

Změny v prvním ošetření novorozence v průběhu 10 let

Monika Novotná

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Novotná**

Osobní číslo: **H14119**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Změny v prvním ošetření novorozence v průběhu 10 let**

Zásady pro vypracování:

Výběr a studium literatury vztahující se k danému problému.

Stanovení a formulace cílů bakalářské práce.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat a návrh na jejich aplikaci do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3940-3.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. Intenzivní péče o novorozence. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 2. část, Péče o novorozence. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-489-4.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

The Apgar Score. PEDIATRICS [online]. 2015, 136(4), 819-822 [cit. 2016-11-08]. DOI: 10.1542/peds.2015-2651. ISSN 0031-4005. Dostupné z:

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015-2651>.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Králíková

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.2.2017

Novotná

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na první ošetření novorozence a na jeho změny v průběhu posledních 10 let. Cílem práce je zjistit, k jakým změnám došlo a jak se tyto změny projeví v péči o novorozence. Teoretická část je zaměřena na klasifikaci a dále na charakteristiku fyziologického novorozence. Dále se zabývá péčí o novorozence v prvních dnech života, prováděním screeningových vyšetření u novorozenců, historií prvního ošetření a bondingem. V praktické části jsou popsány výsledky výzkumného šetření, které bylo uskutečněno pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Klíčová slova: neonatologie, první ošetření, novorozenec, Apgar skóre

ABSTRACT

The bachelor's thesis is focused on the initial examination of a newborn and the changes that occurred in the methodology in the period of the last 10 years. The goal of the thesis is to identify these changes and determine in which ways they influenced the care for the newborn. Theoretical part is dedicated to the classification and also characterisation of newborn's physiology. In addition the care for the newborn in the first days of life, performance of the screening evaluation, history of first examinations and bonding is discussed. The practical part deals with the result of a questionnaire, which was conducted in a form of a structured interview with open questions.

Keywords: neonatology, first treatment, newborn, Apgar score

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Martině Králíkové za odborné vedení bakalářské práce, za připomínky a cenné rady při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat novorozeneckým sestrám z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně za pomoc při uskutečnění praktické části, za jejich ochotu a vstřícnost podělit se o své zkušenosti.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a příteli za trpělivost a velkou podporu během studia.

„Neměřím úspěch podle toho, jak vysoko někdo dokáže vyšplhat, ale podle toho, jak vysoko se odrazí, když spadne dolů na zadek.“

-George Patton-

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEK	12
1.1 CHARAKTERISTIKA FYZIOLOGICKÉHO NOVOROZENCE	12
1.1.1 Stav vědomí.....	12
1.1.2 Spánek	12
1.1.3 Srdeční akce	12
1.1.4 Dýchání	13
1.1.5 Tělesná teplota	13
1.1.6 Kůže	13
1.1.7 Nehty	13
1.1.8 Prsní žlázy	13
1.1.9 Pupečník	13
1.1.10 Končetiny	13
1.1.11 Genitál	13
1.1.12 Nervový systém.....	14
2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE	15
2.1 KLASIFIKACE DLE GESTAČNÍHO STÁŘÍ.....	15
2.2 KLASIFIKACE DLE PORODNÍ HMOTNOSTI	15
2.3 KLASIFIKACE DLE VZTAHU PORODNÍ HMOTNOSTI A GESTAČNÍHO STÁŘÍ	16
3 PÉČE O FYZIOLOGICKÉHO NOVOROZENCE	17
3.1 ADAPTACE NOVOROZENCE.....	17
3.1.1 Dýchání	17
3.1.2 Krevní oběh.....	17
3.1.3 Vylučovací a trávicí ústrojí	17
3.1.4 Nervová soustava	18
3.1.5 Kůže	18
3.1.6 Fyziologický hmotnostní spád	18
3.1.7 Novorozenecká hormonální reakce.....	19
3.2 OŠETŘENÍ BEZPROSTŘEDNĚ PO NAROZENÍ.....	19
3.2.1 Zabránit ztrátám tepla	19
3.2.2 Životní funkce	19
3.2.3 Toaleta dýchacích cest	20
3.2.4 Ošetření pupečního pahýlu.....	20
3.2.5 Zvážení, změření a identifikace novorozence	20
3.2.6 Kredeizace.....	21
3.2.7 Prevence krvácivé nemoci novorozenců	21
3.2.8 Přiložení novorozence k matce	21
3.3 PLACENTÁRNÍ TRANSFUZE, MILKING.....	21
3.4 APGAR SKÓRE	22
3.5 PRVNÍ VYŠETŘENÍ.....	23
4 SCREENINGOVÁ VYŠETŘENÍ	26
5 HISTORIE PRVNÍHO OŠETŘENÍ NOVOROZENCE	28

5.1	HISTORIE PÉČE O PUPEČNÍ PAHÝL	28
6	BONDING	31
6.1	HISTORIE BONDINGU	31
6.2	BONDING.....	31
6.3	PRŮBĚH BONDINGU PO SPONTÁNNÍM PORODU	32
6.4	PRŮBĚH BONDINGU PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	33
6.5	OŠETŘENÍ NOVOROZENCE PŘI BONDINGU	33
6.6	ZÁSADY BONDINGU	33
6.7	KLOKÁNKOVÁNÍ	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
7	METODIKA PRÁCE.....	37
7.1	CÍL PRÁCE	37
7.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU	37
7.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	37
8	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	39
9	DISKUZE	52
9.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	60
	SEZNAM TABULEK.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Pro novorozence je přechod z intrauterinního prostředí do extrauterinního prostředí velmi stresující a je tedy důležité, abychom mu tento přechod co nejvíce usnadnili. První ošetření novorozence se provádí ihned po porodu, přesto kvůli němu nemusí být novorozenec od matky odebrán a nemusí mu být provedeno první ošetření jinde, než na těle matky. Všechny úkony prvního ošetření lze provést na těle matky, pokud to dovoluje zdravotní stav dítěte, i zdravotní stav jí samotné.

Jak se budeme k novorozenci chovat v prvních minutách jeho života je také důležité pro jeho další vývoj, pro úspěšnou poporodní adaptaci. Nejlepší možná varianta je nepřetržitý tělesný kontakt s matkou. Pokud je matka po operačním výkonu a není ve stavu, ve kterém by se mohla ona sama o novorozence starat, je pro novorozence nejlepší tělesný kontakt s otcem. V dnešní době se bere zřetel na provádění prvního ošetření novorozence na těle matky. Zdravotnický personál si zkontroluje, ošetří a označí novorozence, kterému je současně umožněna ta nejlepší poporodní adaptace, což je tělesný kontakt. Zároveň se novorozenec s rodiči tímto způsobem lépe sblíží a je klidnější.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC

Novorozenecké období trvá od narození do jednoho měsíce věku dítěte. Z 90 % narozených dětí se jedná o fyziologického novorozence. V organismu dítěte dochází bezprostředně po porodu k důležitým změnám.

Pro přechod z nitroděložního života k mimoděložnímu je zdravý, donošený novorozenec funkčně připraven. U dítěte nastávají změny v krevním oběhu a musí začít samo dýchat. Adaptace na nové prostředí je dokončována v průběhu prvního dne života a obvykle probíhá rychle.

Novorozenec s dobrou porodní adaptací, který se narodil ve 37. – 41. týdnu gestace po normálně proběhlém těhotenství, je označován jako fyziologický novorozenec.

Na základě porodnických údajů a pomocí ultrazvukového měření několika parametrů plodu lze stanovit gestační stáří. Mezi porodnické údaje řadíme datum poslední menstruace a první pohyby plodu.

Přibližné gestační stáří může stanovit neonatolog pomocí skórovacího systému dle Ballardové, který hodnotí somatickou a neuromuskulární zralost novorozence (Sedlářová, 2008, s. 51).

1.1 Charakteristika fyziologického novorozence

1.1.1 Stav vědomí

V bdělém stavu má novorozenec bdělý výraz, pohybuje končetinami a má otevřené oči. Při usínání má novorozenec nepravidelné dýchání, při hlubokém spánku je jeho dýchání pravidelné (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.2 Spánek

Doba spánku novorozence se pohybuje mezi 18 až 20 hodinami denně a tato doba se postupně zkracuje. Jakékoliv vnější nebo vnitřní podněty mohou novorozence probudit, ale po uspokojení potřeb znovu usíná (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.3 Srdeční akce

Normální srdeční akce se pohybuje mezi 100 – 160/min v závislosti na aktivitě dítěte (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.4 Dýchání

Počet dechů novorozence je 30 – 60/min a mění se v závislosti na spánkovém cyklu a aktivitě dítěte během dne (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.5 Tělesná teplota

Po porodu je u novorozence stejná teplota jako teplota matky, ale rychle klesá kvůli jeho nedostatečným termoregulačním mechanismům. Novorozenec si neumí teplo vytvářet pohybem a má nízké množství podkožního tuku. Naměřená teplota v rektu má hodnotu 36,5 – 37,5 °C (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.6 Kůže

Bezprostředně po porodu se u novorozence může objevit akrální cyanóza, po zahřátí má kůže sytě červenou barvu a je krytá mázkem. Občas se mohou na zádech a ramínkách vyskytovat jemné chloupky, tzv. lanugo (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.7 Nehty

Nehty novorozence mohou být měkké, nasáklé při zkalené plodové vodě, nebo naopak ostré a dlouhé. Jsou dorostlé ke konečkům prstů (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.8 Prsní žlázy

„Prsní bradavky jsou dostatečně pigmentovány“ (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.9 Pupečník

Pupečník má úpon ve středu břicha. Je rosolovitý a přiměřeně silný. V pupečníku jsou 3 cévy, z toho 2 artérie a 1 vena (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.10 Končetiny

Novorozenec má symetrické pohyby a drží končetiny ve flexi (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.11 Genitál

U chlapců v termínu jsou varlátka za normálních okolností sestouplá v šourku. Dívky mají malá labia překryta velkými. U dívek mohou být po porodu malá labia a klitoris oteklé díky přechodnému působení přenesených mateřských hormonů (Sedlářová, 2008, s. 52).

1.1.12 Nervový systém

Nervový systém není dostatečně začleněn, ale je dostatečně vyvinut. U novorozence převažuje spontánní hybnost reflexní povahy.

Již od 9. týdne gestace začínají reflexní pohyby. Během celkového vývoje některé reakce a reflexy zcela zanikají, jiné se naopak objevují. Charakteristikou pro novorozenecké období je výbavnost reflexů, podle kterých je možné posoudit správnost vývoje dítěte.

V praxi se používá orientační odhad, tj. Moroův reflex a reflexní úchop.

Životně důležité je pro novorozence sací a hledací reflex, díky kterému si zajišťují příjem potravy. Tyto reflexy jsou výbavné do půl roku života.

Od 28. gestačního týdne se objevuje hledací reflex. Tento reflex můžeme vyvolat dotykem na tvář. Novorozenec se tak otáčí za podnětem, aby předmět dostal k ústům.

Taktilní stimulací dlaně, zvláště v rýze mezi dlaní a prsty, lze vyvolat reflexní úchop. Tím docílíme flexi prstů a stisknutí určitého předmětu. Reflexní úchop je výbavný do půl roku života.

Moroův objímací reflex nastupuje od 28. gestačního týdne a vymizí fyziologicky do 3 – 4 měsíce života. Tento reflex je reakcí novorozence na úlek.

U donošeného dítěte lze vyvolat Babinského reflex. Dochází k němu při dráždění plosky nohy, kdy se roztáhnou prsty dolní končetiny. Reflex je výbavný do 12. – 16. měsíce života (Sedlářová, 2008, s. 52-53).

2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE

Bezprostředně po porodu lze novorozence zařadit do skupin, které mají z hlediska posouzení prenatálního vývoje velkou výpovědní hodnotu (Fendrychová, 2009, s. 19).

Gestačním stářím, porodní hmotností a jejich vzájemným vztahem můžeme charakterizovat každého novorozence. Tyto parametry se používají k třídění novorozenců do skupin:

- dle gestačního stáří,
- dle porodní hmotnosti,
- dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního stáří (Dort, 2011, s. 14).

2.1 Klasifikace dle gestačního stáří

Novorozence dělíme dle gestačního stáří na:

- neonatus maturus (donošený novorozenec) – narozený v rozmezí 37+1 až 41+6,
- neonatus postmaturitas (přenošený novorozenec) – narozený od 42+0,
- neonatus prematuritas (nedonošený novorozenec) – narozený do 37+0.

Hranicí viability je v České republice týden gestace 24+0 (Straňák a Janota, 2015, s. 35).

Těhotenství se datuje dle výsledku ultrazvukového vyšetření v prvním trimestru, kdy se měří temeno-kostrční vzdálenost u embrya.

2.2 Klasifikace dle porodní hmotnosti

Novorozence dělíme dle porodní hmotnosti do skupin:

- novorozenec s velkou porodní hmotností (makrosomie) – 4500 gramů a více,
- novorozenec s normální porodní hmotností – 4499 - 2500 gramů,
- novorozenci s nízkou porodní hmotností (LBW – low birth weight) – 2499 - 1500 gramů,
- novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností (VLBW – very low birth weight) – 1499 – 1000 gramů,
- novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností (ELBW – extremely low birth weight) – 999 gramů a méně (Straňák a Janota, 2015, s. 35).

2.3 Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti a gestačního stáří

Novorozence dále klasifikujeme dle vzájemného vztahu porodní hmotnosti a gestačního stáří a to do skupin:

- eutrofický novorozenec (AGA – appropriate for gestational age) – hmotnost odpovídá gestačnímu stáří,
- hypotrofický novorozenec (SGA – small for gestational age) – hmotnost pod 5. percentil pro ukončený týden gestačního stáří,
- hypertrofický novorozenec (LGA – large for gestational age) – hmotnost nad 95. percentil pro ukončený týden gestačního stáří (Straňák a Janota, 2015, s. 36).

3 PÉČE O FYZIOLOGICKÉHO NOVOROZENCE

Po narození vyžaduje novorozenec adekvátní péči, teplo, kontakt s matkou a přisátí k prsu. Na porodním sále provádí novorozenecká sestra první ošetření novorozence (Sedlářová, 2008, s. 53).

3.1 Adaptační novorozence

Pro přizpůsobení existenci v podmínkách mimoděložního prostředí, musí po porodu projít každý novorozenec sériemi adaptačních změn. Plynulý přechod z nitroděložního do mimoděložního prostředí umožňuje nerušený proces poporodní adaptace. Poporodní adaptace může proběhnout během 6 – 24 hodin (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 216).

Nejdůležitější funkční změny se týkají dýchání a krevního oběhu.

3.1.1 Dýchání

S prvním dechem dochází k ustanovení funkční reziduální kapacity (FRC), provzdušňují se plicí a plicní tekutina je vzduchem vytěšňována z plic. Relativní hypoxemie, hyperkapnie a acidemie, hluk, bolest, chlad a světlo jsou stimuly pro zahájení dýchání po porodu (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 216).

Pravidelné dýchání, při kterém je přítomna nápadná břišní složka, je známkou dobré adaptace novorozence. Díky dostatečné tvorbě látky lipidového charakteru, zvané plicní surfaktant, udržují plicní sklípky zralého novorozence tvar. Uvnitř alveolu snižuje surfaktant povrchové napětí. Zdravé, dobře adaptované dítě má jasný a hlasitý křik (Klíma, 2016, s. 92).

3.1.2 Krevní oběh

Systémový krevní tlak stoupá po podvazu pupečníku a přerušení nízkoodporové placenty. Foramen ovale a dučej se postupně uzavírají. Pravolevé zkraty přes foramen ovale a dučej mizí v důsledku zvýšení systémového krevního tlaku a poklesu plicní cévní rezistence (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 216).

3.1.3 Vylučovací a trávicí ústrojí

Již nitroděložně je přítomna tvorba a vylučování moči. Vylučovací systém novorozence není ještě zcela funkčně zralý (Klíma, 2016, s. 92). Musíme si všimnout, kdy se novorozenec poprvé vyprázdní. K vyprázdnění musí dojít v několika hodinách po porodu nebo mů-

že nastat již na porodním sále. Musíme uvědomit lékaře, pokud nedojde k vyprázdnění do osmi hodin po porodu (Leifer, 2004, s. 337).

První stolice novorozence se nazývá mekonium. Je to směs sekretů střevních žláz a amniotické tekutiny, je lepkavé a husté, má tmavě zelené až černé zabarvení (Leifer, 2004, s. 340). Obvykle již během porodu nebo krátce po něm odchází mekonium. První stolice by měla odejít do 24 hodin, nejpozději do 48 hodin. Postupně se mění charakter stolice, kdy zhruba po třech dnech se objevuje běžná stolice kojeného dítěte (Klíma, 2016, s. 92).

3.1.4 Nervová soustava

Mezi projevy zdravého, zralého novorozence patří hlasitý křik, četné pohyby končetin, přiměřené svalové napětí. Hypotonií označujeme snížené svalové napětí, hypertonií naopak zvýšené svalové napětí (Klíma, 2016, s. 93).

3.1.5 Kůže

Na kůži novorozence se mohou objevit jemné vlásky, které se nazývají lanugo. Lanugo mizí v prvním týdnu života (Leifer, 2004, s. 338). Bezprostředně po porodu je kůže růžová a pokryta mázkem. Novorozenec má přerostlé nehty, zřetelné obočí a řasy. Kůže může být v prvních dnech po porodu nápadně červená (tzv. novorozenecký erytém). Fyziologická novorozenecká žloutenka se objevuje až u poloviny novorozenců. Vyskytuje se kolem 2. až 3. dne po porodu a kůže je zbarvená do žluta (Klíma, 2016, s. 93). „*Je způsobena rychlým rozkladem nadbytečných červených krvinek, které dítě okamžitě nepotřebuje, protože se nachází v atmosféře, která obsahuje více kyslíku, než kolik mělo k dispozici v průběhu prenatálního života.*“ Fyziologická žloutenka trvá přibližně týden a není pro dítě škodlivá (Leifer, 2004, s. 338-339).

3.1.6 Fyziologický hmotnostní spád

Fyziologickým hmotnostním spádem se rozumí úbytek tělesné hmotnosti novorozence v prvních dnech po porodu. Obvykle tento úbytek nepřesahuje 10 % porodní hmotnosti novorozence. Mezi příčiny hmotnostního spádu můžeme zařadit menší příjem a zvýšené ztráty tekutin, odchod velkého množství mekonie v prvních dnech po porodu a další (Klíma, 2016, s. 93).

3.1.7 Novorozenecká hormonální reakce

U novorozenců se může někdy objevit díky působení mateřských pohlavních hormonů přechodné zduření prsních žláz, někdy i s odchodem několika kapek mléka, a to u obou pohlaví. U dívek můžeme někdy zpozorovat i náznak krvácení z pochvy (Klíma, 2016, s. 93).

3.2 Ošetření bezprostředně po narození

Mezi hlavní úkoly zdravotnického personálu po porodu patří v první řadě včasné odhalení a léčení poruch a zajištění optimálních podmínek k ničím nerušené adaptaci na nové prostředí. V další řadě je nutné provést základní hygienické a další úkony.

Musíme neustále myslet v jakékoli fázi péče o novorozence na dodržení optimálních teplotních podmínek, dodržení zásad sterility a dokonalé čistoty pomůcek i rukou ošetřujících osob. Novorozenec velmi rychle ztrácí tělesné teplo svou vlhkou kůží, což může zkomplikovat poporodní adaptaci (Klíma, 2016, s. 93).

3.2.1 Zabránit ztrátám tepla

Novorozenecká sestra musí ihned po porodu zabránit ztrátám tepla. Na další průběh adaptace má totiž hypotermie výrazný vliv. Novorozenec se musí okamžitě po porodu osušit nahřátou plenou nebo rouškou, která se vzápětí vymění za suchou (Fendrychová, 2009, s. 43). Hlavička i tělo dítěte se důkladně osuší a zároveň se třením pokožky zmenšuje tepelná ztráta, také se účinně přispívá k vybavení prvních vdechů (Klíma, 2016, s. 93). Pokud dítě rychle nabývá růžové barvy, aktivně se pohybuje, hluboce dýchá a silně křičí, znamená to dobré znamení pro správnou poporodní adaptaci (Sedlářová, 2008, s. 54).

3.2.2 Životní funkce

U novorozence jsou dechy nepravidelné a mělké, proto se počítají obtížně. Frekvence dechů je závislá na aktivitě dítěte, při silném křiku je frekvence vyšší, při klidu je frekvence mezi 30 – 60 dechy za minutu. Srdeční frekvence se vyšetřuje malým pediatrickým stetoskopem, který eliminuje okolní šum. Normální frekvence je mezi 120 a 160 tepy za minutu. Při spánku dítěte je nižší, při aktivitě vyšší (Leifer, 2004, s. 255-256). Dále se měří tělesná teplota dítěte. „Normální hodnota teploty v rektu je 36,5 – 37,5 °C“ (Sedlářová, 2008, s. 52). Teploměrem se zkontroluje nejen tělesná teplota, ale i průchodnost konečníku (Fendrychová a Borek, 2007, s. 47).

3.2.3 Toaleta dýchacích cest

Po porodu není nutné fyziologického novorozence odsávat (Hájek, Čech a Maršál, 2014). Negativními reakcemi na odsávání z nosu, úst a žaludku jsou nauzea, zvracení, vagové dráždění a může také vést k poškození sliznice nosu, úst nebo žaludku (Sedlářová, 2008, s. 54).

Odsátí se provádí v indikovaných případech v následujícím pořadí:

1. Šetrné odsávání z dutiny ústní.
2. Šetrné odsávání z nosu. Pokud se začne dítě dávit, nastane u něj bradykardie nebo reflexní apnoe, musí se odsávání přerušit (Sedlářová, 2008, s. 54).

3.2.4 Ošetření pupečního pahýlu

Po odstříhnutí pupečnicku se musí zkontrolovat počet a typ cév. Normální pupečník má mít dvě arterie a jednu venu (Leifer, 2004, s. 256). Pupeční pahýl představuje vstupní bránu pro infekci, proto musíme jeho ošetření provádět asepticky a sterilně. K podvazu pupečního pahýlu se používá umělohmotná svorka nebo prádlová guma. K dezinfekci pupečního pahýlu se používá vhodný dezinfekční roztok. Pupeční pahýl se musí pravidelně kontrolovat, jestli nekrvácí (Sedlářová, 2008, s. 55). I malá krevní ztráta může u novorozence znamenat velké procento krve, protože je jeho krevní objem malý (Leifer, 2004, s. 257).

3.2.5 Zvážení, změření a identifikace novorozence

Zvážení a změření novorozence není v současné době nutné provádět bezprostředně po narození, ale můžeme jej odložit až po adaptaci dítěte. Dítě vážíme nahé, položené na pleň, která jej chrání před prochlazením. Dítě měříme s nataženými dolními končetinami v kolenu. Měří se také obvod hlavy a hrudníku (Fendrychová a Borek, 2007, s. 47).

Identifikace novorozence se ideálně provádí bezprostředně po narození, aby nedošlo k záměně. Je vhodné označit současně i matku, která bude mít u sebe údaje o dítěti. K tomuto účelu se používají označovací náramky, které mají shodné číslo. Jeden náramek s číslem je umístěn na zápěstí matky, druhý, totožný je připevněn na zápěstí dítěte. Dítě k označení dostane ještě plastový náramek. Tento náramek by měl obsahovat jméno a příjmení dítěte, celé datum narození, číslo porodu. Pokud se matka jmenuje jinak než dítě, uvádí se na náramek příjmení matky. K těmto způsobům označení se může ještě přidat označení postýlky nebo zavinovačky dítěte, to už záleží na zvyklostech nemocnice (Paulová, 2006, s. 1 - 2).

Potřebná identifikace a měření lze odložit, může se provést až po prvním přiložení dítěte k matčinu prsu (Mydlilová, 2011, s. 2).

3.2.6 Kredeizace

Kredeizací se rozumí laváž spojivkových vaků Ophtalmo-Septonexem jako prevence neonatální konjunktivity. Musí se dávat pozor, aby roztok nepřetekl z jednoho oka do druhého (Fendrychová a Borek, 2007, s. 48). Kredeizace se provádí dvakrát, poprvé na porodním sále a podruhé na novorozeneckém oddělení (Dort, 2011, s. 23).

3.2.7 Prevence krvácivé nemoci novorozenců

Dvě hodiny po porodu sestra aplikuje vitamin K – Kanavit, který se používá k prevenci krvácivé nemoci novorozenců. Podávají se dvě kapky ve formě per os (Klíma, 2016, s. 94). „*Přechodný deficit vitamínu K je způsoben nedostatečným transplacentárním transportem, nízkým obsahem vitamínu K v mateřském mléce a nedostatečnou syntézou střevní florou v prvních týdnech života*“ (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 220). Proto se novorozencům tento vitamin dodává na překlenutí období, než si jej budou schopni produkovat sami (Leifer, 2004, s. 257).

3.2.8 Přiložení novorozence k matce

Těsně po porodu lze v tom nejlepším případě novorozence přiložit na břicho matky. U novorozence tento kontakt reguluje srdeční akci, dýchání i tělesnou teplotu (Fendrychová a Borek, 2007, s. 48-49). V těsném kontaktu novorozence s matkou přijímá její teplo a vnímá její hlas. Pro posílení citové vazby mezi dítětem a matkou jsou tyto okamžiky velmi důležité (Sedlářová, 2008, s. 56). „*První přísátí stimuluje u matky produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace a také se rychleji zavínuje děloha*“ (Fendrychová a Borek, 2007, s. 49). Nejvhodnější je první přiložení novorozence k matčinu prsu do 30 minut po porodu, kdy je hormonální odpověď organismu matky ideální a sací touha dítěte největší (Sedlářová, 2008, s. 56).

3.3 Placentární transfuze, milking

Pozdní podvaz pupečníku může u donošených novorozenců vylepšit poporodní adaptaci. Na podvaz se čeká až do dotepání pupečníku, asi 2 – 3 minuty. Pozdní podvaz snižuje výskyt bradykardie, zvyšuje zásoby železa, díky tomu nedochází k anemizaci novorozence.

Pozdní podvaz u nedonošených novorozenců snižuje nutnost transfuzí, snižuje riziko intrakraniálního krvácení a naopak zvyšuje bezprostředně po porodu ventilační a oběhovou stabilitu. Pokud nelze u nedonošených novorozenců provést podvaz pupečníku po jeho dotepání, používá se jiná alternativa tzv. milking, kdy se vytlačí krev z pupečníku směrem k novorozenci (Liška, 2013, s. 4).

3.4 Apgar skóre

Apgar skóre poskytuje přijatelný a pohodlný způsob sledování stavu novorozence ihned po narození a v případě potřeby poskytuje pokyn pro resuscitaci. Samotný skórovací systém nemůžeme považovat jako důkaz nebo důsledek asfyxie, nepředpovídá individuální novorozeneckou úmrtnost nebo neurologický následek a neměl by být použit pro tento účel (The Apgar Score, 2015, s. 819).

V roce 1952 doktorka Virginia Apgar navrhla skórovací systém jako rychlý prostředek pro hodnocení klinického stavu novorozence a potřebu včasného začátku resuscitace.

Jedná se o jednoduchý hodnotící systém, který zahrnuje 5 snadno identifikovaných komponentů – srdeční frekvence, dýchání, svalový tonus, reflexní podrážděnost a barva (The Apgar Score and Infant Mortality, 2013, s. 1 - 8). Pro každou z těchto složek je uvedeno skórování 0, 1 nebo 2. To znamená, že Apgar skóre kvantifikuje klinické příznaky novorozenecké deprese, jako je cyanóza nebo bledost, bradykardie, nedostatečná reflexní odpověď na stimulaci, hypotonie a apnoe nebo gasping. Skóre je zaznamenáváno v 1. minutě a 5. minutě po porodu u všech novorozenců (The Apgar Score, 2015, s. 819). Hodnotit lze i během prvního skin-to-skin kontaktu (Pánek, 2013, s. 2).

V roce 2011 pokyny Novorozeneckého resuscitačního programu (Neonatal Resuscitation Program) uvádí, že pokud můžeme potvrdit nulovou srdeční akci po dobu 10 minut, nemusí být resuscitační úsilí odpovídající.

Zpráva z Neonatal Encephalopathy and Neurologic Outcome definuje Apgar skóre 7 až 10 po 5 minutách jako uklidňující, skóre 4 až 6 za mírně abnormální a skóre 0 až 3 za nízké pro novorozence v termínu a po termínu.

I když je skóre široce používáno ve výsledkových studiích, vede jeho nevhodné použití k chybné definici asfyxie. Asfyxie je definována jako marker zhoršené výměny plynů, která, pokud je prodloužena, vede k progresivní hypoxemii, hyperkapnii a významné metabolické acidóze.

Výskyt nízkého Apgar skóre je nepřímě úměrný porodní hmotnosti, nelze jím předpovědět nemocnost nebo úmrtnost pro všechny jednotlivé novorozence.

5 minutové Apgar skóre a zejména změny skóre mezi 1. a 5. minutou jsou užitečným ukazatelem odpovědi na resuscitaci. V případě, že je skóre menší jak 7 po 5 minutách, pokyny Novorozeneckého resuscitačního programu (Neonatal Resuscitation Program) uvádějí, že posouzení stavu novorozence by se mělo opakovat každých 5 minut po dobu až 20 minut. Takto rozšířené Apgar skóre může být užitečné při nastavení pozdního podvazu pupečníku a času zahájení resuscitace.

1 minutové Apgar skóre od 0 do 3 nemusí předpovídat žádný následek pro novorozence. 5 minutové Apgar skóre od 0 do 3 souvisí s neonatální úmrtností, ale nepředvídá budoucí individuální neurologickou dysfunkci. Nicméně nízké 5 minutové Apgar skóre jasně udává zvýšené relativní riziko mozkové obrny.

Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivnit Apgar skóre, včetně anestezie matky, vroze-
ných vývojových vad, stáří plodu, traumatu, infekce nebo předčasný porod (The Apgar Score, 2015, s. 819 - 821).

3.5 První vyšetření

Před prvním vyšetřením by měl mít lékař k dispozici anamnestické údaje o novorozenci, matce a způsobu a průběhu porodu.

Na většině porodnic je systém rooming-in, kdy je dítě po celou dobu v matčině přítomnosti. První vyšetření se tudíž provádí většinou na pokoji, u vyšetření je přítomna i matka.

První vyšetření by mělo proběhnout v tichém a teplém prostředí, přiměřeně osvětleném, aby lékař mohl jednoznačně popsat barvu kůže novorozence a také proto, aby příliš silné osvětlení nevadilo novorozenci otevřít oči.

Začíná se posouzením celkového stavu novorozence, tedy vyšetřením pohledem. Ideální je dítě vyšetřit pohledem před fyzickým kontaktem. Pohledem zhodnotíme stav vědomí, barvu, dechovou frekvenci, držení těla a spontánní aktivitu. Barvu novorozence sledujeme kvůli novorozenecké žloutence. Při prvním vyšetření se změří kontrolně hodnota bilirubinu na hlavě a hrudníku, při dalších kontrolách se hodnota sleduje podle barvy kůže. Barva se u novorozence nesleduje pouze kvůli kontrole žloutenky, ale kontroluje se prokrvení novorozence, bledost, cyanóza nebo výskyt pigmentace, ekzému (Fendrychová a Borek, 2007, s. 52 - 53).

Lékař začíná vyšetřovat od hlavy směrem dolů. Začíná se tedy vyšetřením hlavy, měří se obvod hlavy. Lékař si všímá tvaru, velikosti a zkoumá, jestli je přítomen porodní nádor (caput succedaneum) nebo kefalhematom. U porodního nádoru a kefalhematomu není zapotřebí terapie, jen kontroly. Na hlavě si dále všímá velké fontanely (fonticulus major), u které popisuje tvar a velikost. Malá fontanela (fonticulus minor) se většinou uzavírá do konce těhotenství, někdy až do 2. měsíce života dítěte (Fendrychová, 2009, s. 24). Barva vlasů se většinou nezaznamenává, ale v některých případech může poukázat na vzácnou, dědičnou poruchu albinismus. Novorozenec může mít na hlavě nebo na tváři oděrky, které vznikly v průběhu instrumentálního porodu. Kontrolou tváře novorozence může lékař vyslovit podezření na některou dědičnou chorobu, např. Downův syndrom. Na tváři se vyšetřují oči. Tento druh vyšetření se musí provádět zvláště trpělivě a opatrně, aby nedošlo k poškození zraku. Hodnotí se tvar, velikost, vzdálenost, množství a vzhled očního sekretu. Oftalmoskopem se vyšetřuje červený reflex na průkaz vrozené katarakty. Nos může být přechodně zdeformovaný z tlaku během porodu. Hlavně se u nosu sleduje jeho průchodnost, neprůchodnost by mohla znamenat atrézii choan. U fyzikálního vyšetření uší se zaměřujeme na tvar, velikost a přítomnost zevního zvukovodu (Fendrychová a Borek, 2007, s. 54 – 55). Součástí některých syndromů, jako je Pataův syndrom, Turnerův syndrom nebo Larsenův syndrom, jsou malformované nebo nízko nasedající ušní boltce. U Edwardsova syndromu je přítomna atrézie zvukovodů. Pohledem dále vyšetříme tvar a velikost úst, čelisti. U dětí s FAS pozorujeme tenký horní ret. Malá dolní čelist je přítomna u Pierre-Robinova syndromu (Fendrychová, 2009, s. 26). Pohmatem zkontrolujeme celistvost měkkého a tvrdého patra, rtu a zároveň i sací reflex (Fendrychová a Borek, 2007, s. 55). U Downova nebo Turnerova syndromu můžeme na týlu pozorovat nadbytek kůže a široký krk (Fendrychová, 2009, s. 26).

Důležitá je kontrola klíčních kostí, jestli nedošlo během porodu k jejich zlomenině. Dále se pokračuje vyšetřením hrudníku a břicha. V některých porodnicích se měří kromě obvodu hlavy i obvod hrudníku, který je menší (Fendrychová a Borek, 2007, s. 56). U dětí s FAS může být na hrudníku přítomna nadpočetná bradavka. U bradavek se sleduje i výskyt sekrece, která se může objevit vlivem mateřských hormonů (Fendrychová, 2009, s. 26 – 27). Sluchem pomocí stetoskopu se vyšetřují srdeční ozvy i srdeční šelest. Břicho by mělo být u fyziologického novorozence lehce nad hranicí hrudníku, pokud je tomu naopak a břicho je vpadlé, může se jednat o diafragmatickou hernii. Jemně pohmatem vyšetříme játra, ledvi-

ny, poslechem střevní peristaltiku. Na břicho ještě zkontrolujeme pupeční pahýl, počet a typ cév (Fendrychová a Borek, 2007, s. 56 – 57).

Palpací zkontrolujeme pulzaci femorálních arterií a pokračujeme ve vyšetření genitálu, kde se musíme zaměřit na včasné rozpoznání malformací. U chlapců se kontroluje sestup varlat, u dívek kontrola sekrece nebo krvácení z rodidel. Mělo by se dbát na vyšetření průchodnosti anu, které by ale mělo být již součástí prvního ošetření po porodu měřením rektální teploty.

Končetiny vyšetřujeme pohledem i pohmatem, kdy hodnotíme jejich pohyblivost, postavení a počet prstů. V neposlední řadě se vyšetří záda a páteř novorozence na odhalení případného rozštěpu (Fendrychová a Borek, 2007, s. 57).

Lékař by měl po prvním vyšetření sdělit matce, jestli je vše v pořádku nebo soukromě probrat zjištěné anomálie a jejich řešení.

4 SCREENINGOVÁ VYŠETŘENÍ

Screeningová vyšetření jsou povinná a používají se k včasné diagnostice nemoci nebo vrozené vývojové vady.

Mezi screeningová vyšetření patří již po porodu odběr pupečnickové krve na zjištění kongenitální syfilis (Dort, 2011, s. 30).

Další screeningová vyšetření se provádí rutinně na novorozeneckém oddělení. Pouze se souhlasem zákonného zástupce novorozence lze z paty novorozence odebrat kapilární krev na zjištění dědičných metabolických poruch, endokrinních onemocnění a cystické fibrózy. Mezi dědičné metabolické poruchy, které jsou vyšetřovány, patří:

- „*argininémie (ARG)*,
- *citrulinémie I. typu (CIT)*,
- *deficit acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem (MCAD)*,
- *deficit acyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin s velmi dlouhým řetězcem (VLCAD)*,
- *deficit biotinidázy (BTD)*,
- *deficit 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenázy mastných kyselin s dlouhým řetězcem (LCHAD)*,
- *deficit karnitinpalmitoyltransferázy I (CPT I)*,
- *deficit karnitinpalmitoyltransferázy II (CPT II)*,
- *deficit karnitinacylkarnitintranslokázy (CACT)*,
- *fenylketonurie (PKU) a hyperfenylalaninémie (HPA)*,
- *glutarová acidurie typ I (GA I)*,
- *homocystinurie z deficitu cystathionin beta-syntázy (CBS), pyridoxin non-responzivní forma*,
- *homocystinurie z deficitu methylenetetrahydrofolátreduktázy (MTHFR)*,
- *izovalerová acidurie (IVA)*,
- *leucinóza (nemoc javorového sirupu, MSUD)*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, s. 2).

Vyšetřované endokrinní onemocnění jsou kongenitální hypothyreóza (CH) a kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, s. 2). Tzv. screening z patičky se provádí u novorozenců v termínu od 48 do 72 hodin života (Dort, 2011, s. 31).

Odběr se provádí na speciální samopropisovací, dvojité kartičky, kde se vyplní potřebné údaje. Kartičky se po zaschnutí krve odesílají do příslušných laboratoří (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016, s. 3). Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně zasílá novorozenecké screeniny do Brna, kde se provádí laboratorní vyšetření dědičných metabolických poruch, a do Olomouce, kde se provádí laboratorní vyšetření endokrinních onemocnění a cystické fibrózy.

Další screeningová vyšetření se provádí přímo na oddělení s přímým výsledkem. Screening vrozené katarakty se většinou provádí během prvního vyšetření novorozence, při neadekvátních podmínkách se provede během pobytu v porodnici. Během prvního vyšetření se také provádí vyhodnocení pulsů femorálních arterií.

Screening sluchových vad se provádí pomocí metody otoakustických emisí tzv. OAE, TEOAE (Fritscherová, 2013, s. 22). Pokud vyjde screening pozitivní nebo nelze zajistit očekávaný výsledek, provádí se toto vyšetření po dobu pobytu v porodnici ještě několikrát. Jestliže nelze zajistit výsledek nebo je screening pozitivní, odesílá se dítě k lékaři ORL.

Preventivní screeningové vyšetření kyčelních kloubů se provádí pomocí ultrazvuku 3. až 5. den života a provádí ho ortoped. Další ortopedické vyšetření dítě podstoupí v 6 týdnech a 3 měsících (Fritscherová, 2013, s. 24).

V den propuštění dítě čeká poslední screeningové vyšetření a to ultrazvukové vyšetření močových cest a ledvin.

5 HISTORIE PRVNÍHO OŠETŘENÍ NOVOROZENCE

Již kolem roku 1550 př. n. l. byly vedeny záznamy o porodech v Egyptě.

Významné bylo 2. století, kdy v Římě působil řecký lékař Soranus, který je považován za otce porodnictví. Jeho podalická verze při porodu druhého dvojčete byla používaná procedura pro rotaci plodu do polohy nožkami nebo koncem pánevním. Lékař, který používal tuto verzi při porodu, sáhl rukou do dělohy a chytil jedno nebo obě nohy dítěte.

V 19. století Carl Sigmund Franz Credé (1819 – 1892) doporučil do očí dítěte kapat po porodu 2% roztok dusičnanu stříbrného (Leifer, 2004, s. 4). Tento způsob prevence se používá dodnes, jen s tím rozdílem, že dnes se po porodu vkapává Ophtalmo-Septonex.

V roce 1864 vydal Ignaz Semmelweis (1818 – 1865) ve Vídni studii *Příčiny, mechanismy a prevence horečky omladnic*. Ve své práci se zabýval souvislostí mezi vysokou úmrtností rodiček na horečku omladnic a přítomností mediků, kteří přicházeli z pitevny, na vyšetření těchto žen. Ze svých poznatků vyvodil, že nemyté ruce, které obsahují infekci z mrtvých těl, způsobují horečku omladnic. Na stejné studii pracoval i americký lékař Oliver Wendell Holmes (1809 – 1894). Oba dva se setkali s nepochopením a odporem kolegů. Naštěstí byla nakonec jejich teorie o přenášené infekci nemytými rukama přijata, což zapříčinilo pokles úmrtnosti v nemocnicích (Leifer, 2004, s. 4 – 5).

5.1 Historie péče o pupeční pahýl

V roce 1472 Paulus Bagellardus uvedl ve své knize postup v péči o pupeční pahýl. Pupečník by se měl přestříhnout v délce 4 prstů od pupku a uvázat samotným pupečním pahýlem nebo tkanicí. Takto by se měl nechat až do odpadnutí. Také by se dítě nemělo koupat, dokud pupeční pahýl nezaschne.

Mikuláš Klaudián v roce 1519 doporučil k ošetření pupečního pahýlu prach z krámského kmínu, poté by se na něj měla položit bavlna a pahýl zavázat.

V roce 1536 lékař Jan Kopp také uváděl odstříhnutí pupečního pahýlu v délce 4 prstů a na jeho ošetření doporučoval směs ztlučenou v prach, uvázat pak bavlnou. Po odpadnutí se měl pupeční pahýl ošetřovat popelem ze spáleného olova.

V roce 1859 doktor Jan Streng doporučil přerušení pupečnicku za 3 – 5 minut po dotepání. Stejně jako předešlí uvedení autoři uvádí přestřížení v délce 4 prstů, svázat tkanicí. Streng

také uváděl, že se má pupeční pahýl zavinout do plátna pomazaného máslem a po odpadnutí do plátna namočeným ve slivovici nebo červeném víně.

Carl Sigmund Franz Credé kromě využití 2% roztoku dusičnanu stříbrného na laváž spojivkových vaků použil dusičnan stříbrný na ošetření zánětu pupečního pahýlu.

V roce 1901 Friedrich Eduard Bilz doporučoval novorozence po porodu položit k matce, nepřestříhávat pupečník a počkat než se porodí placenta. Poté novorozence i s placentou zabalit. Hodinu po porodu teprve přestříhnout pupečník bez převazu. Po koupeli novorozence se má pupeční pahýl obvázat páskou.

Anna Fischer-Dücklemann kolem roku 1920 doporučuje počkat s přestřížením pupečníku 10 minut, po dotepání. Pupeční pahýl po 3 – 6 dnech odumírá a odpadává.

Bernarr Macfadden v roce 1924 uvedl, že pokud musí pupeční pahýl uschnout, musí být držen v suchu a nesmí se ho nikdo v prvním týdnu dotknout.

Kolem roku 1930 doktor Ambrož doporučil k překrytí pupečního pahýlu plátno vyvařené a usušené, poté překryt vatou.

Profesor Jiří Trapl v roce 1949 popsal několik způsobů přestřížení pupečníku a následné péče o pupeční pahýl. Mezi ně patří podvaz tkanicí 5 – 6 cm od pupku, kdy se ze zbytku vytvoří klička a znovu se tkanicí převáže. Poslední způsob jednal o podvazu 12 – 15 cm od pupku. Pupeční pahýl se vysušil mulovým čtvercem a byl do něj zabalén, aby zůstal suchý.

Na podvaz pupečníku se v 50. letech 20. století čekalo 3 – 5 minut. K napomáhání mumiifikace se pupeční pahýl potíral tamponem namočeným v alkoholu. Pupeční pahýl se na konci 50. let ošetřoval lihem a zasypával, neměl by se namočit při koupeli.

V 60. letech se podvazoval pupečník po dotepání asi 2 cm od pupku pomocí tkanice. Dalším způsobem byl podvaz 6 – 8 cm od pupku, přeložení a znovu podvaz asi 1 cm od pupku.

Po dotepání se pupečník přerušoval i v 80. letech a podvazoval se tkanicí 1 cm od pupku. Poté se ošetřil alkoholem, zasypal a překryl mulovým čtvercem.

Česká neonatologická společnost České lékařské společnosti JEP v 90. letech doporučila použití prádlové gummy a podvaz pupečníku 2 – 3 cm od pupku. Na ošetření pupečního pahýlu doporučuje Octonisept nebo Cutasept F a poté jej zabalit do mulového čtverce.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1998 vydala doporučení o přestřížení pupečnicku, které se má provádět pouze sterilními nástroji. Pupeční pahýl by měl zůstat nezakrytý a suchý. Také by se měl podporovat kontakt skin-to-skin, díky kterému se kůže novorozence osidluje nepatogenními bakteriemi, které jsou přítomny na kůži matky, a zamezuje šíření infekcí z okolí (Fendrychová, 2011, 115 – 120).

6 BONDING

„Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání čili sepjetí. Jedná se o proces, kdy se tvoří vztah mezi maminkou a miminkem. Každá matka a dítě se k době vztahují již před porodem“ (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 18).

Při bondingu jsou budovány základy emočních vazeb a vztahu mezi matkou a dítětem. Bonding je důležitá metoda k utvoření vztahu mezi matkou a novorozencem. Je to proces, který se odehrává v průběhu celého porodu a je jeho nedílnou součástí (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

6.1 Historie bondingu

Americký neonatolog doktor Marshall Klaus a pediater doktor John Kenell v 70. letech 20. století poprvé formulovali pojem bonding. Důležitost prvního kontaktu mezi matkou a dítětem se zabývali ve své teorii. Jejich výzkum se zaměřoval na chování rodiček a novorozenců po celou dobu porodu. Zjistili, že největší emocionální vazba se vytváří v prvních dvanácti hodinách po porodu.

Jejich studie prokázaly, že rodičky, které měly ihned po porodu novorozence u sebe, a byl jim umožněn tělesný kontakt, byly později zručnější v péči o dítě. Tyto ženy měly také méně problémů při kojení a bližší vztah s dítětem (Gaskin, 2010).

6.2 Bonding

Jak již bylo uvedeno, jedná se o velmi důležitou metodu navázání kontaktu dítěte s matkou. Bonding by měl být podporován stejně tak jako porod, pokud to zdravotní stav dítěte i matky dovolí. Bonding je přirozená reakce matky a dítěte a měli by ho podporovat všichni, kteří se zúčastní porodu. Tato metoda je také prevencí možných poporodních komplikací.

„Pokud dojde k dobré podpoře bondingu, podpoří se tím i rozvoj neuronů, které jsou zodpovědné za rozvoj empatie, a tím dojde také ke zkvalitnění společného soužití“ (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 23).

Skin-to-skin kontakt ulehčí dítěti start do života a pro dítě je to snadnější proces poporodní adaptace. Pro organismus novorozence je bonding důležitý z několika důvodů a to:

- stabilizace srdeční frekvence,

- nižší potřeba podání kyslíku,
- snížení rizika výpadků dechu,
- kvalitnější spontánní dýchání,
- lepší usínání,
- zvýšení kvality spánku, delší spaní.

Některé rodičky však vůbec neznají fakt, že s nimi může dítě po porodu ihned zůstat. Bohužel většina zdravotníků ještě pořád novorozence odnáší za účelem plnění ošetřovatelského procesu, kdy je potřeba novorozence zvážit, změřit a zahřát. Proto je ze strany matek jejich instinkt potlačován, protože zdravotnickému personálu věří. Kontakt matky s dítětem bychom po porodu měli brát jako přirozenou věc (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

6.3 Průběh bondingu po spontánním porodu

Vhodná doba, pro uskutečnění bondingu, je neprodleně po porodu, ještě před přestřižením pupečnicku. Tělesná vazba v tuto chvíli přechází ve vazbu citovou. Snížení rizika hypovolemického a hypoxického postižení, nebezpečí anémie a nedostatku železa předcházíme odstrižením pupečnicku až po jeho dotepání. Kontakt kůže na kůži zajišťuje novorozenci dostatečnou tělesnou teplotu a tím předcházíme možným ztrátám tepla.

Když je zdravotní stav matky a dítěte v pořádku, může být umožněn bonding. Cílem a zároveň nejdůležitějším krokem je nepřetržitý kontakt matky a dítěte. Když si tuto situaci převedeme do praxe, dítě pokládáme matce nahé a neumyté na její nahý hrudník. Matka by měla mít podloženou hlavu, aby se mohla dítěti dívat do očí. Plodová voda má stejnou vůni i chuť jako matčiny bradavky a proto by neměla být z dítěte smývána. To mu pomáhá najít zdroj mateřského mléka tak, že si dává ruky od plodové vody do úst (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

Při bondingu nejvíce novorozenci vyhovuje poloha do písmene C, z důvodu stejné polohy při nitroděložním vývoji. V této poloze se také dítěti lépe odkašlává plodová voda a hlen z horních dýchacích cest. Teplou plenou a dekou zabraňujeme ztrátám tepla. Můžeme mu obléct ponožky a čepici, ruce však necháváme volné a neutřené, tak aby na nich zůstal pach plodové vody (Pažízek, 2009).

Matka může být po porodu unavená a vyčerpaná, pokud však dítě zůstává s matkou, můžeme si všimnout, že je rodička plná energie a má chuť ihned o své miminko pečovat. Dochází k vyplavení oxytocinu. Pokud však dítě není s matkou, dojde k poklesu hormonů a

matka bude potřebovat odpočinek a spánek. Dítě by po porodu nemělo být umyto dříve než za 24 hodin po porodu a kontakt skin-to-skin by neměl být přerušen do doby po prvním kojení (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

6.4 Průběh bondingu po císařském řezu

Císařský řez řadíme mezi velké břišní operace. Od spontánního porodu se liší právě prováděním bondingu. Podpora bondingu je důležitá právě při operačních porodech, kdy působí jako prevence pozdějších psychických problémů. Je nutností podpořit bonding, pokud si to sama matka přeje.

Při císařském řezu by měl personál dbát na to, aby matka viděla své dítě neprodleně po porodu. Pokud to zdravotní stav matky a novorozence dovoluje, měli by spolu být v kontaktu (Sears a Searsová, 2012).

Velká skupina rodiček, které rodily císařským řezem, jsou přesvědčeny, že bonding mít nemohou, ale právě v této situaci je velmi důležitý pro vytvoření vazby mezi matkou a novorozencem. Pediatrička Peremská a psychologka Mowetz vytvořily doporučení, jak má vypadat bonding po císařském řezu. Novorozenec by měl být nahý položen zdravotníky na hrudník matky v horizontální poloze. Je nutné, aby byl novorozenec přidržován otcem, nebo jiným příbuzným, či zdravotnickým pracovníkem (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

6.5 Ošetření novorozence při bondingu

Je nutností, aby byl novorozenec po porodu ošetřen a označen. Tento proces však může být proveden i v průběhu bondingu. Měření srdeční frekvence, tělesné teploty, dechu, svalového tonusu, kontrola reflexů a barvy novorozence – to vše se může u dítěte provádět na těle matky. Zjištění váhy a délky dítěte se může odložit na dobu po bondingu. (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

6.6 Zásady bondingu

Psycholožka Mrowetz uvádí deset kroků k podpoře bondingu, které jsou vyjmenovány níže.

1. Ihned po porodu položit nahého novorozence na matčin nahý hrudník, a v případě, že se jedná o císařský řez, pokládáme dítě k tváři matky.

2. Nepřerušovat kontakt matky a novorozence nejméně dvě hodiny po porodu, nejlépe však dvanáct hodin po porodu. Při vyčerpání matky, nebo při porodu císařským řezem může maminku zastoupit otec v kontaktu kůže na kůži. Otec má pro novorozence přínosnější bakterie než jsou bakterie zdravotnického personálu.
3. První ošetření novorozence může proběhnout na těle matky. Později může být zabalen do teplých plen nebo deky a můžeme mu nasadit čepici a ponožky.
4. Při skin-to-skin, jinak také řečeno kůže na kůži, je matka v blízkém kontaktu s novorozencem.
5. Bondingem podporujeme vizuální kontakt matky a dítěte – pohledu z očí do očí. Podložení hlavy matky, pokud rodila vleže, podpoříme tento kontakt.
6. *„Pomoc s přisátím miminka k bradavce podle jeho tempa a připravenosti – může to být až do třiceti minut kontaktu kůže na kůži, do té doby miminko a maminka odpočívají a seznamují se spolu! Počkejte, až miminko bude mít doširoka otevřené oči a bude strkat do úst pěstičky, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla.“* Při překotném a medikovaném porodu je dítě unaveno a potřebuje si odpočinout na matčině hrudníku.
7. Při bondingu zajišťujeme pohodlnou polohu matky i dítěte.
8. Pro tento proces je důležitý klid, soukromí a ticho. Vhodné je také zajistit intimní prostředí ze strany zdravotníků.
9. Přestřižení pupečníku lze odložit až na dobu, kterou si přeje matka.
10. Je třeba v tuto chvíli omezit používání fotoaparátů, mobilů a jiné techniky. Je třeba užít si tento jedinečný moment a dívat se na své dítě a seznamovat se s ním (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

6.7 Klokánkování

Bonding je důležitou součástí péče o dítě, ale u nedonošeného dítěte je tento kontakt ještě důležitější. I přes zdravotní problémy a rizika by měl být bonding podporován (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011).

Na většině JIRPN v České republice se používá metoda bondingu pod názvem klokánkování, „kangaroo mother care“ (Takács, Sobotková a Šulová, 2015).

Tato metoda pochází z 80. let 20. století, kdy v kolumbijské Bogotě byla velká novorozecká úmrtnost. Týkalo se to zejména předčasně narozených novorozenců, kteří umírali na infekci, dýchací problémy a také na nedostatečnou péči rodičů, kteří s nimi nemohli být ve

větším kontaktu. Jako řešení tohoto problému se matkám nabídlo nošení stabilizovaných, předčasně narozených dětí přímo na svém těle. Lékaři díky tomuto způsobu zaznamenali pokles úmrtnosti těchto dětí, které také lépe prospívaly (Marek, 2002).

Metoda klokánkování je tedy bonding pro předčasně narozené děti s váhou pod 2000 gramů. Při této metodě je nahý novorozenec položen na nahý hrudník matky nebo otce, čímž dítě rozpoznává vůni rodičů a je posílen intenzivní kontakt dítěte s rodiči. Dítě vnímá tlukot srdce a hlas rodiče. Klokánkování má dobrý vliv na zrání nervového systému a na kvalitní spánek, podporuje dýchání. Dítě je díky kontaktu s rodičem klidné, má pravidelnou srdeční akci. Kontakt také pomáhá ke správnému vývoji mozku.

Žádná matka nepočítá s tím, že její těhotenství skončí předčasným porodem. Každá žena chce, ať se jí narodí zdravé dítě. Klokánkování prospívá nejen dítěti, ale i matce. Matka je ve větším kontaktu se svým dítětem méně depresivní, více sebevědomá, má pocit, že se o své dítě umí dobře postarat. Klokánkované děti mají v budoucnu lepší vztah ke svým rodičům, mají lepší kognitivní vývoj, lepší regulaci chování.

Metoda klokánkování je jednoduchá a přirozená a přináší velké výhody v utváření vztahu s dítětem a v péči o něj (Takács, Sobotková a Šulová, 2015).

Tělesný kontakt rodiče s dítětem se používá jako podpora, přirozený lék pro dítě. „*Do mateřské náruče patří dítě zdravé, patří do ní dítě nemocné či narozené s problémy*“ (Mrowetz, Chrástilová a Antalová, 2011, s. 107).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce se bude zabývat hlavně pohledem zdravotnických pracovníků na vývoj prvního ošetření novorozence. Výzkumné šetření bylo prováděno na novorozeneckém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

7.1 Cíl práce

V překládané práci byly stanoveny tyto cíle:

Hlavní cíl: Zjistit, k jakým změnám došlo v prvním ošetření novorozence v průběhu 10 let.

Podcíl 1: Zjistit, jak zdravotnický personál vnímá změny v prvním ošetření.

Podcíl 2: Zjistit, jestli docházelo v průběhu let k prohloubení tělesného kontaktu matky s novorozencem.

Podcíl 3: Zjistit, jestli došlo za posledních 10 let k výrazným změnám ve výživě novorozence.

7.2 Užitá metoda výzkumu

Pro realizaci výzkumu byla použita metoda kvalitativního výzkumu ve formě strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tento typ rozhovoru sestává z pečlivě formulovaných otázek, na které jednotlivý respondenti odpovídají. Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami je vhodný typ rozhovoru, pokud dotazovaný má málo času se věnovat respondentovi (Hendl, 2005, s. 173).

Rozhovory s respondentkami probíhaly v dubnu a květnu 2017 na novorozeneckém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně a byly realizovány tištěnou formou. Respondentky byly předem seznámeny s cíli výzkumu a požádány o spolupráci. Data získaná z výzkumného šetření byla dále analyzována a zpracována. Prezentace výsledků je uvedena v tabulkách níže.

7.3 Charakteristika souboru

Pro výzkumné šetření byla cíleně vybrána skupina 7 respondentek. Pro účely práce byly vybrány sestry z novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, které na uvedeném pracovišti pracovaly nejméně 10 let, a tudíž se mohou z vlastní zkuše-

nosti vyjádřit ke změnám, ke kterým došlo/nedošlo v péči o novorozenci v průběhu 10 let. Kvůli zachování anonymity jsou jednotlivé respondentky označeny R1 – R7.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Položka 1: *Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?*

Tabulka 1 – Délka praxe respondentek

R1	<i>Ve zdravotnictví pracuji 26 let.</i>
R2	<i>17 let.</i>
R3	<i>20 let.</i>
R4	<i>28 let.</i>
R5	<i>20 let.</i>
R6	<i>21 let.</i>
R7	<i>15 let.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Pro zadané téma bakalářské práce je délka praxe respondentek výhodná, protože všechny mají praxi déle než 10 let. Průměrná délka praxe výzkumného vzorku je 21 let.

Položka 2: *Pracovala jste vždy na novorozeneckém oddělení? Jak dlouho pracujete na novorozeneckém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně? Máte zkušenosti s jiným pracovištěm?*

Tabulka 2 – Pracovní zkušenosti respondentek

R1	<i>Ne vždy jsem pracovala na novorozeneckém oddělení. Na novorozeneckém oddělení této nemocnice pracuji 16 let. Pracovala jsem i na jiném pracovišti.</i>
R2	<i>Ano, vždy jsem pracovala na novorozeneckém oddělení. Na tomto pracovišti pracuji celých 17 let, na jiném pracovišti jsem nepracovala.</i>
R3	<i>Ne vždy jsem pracovala na novorozeneckém oddělení. Ve Zlínské nemocnici pracuji 17,5 let. Kromě novorozeneckého oddělení jsem pracovala i na oddělení gynekologicko-porodnickém.</i>
R4	<i>Pracovala jsem i na jiném oddělení než na novorozeneckém. Na novorozeneckém</i>

	<i>oddělení Zlínské nemocnice pracuji 21 let. Mám zkušenosti i s jiným pracovištěm.</i>
R5	<i>Po ukončení střední školy jsem nastoupila na chirurgické oddělení. Zde jsem pracovala 2 roky. Na novorozeneckém oddělení pracuji asi 14 let. V období, kdy jsem měla malé děti, jsem pracovala v osteologické a endokrinologické ambulanci.</i>
R6	<i>Pracovala jsem jen na novorozeneckém oddělení. Pracuji tady už 21 let, takže nemám zkušenosti s jiným pracovištěm.</i>
R7	<i>Ne.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

2 respondentky uvedly, že mají pracovní zkušenosti pouze z novorozeneckého oddělení. Také nemají zkušenosti s jiným pracovištěm.

4 respondentky pracovaly i na jiném oddělení než je novorozenecké oddělení. 1 z nich pracovala na stejném pracovišti, ale na jiném oddělení, ostatní mají zkušenosti i s jiným pracovištěm. I přes zkušenosti s jiným oddělením/pracovištěm mají praxi na novorozeneckém oddělení delší než 10 let.

Z odpovědi poslední respondentky nelze pochopit, k čemu se chtěla vyjádřit.

Položka 3: Jaké je Vaše vzdělání, specializace?

Tabulka 3 – Vzdělání a specializace respondentek

R1	<i>Dětská sestra, ARIP.</i>
R2	<i>Dětská sestra.</i>
R3	<i>Porodní asistentka, ARIP v neonatologii.</i>
R4	<i>Porodní asistentka, PSS v gynekologii-porodnictví.</i>
R5	<i>Ženská sestra, Bc. Všeobecná sestra, specializace v oboru dětská sestra.</i>
R6	<i>Jsem dětská sestra.</i>
R7	<i>DiS.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

4 respondentky mají obor dětská sestra, 2 respondentky jsou porodní asistentky se specializací a 1 respondentka je diplomovaný specialista.

Položka 4: *Jaké jsou Vaše zkušenosti s prvním ošetřením novorozence po porodu?*

Tabulka 4 – Zkušenosti s prvním ošetřením novorozence

R1	<i>Mám bohaté zkušenosti.</i>
R2	<i>-nezodpovězeno-</i>
R3	<i>Bohaté.</i>
R4	<i>Bohaté.</i>
R5	<i>Jde o úkon, který se mění v čase. Jiné postupy v ošetření novorozence byly před 10 lety, jiné jsou dnes. Nechává se dotepat pupečník, provádí se bonding. Označení dítěte probíhá na těle matky. S vážením a měřením novorozence se nespěchá. V praxi postupujeme podle standardů ošetrovatelské péče.</i>
R6	<i>Mám hodně zkušeností s prvním ošetřením. V průběhu let se standardy mění a my je musíme dodržovat.</i>
R7	<i>Velké po dobu 15 let praxe.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

3 respondentky mají s prvním ošetřením novorozence bohaté zkušenosti a více se k tomu nevyjadřovaly. 2 respondentky mají velké zkušenosti, hodně zkušeností, kdy 1 z nich apeluje na měnící se standardy péče v průběhu let, kterých se musí držet a dodržovat je. Respondentka 5 apeluje také na standardy ošetrovatelské péče, podle kterých sestry musí postupovat. Dále uvádí změny, které se provádí při prvním ošetření dnes.

Položka 5: *Měla jste/máte služby na porodním sále?*

Tabulka 5 – Služby na porodním sále

R1	<i>Ano, mám.</i>
R2	<i>Ano, mám.</i>

R3	<i>Ano, měla jsem. Nyní už ne.</i>
R4	<i>Ano, mám.</i>
R5	<i>Ano, měla a mám.</i>
R6	<i>Měla jsem a mám.</i>
R7	<i>Ano.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Všechny respondentky měly služby na porodním sále, při kterých prováděli první ošetření novorozence bezprostředně po porodu. Většina respondentek má služby na porodním sále stále.

Položka 6: *Zaznamenala jste nějaké změny v prvním ošetření novorozence v průběhu Vaší praxe?*

Tabulka 6 – Změny v prvním ošetření novorozence

R1	<i>Určité změny jsem zaznamenala.</i>
R2	<i>Ano, zaznamenala jsem změny.</i>
R3	<i>Ano, nějaké změny jsem zaznamenala.</i>
R4	<i>Některé změny jsem zaznamenala.</i>
R5	<p><i>Dříve: dítě se ihned vážilo a měřilo, pupečník se nenechal dotepat, ošetřoval se briliantovou zelení a podkládal jezdcem, balil do obinadla. Všechny děti rozené koncem pánevním se měřily, Kanavit se aplikoval intramuskulárně. Děti se balily do ples a poté přikládaly k prsu. Běžné bylo odsávání novorozence z horních cest dýchacích a žaludku.</i></p> <p><i>Nyní: bonding, dotepání pupku, označení na těle matky. Přikládání k prsu skin to skin, děti rozené koncem pánevním se neměří bezprostředně po porodu. Kanavit se podává per os. Pupek se podváže, vydesinfikuje a nechává se volně po odstřížení zaschnout. Novorozenci se odsávají minimálně.</i></p>
R6	<i>Ano, dnes se snažíme co nejvíce úkonů provádět na těle matky.</i>

R7	<i>Určitě, měření, vážení až po bondingu, Kanavit aplikace p.o. (dříve i.m.). Měření teploty v podpaží.</i>
----	---

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

4 respondentky zaznamenaly změny v prvním ošetření v průběhu jejich praxe. Ostatní respondentky své odpovědi více rozvedly. Respondentka 5 uvedla průběh prvního ošetření dříve a jako kontrast i ošetření nyní. Mezi hlavní změny patří přestřížení pupečního pahýlu, kdy dříve se nečekalo na dotepání, nenechával se volně zaschnout. Také se dříve děti balily do plen a přikládaly se k matce, zatímco v dnešní době se preferuje bonding a skin to skin kontakt. Respondentka 6 změny udává v tom, že nyní se úkony prvního ošetření provádí co nejvíce na těle matky. Respondentka 7 uváděla, jak se provádí první ošetření dnes oproti minulosti, kdy se preferuje bonding, teplota se měří v podpaží a Kanavit se podává místo intramuskulárně perorální cestou.

Položka 7: *Pokud to umožní stav novorozence, provádí se přestřížení pupečnicku až po jeho dotepání. Zažila jste v průběhu Vaší praxe, že by se u fyziologického novorozence tento úkon prováděl jinak?*

Tabulka 7 – Přestřížení pupečnicku

R1	<i>Dříve se nečekalo na dotepání.</i>
R2	<i>Ano, dříve se stříhalo hned po porodu.</i>
R3	<i>Nečekávalo se na dotepání.</i>
R4	<i>Dříve se ve většině případů vůbec nečekalo na dotepání pupečnicku.</i>
R5	<i>Ano, s tím, že v minulosti se nečekalo na dotepání pupečnicku.</i>
R6	<i>Dřív se nestříhal až po dotepání.</i>
R7	<i>V dřívějších dobách.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Všechny respondentky se shodly ve svých názorech a zkušenostech, že v dřívější době se přestřížení pupečníku provádělo jinak, než je tomu dnes. V dnešní době se čeká ve většině případů na dotepání pupečníku, pokud to samozřejmě umožní zdravotní stav matky i dítěte, jinak tomu bylo v minulosti, kdy se na dotepání pupečníku nečekalo a stříhal se hned po porodu.

Položka 8: *Provádělo se i před 10 lety u všech novorozenců screeningové vyšetření z pupečnickové krve na zjištění kongenitální syfilis?*

Tabulka 8 – Provádění screeningového vyšetření na zjištění kongenitální syfilis

R1	<i>Ano, provádělo.</i>
R2	<i>Ano, provádělo.</i>
R3	<i>Ano, provádělo.</i>
R4	<i>Ano, provádělo.</i>
R5	<i>Nevím to přesně, ale domnívám se, že se dělalo.</i>
R6	<i>Myslím, že ano.</i>
R7	<i>Ano.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Na tuto otázku jsme měly jednoznačně shodné odpovědi, že se po porodu provádělo i v minulosti screeningové vyšetření na zjištění kongenitální syfilis. 2 respondentky si nebyly ve svých odpovědích 100 % jisté, ale domnívají se, že se toto vyšetření provádělo i dříve.

Položka 9: *V dnešní době se fyziologickému novorozenci po porodu vyšetřují životní funkce na břiše matky. Také se provádí značení novorozence u matky. Bylo tomu i tak před 10 lety?*

Tabulka 9 – První ošetření na břiše matky

R1	<i>Ne, nebylo.</i>
----	--------------------

R2	<i>Většinou ne.</i>
R3	<i>Ne vždy, pouze na přání rodičů.</i>
R4	<i>Nebylo tomu tak ve většině případů.</i>
R5	<i>Označení fyziologického novorozence bylo v těsné blízkosti matky na přebalovacím pultu porodního boxu. A provádělo se při prvním ošetření dítěte, respektive bylo jeho součástí. Pokud se prováděl monitoring fyziologických funkcí, dítě bylo uloženo k observaci do inkubátoru na porodním sále. Ne zřídka bylo dítě označeno na křísícím boxu v případě, kdy porod probíhal za přítomnosti pediatra.</i>
R6	<i>Bylo to individuální. Spíše ne.</i>
R7	<i>U nás ano.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Odpovědi respondentek se na tuto otázku liší. Je to dáno i tím, že každá z nich má jiné zkušenosti, každý novorozenec je jiný, každý rodič je jiný. Většina se ale shoduje na tom, že se často úkony prvního ošetření neprováděly na těle matky, ale např. v její blízkosti. Taky záleží na situaci a celkových okolnostech. Respondentka 7 na rozdíl od ostatních uvádí, že na daném pracovišti se úkony prvního ošetření prováděly i před 10 lety na břicho matky.

Položka 10: *Odkládalo se i dříve první vážení a měření novorozence po prvotním kontaktu s matkou nebo je intenzivní vztah novorozence s matkou jako priorita trend dnešní doby?*

Tabulka 10 – Odkládání prvního vážení a měření novorozence

R1	<i>Vážilo se a měřilo se hned.</i>
R2	<i>Je to priorita až dnešní doby.</i>
R3	<i>Je to trendem nyní, dříve to bylo individuální.</i>
R4	<i>Dříve se vážení a měření tak neodkládalo.</i>
R5	<i>Dříve se první vážení a měření novorozence neodkládalo, dělalo se co nejdříve po porodu. Dnes se na to nespěchá, nechává se tomu čas. Vážení a měření se neu-</i>

	<i>spěchá. První kontakt s matkou je prioritou.</i>
R6	<i>Provádělo se to hned.</i>
R7	<i>Neodkládalo, je to trend dnešní doby.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Všechny respondentky se shodly na odpovědi, že se první vážení a měření novorozence neodkládalo až po prvním kontaktu, ale provádělo se získávání údajů o váze a míře hned po porodu novorozence.

Položka 11: Vnímáte změny v prvním ošetření pozitivně nebo negativně?

Tabulka 11 – Pocity ze změn v prvním ošetření novorozence

R1	<i>Pozitivně.</i>
R2	<i>Pozitivně.</i>
R3	<i>Pozitivně.</i>
R4	<i>Pozitivně.</i>
R5	<i>Jednoznačně pozitivně, ale musí to mít určitá pravidla, která ne vždy jsou ochotni rodiče akceptovat, např. podvázání a ošetření pupku na břiše matky zásadně neprovádím, i když si to rodiče přejí. Při ošetřování novorozence na sále postupujeme podle standardů, které jsou pro nás závazné.</i>
R6	<i>Spíše pozitivně. Když zůstává dítě u matky, prohlubuje se jejich vztah.</i>
R7	<i>Pozitivně.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Změny v prvním ošetření novorozence vnímají všechny respondentky pozitivně. Respondentka 5 poukazuje na určitá pravidla, která ale musí být při tomto ošetření provedena, aby vše proběhlo v pořádku, díky čemuž tyto změny uvádí za pozitivní.

Položka 12: *Usnadnily Vám tyto změny práci nebo spíše práce více přidaly?*

Tabulka 12 – Náročnost práce

R1	<i>Tyto změny nám práce přidaly.</i>
R2	<i>Práce máme stejně.</i>
R3	<i>Na množství práce to nemá vliv.</i>
R4	<i>Práce nám to více nepřidalo.</i>
R5	<i>Vnímám to tak, že jsou tendence spíše postupy a změny v ošetřování novorozence zjednodušovat a dělat vše ve prospěch dítěte a současně i rodičů. Usnadněním práce bych to ale já nenazvala.</i>
R6	<i>Práce nám to nepřidalo.</i>
R7	<i>To se nedá jednoznačně říct</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Respondentka 1 jako jediná uvádí přímo, že změny v prvním ošetření jim práce přidaly. Respondentka 2 a 3 mají stejný názor a to, že práce mají stejně, změny na nic nemají vliv. Respondentka 4 a 6 zastávají názor, že jim to práce nepřidalo. Respondentka 5 uvádí, že se postupy zjednodušují, ale nejsou tolik prospěšné pro usnadnění práce. Respondentka 7 se nepřiklání ani k jedné možnosti, je to individuální.

Položka 13: *Myslíte si, že novorozenci, kteří ihned po porodu byli celou dobu v kontaktu s rodiči, mají lepší poporodní adaptaci?*

Tabulka 13 – Poporodní adaptace

R1	<i>Je to individuální.</i>
R2	<i>Myslím, že poporodní adaptace je lepší.</i>
R3	<i>V některých případech ano.</i>
R4	<i>Není to u všech stejné, ale v některých případech mají novorozenci lepší adaptaci.</i>
R5	<i>Ano, myslím si, že těsný kontakt s rodiči, především matkou, má podstatný vliv na</i>

	<i>lepší poporodní adaptaci novorozence.</i>
R6	<i>Podle mého názoru ano.</i>
R7	<i>Vždy záleží na zdravotním stavu novorozence.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

3 ze 7 respondentek uvádí, že poporodní adaptace je u novorozence, který byl po porodu v těsném kontaktu se svou matkou, lepší. Respondentky 3 a 4 sdílí stejný názor, že poporodní adaptace je v některých případech lepší po tělesném kontaktu matky s novorozencem. Zbylé respondentky uvádějí, že zlepšení poporodní adaptace je individuální a záleží na stavu novorozence. Určitě nezáleží jen na stavu novorozence, ale i na stavu matky.

Položka 14: *V dnešní době zůstává novorozenec celé 2 hodiny po porodu s rodiči a dále na novorozeneckém oddělení je systém rooming-in. Jak podle Vás rodiče vnímají možnost být s novorozencem v co nejdelším kontaktu?*

Tabulka 14 – Kontakt s novorozencem

R1	<i>Pozitivně, chtějí mít novorozence u sebe.</i>
R2	<i>Většina rodičů to vítá na porodním sále. Na oddělení novorozeneckém už to úplně není, zvláště pokud je noc, matky dávají přednost spánku.</i>
R3	<i>Rodiče vnímají tuto možnost pozitivně.</i>
R4	<i>Na rooming-in chtějí často odpočívat bez dítěte, na porodním sále ale možnost být celou dobu s dítětem oceňují.</i>
R5	<i>Některé matky si přejí zůstat s dítětem v neustálém kontaktu, těch je většina. Vše je ovlivněno stavem matky a dítěte po porodu. Po operativním porodu je to jiné. Dítě zůstává u matky vždy pod dohledem sestry anebo rodinných příslušníků.</i>
R6	<i>Většina rodičů tuto možnost vnímá pozitivně.</i>
R7	<i>Jak kteří, někteří jsou rádi, jiní si chtějí více odpočinout.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Většina rodičů je ráda, když mohou být se svým dítětem co nejvíce. Seznamují se, vytvářejí si vztah. Není tomu tak ve všech případech. Někteří rodiče, hlavně matky, si chtějí po porodu odpočinout a novorozence raději nechají v péči sester. Některé respondentky uvedly i zkušenost, že rodiče vnímají tuto možnost pozitivně po dobu 2 hodin na porodním sále, ale na oddělení preferují spíše odpočinek bez dítěte, kdy ho přenechají novorozeneckým sestřám. Samozřejmě se jedná případ od případu, každý z nás je individuální.

Položka 15: *Setkala jste se někdy s matkami/otci, kteří odmítali systém rooming-in?*

Tabulka 15 – Postoj rodičů k systému rooming-in

R1	<i>Ne, nesetkala.</i>
R2	<i>Ne všechny matky chtějí dítě stále u sebe, každá druhá matka chce, aby bylo dítě po porodu na noc u sester.</i>
R3	<i>Ne, nesetkala.</i>
R4	<i>Nesetkala.</i>
R5	<i>Někdy se najde matka, která si přeje, aby se o dítě po porodu staraly sestry, protože si potřebuje odpočinout, anebo se cítí tak unavená, že se nezvládá o dítě postarat.</i>
R6	<i>Ano, ale je to výjimka.</i>
R7	<i>Ne.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

4 ze 7 respondentek uvedlo, že se nesetkalo s matkami/otci, kteří odmítali systém rooming-in. Respondentky 2 a 5 uvádějí, že se najdou matky, které si přejí, aby se po porodu o jejich dítě starala sestra, protože si potřebují odpočinout, hlavně přes noc. Respondentka 6 se s matkami/otci odmítající systém rooming-in setkala, ale jen výjimečně.

Položka 16: *Přikládal se i dříve novorozence ke kojení v co nejkratším intervalu po porodu nebo tomu bylo jinak?*

Tabulka 16 – První přiložení novorozence k prsu

R1	<i>Ano, přikládal.</i>
R2	<i>Ano, přikládal.</i>
R3	<i>Ano, přikládal.</i>
R4	<i>Dnes i dříve se novorozenec přikládal co nejdříve po porodu.</i>
R5	<i>Dříve se nekladl důraz na časné přiložení novorozence po porodu ke kojení. Děti byly přikládány v pravidelných 3 hodinových intervalech. Dnes se děti kojí podle potřeby novorozence, často i 10-15 krát během 24 hodin, když mají potřebu sát, nutritivně i nonnutritivně. Bývá to tak v prvních dnech po porodu. Na porodním sále se často dnes kojí bezprostředně po porodu, ½ až 1 hodinu po porodu, když má dítě chuť sát, což podporuje zdárné rozběhnutí laktace a přípravu zažívacího traktu dítěte na příjem mateřského mléka.</i>
R6	<i>Pořád se snažíme, aby byl přiložen k prsu co nejdříve.</i>
R7	<i>Přikládal.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Většina respondentek se shodla, že se novorozenec přikládal k prsu co nejdříve po porodu stejně v minulosti, i dnes. Pouze respondentka 5 se podělila o zkušenost z minulosti, kdy se tolik nedbalo na časné přiložení novorozence. Také uvedla, že v dnešní době se na rozdíl od minulosti děti nekojí ve vymezených časových intervalech, ale podle potřeby novorozence a přikládá se novorozenec bezprostředně po porodu, aby se zdárně rozběhla laktace.

Položka 17: Jaké změny podle Vás nastaly ve výživě, kojení novorozence po porodu?

Tabulka 17 – Změny ve výživě novorozence

R1	<i>Stále se klade důraz na kojení, ústup od rutinního dokrmování.</i>
R2	<i>Pořád se preferuje výživa novorozenců kojením.</i>
R3	<i>Na kojení je stále kladen patřičný důraz.</i>
R4	<i>Nejlepší způsob výživy novorozence je stále kojení.</i>

R5	<i>Něco jsem zmínila již v předešlé otázce. Kojení novorozence se v dnešní době věnuje velká pozornost. Na odděleních fungují laktační poradkyně, které maminkám poradí. Také mnoho sester prošlo školením v oblasti laktačního poradenství a máme zkušenosti nejenom osobní, ale i z každodenní praxe. V dnešní době existuje celá řada pomůcek k podpoře kojení, jako jsou kloboučky, odsávačky a další. Pokud dítě není kojeno, existuje celá škála hypoalergenních mlék. Ženy jsou podporovány v kojení dítěte, ale ne nuceny za každou cenu kojit, pokud jsou určité překážky.</i>
R6	<i>Snažíme se co nejvíce matky podporovat v kojení. Pokud to nejde, je dostupná i jiná varianta. K tomuto účelu je dnes mnoho dostupných produktů.</i>
R7	<i>Stále se preferuje plné kojení min. do 6 měsíce věku dítěte, jenom kojení, bez dokrmu.</i>

Zdroj: vlastní

Analýza a interpretace položky

Respondentky se shodují na důležitosti kojení mateřským mlékem, které je plně podporováno a vítáno. Pokud ale nelze novorozence vyživovat tímto způsobem, je v dnešní době mnoho výrobků a dokrmů, které jsou využívány. Určitě se ženy ke kojení nenutí, pokud nemohou kojit z jakéhokoliv důvodu, nejsou do tohoto způsobu výživy novorozence tlačeny. Úkolem sester pracujících na novorozeneckém oddělení je podpora kojení a pomoc ženě při volbě správné techniky a polohy. Na odděleních jsou k dispozici laktační poradkyně, které ženám pomáhají. Samozřejmě sestry jsou buď proškoleny v laktačním poradenství, nebo uplatňují své zkušenosti z praxe.

9 DISKUZE

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány do tabulek a vyhodnoceny. Respondentky se skládaly ze sester novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

V praktické části jsem si stanovila 1 hlavní cíl a 3 podcíle.

Hlavní cíl: Zjistit, k jakým změnám došlo v prvním ošetření novorozence v průběhu 10 let.

Ke zvolenému cíli se vztahují následující položky:

Položka číslo 6 zjišťovala, jestli respondentky zaznamenaly nějaké změny v prvním ošetření novorozence v průběhu jejich praxe. Všechny respondentky se setkali v průběhu své praxe s určitými změnami, které se většinou týkaly přestřížení pupečníku a preferování bondingu.

Další položka, která se vztahovala k hlavnímu cíli, byla položka číslo 7. Položka se zabývala přestřížením pupečníku po jeho dotepání, jestli respondentky v průběhu praxe zažily provádění tohoto úkonu jinak. Všechny respondentky odpověděly, že v minulosti se přestřížení pupečníku provádělo hned po porodu, nečekalo se na jeho dotepání.

Položka číslo 8 zkoumala, jestli se provádělo screeningové vyšetření z pupečnickové krve na zjištění kongenitální syfilis i před 10 lety. Většina respondentek si byla jistá, že se toto vyšetření provádělo i před 10 lety, pouze 2 z nich si nebyly svým názorem úplně jisté, ale domnívají se, že se tento úkon prováděl i dříve.

K danému cíli se vztahovaly i položky číslo 9 a 10, které se zabývaly prováděním úkonů prvního ošetření novorozence a jeho vážení a měření na těle matky. Ne všechny respondentky se shodují při odpovědi na tyto otázky. Většina z nich ale udává, že se tyto úkony dříve na těle matky neprováděly, novorozenec se vážil a měřil hned po porodu. Pouze 1 respondentka odpověděla, že se první ošetření provádělo na břicho matky dříve i dnes.

Položka číslo 16 se také vztahuje k hlavnímu cíli a zjišťuje změny v prvním přiložení novorozence k prsu. 6 ze 7 respondentek uvedlo, že se novorozenec přikládal k prsu hned po porodu i před 10 lety. Pouze 1 respondentka uvedla, že se dříve nekladl důraz na časné přiložení novorozence po porodu.

Podcíl 1: Zjistit, jak zdravotnický personál vnímá změny v prvním ošetření.

K danému podcíli se vztahují položky 11 a 12. V položce číslo 11 jsem se zajímala, jak změny v prvním ošetření novorozence vnímají respondentky. Všechny respondentky tyto

změny vnímají pozitivně. Respondentka 5 změny vnímá také pozitivně, ale udává, že postupy při prvním ošetření novorozence musí mít určitá pravidla, která se musí dodržovat, aby vše proběhlo, tak jak má.

Položka číslo 12 se zabývá tím, jestli změny v prvním ošetření novorozeneckým sestřám práce přidaly nebo práci usnadnily. 1 respondentka uvedla, že změny v prvním ošetření jim práce přidaly. Další respondentky se víceméně shodly na názoru, že změny nemají na množství práce vliv.

Díky rozboru položek jsem došla k názoru, že změny v prvním ošetření jsou prospěšné i pro zdravotnický personál, protože tyto změny vnímá pozitivně a většinou mu nepřibýlo více práce.

Podcíl 2: Zjistit, jestli docházelo v průběhu let k prohloubení tělesného kontaktu matky s novorozencem.

V položce číslo 4 jsem se zajímala, jaké jsou zkušenosti respondentek s prvním ošetřením novorozence po porodu. Většina respondentek uvedla, že mají s prvním ošetřením novorozence bohaté, velké zkušenosti. V průběhu let se apeluje na provádění bondingu po porodu, kdy se prohlubuje vztah matky s dítětem.

Položka číslo 6 se vztahovala i k hlavnímu cíli, ale i k tomuto podcíli, jelikož se zabývá změnami v prvním ošetření a rovněž prohlubuje vztah matky s dítětem. Mezi výrazné změny patří označení dítěte na těle matky a provádění úkonů prvního ošetření na těle matky, provádí se bonding.

K danému podcíli se vztahovaly i položky číslo 9 a 10, které se zabývaly prováděním úkonů prvního ošetření novorozence a jeho vážení a měření na těle matky.

V položce číslo 13 jsem se ptala, zda mají novorozenci, kteří byli ihned po porodu celou dobu v kontaktu s matkou, lepší poporodní adaptaci. 5 ze 7 respondentek si myslí, že je poporodní adaptace lepší, pokud je novorozenec v těsném kontaktu se svou matkou. Podle názoru zbylých respondentek je zlepšení poporodní adaptace individuální.

Dále se k tomuto cíli vztahují položky číslo 14 a 15, kde jsem zkoumala, jak podle novorozeneckých sester vnímají rodiče možnost být s novorozencem v co nejdelším kontaktu a jestli tuto možnost někdy rodiče odmítli. Většina respondentek uvádí, že rodiče tuto možnost vnímají pozitivně na porodním sále, ale na novorozeneckém oddělení se najdou i mat-

ky, které si chtějí odpočinout a tudíž nechají starost o své dítě na novorozeneckých sestřích. Tuto možnost využívají většinou přes noc.

Podle analýzy odpovědí respondentek jsem došla k názoru, že během 10 let došlo určitě k prohloubení vztahu novorozence s matkou. K tomuto účelu v dnešní době pomáhá provádění prvního ošetření, měření a vážení novorozence na těle matky a možnost provádění bondingu. Na novorozeneckém oddělení je systém rooming-in, který umožňuje matce být se svým dítětem v neustálém kontaktu.

Podcíl 3: Zjistit, jestli došlo za posledních 10 let k výrazným změnám ve výživě novorozence.

Položka číslo 16 se vztahuje nejen k hlavnímu cíli, ale i k tomuto podcíli, a zjišťuje změny v prvním přiložení novorozence k prsu. 6 ze 7 respondentek uvedlo, že se novorozenec přikládal k prsu hned po porodu i před 10 lety. Pouze 1 respondentka uvedla, že se dříve nekládl důraz na časné přiložení novorozence po porodu.

K danému podcíli se vztahuje i položka 17, v které jsem se zajímala, jestli nastaly změny ve výživě novorozence po porodu. Všechny respondentky se shodují na důležitosti kojení, v němž jsou matky plně podporovány.

Díky analýze položek, vztahujících se k danému podcíli, jsem došla k závěru, že během posledních 10 let nedošlo k výrazným změnám ve výživě novorozence, neustále se klade důraz na vhodnost kojení mateřským mlékem. Pouze v dnešní době je na trhu více produktů, které pomáhají s výživou novorozence, pokud nelze dítě kojít.

MUDr. Ing. Martin Pánek (2013) shrnul ve svém článku *Současné trendy v péči o novorozence* aktuální postupy v péči o fyziologického novorozence. Uvádí, že práce zdravotnického personálu by měla být v souladu s potřebami novorozence, přáním rodičů, znalostmi zdravotnického personálu a moderními doporučeními. Podle studií je nejvhodnější doba pro podvaz pupečníku mezi 1 a 3 minutou po porodu.

Podle Mydlilové (2011) by měly všechny porodnice k podpoře úspěšného kojení dodržovat 10 kroků. Také by všechny porodnice měly mít vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která by měla být aktualizována podle nejnovějších výsledků výzkumu. V doporučených postupech v neonatologii jsou uvedeny body, které by měla kojící matka před propuštěním z porodnice schopna dodržet. Matka by měla zvládat přiložení dítěte k prsu a necítit přitom bolest, tzn. poznat správně přiložené dítě. Dále by měla poznat, že dítě správně a efektivně

pije. Měla by vědět, že některé dítě vyžaduje kojení častěji než ostatní a mělo by být krmeno minimálně 8x-12x denně. Žena by měla vědět, že by dítě mělo mít 6-8 pomočených plen denně, 3-6 stolic denně a znát percentilové grafy, aby věděla, zda její dítě dostatečně prospívá. V neposlední řadě by měla umět ručně odstříkávat a měla by být před odchodem z porodnice informována o kontaktech na podpůrnou pomoc při kojení.

9.1 Doporučení pro praxi

Ve Zlínské porodnici se čeká na dotepání pupečníku, pokud to tedy umožňuje stav matky i novorozence. Při císařském řezu se na přerušení čeká 1 minutu, pokud to neumožní stav novorozence, provádí se milking.

Sestry na novorozeneckém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně jsou školeny v laktačním poradenství a mají zkušenosti s pomocí při kojení. Kromě toho znají standardy, kterými se musí řídit. Na novorozeneckém oddělení jsou přítomny i laktační poradkyně, které aktivně pomáhají ženám s výživou novorozence, pomáhají ženám najít vhodné kojící polohy a techniky.

Zlínská porodnice má status Baby-friendly Hospital (BFH), kdy se snaží umožnit novorozencům co nejlepší start do života, podporuje a propaguje kojení jako nejvýhodnější způsob výživy novorozence.

Postupy v péči o novorozence jsou v souladu se současnými doporučeními, tudíž by se mělo pokračovat v zavedených postupech.

ZÁVĚR

V předkládané bakalářské práci *Změny v prvním ošetření novorozence v průběhu 10 let* se teoretická část zabývala mimo jiné ošetřením novorozence bezprostředně po narození. Ukazovalo se na dané postupy v prvním ošetření novorozence a co je za potřebí u novorozence provést za úkony. Tato část byla součástí kapitoly *Péče o fyziologického novorozence*, v které byla popsána i poporodní adaptace novorozence, vysvětleny pojmy placentární transfuze a milking, popsáno Apgar skóre a první vyšetření novorozence.

Další kapitola teoretické části se zabývala fyziologickým novorozencem, kde byla popsána charakteristika fyziologického novorozence. Na tuto kapitolu navazovala kapitola zabývající se klasifikací novorozence. Po hlavní kapitole teoretické části *Péče o fyziologického novorozence* následovala kapitola o screeningových vyšetřeních, které se v dnešní době používají v porodnicích. Další kapitola se věnovala historii prvního ošetření novorozence obecně a poté i konkrétně historií na danou problematiku. Poslední kapitola teoretické části se zaměřila na téma bonding, který je v dnešní době nejen součástí péče o novorozence po porodu, ale i součástí jeho dalšího života.

Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu. Pro realizaci kvalitativního výzkumu byla použita forma strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovory byly realizovány tištěnou formou se sedmi respondentkami z novorozeneckého oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Před sestavením výzkumných otázek jsem si stanovila jeden hlavní cíl a tři podcíle. Po analýze rozhovorů jsem došla k závěru, že všechny cíle, které byly stanoveny, jsem splnila.

Každý porod a každý novorozence je individuální a musí se ke každému z nich také individuálně přistupovat. Na základě dané bakalářské práce jsem si prohloubila své znalosti týkající se prvního ošetření novorozence, jakými změnami tyto postupy prošly a jakým směrem se mohou dále zdokonalovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DORT, Jiří, 2011. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 237 s. ISBN 978-80-7043-944-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 189 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3940-3.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, 2009. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

FRITSCHEROVÁ, Lucie, 2013. *Screening novorozenců*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Žárská.

GASKIN, Ina May, 2010. *Zázrak porodu*. Doubice: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-48-8.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 327 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5014-9.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, xxxiii, 952 s., [5] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0668-7.

LIŠKA, Karel, 2013. Resuscitace novorozence. *Neonatologické listy* [online]. Praha: Česká neonatologická společnost, **19**(1), 4 [cit. 2017-04-03]. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf>.

MAREK, Vlastimil, c2002. *Nová doba porodní: život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál : přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-090-1.

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. Metodický návod k zajištění novorozeneckého laboratorního screeningu a následná péče. In: *Věstník MZ ČR* [online]. Částka 6, s. 2-3 [cit. 2017-04-10]. Ke stažení dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c6/2016_12065_3442_11.html.

MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ a I. ANTALOVÁ, 2011. *Bonding – porodní radost: Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. Phara. ISBN 978-80-7436-014-5.

MYDLILOVÁ, Anna, 2011. Kojení donošených novorozenců. In: *Česká neonatologická společnost České Lékařské Společnosti JEP* [online]. Plzeň: Česká Neonatologická Společnost [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/kojeni.pdf>.

PÁNEK, Martin, 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatr. praxi* [online]. 14(6), 1-3 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>.

PAULOVÁ, M., 2006. Značení novorozenců. In: *Česká neonatologická společnost České Lékařské Společnosti JEP* [online]. Plzeň: Česká neonatologická společnost [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Legislativa/Postupy/znaceni-fin.pdf>.

PAŘÍZEK, Antonín, 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-653-3.

SEARS, William a Martha SEARS, 2012. *Kontaktní rodičovství: rozumná cesta k pochopení a výchově dětí*. 1. vyd. Praha: Argo. ISBN 978-80-357-0597-1.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 248 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1613-8.

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA, 2015. *Neonatologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta, 637 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4.

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5127-6.

The Apgar Score, 2015. *American Academy of Pediatrics* [online]. **136**(4), 819-822 [cit. 2016-11-08]. DOI: 10.1542/peds.2015-2651. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/4/819>.

The Apgar Score and Infant Mortality, 2013. *PLOS ONE* [online]. **8**(7), 1-8 [cit. 2016-11-08]. DOI: 10.1371/journal.pone.0069072. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069072>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AGA	Appropriate for gestational age.
BFH	Baby-friendly Hospital.
CAH	Kongenitální adrenální hyperplazie, congenital adrenal hyperplasia.
CH	Kongenitální hypothyreóza, congenital hypothyreodism.
cm	Centimetr.
ELBW	Extremely low birth weight.
FAS	Fetální alkoholový syndrom, fetal alcohol syndrome.
FRC	Funkční reziduální kapacita, functional residual capacity.
JEP	Jan Evangelista Purkyně.
JIRPN	Jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence.
LBW	Low birth weight.
LGA	Large for gestational age.
OAE	Otoakustické emise, otoacoustic emission.
ORL	Otorhinolaryngologie.
př. n. l.	Před naším letopočtem.
SGA	Small for gestational age.
TEOAE	Transient evoked otoacoustic emissions.
tzn.	To znamená.
VLBW	Very low birth weight.
WHO	World health organization.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Délka praxe respondentek.....	39
Tabulka 2 – Pracovní zkušenosti respondentek.....	39
Tabulka 3 – Vzdělání a specializace respondentek	40
Tabulka 4 – Zkušenosti s prvním ošetřením novorozence	41
Tabulka 5 – Služby na porodním sále.....	41
Tabulka 6 – Změny v prvním ošetření novorozence	42
Tabulka 7 – Přestřížení pupečníku.....	43
Tabulka 8 – Provádění screeningového vyšetření na zjištění kongenitální syfilis	44
Tabulka 9 – První ošetření na břicho matky	44
Tabulka 10 – Odkládání prvního vážení a měření novorozence	45
Tabulka 11 – Pocity ze změn v prvním ošetření novorozence	46
Tabulka 12 – Náročnost práce	47
Tabulka 13 – Poporodní adaptace.....	47
Tabulka 14 – Kontakt s novorozencem	48
Tabulka 15 – Postoj rodičů k systému rooming-in	49
Tabulka 16 – První přiložení novorozence k prsu	50
Tabulka 17 – Změny ve výživě novorozence	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Vyhodnocení gestačního stáří podle zralosti (nové Ballardovo skóre)

Příloha P II: Apgar skóre

Příloha P III: Otázky k rozhovorům

PŘÍLOHA P I: VYHODNOCENÍ GESTAČNÍHO STÁŘÍ PODLE ZRALOSTI (NOVÉ BALLARDOVO SKÓRE)

(A) Neuromuskulární zralost							
Známky neuromuskulární zralosti	Skóre						Zde zapíše body
	-1	0	1	2	3	4	
Držení těla							
Čtvercové okénko (zápěstí)							
Trhnutí horními končetinami							
Popliteální úhel							
Šátkové znamení							
Pata k uchu							
Celkové skóre neuromuskulární zralosti							

SKÓRE

neuromuskulární _____
 fyzické _____
 celkem _____

HODNOCENÍ ZRALOSTI

skóre	týdny
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

(B) Fyzická zralost							
Známky fyzické zralosti	Skóre						Zde zapíše body
	-1	0	1	2	3	4	
Kůže	šepkavá, hrbolatá, průhledná	rosolovitá, rudá, průsvitná	hladká růžová, viditelné žíly	povrchové olupování nebo vyrážka, málo žil	praskající bledé oblasti, ojedinělé žíly	pergamenová, hluboké praskliny, bez cév	kožovitá, popraskaná, vrásčitá
Lanugo	žádné	řidce	hojně	řidnoucí	lysé oblasti	většinou lysina	
Povrch chodidla	pata-prsty 40-50 mm: -1, < 40 mm: -2	> 50 mm, bez rýhování	slabá červená znaménka	pouze anteriorní transverzální rýhování	rýhování ant. 2/3	rýhování po celém chodidle	
Prsní bradavka	nepatrná	sotva patrná	plochá areola, bez bradavky	tečkovaná areola, bradavka 1-2 mm	zvýšená areola, bradavka 3-4 mm	plná areola, pupen 5-10 mm	
Oči/uši	víčka spojená volně: -1, těsně: -2	víčka otevřená, boltec plochý, zůstává svinutý	nepatrně zakřivený boltec, měkký, pomalý návrat	dobře zakřivený boltec, měkký, s pohotovým návratem	zformované a pevné, okamžitý návrat	tuhá chrupavka, tuhé uši	
Genitál (mužský)	skrotum ploché, hladké	skrotum prázdné, slabé rýhy	varlata v horním kanálu, ojedinělé rýhy	varlata sestupující, několik rýh	varlata sestuplá, řádné rýhování	varlata visí, hluboké rýhování	
Genitál (ženský)	kliitoris prominuje, labia plochá	kliitoris prominuje, malá labia minora	kliitoris prominuje, zvětšená labia minora	labia minora i maiora prominují stejně	labia maiora velká, labia minora malá	labia maiora překrývají kliitoris i labia minora	
Celkové skóre fyzické zralosti							

GESTAČNÍ STÁŘÍ (C)

podle data _____
 podle ultrazvuku _____
 podle vyšetření _____

Zdroj: Leifer, 2004, s. 353

PŘÍLOHA P II: APGAR SKÓRE

Tab. 7.2 Skóre podle Apgarové				
Body	0	1	2	Vyhodnocení
srdeční akce	žádná	pod 100/min	nad 100/min	0–3 body těžká porodní asfyxie 4–7 bodů mírná nebo střední porodní asfyxie 8–10 bodů norma, dobrý stav
dýchání	žádné	pomalé, nepravidelné	pravidelné, křik	
svalový tonus	žádný	slabý	přiměřený	
reakce na podráždění	žádná	grimasa	křik	
barva kůže	celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová	

Zdroj: HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014, s. 219

PŘÍLOHA P III: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Pracovala jste vždy na novorozeneckém oddělení? Jak dlouho pracujete na novorozeneckém oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně? Máte zkušenosti i s jiným pracovištěm?

Jaké je Vaše vzdělání, specializace?

Jaké jsou Vaše zkušenosti s prvním ošetřením novorozence po porodu?

Měla jste/máte služby na porodním sále?

Zaznamenala jste nějaké změny v prvním ošetření novorozence v průběhu Vaší praxe?

Pokud to umožní stav novorozence, provádí se přestřížení pupečnicku až po jeho dotepání. Zažila jste v průběhu Vaší praxe, že by se u fyziologického novorozence tento úkon prováděl jinak?

Provádělo se i před 10 lety u všech novorozenců screeningového vyšetření z pupečnickové krve na zjištění kongenitální syfilis?

V dnešní době se fyziologickému novorozenci po porodu vyšetřují životní funkce na břicho matky. Také se provádí značení novorozence u matky. Bylo tomu tak i před 10 lety?

Odkládalo se i dříve první vážení a měření novorozence po prvotním kontaktu s matkou nebo je intenzivní vztah novorozence s matkou jako priorita trend dnešní doby?

Vnímáte změny v prvním ošetření pozitivně nebo negativně?

Usnadnily Vám tyto změny práci nebo spíše práce více přidaly?

Myslíte si, že novorozenci, kteří ihned po porodu byli celou dobu v kontaktu s rodiči, mají lepší poporodní adaptaci?

V dnešní době zůstává novorozenec celé 2 hodiny po porodu s rodiči a dále na novorozeneckém oddělení je systém rooming-in. Jak podle Vás rodiče vnímají možnost být s novorozencem v co nejdelším kontaktu?

Setkala jste se někdy s matkami/otci, kteří odmítali systém rooming-in?

Přikládal se i dříve novorozenec ke kojení v co nejkratším intervalu po porodu nebo tomu bylo jinak?

Jaké změny podle Vás nastaly ve výživě, kojení novorozence po porodu?