na péči o matku a dítě je rozdílný ve srovnání s pohledem samotné rodičky a veřejnosti, která má často nedostatečnou a zkreslenou představu (Štembera, 2016).

## **1.2 Současná péče o novorozence po porodu**

Péče o novorozence začíná v okamžiku, kdy dětská sestra nebo porodní asistentka převezme dítě od porodníka nebo porodní asistentky. U nekomplikovaného porodu není zapotřebí přítomnost pediatra či neonatologa (Pánek, 2013).

### **1.2.1 První ošetření novorozence po porodu**

V rámci prvního ošetření novorozence po porodu je důležité zabezpečit takové podmínky, aby byla poporodní adaptace dítěte co nejoptimálnější. Především je nutné zabránit tepelným ztrátám přes mokrou pokožku dítěte. Proto je třeba novorozence nejprve dobře osušit a mokrou roušku nebo plenu nahradit suchou. Novorozence mladší 32. týdne gestace lze podle doporučení Evropské resuscitační rady (Wyllie et al., 2015) vložit do nahřáté plastové fólie (např. NeoHelp nebo NeoWrap) bez předchozího sušení a umístit je na otevřené vyhřívání lůžko nebo do vyhřátého inkubátoru. Donošené novorozence dáváme po osušení na hrudník matky formou kůže na kůži a překryjeme je rouškou ev. dekou společně jako jednu jednotku (Pařízek et al., 2015). Tím provádíme

tzv. bonding (přilepení, připoutání). Také teplota porodního sálu musí mít alespoň 26 °C (Straňák et al., 2015).

Kromě již zmíněného bránění prochlazení dítěte se ošetření fyziologického novorozence bezprostředně po spontánním porodu v posledních letech minimalizovalo pouze na podvázání a přerušení pupečníku, řádné označení dítěte identifikačním náramkem dle metodického opatření Ministerstva zdravotnictví z roku 2009 a umožnění co nejčasnějšího kontaktu s matkou (MZDR 54595/2009).

S přerušением pupečníku se má podle doporučení Evropské resuscitační rady z roku 2015 vyčkat nejméně 1 minutu po porodu dítěte (pokud ovšem není třeba dítě resuscitovat), a to proto, aby se dostalo co nejvíce krve z placenty do těla novorozence (Wyllie et al., 2015). Odložený podvaz pupečníku může u donošených zlepšit poporodní adaptaci. Zvyšuje také zásoby železa a některé hematologické parametry ve 3-6 měsících věku dítěte, čímž předchází časně i pozdní anemizaci. U nedonošených zlepšuje oběhovou a ventilační stabilitu bezprostředně po porodu. Některé studie také prokázaly nižší výskyt intrakraniálního krvácení, periventrikulární leukomalacie, pozdní sepse a nekrotizující enterokolitidy, a také menší potřebu transfuzí v následujících týdnech života. Nevýhodou pozdního přerušení může být vyšší výskyt ikteru (Liška, 2016). Pupečník se nejprve podváže sterilní prádlovou gumou, tkanicí nebo plastovou svorkou asi 2 cm od úponu a potom se (pouze v indikovaných případech) potře dezinfekcí a přestříhne sterilními nůžkami. Pupeční pahýl po přestříhnutí se již dále nedezinfikuje a ničím nezakrývá, aby co nejrychleji zaschl. Rovněž se nedává do plenkových kalhotek (AWHONN, 2013). Žádné přípravky na „urychlení“ zasychání (líh, genciánová violet, chirurgická zeleň) se již nepoužívají, neboť bylo prokázáno, že zasychání naopak prodlužují a mohou popálit kůži novorozence v okolí pupečníku (Fendrychová, 2015).

K označení novorozence používáme plastový náramek, který upevníme na jeho zápěstí nebo kotník. Upevnění musí být dostatečně těsné, ale nesmí končetinu svírat. Na náramek píšeme jméno a příjmení dítěte, číslo porodu v měsíci nebo od začátku roku, datum a hodinu narození, pohlaví a jméno a příjmení matky, protože se často jmenuje jinak. U nedonošených novorozenců s velmi nebo extrémně nízkou porodní hmotností pro specifitu jejich stavu (tělesné rozměry, fragilita kůže aj.) smíme použít označení na kůži hrudníku nebo stehna 0,5% vodným roztokem genciánové violeti. Tzv. „barva na

novorozence“ je nevhodná pro možnost poleptání kůže nestabilní koncentrací dusičnanu stříbrného v roztoku. Označení provádíme bezprostředně po narození dítěte na porodním lůžku nebo v průběhu prvního kontaktu s matkou nebo otcem novorozence tak, aby identifikace byla jednoznačná a nezaměnitelná. Pokud není rodičce přidělen identifikační náramek již při přijetí, je třeba tak učinit na porodním lůžku a současně označit na jejím identifikačním náramku i údaje o novorozenci. Označení matky i dítěte musíme pravidelně kontrolovat (čitelnost, pevnost apod.) až do okamžiku propuštění (MZDR 54595/2009).

V průběhu prvního ošetřování novorozence po porodu sledujeme a hodnotíme jeho srdeční frekvenci, dýchání, napětí svalů, reakci na podráždění a barvu kůže pomocí zavedeného bodovacího systému Apgar skóre. Při přítomnosti srdeční akce nad 100 tepů/min přidělujeme dítěti 2 body, při bradykardii pod 100 tepů/min 1 bod a při zástavě dáváme 0 bodů. Stejně postupujeme i u ostatních indikátorů. Apgar skóre hodnotíme v první, páté a desáté minutě po porodu a celkový počet 8-10 bodů vypovídá o bezproblémové poporodní adaptaci, kdy bude dítě schopné zůstat společně s matkou jak na porodním sále, tak posléze na oddělení rooming-in. 5-7 bodů znamená, že má novorozenec potíže s poporodní adaptací a bude třeba jej sledovat raději na observačním pokoji nebo na oddělení intermediární péče (IMP). Méně než 5 bodů vypovídá o selhávání životních funkcí, kdy bude nutná resuscitace a dítě bude třeba poté převést na jednotku intenzivní a resuscitační péče (Straňák et al., 2015). Apgar skóre musí být schopná na porodním sále zhodnotit přítomná dětská sestra, porodní asistentka, porodník nebo pediatr/neonatolog (často je volán pouze k rizikovým porodům) (Fendrychová, 2012).

Další výkony související s prvním ošetřením novorozence po porodu se provádějí pouze v indikovaných případech, nebo až po převozu dítěte z porodního sálu na oddělení. K indikovaným výkonům patří např. taktilní stimulace dítěte, pokud by se samo v první minutě nenadechlo. Za taktilní stimulaci můžeme považovat již samotné sušení mokré pokožky rouškou nebo dítě cíleně poklepáváme po ploskách nohou a jemně mu třeme záda přes roušku, ve které je zavinuté (Fendrychová, 2012).

V případě obstrukce dýchacích cest hleny nebo plodovou vodou můžeme dítě také odsát, a to nejprve z dutiny ústní a potom z dutiny nosní. Protože odsávání z nosu s sebou přináší více komplikací (aspirace, vagová reakce, bolest, otok sliznice



a následné dušení atd.) než užitku, raději je neprovádíme rutinně (Fendrychová et al., 2012). Také při podezření na aspiraci mekonia dítě neodsáváme ihned po vybavení hlavičky, jak bylo dříve doporučováno, ale vyčkáme, zda bude mít skutečně dechové obtíže (Richmond, Wyllie et al., 2010).

Vážení zpravidla provádíme až na oddělení, kam bude dítě (s matkou) převezeno, nebo dítě zvážíme přímo v inkubátoru, ve kterém ho pomocí přídatného zařízení tzv. „shuttle“ přivezeme z porodního sálu na oddělení a ve kterém již zůstane. Rovněž měření tělesné teploty bezprostředně po porodu na porodním sále nemá velký význam, protože zasunutím teploměru do rekta chceme hlavně získat informace o průchodnosti anu. Tělesnou teplotu měříme až po transportu dítěte, abychom zjistili, zda jsme transport provedli lege artis a dítě nepodchladili. Pokud jsme totiž na porodním sále zahájili po osušení dítěte bonding, zbytečně bychom matku a dítě měřením tělesné teploty vyrušovali (Moravcová et al., 2015).

K dalším výkonům, které není nezbytné provádět bezprostředně po porodu, patří měření obvodu hlavy, případně hrudníku a břicha dítěte, prevence neonatální konjunktivitidy a krvácivého onemocnění novorozenců (Moravcová et al., 2015).

Někdy se v průběhu prvního ošetření novorozence na porodním sále objevuje také první močení a smolka, které je třeba zaznamenat do dokumentace dítěte, abychom získali informace o fyziologii vyprazdňování. První močení by mělo proběhnout do 24 hodin po porodu, první smolka by měla u donošených novorozenců odejít do 48 hodin (Gregora et al., 2017).

### **1.2.2 První kontakt novorozence s matkou**

První kontakt dítěte s matkou, v současné době nazývaný bonding, je zásadní nevyhnutelný proces u všech dětí, včetně předčasně narozených nebo narozených císařským řezem (Rašmanová et al., 2015). Bonding je složitý proces, který se většinou začíná utvářet již v těhotenství a vrcholí porodem. Dítě i matka jsou na sebe po porodu přirozeně vázání. Kontakt kůže na kůži upevňuje nejen jejich emocionální vztah, ale také fyziologickou adaptaci. Novorozenec by měl být vždy po porodu položen na břicho a hrudník matky bříškem tak, aby se zbytečně nenapínala jeho dosud do písmene „C“ ohnutá páteř. Dotyky lidských rukou jsou pro novorozence prvním objevem, se kterým se setká. Blízká a raná vazba pozitivně ovlivňuje kojení, mírní novorozenecký pláč,

zvyšuje kardiorespirační stabilitu dítěte a udržuje správnou termoregulaci (Straňák et al., 2014). Autoři studie provedené v Jižní Africe došli ke zjištění, že včasný kontakt dítěte s matkou pozitivně ovlivňuje vazbu matek a kojenců až po 6-8 týdnech od porodu (Potgieter, et al., 2019).

Dle hlavní propagátorky bondingu v České republice paní Mrowetz (2012) má být nahý novorozenec po porodu okamžitě položen na nahé tělo matky. V případě císařského řezu má být přiložen k tváři matky tak, aby se mohl přisát k jejímu prsu (Mrowetz, 2012). Pediatrička Peremská a psycholožka Mrowetz vytvořily doporučený postup pro bonding při císařském řezu. Podpora bondingu je důležitá při operačních porodech, působí jako prevence případných psychických onemocnění souvisejících s porodem. Je zde nutností řešit individuální podmínky a stav matky (Mrowetz et al., 2011). Důležité zásady pro správný bonding po spontánním porodu je bezpečnost novorozence, kterou zajišťuje zdravotnický personál či otec a v případě potřeby může sám nahradit matku tím, že si dítě přiloží na svůj nahý hrudník. Osušení kůže novorozence může probíhat již na těle matky, pokud s tím ovšem předem souhlasí. Oba jsou pak zabaleni do teplých osušek a přikrývek tak, aby mezi nimi nebyla žádná překážka. Veškerá ošetření a vyšetření novorozence se provádějí taktéž na těle matky - hodnocení Apgar skóre, podvázání a přerušování pupečnicku, řádné označení novorozence identifikačním náramkem. Doba trvání kontaktu kůže na kůži by měla být alespoň 2 hodiny po porodu, nejlépe však 12 hodin i déle. Často přitom začíná samopřisátí dítěte. Novorozenec se s matkou seznamuje dle vlastního tempa. Obvykle lehká pomoc s prvním samopřisátím přichází po 30-60 minutách seznámení se, někdy v případě komplikovaných porodů nebo císařského řezu může být doba samopřisátí delší. Pomoc matce se snažíme poskytnout pouze bezdotykovou, slovní, jak správně podepřít prs, zajistit pohodlnější polohu apod. Novorozenec se sám za pomoci vlastních smyslů (zraku, hmatu, čichu, sluchu a chuti) doplazí k bradavce (breast crawling). Klíčová je chvíle, kdy si začne strkat do úst pěstičky, na kterých má plodovou vodu, která má stejnou vůni jako matčina bradavka. Dítě začne slinit, otevírá pusinku, hlavičku převrací ze strany na stranu. V tomto momentě také dochází k vyloučení významného množství oxytocinu u matky. Zdravotnický personál by měl matce a dítěti zajistit dostatečně intimní, příjemné a ničím nerušené prostředí. Důležité je také omezení používání moderní techniky – mobilních telefonů, videokamer a dalších. V případě naléhavé nutnosti oddělení novorozence od matky ze zdravotních důvodů je potřeba snažit se

o podporu vizuálního kontaktu v jedné místnosti. Transport v rámci oddělení z porodního sálu na oddělení šestinedělí či převoz do jiného zdravotnického zařízení je třeba zajistit dle stavu v blízkém kontaktu (Mrowetz, 2012). Medková (2015) na českobudějovické konferenci prezentovala sdělení známé klinické psychologičky Mrowetz v 10 krocích, podle kterých v hořovické nemocnici praktikují bonding v praxi a doplňují ho o své vlastní zkušenosti (Medková, 2015).

Podpora a vytvoření správných podmínek pro bonding je často v rukách porodních asistentek a dětských sester, které potřebují mít dostatek informací a pochopení významu bondingu (Mazúchová et al., 2016). Na což navazuje srozumitelné předávání informací a řádná edukace rodičů dítěte o možných rizicích a také vhodné poloze při bondingu. K lepšímu pochopení mohou posloužit názorné letáky a informační tabule v porodnici, aby došlo ke skutečnému pochopení návyku, ve kterém budou pokračovat i dále po propuštění (Jacevičová, 2019). Navzdory doporučení Světové zdravotnické organizace WHO (2015) pro okamžitý kontakt matky s dítětem kůže na kůži se zdá, že separování matek od novorozenců po porodu je v mnoha porodnicích stále ještě běžnou praxí. Studie WHO ze zemí všech světových regionů zaměřené na bonding po porodu poukazují na to, že země s vyššími příjmy vykazovaly větší míru kontaktu kůže na kůži než země s nižšími příjmy (WHO, 2015). Pokyny pro zlepšení kontaktu kůže na kůži by v rámci zařízení měly zahrnovat měřicí indikátory kvality, které dokumentují čas zahájení a trvání těsného kontaktu ihned po narození dítěte (Abdulghani et al., 2018).

Ulehčení startu novorozenci do života a adaptaci na vnější prostředí může zdravotnický personál dosáhnout právě podporou těsného kontaktu kůže na kůži a v matce vzbudit podporu rodičovských kompetencí v péči o dítě i v dalších situacích spojených s výchovou dítěte (Mrowetz et al., 2013).

Existuje ještě další metoda podobná bondingu, ovšem využívaná pro předčasně narozené novorozence s nízkou porodní hmotností, které často vyžadují péči na jednotce intenzivní péče. Tato metoda se označuje rovněž jako skin-to-skin kontakt (kontakt kůže na kůži), ale také jako kangaroo mother care (klokání mateřská péče) nebo jednoduše kangarooing (klokánkování). V tomto případě je dítě pouze v plence a s čepičkou na hlavě položeno matce (nebo otci) na hrudník mezi prsy, kde zaujímá tzv. polohu žáby. Dítě je ve vzpřímené poloze, nohy i ruce má ve flexi, hlavičku lehce pootočenou vzhůru k jedné straně a je zakryté teplou dečkou. Dle stavu může být po

celou dobu monitorováno a může být i na ventilační podpoře (Tvrzová, et al., 2018). Muteteke (2013) uvádí, že vědci ve východním Londýně zjistili, že tato metoda má velmi významný vliv na spouštění laktace u matky, stabilizuje tepovou frekvenci a dýchání dítěte a dochází i k poklesu výskytu apnoických pauz. Vzájemný kontakt vytváří u matky protilátky, které jsou přenášeny mateřským mlékem, a tím se zvyšuje obranyschopnost dítěte, a naopak snižuje riziko výskytu nosokomiálních infekcí. Dle výzkumů se ukazuje, že méně vyspělé země, kde zdravotnická péče není běžně dostupná, se po zavedení této metody do praxe snížila úmrtnost a nemocnost předčasně narozených dětí (Muteteke, 2013). Nejenže dochází ke zlepšení stavu dítěte, ale zároveň má tato metoda blahodárný vliv na psychosociální stránku celé rodiny (Dokoupilová, 2019).

### **1.2.3 První přiložení dítěte k prsu**

*„Kojení – právo každého dítěte i matky.“ (Černá et al., 2015, s. 11)*

Kojení by se mělo zahájit okamžitě po porodu, a to v rámci bondingu, který je prospěšný pro spouštění laktace. Někdy se novorozenec samovolně přisaje k prsu již v tomto okamžiku (Nagy, 2011). V průměru trvá 30-60 minut, než se dítě samo dostane k prsu, ale již v 55. minutě dochází často k výlučnému sání. Podle Mrowetz et al. (2013) však vůbec není důvod dítě k prsu aktivně přikládat. Samo je schopno zapojit všechny smysly a začít se o prsní bradavku zajímat, je schopno plazit se po matčině břiše a chytit si prs (Mrowetz et al., 2013). K tomu napomáhá zvláštní vrozený reflex nazývaný rooting reflex, který pomáhá otáčet děťátku hlavu a otevírat ústa tak, jak se tře o prsní bradavku (Klimová et al., 1988). Většina dětí se při takto uskutečněném samovolném přísátí přisaje zcela správně. Novorozenci jsou schopni přirozeně otevřít ústa doširoka, čímž získají základ pro budoucí kojení (Newman et al., 2014).

Mateřské mléko je unikátní tekutina a svým složením je přesně vhodná pro novorozence. Přináší mnoho výhod pro matku i dítě. V prvních hodinách a dnech po porodu se tvoří kolostrum neboli mlezivo. Je nažloutlé barvy a vysokoenergetické, proto stačí novorozenci na první dny po narození (Nagy, et al., 2011). Někdy ovšem nástup laktace po porodu trvá déle, ale už přiložení k prsu pomáhá novorozenci pracovat na technice sání. Jestliže není přiloženo časně, hladina prolaktinu u matky klesá a mléko se začne v prsu hromadit. Tvorba prolaktinu se může až zastavit a hrozí nástup poporodního blues, které se vyskytuje ve formě strachu, úzkosti a plačtivosti matek

(Fendrychová, 2012). Zásoby vody a energie si s sebou přináší novorozenec z těla matky na dva až tři dny (Gregora et al., 2017). Doba, kdy by se měl poprvé napít mateřského mléka, se uvádí do první hodiny od porodu. Tento čas je označován za zlatou hodinu a je významný pro rozvoj laktace u matky (Hanáková et al., 2010). Aby první začátek kojení byl označen za časný, musí být uskutečněn nejdéle do dvou hodin od porodu (Muntau, 2014).

Existují určité postupy, které, pokud jsou dodržovány, mohou začátky kojení významně ulehčit. Klíčem k úspěšnému kojení je, aby se dítě dobře přisálo. Každá matka by měla být vyškoleným zdravotnickým personálem edukována tak, aby poznala, kdy její dítě saje z prsu správně a kdy skutečně saje a polyká mateřské mléko. Je nepřípustné, aby dítě dostávalo umělou výživu (formule) a jiné náhražky bez důvodné lékařské indikace. Dále by matka měla s dítětem být neustále spolu na pokoji v rámci systému rooming-in. Běžná praxe, kdy se matky oddělují od svých dětí, protože jsou příliš unavené, potřebují si odpočinout, je prokázána jako zastaralá. Matky jsou naopak méně ve stresu a více odpočínuté, když mají dítě vedle sebe a učí se spát ve stejném rytmu jako jejich dítě. Rovněž není vhodné dětem dávat nějaké umělé náhražky prsu. Existuje mnoho důvodů, proč takové věci neproktovat. Například dudlík může být pro donošené novorozence v prvních dnech po narození matoucí, protože s ním vykonávají úplně jiné sací pohyby a potom mohou mít problémy s přisátím k prsu. Následně pak matka může mít problémy s bradavkami (bolestivé bradavky). Lahev se savičkou sice zajistí dítěti rychlý tok mléka, ale je pro něj pak velmi složité přisát se opět k prsu. Také kojící kloboučky, které jsou jejich výrobci nazývány „náhradními prsními bradavkami“, jsou některými propagátorkami kojení zavrhovány, ale pokud má matka vpáčené nebo ploché prsní bradavky, je to jedna z možností, jak dítěti umožnit sání z prsu, a tím také podpořit povytažení a správné formování bradavek. Nelze je ale brát jako běžnou pomůcku kojení (Kotíková, 2019).

Matky nelze limitovat v délce a frekvenci kojení. Kojení ale nesmí bolet a mělo by znamenat odpočinek, nikoli únavu (Newman, 2005).

#### **1.2.4 Podpora kojení ve zdravotnických zařízeních**

UNICEF (Dětský fond Organizace spojených národů) a Světová zdravotnická organizace (WHO) už v roce 1989 vydaly „Deset kroků k úspěšnému kojení“ a dále v roce 1991 vyhlásily, aby všechna mateřství, ať už v porodnicích nebo mimo zdravotnická zařízení, se stala předmětem podpory kojení. Zařízení pro matky označily za přátelská k dětem a na základně splněných kritérií jim mohla být udělena certifikace Baby Friendly Hospital Initiative (dále BFHI). Aby zařízení získala tuto certifikaci, musela dodržovat pravidla, a to nepřijímat žádné náhražky mateřského mléka, nedokrmovat děti lahví se savičkou a dodržovat „Deset kroků na podporu úspěšného kojení“. Tento proces měl být kontrolován a řízen vnitrostátními orgány (WHO, 2018). Od zahájení činnosti BFHI se v mnoha oblastech po celém světě výrazně zlepšilo zdraví dětí (WHO/UNICEF, 2009).

Problémy, které nastaly po celosvětovém zavedení BFHI do praxe, kdy se porodnice postupně vrátily k původním zastaralým praktikám, které se neshodují s Deseti kroky k podpoře kojení, řeší nyní WHO zavedením standardů péče o děti (Mydlilová, 2019). V Úmluvě o právech dítěte, která u nás vstoupila v platnost v roce 1991 (zákon č. 104/1991, článek 24), se mimo jiné píše, že všechny děti mají právo na kojení. Přijetím standardizovaného kojení by také vlády jednotlivých států měly převzít odpovědnost za vzdělávání a monitorování, které by mohlo přispět k výlučnému kojení (Mydlilová, 2019).

Deset kroků k úspěšnému kojení bylo naposledy revidováno v roce 2018 a má po celém světě motivovat zařízení poskytující péči o rodičky a děti, aby zaváděla podporu kojení. Klíčové řídicí postupy nabádají porodnice, aby dodržovaly kodex marketingu náhrad mateřského mléka, aby měly vypracovanou strategii výživy kojenců a v rámci standardu péče s ní seznamovaly zaměstnance a rodiče a průběžně kontrolovaly úspěšnost kojení a uchovávaly získaná data. Dále musí zajistit dostatečné vzdělání a dovednosti zaměstnanců k podpoře kojení. Mezi klíčové klinické postupy patří diskuze o významu a praktickém zvládnutí kojení s těhotnými ženami a rodinou. Zajistit kontakt matky s dítětem kůže na kůži co nejdříve po porodu, neustále podporovat matky v kojení a pomáhat jim zvládat běžné obtíže, nepodávat kojencům jiné tekutiny než mateřské mléko, pokud lékař neindikuje jinak, praktikovat rooming-in 24 hodin denně, učit matky poznat signály ke kojení, edukovat matky ohledně používání dudlíků (šidítek),

propuštění načasovat tak, aby měli rodiče přístup k průběžné péči a podpoře i v domácím prostředí (příloha č.1) (WHO, 2018).

- ***Pomůcky pro podporu kojení***

Při potížích v začátcích kojení mohou matky využít celou řadu pomůcek. Některé jsou vhodné k zahájení problémového kojení nebo k jeho udržení. Na ploché a vpáčené bradavky lze již v průběhu gravidity využít Nipplette systém, který se skládá z kloboučku, hadičky a stříkačky, kterou se po nasazení kloboučku na bradavku odsaje vzduch. Vzniklým podtlakem dojde k vytvarování bradavky. Systém však lze využívat pouze do doby, než jsou prsy nalité mlékem (Wambach et al., 2015). Při nedostatečné laktaci matky je možné využít plastové nádobky se silikonovými hadičkami zvané Suplementor. Nádobka se naplní mlékem, matka si ji zavěsí na krk a uloží mezi prsy a jemné silikonové hadičky si pomocí nedráždivé náplasti přilepí k oběma prsům tak, aby jejich konce dosahovaly konců bradavek. Dítě pak saje prs, čímž podporuje laktaci matky a dostává výživu jak z prsu, tak z nádobky. Suplementor dle výrobců podporuje jedinečnou intimní vazbu mezi matkou a dítětem a motivuje oba k tomu, aby pokračovali v kojení (Mydlilová, 2020).

K prevenci poškození bradavek slouží tzv. chrániče, které brání nepříjemnému tření o prádlo v době mezi kojením a poskytují bradavkám také prostor k rychlejšímu hojení, pokud již k poškození došlo (Černá et al., 2015). Na obdobný problém je možné využít stříbrné léčivé kloboučky, které urychlují proces hojení (Příbylová, 2012).

Sběrače mateřského mléka se vkládají do podprsenky, aby zachytávaly samovolně odkapávané mléko z prsů, které pak lze použít k nakrmení dítěte. Prsní vložky taktéž slouží k ochraně bradavek a k zachycení odkapávaného mléka (Černá et al., 2015).

Je-li v prvních dnech po porodu nezbytné používat pomůcky ke kojení, doporučuje se používat je na nezbytně nutnou dobu a vrátit se k přikládání dítěte přímo k prsu. Kontakt bradavky a dutiny ústní je pro rozvoj kojení důležitý (Čepický et al., 2011).

### ***1.2.5 Edukace matek o kojení***

Edukace o kojení je v České republice nabízena zdravotnickými pracovníky, kteří jsou zapojeni do podpory a propagace kojení v rámci Baby Friendly Hospital Initiative (WHO/UNICEF, 2009). Laktačním poradcem se může stát laik i zdravotník, který

předává informace rodičkám o výhodách a nevýhodách kojení, o problémech, které mohou při kojení nastat, a jak je následně řešit. Řada dětských sester nebo porodních asistentek pracujících na novorozeneckém oddělení je vyškolená v laktačním poradenství. Zabývají se kojením v průběhu hospitalizace, učí matky přikládat dítě k prsu, vyhodnocovat jeho sání a polykání a jsou psychickou podporou pro matku. Po propuštění z porodnice mohou matky využít placené návštěvní služby laktačních poradkyň v domácím prostředí nebo jejich telefonickou konzultaci, která však nemusí být v dané situaci dobře zhodnocena (Černá, 2015). K dispozici je i doporučený postup České neonatologické společnosti JEP „Kojení donošených novorozenců“, jehož součástí je i výčet znalostí a dovedností, které by matky před propuštěním z porodnice měly znát a umět (Mydlilová, 2011). Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) uveřejňuje každoročně podíl výlučně kojených dětí déle než 6 měsíců po porodu. Podíl dětí kojených 6 měsíců a déle se dlouhodobě pohybuje kolem 40 %. Pokud by tento ukazatel byl pokládán za výsledek efektivní edukace o kojení, tak zajisté máme v České republice rezervy (Mydlilová, 2013).

V roce 2012 byl v národních studiích v USA zkoumán vliv edukace zdravotníky na délku kojení. Autorům studií se dostalo zajímavých výsledků. Přestože poskytovatelé zdravotní péče měli častý praktický kontakt s matkami, nepotvrdil se významný vztah mezi délkou kojení a znalostmi zdravotníků. Důvodem takového výsledku byl pravděpodobně nedostatek času a zdrojů v klinické praxi, ale také potřeba více vzdělávat poskytovatele zdravotní péče, kteří provádí edukaci o kojení. Ostatní podpora mimo zdravotnické zařízení, edukační kurzy, laktační poradci, podpůrné skupiny kojení a rodinní příslušníci pozitivně ovlivňovali delší dobu kojení. Tento výsledek nabádá k důležitosti a podpoře vytvářet příznivé podmínky pro kojící matky, ale také to může být známkou potřeby více vzdělávat právě poskytovatele zdravotní péče, kteří jsou hlavními edukátory kojení (Chrásková, et al., 2015).

### **1.2.6 První a následné koupele novorozence**

Dříve se novorozenec běžně koupal na porodním sále nebo brzy poté, co byl přeložen na oddělení. V současné době tomu tak již není. Americká asociace porodních asistentek a neonatálních sester AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses) doporučila již v roce 2001, aby se k první koupeli novorozence přistoupilo až po stabilizaci jeho stavu, tzn., až jsou jeho vitální funkce (počet dechů,



pulzů a tělesná teplota) stabilní (Lund, et al., 2001). Totéž doporučila i v roce 2007 a 2013.

Cílem první koupele je odstranit z pokožky dítěte plodovou vodu, smolku a zbytky krve matky, aby si personál nemusel na další ošetřování již brát jednorázové rukavice. Správný čas pro první koupel může trvat 2-6 hodin od porodu nebo i déle, někdy až 24 hodin (Fendrychová et al., 2012). Některá zdravotnická zařízení respektují přání matek, a pokud si to přejí, nemusí se novorozenec koupat po celou dobu pobytu v porodnici (Moravcová et al., 2018).

Dosud nebyla stanovena žádná striktní pravidla pro frekvenci koupání novorozenců po porodu. Zatím bylo vyzpozorováno, že naprostá většina novorozenců narozených v termínu se koupe již první den života, u předčasně narozených novorozenců záleží opět na stabilitě jejich stavu. Zatímco AWHONN (2013) doporučuje koupat 2-4 hodiny po stabilizaci stavu novorozence po porodu, WHO (1997) doporučuje vyčkat alespoň 6 hodin po porodu. Tyto organizace se dále pak shodují v tom, že první koupel novorozence by mělo být umytí celého těla houbičkou nebo žínkou pod tekoucí vodou (sprchou nebo vodovodním kohoutkem), nebo ve vaně ve vodní lázni s šetrným mycím prostředkem nebo pouze čistou vodou v závislosti na stavu novorozence a přání rodičů (El-Atawi, et al., 2016).

Na první koupel je nejdůležitější zajistit ideální teplotu v místnosti mezi 25–26 °C bez průvanu a teplotu vody 37–39 °C. Ještě před koupelí novorozenci zkontrolujeme tělesnou teplotu v axile nebo konečníku a zhodnotíme stav jeho pokožky. K tomu můžeme využít i škálu Neonatal Skin Condition Score (NSCS), kterou hodnotíme suchost, zarudnutí a poškození/exkoriace kůže (Fendrychová, 2015b). Samotnou první koupel provádíme zpravidla metodou sprchování, abychom zabránili kontaminaci podvázaného pupečního pahýlu (Fendrychová, 2015a). Při sprchování používáme jednorázové rukavice, dítě myjeme raději rukou, bez žínky. Začínáme od hlavičky směrem kaudálním, kdy opláchneme nejprve obličej čistou vodou, poté pokračujeme i s mýdlem od vlasaté části přes krk, ramena, horní končetiny, trup, dolní končetiny a končíme genitálem a zadečkem. Pokud jsme použili mýdlo, musíme dítě také opláchnout čistou vodou. První koupel lze provést ale i bez mýdla (Moravcová et al., 2015). Poté novorozence položíme na podložku k jemnému osušení zahřátými plenami (Fendrychová et al., 2012). Po koupeli je doporučeno dát dítěti čepičku a zabalit ho do

teplé dečky. Po dostatečném zahřátí přibližně po 30 minutách čepičku sundáme (WHO, 1997). Velmi podstatné je vaničku a veškeré využívané pomůcky po koupeli řádně vydezinfikovat (Fendrychová, 2015b).

V následujících dnech není koupel každý den nutná, denně se mají omývat vodou a mýdlem pouze místa zapárky (místa trvalého dotyku kožních ploch), zadeček a genitálie, bez mýdla pak obličej a ruce dítěte. Genitál děvčat je třeba omývat a sušit směrem od symfýzy k anu, chlapcům nepřetahovat předkožku přes žalud. Vlasy stačí mýt jednou nebo dvakrát týdně mýdlem, později použít dětský šampon (AWHONN, 2013).

Celkovou koupel stačí provádět jednou za 2-3 dny. Je potřeba se vždy s rodiči domluvit, jak si představují péči o pokožku u svého dítěte a jak často jej také chtějí koupat. V následujících dnech po porodu se již dítě zpravidla nekoupe pod tekoucí vodou sprchováním, ale ve vaničce ponořením. Ke koupeli se má použít dostatečné množství vody, aby bylo dítě ponořené i s ramínky. Teplota vody má opět být 37–39 °C, teplota místnosti 25-27 °C, délka koupele nemá překročit 5 minut (Fendrychová, 2015a).

Metoda namydlení dítěte na přebalovacím pultu a opláchnutí ve vaničce, kterou stále ještě doporučují Moravcová a Petržílková (2015), je již obsoletní, a hlavně velice nebezpečná. V porodnické praxi ji dávno nikdo neprovádí, ale novopečené maminky ji stále učí. Nikdo jim ale neřekne, že namydlené dítě mnohem snáze vyklouzne než nenamydlené. Koupel potom přestává být společenskou událostí, ale stává se zdrojem stresu jak pro matku, tak pro dítě. Nehledě na to, že než matka dítě namydlí, voda ve vaničce vychladne (Moravcová et al., 2015).

Vhodnou pomůckou ke koupeli je lehátko, na které dítě položíme a nemusíme mu pak jednou rukou podpírat záda a hlavičku. Uvolní se obě ruce pečovatele (Gregora, et al., 2017). Lehátko lze však využít pouze v domácnosti a po každé koupeli se musí opláchnout, případně i dezinfikovat, a hlavně nechat pečlivě uschnout, aby se na něm nemnožily mikroorganismy (Fendrychová, 2015a).

Své výhody i nevýhody má také koupel v kyblíku, který je možné zvolit místo vaničky. Kyblík je menší, lépe udrží teplotu vody a připomíná dítěti polohu v děloze (Gregora et al., 2017).

### **1.2.7 Péče o pupeční pahýl**

Evropská resuscitační rada doporučila v roce 2015 u novorozenců nevyžadujících resuscitační péči a u předčasně narozených bez nutnosti okamžité resuscitace po porodu vyčkat s přerušением pupečníku nejméně 1 minutu po porodu dítěte (Wyllie et al., 2015). Za nejvhodnější načasování je považována 1.-3. minuta po ukončení porodu (Pánek, 2013). Zpožděné přerušění pupeční šňůry zvyšuje hladinu železa v krvi, snižuje frekvenci anémie a tím také počet transfuzí v prvním roce života (Bayer, 2016).

Postup, jak přerušit pupeční šňůru, vydala v roce 1997 Česká neonatologická společnost JEP (ČNeoS). Tato metoda se dosud využívá, i když doporučené potírání pahýlu 1-2x denně 60% alkoholem nebo tzv. chirurgickou zelení a balení do mulového čtverce je již opět obsolentní, jak uvádíme v kapitole 1.1.9. Výjimkou přerušění pupečníku je tzv. „lotosový porod“, u kterého zůstává pupeční šňůra spojená s placentou, jež je uložena poblíž novorozence, kde vysychá a později se samovolně oddělí. Obava z infekce pro dítě je častým důvodem, proč tento porod není v českých porodnicích povolen (Roztočil, 2017).

Na základně klinických studií bylo prokázáno, že dříve běžně využívané dezinfekční prostředky jako Betadine, Cutasept F a jiné dezinfekce s alkoholem, antibakteriální krémy, zásypy a barviva mohou při nadměrném používání významně uškodit novorozenci a způsobit zdravotní komplikace (Fendrychová, 2011). Při využívání Betadine a jiných dezinfekcí s alkoholem hrozí spálení nebo nekróza kůže. Proces zasychání se u některých dezinfekčních prostředků prodlužuje až o dva dny. Samotná Betadine pak může u nezralých novorozenců mít vliv na činnost štítné žlázy. Antibakteriální krémy nebo zásypy mohou vyvolat alergii, dermatitidy, nebo dokonce anafylaktický šok (AWHONN, 2001).

Americká asociace porodních asistentek a neonatálních sester (AWHONN) doporučuje před jakoukoliv manipulací s pupečním pahýlem na prvním místě dodržovat hygienické mytí rukou. Pupeční pahýl se nemá ničím zakrývat, pouze běžným prádlem, košílkou, nikdy ne plenkovými kalhotkami. Dále je nezbytné udržovat jeho okolí čisté a suché, omývat pouze v případě potřísnění močí nebo stolicí a vždycky pečlivě osušit (AWHONN, 2013).

Již zmíněná Česká neonatologická společnost ČSL JEP (1997) doporučila pupeční pahýl třetí den po porodu odstříhnout, jizvu sterilně zakrýt a dítě 24 hodin nekoupat. Rovněž bylo možné nechat pahýl přirozeně zaschnout, mumifikovat a odpadnout, event. odkroutit (Melková, 1997). V současné době se preferuje druhá možnost. Při propouštění dítěte je však třeba rodiče informovat o pravděpodobné délce zasychání pupečního pahýlu, o možných komplikacích tohoto zasychání a o jejich řešení (Fendrychová, 2011).

Pokud se dá přednost chirurgickému snesení pupečního pahýlu, postupuje se podle výše uvedeného doporučení (Pánek, 2013). Výhody i nevýhody tohoto postupu oproti samovolnému odpadnutí prezentovaly na XXI. Celostátní konferenci ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence v Českých Budějovicích (Machová a Jantačová 2012). Ke kterému způsobu se přiklonit, nelze z žádných studií rozhodnout, neboť se jedná o věc názoru a zkušenosti různých pracovišť (Machová et al., 2012). Jediné, co je důležité zajistit, aby byl pupeční pahýl stále udržován v suchu a čistotě (Straňák, 2009).

### **1.3 Organizace podporující současné trendy v péči o novorozence**

V České republice existuje v současné době mnoho nezávislých institucí, které se podílejí na péči o novorozence přímo, nebo nepřímo. Nejvíce se jich věnuje podpoře kojení, ale zabývají se také podporou žen v šestinedělí, které si potřebují jenom popovídat nebo se svěřit, doprovodit k lékaři nebo pohlídat starší dítě. Jiné instituce, které slučují zvláště zdravotnické pracovníky, se zabývají přímo zlepšováním ošetrovatelské, ale i lékařské péče o novorozence.

#### **1.3.1 Laktační Liga**

Nemalou zásluhu na rozvoji osvěty v kojení má u nás Laktační liga. Jedná se o nezávislou a nevýdělečnou organizaci založenou v roce 1998. Laktační liga pomáhá matkám při kojení a současně se snaží rozvíjet a dodržovat správné zásady výživy kojenců a malých dětí. Poskytuje konzultace a rady kojícím matkám a zdravotníkům, pravidelně pořádá kurzy a školení. Dále provozuje Laktační centrum s Národní linkou kojení, kam se mohou matky bezplatně dovolat. Vytváří letáky, brožury a jiné edukační materiály. Vydává časopis MaMiTa, který vychází 4x ročně. Provozuje webové stránky [www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz) a [www.mamita.cz](http://www.mamita.cz), kde je dostatek potřebných odborných rad

a informací týkající se kojení, výživy a aktivit Laktační ligy. Ve spolupráci s WABA (Světová aliance na podporu kojení) propaguje Světový týden kojení a pořádá konference zaměřené na kojení a výživu kojenců a malých dětí (Laktační liga, Kojení.cz 2019).

### **1.3.2 Mamila**

Občanské sdružení Mamila, které vzniklo v roce 2002, rovněž poskytuje pomoc, poradenství a podporu kojení. Je zařazené na seznam skupin podporujících kojení žen mezinárodní organizace International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), která na celosvětové úrovni sdružuje laktační poradkyně. Mamila se profesionálně zabývá praktickou pomocí s kojením a pořádá kurzy, které byly připravené ve spolupráci se světovým expertem na kojení, profesorem Jackem Newmanem. Hlavním zájmem tohoto občanského sdružení je vytvořit pro matky psychickou podporu pomocí kojících skupin jako v jiných evropských zemích. Mamila aktivně řeší mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka představující nejdůležitější ochranu kojení, které je do velké míry ovlivňováno reklamou náhrad mateřského mléka. Do těchto reklam spadají jak přípravky umělé výživy, tak kojenecké lahve a dudlíky, příkrmy, jídla a všechny náhražky vyráběné jako doplňkové či následné přípravky v jakémkoliv věku dítěte. Nekojení je pro stát finančně náročné, protože kojení působí jako prevence řady onemocnění i obezity (Mamila, 2016). Poloková (2019) ve veřejném slyšení Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku za odborné garance SpoKojení, z. s. shrnula činnost a úspěchy Mamily na Slovensku a nabídla pomoc v podobě praktických zkušeností českým porodnicím, aby i u nás bylo dosaženo lepších statistik kojených dětí, jako se podařilo dosáhnout v uplynulých deseti letech na Slovensku. Z osobních zkušeností Poloková uvedla, že v kojení neselhávají pouze matky, ale selhává systém, prevence a především ti, kteří měli matce odborně pomoci. Podpora kojení je často poskytována pouze do té doby, dokud funguje samo od sebe. Kojení často končí ve chvíli, kdy vyžaduje nějaké jiné řešení, například poškození prsních bradavek a podobně (Poloková, 2019).

### **1.3.3 SpoKojení**

Členové neziskového spolku SpoKojení se zavázali dodržovat etický kodex, který si bere za cíl podporovat právo dětí a žen na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví. Dále pak hájit výlučné kojení dětí do 6 měsíců věku a poté pokračovat po dobu 2 a více let

a informovaně se rozhodovat o výživě dítěte bez komerčního vlivu. Spolek SpoKojení je členem mezinárodní sítě International Baby Food Action Network (IBFAN). Tato mezinárodní síť byla u počátku vzniku Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a zároveň spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Dětským fondem Organizace spojených národů (UNICEF) na šíření Kodexu a kontrole, aby byl dodržován (SPOKOJENÍ, 2019).

#### **1.3.4 Národní horká linky kojení**

Laktační liga zřídila od roku 2001 v Thomayerově nemocnici v Krči Národní horkou linku kojení, kam si mohou volat matky pro pomoc s kojením či sjednat si osobní konzultaci. Podobnou službu nabízí i několik dalších porodnic v České republice v rámci oddělení, kam se mohou rodičky často obrátit po celý den (Laktační liga, Kojení.cz, 2019).

#### **1.3.5 Komunitní podpora šestinedělek**

Nově rozvíjejícím se projektem je Komunitní podpora šestinedělek, který vznikl pro ženy v poporodním období. Za pomoci facebookových stránek propojuje rodičky, které prochází šestinedělím a snaží se jim toto náročné období ulehčit poskytnutím některých služeb zdarma. Jedná se o úklid, vaření, péče o staršího sourozence, doprovod k lékaři, popovídání si, poskytnutí společnosti a další. Šestinedělka, která využije pomoci, je pak automaticky řazena mezi tzv. kmotřičku, která v budoucnu bude ochotna pomoci nějaké jiné ženě. Projekt není ničím vázán, jedná se pouze o dobrovolnictví (Komunitní podpora šestinedělek, 2020).

#### **1.3.6 Nedoklubko**

Nedoklubko je nestátní a nezisková organizace, založená v roce 2002, která je zároveň jedinou organizací v České republice, zabývající se problematikou předčasně narozených dětí a kterou podporuje Česká neonatologická společnost JEP. Smyslem Nedoklubka je podpora rodin a blízkých osob předčasně narozených dětí. Poskytuje informace o péči o nedonošené novorozence, dodává odvalu a účast rodičům v jejich těžké situaci a nabízí sdílené zkušenosti rodin, které prožily podobnou situaci. Dále spolupracuje s celým týmem odborníků, kteří pečují o předčasně narozené děti. Podporuje rodiny na psychosociální úrovni v nelehké životní situaci. Pořádá a organizuje různé akce a projekty s cílem podpořit rodiče a také perinatologická centra,

ve kterých dochází k porodům. Jedním z projektů Nedoklubka je předávání dárků a povzbuzujících informací matkám v porodnici. V rámci projektu „Mámy pro mámy“ za pomoci široké veřejnosti dobrovolníci háčkují např. čepičky, bačkůrky nebo chobotničky, které sestry nebo i rodiče na odděleních vkládají dětem do dlaní. Chapadla chobotniček novorozencům údajně nahrazují pupeční šňůru, a tím prý i lépe prospívají a jsou klidnější. Publikační činnost Nedoklubka je zaměřená nejenom na pochopení situace rodičů, ale také sourozenců, pro které je situace zrovna tak náročná (Nedoklubko, 2017).

### **1.3.7 Česká neonatologická společnost ČSL JEP**

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (dále ČLS JEP) představuje odbornou základnu lékařského oboru, pod kterou se řadí také neonatologie. Česká neonatologická společnost (dále ČNesS) spojuje lékaře a jiné odborníky v oblasti péče o novorozence. Dostupné webové stránky společnosti obsahují doporučené postupy týkající se aplikace kyslíku při resuscitaci, péče o novorozence po resuscitaci na porodním sále, časného propouštění zdravých novorozenců v prvních 24 hodinách apod. Dále nabízí odborné akce, odborné články a legislativu. Není zde opomenuta ani sesterská sekce a další podstatné informace pro zdravotnické profesionály. Každý rok je na stránkách zveřejněn zápis z jednání výboru. ČNesS vydává ve spolupráci s Nemocnicí na Bulovce časopis Neonatologické listy, ve kterých opět informuje o novinkách v péči o novorozence. Další zdroj informací, které webové stránky nabízí, patří také laické veřejnosti a médiím (Česká neonatologická společnost, 2020).

### **1.3.8 Neonatologická sekce ČAS**

Česká asociace sester (dále ČAS) je největší odbornou profesní organizací nelékařských pracovníků, jejíž hlavní činností je rozvoj ošetrovatelství jako oboru, rozvoj ošetrovatelského povolání, podpora vydávání odborných publikací, spolupráce s dalšími institucemi a rozvoj mezioborové a mezistátní spolupráce.

Neonatologická sekce ČAS k tomu přispívá tvorbou adaptovaných klinických doporučených postupů (KDP), jejichž cílem je sjednocení péče o novorozence v perinatologických centrech České republiky. Již vytvořené adaptované KDP v současné době slouží k tvorbě Národních ošetrovatelských postupů, které vydá Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství

a nelékařských zdravotnických oborů, Českou asociací sester, Profesní a odborovou unií zdravotnických pracovníků, Asociací vysokoškolských vzdělavatelů nelékařských zdravotnických profesí, Spolkem vysokoškolsky vzdělaných sester a Českou společností pro léčbu rány. Po jejich vydání ve věstníku MZ ČR by mělo dojít ke sjednocení péče i v ostatních novorozeneckých pracovištích v České republice (Česká asociace sester, 2017).



## 2 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole uvádíme zvolené cíle a výzkumné otázky, které jsme si pro diplomovou práci určili.

### 2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, k jakým změnám v péči o novorozence došlo v uplynulých cca dvaceti letech.

Cíl 2: Zjistit, v čem jsou tyto změny prospěšné pro matku a dítě.

### 2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 (VO1): Jak se změnilo první ošetření novorozenců po porodu?

Výzkumná otázka 2 (VO2): Jak se změnila výživa novorozenců?

Výzkumná otázka 3 (VO3): Jak se změnila první koupel a péče o pupeční pahýl?

Výzkumná otázka 4 (VO4): V jakých oblastech ošetrovatelské péče o novorozence pociťují dětské sestry nebo porodní asistentky nedostatky?

Výzkumná otázka 5 (VO5): Jak se změnil přístup dětské sestry nebo porodní asistentky k rodičce/otci dítěte?

Výzkumná otázka 6 (VO6): Jakou podporu po porodu současné rodičky mají a jakým způsobem ji využívají?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Novorozenec** je dítě v době od narození do 28. dne života (Klíma, 2016).

**Porod** je vypuzení nebo vyjmutí plodu z dělohy, který jeví alespoň jednu vitální známku (pohyb, křik, tonus, pulzace pupečníku) bez ohledu na gestační stáří a na porodní hmotnost. Plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, je mrtvě narozeným dítětem (Roztočil, 2017).

**Vedení porodu** je buď klasické, bez aktivního zasahování lékaře, nebo lékařské, tedy s aktivním zasahováním do průběhu porodního děje (Štromberová, 2019).

**První ošetření novorozence** po porodu spočívá v tom, že pokud má normální svalový tonus, dýchá, pláče a je donošený, stačí jej osušit, položit matce na hrudník a přikrýt suchou přikrývkou. Pokud však vyžaduje stabilizaci nebo resuscitaci, musí být po osušení uložen na vyhřevné lůžko, jsou mu zprůchodněny dýchací cesty, je stimulován a prodýchán (Wyllie et al., 2015).

**Bonding** (z ang. připoutání, přilepení) je proces utváření vazby mezi dítětem a rodiči v průběhu prvních chvil po narození. Prakticky je to právě položení dítěte na hrudník matky kůže na kůži a společné zakrytí přikrývkou (Mrowetz et al., 2011).

**Podpůrné organizace** jsou zpravidla neziskové organizace zabývající se podporou kojení, podporou matek v šestinedělí nebo sjednocováním ošetrovatelské péče o novorozence.

### **3 Metodologie výzkumného šetření**

#### **3.1 Metodika výzkumu**

Na počátku průzkumu byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v záměrně vybraných porodnicích, s žádostí o schválení šetření v jejich zdravotnickém zařízení. Porodnic bylo celkem šest (dvě pracoviště z fakultní nemocnice, dvě krajské nemocnice a dvě okresní nemocnice). S průzkumem náměstkyně souhlasily, písemný souhlas je k dispozici na vyžádání.

Cílem této práce bylo zmapovat, k jakým změnám v péči o novorozence došlo v uplynulých cca dvaceti letech a jak jsou tyto změny prospěšné pro matku a dítě. Vzhledem ke zvoleným cílům práce a k povaze tématu byla vybrána metoda kvalitativního výzkumného šetření, která je v posledních letech v ošetrovatelství upřednostňována, protože jsou při ní zjišťovány detailní informace a zkoumá problém do hloubky. Protože však nepracuje se statistickými metodami a soubor respondentů je malý, výsledky nemohou být považovány za reprezentativní a nedají se zobecnit (Kutnohorská, 2009). V oboru ošetrovatelství bývá často také vhodnější a přínosnější než metoda kvantitativní. Je to zejména z toho důvodu, že se v rámci ošetrovatelství mnohdy zaměřujeme na zkoumání klientových pocitů, nebo na pocity a názory sester.

#### **3.2 Technika výzkumného šetření**

Pro sběr dat byla použita metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován s dětskými sestrami na novorozeneckých odděleních. Dále byl rozhovor veden s porodními asistentkami, které byly zaměstnány na novorozeneckých odděleních či porodním sále. Třetí skupinou dotazovaných byly matky – vícerodičky, které byly hospitalizované s novorozencem v porodnici a doma měly alespoň jedno dítě. Pro dětské sestry a porodní asistentky byl připraven jeden soubor rámcových otázek a pro matky – vícerodičky druhý (Příloha 2 a 3). Jednotlivé otázky byly podle potřeby doplňovány podotázkami. Tato technika byla zvolena proto, aby byly získány hlubší poznatky o tom, jakou změnu v péči o novorozence za uplynulých cca 20 let zaznamenaly dětské sestry nebo porodní asistentky a jak změny vnímají matky – vícerodičky, které je mohou lépe posoudit než matky prvorodičky.

Schůzka s respondentkou a účel rozhovoru byl vždy předem telefonicky nebo e-mailem domluven, dotazované dětské sestry a porodní asistentky tedy předem věděly, o čem

budeme hovořit. Matky – vícerodičky byly se svolením vrchní sestry daného oddělení vyhledány ve zdravotnické dokumentaci a po jejich souhlasu byl s nimi realizován rozhovor, který probíhal v soukromí. Dotazované měly vždy dostatek času na své vyjádření. Obvykle odpovídaly v dlouhých souvětích a bez pobízení se samy o daném tématu rozmluvily. Vše se uskutečnilo v klidné atmosféře a plné důvěře. Rozhovory byly zaznamenány písemně nebo byly nahrávány pomocí audio-záznamníku a dále rozpracovány. Dotazované byly poučeny, že mohou kdykoliv účast v šetření ukončit.

### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku respondentů**

Výzkumný soubor tvořilo deset dětských sester pracujících v péči o novorozence více než deset let a dvě porodní asistentky, které byly rovněž služebně starší. Více porodních asistentek, s praxí delší než deset let, se nám nepodařilo oslovit. Od vrchních sester se nám dostalo odpovědí, že porodní asistentky jsou u nich zaměstnány v péči o novorozence pouze výjimečně. Kolektivy pracujících na novorozeneckých odděleních a porodních sálech v námi navštívených porodnicích byly tvořeny převážně dětskými sestrami.

Dětské sestry a porodní asistentky byly nejprve dotazovány, jak dlouho pracují v péči o novorozence. Dále nás zajímalo, na jakém typu novorozeneckého oddělení pracují v současné době. Cílem těchto otázek bylo zjistit, jaké zkušenosti mají v péči o novorozence, aby mohly zhodnotit změny v péči. Další otázky byly zaměřeny na konkrétní péči o novorozence bezprostředně po porodu a v průběhu pobytu v porodnici. Dětské sestry a porodní asistentky dostaly prostor pro vyjádření svých názorů a připomínek k poskytované péči na jejich současném pracovišti.

Druhý soubor otázek byl pokládán matkám – vícerodičkám, které již měly doma jedno dítě a tím také měly zkušenosti s porodem a péčí o novorozence. Záměrně byly vybrány matky, mezi jejichž dětmi byl věkový rozdíl alespoň 5 let. Cílem rozhovorů bylo zjistit, zda a jak vnímaly změny ve vedení porodu a v prvním ošetření novorozence po porodu u svých dětí a k jakým změnám podle nich za uplynulé roky došlo.

### **3.4 Sběr dat**

Sběr dat probíhal od listopadu 2019 do března 2020 ve dvou porodnicích fakultní nemocnice, dvou krajských a dvou okresních porodnicích v České republice. Informace byly získány osobními rozhovory s dětskými sestrami a porodními asistentkami,

a matkami – vícerodičkami po předchozí domluvě. Ve všech případech byly rozhovory uskutečněny přímo na odděleních dané porodnice.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky rozhovorů s dětskými sestrami a porodními asistentkami

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek dětských sester (DS)

Pořadí dětských sester (DS) a porodních asistentek (PA)	Délka praxe v neonatologii	Současné pracoviště v neonatologii	Nejvyšší dosažené vzdělání
DS 1	36 let	Okresní nem. fyziologie	Středoškolské, specializace ARIP
DS 2	11 let	Okresní nem. IMP, rooming-in	Středoškolské, specializace ARIP
DS 3	27 let	Fakultní IMP, rooming-in	Středoškolské, specializace ARIP
DS 4	30 let	Fakultní nem. fyziologie	Vysokoškolské
DS 5	11 let	Krajská nem. fyziologie	Vysokoškolské, specializace ARIP
DS 6	35 let	Krajská nem. JIP	Středoškolské, specializace ARIP
DS 7	12 let	Krajská nem. fyziologie, porodní sál	Vysokoškolské
DS 8	20 let	Okresní nemo. fyziologie, porodní sál	Středoškolské
DS 9	14 let	Fakultní nem. fyziologie	Středoškolské
DS 10	24 let	Fakultní IMP, rooming-in	Vysokoškolské, specializace ARIP
PA 1	14 let	Okresní nem. fyziologie, porodní sál	Vyšší odborné, specializace Intenzivní péče v porodní asistenci
PA 2	13 let	Fakultní nem. fyziologie porodní sál	Vysokoškolské, specializace Perioperační péče v gynekologii a porodnictví

Zdroj: Vlastní výzkum

*ARIP – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče v pediatrii*

*JIPN – jednotka intenzivní péče v neonatologii*

*IMP – intermediární péče*

V tabulce 1 jsou pro větší přehlednost shrnuty základní identifikační údaje respondentek – dětských sester a porodních asistentek.

Dotazované dětské sestry (DS) měly délku praxe v péči o novorozence v rozmezí 11-36 let. Šest z nich mělo ukončené středoškolské vzdělání a čtyři vysokoškolské. Šest dětských sester mělo specializaci v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče v pediatrii.

Dotazované porodní asistentky pracovaly v péči o novorozence 13 a 14 let a jedna měla vyšší odborné vzdělání a druhá vysokoškolské. Obě měly specializaci, ale každá v jiném oboru. První porodní asistentka (PA1) v Intenzivní péči v porodní asistenci a druhá (PA2) v Perioperační péči v gynekologii a porodnictví.

Po identifikačních otázkách, které jsme zpracovali v předchozí tabulce, jsme začali pokládat respondentkám další otázky a z analýzy získaných dat jsme vytvořili šest kategorií odpovědí včetně podkategorií, které uvádíme společně pro dětské sestry (DS) i porodní asistentky (PA). Jsme si vědomi, že se jedná o dvě nezastupitelné profese, ale protože jsme jim pokládali stejné otázky, nepokládali jsme za potřebné vytvářet pro každou profesi samostatné tabulky a schémata.

## Schéma 1: Kategorie: Způsob dalšího vzdělávání dětských sester a porodních asistentek v poskytování péče o novorozence

Podkategorie:

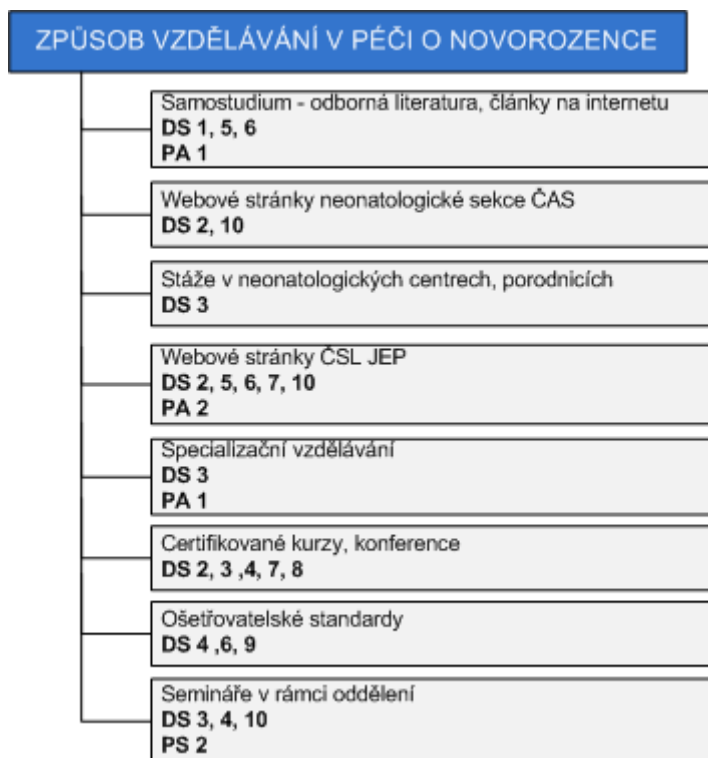


Schéma 1 se zaměřuje na způsob vzdělávání dětských sester a porodních asistentek. Schéma první podkategorie se zaměřuje na to, jakým způsobem se v péči o novorozence průběžně vzdělávají v poskytování péče o novorozence DS a PS.

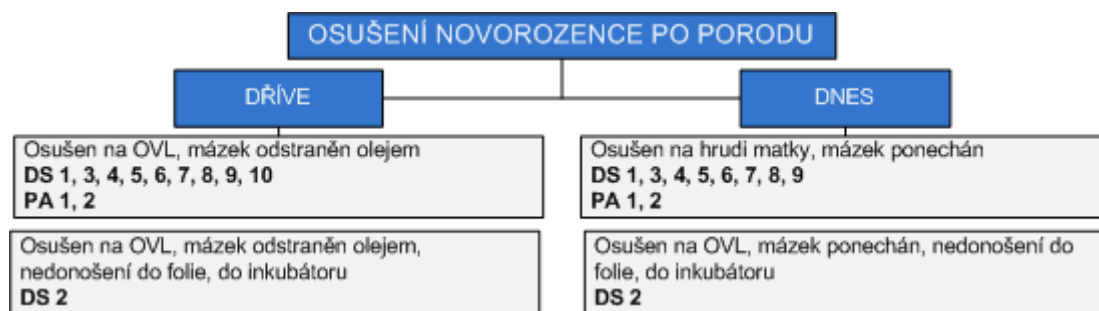
Respondentky DS1 a DS5 uvedly, že se rády vzdělávají samostudiem. Jedna z nich uvedla: „Vše, co mě zajímá a potřebuji ke své práci vědět, tak si sama vyhledávám.“ Některé respondentky hovořily o dobrých zkušenostech s webovými stránkami Neonatologické společnosti JEP a Neo sekcí ČAS. Jedna z dotazovaných (DS2) dodala: „Na těchto stránkách jsou také doporučené postupy, kterými se řídíme, a myslím si, že by bylo vhodné dávat na stránky ještě více informací, aby se jimi mohly řídit všechny porodnice.“ Dále se většina dotazovaných zmiňovala o účasti na nejružnějších konferencích a seminářích, které si samy vyhledávají nebo jim je vedoucí pracovníci nabízejí, aby se jich zúčastnily. Tři respondentky také uvedly vnitřní standardy jejich porodnice, kterými se řídí a postupují podle nich. Další vzdělávání v podobě stáží uvedla jediná dotazovaná (DS4): „Občas máme možnost podívat se i do jiných porodnic, do perinatologických center, kde se inspirujeme jejich postupy.“



Dotazovaná PA1 se v péči o novorozence dále vzdělávala samostudiem a specializačním studiem, PA2 komentovala své vzdělávání takto: „*Občas nám připraví nějaký seminář v rámci kliniky, kam mohou přijít všichni z oddělení a získat informace, které pak rychleji zavedeme do praxe.*“

## Schéma 2: Kategorie: Změny v prvním ošetření novorozenců po porodu dětskými sestrami a porodními asistentkami

První podkategorie:



OVL – otevřené vyhřívané lůžko

PS – porodní sál

Schéma 2 obsahuje změny v prvním ošetřování novorozenců dětskými sestrami a porodními asistentkami na porodním sále. Celkem jsme je rozdělili do šesti podkategorií. První podkategorii jsme nazvali první osušení novorozence po porodu dětskými sestrami a porodními asistentkami.

Téměř všechny dotazované dětské sestry se shodly na tom, že dříve se novorozenec hned po porodu osušil plenami a mázek se odstranil pomocí oleje. Respondentka DS5 k tomu řekla: „*Dříve první, co jsme s novorozencem udělaly, bylo odstranění mázku, za pomoci pleny a oleje*“. Všichni novorozenci byli také dříve poprvé vykoupáni již na porodním sále. V současné době všechny respondentky uvedly, že mázek nechávají na kůži novorozence vstřebat a rozhodně ho olejem neodstraňují: „*Mázek neodstraňujeme, pouze novorozence lehce osušíme plenami a necháme ho do druhého dne*“ (DS2). Osm respondentek suší dítě po porodu až na hrudi matky při bondingu a neodnáší je k sušení na otevřené vyhřívané lůžko (OVL) a dvě respondentky balí nedonošené novorozence do folie bez předchozího sušení. Jedna respondentka (DS2) tak činila ale již i dříve.

Porodní asistentky se shodly na tom, že dnes se mázek z pokožky novorozenců již nestírá. PA1 na dotaz odpověděla: „*Dříve odnesly novorozence dětské sestry, které ho pak přinesly už zabaleného k matce. Nyní asi osm let, co se staráme o rodičku*

*i novorozence, my samy z novorozence mázek nestíráme.*“ Rovněž v současné době děti suší na hrudi matky a na porodním sále je nekoupou.

Druhá podkategorie:

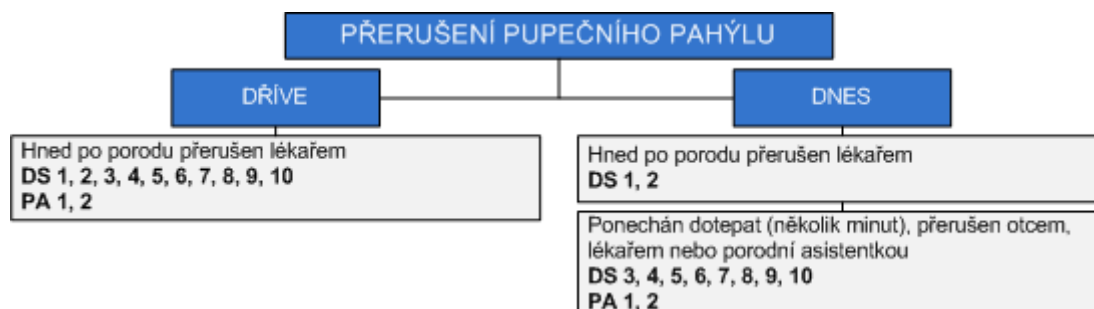


Schéma druhé podkategorie znázorňuje změny v přerušení pupečníku. Zajímalo nás, kdy a kdo pupečník přerušuje.

Všechny dětské sestry podaly shodnou odpověď v tom, kdo dříve přerušil pupeční pahýl. V průběhu let však došlo k výrazným změnám, o kterých vypovídají respondentky následovně: „*Přibližně posledních pět let mé praxe čekáme na dotepání pupečníku*“ (DS6). „*Dlouho se nechává pupečník dotepat, často i desítky minut, placenta je již odloučená a dítě je stále ještě někdy na pupečníku. Poté se ptáme otce, zda chce pupečník přestříhnout, pokud ne, přestříhne jej lékař nebo porodní asistentka*“ (DS7). U dvou respondentek dětských sester (DS1 a DS2) z okresní porodnice se však odpověď lišila: „*Nečekáme na dotepání pupečníku a rovnou se přestříhává.*“ Tři respondentky (DS5 a DS8) navíc zmínily, co se u nich v porodnici dělá, pokud není možné nechávat dotepat pupečník. DS5 dodala: „*Pokud není možné, nejčastěji kvůli zhoršené poporodní adaptaci, nechávat dotepat pupečník, provede porodní asistentka krátký přesun pupečnickové krve do těla novorozence rukou, tedy milking.*“ DS8 ještě navíc ve své odpovědi dodala: „*Důležité je, abychom věděli, že je dítě v pořádku, pokud mu nemůžeme z nějakého důvodu dopřát dotepání pupečníku, provede lékař milking, jako prevenci anémie.*“

Porodní asistentka (PA2) přerušení pupečníku uvedla: „*U spontánních porodů se nechává pupečník dotepat průměrně čtyři minuty a u císařských řezů kratší dobu, asi jednu nebo dvě minuty, nebo se provádí krátký milking pupečnickové krve.*“

Třetí podkategorie:

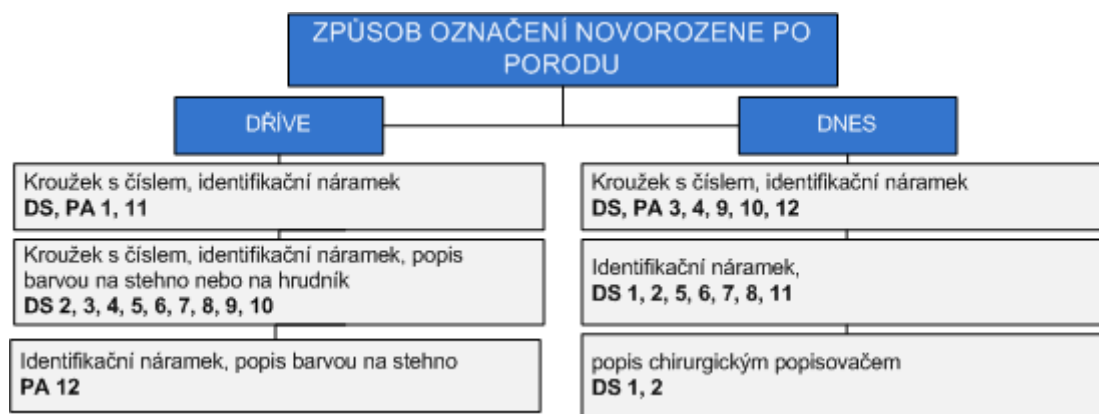


Schéma třetí podkategorie znázorňuje změny ve způsobu označení novorozence po porodu dětskými sestrami a porodními asistentkami.

Dětské sestry se v dřívějším označování novorozenců všechny shodly na kroužku se stejným číslem, který dostala jak matka, tak i novorozenec a na identifikačním náramku. Některé služebně starší sestry pamatují i další značení. DS3 při rozhovoru řekla: „*Hned po porodu, kdy jsme si novorozence položily na vyhřívané lůžko, jsme ho označily příjmením barvou na stehno. Později, když začali docházet k porodům i otcové, mohli si dítě popisovat sami s naší pomocí a na ruku dali identifikační náramek a také navázali kroužek s pořadovým číslem porodu v daném měsíci.*“ Zatímco DS8 zavzpomínala na dřívější identifikaci, uvedla toto: „*Dávaly jsme novorozenci identifikační náramek a ten stejný dostala i matka, popis barvou jsme prováděly na stehno, také jsme psaly barvou číslo porodu na hrudník.*“ V označení novorozenců došlo v průběhu let ke změnám, popis barvou, jak je uvedeno výše, se zrušil. Celkově se označení spíše zjednodušilo: „*Zůstal nám pouze barevný identifikační náramek*“ (DS8). Odlišné označení uvedly respondentky DS1 a DS2 z okresní porodnice. DS1 řekla: „*Novorozence místo barvy nyní popisujeme chirurgickým popisovačem a dále na ruku dáváme identifikační náramek.*“

Porodní asistentky rovněž zaznamenaly ve způsobu označování novorozence změny.

Čtvrtá podkategorie:

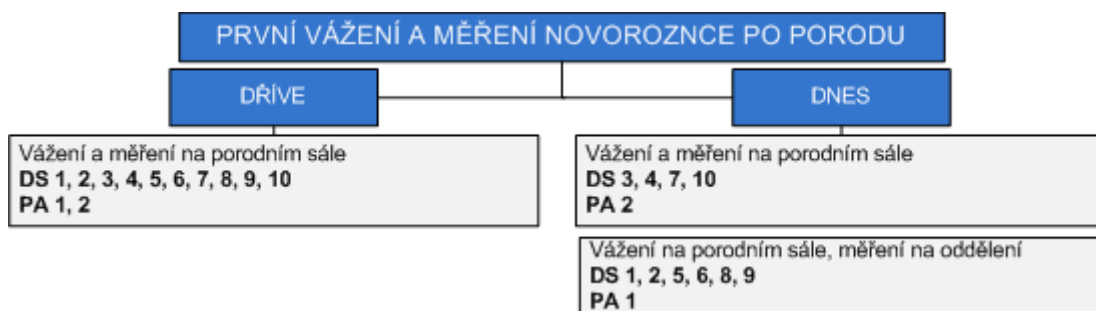


Schéma čtvrté podkategorie znázorňuje změny v místě prvního vážení a měření novorozence po porodu dětskými sestrami a porodními asistentkami.

Všechny dotazované dětské sestry uvedly, že dříve novorozence vážily i měřily (jejich délku) na porodním sále. Samostatné vážení se v průběhu praxe změnilo pouze u dvou dětských sester. DS9 uvedla: „Vážení nyní probíhá na oddělení po svezení dítěte. Považujeme to za zbytečnou separaci matky od dítěte.“ Nejvíce změn bylo v měření délky novorozenců po porodu. Respondentky z okresních porodnic DS1, DS2 i DS8 shodně uvedly, že měření provádějí až na oddělení. DS6 dodala: „Měření probíhá na oddělení, a to až před odchodem z porodnice, abychom zbytečně nenatahovaly dítěti dolní končetiny. Především u porodů koncem pánevním.“

Obě dotazované porodní asistentky se shodly, že obě činnosti probíhaly dříve na porodním sále. Za uplynulý čas však došlo ke změně pouze u PA1, která nyní měří délku novorozence až na oddělení.

Pátá podkategorie:

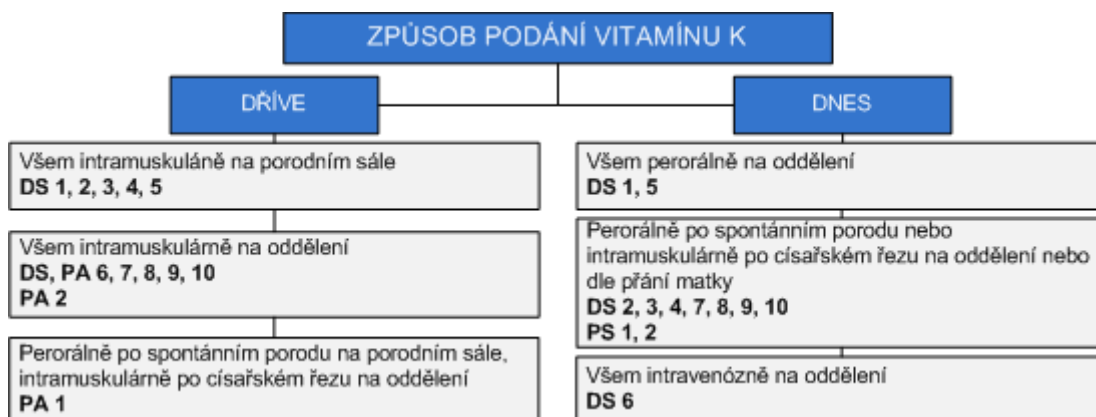


Schéma páté podkategorie znázorňuje změny v aplikaci Kanavitu novorozencům dětskými sestrami a porodními asistentkami.

Kanavit (vitamin K) se podává novorozencům jako prevence krvácivého onemocnění novorozenců (Morbus haemorrhagicus neonatorum). Cílem naší otázky bylo zjistit, jakým způsobem a kde respondentky novorozenci Kanavit podávají. DS5 odpověděla: „Dříve vždy novorozenci dostávali Kanavit do svalů jednorázově a pak ho doma již matky nemusely podávat.“ Způsob podávání Kanavitu se však v průběhu let ve většině porodnic změnil. DS8 uvedla: „Po spontánním porodu vždy podáváme Kanavit perorálně, pokud se novorozenec narodí císařským řezem, aplikujeme Kanavit intramuskulárně, a to vždy až na oddělení při první koupeli. Pokud by si to matka přála jinak, vyhovíme jí.“ Pouze jedna dětská sestra pracující v krajské nemocnici na oddělení novorozenecké JIP uvedla: „K nám na JIP, pokud se novorozenec dostane hned po porodu, tak je mu téměř vždy zavedena intravenózní kanyla, do které je mu Kanavit podán. Tento postup podání se u nás za dobu mé praxe nezměnil“ (DS6).

Porodní asistentky se také vyjádřily ke způsobu podání vitamínu K. Respondentka PA1, která působí 14 let v okresní nemocnici, podává Kanavit stále stejným způsobem: „Pokud je porod vedený přirozenou cestou bez komplikací, Kanavit dáváme dítěti do úst, jakmile dochází k císařskému řezu, Kanavit aplikujeme do svalů. Vždy až na oddělení. Tak si to u nás pamatuji po dobu své praxe, avšak od starších kolegyně vím, že se dříve někdy před 30 lety píchal pouze do svalů. Tato naše dnešní cesta se mi zdá méně invazivní, rodičky ji vítají“ (PA1).

### Schéma 3: Kategorie: Změny ve výživě novorozenců z pohledu dětských sester a porodních asistentek

První podkategorie:

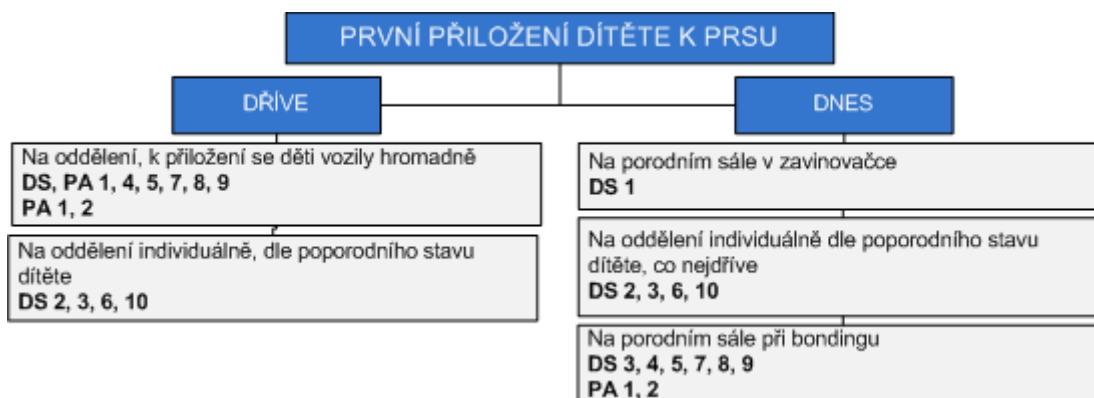


Schéma 3 obsahuje změny ve výživě novorozenců dětskými sestrami a porodními asistentkami. Celkem jsme je rozdělili do čtyř podkategorií. Schéma první podkategorie znázorňuje první přiložení dítěte k prsu dětskými sestrami a porodními asistentkami.

Dětské sestry, se kterými jsme vedli rozhovory, se shodly na tom, že dříve se novorozenci k prsu poprvé přikládali až na oddělení, kam byli přivázeni hromadně na vozíku. Poté byli zase odvezeni. DS7 uvedla: „Pamatuji si, jak jsme měly plné boxy dětí, matka své dítě poprvé viděla až na oddělení, kde jsme jí ho přiložily k prsu a pak zase odvezly na box.“ Dnešním trendem je přiložit dítě k prsu již na porodním sále. DS6 se k tomu vyjádřila takto: „První přiložení u nás probíhá bezprostředně po porodu, prostě vždy co nejdříve provádíme bonding, při kterém se již novorozenci často sami dokážou přisát.“

Dotazované porodní asistentky se shodly, že první přiložení dítěte dříve probíhalo až na oddělení a nyní se provádí již na porodním sále.

Druhá podkategorie:

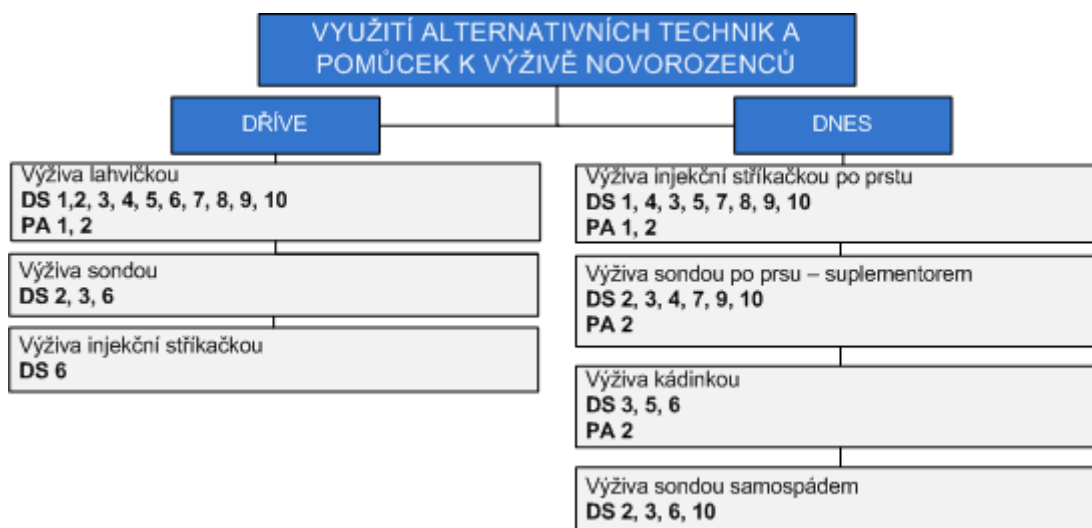


Schéma druhé podkategorie znázorňuje využití alternativních pomůcek a technik k výživě novorozenců dětskými sestrami a porodními asistentkami.

DS9 uvedla: „Používaly jsme klasické skleněné lahvičky s dudlíkem, později se přešlo k plastovým lahvičkám.“ Jiná dětská sestra uvedla: „Pokud dítě ještě dobře nesálo, zasondovalo se. Později, až když dítě dobře sálo, přešlo se na flašku. Občas se ale také použila stříkačka, jen se nedával dítěti prst do úst.“ Dále je dle odpovědí patrné, že se od kojenecké láhve se savičkou upustilo a přešlo se na jiné techniky. Všechny sestry

zmínily, že dnes dávají novorozencům výživu různými technikami, nejčastěji injekční stříkačkou po prstu. DS7 popsala podávání výživy následovně: „Výjimečně se u nás podává dokrm z lahvičky, pouze pokud si to matka výslovně přeje a podepíše nám souhlas nebo je k tomu nějaká závažná indikace. Dnes je poměrně novou alternativní technikou podání výživy sondou po prsu, dítě saje z prsu a dokrm si zároveň saje ze sondy toho nejužšího průměru. Další využívanou technikou je sání po prstu ze stříkačky. Prst nahradí dítěti bradavku. Každá rodička se rozkojí v jiném časovém intervalu, některá až v klidu doma“ (DS7).

Pomůcky, které se využívaly dříve a dnes k výživě novorozenců, porodní asistentky podaly takto: „Za dob mého nástupu jedině dokrm z flašky, později se zavedením systému Baby friendly hospital přišly alternativní techniky. U nás se zatím prosadil pouze dokrm po prstu, ze stříkačky“ (PA1).

Třetí podkategorie:

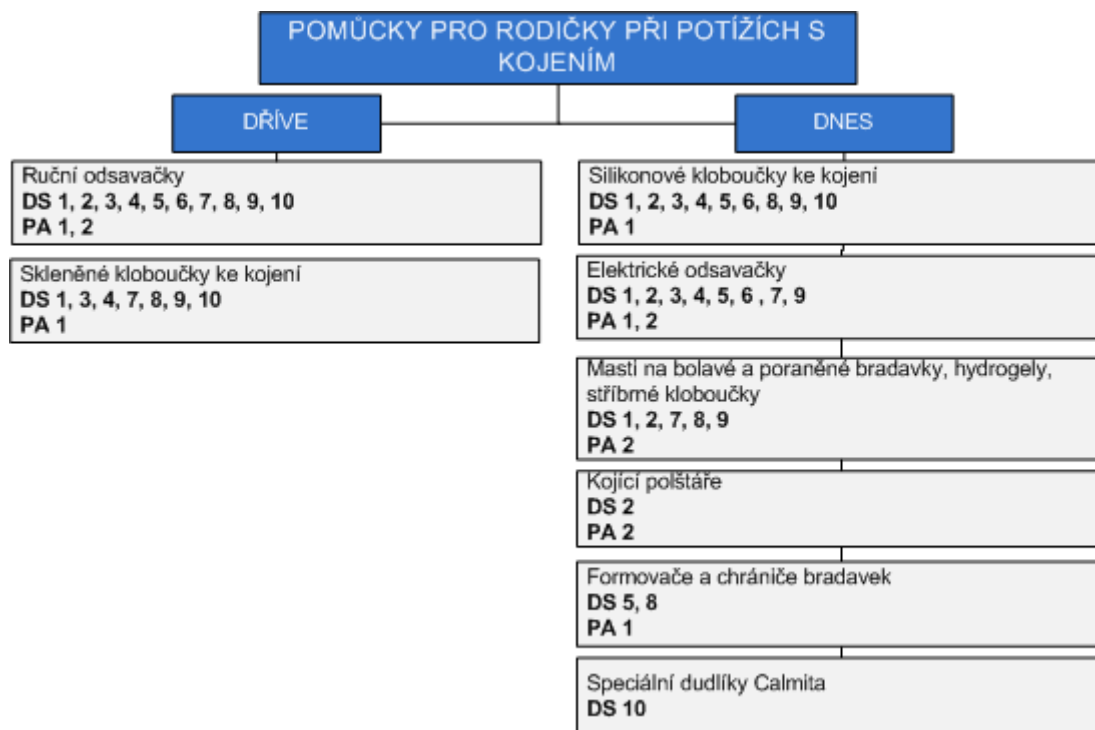


Schéma třetí podkategorie znázorňuje, jaké pomůcky mohly dětské sestry a porodní asistentky dříve využít a nabídnout matkám při potížích s kojením dříve a jaké pomůcky lze využít ve vybraných porodnicích dnes.

Všechny dotazované dětské sestry s praxí více než deset let uvedly, že k dispozici na oddělení měly ruční odsavačky, často zmínily také skleněné kloboučky při vpáčených

bradavkách. Vývoj pomůcek při potížích s kojením se za léta praxe také výrazně změnil. DS4 zaznamenala: „Dnes mají maminky moderní elektrické odsávačky, které jsou pro matky daleko komfortnější, než bývávaly ruční. Pokud mají problém s bradavkami, nabízíme jim silikonový klobouček, přes který dítě saje, ale už taky víme, že je to silikon, zrovna jako dudlík, který narušuje sání“ (DS4). Jiné dětské sestry zmínily jako užitečné pomůcky formovače prsních bradavek. DS8 se pochlubila: „Používáme stříbrné kloboučky, jsou opravdu z pravého stříbra, vkládají se do podprsenky na prsní dvorce a hojí praskliny. Fungují skvěle.“

Porodní asistentky také podrobně hovořily o využití různých pomůcek při řešení potíží při kojení. PA2 uvedla: „Na oddělení poskytujeme všem kojící polštáře a elektrické odsávačky. Ostatní pomůcky si většinou rodičky nosí samy nebo jim radíme, kde si je zakoupí“.

Čtvrtá podkategorie:

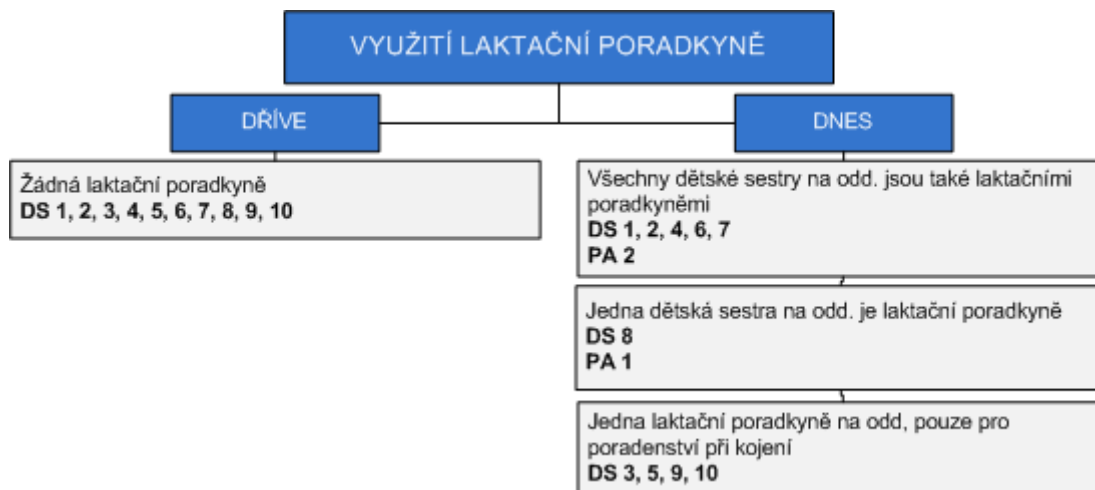


Schéma čtvrté podkategorie znázorňuje možnost matek využít během hospitalizace v porodnici vyškolené laktační poradkyně.

Ani jedna z oslovených dětských sester neodpověděla, že by to dříve bylo možné. Jedna dokonce řekla: „Slovo laktace, nebo laktační poradkyně, se vůbec nepoužívalo. Vědělo se, že kojení je pro dítě důležité, ale nekladl se na to takový nátlak. Matky respektovaly naše odborné rady, v porodnici setrvaly poměrně dlouhou dobu i více než týden a poté odcházely domů s nějakou jistotou v kojení. Nyní řešíme kojení v krátké době hospitalizace. Na oddělení jsme si průběžně všechny udělaly laktační poradenství



a máme certifikát. Poradenství nabízíme v rámci hospitalizace a jedna kolegyně nabízí i terénní poradenství, dělá přednášky a půjčuje matkám pomůcky“ (DS1).

Porodní asistentky se při nástupu do své praxe také nesetkaly s laktačními poradkyněmi. PA2, pracující na porodním sále i na oddělení, uvedla, že jako jediná nemá kurz laktačního poradce, jelikož to po ní zaměstnavatel nevyžaduje a sama investici do kurzu zatím neplánuje.

#### **Schéma 4: Kategorie: Změny v první koupeli a ošetřování pupečního pahýlu u novorozenců z pohledu dětských sester a porodních asistentek**

První podkategorie:

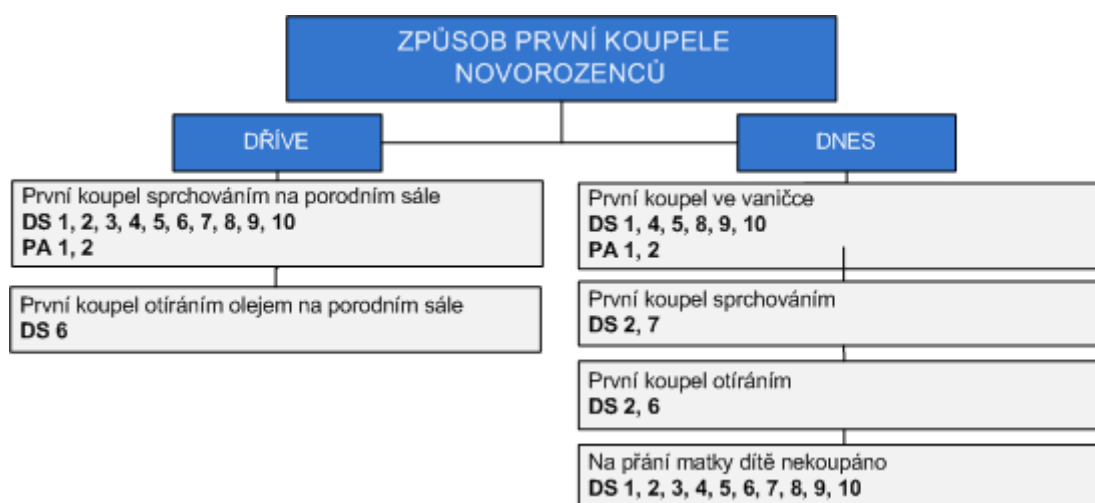


Schéma 4 obsahuje změny v prvním koupeli novorozenců po porodu a v ošetřování pupečního pahýlu jak dětskými sestrami, tak i porodními asistentkami. Celkem jsme na toto téma vytvořili šest podkategorií.

Schéma první podkategorie znázorňuje změny v první koupeli novorozenců.

DS4 k první koupeli novorozenců uvedla: „První očistná koupel se dělala vodou a mýdlem, děti se sprchovaly pod tekoucí vodou vždy hned na porodním sále. K dočistění kůže se využil slunečnicový olej na odstranění mázku.“ DS6 dodala: „Podle toho, zda novorozenec vyžadoval akutní péči, jsme ho na porodním sále umyly pod tekoucí vodou, nebo jsme ho pouze otřeli sterilní plenou za pomoci slunečnicového oleje.“ V posledních deseti – dvaceti letech se první koupel začala odkládat a již se na porodním sále neprovádí. DS1 k tomu řekla: „Koupel provádíme ponořením ve vaničce, používáme žínku, tekutá mýdla a olejovou emulzi. Kůži po osušení nakonec promastíme slunečnicovým olejem nebo indulonou“. DS4 uvedla: „Dnešní první koupel

*provádíme až na oddělení ve vaničce s čistou vodou, do které někdy vléváme slabý roztok hypermanganu, pokud je novorozenec hojně v mázku a od krve.“*

Obě dotazované PA 1 i 2 uvedly, že koupel dříve prováděly hned po porodu sprchováním a nyní ponořením ve vaničce.

Druhá podkategorie:

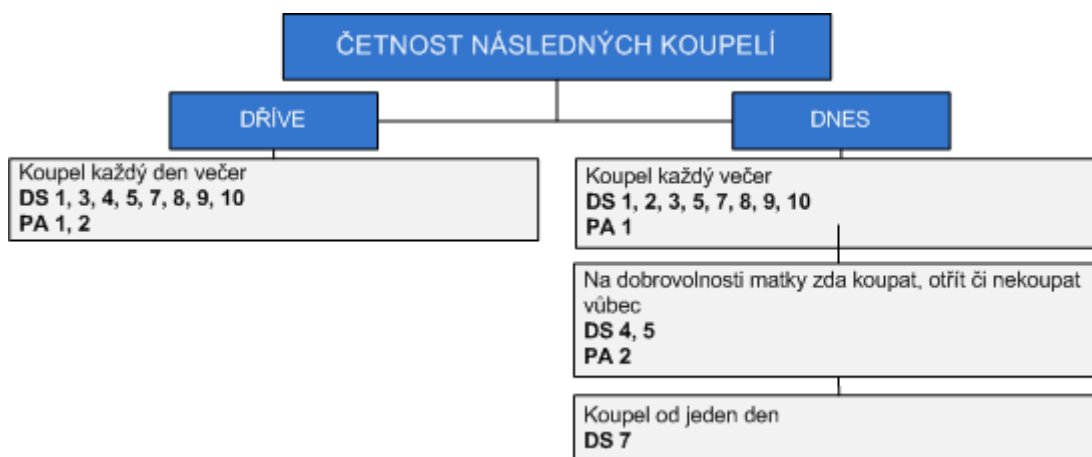


Schéma druhé podkategorie znázorňuje, jak často se novorozenci v porodnici koupou.

Ve svých odpovědích se dětské sestry shodly na tom, že dříve se koupel prováděla každý den večer. DS2 řekla: *„Na oddělení intermediální péče jsme vždy novorozence pouze otíraly. Dále se pak ale už koupaly každý večer jako všichni fyziologičtí novorozenci.“* Koupání, které probíhá nyní během pobytu dítěte v porodnici, dětské sestry komentovaly následovně: *„První koupel děťátka matce ukážeme a následné koupele si již matka řídí na pokoji sama, pokud chce, tak si každý den miminko vykoupe, nebo jen otírá žínkou. Pokud si není v koupání jistá, může požádat o naši pomoc“* (DS5).

PA1 uvedla, že se u nich stále koupe každý den večer a matky jsou k tomu jednotlivě zvány. PA2 uvedla, že záleží na matce, jakým způsobem si chce dítě vykoupat, nebo zda si přeje nekoupat.

Třetí podkategorie:

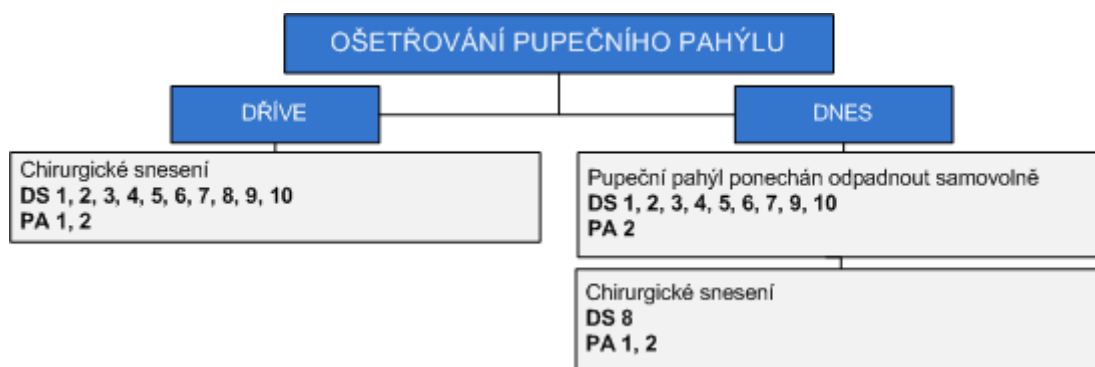


Schéma třetí podkategorie znázorňuje změny, ke kterým došlo v průběhu let praxe dětských sester a porodních asistentek v ošetřování pupečního pahýlu.

Dětské sestry dříve znaly pouze invazivní metodu odstranění pupečního pahýlu metodou chirurgického snesení. Svou odpověď komentovaly takto: „*Pupeční pahýl jsme dříve po porodu vázaly textilní tkanicí a nechával se volně zasychat. Po 48 hodinách od porodu se pupek za pomoci skalpelu snesl a jizva potřela Novikovem. Zabalil se mulovým obinadlem kolem břicha dítěte a nechal do večerního koupání zabalený. Při koupání se rozbalil a učily jsme matky, jak jizvu otírat lihem za pomoci vaty. Nyní jsme pozměnily pouze to, že máme jednorázové skalpely a nepoužíváme Novikov. Matky jsou radši, když odchází s téměř zahojeným pupkem bez svorky. Pokud by si matka přála pupek nechat volně odpadnout, je to taky možné*“ (DS8). Během let se v porodnicích přešlo k metodě, kdy se pahýl neodstraňuje a nechává se volně zasychat, až sám odpadne. Z rozhovorů bylo patrné, že pouze v jedné okresní nemocnici se pupek stále chirurgicky odstraňuje skalpelem.

Porodní asistentky na otázku k ošetření pupečního pahýlu po dobu praxe uvedly, že na jejich pracovištích se stále upřednostňuje chirurgické snesení pupečního pahýlu.

### Schéma 5: Kategorie: Nedostatky v oblastech péče o novorozence poříťované dětskými sestrami a porodními asistentkami

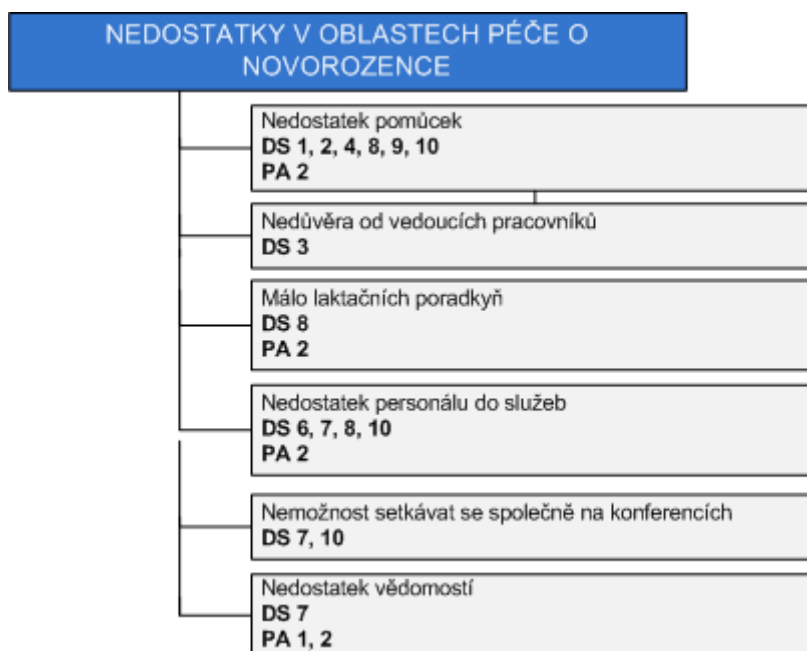


Schéma 5 se zaměřuje na nedostatky v oblasti péče o novorozence z pohledu dětských sester a porodních asistentek. Chtěli jsme se dozvědět, s jakými nedostatky se dětské sestry a porodní asistentky na svých pracovištích běžně potýkají.

Jedna dětská sestra (DS5) žádné nedostatky neshledala. Ostatní dětské sestry nalézaly následující nedostatky: „Velký nedostatek je určitě v personálu, nemůžeme se dostatečně matkám věnovat. Některé kolegyně už jsou spíše vyhořelé, nemají zájem se jezdit vzdělávat a těžko se jim pak vysvětlují nějaké změny, nechtějí je přijmout“ (DS7). Jiné dětské sestry zase vnímaly nedostatky v modernějším vybavení a prostředí. DS9 k tomu řekla: „Bylo by přínosné zmodernizovat prostředí a pomůcky, které zde máme léta. Inkubátory, postýlky, zavinovačky, bylo by toho dost.“ Další řekla: „Vyhovuje nám na koupel Linola, vedení nám ji ale nechce koupit“ (DS1).

Porodní asistentky se také rozpovídaly o nedostatcích, se kterými se potýkají na svých pracovištích. PA2 uvedla: „Nedostatky máme v personálním obsazení, mělo by být více laktčních poradkyň. A určitě bychom ocenily i lepší vybavení, matky vyžadují komfort, kojící polštáře, ty berou jako samozřejmost.“

## Schéma 6: Kategorie: Změna přístupu k rodičce v průběhu praxe dětských sester a porodních asistentek

První podkategorie:

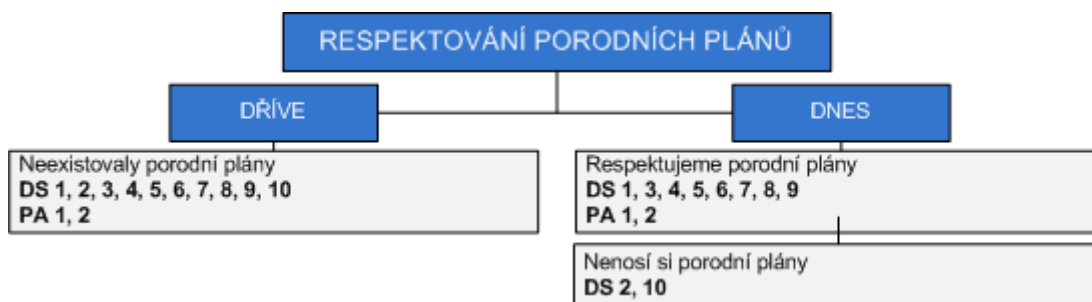


Schéma 6 se zaměřuje na změnu přístupu k rodičce v průběhu praxe dětských sester a porodních asistentek. Schéma první podkategorie znázorňuje respektování porodních plánů.

DS7 řekla: „Dříve jsem nevěděla, co to je porodní plán. Rodičky důvěřovaly zdravotnickému personálu a nevyžadovaly žádné zvláštnosti.“ DS5 k tomu dodala: „Po nástupu do praxe porodní plány ještě nebyly, nemluvílo se o nich. Jen občas měla rodička nějaké přání, kterému se ale nevyhovělo, dostalo se jí odpovědi, že zvyklosti oddělení jsou takové a musí je respektovat.“ Během let praxe dětských sester se porodní plány postupně začaly u rodiček objevovat. DS4 uvedla: „Často si nepřejí aplikaci Kanavitu dítěti do svalů, vykapávat oči, vyžadující neodnášet dítě z dohledu matky, nekoupat dítě během pobytu v porodnici, vlastní oblečení na dítě, toto se pořád opakuje.“

Porodní plány dříve neznaly ani porodní asistentky. Začaly se objevovat až v průběhu jejich praxe. PA1 uvedla: „Před 8 lety byly porodní plány velmi časté, každá rodička měla požadavky, kterým jsme se přizpůsobovaly, dnes se požadavky staly běžnou součástí péče.“ PA2 k tomu řekla: „Porodní plány matky často nosí stažené z internetu, není tam nic z jejich hlavy, občas žádají brzké odchody, odmítají některá vyšetření. Pokud podepíše souhlas s rizikem nebo negativní reverz, tak jim vyhovíme.“

Druhá podkategorie:

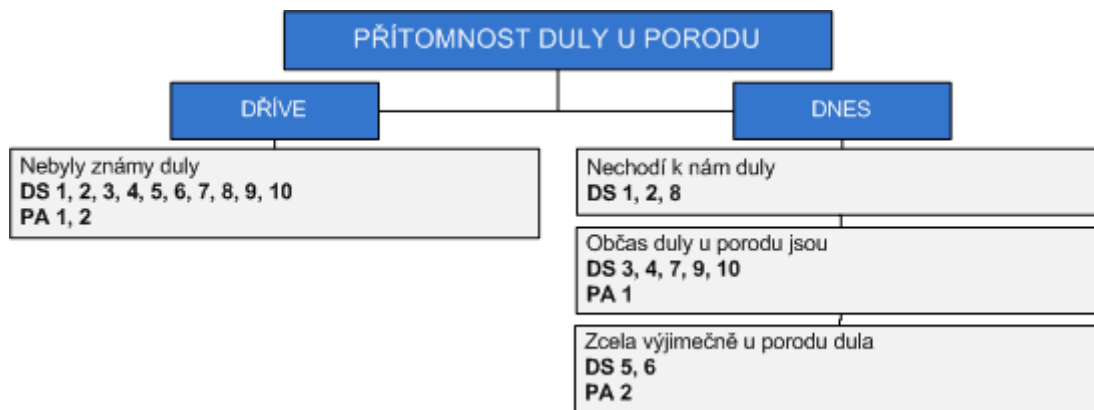


Schéma druhé podkategorie znázorňuje přítomnost duly u porodu během let praxe dětských sester a porodních asistentek.

Všechny dětské sestry odpověděly, že duly k porodům dříve vůbec nechodily. Trend zajistit si k porodu dula se objevil až postupně. DS3 řekla: „*Duly k porodům občas dochází. Někdy jsou to takové našeptávačky, co mají rodičky chtít a co naopak odmítnout.*“ DS1 i DS2 uvedly, že do jejich porodnice duly nedochází, protože žádné v okolí menšího města nejsou. DS7 uvedla: „*K nám do porodnice přichází duly až v posledních letech, naše porodnice jim začala být více nakloněna. Žádají si je víc přírodnější ženy, které často řeší sebe, svůj porod, na dítě moc připravené nejsou, nemají třeba ani základní výbavu.*“

Porodní asistentky zrovna tak jako dětské sestry uvedly, že dříve žádné osoby u porodů nebyly, tedy ani duly. Postupem času se však v porodnicích začaly objevovat.

Třetí podkategorie:

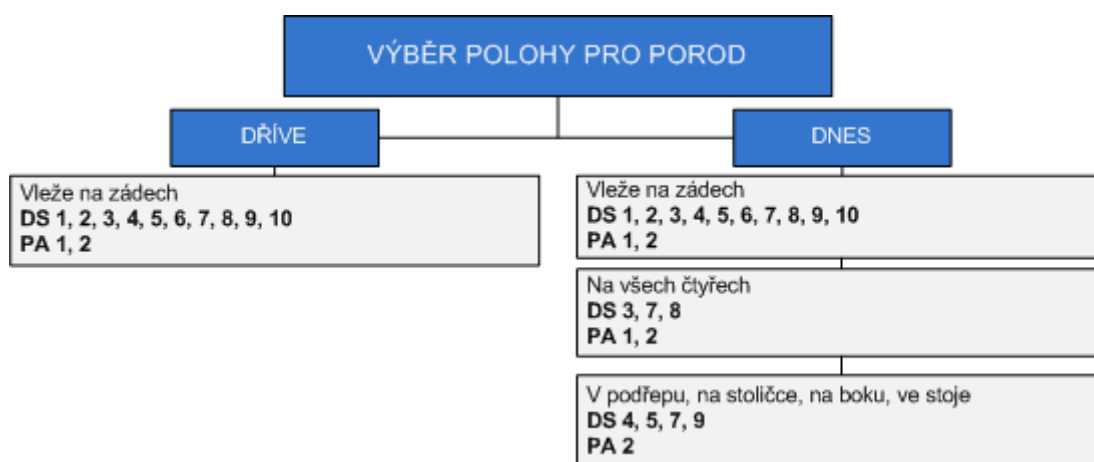


Schéma třetí podkategorie znázorňuje, zda si může rodička u porodu vybrat polohu, ve které si přeje родit.

Dětské sestry uvedly, že dříve se rodilo výhradně v klasické poloze na zádech. Postupem času se rodičkám začaly nabízet či samy vyžadovaly také jiné polohy pro porod. DS7 řekla: „Rodičky si mohou vybrat, v jaké poloze by chtěly porodit.“

Porodní asistentky uvedly, že nyní existují i další porodní polohy, ve kterých lze v současnosti porodit. PA1 uvedla: „Poloha vleže na zádech je nejčastější, někteří lékaři navrhnou i jiné porodní polohy ženě, která rodí, ale jen někteří. Dál se pak ještě taky setkávám s polohou na čtyřech.“

Čtvrtá podkategorie:

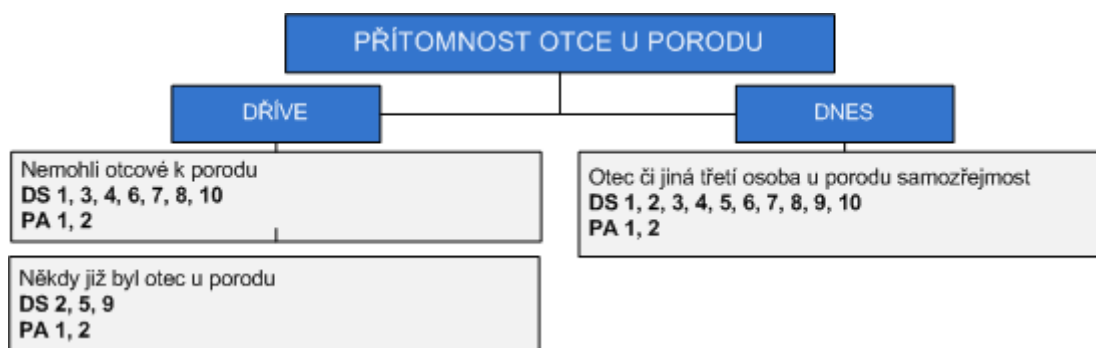


Schéma páté podkategorie znázorňuje přítomnost otce u porodu během let praxe dětských sester a porodních asistentek.

Dětské sestry pracující na novorozeneckých odděleních alespoň dvacet a více let uvedly, že dříve nepřipadalo v úvahu, aby matka měla u sebe otce dítěte ani žádnou

jinou osobu mimo zdravotnický personál. Pouze čtyři dětské sestry služebně mladší řekly, že pamatují, že otce k porodům již pouštěly. DS2 komentovala přítomnost otce u porodu takto: „*Když sem přišla do praxe, tak již tatínkové u porodu byli, ale nebyla to taková samozřejmost jako dnes. Myslím, že si to taky museli zaplatit.*“ V současné době je otec u porodu samozřejmostí. DS5 řekla: „*Téměř u každého porodu je otec. Prožívá porod s rodičkou a je jí oporou po celou dobu porodu.*“

Obě porodní asistentky uvedly, že otec již dříve k porodu mohl, ale nebylo to běžné tak jako nyní.

### Schéma 7: Kategorie: Doporučování současných organizací zabývajících se péčí o novorozence matkám

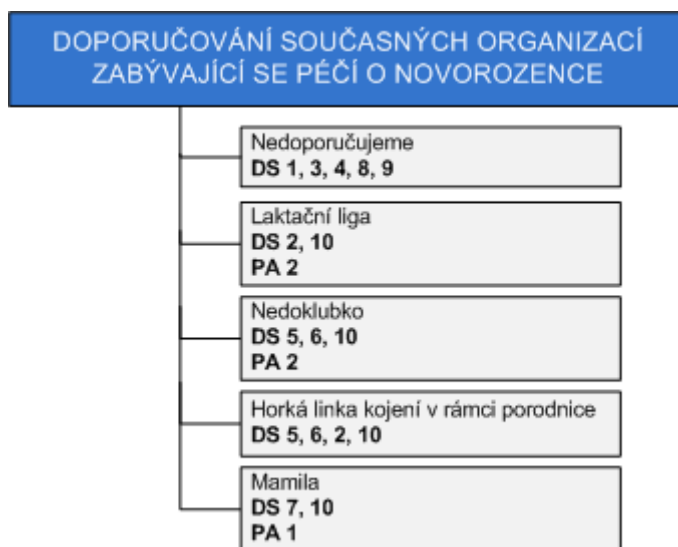


Schéma 7 se zaměřuje na doporučování současných organizací, zabývajících se péčí o novorozence matkám.

Některé dětské sestry uvedly, že matkám žádné takové organizace nenabízí. DS5 ale naopak uvedla: „*Nabízíme matkám organizace a s některými dokonce úzce spolupracujeme. Například Nedoklubko, pomáhá rodičům zvládnout těžké životní situace, aby věděli, že v tom nejsou sami. Nedonošenci pak mají v naší porodnici i svou zvláštní skupinu, není to tak, že od nás odejdou a už o nich nikdo nic neví.*“ DS7 řekla: „*Nyní všem rodičkám nabízíme možnost získávání užitečných rad u organizace na podporu kojení Mamila. Na jejich webových stránkách lze dohledat všechny potřebné rady, i videa.*“



Porodní asistentka (PA1) z okresní porodnice uvedla: „Mám dobré zkušenosti s Mamilou, tu vřele doporučuji. Líbí se mi, že se věnují podpoře kojení prakticky.“ Zatímco PA2 uvedla: „Přínosné pro matky mi přijdou Nedoklubko a Laktační Liga a jejich seznam laktačních poradkyň, které fungují v terénu.“

**Schéma 8: Kategorie: Co by chtěly dětské sestry a porodní asistentky změnit v péči o matku a novorozence**

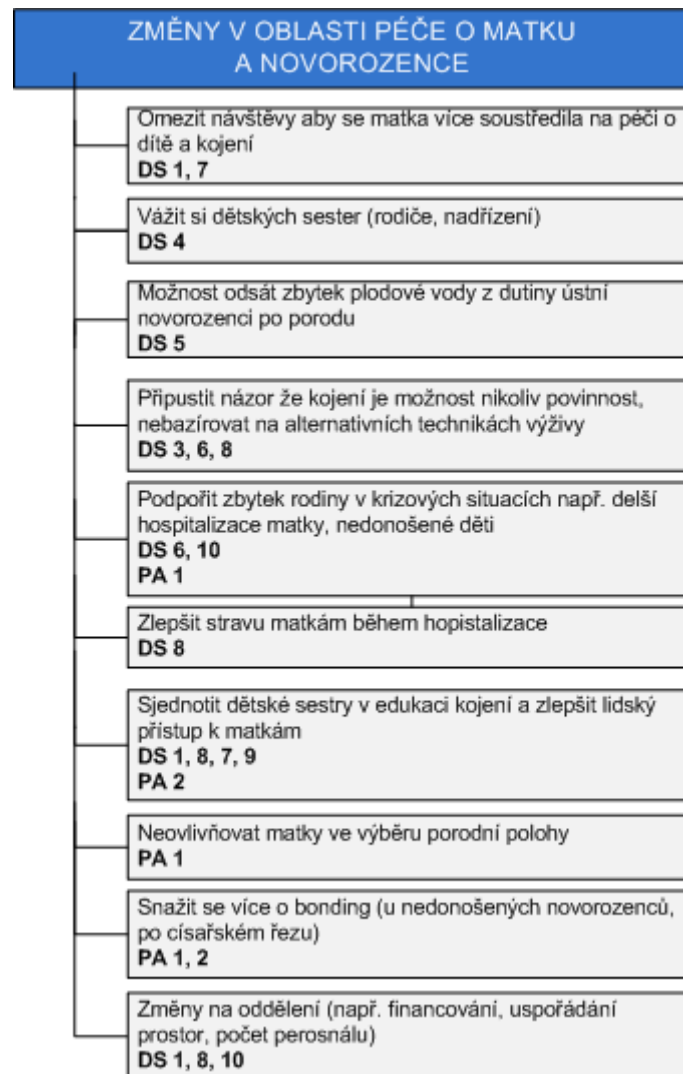


Schéma 8 znázorňuje změny, kterých by chtěly dětské sestry a porodní asistentky v péči o novorozence a matku dosáhnout.

DS 6 v rozhovoru uvedla: „Často jsme nuceny podávat dětem dokrm alternativními technikami, ale všechny děti stravu tímto způsobem netolerují a my pak naše postupy musíme šidit. Ani některé matky nemají snahu se učit alternativní techniky výživy, přesto by kojit chtěly.“

PA2 uvedla: „Zaráží mě, jak se některé sestry chovají k matkám, možná je to přepracovaností, kterou stále pocítujeme. Dále bych se zaměřila na to, jak učíme matky kojit, abychom jim podávaly stejné informace. V neposlední řadě bych se pokoušela o bonding u nedonošených novorozenců častěji, pokud to jejich stav dovolí.“

#### 4.2 Výsledky rozhovorů s matkami - vícerodičkami

**Tabulka 3:** Identifikační údaje respondentek vícerodiček

Pořadí matek vícerodiček (M)	Počet dětí	V jakém roce byly děti narozeny	Porodnice
M1	6	2005, 2007, 2012, 2015, 2015, 2020	Fakultní nem.
M2	6	2005, 2007, 2009, 2018 gemini, 2020	Fakultní nem.
M3	3	1996, 2005, 2020	Okresní nem., Krajská nem.
M4	2	2005, 2020	Okresní nem.
M5	4	2000, 2003, 2008, 2020	Okresní nem.
M6	2	2012, 2020	Fakultní nem.
M7	3	2002, 2018, 2020	Fakultní nem.
M8	7	2003, 2010, 2011, 2013, 2017, 2019, 2020	Okresní nem., Krajská nem.
M9	2	2010, 2020	Krajská nem.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 3 jsou shrnuty základní informace o dotazovaných matkách – vícerodičkách. Základní kritérium výběru rodiček bylo rozmezí mezi prvním a posledním dítětem alespoň 7 let. Počet dětí, které matky porodily, je v rozmezí 2 – 7 dětí. Čtyři

respondentky zvolily pro svůj porod Fakultní porodnici. Tři porodily v Krajské porodnici a čtyři mají zkušenosti s okresní porodnicí.

### Schéma 9: Kategorie: Informace získané na předporodním kurzu

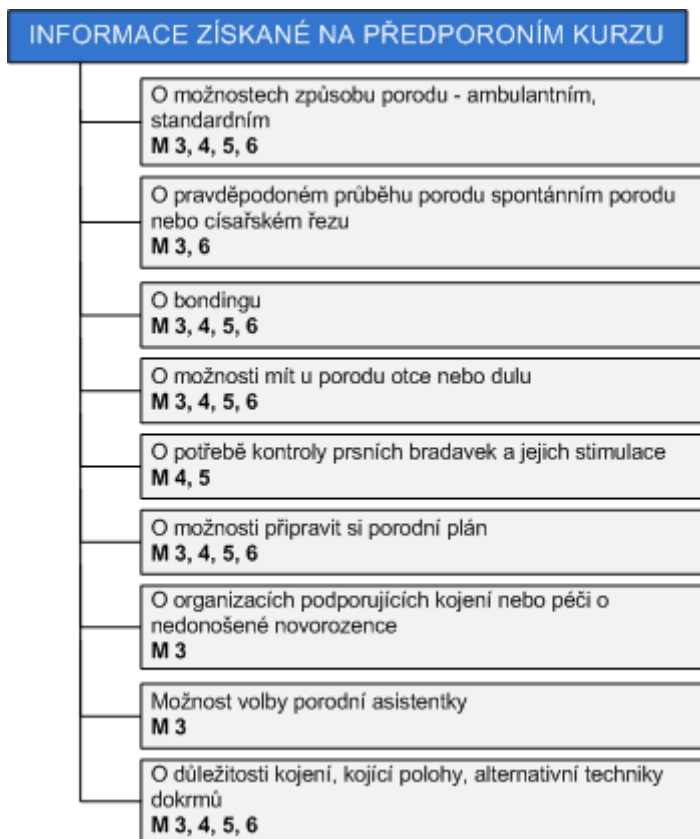


Schéma 9 se zaměřuje na to, zda se matky zúčastnily nějakého předporodního kurzu a co se v něm dozvěděly.

Pět námi oslovených rodiček se nikdy žádného kurzu nezúčastnilo, zatímco čtyři rodičky jej navštívily. M1 uvedla: „*Předporodního kurzu jsem se při přípravě na svůj poslední porod zúčastnila. Při předchozích dětech taková možnost nebyla. Dozvěděla jsem se spoustu nových informací, které jsem u předchozích dvou porodů nevěděla a ani nezažila. Třeba bonding, jak důležitý je pro společné začátky. Bylo mi líto, když mi předchozí děti obě odnesly. Po kurzu jsem se začala na porod víc těšit.*“

### Schéma 10: Kategorie: Důvod změny porodnice u vícerodiček

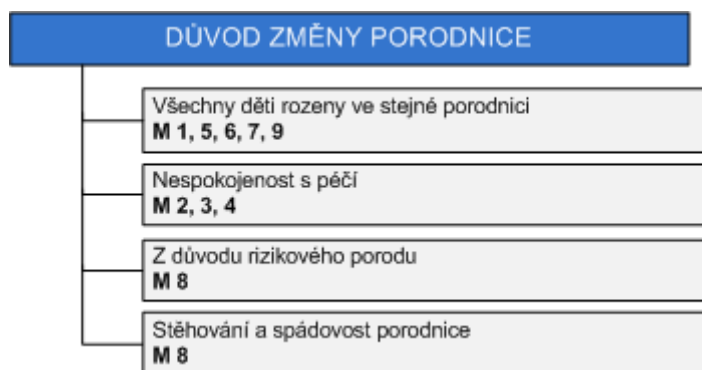


Schéma 10 znázorňuje důvody matek, proč se rozhodly pro porod svého dalšího dítěte změnit porodnici.

Pět dotazovaných matek uvedlo, že všechny jejich děti byly narozeny v jedné a té samé porodnici. Čtyři matky se rozhodly porodnici změnit. M4 řekla: „*Pro změnu porodnice pro svůj druhý porod po patnácti letech jsem se rozhodla, protože se mi nelíbilo v porodnici, kde jsem prvně rodila. A z doslechu vím, že se toho tam moc nezměnilo. A protože jsem nyní dostala výborné reference na tuto, tak jsem šla sem. Nedá se to srovnávat. Bojovala jsem hodně s kojením, tady nám to jde krásně.*“

### Schéma 11: Kategorie: Spokojenost dotazovaných matek s péčí v průběhu porodu a po porodu ve všech zmíněných porodnicích

První podkategorie:

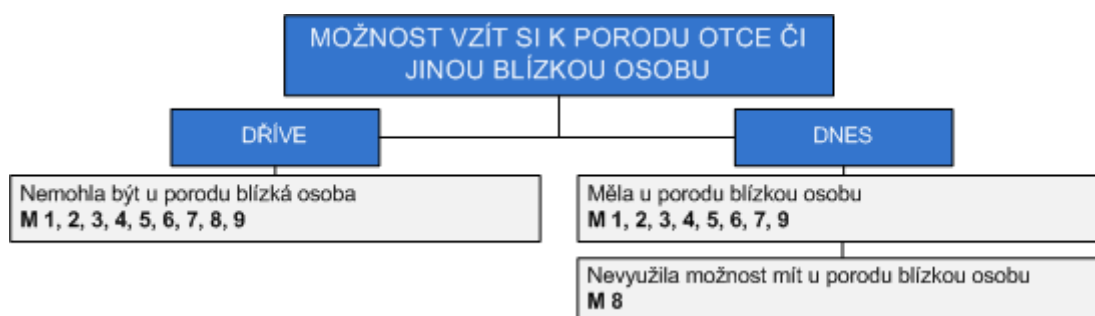


Schéma 11 se zabývá spokojeností s péčí v průběhu a po porodu ve všech zmíněných porodnicích. První podkategorie znázorňuje možnost rodiček vzít si k porodu otce dítěte či jinou blízkou osobu.

Žádná z dotazovaných matek nemohla mít dříve nikoho u porodu, zato dnes je to běžné. M7 řekla: „*Manžel mi byl u porodu velkou oporou, pomáhal mi. Myslím si, že díky tomu byl personál také milejší.*“

Druhá podkategorie:

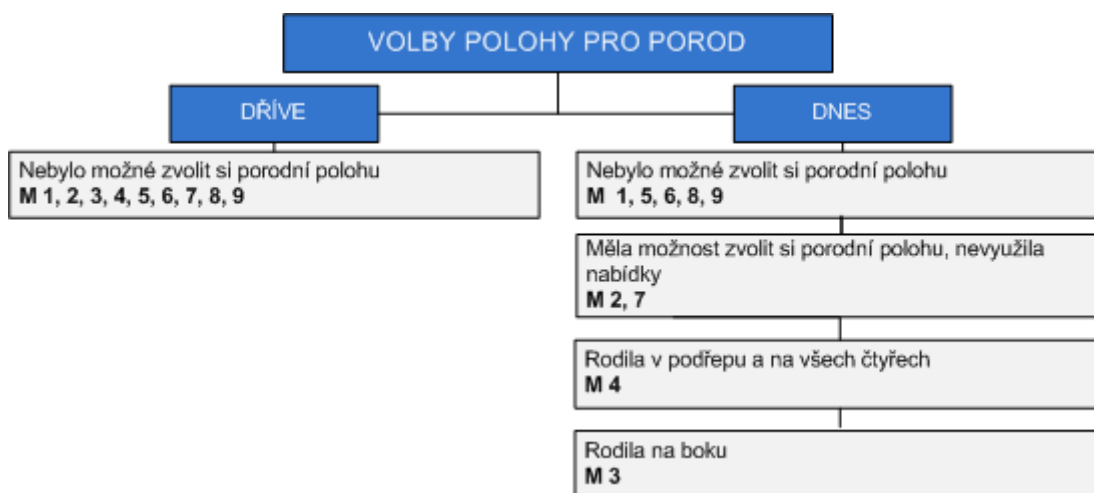


Schéma druhé podkategorie znázorňuje možnost volby porodní polohy. Naším cílem bylo dozvědět se, zda si mohly rodičky u svých porodů volit polohu pro porod. Rodičky uvedly, že dříve nebylo možné si volit porodní polohu. Všechny rodily v klasické poloze na zádech mimo jednu, která situaci prvního porodu komentovala takto: „*První dcera se narodila v podřepu, nutili mě přejít na lůžko a rodit klasicky, ale já jsem tenkrát nechtěla a pak už se to ani nestihlo. Nebyl to dobrý zážitek*“ (M4). V dnešní době měly čtyři rodičky možnost si vybrat svou porodní polohu a dvě toho využily.

Třetí podkategorie:

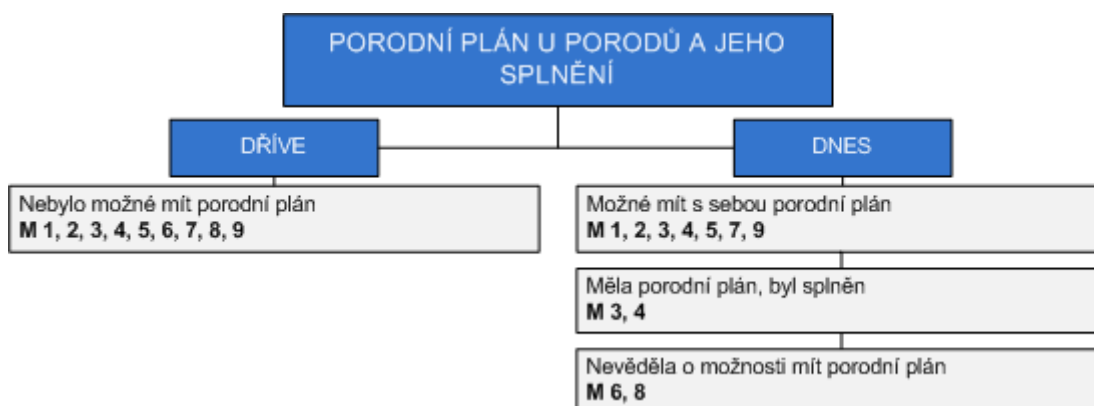


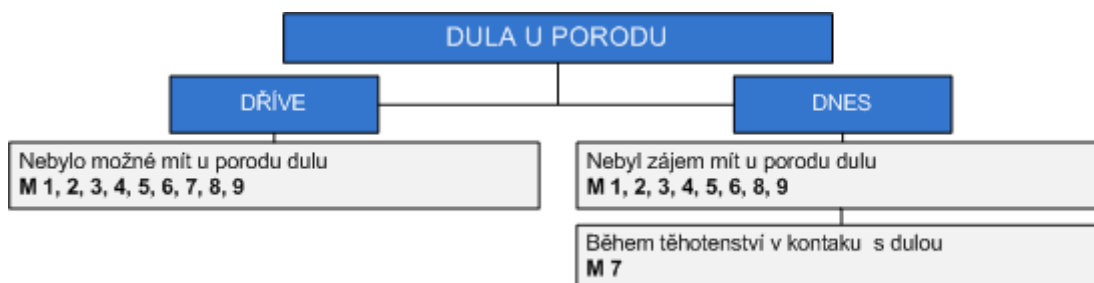
Schéma třetí podkategorie znázorňuje možnost dotazovaných matek mít u porodu porodní plán. Všechny matky uvedly, že dříve porodní plány neexistovaly. Během let se staly jednou z možností, jak si dobře naplánovat porod. Sedm rodiček řeklo, že měly možnost připravit si porodní plán a pouze dvě toho využily a rodily dle něho. M4 řekla: „*Přála jsem si přirozený porod bez lékařských zásahů, abych mohla mít syna hned u sebe a věděla o všech vyšetřeních, které mu budou dělat.*“

Čtvrtá podkategorie:



Schéma čtvrté podkategorie znázorňuje možnost matek využít v průběhu porodu relaxační techniky. Ani jedna neuvedla, že by u prvního porodu mohla něco podobného využít. Postupem času však to již možné bylo ve všech porodnicích. M2 řekla: „*Poprvé jsem měla porod dlouhový, ale nějak jsem ho přetrpěla. Postupem času jsem si mohla u porodů ulevovat na míči, žíněčky byly a nyní jsem byla opřená o žebřiny, měla puštěné rádio, sprchovala se, nabízely mi aromaterapii. Prvorodičce, která rodila současně se mnou, umožnila porodní asistentka vaginální napáěrku.*“

Pátá podkategorie:

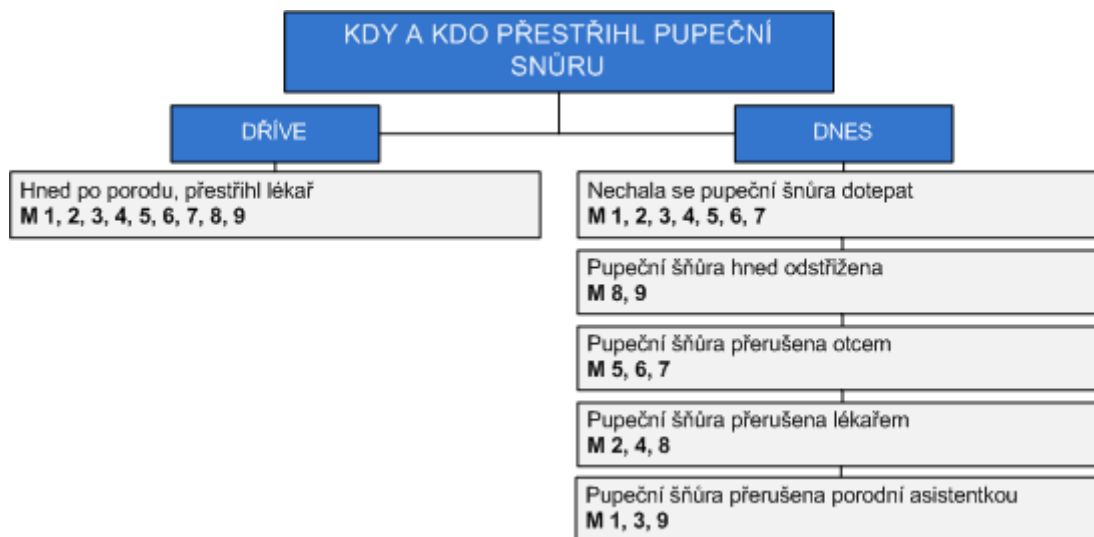


Pátá podkategorie znázorňuje možnost matek vzít si k porodu dula.

Žádná respondentka dříve neměla u porodu dula a ani dnes by nemělo zájem vzít si k porodu dula osm z dotazovaných. Pouze jedna matka (M7) reagovala na dula velmi pozitivně a uvedla: „*Dula se mnou teď u porodu přímo nebyla. Rozhodli jsme se, že to s partnerem zvládneme. Během těhotenství jsem k jedné chodila na kurz. Zajímal mě hypnoporod.*“

**Schéma 12: Kategorie: Změny při ošetřování prvního a posledního dítěte bezprostředně po porodu z pohledu dotazovaných matek**

První podkategorie:



Ve schématu 12 jsme se zaměřili na změny při ošetřování prvního a posledního dítěte těsně po porodu. Schéma první podkategorie znázorňuje, kdy byla novorozenci přestřížena pupeční šňůra a kdo ji přestřihával.

Všechny dotazované matky uvedly, že prvnímu dítěti přestřihával pupeční šňůru lékař ihned po porodu. Nyní u posledního porodu sedmi matkám nechali pupeční šňůru napojenou na placentou delší dobu, zatímco probíhal bonding dítěte na těle matky. M2 řekla: „Už se mi začala odlučovat placenta a stále nebyla pupeční šňůra přestřížena. Asi tak po deseti minutách porodní asistentka pobídla tatínka, aby ji přestříhl.“

Druhá podkategorie:

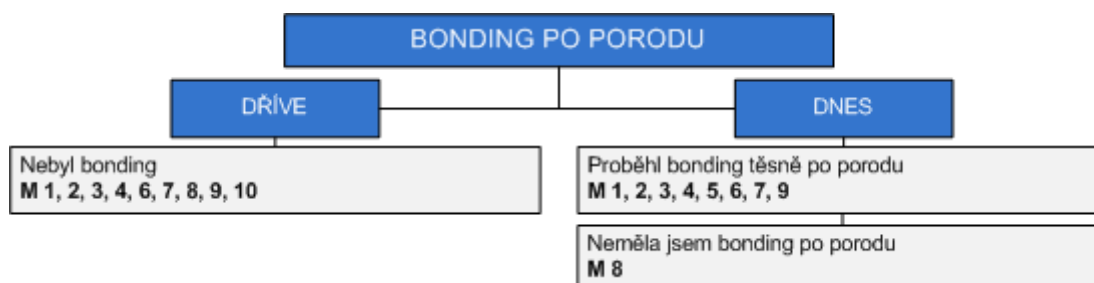


Schéma druhé podkategorie znázorňuje bonding dítěte s matkou. Osm matek uvedlo, že bonding zažily až u posledního dítěte. M5 řekla: „To byl pro mě asi největší zážitek z celého porodu, mít dítě u sebe celé dvě hodiny od porodu. Ostatní děti mi vždy

odnesly. Stále mi pak v hlavě probíhaly myšlenky, kde malá je, co s ní dělají, že určitě pláče.“

Třetí podkategorie:

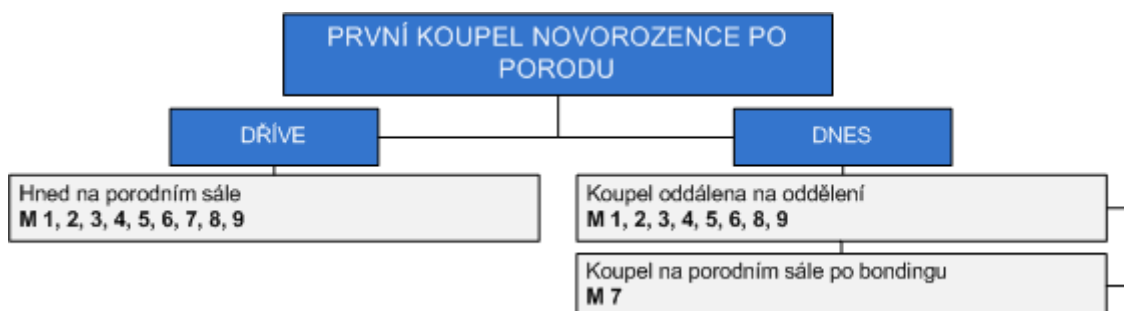


Schéma třetí podkategorie znázorňuje, kde probíhala a kde probíhá dnes první koupel novorozence po porodu. Všechny dotazované matky odpověděly, že dříve bylo dítě vykoupáno hned na porodním sále, dnes se koupe až po svezení na oddělení. Pouze jedna matka uvedla, že koupel jejího dítěte proběhla na porodním sále po bondingu. M8 uvedla: „Když jsem se dostala na šestinedělí, tak se mě zeptaly, zda mohou dítě vykoupat. Sestřička ho vykoupala u mě na pokoji. Byla jsem v posteli, necítla jsem se ještě na to, abych vstala.“

Čtvrtá podkategorie:



Schéma třetí podkategorie znázorňuje přítomnost matky u první koupele dítěte. M3 řekla: „První dítě mi odnesly a hned ho vykoupaly na sále. Přišly mi pak už jenom říct, že je vše v pořádku.“ Tři sestry uvedly, že první koupele svého dítěte se v nynější době mohly zúčastnit.



Pátá podkategorie:

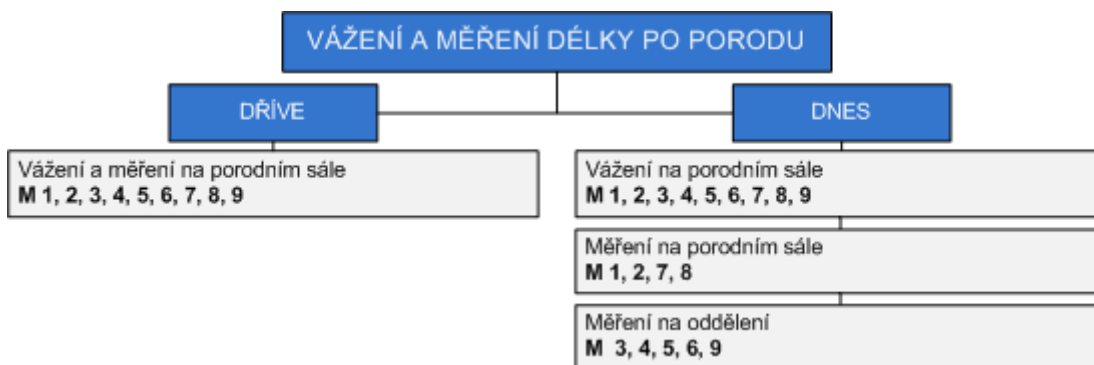


Schéma čtvrté podkategorie znázorňuje, kdy byli novorozenci po porodu váženi a měřeni. Všechny dotazované matky shodně odpověděly, že dříve se všechny děti vážily i měřily hned na porodním sále. M6 řekla: „*Přišly mi pak říct, kolik malá váží a měří.*“ V současné době se někde měření novorozenců oddaluje až na pozdější dobu. M9 řekla: „*Zatím máme napsanou jen váhu na diplomu v postýlce. Délku mi řekly, že se dozvíme, než půjdeme domů. Aby mu hned nenatahovaly nožičku.*“

Šestá podkategorie:

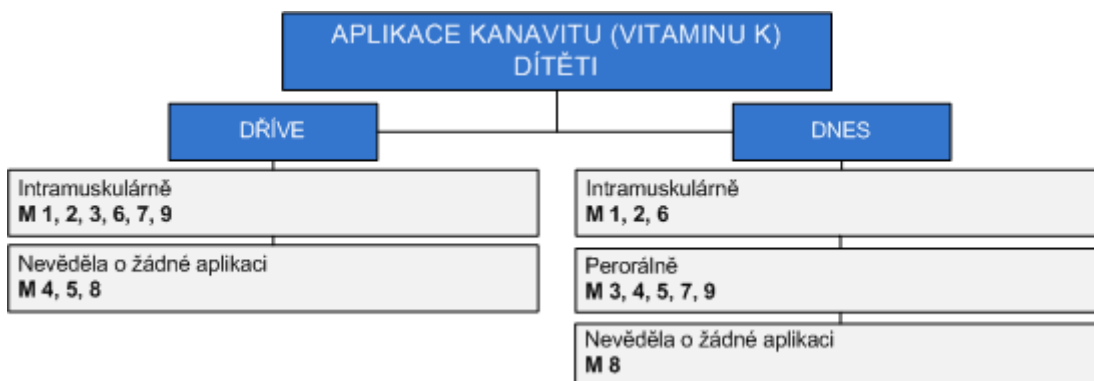


Schéma šesté podkategorie znázorňuje způsob aplikace Kanavitu (vitamin K) novorozencům. Pět matek uvedlo, že dříve se aplikoval Kanavit injekčně do svalu. Některé matky ale vůbec nevěděly, že by se Kanavit novorozencům podával. U nynějšího posledního porodu pět matek uvedlo, že Kanavit dítě dostalo v podobě kapek do úst. M5 řekla: „*Při koupání jsme dostali dvě kapičky vitaminu K do úst a dětská sestřička nás poučovala, že budeme tímto způsobem pokračovat i doma.*“

### Sedmá podkategorie: Způsob označení dítěte

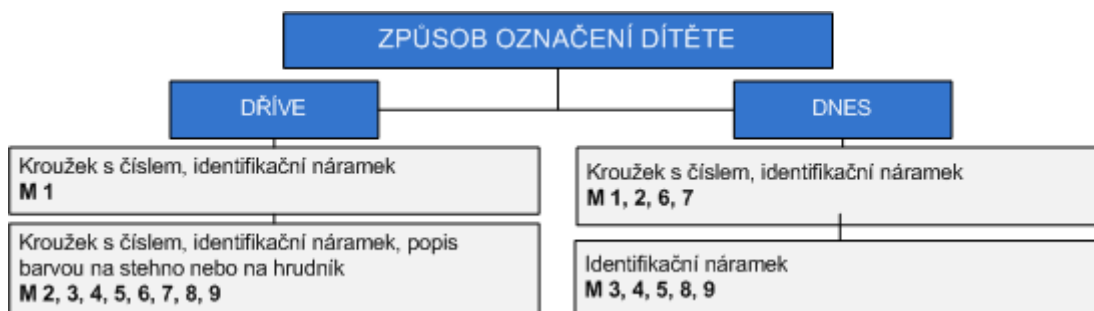


Schéma sedmé podkategorie znázorňuje způsob označení novorozence po porodu. Matky uvedly, že dříve jejich dítě bylo označeno kroužkem s číslem porodu, který se vázal na ruku dítěte, dále dítě dostalo identifikační náramek s údaji – jménem, příjmením, datem a časem porodu, váhou a jménem matky. Dále se děti popisovaly barvou na stehno nebo hrudník. Některé vícerodičky uvedly, že některé z posledních dětí již popisoval otec. K dnešnímu označování M4 řekla: „*Máme jen náramek, tatínek se těšil na popis barvou, ale to se prý už nesmí.*“

### Osmá podkategorie:

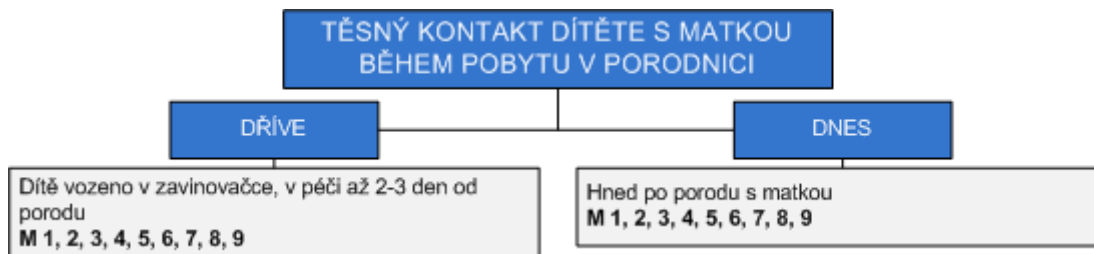


Schéma osmé podkategorie znázorňuje kontakt dítěte s matkou během pobytu v porodnici. Z odpovědí matek je patrné, že dříve byli novorozenci u dětských sester na boxech a hromadně byli matkám přivezeni jen na přiložení k prsu. Dnes se praktikuje systém rooming-in a děti jsou ve stále péči s matkou. M5 uvedla: „*Daly mi na výběr, zda si chci vzít malého do své péče, vzala jsem si ho, ale na noc jsem ho pak odevzdala sestřičkám, chtěla jsem se po náročné noci dospát.*“

Devátá podkategorie:



Schéma deváté podkategorie znázorňuje počet dní, které strávily matky v porodnici dříve a kolik stráví dnes. M8 řekla: „U prvního dítěte jsem byla dlouho, měli jsme žloutenku, ale v průměru se zůstávalo asi týden. Nyní už se doba pobytu zkracuje. Minule jsem byla asi tři dny a teď bych ráda šla už za dva dny, dnešní den se nepočítá. Kdyby mě ale pustily, šla bych domů hned.“

### Schéma 13: Kategorie: Rozdíl ve výživě dětí po porodu z pohledu dotazovaných matek

První podkategorie:

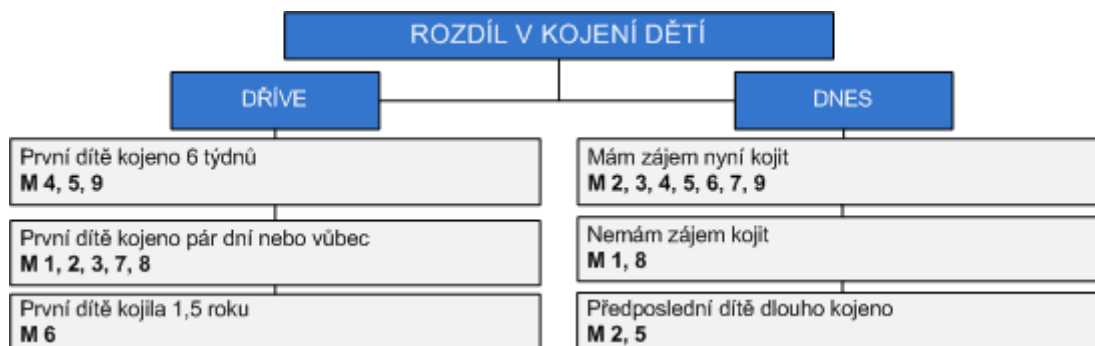


Schéma 13 se zaměřuje na rozdíly ve výživě dětí po porodu. Schéma první podkategorie znázorňuje rozdíl v kojení. M5 ke kojení svých čtyřech dětí řekla: „Při prvním dítěti nám kojení od samého začátku nešlo, bojovala jsem během celého šestinedělí. Sestry mi tenkrát už v porodnici řekly, že mám špatné bradavky. Vydržely jsme to asi šest neděl, stejně tak s druhou dcerou. Dostávala jsem záněty a měla málo mléka. Třetí syn ten byl kojeno dlouho, více jak rok. Teď by nám to také mohlo vyjít. Často přikládám, jsme pořád spolu. Při prvních dětech jsem to dělala asi špatně. Přikládala jsem je každé tři hodiny.“

Druhá podkategorie:

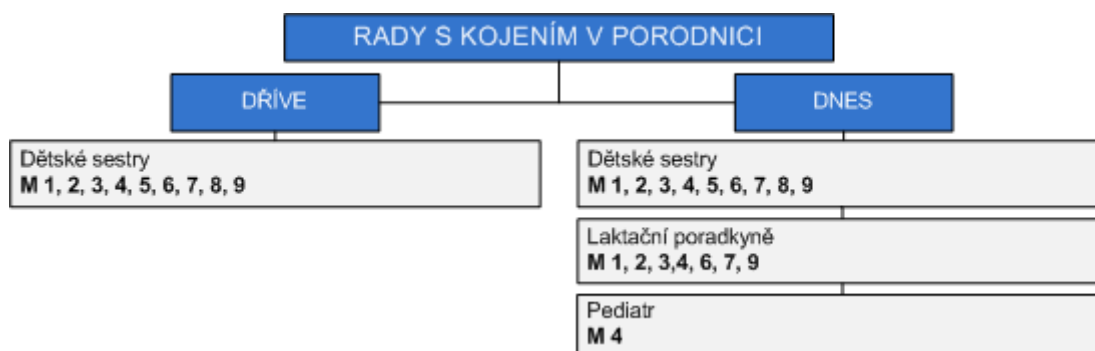


Schéma druhé podkategorie znázorňuje, kdo podával matkám rady s kojením. Všech devět dotazovaných matek uvedlo, že rady ohledně kojení poprvé dostaly výhradně od dětských sester. V některých porodnicích mají v současné době laktační poradkyně, které jin věnují zvláštní péči. M4 řekla: „S kojením mi pomáhají dětské sestřičky, obracím se na ně s každým dotazem. Při dětské vizitě mi také radila pediatřička.“

Třetí podkategorie:

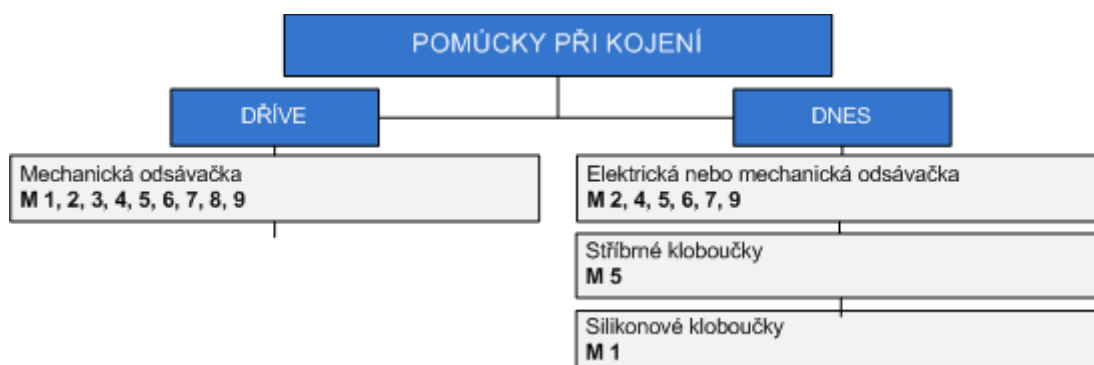


Schéma třetí podkategorie znázorňuje pomůcky, které mohly rodičky dříve používat ke kojení a pomůcky, jaké jim v porodnici nabízí dnes. Všechny dotazované matky si vzpomněly na mechanické odsávačky. M5 uvedla: „Na ty nevzpomínám ráda, hodně to s nimi bolelo. Sestra mi tenkrát tahala silou za bradavky, to už bych nechtěla.“ Šest matek nyní v porodnici vyzkoušelo elektrickou nebo mechanickou odsávačku.

Čtvrtá podkategorie:

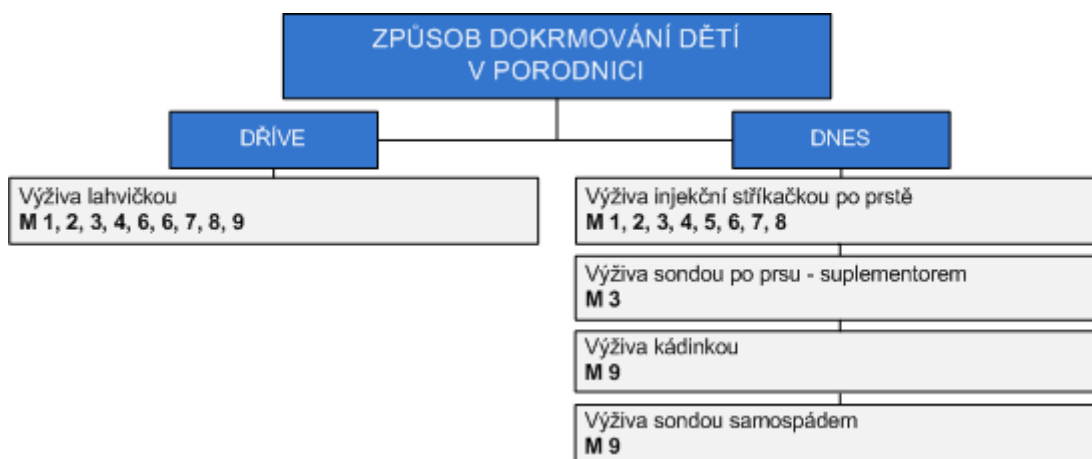


Schéma čtvrté podkategorie znázorňuje způsoby, kterým se novorozenci v porodnici dokrmovali dříve a jak se dokrmují v dnešní době. Všechny matky uvedly, že dříve novorozence dokrmovaly lahvičkou se savičkou. Dnes dokrmují novorozence stříkačkou po prstu. M3 uvedla: „*Pokud by se nedařilo dítěti přibrat na váze, tak bychom museli přejít na dokrm. Praktikuji zde dokrmování po prstu ze stříkačky a nebo také hadičkou po prsu, pokud by tedy malá měla snahu tahat a nespustilo se mi ještě mléko.*“

Pátá podkategorie:



Schéma páté podkategorie znázorňuje používání dudlíku (šidítka) v porodnici. Všechny matky uvedly, že jejich první děti dudlík měly, a dokonce jim ho sestřičky samy dávaly. Dnes se dudlík v porodnicích matkám nedoporučuje, protože by pak novorozenci odmítali matčin prs. M1 řekla: „*Dudlík jsem dítěti dala svůj vlastní, občas mi sestra nebo lékař řeknou, že je to špatné, ale přeci nenechám své dítě prokřičet několik hodin. Dudlá si a pak ho stejně vyplivne.*“

### Schéma 14: Kategorie: Změny v koupání dětí a péči o pupeční pahýl z pohledu dotazovaných matek

První podkategorie:

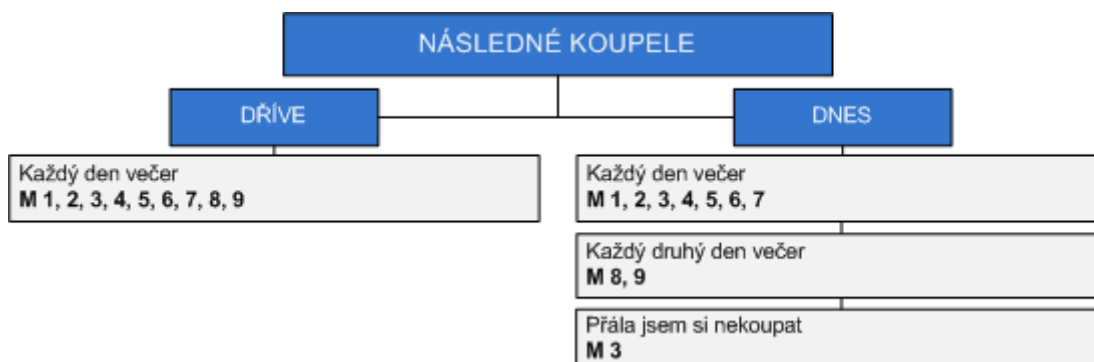


Schéma 14 se zaměřuje na změny v koupání dětí a v péči o pupeční pahýl z pohledu dotazovaných matek.

Všechny rodičky uvedly, že dříve povinně koupaly děti každý večer. Koupání, které probíhá během hospitalizace, v dnešní době záleží však již na volbě matek. Mohou koupel odložit či nekoupat v porodnici své dítě vůbec. M7 uvedla: „*Koupu každý den večer. Je to určitý rituál, který mi vyhovuje.*“

Druhá podkategorie:

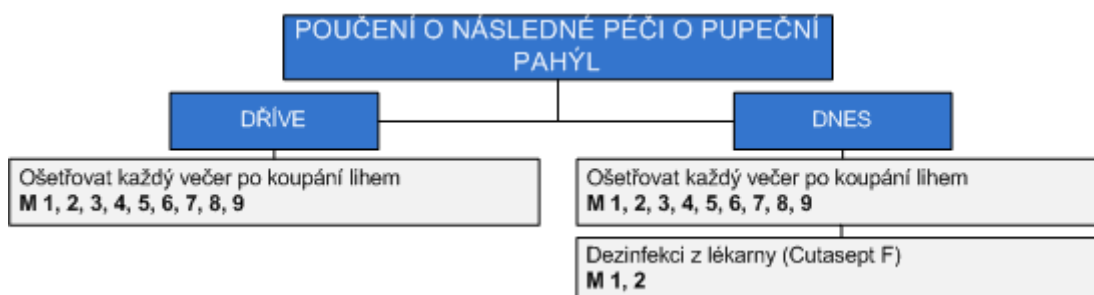


Schéma čtvrté podkategorie znázorňuje poučení matek o následné péči o pupeční pahýl.

K ošetřování pupečního pahýlu v domácí péči respondentka M8 řekla: „*Pupeční pahýl jsem každý večer po koupeli ošetřila sedmdesáti pěti procentním lihem, nyní ho mám už také zakoupený z lékárny. Tento je šedesáti procentní. Namáčím vatou v lihu a pupek otřu.*“ Také v současné době většina matek dostala v porodnici doporučení na lihování pupečního pahýlu. Dětské sestry z fakultní porodnice také nabídly dvěma matkám možnost ošetřování pupku lihem nebo dezinfekcí.

**Schéma 15: Kategorie: Doporučení současných organizací zabývajících se péčí o novorozence dotazovaným matkám**

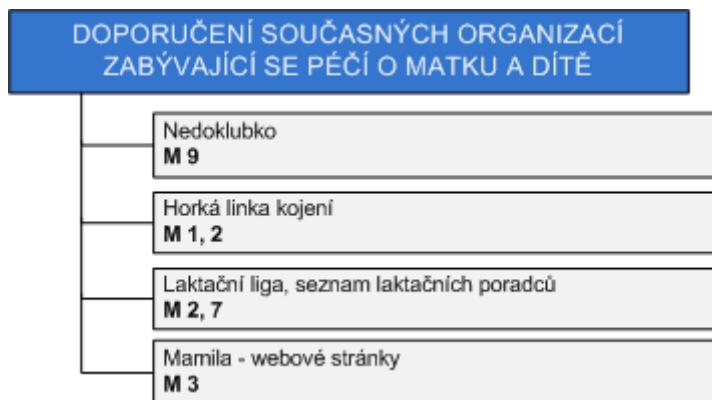


Schéma 15 se zabývá doporučováním současných organizací zabývajících se péčí o matku a dítě. První podkategorie znázorňuje organizace, které byly v porodnici matkám nabídnuty jako zdroje kvalitních informací a rad. M8 řekla: „*Dcera před třemi lety se narodila předčasně. Dostala v porodnici od Nedoklubka nějaké dárky a knihu. Bylo to milé, bála jsem se, že to nezvládne.*“

**Schéma 16: Kategorie: Návrhy na změny v Českých porodnicích z pohledu dotazovaných matek**

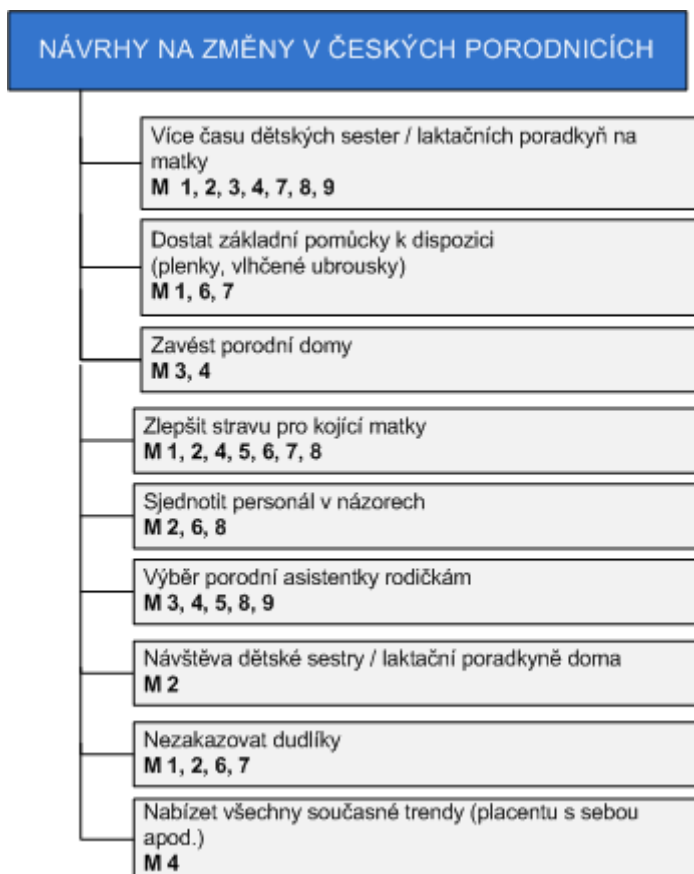


Schéma 16 se zabývá návrhy na změny v českých porodnicích z pohledu matek – vícerodiček. Schéma první podkategorie znázorňuje návrhy, které podaly zkušené matky během svých zkušeností s porodnicemi v Česku. Nejvíce sester nabylo pocitu, že na ně nemají dětské sestry, porodní asistentky či laktační poradkyně dostatek času. Dále by matky uvítaly lepší stravu, která by byla vhodná pro kojící matky. M4 k tomu řekla: *„Nejsem příliš náročná, ale každé ráno čerstvé rohlíky k snídani i k večeři a k obědu mi nabízely knedlíky. Ještě v době omezení návštěv, kdy mi rodina nemůže zajistit nenadýmavé jídlo, mi to přijde nevhodné.“* Problém se stravou v porodnici měla také M1, která ještě uvedla jiný návrh na změnu: *„Chybí mi tu jednorázové plenky a vlhčené ubrousky, to jsem při prvních dětech dostala. Dneska si musíte přinést vše svoje. Nějaké omezené množství bych ocenila.“*



## 5 Diskuze

Dnešní doba přináší do společnosti stále nové poznatky. Moderní rodiče mají svá přání a požadavky, kterým se porodnice snaží, pokud jim to zákon dovolí, vyhovět. Pánek (2013) uvádí, že znalosti a možnosti dnešní medicíny i společnosti jsou na vyšší úrovni, než byly dříve a současné trendy v péči o novorozence vyžadují praxi založenou na důkazech. V rámci této diplomové práce jsme se pokusili zjistit, k jakým konkrétním změnám došlo v uplynulých cca 20 letech v námi vybraných českých porodnicích a jak jsou tyto změny pro matku a dítě prospěšné. K dosažení těchto cílů jsme si stanovili šest výzkumných otázek, které jsme pak pokládali třem skupinám respondentů - deseti dětským sestřím, dvěma porodními asistentkám a devíti matkám (vícerodičkám).

První výzkumnou otázkou jsme se chtěli dozvědět, jak se podle mínění respondentek změnilo první ošetření novorozenců po porodu, kam zpravidla patří osušení mokré pokožky, přerušení pupečníku, označení dítěte, zvážení eventuelně změření (délky) a aplikace vitamínu K (výsledky viz schéma 2 a schéma 12). Abychom byli schopni tyto rozdíly posoudit, vyhledali jsme metody prvního ošetření novorozenců v současné literatuře a popsali je v teoretické části práce. Poté jsme oslovili takové respondenty, kteří si mohli pamatovat i metody mnohem starší. Od nich jsme se pak dozvěděli konkrétní odlišnosti, jako např., že dříve byli novorozenci po porodu ihned odneseni od matky na vyhřívané lůžko, kde byli teprve osušeni a mázek jim byl z kůže odstraněn olejem. Dnešním trendem je fyziologického novorozence od matky nikam neodnášet, ale položit jej na břicho nebo hrudník matky a osušit jej až tam a mázek neodstraňovat. Dítě je neustále s matkou a nedochází k žádné separaci. Z rozhovorů s dětskými sestrami a porodními asistentkami vyplynulo, že pouze na jednom pracovišti stále ještě odnášejí fyziologické novorozence osušit a ošetřit na otevřené vyhřívané lůžko dále od matky tak, jak to dělávaly dříve.

Odlišná je v současnosti také doba přerušení pupeční šňůry a osoba, která ji přerušuje. Dříve to bylo bezprostředně (nebo krátce) po porodu a osobou byl vždy lékař. V současné době se doba přerušení pupečníku oddaluje a vlastní přestřižení je pak nabídnuto otci dítěte, nebo to udělá lékař či porodní asistentka. Evropská resuscitační rada ve svém doporučení z roku 2015 uvádí, aby se s přerušením pupečníku počkalo u novorozenců, kteří nepotřebují resuscitovat alespoň jednu minutu po porodu (Wyllie et al., 2015). Má to totiž četné výhody, které uvádíme v teoretické části této práce.

Některé dotazované dětské sestry a obě porodní asistentky uvedly, že se na jejich pracovištích snaží přerušit pupečník oddalovat. Zrovna tak sedm dotazovaných matek potvrdilo, že se i u nich čekalo na dotepání pupečníku. Odpovědi respondentů se následně lišily v tom, kdo pupečník nakonec přestříhl. Pouze DS1 a DS2 uvedly, že u nich se na „dotepání“ pupečníku nečeká a lékař ho krátce po porodu odstříhne. Podle mého názoru je škoda, že se i vzhledem ke snižujícímu počtu porodů v České republice stále ještě spěchá tam, kde by stačilo alespoň minutu počkat. Nemyslím si, že je v dnešní době těžké získat poznatky o výhodách odloženého přerušování pupečníku a vzít je na vědomí alespoň u takových novorozenců, kteří krátce po porodu křičí, jsou růžoví a jejich Apgar skóre je v pořádku.

Dalším z důležitých úkonů po porodu je správné označení dítěte. Dříve se provádělo i trojím způsobem, a to kroužkem se stejným číslem, které se připevňovalo na ruku matky i dítěte, identifikačním náramkem a popisováním dítěte speciální barvou na stehno nebo hrudník (nebo obojí). Dnes je povinný identifikační náramek, který musí mít všichni novorozenci, i ti nedonošení. Těm se však z důvodu nezralosti jejich kůže a rizika poškození nepřikládá přímo na horní nebo dolní končetinu, ale připevňuje se v blízkosti dítěte v inkubátoru nebo na otevřeném vyhřívaném lůžku (OVL). Aby nedošlo k záměně takového dítěte, než je do inkubátoru nebo na OVL vloženo, popisuje se po porodu z důvodu bezpečnosti na stehýnku nebo hrudníku vodným roztokem genciánové violeti, ale nikoliv již speciální barvou, jako tomu bylo dříve. Dotazované dětské sestry stále používaly kroužek s číslem a identifikační náramek, nebo pouze náramek. Dvě sestry uvedly, že místo popisu dítěte barvou, přešly k chirurgickému popisovači, což ale není doporučováno u nedonošených novorozenců. Podle mého názoru nezáleží tolik na způsobu označování, nejdůležitější je nedopustit, aby došlo k záměně. Z nedávné historie si dobře pamatujeme, jak velká tragédie to může být jak pro rodiče, tak i pro zdravotnické zařízení.

V rámci prvního ošetření novorozence po porodu se provádí také jeho první vážení a měření (délky). Fendrychová (2012) uvádí, že v současné době není nutné provádět bezprostředně po porodu vážení a měření novorozence, lze je odložit až na pozdější dobu, mimo porodní sál. Šest dětských sester a jedna porodní asistentka uvedly, že oddalují pouze měření novorozence, aby mu zbytečně nenatahovaly dolní končetiny. Což je především důležité u porodů koncem pánevním, kdy dítě pociťuje jakoukoliv manipulaci s dolními končetinami bolestivě. Vážení novorozence však na všech

dotazovaných pracovištích probíhá stále na porodním sále. Dochází k tomu z praktických důvodů, kdy rodiče chtějí znát hned hmotnost dítěte a dětská sestra nebo porodní asistentka může zaznamenat údaj na identifikační náramek a do porodní knihy.

Do prvního ošetření po porodu se také řadí prevence krvácivého onemocnění novorozenců aplikací vitamínu K. Dříve bylo pro zdravotnický personál nejjednodušší aplikovat vitamín dítěti intramuskulárně, a to hned na porodním sále. Proto asi také některé dotazované matky vypověděly, že o podávání vitamínu K nevěděly. I když jsou v současné době matky mnohem lépe informovány a mnohdy také dotazovány, kterému způsobu aplikace dají přednost, jedna z respondentek ani v současné době nevěděla, že se něco takového provádí. Čtyři dotazované matky si přály podat dítěti vitamín K perorálně a čtyři intramuskulárně. Sedm dětských sester a dvě porodní asistentky uvedly, že nejčastěji podávají vitamín K po spontánním porodu perorálně a po císařském řezu intramuskulárně. DS1 a DS5 podávají vitamín K všem novorozencům pouze perorálně a DS6 uvedla, že jej podávají vzhledem k často zavedeným intravenózním vstupům intravenózně. Myslím si, že každý způsob podání vitamínu K má své výhody i nevýhody. Důležité je hovořit s rodiči o nezbytnosti jeho podání a o možnosti volby metody podání.

Druhou výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, zda a jak se změnila výživa novorozenců. Zajímala nás doba prvního přiložení dítěte k prsu matky, využití alternativních technik podávání výživy, řešení potíží při kojení a laktační poradenství (výsledky viz schéma 3 a 13). Jak uvádí Černá et al. (2015), základním úkolem porodnic je využít svých zkušeností a zabezpečit dostatečnou podporu matkám, které usilují o kojení. Všem matkám by se měl zdůraznit i význam pouhého tělesného kontaktu s dítětem při kojení. I v tomto jsme při našem šetření zaznamenali změnu. Dříve byli novorozenci přikládáni k prsu matky až na oddělení, kam byli z porodního sálu svezeni, a to pouze v určitých intervalech. Dnes již víme, že pro zahájení kojení je důležité časně přiložení, nejlépe hned na porodním sále. Také dotazované dětské sestry, pracující na IMP nebo JIP, udaly, že se u nedonošených snaží zajišťovat alespoň kratší bonding. Myslím si, že by v podpoře zahájení kojení hned po porodu měl personál vynaložit veškeré úsilí a evidovat, kolik samopřisátí těsně po porodu proběhlo. Z mých zkušeností mohu říct, že pokud dojde k samopřisátí těsně po porodu, je kojení v mnoha případech dobře odstartováno. V podpoře kojení má také značný vliv technika kojení, kterou jak je uvedeno v deseti krocích podpory kojení dle WHO, kazí různé náhražky,

jako je např. používání dudlíků, saviček a ochranných kloboučků (WHO, 2018). Dotazované matky také uvedly, že dříve dávaly dětem v porodnici běžně dudlík (šidítka), ale dnes jim již není doporučován, a tak si ho některé nosí samy. Také umělá výživa je v současnosti dětem podávána až tehdy, kdy jsou vyčerpány všechny snahy o zahájení a udržení kojení nebo při závažné kontraindikaci, jak uvádí Dort et al. (2018) a při jejím podávání se využívají alternativní techniky a pomůcky, kterými jsou stříkačka, kádinka nebo suplementor. Všechny dotazované matky uvedly, že jejich starší děti dostávaly umělou výživu vždy jen z lahvičky se savičkou a nyní ji podávají výhradně alternativními technikami. Osm dětských sester využívá injekční stříkačku, v případě nedonošených sondu se samospádem. Respondentka M3 používá suplementor, M9 podává svému dítěti výživu kádinkou. Myslím si, že by každá matka měla být předem informována a připravena na to, co všechno obnáší kojení a kdy je třeba použít alternativní techniky. Zároveň by si měla být vědoma rizik a negativních dopadů šidítka. U matek vícerodíček může nastat problém, pokud předchází nácvik a zkušenost z porodnice neproběhl dle dnešních metod.

Součástí druhé výzkumné otázky byl také dotaz na odstříkávání mateřského mléka a řešení potíží s kojením. Ptali jsme se, jaké pomůcky k tomu respondentky využívají, i když je nám známo, že pro rozvoj laktace je lepší se jakýmkoliv pomůckám raději vyhnout. Jak dětské sestry, tak porodní asistentky i dotazované matky uvedly, že dříve používaly ruční odsávačky mateřského mléka a skleněné kloboučky, pokud měly matky ploché bradavky a dítě se nedokázalo dobře přisát. Respondentka M6 zavzpomínala: „*To takhle přišla sestra, chytila mi prs, měla tu ruční odsávačku, a tahala. Strašně to bolelo.*“ Za dobu let praxe dětských sester a porodních asistentek se nejenom počet pomůcek v porodnicích zvýšil, ale hlavně se zdokonalily a jsou komfortnější. Také se začalo více řešit poranění prsních bradavek a vhodnější polohy při kojení. Ke změnám došlo také v poradenství při kojení. Dříve to byly hlavně dětské sestry, u kterých se předpokládalo, že mají dostatek zkušeností, které mohou předat rodičkám. V průběhu let však vznikly kurzy pro laktační poradkyně, kterými prošla řada dětských sester i porodních asistentek a dnes jsou v porodnicích laktační poradkyně samozřejmostí. Nejlépe je, když má každé oddělení tu svoji. Ta se potom zabývá pouze kojením a dochází na oddělení každý den a zná všechny rodičky, kterým může radit nejen v rámci jejich hospitalizace, ale také v laktační ambulanci. Tento postup uvedla respondentka DS7 a potvrdila ho také M9. Dotazované matky se shodly v tom, že jim

v porodnici pomáhaly kojit jak dětské sestry, tak porodní asistentky. Pouze M6 zmínila také pediatra.

Třetí výzkumná otázka se týkala změn v první a v dalších koupelích novorozence a v péči o pupeční pahýl. Zajímalo nás, kdy po porodu a jakou metodou byly děti koupany, a jak jim byl posléze ošetřován pupeční pahýl (výsledky viz schéma 4 a 14). První koupel se dle výpovědí dětských sester a porodních asistentek dříve prováděla pouze metodou sprchování, a to hned na porodním sále. Tuto techniku popsala Rozsypalová v roce 1987. Všechny dotazované matky uvedly, že jim bylo dříve dítě po porodu odneseno k prvnímu vykoupání, zatímco je porodník vyšetřoval a zašival hráz. V průběhu let se změnil především čas první koupele, a to bezprostředně po porodu, po odložení o několik hodin nebo i dnů po adaptaci novorozence, kdy jsou jeho vitální funkce již stabilní. Pouze jedna respondentka (M7) uvedla, že dítě bylo vykoupáno hned po bondingu ještě na porodním sále. Dnes se v porodnicích nechává na rodičích, zda chtějí dítě vůbec koupat. Také technika koupelí se změnila a rovněž první koupel je v současnosti doporučována ve vaničce. Přesto respondentky DS2 a DS7 stále i dnes koupou novorozence sprchováním. DS2 a DS6, které mají na starost nedonošené novorozence či novorozence se zhoršenou poporodní adaptací, uvedly, že je pouze otírají. Tři dotazované matky uvedly, že byly u první koupele svého dítěte také osobně přítomny, což se mi zdá při současných možnostech docela málo. Kdo je má naučit dítě koupat, když se tak zkrátila doba pobytu matek s dítětem v porodnici a dětské sestry, které dříve docházely do domácností učit matky pečovat o jejich dítě, v současné době chybí? Se zavedeným systémem rooming-in by měly dětské sestry nebo porodní asistentky provádět koupel dítěte vždy a pouze jenom za asistence nebo v přítomnosti matky.

Ke změnám došlo také v dalších koupelích novorozence v průběhu jejich pobytu v porodnici. I když se téměř dvacet let (AWHONN, 2001) doporučuje nekoupat dítě každý den, z odpovědí všech respondentů vyplynulo, že běžná koupel stejně probíhá rutinně každý večer. Respondentky DS4, DS5 a PA2 dávají matkám možnost volby, jak často chtějí koupat. Pouze na oddělení respondentky DS7 je koupání novorozenců zavedeno ob jeden den. Lze pravděpodobně uvažovat o tom, že vícerodičky se zkušenostmi z předchozích hospitalizací, kdy se ještě koupalo v porodnici denně, nemají zájem zajetý postup z předešlých let měnit. Prvorodičky však snadněji přistoupí na modernější trend méně četných koupelí. Jen jedna z dotazovaných respondentek

(M3) uvedla: „*Předchozí děti jsem tu máčela každý den, ale dnes když jsem dostala na výběr a přemýšlela jsem o tom, tak mi to přijde daleko lepší, stačí bohatě koupel po porodu a pak až doma.*“ Také M8 a M9 koupaly v porodnici ob jeden den. Ostatní dotazované matky koupaly denně. Méně časté koupele v porodnicích jsou také časová úleva pro personál. Také péče o pupeční pahýl má v současné době odlišné postupy. Od dříve prováděného chirurgického snesení pupečního pahýlu se přešlo na jeho samovolné zaschnutí a odpadnutí. Tuto neinvazivní metodu potvrzují téměř všechny dětské sestry (mimo DS8). Obě porodní asistentky (PA1 i PA2) však pupeční pahýl stále ještě odstraňují seříznutím. Důležitou součástí péče o pupeční pahýl je dodržet přísný aseptický postup a edukovat rodiče o následné péči. Všechny matky uvedly, že jim bylo doporučeno pupeční jizvu po samovolném odpadnutí nebo chirurgickém snesení dezinfikovat každý večer lihem. Respondentky M1 a M2 dostaly navíc doporučení na bezbarvou dezinfekci z lékárny.

Čtvrtou výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče o novorozence pocítují dětské sestry nebo porodní asistentky nedostatky? Šetření ukázalo, že i přes současný přístup ke kojení, kdy všichni vědí, že je tím nejlepším způsobem výživy novorozence, není ze strany dětských sester vždy maximální snaha o jeho podporu. Některé respondentky bagatelizovaly i alternativní techniky podávání výživy, které měly pomoci překlenout dobu, kdy dítě z prsu sát ještě neumělo nebo zrovna nemohlo. Důvodem může být, že dotazované s mnohaletou praxí se hůře přizpůsobují dnešním současným trendům a přijde jim zbytečné lpět na nových technikách, bez kterých se dříve bylo možné v praxi obejít (viz schéma 8). Informace matkám jsou z tohoto důvodu rozdílné a nejsou sjednoceny názory na kojení, což matky potvrdily (viz schéma 16). Myslím si, že by bylo vhodné zorganizovat práci tak, aby měla dětská sestra nebo porodní asistentka dostatek času věnovat se matkám a předat jim nejvhodnější informace pro úspěšné kojení. S čímž souvisí další slabá místa - nedostatek personálu, nedostatek vědomostí, nemožnost se setkávat na konferencích (viz schéma 5).

Pátou výzkumnou otázkou jsme chtěli zjistit, jak se změnil přístup dětské sestry nebo porodní asistentky k rodičce/otci dítěte (výsledky viz schéma 6). Díky rozvoji vědy a techniky ve zdravotnictví, přestaly být porody tak riskantní záležitostí, jakou bývaly dříve. Lékaři ze strachu o život matky i dítěte převzali nad vším kontrolu a z přirozeného procesu porodu se stal lékařský zákrok. Rodičky však nebyly

spokojené, cítily se o „něco“, mnohdy samy nevěděly konkrétně o „co“, ochuzené. Dnešní moderní trend je jiný, matky chtějí větší možnost rozhodování samy o sobě, o kontrolu nad svým tělem, dítětem i porodem. Běžně si píšou porodní plány, což také potvrzují dotazované matky M3 a M4, kterým byl splněn. Porodním plánem rodičky dávají lékařům najevo, že si nepřejí určité kroky a postupy, nebo si přejí úlevové relaxační techniky a polohu ve které chtějí родit. Všechny dotazované matky si mohly v porodnici zvolit relaxační techniky a čtyři měly možnost si zvolit i porodní polohu. Využily toho M4, která již rodila v podřepu a na všech čtyřech a M3, která zvolila polohu na boku. Respondentka M4 popsala svůj porod takto: „*Z tak přirozeného zážitku se vytratila lidskost a selský rozum. Rodit na koze, to je tlačit miminko doslova do kopce, to stojí neskutečně síly a energie.*“ Přesto, že většina námi oslovených porodnic připouští volbu polohy, stále nejčastější bývá klasická poloha vleže na zádech, což potvrzuje i Roztočil (2017).

Další prospěšná věc nejen pro matku, ale i pro dítě je třetí osoba u porodu, ať už je to otec dítěte, jiný rodinný příslušník nebo dula. Přítomnost otce u porodu nebyla v českých porodnicích dříve vůbec myslitelná. V dnešní době je to zcela běžné a může to být chápáno dokonce i jako povinnost. Důležitou roli otce u porodu uvádí Feit et al. (2014) jako nepostradatelnou psychickou podporu rodičky, nebo také komunikační prostředník mezi ženou a zdravotnickým personálem. Po porodu, pokud není možný bonding dítěte s matkou, může toto zastoupit otec. Všechny naše dotazované matky využily možnosti mít u porodu otce, kromě M8, která jej nechtěla. V období dokončování diplomové práce, kdy bylo zavedeno plošné protiepidemické opatření (proti nákaze Covidem-19) byla v České republice omezena přítomnost otce u porodu, což matky, ale i mnozí zdravotníci nesli s velkou nevolí. Dokonce podepisovali petici s názvem „Pust'te tatínky k porodu.“ Myslím si, že by otec měl být vždy u narození svého dítěte, pokud si to oba rodiče přejí. Přivést si k porodu dula nebo vybrat si svou porodní asistentku - to všechno dnešní doba rodičkám nabízí. Avšak pro vícero dičky, pro které byla tato možnost dříve nedostupná, se zdá být i v dnešní době spíše zbytečná. Pouze M7 během těhotenství komunikovala s doulou, která jí pomohla připravit se na porod. Zastávám názor, že dula má budoucnost v nemocnicích s velkým počtem porodů, kde není možné navodit individuálnější přístup.

Poslední, šestou výzkumnou otázku, jsme si stanovili proto, abychom zmapovali, jakou podporu po porodu současné rodičky dostávají a zda a jakým způsobem ji využívají. Pět

dotazovaných dětských sester uvedlo, že rodičkám nikoho nedoporučují, protože se mohou primárně obrátit na svého praktického lékaře pro děti a dorost. Ostatní dětské sestry a porodní asistentky odpověděly, že matkám doporučují některé z organizací na podporu kojení (Laktační Liga, Mamila) a pro nedonošené děti Nedoklubko. Ve vyhlášce o preventivních prohlídkách vydané MZ ČR podle zákona o zdravotních službách se uvádí, že první prohlídka novorozence po propuštění z porodnice by měla proběhnout do 2 dnů, nejlépe v domácím prostředí dítěte. Nicméně jde pouze o doporučení a dle ÚZIS (2012) se tak děje pouze v 1 % případů. Myslím si, že toto procento je mizivé a matky by uvítaly návštěvu pediatra, případně laktační poradkyně, kteří by navázali na snahu dětských sester a porodních asistentek v otázce úspěšného kojení.

V rámci celé diplomové práce jsme se snažili zmapovat, k jakým rozdílům v péči o novorozence došlo v průběhu cca dvaceti let a snažili jsme se vystihnout ty nejpodstatnější rozdíly. Ve fakultních porodnicích, kde je vyšší koncentrace rodiček, dochází snadněji k neosobnímu přístupu k matce a dítěti. Zatímco v menších porodnicích není taková „anonymita“, ale některé postupy trvají déle, než se zavedou do praxe. Současná péče je hodně individualizovaná pro matku i dítě. Nezpochybnitelný pokrok v péči o novorozence v prvních minutách, hodinách a dnech má však značný vliv na další vývoj dítěte jak po stránce biologické, tak i emoční a sociální.



## 6 Závěr

Záměrem diplomové práce na téma „Současné trendy v péči o novorozence“ bylo zjistit, k jakým změnám v péči o novorozence došlo za uplynulých cca dvacet let, a dozvědět se, v čem jsou tyto změny prospěšné pro matku a dítě. K dosažení dvou zvolených cílů jsme si stanovili šest výzkumných otázek. První měla zmapovat, jak se změnilo první ošetření novorozence po porodu. Druhá zjišťovala, jak se změnila výživa novorozenců a třetí výzkumná otázka byla zaměřena na první koupel a péči o pupeční pahýl. Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, v jakých oblastech péče o novorozence pociťují dětské sestry nebo porodní asistentky nedostatky a pátá otázka se týkala změn přístupu dětské sestry nebo porodní asistentky k rodičce/otci dítěte. Poslední výzkumná otázka se zabývala tím, jakou podporu po porodu současné rodičky mají a jakým způsobem ji využívají.

Ve výzkumné fázi kvalitativního šetření jsme využili metodu polostrukturovaných rozhovorů s dětskými sestrami a porodními asistentkami v různě velkých porodnicích – fakultních, krajských, okresních. Druhou část výzkumného šetření jsme věnovali vybraným matkám – vícerodičkám. Výsledky šetření ukázaly, že v průběhu cca dvaceti let došlo ke změnám ve všech námi sledovaných oblastech péče o novorozence. Z rozhovorů s respondentkami - matkami vyplynulo, že nové trendy v péči o novorozence přinesly více pozitiv než negativ. Nejvíce prospěšné podle nich je, že se již dítě bezprostředně po porodu neodnáší od matky. Podle výpovědí všech respondentek se změnila také výživa novorozenců, kdy je kladen vyšší důraz na první přiložení dítěte k prsu již na porodním sále a na alternativní techniky výživy, které mají překlenout období, kdy se dítě ještě přisát k prsu neumí nebo nemůže. Některé dotazované matky si také pochvalovaly poradce pro kojení a respektování porodních plánů. Dětské sestry a porodní asistentky uvedly také několik změn, které by byly prospěšné pro péči o matku i dítě. Šlo o sjednocení edukace, týkající se kojení. Paradoxně některé dětské sestry a porodní asistentky uvedly, že je téma kojení přeceňováno a stejně tak alternativní techniky u podávání výživy.

Informace získané výzkumným šetřením by mohly být využity k zamyšlení nad tím, jak zefektivnit práci dětských sester a porodních asistentek a použity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ABDULGHANI, N. et al., 2018. Worldwide prevalence of mother-infant skinto-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS ONE* [online]. 13(10), no page. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>
2. AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses), 2013. *Neonatal Skin Care*. 3th edition. Evidence Based Clinical Practice Guideline. Washington: AWHONN/NANN. 93 p. ISBN 978-1-938299-03-2
3. AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses), 2001. *Neonatal skin care* [Online]. Evidence-based clinical practice guideline. [Cit. 2019-11-15] Dostupné z: <http://www.guideline.gov>
4. BAGCI, B., 2016. Breastfeeding practices and policies in WHO European region member states. *Public Health Nutr.* 19(4) 753–764. doi: 10.1017/S1368980015001767
5. BAŠKOVÁ, M., 2015. Metodika psychofyzické přípravy na porod. 1. vydání Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4
6. BAYER, K., 2016. *Delayed Umbilical Cord Clamping in the 21st Century: Indications for Practice online*. *Advances in Neonatal Care*. 16(1), 68-73, doi: 10.1097/ANC.0000000000000247
7. BETRÁN, A. P. et al., 2016. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates. *PLOS ONE* [online]. 11(2) [cit. 2017-11-12]. doi: 10.1371/journal.pone.0148343
8. CARDOVÁ, K., 2019. Rozhovor: *Porodnictví dnes zažívá návrat ke kořenům* [online]. [cit. 2019-12-11]. Dostupný z: <http://www.klaudianovanemocnice.cz/rozhovor-porodnictvi-dnes-zaziva-navrat-ke-korenem/d-2059>
9. ČAS (Česká asociace sester). Sekce neonatologická, č. 59. © 2017 [online]. [cit. 10.1.2020]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/sekce-a-regiony/45/>
10. ČEPICKÁ, P., ČERNÁ M., 2011. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret. 90 s. ISBN 978-80-87070-50-5
11. ČERNÁ M., KOLLÁROVÁ J., 2015. *Laktační minimum pro pediatriy*. Praha: Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví. 86 s. ISBN 978-80-8702-347-1
12. ČNeoS (Česká neonatologická společnost), © 2011- 2020. [online]. [cit. 10.1.2020]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/ceska-neonatologicka-spolecnost>

13. DOKOUPILOVÁ, I., 2019. Klokánkování a skin-to-skin kontakt – nejrozšířenější metoda vývojové péče. *Postgraduální medicína*. 21(5), 393-397. ISSN 1212-4184
14. DORAZILOVÁ, R., 2014. *Porod vedený porodní asistentkou?* [online]. [cit 2019-12-11]. Dostupný z: <http://radmila.cz/aktuality/59-clanek-porod-vedeny-porodni-asistentkou>
15. DORT, J., et al., 2018. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN 978-80-246-3936-9
16. EL-ATAWI K., ELHALIK M., 2016. Neonatal Skin Care. *Pediatr Neonatal Nurs Open Access Online*. 2(2), doi: <http://dx.doi.org/10.16966/2470-0983.e103>
17. ENCA (European Network of childbirth Associations), © 2019. [online]. [cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <https://enca.info/>
18. FAIT T., SMEJKALOVÁ E., 2014. Otec u porodu. *Praktická Gynekologie*. 18(1), 85-87. ISSN 1211-6645
19. FENDRYCHOVÁ J., 2015a. Adaptovaný klinický doporučený postup: péče o kůži novorozence. *Pediatric pro praxi*. 16(4), 275-278. ISSN 1213-0494
20. FENDRYCHOVÁ J., 2015b. Adaptovaný klinický doporučený postup: Péče o kůži novorozence [online]. Brno: Katedra ARIPP, NCO NZO Brno [cit. 2019-10-23]. Dostupné z: [https://www.cnna.cz/docs/akce/postup\\_pece\\_o\\_kuzi\\_novorozence\\_2015-0135d.pdf](https://www.cnna.cz/docs/akce/postup_pece_o_kuzi_novorozence_2015-0135d.pdf)
21. FENDRYCHOVÁ J., et al., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 447 s. ISBN 978-80-7013-547-1
22. FENDRYCHOVÁ, J. 2011. Neonatologické listy. *Ošetřování pupečního pahýlu u novorozenců*. 19(1), 23-24. ISSN 1211-1600
23. GREGORA M., VELEMÍNSKÝ M., 2017. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3
24. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9
25. HANÁKOVÁ, T. et al., 2017. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: CPress, Albatros Media. 256 s. 978-80-251-2788-9
26. HAVLÍK, J., 2012. Je ambulantní porod v České republice vhodnou alternativou? *Česko-slovenská Pediatrie*. 67(2) 136-137. ISSN 0069-2328
27. CHRÁSKOVÁ, J., BOLEDOVIČOVÁ M., 2015. Význam edukace v oblasti kojení. *Profese online*. 8(1), 39-46. ISSN 1803-4330

28. JECIVIČOVÁ, J., 2019. Bonding na porodním sále – praxe a kontroverze. *Postgraduální medicína*. 21(5), 398-402. ISSN 1212-4184
29. KLÍMA et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9
30. KLIMOVÁ, A. et al., 1998. *Kojení – dar pro život*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 104 s. ISBN 80-7169-490-8
31. KOLÁŘOVÁ, R., KOLIBA P., 2009. Problematika péče o dětskou pokožku. *Praktické Lékárenství*. 5(2), 59–63. ISSN 1801-2434
32. KOMUNITNÍ PODPORA ŠESTINEDELEK, © 2020. [online]. [cit. 2.3.2020]. Dostupné z: <https://podporasestinedelek.webnode.cz/>
33. KONIGSMARKOVÁ, et al., 2016. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo. 162 s. ISBN 978-80-257-1796-7
34. KOTÍKOVÁ, M., 2019. Problematika používání kojících kloboučků. *Pediatric pro praxi*. 20(3), 188-191. ISSN 1213-0494
35. KŘIVOHLAVÁ, R., 2015. Používání šidítka z pohledu laktační poradkyně. *Pediatric pro praxi*. 16(6), 423-426. ISSN 1213-0494.
36. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
37. LAKTAČNÍ LIGA. KOJENÍ.CZ. [online]. Praha: Thomayerova nemocnice [cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/o-webu/>
38. LEBL, J. et al., 2007. *Preklinická pediatrice*. 2. vydání. Praha: Galén. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6
39. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
40. LIŠKA K., 2016. Resuscitace a podpora poporodní adaptace – nová doporučení. *Neonatologické listy* 22(1) 3-11. 1211-1600
41. LOKUGAMAGEOVÁ A., 2018. *Srdce v lůně*. Praha: Maitrea. 80 s. ISBN 978-80-7500-279-2
42. LUND, C. H. et al., 2001. *Neonatal Skin Care. Evidence Based Clinical Practice Guideline*. Washington: AWHONN/NANN. JOGNN, 30(1), p 41 - 51. doi: 10.1177/088421701129003851
43. MAMILA, 2018. *První kojení po porodu - samopřisátí* [online]. Trnava: MAMILA. [cit. 2019-10-20]. Dostupné z: <https://kojim.webnode.cz/jak-predchazet-problemum/prvni-kojeni-po-porodu/>

44. MAMILA, o. z., 2016. Mezinárodní kódex WHO [online]. Trnava: Mamila, o. z. [cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <https://www.mamila.sk/o-mamile/medzinarodny-marketingovy-kodex/>
45. MAREK, V., 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.
46. MATÚCHOVÁ L. et al., 2017. Informovanost' žien o bondingu. *Pediatric pro praxi*. 17(2), 122-125. ISSN 1213-0494
47. MEDKOVÁ R., 2015. Bonding v praxi. In: XXIV. celostátní konference ošetrovatelských profesí pracujících v péči o novorozence. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. 20 s. ISBN: 978-80-905041-9-6
48. MELKOVÁ, J., 1997. Ošetření pupečního pahýlu a pupeční jizvy. Doporučení výboru ČNeoS. *Neonatologické Listy*. 3(3), s. 204–205 ISSN 1211-1600
49. MORAVCOVÁ M., PETRŽÍLKOVÁ H., 2015. *Základy péče v porodní asistenci I*. Univerzita Pardubice. 160 s. ISBN 978-80-7395-859-6
50. MROWETZ M., PEREMSKÁ M., *10 kroků k podpoře raného kontaktu – bondingu*. [online]. [cit. 2019-01-10]. Dostupné z: <http://www.prirozeny-porod.eu/10-kroku-k-podpore-raneho-kontaktu-bondingu/#more-1290>
51. MROWETZ M., PEREMSKÁ M., 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. 14(3), 201-204. ISSN 1213-0494
52. MUNTAU, A. C., 2014. *Pediatric*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing. 608 s. ISBN 978 80-247-4588-6
53. MUTETEKE D., 2013. *Kangaroo Mother Care in Eastern Cape: Mothers' Experience*. LAP Lambert Academic Publishing. 72 p. ISBN 978-3659335150
54. MYDLILOVÁ, 2017. Kojení – významná faktor pro Agendu 2030. *Časopis lékařů českých*. 17(8) 451-453. ISSN 1805-4420.
55. MYDLILOVÁ, 2020. Suplementor – pomůcka k alternativnímu krmení. Laktační liga. [online]. [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/rady-navody/suplementor-pomucka-k-alternativnimu-krmeni/>
56. MYDLILOVÁ, A., 2012. Současné trendy péče o novorozence. *zdn.cz* [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicinapriloha/soucasne-trendy-pece-o-novorozence-308636>

57. MYDLILOVÁ, A., 2013. Kojení donošených novorozenců. Česká gynekologie: Doporučené postupy v neonatologii. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 78(1) 95-97. ISSN 1803-6597
58. MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky), 2014. Porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod. [online]. [cit 2019-11-11]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-\\_8532\\_2778\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-_8532_2778_1.html)
59. MZČR 54595/2009 Metodické doporučení: Značení novorozenců [online]. [cit. 2019-10-24]. 32-34. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3702\\_1770\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3702_1770_11.html)
60. NAGY, I., VINKLEROVÁ V., 2011. Význam kojení ve výživě dítěte. *Časopis lékařů českých*. 150(2), 94 - 96. ISSN 1803-6597
61. NEDOKLUBKO, 2017. O nás [online]. Praha: Nedoklubko z.s. [cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/o-nas/>
62. NEWMAN J., 2005. Dojčenie – dôležité je správne začať. [online]. MAMILA 2005 [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <https://www.mamila.sk/pre-zdravotnikov/zaciatok-dojceni/>
63. NEWMAN J., PITMAN T., 2014. Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding. Revised edition. 403 p. Publisher: Pinter & Martin Ltd. ISBN-10 1780662300
64. ODEMENT M., 2016. *Císařský řez*. Praha: Maitrea. 180 s. ISBN 978-80-7500-227-3
65. PÁNEK M., 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 14(6), 363-366. ISSN 1213-0494
66. PAŘÍZEK A. et al., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. Praha: Galén. 337 s. ISBN 978-80-7492-216-9
67. POLOKOVÁ A., 2019. Veřejné slyšení – Podpora kojení [online]. Praha: Senát parlamentu České republiky [cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <https://www.senat.cz/informace/galerie/videogalerie/video.php?id=523>
68. POTGIETER K., ADAMS F., 2019. The influence of mother-infant skin-to-skin contact on bonding and touch. *South African Journal of Occupational Therapy online*. 49(2), 11-17. doi: <http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2019/vol49n2a3>.
69. PREMBERG A., et al., 2012. Father for the first time – development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 12(9), p.35 Doi: <<http://doi:10.1186/1471-2393-12-35>>

70. PROCHÁZKA, M. et al., 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc. 255s. ISBN 978-80- 906280-0-7
71. RAŠMANOVÁ M., JANOVIČOVÁ G., 2015. *Bonding – matkina náruč po pôrode*. Bratislava: občanské združenie Ženskej kruhy. 74 s. ISBN 978-80-971866-0-9
72. RICHMOND, S., WYLLIE, J. 2015. Resuscitation 81. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 7. Resuscitation of babies at birth. 2010. p. 1389–1399. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26477415>
73. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7
74. SHARP AN., et al., 2016. *Outpatient induction of labour in the UK: a survey of practice* [online]. 204, 21-23. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.06.023. ISSN 03012115
75. SLEZÁKOVÁ L., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-271-9795-8
76. SPOKOJENÍ, Z. S., 2019. *SpoKojení*. [online]. Bukovinka [cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <http://spokojeni.org/>
77. STRAŇÁK Z., et al., 2014. *Základy neonatologie pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Fakulta zdravotnických studií UJEP. 132 s. ISBN 978-80-7414-727-2
78. STRAŇÁK, Z., 2009. Problematika péče o donošeného novorozence po propuštění z porodnice do domácí péče. *Pediatric pro praxi*. 10(4) s. 233-236. ISSN 1213-0494
79. STRAŇÁK, Z. et al., 2015. *Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 105 s. ISBN 978-80-87023-49-5
80. ŠTEMBERA Z., 2016. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf. 222 s. ISBN 978-80-7345-500-2
81. ŠTROMEROVÁ, Z., 2019. Lékařsky vedený porod [online]. [cit. 2019-11-21]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/LekarPorod.html>
82. TAKÁCS, L. et al., 2012. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví, kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy. 120 s. ISBN 978-80-7308-431-8
83. TVRZOVÁ I., RATIBORSKÝ J., 2018. Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče. *Pediatric pro praxi*. 19(1), 57-59. ISSN 1213-0494

84. ÚZIS ČR., 2012. *Rodička a novorozenec* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 130 s. [cit. 2020-25-5]. ISBN 978-80-7472-087-1. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/rodnov2012.pdf>
85. ÚZIS ČR., 2015. *Rodička a novorozenec* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. s. 47–52. [cit. 2019-12-10]. ISBN 978-80-7472-160-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2014-2015>
86. ÚZIS ČR., 2016. *Narození a zemřelí do 1 roku* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 86 s. [cit. 2019-10-24]. ISBN 978-80-7472-162-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/zdravotnicka-statistika>
87. VINTROVÁ J., PAŘÍZEK A., 2018. Plánovaný domácí porod-Česká republika 2018. *Česká Gynekologie*. 83(6), 204-211. ISSN 1210-7832.
88. WAMBACH K., RIORDAN J., 2015. *Breastfeeding and Human Lactation*. Fifth edition. 996 p. United states of America: Jones and Bartlett Publishers, Inc. ISBN 978-1-284-09395-7
89. WHO (World Health Organization), 2015. *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. Geneva: World Health Organization [online]. 83 s. ISBN 978 92 4 150874 2 Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742\\_report\\_eng.pdf;jsessionid=353C6FB00DA32E9508887BEFE9569851?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf;jsessionid=353C6FB00DA32E9508887BEFE9569851?sequence=1)
90. WHO (World Health Organization), 2016. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization [online]. ISBN 9789241549912. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=1AC25BC057CC4E438449F6A5D57419D3?sequence=1>
91. WHO (World Health Organization), 2018. *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Switzerland: Avenue Appia. 47 s. ISBN: 978-92-4-151380-7
92. WHO (World Health Organization), UNICEF, 2009. *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Section 1. 70 p. ISBN 978-92-4-159496
93. WHO: *Thermal protection of the newborn: a practical guide, 1997*. Geneva: WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. s. 64 [online.] [cit. 2010-06-29]. Dostupné z: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/ws42097th/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/ws42097th/en/)



94. WYLLIE J. et al., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation [online]. *Resuscitation and support of transition of babies at birth*. [cit. 2019-10-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26477415>
95. Zákon č. 104/1991 Sb., o Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte (úmluva o právech dítěte), 1991. [online]. [cit. 2019-11-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 22, s. 502. ISSN 1802-3053. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104/zneni-20100329>
96. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2014. [online]. [cit 2019-12-11]. In: *Sbírka zákonů Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 30, s. 1452. Dostupný z: <http://radmila.cz/aktuality/59-clanek-porod-vedeny-porodni-asistentkou>

## **8 Seznam příloh**

**Příloha 1** Deset kroků k úspěšnému kojení

**Příloha 2** Otázky polostrukturovaného rozhovoru vedeného s dětskými sestrami a porodními asistentkami

**Příloha 3** Otázky polostrukturovaného rozhovoru vedeného s matkami - vícerodičkami

## Příloha 1



Ten steps to successful breastfeeding (Deset kroků k úspěšnému kojení) [cit. 2020-28-5]  
On-line <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>, překlad – vlastní

## **Příloha 2**

### **Cílené dotazy na dětské sestry a porodní asistentky**

Otázky pro rozhovor:

1. Jak dlouho pracujete v péči o novorozence (kolik let celkem)?
2. Na jakém typu novorozeneckého oddělení pracujete v současné době?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jakým způsobem se vzděláváte v poskytování ošetrovatelské péče o novorozence?
5. Jak se změnilo první ošetření novorozenců po porodu po dobu Vaší praxe?  
V čem konkrétně se změnilo? Co děláte nyní jinak, než po svém nástupu do zaměstnání?
6. Jak se změnila výživa novorozenců?
7. Jak se změnila první koupel a ošetřování pupečního pahýlu u novorozenců?
8. V jakých oblastech péče o novorozence pocítujete na Vašem současném pracovišti nedostatky?
9. Jak se za léta Vaší praxe změnil Váš přístup k rodičce?
10. Doporučujete rodičkám některé současné organizace zabývající se podporou péče o novorozence? V případě, že ne, tak proč?
11. Co by se podle Vás mělo změnit v péči o matku a novorozence?

### **Příloha 3**

#### **Cílené dotazy na matky - vícerodičky**

Otázky pro rozhovor:

1. Kolik máte dětí?
2. Jaký je mezi nimi věkový rozdíl?
3. Účastnila jste se někdy nějakého předporodního kurzu? Pokud ano, co jste se na něm dozvěděla?
4. V jaké porodnici jste rodila Vaše děti? (velké, malé, soukromé, státní, stále ve stejné, pokaždé v jiné) – proč jste porodnice měnila?
5. Jak jste byla spokojená s péčí v průběhu porodu a po porodu ve všech Vámi zmíněných porodnicích?
6. Pozorovala jste nějaký rozdíl ve výživě Vašich dětí po porodu?
7. Pozorovala jste změny v koupání Vašich dětí a v péči o pupeční pahýl?
8. Doporučili Vám v porodnici poradce ke kojení nebo organizace zabývající se podporou péče o kojení a o novorozence? Využila jste je?
9. Co by se podle Vás mělo v Českých porodnicích změnit?

## 9 Seznam zkratek

ARIP	Sestra pro intenzivní péči
BFHI	Baby-friendly Hospital Initiative
ČAS	Česká asociace sester
ČNeS	Česká neonatologická společnost
ČR	Česká republika
ČSL JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
FN	Fakultní nemocnice
IMP	Jednotka intermediární péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
KDP	Klinické doporučené postupy
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
S.C.	Císařský řez
UNICEF	United Nations Children's Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization