JIHOĻESKÁ UNIVERZITA V ĻESKÝCH BUD'nJOVICÍCH
ZDRAVOTN'n SOCIÁLNÍ FAKULTA

BakaláŚská práce

2011 **Klára Kubátová**

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNÍ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Souč asné priority v péči o fyziologického novorozence v porodnici z pohledu matek

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr.Milan Hanzl, Ph.D.

Autor práce:
Klára Kubátová

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „**Současné priority v péči o fyziologického novorozence v porodnici z pohledu matek**“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne . . . .

Klára Kubátová

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce MUDr. Milanu Hanzlovi, Ph.D. za laskavé vedení bakalářské práce, trpělivost, podporu a poskytování cenných rad během konzultací.

OBSAH

Úvod **3**

1. Souasný stav problematiky **4**

1.1. Fyziologický novorozenec **4**

1.2. První oetení novorozence **4**

1.2.1. Oetovatelská pée v bezprostedním poporodním období 5

1.2.1.1. Pée o pupeník 5

1.2.1.2. Hodnocení asné adaptace (Apgar scóre) 6

1.2.1.3. Identifikace novorozence 7

1.2.1.4. První pisloení a kontakt „skin to skin“ 7

1.2.2. Oetovatelská pée v asném poporodním období 8

1.2.2.1. První vyetení lékaem 8

1.2.2.2. Dekontaminace spojivkového vaku (kredeizace) 8

1.2.2.3. Prevence krvácivé choroby novorozenc 9

1.3. Systém pée o novorozence po dobu pobytu v porodnici **9**

1.3.1. Screeningová vyetení 10

1.3.1.1. Laboratorní screening 10

1.3.1.1.1. Screening vrozené syfilis 11

1.3.1.1.2. Screening vrozených metabolických vad, kongenitální hypotyreózy (SKH), kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) a cystické fibrózy (CF) 11

1.3.1.2. Klinický screening 12

1.3.1.2.1. Screening kyl 13

1.3.1.2.2. Screening kongenitální katarakty 13

1.3.1.2.3. Screening na vrozené vývojové vady ledvin 13

1.3.1.2.4. Screening vrozených poruch sluchu novorozence 13

1.3.2. Systém pée rooming-in 14

1.4. Výiva **14**

1.4.1. Pirozená výiva 15

1.4.1.1. Technika a hlavní zásady kojení 15
1.4.1.2. Výhody kojení 17
1.4.2. Krmení náhradami mateřského mléka 18
1.5. Vztah matky a novorozence 19
1.5.1. Prenatální komunikace 19
1.5.2. Bonding 20
1.5.2.1. Proč je bonding tak důležitý 21
1.5.2.2. Vliv neprobíhajícího bondingu 22
2. Cíl práce a výzkumné otázky 24
2.1. Cíl práce 24
2.2. Výzkumné otázky 24
3. Metodika 25
3.1. Použitá metodika 25
3.2. Charakteristika výzkumného souboru 25
4. Výsledky 26
4.1. Interpretace rozhovorů s matkami 26
4.2. Výsledky rozhovorů s matkami zpracované do tabulek 36
5. Diskuze 41
6. Závěr 45
7. Základní zásady spolupráce mezi matkami fyziologických novorozenců a ošetřovatelským personálem 47
8. Klíčová slova 49
9. Seznam použité literatury 50
10. Přílohy 54

Úvod

Příchod dítěte na svět z mateřiny naprosté ochrany jejím tělem i jejími schopnostmi je velkým zážitkem v lidském životě nejen pro dítě, ale i pro jeho matku (24, s. 44). První společně strávené chvíle jsou pro ně nejen nezapomenutelné, ale i významné pro jejich budoucí vztah. Proto bychom se měli v porodnici zaměřit na to, aby jejich společný pobyt zde byl co nejpříjemnější a pokud to jen trochu jde, splnit jim přání, která mají.

Tato práce se zaobírá problematikou, řešící současné priority matek v péči o fyziologického novorozence v porodnici. V současné době jsou z pohledu zdravotníků priority ošetření novorozence v porodnici složeny především z aktivit, které jim umožňují identifikaci, první vyšetření, prevenci infekce, zahájení kojení a to vše při současném zabezpečení neruženého průběhu adaptace a upevnění vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem. Nejen pro matky, ale i pro zdravotníky, by bylo velkým přínosem a ulehčením vědět, co přesně matky během celkové péče o novorozence v porodnici upřednostňují.

Podle mého názoru se můžeme občas mýlit v našich domněnkách, co by matky rády a jaké situace očekávají. Každá z nich je individuální jedinec se svými vlastními názory a přáními. Proto považuji komunikaci mezi zdravotnickým personálem a matkami na šestinedělí za hlavní prioritu, která nám pomůže lépe objasnit a zjistit přání, jaká každá z matek má a považuje za nejdůležitější během zde strávené doby.

1 Souļasný stav problematiky

1.1 Fyziologický novorozenec

O fyziologickém novorozenci mluvíme u vŊtġiny pŚípadŢ vġech narozených dŊtí. Klasifikován je podle dvou dŢleġitých parametrŢ: délka gravidity a porodní hmotnost. Zralý, donoġený, eutrofický novorozenec je funkļnŊ plnŊ pŚipraven na opuġtŊní intrauterinního ġivota. Jeho poporodní adaptace je zcela normální. (2, 17, 20)

Jako fyziologického novorozence oznaļujeme toho, který se narodil po fyziologickém tŊhotenství v 37. ï 42. týdnu gravidity a jehoġ váha se pohybuje v rozmezí 2500 ï 4500g. (prŢmŊrnŊ 3500g.). Jeho délka se prŢmŊrnŊ nachází okolo 50cm, obvod hlavy mezi 33 ï 35cm a obvod hrudníku je menġí o 1 ï 2cm neġ obvod hlavy. V axile by se mŊla tŊlesná teplota pohybovat okolo 36,4 ï 36,8 zatímco v koneļníku nalezneme tŊlesnou teplotu o hodnotách 36,6 ï 37,2. PrŢmŊr frekvence dýchání nalézáme kolem 40 dechŢ/min a prŢmŊr tepové frekvence je v rozmezí od 120 do 140 tepŢ/min. KŢġe fyziologického novorozence je rŢġová, pokrytá mázkem, který najdeme pŚedevġím v koġních záhybech. Dále mŢġeme na zádech objevit zbytky lanuga a na nose patrné ġlutobŊlavé teļky nazývající se milia. Uġní boltce mají jiġ dobŚe a správnŊ vyvinutou elastickou chrupavku, nehty novorozence jsou delġí neġ ġpiļky prstŢ a na ploskách nohou objevíme rýhování po celé jejich délce. U chlapcŢ jsou jiġ zralá varlata sestouplá ve skrótu a u dŊvļátek pŚekrývají labia major labia minor. Nemá somatické ani funkļní známky nezralosti (2, 4, 5, 6, 10, 12)

1.2 První oġetŚení novorozence

První oġetŚení novorozence na porodním sále je soubor aktivit, které nám umoġŔují první vyġetŚení, identifikaci, prevenci tepelných ztrát, prevenci infekce, pŚi souļasném zabezpeļení neruġeného prŢbŊhu adaptace a upevnŊní vzájemného vztahu mezi matkou a dítŊtem. Tyto aktivity provádíme dle nutnosti buŅ v bezprostŚední, nebo ļasné poporodní adaptaci. (26)

Novorozence oġetŚuje porodní asistentka nebo dŊtská sestra, která respektuje fyziologické a anatomické adaptaļní dŊje a bŊhem oġetŚování minimalizuje tepelné ztráty. Porodník pŚedává novorozence dŊtské sestŚe do rukou s nahŚátou rouġkou, která mŢġe cípy rouġky osuġit dítŊti obliļej a uvolnit tím dýchací cesty. Poté ho uloġí bŚíġkem na kŢġi matky Ăskin to skinñ, zde novorozence osuġí, vymŊní vlhkou rouġku za druhou nahŚátou a pŚikryje ho vļetnŊ hlavy. První kontakt Ăskin to skinñ by mŊl být umoġnŊn tak dlouho, jak je moġné, ideálnŊ po celou zbývající dobu pobytu na porodním sále ļi do prvního pŚiloġení. Pokud nelze poloġit novorozence na bŚicho matky Ăskin to skinñ, oġetŚujeme novorozence ve výhŚevném lŢġku v blízkosti matky. BŊhem oġetŚení a poté dŊtská sestra hodnotí novorozence za pomoci skóre dle Apgarové v 1., 5. a 10. minutŊ. Veġkeré ostatní výkony spadající do poporodního oġetŚení (váġení, mŊŚení, kredeizace, aplikace vitamínu K) mohou být odloġeny po dobu prvního kojení. (6, 26)

1.2.1 OġetŚovatelská péļe v bezprostŚedním poporodním období

Nezbytné aktivity jako je oġetŚení pupeļníku, zhodnocení poporodní adaptace, zajiġtŊní optimálního termomanagementu a umoġnŊní kontaktu Ăskin to skinñ, by mŊly být vykonány bezprostŚednŊ po porodu a to v dobŊ do 30 minut. (26)

1.2.1.1 Péļe o pupeļník

Po porodu dítŊte obvykle pŚeruġujeme pupeļník nejdŚíve za 30 sekund ve chvíli, kdy v nŊm pŚestává tepat, aby novorozenec dostal jeġtŊ co nejvíce krve z placenty, která ho obohatí o ġelezo rozpadající se z krevního barviva. Pupeļník podváġeme elastickou ligaturou nebo plastovou pupeļníkovou svorkou co nejblíġe k tŊíļku, pŚibliġnŊ kolem 2 cm, aby zbylý pahýl byl malý a nebyl zdrojem k bujení infekce. Odesinfikujeme místo pŚeruġení pupeļníku a pŚestŚíhneme sterilními nŢġkami. Na závŊr pahýl pŚekryjeme sterilním ļtvercem a bŊhem toho kontrolujeme poļet cév. (7, 18, 26)

1.2.1.2 Hodnocení časné adaptace (Apgar skóre)

Od roku 1953 poporodní adaptaci novorozence hodnotíme dle systému, který vytvořila Virginie Apgarová. Ihned po porodu hodnotí tento systém stav dítěte a podává nám informace o tom, jak novorozenec snáší adaptaci. Princip je založen na posouzení při projevů dítěte v 1., 5. a 10 minutě, kdy nás zajímá srdeční frekvence, dechová aktivita, barva kůže daná prokrvením, svalový tonus a reakce na podráždění. Každý projev hodnotíme 0, 1 či 2 body, kdy nejvyšší počet je 10 bodů a nejnižší 0 bodů. U fyziologického novorozence se tyto body pohybují v rozmezí od 10 do 7 bodů, pokud je skoré nižší než 7 označujeme dítě jako rizikové. (4, 5, 6)

Apgar skóre by nemělo hodnotit porodník, ale nezávislá osoba, která dítě přebírá a ošetřuje například dětská sestra. V 55 sekundě po porodu začínáme s posuzováním Apgar skóre, pokud ovšem nastanou nějaké komplikace, nebudeme s pomocí čekat celou minutu, ale začneme ihned s patřičným ošetřením. (5)

Srdeční frekvenci posuzujeme palpačně nebo fonendoskopem. Nemusíme hodnotit celou minutu, stačí odpočítat 6 vteřin a počet pulsů vynásobit deseti. (5)

Dechovou aktivitu pozorujeme sledováním pohybů hrudníku anebo můžeme opět použít fonendoskop. Bezprostředně po porodu má ovšem téměř každý novorozenec nepravidelné dýchání, tudíž do pozorování zahrneme i zhodnocení barvy kůže a sliznice. (5)

Správný svalový tonus se u fyziologického novorozence v klidové poloze projevuje tím, že dolní i horní končetiny jsou flektované a po jejich natažení se opět vracejí do flexe. (5)

Reakci na podráždění zhodnotíme při stimulaci plosek nohou či odsáváním z dutiny ústní (které se však nedělá paušálně), kdy nám dítě zareaguje pláčem či grimasou. Pokud má novorozenec srdeční frekvenci nad 100/min., dýchání je dostačující, svalový tonus je odpovídající a sliznice jsou růžové, stačí stimulace novorozence pouze otíráním zahřátými plenami.(5, 6)

Barvu kŢǵe a sliznice zhodnotíme na periferiích a centrálnŊ TémŊŚ vǵechny dŊti jsou po porodu chvilku perifernŊ cyanotické, ale po krátké dobŊ nám zaļ ne rŢǵovŊt tŊlo a tváŚe novorozence. (5)

1.2.1.3 Identifikace novorozence

Identifikace novorozence patŚí mezi základní neopominutelnou ļ innost bŊhem prvního oǵetŚení na porodním sále, tato identifikace je v souladu s Metodickým pokynem ĻneoS, VŊstníkem Ministerstva zdravotnictví 2010. BezprostŚednŊ po narození a péļ i o pupeļ ní pahýl, oznaļ ujeme novorozence v blízkosti matky. Pokud nastanou nŊjaké komplikace, je nutné oznaļ it novorozence pŚi nejbliǵǵí moǵné pŚíleǵitosti. K identifikaci se vŊtǵinou pouǵívá nerozpojitelný plastový náramek s údaji týkající se jména a pŚíjmení dítŊte i matky, data a ļ asu narození, poŚadového ļ ísla porodu, symbolu pohlaví a váhy, který dítŊti pŚipevníme na zápŊstí. Ve stejnou dobu co oznaļ ujeme dítŊ, identifikujeme i matku pro pŚípadnou kontrolu pŚísluǵnosti dítŊte k matce. (6, 20, 26)

1.2.1.4 První pŚiloǵení a kontakt Ăskin to skinñ (bonding)

Nejen pro správnou tvorbu mléka, úspŊǵné, dlouhodobé kojení, ale i pro rozvoj interakce a posílení citového pouta mezi dítŊtem a matkou je první pŚiloǵení velice dŢleǵité. Tento kontakt navozuje u dítŊte správnou regulaci tŊlesné teploty, akce srdeļ ní i dýchání. Novorozenec rozpoznává v tŊsné blízkosti matky její hlas, poznává její vŢni a uklidŔuje se tlukotem jejího srdce. Okamǵiky, které oba dva proǵívají pŚi prvním vzájemném poznávání, nazýváme bondingem a je to základním stavebním kamenem pro vytvoŚení silného citového pouta. (6, 15)

Podle nŊmeckého výzkumu, mají bradavky matky stejný pach jako plodová voda, kterou je miminko pokryto a právŊ díky tomuto pachu dokáǵe novorozenec sám bradavku najít. To je dŢvodem, proļ si novorozenec po porodu ochutnává své pŊstiļ ky, aby si pŚiļ ichl a ochutnal pach plodové vody, kterou má

na sobě a lépe potom vyhledal bradavku. Nejlépe je přiložit novorozence k prsu k prvnímu sání do 30 minut, kdy je jeho touha k sání nejsilnější. (6, 13, 15, 20)

1.2.2 Ošetřovatelská péče v časném poporodním období

Ostatní aktivity, které nemusíme provádět bezprostředně po porodu, mohou počkat až do transportu novorozence z porodního sálu. Spadá do nich první ošetření neonatologem, váţení novorozence, kredeizace a prevence krvácivé nemoci podáním vitamínu K. Tyto činnosti bychom měli provést v období mezi 30 – 120 minutami po narození novorozence. (26)

1.2.2.1 První vyšetření lékařem

Vyšetření lékařem by mělo být rychlé, šetrné, důkladné a systematické. Pro následnou péči a posouzení novorozence po porodu jsou pro neonatologa velice důleţité informace o rodinné a osobní anamnéze matky, průběhu těhotenství a průběhu porodu. Tyto informace mu mohou pomoci zjistit případné vrozené vývojové vady, poruchy adaptace či porodní traumata. Důleţité je, aby lékař objevil stavy, které vyţadují urgentní řešení, vlastný speciální přístup nebo další vyšetření. (2, 26)

Vyšetření by se mělo provádět v přítomnosti obou rodičů v průběhu „skin to skin“ kontaktu s matkou nebo minimálně v jejich blízkosti, pokud to lze. Projevuje-li se novorozenec zcela fyziologicky, můţeme s prvním vyšetřením počkat, nejlépe ho však vyšetřit do 2 hodin po porodu. (2, 26)

1.2.2.2 Dekontaminace spojivkového vaku (kredeizace)

K dalšímu kroku během ošetření novorozence na porodním sále patří kredeizace v rámci profylaxe neonatální konjunktivity. Provádí se za pomoci Ophtalmo – Septonexu, kdy kápneme 1 – 2 kapky do spojivkového vaku a zbytek přetékajícího roztoku odsajeme mulovým čtverečkem. Vţdy dáváme pozor, aby se roztok z jednoho oka nedostal do oka druhého. (6, 20, 26)

1.2.2.3 Prevence krvácivé choroby novorozenců

Většinou jednou na porodním sále podáváme vitamín K jako prevenci krvácivé nemoci novorozence. Kanavit podáváme novorozenci per os dle ordinace lékaře, můžeme ho také podat i intramuskulárně. (6, 20, 26)

1.3 Systém péče o novorozence po dobu pobytu v porodnici

V následujících 24 hodinách musíme novorozence bedlivě sledovat. V této době můžou vznikat různé odchylky v adaptaci, hlídáme především vitální funkce, tělesnou teplotu, neurologické projevy, odchod smolky, moče a kontrolujeme, zda nekrvácí pupeční pahýl. (2)

Novorozenec bývá většinou ošetřován spolu s matkou na oddělení šestinedělí v tzv. systému péče roming-in. Po uplynutí 24 hodin patří k pravidelným denním činnostem kolem dítěte na porodnici vyšetření lékařem, kontrola a péče o pupeční pahýl, pravidelné vážení a měření teploty (vždy ve stejnou dobu), pečování o pokožku, nácvik kojení, kdy jsou matce k dispozici dětské sestry anebo popř. laktační poradkyně, nácvik správného přebalování a oblékání novorozence, hygienou novorozence a v neposlední řadě zajištění termomanagementu. (8, 20)

V porodnici se také zabýváme vývojem váhové křivky novorozence. Během prvních tří dnů po porodu považujeme za přijatelné a normální, pokud má dítě hmotnostní úbytek okolo 5 – 10% své porodní hmotnosti. Úbytek je zapříčiněn odchodem smolky, moči, ztrátou mázku, zaschnutí pupečního pahýlu a především úbytkem tělesné vody. Tato ztráta by neměla překročit 10%, většinou do 10 – 14 dní by zdravý novorozenec měl svojí hmotnostní ztrátu opět dorovnat. (3, 18, 20)

Mezi další činnosti v porodnici patří i první koupel dítěte, kterou provádíme nejdříve po jeho časné stabilizace a uplynutí 2 – 4 hodin po porodu. Dětská sestra matku poučí o správné teplotě vody a ukáže jí, jakým způsobem postupovat během koupání novorozence. V následujících dnech již zvládá matka

koupel sama nebo pod dohledem dětské sestry. Není nutné ovšem novorozence každý den koupat, denně se musíme zabývat hlavně omýváním genitálií, zadělku a míst, kde se nám mohou objevit opruzeniny. (1, 7, 18)

Odstranění pupečního pahýlu se provádí většinou dle zvyklosti porodnice. Pupeční pahýl můžeme odstranit chirurgicky za podmínek, že od porodu uplynulo již 48 hodin a pupeční pahýl je zaschlý bez známek zánětlivých změn. K výkonu jsou zapotřebí dvě osoby, kdy jedna osoba zafixuje ruce a nohy a druhá za pomoci sterilního skalpelu odstraňuje zaschlý pahýl. Po odříznutí ránu dezinfikujeme, kryjeme sterilním tampónkem a obvazem. Poté se matka poučí, že musí kontrolovat každou půl hodinu po dobu 3 hodin, zda obvaz neprosakuje krví. Sama sestra kontroluje ránu, jestli nekrvácí a sleduje, zda z rány neodtéká moč či sekret charakteru stolice. Celý výkon je nebolestivý. Druhým způsobem jak odstranit pupeční pahýl je, že ho necháme samovolně uschnout a odpadnout. (1, 7, 13, 18)

1.3.1 Screeningová vyšetření

Základní screeningová vyšetření se provádějí během doby pobytu v porodnici. Tato vyšetření spadají pod preventivní opatření v pediatrii a jejich cílem je zjistit odchylky, poruchy nebo nemoci u novorozence zdánlivě zdravého nebo bez příznaků daného onemocnění. Za zásadní lze považovat fakt, že jde v případě včasného odhalení těchto onemocnění o onemocnění úspěšně léčitelná (26, s. 63). (6, 20)

1.3.1.1 Laboratorní screening

Tento screening nám umožní za pomoci laboratorních testů vyhledat a zjistit rizikové či nemocné novorozence, kteří jsou na první pohled zdraví bez příznaků daného onemocnění. (26)

1.3.1.1.1 Screening vrozené syfilis

Vyšetření nám poukazuje na možný průkaz protilátek v krvi novorozence vytvořených po setkání s nosičem syfilis. Skládá se z dvou testů, treponemový test (TPHA) a netreponemový test (RRR). Pokud má matka v době těhotenství syfilitickou infekci, může se to u dítěte projevit různými formami poškození kvality zdraví, která se může projevit slabomyslností, hluchotou či slepotou. Test se provádí většinou z pupečníkové krve, která se nechá natéct z přeříznutého pupečníku do předem označené zkumavky. (4, 26)

1.3.1.1.2 Screening vrozených metabolických vad, kongenitální hypotyreózy (SKH), kongenitální adrenální hyperplázie (CAH) a cystické fibrózy (CF)

Tento screening je v České republice povinný a provádí se celoplošně u každého novorozence mezi 48 - 72 hodinou po porodu. Odběr se provádí z patičky novorozence, po jejím pečlivém zahřátí a dezinfekci roztokem bez jódu. Po vpichu do patičky první kapku setřeme, přiložíme speciální odběrovou kartičku a krví necháme nasáknout vyznačené místo. Po odebrání necháme zaschnout a poté zašleme i s pečlivě vyplněnou žádankou do referenční laboratoře. Z laboratoře nám poté přijdou výsledky, zdali novorozenec trpí nebo netrpí některou ze základních 10 metabolických vad, kongenitální hypotyreózou, kongenitální adrenální hyperplazií či cystickou fibrózou. (4, 6, 20, 30)

V této době se dělá screening na 10 vrozených metabolických vad. Jedno z těchto onemocnění, které je nutno podchytit je fenylketonurie. Fenylketonurie je geneticky podmíněná porucha metabolismu. Novorozenec nemá po porodu žádné klinické příznaky, až později se u něj může projevit dermatitida, křeče a progreduje mentální retardace. Mezi typický příznak řadíme moč zapáchající po myšině. Pokud se onemocnění zachytí již v počátku, je léčitelné, při nezjištění je nemocný doživotně postižen a znamená to pro něj těžké mentální postižení. (4, 6, 20, 30)

Kongenitální hypotyreózou označujeme vrozenou nedostatečnost štítné žlázy. Mezi hlavní příčiny tohoto onemocnění řadíme poruchu vývoje a růstu štítné žlázy během intrauterinního vývoje. Ze začátku se porucha projevuje poruchami termoregulace, poruchou příjmu potravy, širokou otevřenou velkou fontanelou a prolongovaným ikterusem. V pozdějším stádiu přicházejí změny ve vzhledu dítěte jako plochý nos, velký jazyk, suchá, hladká kůže. Pokud je nemoc diagnostikovaná a léčena v pozdním stádiu vede až k poškození mozku a zpomalení tělesného a duševního vývoje. Ihned po zjištění diagnózy se dítěti začne podávat tyroxin, poté je vývoj dítěte normální. (6ā 20, 30)

CAH je vrozená nedostatečnost nadledvin, která se dědí autozomálně recesivním genem. Při tomto onemocnění dochází k nadměrné tvorbě androgenů, u dívek se to projevuje virilizací genitálu. Pokud se porucha neléčí, přidávají se k ní i symptomy jako jsou zvracení, neprospívání, dehydratace, hyponatrémie a hyperkalémie. Ohrožuje dítě poruchami tělesného vývoje a náhlým úmrtím. Tomu všemu ovšem můžeme předejít včasnou léčbou za pomoci glukokortikoidů. (6, 20, 30)

Cystická fibróza je závažné, geneticky podmíněné onemocnění, které postihuje především dýchací a trávicí ústrojí. Nemocní s touto chorobou neprospívají, nepřibývají na váze, mohou trpět výhřezy konečníku, objevují se u nich časté infekce dýchacích cest, které následně mohou vést k poškození plic a typickým znakem je pro ně výrazně slanější pot než u zdravých jedinců. Za pomoci tohoto screeningu se podchytí děti s cystickou fibrózou již do 2 měsíce, kdy se u většiny z nich zatím neobjevily žádné příznaky této choroby. Díky tomu jsou jejich vyhlídky na nemoc příznivější, neboť se léčba zahajuje okamžitě. (30)

1.3.1.2 Klinický screening

Klinickým screeningem rozumíme vyšetření novorozence, během něhož hodnotíme vývojové odchylky, průchodnost jícnu, anu a rekta, reflexi novorozence a jeho celkový stav. (4)

1.3.1.2.1 Screening kyčlí

Povinným screeningem je i vyšetření kyčlí, které se provádí v tzv. plánu trojího síta. Nezbytné je pro zjištění přítomnosti dysplazie kyčelního kloubu sonografické vyšetření ortopedem. Lékaři prohlídky dítěte v těchto etapách, poprvé jsou v porodnici 3. – 5. den po porodu, další kontrola je v 6. týdnu života novorozence a poslední ve 3. – 4. měsíci. (4, 6, 20, 26)

1.3.1.2.2 Screening kongenitální katarakty

Vyšetření zraku opět řadíme mezi povinný screening. Onemocnění se objevuje v souvislosti s metabolickými vadami, intrauterními záněty oka či vrozenými vadami. Katarakta může vést až k těžké tupozrakosti. (8, 22)

Vyšetření se provádí před propuštěním novorozence z porodnice při spontánně otevřených očích za pomoci oftalmoskopu ze vzdálenosti 30 centimetrů. V místnosti by mělo být snížené osvětlení. Test je negativní pokud se paprsky odrážejí od sítnice a objeví se červený reflex, pokud se tento reflex neobjeví je nutno zavolat oftalmologa k dalšímu vyšetření. Je-li diagnóza pozitivní, s léčbou by se mělo začít nejdéle mezi 4. – 8. týdnem stáří dítěte. (6, 20, 26)

1.3.1.2.3 Screening na vrozené vývojové vady ledvin

Mezi další screeningové metody patří ultrazvukové vyšetření ledvin. Vyšetření nám může poukázat na možné anomálie a umožňuje nám tím včasnou diagnostiku a léčbu. Lékaři prohlídky dítěte většinou 4. - 5. den po porodu. Screening ledvin neřadíme mezi povinné screeningy, ale v této době se provádí téměř v každé nemocnici. (6, 26)

1.3.1.2.4 Screening vrozených poruch sluchu novorozence

Vyšetření sluchu provádíme v případě, pokud se poruchy objevily v rodině, novorozenec má vrozené malformace hlavy a krku, po dlouhodobé

intenzivní péči, těžkých infekcích a u dětí s váhou pod 1500 gramů. V některých nemocnicích se tento screening provádí u všech novorozenců. Test se provádí metodou reflexní audiometrií, kdy měříme akustické emise a sluchově evokované potenciály. Během vyšetření by novorozenec měl být v klidu v tiché místnosti a nejlépe po jídle. (3, 6, 26)

1.3.2 Systém péče rooming-in

Rooming-in pro nás znamená nepřetržitý pobyt miminka s maminkou společně ve stejném pokoji ve dne i v noci po celou dobu pobytu v porodnici. Ve chvílích, kdy je matka s miminkem, se naučí rychleji rozpoznat potřeby svého děťátka i to, jak se o novorozence nejlépe postarat, jak jej konejšit a uklidnit. Tento pobyt přináší mnoho výhod nejen pro matku, ale i pro dítě. Kojícím matkám usnadňuje kojení, podporuje lepší tvorbu mléka, tyto ženy vůbec déle a výlučně pouze kojí. Rooming-in je výhodnější i pro děti. V přítomnosti matky dítě méně pláče, rychleji se uklidní a tráví více času klidným spánkem. Novorozenec pobývající s matkou na pokoji rooming-in, pije více mateřského mléka, přibírá vůbec denně v průměru více váhy, a má menší pravděpodobnost novorozenecké žloutenky. (20, 22, 23)

Rooming-in má vůbec i další dlouhodobé klady pro maminku i miminko. Vědecké práce dokazují, že výskyt zneužívání, zanedbávání či opuštění dítěte je nižší u matky, která v období raného těstinedělí tráví čas s dítětem a dlouhodobý kontakt se svým novorozencem. (22)

1.4 Výživa

Správná výživa dítěte je jednou ze základních podmínek zdravého vývoje organismu (6, s. 137). Výživa v novorozeneckém a kojeneckém věku dává základ pro stravovací návyky, které v budoucnosti ovlivňují jedince a jeho zdraví po celý život. Tento vliv na dítě může být pozitivní, ale i negativní. Pokud je složení potravy nevyvážené a nevhodné je to poté i jednou z příčin vzniku řady

tzv. civilizaţních nemocí, kdy jejich koŕeny se mţgou vytvoŕit právţ v tomto období. Strava by tedy mţla obsahovat vţechny základní sloţky potravy a dostateţný pŕísun energie, ale zároveň by nemţla pŕetţžovat zaţívací trakt. (6, 19)

1.4.1 Pŕirozená výţiva

Kojení patŕí k nejpŕirozenţjţím vţcem na svţtţ a je právem kaţdé ţeny. Poskytuje novorozenci nenahraditelný a jedineţný zpţsob pŕirozené výţivy. Mateŕské mléko má ideální teplotu, je sterilní, vţdy je k dispozici, bez jakékoliv pŕedeţlé pŕípravy a je ekonomicky nenároţné. (6, 16, 20, 28)

Velkou a dţleţitou roli hraje pŕi ochranţ proti infekcím, obsahuje totiţ ŕadu látek s bakteriostatickým, baktericidním a protizánţtlivým úţinkem. Mezi tyto látky spadají leukocyty, laktoferin, lysozym, dále imunoglobulin IgA, který zaŕizuje ochranu dítţte proti infekcím. Dalţí prospţšné ţiviny, obsaţeny v mateŕském mléce pomáhají pŕi vývoji imunitních reakcí. Novorozenci dává tato strava dostatek potŕebných bílkovin, sacharidţ, tukţ a vitamínţ. Je to ideální výţiva, která se pŕizpţsobuje mţnícím se nárokţm rostoucího dítţte. (6)

1.4.1.1 Technika a hlavní zásady kojení

Jedním ze základních úspţchţ kojení je správné zvládnutí techniky kojení, která spoţívá nejen ve správné poloze bţhem kojení, ale i správného pŕisátí dítţte. Bţhem kojení by se oba, jak maminka, tak i dítţ, mţly cítit pohodlnţ bez jakéhokoliv stresu nebo bolesti, která by mohla zpţsobit ţpatné spuţtţní mléka. U dítţte se nepohodlí mţţe projevit pláţem, nespokojeností, neúţinným sáním i únavou. Maminka mţţe využít pro vţtší pohodlí ke kojení kojící polţtáŕ nebo si mţţe opŕít nohy o stupínek, aby rozloţila váhu dítţte a získala tím vţtší stabilitu. Nesmí opomíjet, ţe ze zaţátku bude trávit kojením hodnţ ţasu a mohou jí z toho bolet záda ţi ruce a postupem ţasu by se to mohlo zhorţovat. K úspţšnému kojení je pohodlí nutné. (6, 14, 26)

Pŕed kaţdým kojením si ţena musí poŕádnţ omýt ruce, pokud má na rozkousané nebo popraskané bradavce nanesenou mast na hojení, mţla by jí

také před kojením opláchnout. Dítě by mělo být k matce bokem, jeho obličej, hrudník, břicho i kolínka by správně měly směřovat k matce a být k ní co nejvíce přitisknuto, bez žádných překážek. Tato zásada platí pro jakékoliv polohy během kojení. Matka musí mít na vědomí, že nikdy nepřikládáme prso k dítěti, ale dítě k prsu. Žena uchopí prs tím stylem, že palec má vysoko nad dvorcem a přitom současně podepírá prst zbylými prsty zespodu, nikdy by se ovšem prsty neměly dotýkat dvorce ani bradavky. Bradavkou, která je v úrovni úst dítěte, dítě lehce podráždí, aby u něj vyvolala hledací reflex. Dítě by si samo mělo najít bradavku a celou jí uchopit do úst, s ní i co největší část dvorce. Známkou správného přisátí dítěte je, že se brada i nos dotýkají prsu, ústa má široce otevřená, spodní ret je ohrnut ven, tváře dítěte nepadají dovnitř, uši a spánky se během sání dítěti hýbají. Důležité je, aby dítě mohlo volně dýchat a zároveň, aby matka nikdy neodtahovala prs prsty. Poté co se dítě nakojí, ho necháme odříhnout, aby neublinkávalo. (11, 14)

Každá maminka by se měla držet hlavních zásad během celé doby, kdy své děťátko kojí. Podporovat výdy délku a frekvenci kojení, nikdy dítě předem neodtahovat, protože plně kojené dítě se nikdy nemůže překrmit (důležité je, že nedostane ni jiného než mateřské mléko). Kojit tedy tak dlouho a tak často, jak si dítě hlásí. Správně kojené dítě by mělo během dne mít 6 ï 8 promočených plen. Po dobu kojení nesledovat jen váhový nárůst dítěte, ale také jeho růst a řídit se percentilovými grafy. Nezapomínat, že matka může kojit i při svých hořečnatých stavech, pro dítěte to není nebezpečné, ba právě naopak, dostává z mateřského mléka významný zdroj vznikajících protilátek. Důležitým pravidlem je správná životospráva maminky. Mezi škodlivé vlivy, kterých by se měla vyvarovat je těžká práce, duševní napětí, nedostatek spánku, kouření, požívání alkoholu a jiných návykových látek, které děťátku škodí. Výživa matky je důležitá nejen pro ni samotnou, ale má veliký vliv i na zdraví a vývoj dítěte. Proto by se měla zaměřit na správnou výživu, která má být všestranná, bohatá na mléčné výrobky, maso, zeleninu, ovoce, a potraviny obsahující hodně stavebních živin. Zvýšit musí i příjem tekutin, přibližně o takové množství, kolik dítě vypije mateřského mléka.

Během celé doby, co bude své dítě kojit, by se měla celkově cítit spokojeně (12, 14, 24)

1.4.1.2 Výhody kojení

Kojení a výživa mateřským mlékem přináší výhody nejen dítěti, ale i matkám. Výhody, které přináší, můžeme rozdělit podle jejich charakteru na výživové, imunologické, psychologické, sociální a dokonce i ekonomické a ekologické. (11, 19)

Mezi výhody pro dítě můžeme zařadit snížení náhlého úmrtí v prvním roce života, dále chrání proti průjmům, je to ochrana proti infekčním onemocněním a mateřské mléko je i velice příznivé a podpůrné během léčby případných onemocnění. U kojených dětí se méně vyskytují záněty dýchacích cest a středouší, snižuje se i riziko cukrovky, aterosklerózy a dalších civilizačních onemocnění. K dalším výhodám, ke kterým přispívá výživa mateřským mlékem, jsou menší výskyty zhoubných nemocí krvetvorby, leukemie a lymfomů, výskyt anemie. Kojené dítě netrpí tolik obezitou či nadváhou, je prokázán jeho lepší duševní vývoj a ve stáří má silnější kosti. A v neposlední řadě vytváří mezi matkou a dítětem silné citové pouto, které dítěti umožňuje lepší psychický a sociální vývoj.(11, 12, 19)

U žen přispívá kojení k lepším poporodním změnám v organismu, především menší ztrátě krve, zavinování děložky probíhá rychleji, nekomplikovaně a přirozeně, méně často tyto ženy trpí chudokrevností. Jako hodně významné považujeme snížené riziko rakoviny prsu, vaječníků a děložky. Dále dlouhodobé kojení ochraňuje matku v postmenopauze proti osteoporóze a má antikoncepční účinek (za podmínek zdali žena často a plně kojí). Díky kojení si citové pouto mezi matkou a dítětem vytváří mnohem víc přirozeně a přijetí mateřské role je snadnější. Výhodou je i ekonomická úspora. (11, 19)

1.4.2 Krmení náhradami mateřského mléka

Pro dítě je ze všech stran důležité, aby bylo kojeno. Mohou se však vyskytnout objektivní i subjektivní důvody, jako je nedostatek mateřského mléka, překážky ze strany dítěte nebo matky, které kojení nedovolují. V této situaci musíme zasáhnout a je nutno mateřské mléko doplnit anebo zcela nahradit umělou výživou. (24, 29)

Pokud to lze, umělá mléčná strava by neměla nahradit mateřské mléko ze dne na den, ale měli bychom k tomu přistupovat postupně. Ze začátku můžeme nahradit pouze jedno kojení a postupem času přidávat. Tato náhradní mléčná strava by měla být pro nekojené dítě jedinou potravou v prvních čtyřech měsících po narození. „Množství vypitého mléka denně by mělo odpovídat jedné šestině hmotnosti miminka“ (24, s. 106). V současné době nabízejí výrobci dokážou dostatečně obohatit umělou výživu a přesně jí specializovat pro každé miminko, podle toho, co kterému vyhovuje. (21, 24, 29)

V době podávání náhrad mateřského mléka by maminka neměla opomíjet podobné zásady jako u kojení. Před samotnou přípravou je důležitá správná hygiena rukou, všechny pomůcky ke krmení je nutno uchovávat čisté, nejlépe vysterilizované varem po dobu pěti minut. K dalšímu bodu patří přesnost při dávkování prášku a vody, která je uvedena na obalu výrobku. Matka by měla používat pouze vodu určenou pro kojence a vždy jí musí převařit, neměla by jí ovšem převařovat opakovaně. Zbytek ohřátého mléka, které miminko již nechce, neschovávejte. Teplotu ohřátého mléka maminka zkontroluje tím, že si kápne pár kapek na předloktí nebo na zápěstí. (21, 24)

V průběhu krmení držíme dítě v mírné šikmé poloze, láhev držíme v šikmé poloze tak, aby byl dudlík plný, bez vzduchu. Nikdy se stává, že dítě během jídla usne. Většinou to není tím, že by bylo plné, ale pocit sytosti mu dává napolykaný vzduch, proto stačí nechat dítě odříhnout a oni jsou znovu schopné vypít zbytek mléka. Nikdy ovšem nenutíme dítě vypít celé množství, pokud již nechce, abychom tím nerozbourali hranice vnímání stavu nasycenosti. Po krmení si miminko opřeme o své ramenou nebo na klín, aby si mohlo odříhnout. Krmit

nemusí jen maminka, ale zvládne to i partner a mohou se tak o tuto chvíli strávenou s miminkem podělit. (24, 29)

1.5 Vztah matky a novorozence

Vztah mezi matkou a dítětem je nejdůležitějším vztahem v našem životě a má výrazný vliv na další budoucí vztahy. Budují si mezi sebou úzké pouto, které trvá na celý život. Děti, které vnímají bezpečnou vazbu, mají správný základ pro to, aby úspěšně dělily svět a objevovaly ho. (24, 25)

1.5.1 Prenatální komunikace

Tento druh komunikace mamince umožňuje aktivní budování vztahu s jejím nenarozeným děťátkem. Jde o její snahu maximálně podpořit co nejlepší vykročení do nového života jejího potomka. Předpokládáme, že nastávající matka se na miminko těší a považuje jej za malý zázrak. Pro děťátko je prvním světem děloha jeho matky, která mu poskytuje první milující nebo naopak nepříjemné prostředí. Milující prostředí v mateřině tělě buduje základy pro důvěrný vztah, otevřenost, vstřícnost a sebedůvěru po narození. Naopak nehostinné prostředí může mít negativní vliv na budoucí důvěru, ve vzájemném vztahu se může objevit podezřívavost a obtížně se navazuje kontakt v postnatálním období. Žena zde hraje roli nejvěrnějšího pomocníka nebo naopak představuje pro dítěpřekážku. (25)

Dítě vnímá v tomto období nejvíce formuje matka. Veškeré její citové prožitky se na děťátku promítají. Dlouhodobé stresy, emoční a fyzické mateřiny stavy dítě velmi dobře vnímá. Negativní emoce jej zasahují, zatímco ty pozitivní přispívají k jeho zdravému vývoji. Citové pouto po narození je pokračováním procesu vazby, který začal již v děloze. Silný nitroděložní vztah představuje pro miminko ochranu před nebezpečím a nejistotou vnějšího světa. Miminko reaguje na mateřinu lásku, strach, odmítání, radost, tíseň nebo na silné nepříjemné zvuky a svoji reakci tak tím projevuje kopáním a měnící se polohou v děloze.(25)

Ze zaļátku se komunikace zakládá na citové a emocionální úrovni. AŠ uģ na dítņ maminka mluví v duchu nebo nahlas, zpívá mu, hladí si bŚíģko, nebo na to malé myslí, dítņ tyto podnņty dobŚe vnímá. Energie, kterou do této komunikace ģena vloģí, se po narození zmņní v základní kámen vzájemné dŢvņry a lásky. Ty maminky, které mnohdy Śeģí otázkou spojenou s novou situací, se dŚíve zaļnou uļit své nové roli a získávají tak potŚebnou mateŚskou sebedŢvņru. (25)

Není zatím dokázáno, ģe by prenatální komunikace mņla zásadnņ ovlivnit vývoj dítņte, ale kladný vliv na tento vývoj urļitņ má. Dává dņŠátku jistotu, ģe je vítáno a láskyplné pŚijetí do nového ģivota je vģdy velké plus. (25)

1.5.2 Bonding

První vzájemný pohled do oļí, hlazení, doteky, bezpeļné objetí v náruļí, klidem probouzející se dŢvņra, vzájemné poznávání se a vytvoŚení hlubokého citového vztahu. První neopakovatelné okamģiky maminky se svým právņ narozeným miminkem. Maminka s dņŠátkem navazují tam, kde pŚedtím skonļili s prenatální komunikací. Tyto chvíle nazýváme bondingem, neboli pŚipoutání, lepení. Právņ v tņchto okamģicích vzniká základ pro jednu z nejdŢleģitņjģích lidských vlastností jako je umņní vytvoŚit si zdravé vztahy k jiným lidem a také si je udrģet. Tyto vztahy hrají dŢleģitou roli pro kaģdého z nás, abychom pŚeģili, uļili se, pracovali, milovali a rozmnoģovali se. (9, 25, 27)

Bondingem rozumíme první nepŚetrģitý kontakt matky s novorozencem bņhem prvním 12 hodin po porodu. Jde o poporodní proces, kdy se vytváŚí hluboké citové pouto mezi matkou a dítņtem. Tato chvíle by se nemņla naruģovat ģádnými zásahy, které nejsou ģivot zachraŇující a vedou k oddņlování miminka od maminky. Bonding by se mņl upŚednostnit pŚed vģemi rutinními výkony, které mohou poļkat. Michaela Mrowetz stanovila konkrétní body, které pomáhají s podporou bondingu (viz PŚíloha 1). (27)

Matka i novorozenec nejsou totiģ jeģtņ vývojovņ pŚipraveni na to, aby po tak dlouhé dobņ strávené spolu a po nároļném záģitku jako je porod, byli od sebe odlouļeni bez moģnosti vzájemného kontaktu. Oba se tņší na svŢj první

kontakt kťže na kťži, vťni a teplo dobťe známého tňla, tlukot svých srdcí a svými smysly vnímají vťe, co jim pťipomíná a dává pocit jiť známého bezpeťí a prostťedí. Miminku maminku a jí zase vťechno to, co jí pťipomíná kontakt s vytouťeným miminkem. Poloha dňťátka na maminťinň hrudníku mu pťipomíná jeho polohu v dňloze. Mťžeme u nňj pozorovat, jak zvedá hlaviťku a snaťí se navázat oťní kontakt s maminkou. Vňtšina matek popisuje tento okamťik jako nesmírnň dojemný. Maminka se v tňchto chvílích do svého dňťátka zamiluje. (25, 27)

Je dťležité, aby ťena byla o významu bondingu plnň pťesvňdťena, pťedevším o jeho moťnostech a pozitivech. Podpora nepťetržitého kontaktu novopeťené maminky s novorozencem je nutná nejen u zdravých dňtí po normálnň probíhajícím porodu, ale je velmi dťležitá i u novorozencť a maminek po komplikovaném porodu. První chvíle a okamťiky ťivota dítňte i matky po porodu jsou nejintimnňjším záťitkem mateťství. Nikdo by nemňl matku a její miminko pťipravovat o moťnost navázat bonding. (15, 27)

Podporou raného kontaktu mezi maminkou a miminkem, posilujeme jejich moťnost, aby si na sebe po porodu zvykli. Maminka se lépe a jednoduťeji mťže na potťeby svého miminka naladit, pťizpťsobit se jeho potťebám a mťže miminku lépe porozumňt. V tňch prvních okamťicích po porodu nám pťíroda nadňlila moťnost se díky kontaktu mezi maminkou a dňťátkem, co nejsnadnňji adaptovat na nové situace a dobťe je zvládnout. Podpora bondingu lépe umoťňuje fungovat mamince a dňťátku jako sehraný tým. Miminko po porodu patťí k mamince, aťse narodí jakkoliv! (27)

1.5.2.1 Proť je bonding tak dťležitý

Tňsnň po porodu má novorozenec neobyťejný behaviorální potenciál, který mťžeme vypozorovat, ťe ve chvíli, kdyť matka na novorozence konejšivň mluví, tak on s ní vede nňco jako rozhovor, sleduje rytmus pťestávek, poslouchá její hlas a intonaci, jaká v hlase zní, dokonce se mťže pohybovat do rytmu jejího hlasu. Je to takzvaný oslavný tanec zrodu, kdy je dňťátko biologicky schopno

navázat vztah s matkou. I pro matku jsou tyto chvíle po porodu velice dŧleţitým obdobím. Matka si během celého těhotenství utváří určitý imaginární obraz svého dítěte a právě po porodu má tu moţnost se nasytit této představy pohledem na své miminko. Je vypozorováno, ţe pokud má ţena ţanci zŧstat po porodu s novorozencem o samotě, chová se k němu velice otevřeně a citlivě. Okamţiky, které nastanou po porodu, jsou tedy velmi dŧleţité pro oba, jak pro matku, tak pro dítě. (15)

Rychlý mechanismus vytváření vztahŧ mezi matkou a novorozencem se objevuje proto, aby ţenu motivoval starat se o úplně bezbranného tvora, který je na ní zcela závislý. Vyčerpaná náročným porodem by se bez této motivace matka nebyla schopna sama mobilizovat k péči o dítě. Po porodu se během prvních pár hodin vyskytuje v krvi matky i novorozence vysoká hladina endorfinŧ a díky jeho uklidňujícím schopnostem se matce i přes poporodní únavu obnovuje síla a je schopna vnímat radost z prvního setkání se svým miminkem. (15)

Výzkumy nám dokazují, ţe maminky, které měly bezprostřední kontakt po porodu se svým miminkem, jsou jiné, neţ ty, které byly o tento kontakt ochuzeny. O novorozence se starají mnohem déle, jsou více tolerantní, lépe zvládají stres spojený s mateřstvím a hlavně cítí větší radost při kontaktu s dětátkem. (15)

1.5.2.2 Vliv neprobíhajícího bondingu

Novorozenec, který je bezprostředně po porodu oddělen od matky, můţe projevit separační úzkost nebo panický strach ve chvílích, kdy se od něj matka v dětském věku vzdálí, dále se u něj můţou objevit i neurotické poruchy a také border-line poruchy osobnosti s naruţeným vztahem k matce. Vţdyţ dítě bylo během celého těhotenství u maminky v děloze a ona s ním rozprávěla, zpívala mu a hladila ho přes své veliké břicho. Matka pro dítě znamená zdroj ţivota, pocit jistoty a bezpečí. (15)

Mamince, které nebylo umoţněno bezprostředně po porodu navázat kontakt s miminkem, můţe způsobit poporodní depresy, která prohlubuje ztrátu

kontroly nad porodním procesem, dokonce i ztráta kontroly nad dítěm a jeho vzdáleností od matky po porodu, dále posttraumatická stresová porucha, porucha výchovné kompetence jako je paradoxní pevná až patologická vazba k dítěti nebo i rozvolněná vazba k dítěti. Maminky, které nemohly novorozence po porodu v náruči, nebo jsou od miminka separovány na delší dobu, mívají pocit, že něco propásly. Některé ženy jsou i s péčí o své miminko nejisté. (15)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit současné priority v péči o fyziologického novorozence v porodnici z pohledu matek.

2.2 Výzkumné otázky

V bakalářské práci byly položeny tyto výzkumné otázky:

1. Mají matky zájem o více informací od zdravotnického personálu v oblasti péče o fyziologického novorozence během pobytu v porodnici?
2. Jsou matky spokojeny se současnou podobou péče o fyziologického novorozence v porodnici?
3. Jaká je nejdůležitější priorita v péči o fyziologického novorozence v porodnici z pohledu matek?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Praktická část bakalářské práce byla zpracována za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. K získání dat byla použita metoda nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovor tvořil 11 základních otázek, které byly rozděleny do 2 okruhů, v úvodu byly položeny identifikační otázky a poté přišly na řadu otázky zjišťovací (viz Příloha 1). Výsledky rozhovorů s matkami byly volně přepisovány a zpracovány do tabulek v programu Microsoft Word.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro rozhovory tvořily ženy v těhotenství a následně také ženy, které v průběhu předcházejícího roku rodily. Rozhovor byl uskutečněn s osmi ženami v období od ledna do dubna 2011.

4 Výsledky

4.1 Interpretace rozhovorů s matkami

Matka 1

Žena 31 let, porodila v únoru 2011 své druhé dítě v porodnici.

O průběhu doby strávené v porodnici neměla přesně vyhraněné představy ani přání, která by formovala do porodního plánu. Se zkušenostmi z prvního porodu a času, který trávila na gynekologii, byla spokojená, tudíž si pamatovala, co jí tak moc ležet a na co se má připravit. Byla ovšem příjemně překvapena hned v prvních minutách po porodu, protože chlapečka dostala po základním osušení jen v plínce ihned na hrudník, což během prvního porodu nezažila. Sestřička jí miminko nechala přibližně hodinu a ona si mohla užít jejich první společné doteky, pohledy a vzájemné poznávání. Poté, co si lékař novorozence prohlédnul, si ho sestřička odebrala, oblékla a uložila, jak matka sama řekla, do „vyhřívacího akvária". I když byla žena po porodu unavená, přála si, aby mohla mít chlapečka u sebe. Nahlas toto přání ovšem nevyslovila a sama ten zpětně ani neví proč, snad ze strachu či respektu. Vyhřívací lůžko na ženu nepůsobilo moc příjemně, po tak dlouhé době, kterou strávili ti dva spolu, jí připadal v té postýlce velice vzdálený. Mnohem raději by ho vlídně laskala, hladila a chovala. Po příjezdu na gynekologii bylo matce nabídnuto, jestli si nechce odpočinout, že si dětské sestřičky malého vezmou k sobě. To však odmítla, protože její únavu vystřídala radost a nadšení z jejich očekávaných společných chvil, které měly nastat a na které se matka velmi dlouho těšila.

Co se týká informací, tak těch měla dostatek, i když měla druhé dítě, sestřičky jí názorně ukazovaly, jak správně pečovat o miminko a během toho jí podávaly základní informace. Pokud měla o některé konkrétní téma zájem,

obrátila se s dotazem na sestřičku nebo lékaře a ti ji vždy ochotně vysvětlili. Celkově byly pro ni informace, které dostala, dostačující.

Přítomnost u všech výkonů, které byly spojené s miminkem, jí byla nabídnuta a účastnila se jich. I když jí některá vyšetření nedělala dobře, protože žádná maminka nevidí ráda, když její miminko pláče, tak chtěla vědět co se s jejím chlapečkem děje. A když žena napadly otázky, vztahující se právě k probíhajícímu vyšetření, mohla se okamžitě zeptat a obratem dostala zpětnou vazbu.

Dobu strávenou na šestinedělí hodnotí spíše pozitivně, všechen čas trávila s miminkem a vše jim bylo umožněno. Nenachází zde zápory, které by jí pobyt znepříjemňoval. Představy s jakými šla do porodnice, se nejenže splnily, ale byla dokonce i příjemně překvapena. Z hlediska ošetřovatelské péče o miminko si nemůže stěžovat. Dětské sestřičky přistupovaly ke všemu velmi profesionálně. Vždy, když si žena nevěděla rady, tak byly nápomocné a snažily se po všech stránkách vyjít vstříc. Matka zastává názor, že vše je pouze o správné komunikaci, která byla naprosto bezproblémová.

Jediné mínus, které ovšem nebylo nijak významné a žena si tím nenechala zkazit společný čas s miminkem v nemocnici, byl kontakt s rodinou. Během doby, kterou strávila v porodnici, byly kvůli chřipkové epidemii zakázané návštěvy a osobní kontakt s partnerem a rodinou nemělа žádný. Chyběly jí návštěvy, ale dle jejího vyjádření, se to dalo vydržet. Našla si na tom něco pozitivního, mohla si aspoň s miminkem začít vytvářet společný režim, a také si i ona sama měla šanci lehce odpočinout.

Jako svojí nejvyšší prioritu shledává jednoznačně neustálý kontakt s miminkem. I ve chvílích, kdy byla dost unavená, by si neuměla představit, že by chlapečka dala sestřičkám, aby se mohla prospat nebo si odpočinout. Prý by stejně nejspíš neusnula, protože by se jí v hlavě honily myšlenky, co se s jejím miminkem asi teď děje a jestli náhodou nepláče.

Matka 2

Žena 42 let, v červnu 2010 rodila počtvrté v Českobudějovické porodnici.

Na pobyt strávený v porodnici se nijak nepřipravovala ani si nic neplánovala. Platí u ní pravidlo, že pokaždé, když si něco naplánuje, tak je to nakonec všechno úplně jinak a nechtěla být zbytečně zklamaná. A pokud by jí něco příjemně překvapilo, bylo by to o to milejší.

Průběh porodu byl pro ni překvapivě rychlý. Následně měla největší radost z toho, když jí sestřička holčičku nechala ve formě kontaktu „skin to skin" podle toho, jak si respodentka sama přála. U předchozích porodů tomu tak nebylo, byl to tedy pro ni nezapomenutelný záţitek a brala to jako velké plus a obohacení začínajícího vztahu mezi ní a miminkem. Během pobytu v porodnici byla s miminkem neustále v kontaktu, účastnila se všeho, co se s holčičkou dělalo. Ve většině případů jí sestřička řekla, jestli chce být u vyšetření přítomna a pokud se tak nestalo, zeptala se žena sama a nikdy v tom nebyl problém. Žena je již zkušená matka, tudíž měla informací dostatek a žádné navíc nepotřebovala. Určité informace, které jí v porodnici zajímaly, se týkaly hlavně současného stavu holčičky, jestli je všechno tak, jak má být a budou moci jít ve správný čas domů.

Protože neměla žádné určité představy o tom, jak to bude v porodnici probíhat, tak jí nic výrazně nezklamalo a vidí v pobytu spíše klady s tím, že o miminko bylo dobře postaráno. Sama přiznává, že je dost nenáročná a v každé věci si najde vţdy to pozitivní. Jediné co by si přála, by byl častější kontakt s rodinou a to hlavně z toho důvodu, že se jí v průběhu chvil, které pobývala v nemocnici, stýskalo po jejích zbylých dcerách. Je zvyklá na rodinný šum kolem sebe.

Co se týká priority, která je pro ni nejvýše postavená během času stráveného v porodnici, je jím i pro ni jednoznačně nepřetrţitý kontakt s miminkem. Říká, že miminko je pro ni darem a každé její dítě ji život obohacuje.

Matka 3

Žena 37 let, sekundipara, která porodila v únoru 2010 zdravého chlapečka v Českobudějovické nemocnici.

Respodentka nešla do porodnice s určitým porodním plánem ani s jinými konkrétními přáními. Už šla k porodu podruhé a tušila, co všechno by ji mohlo očekávat. Nakonec porod proběhl hekticky, bohužel v posledních chvílích začaly být špatné ozvy miminka a porodní asistentky se spolu s lékařem snažili, aby matka co nejrychleji miminko porodila. Žena přiznává, že byla v lehkém šoku a první chvilky po porodu si jen matně uvědomuje. Momenty, na které už si dobře vzpomíná, byly přibližně okolo 10. minuté po porodu, kdy k ní dětská sestřička přišla, odhrnula ji košili, nechala miminko jen „oblíznoutí" bradavku a ani ho nedala matce na hrudník. „Oblíznutí" trvalo jen chviličku a poté sestřička řekla, že si chlapečka vezme k sobě, aby se na chvilku vyhřál. Z těchto prvních okamžiků, na které se matka velmi těšila a měla od nich velké očekávání, byla hodně zklamaná. Přibližně za hodinu se sestřička vrátila, dala miminko do výhřevné postýlky a poté s ním mohla být respondentka alespoň v částečném kontaktu. Mrzelo ji, že miminko musí být ve výhřevné postýlce a ona si jej nemůže ani pohladit nebo pochovat. Následně od příjezdu na šestinedělí byla maminka s miminkem v nepřetržitém kontaktu. Během různých vyšetření jí bylo sice nepříjemné, že chlapeček pláče, ale radši se všeho účastnila, než aby nevěděla, co se s jejím miminkem děje. Kladně hodnotí přínos informací, které jí byly sděleny a i odpovědi na její případné dotazy, které během péče o novorozence měla. Při odchodu z porodnice měla všechny informace, které potřebovala a i ty jaké shledávala pro ni samotnou důležitými. Matka byla během pobytu na šestinedělí na nadstandardním pokoji, ale zpětně toho lituje. Bylo sice příjemné mít volnost návštěv v přímo na pokoji, ale vůbec si neodpočinula a ani si nemohla začít najíždět na svůj denní režim s miminkem. Kontakt s rodinou byl pro ni dostačující, chvílemi by přivítala i jeho omezení.

Kromě doby strávené na porodním sále, kterou si představovala úplně jinak, se její další přání a představy týkající se pobytu v porodnici splnily a s péčí o miminko byla spokojena. Pocit bezpečí a jistoty řadí hned vedle neruženého, neustálého kontaktu s miminkem mezi své nejpřednější priority během doby strávené na šestinedělí.

Matka 4

Žena 29 let, primipara rodící své miminko v Českokrumlovské porodnici v lednu 2011.

Na své první miminko se respondetka pečlivě připravovala a určitá přání ohledně pobytu v porodnici měla, ovšem na papír je nesepsala. Porod proběhl v pořádku, sama říká, že ani neočekávala, že bude tak rychlý. Po porodu holčičku respondetce ukázali, ale na ošetření si ji odnesli někam za její hlavu, přesně to žena neumí popsat. Mrzelo ji, že nemohla být přítomna v blízkosti miminka, u prvních okamžiků, které bylo na svět. Po ošetření a prohlídce lékařem přinesla dětská sestřička holčičku zpátky a následně si jí matka mohla celý zbytek doby na porodním sále chovat, hladit a užívat si s ní první společné chvíle. Po příjezdu na šestinedělí nabídla sestřička matce, že si malou vezme k sobě, aby se žena mohla po porodu prospat a ráno, že jí miminko přinese zpátky. S tím žena souhlasila a tak první noc strávila oddělena od novorozence. Zbytek času v porodnici trávila respodentka spolu s miminkem až na ty chvíle, kdy probíhaly vizity a různá vyšetření, v těchto případech si sestřičky holčičku odnesly a po výkonu ji vrátily zpět matce. Vadilo jí, že se nemůže zúčastnit vyšetření, hodnotila to dosti záporně. Po výkonu dostala informace, co se s holčičkou dělo, ale kdyby byla výkonu přítomna, prožívala by tyto chvíle méně traumatizovaná. Díky těmto zkušenostem hodnotila ošetřovatelskou péči jako méně uspokojivou. Informací, které se týkaly miminka a péče o něj, měla dostatek, a co nevěděla, na to bez obav zeptala a nesetkala se s tím, že by nedostala odpověď. Kontakt s rodinou byl pro dostačující, bohatě si vystačila s návštěvními hodinami.

Přání, která měla ohledně doby strávené v nemocnici, se jí částečně vyplnila, ale nemůže říct, že by byla nespokojena, spíše je postoj neutrální. Jako nejdůležitější prioritu během pobytu v porodnici považuje kontakt s miminkem. Žádná jiná priorita není u ní tak vysoce postavena jako je právě společně strávený čas s holčičkou.

Matka 5

Žena 27 let, prvorodička, která rodila svého chlapce v Českobudějovické nemocnici v únoru 2011.

Matka měla konkrétní představy a přání co se týká porodu a doby strávené v nemocnici. Tyto představy sepsala do porodního plánu, který předávala v porodnici s tím, že by byla moc ráda, kdyby body, které tam napsala, mohly být splněny. Ihned u příjmu jí však porodní asistentkou bylo naznačeno, že se vůbec tak dělá a proč svůj porodní plán do nemocnice vůbec nosí. Ženě se zdál postoj porodní asistentky vůči i porodnímu plánu celkem negativní. V průběhu celého porodu si nepřipadala, že by se někdo řídil tímto plánem a ani si nevšimla, že by si ho někdo vůbec četl, což jí celkem mrzelo. Poté co se narodil chlapeček, ho měla chvilku u sebe na hrudníku a následně si ho sestřička vzala, ošetřila a uložila do výhřevného lůžka. Žena měla z uložení chlapce do výhřevného lůžka pocit, že si ani nemůže na svoje miminko sáhnout, natož pochovat. Mohla na miminko pouze přes sklo zašukat, což v ní vyvolalo vzpomínky na zoologickou zahradu. Její postoj vůči i pobývání chlapce ve výhřevné postýlce, byl dosti negativní, protože si přála mít chlapečka u sebe a bylo to také jedním z bodů jejího porodního plánu. Následný pobyt na gestinedělí už trávila s miminkem celou dobu, aktivně se účastnila všech vyšetření, která se týkala miminka a byla s ním v nepřetržitém kontaktu. Bohužel ani co se týká informací, nebyla moc spokojená. Jako primipara nedostala základní informace v péči o miminko a nebylo jí ani názorně ukázáno, jak se dítě přebaluje, dává odříhnout nebo i jak novorozence správně zvedat. Nebýt jiné maminky na pokoji, tak by ani nevěděla, kterou stranou se správně dává plena. Poté co se začala aktivně ptát na všechny

informace, se jí odpovědi nakonec dostalo. Během jejího pobytu v porodnici byly kvůli chřipkovým epidemiím zakázané návštěvy a tak nemůže ani žádný osobní kontakt s rodinou, což jí vcelku mrzelo.

Podle svých představ a porodního plánu, se jí bohužel její čas strávený v porodnici nesplnil tak jak by očekávala, možná jen částečně. Na druhou stranu s péčí, kterou poskytovaly sestřičky miminku, byla spokojená. Už od pohledu vědělа, že se novorozenci nemůže nic stát a sestřičky se o něj vždy kvalitně postarají. Nakonec projevuje jediné svoje překvapení týkající se stravy v porodnici. Jako kojící maminka dostávala na šestinedělí nevhodnou stravu, která mohla negativně ovlivnit miminko, jako bylo například zelí či čočková polévka. Ohledně priorit v péči o novorozence už ze samotného rozhovoru vyplynulo, že i u ní je nejvyšší prioritou nepřetržitý kontakt s miminkem.

Matka 6

Žena 28 let, porodila své první dítě v Českobudějovické porodnici v březnu 2011 císařským řezem, jehož příčinou byl vysoký přímý stav.

Do porodnice žena přišla s dulou a jasnou představou o svém pobytu zde ve formě porodního plánu. I ona se ovšem setkala u příjmu s negativním postojem, co se týká porodního plánu. K její smůle nakonec porod musel proběhnout operativně a tak mnoho bodů, které se nacházely v porodním plánu, ani splněno být nemohlo. Poprvé viděla holčičku na jednotce intenzivní péče (dále jen JIP), když se probrala po operaci a na chvilku si jí pochovala. Během času na JIP jí miminko dětské sestřičky vozily přibližně každé 3 hodiny na kojení, ale téměř pokaždé s sebou zapomněly vzít klobouček na kojení, takže si respondetka mohla holčičku pouze pochovat. Tenhle přístup se jí nelíbil, neboť si přála začít co nejdříve s kojením. Po přeložení na šestinedělí se o miminko stále nemohla plně starat, protože jejích nebyla dosti soběstačná na to, aby to zvládla a to také mělo následně vliv na její plačtivou náladu. Nacházející se v průběhu jednoho dne zvládla plně mobilizovat a s péčí mohla bez problémů začít. Holčička už od té doby byla stále u ní. Až na pár momentů, například když sestřička přišla

s tím, že si vezme malou na odběr z patičky a matka se bála zeptat, zda může být při odběru přítomna, ačkoli by si to přála. V jiných situacích byla však spíše o miminko spokojena. V průběhu pobytu na gynekologii se jí jako prvorodičce moc informací nedostávalo a i ona se musela na hodně věcí vyptávat, až si chvílemi připadala i sama sobě otravná. Jinak kontakt s rodinou byl pro ni dostačující a neměla pocit, že ho bylo málo.

Celkově si z porodnice odnesla více záporů než kladů a její představy se ve většině případů bohužel nesplnily. U ní je nejpřednější neustálý kontakt s miminkem i během každého vyšetření, které miminko absolvuje, a považuje to za svoji nejvyšší prioritu během doby v porodnici.

Matka 7

Žena 40 let, tercipara, která rodila během června 2010 v Českobudějovické porodnici.

Respondentka nastoupila do porodnice s konkrétními představami, které si odnesla z předchozích porodů. Porod proběhl podle jejích očekávání, ale nelíbilo se jí, že sestřička dala holčičku ihned po chvilkovém přiložení „skin to skin" do výhřevné postýlky, kde po celou dobu plakala a ona ji nemohla ani utišit. Jako již zkušená rodička ví, že by se u ní miminko zvládlo zahřát a určitě by holčičce bylo v náruči matky lépe. Veškerý svůj čas na gynekologii trávila celý jen s miminkem a snažila být se i při veškerých vyšetřeních. Jediné co jí hodně rozzlobilo, byla chvíle, kdy se šla sprchovat a holčičku hlídala druhá maminka na pokoji a dětská sestřička si bez jakékoliv informace vzala miminko a šla odebrat krev z patičky. Poté, co matka vyšla ze sprchy a nevěděla, kde má dceru, jí polilo horko. Tušila, že si jí nejspíš vzaly sestřičky, ale ten pocit, že s jistotou neví, kde je, byl přísný. Brala to jako velké mínus co se týká informací, komunikace a zároveň i ošetřovatelské péče o miminko ze strany sestřiček. Ohledně dalších informací neměla žádný problém a jako tercipara se zkušenostmi žádné nové nepotřebovala, pouze pořádovala aktuální o stavu miminka. Kontakt

s rodinou byl pro ni částečně dostačující, přála by si větší volnost návštěv a možnost vidět rodinu častěji.

Svůj pobyt v nemocnici nehodnotí zcela záporně, ale převážně se neshodoval s jejími představami. Byly tam určité chvíle, které jí doslova vyvedly z míry, ale zbytek času byl v pořádku. K hlavním prioritám během společného pobytu s miminkem na porodnici jednoznačně řadí ustavičný kontakt s dítětem a absolvování všech vyšetření, která se miminka týkají.

Matka 8

V Českobudějovické nemocnici porodila své třetí dítě také žena, které je 38 let.

Od jejího druhého porodu uplynulo již osm let. Tvrdí o sobě, že čím více je starší, tím více je sice zodpovědnější, ale i zároveň nervóznější z nastávajících důležitých okamžiků. Z tohoto důvodu se vyptávala všech kamarádek, které v nedávné době rodily, jak to teď v porodnici probíhá, aby si mohla vytvořit ucelenou představu. S příjezdem do nemocnice byla její nervozita na hranici únosnosti, ovšem hned na porodním sále z ní všechny obavy spadly, byla velmi mile překvapena s přístupem a chování porodních asistentek i dětských sestřiček během celého porodu. Už před porodem požádala dětskou sestřičku, jestli by jí miminko nemohla dát do náruče a nechat je tam dokud to bude možné. Tohle přání se respondetce splnilo, holčičku měla po celou dobu observace na porodním sále u sebe, pouze na okamžiky, jako je základní ošetření, obléknutí a první vyšetření lékařem, ji nemohla mít v náručí, ale po všech těchto výkonech opět mohly navázat tam, kde skončily. První společné chvíle s miminkem proběhly přesně tak, jak si přála.

S následujícím pobytem v porodnici, byla respondetka také velmi spokojena. Holčičku mohla mít po celou dobu u sebe, během každého vyšetření miminka jí byla možnost přítomnost i nabídnuta automaticky, což ona nikdy neodmítla. Informace, které jí sestřičky podávaly, byly pro ni vyhovující. Jako matka tercipara, nepotřebovala nadbytek informací, postačily ji hlavně ty, které se

vztahovaly k souľastnému stavu miminka. Co se jen týká informací, tak je pravda, ģe ze zaľátku pobytu mĚla problémy s kojením a potŚebovala od sestŚiľek nejen intenzivnĚjší podporu, ale také informace, proľ se tomu tak dĚje, kdyģ s pŚedeģlým kojením nebyly problémy. OpĚt byla pŚíjemnĚ pŚekvapena s ochotným a trpĚlivým pŚístupem sestŚiľek. Péľi o novorozence si nemŢģe vynachválit a sestŚiľkám tímto i mockrát dĚkuje. Ľas na ģestinedĚlí jí díky skvĚlému pŚístupu personálu uplynul velmi rychle a veģkeré obavy, se kterými pŚicházela do nemocnice, se zde rozplynuly a má jen krásné vzpomínky.

Na otázku, zdali by pro ni kontakt s rodinou, odpovĚdĚla, ģe návģtĚvy pro ni byly dŢleģité, ale bohuģel ne tak ľasté, jak by si ona sama pŚála. Nedávala to ovģem za vinu návģtĚvní dobĚ, která je v porodnici urľena, ovlivnil to nedostatek ľasu jejího partnera, který se v tu dobu musel starat o jejich zbylé dvĚdĚti a jejich mnoģství zálib. Nebere to samozŚejmĚ jako mínus, pouze ji mrzelo, ģe je tak ľasto nevídá.

K prioritám, vztahující se k pobytu na porodnici s miminkem, pro ni není nic dŢleģitĚjší neģ je neustálý kontakt s dítĚtem. Jako vĚŚící zaujímá postoj, ģe dítĚ je darem od Boha a my bychom si tohoto daru mĚli váģit.

4.2 Výsledky rozhovorŢ s matkami zpracované do tabulek

Tabulka 1 ĻetnostporodŢmatek

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Primipara				1	1	1			3
Sekundipara	1		1						2
Tercipara							1	1	2
Kvartipara		1							1
Celkový poļet odpovĎdí	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Na dotaz pokolikáté matky rodí, Matky 4, 5 a 6 odpovĎdĚly, ģe poprvé. Matky 1 a 3 byly sekundipary. V pŚípadĚ Matky 2 se jednalo o kvartiparu. A Matky 7 a 8 pŚivedly na svĚt své tŚetí dítĚ.

Tabulka 2 UtvoŚení pŚedstav a pŚání matek o pobytu v porodnici

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Porodní plán					1	1			2
UrļitépŚedstavy a pŚání	1		1	1	1	1	1	1	7
Bez konkrétních pŚedstav a pŚání		1							1
Celkový poļet odpovĎdí	1	1	1	1	2	2	1	1	10

Na otázku, zda-li matky mĚly konkrétní pŚedstavy a pŚání ohlednĚ pobytu v porodnici a formovaly jej napŚ. do podoby porodního plánu, odpovĎdĚly Matka 5 a 6, ģe si vypracovaly porodní plán. Tytéģ Matky mĚly i urļité své pŚedstavy, které uģ, ale nezahrnuly do porodního plánu. Konkrétní pŚedstavy a pŚání, i kdyģ

je nesepsaly, mČly Matky 1, 3, 4, 7 a 8. Bez jakéhokoliv oţekávání pŘišla do porodnice Matka 2.

Tabulka 3 Shoda pŘedstav s realitou

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Shoda	**1**		**1**					**1**	**3**
Neutrální postoj		**1**		**1**					**2**
Neshoda					**1**	**1**	**1**		**3**
Celkový poţet odpovČdí	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**8**

PŘedstavy a přání, ve které matky doufaly před nástupem do porodnice, se splnily u Matek 1, 2 a 8. Neutrální názor vyjádřily Matky 2 a 4. Zklamané v mnoha představách byly Matky 5, 6 a 7.

Tabulka 4 První společné chvíle matky s miminkem

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Kontakt „skin to skinň dle libosti	**1**	**1**		**1**				**1**	**4**
PŘiloţení, pochování	**1**	**1**	**1**		**1**	**1**	**1**		**6**
Pobyt miminka ve výhŘevném lŽţku	**1**		**1**		**1**		**1**		**4**
Celkový poţet odpovČdí	**3**	**2**	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**14**

První společné okamţiky s miminkem zaţily Matky 1, 2, 4 a 8 v podobČ kontaktu „skin to skinň, dlouhého dle jejich vlastního přání. Matkám 1, 2, 3, 5, 6 a 7 bylo umoţněno si dítČ pochovat a bylo také přiloţeno ke kojení. Ve výhŘevném lŽţku byly dČti Matek 1, 3, 5 a 7.

Tabulka 5 Dostatek informací pro matky

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Dostatek informací	**1**		**1**	**1**				**1**	**4**
Nedostatek informací					**1**	**1**	**1**		**3**
Bez potřeby informací		**1**					**1***	**1**	**3**
Vlastní aktivita ohledně informací	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**			**6**
Celkový počet odpovědí	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**16**

***v jedné konkrétní situaci**

Za dostatečné množství informací, které jim bylo poskytnuto v porodnici, považovaly Matky 1, 3, 4 a 8. Nedostatek informací na sobě pocítily Matky 5, 6 a 7. Díky zkušenostem z předchozích porodů a péče o dítě základní informace nepotřebovaly Matky 2, 7 a 8. Celkem 6 matek dostalo informace poté, co se obrátily s dotazem či prosbou. Byly to Matky 1, 2, 3, 4, 5 a 6.

Tabulka 6 Přítomnosti matky během vyšetřování miminka

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Automaticky	**1**	**1**	**1**		**1**			**1**	**5**
U některých výkonů						**1**	**1**		**2**
Přítomnost po vlastní aktivitě	**1**	**1**					**1**		**3**
U žádného vyšetření				**1**					**1**
Celkový počet odpovědí	**2**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**11**

Dohromady 5 matek bylo přítomno u každého vyšetření jejich miminka a to Matky 1, 2, 3, 5 a 8. Matky 6 a 7 nebyly přítomny pouze u pár vyšetření.

Po vlastním dotazu, zda li se mohou účastnit výkonu, to bylo umožněno Matkám 1, 2 a 7. Jediná Matka 4 nebyla s miminkem u žádného jeho vyšetření.

Tabulka 7 Kontakt s rodinou

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Vyhovující			1	1		1		1	4
Přiměřený (mohl by být o trochu větší)		1					1		2
Naprosto nedostačující	1				1				2
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Jako vyhovující kontakt s rodinou považovaly Matky 3, 4, 6 a 8. Matky 2 a 7 vyjádřily názor, že by blízkost rodiny mohla být částečně. Za výrazně nedostačující označily kontakt s rodinou Matky 1 a 5 a to z důvodu zákazu návštěv v celé Českobudějovické nemocnici, díky chřipkové epidemii.

Tabulka 8 Spokojenost matky s ošetřovatelskou péčí o miminko

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Převážně ano	1	1	1		1			1	5
Částečně ano						1	1		2
Spíše ne				1					1
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Spokojené s ošetřovatelskou péčí ohledně miminka bylo celkem 5 matek a to Matky 1, 2, 3, 5 a 8. Matky 6 a 7 byly s péčí částečně spokojeni, ale Matka 4 byla trochu nespokojena.

Tabulka 9 Nejvyżší priorita z pohledu matky

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	×
Nepřetržitý kontakt s miminkem	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**8**
Pocit bezpečí a jistoty			**1**						**1**
Absolvovat všechna vyšetření společně s miminkem						**1**	**1**		**2**
Celkový počet odpovědí	**1**	**1**	**2**	**1**	**1**	**2**	**2**	**1**	**11**

U této otázky se všechny matky jednoznačně shodly na tom, že nejdůležitější je pro ně nepřetržitý kontakt s miminkem. Z rozhovorů dále plyne, že pro Matku 3 je také vysoce postavená priorita ohledně pocitu bezpečí a jistoty. Matka 6 a 7 vyslovují názor, že na stejné úrovni jako neustálý kontakt s dítětem je i přítomnost u všech vyšetření společně s miminkem.

5 Diskuze

V bakalářské práci řešíme otázku priorit matek v péči o fyziologického novorozence během pobytu v porodnici. K této problematice byl stanoven jeden cíl a k němu byly přiřazeny tři výzkumné otázky. Výzkumného šetření bylo prováděno kvalitativním výzkumem za pomoci nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily ženy v šestinedělí a dále matky, které v průběhu předešlého roku rodily.

Výzkumného šetření se nejvíce zúčastnilo primipar (3), dále byl vyšší počet sekundipar (2), tercipary se zúčastnily dvě a také byla přítomna jedna kvartipara (viz Tabulka 1). Předpokládala jsem, že prvorodičky budou mít více ucelené představy a přání o svém pobytu společně s miminkem v porodnici, formované do porodního plánu, což se mi ve dvou třetinách potvrdilo v následujících výsledcích (viz dále).

Mnoho žen přichází do porodnice s představami jak by jejich čas, který zde stráví, mohl vypadat. Některé si s sebou přinesou i porodní plán, aby zdravotníci o jejich přání věděli a v rámci možností jim je i vyplnili. Dle mého názoru by si každá maminka měla svůj porodní plán vytvořit. Následného i měla prodiskutovat se svým obvodním gynekologem nebo s porodní asistentkou a vyřešit tak otázku, jestli přání, která do něj zahrnula, jsou v porodnici splnitelná. Tato problematika byla také součástí mého výzkumného šetření. Na otázku, zda-li ženy měly konkrétní představy a přání, které třeba i následně formovaly do porodního plánu, bylo sedmkrát řečeno, že si určitý obraz vytvořily. Dvě matky sepsaly svá přání do porodního plánu a předaly ho porodním asistentkám v průběhu příjmu do porodnice. Pouze jedna respondetka vyjádřila postoj, že si raději nic neplánuje, protože to nakonec dopadne úplně jinak (viz Tabulka 2). K této otázce se vztahovala i nadcházející, jestli se přání a představy matek shodovaly s realitou. Výzkumné šetření ukázalo, že u těch žen byl pobyt v porodnici jiný, než jak si ho naplánovaly. Stejnému počtu matek se však naopak přání splnila a další dvě ženy zaujímají spíše neutrální postoj (viz Tabulka 3).

První pohledy do oļí, vzájemné nČžné doteky, bezpeļné objetí v náruļí. Dlouho oļekávané okamžiky maminky s právČ narozeným dČŠátkem. Podle psycholožky Michaela Mrowetz má neružený bonding dŢležitý význam v poporodní utváŚení hlubokých citových vazeb mezi matkou a dítČtem. I já se pŚiklánším k jejímu názoru, že jakýkoliv nepotŚebný (život nezachraŇující) zásah do tohoto okamžiku je zbyteļný. (26) Na dotaz, jak probČhly právČ tyto tolik dŢležité první desítky minut s novorozencem, bylo více jak polovinČ matkám dítČ pŚiloženo nebo si jej pochovaly. NepŚetržitý kontakt Ăskin to skinñ s miminkem na porodním sále mČly dohromady ļtyŚi matky. Další tŚi matky podotkly, že bČhem observace na porodním sále bylo miminko uloženo do výhŚevného lŢžka (viz Tabulka 4).

K 1. výzkumné otázce, zda-li mají matky zájem o více informací od zdravotnického personálu v oblasti péļe o fyziologického novorozence bČhem pobytu v porodnici, se váže následující výsledky. Dostatek informací dostaly v porodnici dohromady ļtyŚi matky. TŚi matky považují pŚísun informací bČhem pobytu v nemocnici jako nedostaļující, z toho Matka 7 vidí velké mínus v jedné konkrétní situaci, kdy bČhem jejího sprchování, bylo miminko z pokoje odvezeno na odbČr z patiļky, nikdo jí nepodal informace co se s jejím dítČtem dČje a ona nevČdČla po osprchování, kde její holļiļka je. Tuto situaci hodnotím jako selhání komunikace mezi sestŚiļkou a matkou. Dále jsou z tČchto matek navíc dvČ primipary, z ļehož usuzuji, že mČly velký zájem o základní informace, které se jim bohužel nedostaly. Výzkumné šetŚení ukázalo, že dohromady šest matek vyvinulo svoji vlastní aktivitu na informace, které je zajímaly. TŚi matky se vyjádŚily, že základní informace nepotŚebují, které spadaly do skupiny multipar (viz Tabulka 5). Dle mého názoru, který mi byl i v rozhovorech s matkami ve vČtšinČ pŚípadŢ potvrzen, mají matky prvorodiļky zájem o základní informace v péļi o novorozence, zbylé matky nepotŚebují zbyteļnČ velké množství informací, pokud je nČjaké téma zajímá, samy se obrátí na dČtskou sestru s dotazem.

V rozhovorech s matkami jsem se také zaobírala otázkou, jestli byly matky přítomny u vyšetření novorozence. Každé vyšetření spolu s miminkem absolvovalo pět matek, z nich jedna dvě udávají, že u některých situací se musely zeptat, jestli mohou být přítomny. K nim se přidává jedna matka a skupinu, která se ptala na svolení ohledně přítomnosti u vyšetření, tvoří tři matky. Pouze u pár vyšetření byly dvě matky. Jen jedna matka byla nepřítomna v průběhu všech vyšetření svého dítěte (viz Tabulka 6).

Rodina je nejvýznamnější a nezastupitelnou částí společenské mikrostruktury, která provází člověka nebo se ho konkrétním způsobem dotýká ve všech fázích jeho života. (24) Co se týká kontaktu s rodinou, tak mi čtyři matky odpověděly, že byl pro ně vyhovující. Volnost návštěv a častější kontakt s rodinou by se více líbilo dvěma matkám. V průběhu pobytu na porodnici neměly dvě matky žádný osobní kontakt s rodinou, což označují jako velmi negativní (viz Tabulka 7). Důvodem ovšem byl zákaz návštěv pro celou Českobudějovickou nemocnici, díky chřipkovým epidemiím, které měly v té době vyšší výskyt.

Následující uvedené výsledky se váží ke 2. výzkumné otázce, jsou-li matky spokojeny se současnou podobou péče o fyziologického novorozence v porodnici. Dohromady pět matek bylo s péčí o novorozence v porodnici spokojeno. Částečně spokojené s malými připomínkami byly dvě matky. Pouze jedna matka (viz Tabulka 8) byla s péčí nespokojena, názor jí ovlivnila především její samotná neúčast výkonů týkajících se miminka.

Na začátku výzkumného šetření jsem si myslela, že důležitou roli bude pro maminky hrát kontakt s miminkem. Tato má domněnka se mi také stoprocentně potvrdila, protože na výzkumnou otázku číslo 3, jaká je nejdůležitější priorita v péči o fyziologického novorozence v porodnici z pohledu matek, odpověděly všechny matky shodně **Jejich nejvyšší prioritou je nepřetržitý kontakt s miminkem.** Matka 3 jedině dodává, že na stejné úrovni jako je kontakt s dítětem je i pocit jistoty a bezpečí, který v porodnici má a ví, že je tam vždy někdo, kdo by jí pomohl, kdyby si s něčím nevěděla rady. Dvě matky

vyjadřují názor, že je pro ně také velmi důležitá přítomnost u všech vyšetření miminka.

Závěrem diskuze lze konstatovat, že vyplývá hned několik bodů, které jsou pro matky důležité. První priorita se váže k mateřské lásce, pro matky je jednoznačně nejdůležitější blízký kontakt s dítětem. Mezi další významné priority můžeme zařadit účast u vyšetření miminka a pocit bezpečí a jistoty. Kontakt s rodinou není pro matky tak výhradní jak se může jevit. Jako plus můžeme brát to, že více jak dvě třetiny matek jsou s péčí o novorozence v porodnici spokojeny.

6 Závěr

Bakalářská práce má za cíl odpovědět na otázku, jaké priority cítí matky v péči o fyziologického novorozence za jejich společného pobytu v porodnici. Tento cíl byl splněn.

Ke zpracování dané problematiky a zjištění jmenovaného cíle bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření za pomoci nestandardizovaného rozhovoru, který proběhl se třemi ženami v těhotenství a při, jejichž porod proběhl v průběhu předchozího roku. Na základě výsledků byly zodpovězeny tyto výzkumné otázky.
1. Mají matky zájem o více informací od zdravotnického personálu v oblasti péče o fyziologického novorozence během pobytu v porodnici?
2. Jsou matky spokojeny se současnou podobou péče o fyziologického novorozence v porodnici?
3. Jaká je nejdůležitější priorita v péči o fyziologického novorozence v porodnici z pohledu matek? Z výpovědí matek vyplývá:

Závěr 1.: Z první výzkumné otázky jsem se dozvěděla, že 50% respondentek vyjádřilo bezvýhradnou spokojenost s kvalitou i množstvím informací. Druhých 50% respondentek, především prvorodiček, poukazuje na určité mezery v informovanosti.

Závěr 2.: Na druhou výzkumnou otázku jsem dostala odpověď, že převážná většina matek vyjadřuje naprostou spokojenost se současnou péčí, která je poskytována v porodnici fyziologickému novorozenci. Přibližně třetina poukazuje na určité rezervy, především ohledně omezení trvalého kontaktu s dítětem.

Závěr 3.: Díky třetí výzkumné otázce jsem zjistila, že jako absolutní prioritu maminky vnímají nepřetržitý a nikým nerušený kontakt s dítětem po celou dobu pobytu v porodnici. Takto se vyjádřily všechny respondentky.

Když se všechny výsledky shrnou dohromady, vychází nám, že ke každé matce musíme přistupovat individuálně a brát v potaz všechny aspekty, které

mohou ovlivnit její vnímání. To co je dŧležité pro jednu matku nemusí být mít stejný význam jako pro jinou.

Poznatky a výsledky z této bakalářské práce mŧžou být přínosem pro studenty následujících roèníkŧ oboru porodní asistence. Dále mŧže práce sloužit jako informaèní materiál pro již zkušené dětské sestry.

7 Základní zásady spolupráce mezi matkami fyziologických novorozenců a ošetřovatelským personálem

Na základě svého výzkumného šetření jsem se pokusila formulovat některé zásady důležité pro zdravotnický personál pečující o fyziologické novorozence. Myslím, že tento stručný edukační zaměřený materiál by mohl posloužit především porodním asistentkám a sestrám novorozeneckého úseku v začátku jejich profesní kariéry.

Základní zásady spolupráce mezi matkami fyziologických novorozenců a ošetřovatelským personálem

1. Podporuj budoucí rodičky ve formulaci porodního plánu zahrnující i péči o fyziologického novorozence

2. Nepodceňuj přání maminek formulovaná v porodním plánu

3. Nelituj času, který věnuješ prodiskutování představ maminky o péči o fyziologického novorozence, jejíž ve vhodné době před porodem

4. Dej rodičům čas pochopit odbornou podstavu tvých ošetřovatelských aktivit

5. Zásadně se vyvaruj jakéhokoliv (byť i krátkodobého) přerušení kontaktu mezi matkou a fyziologickým novorozencem, týká se to jak pobytu na porodním sále, tak úseku fyziologických novorozenců

6. Pamatuj, že kontakt matky s dítětem musí být plnohodnotný, jak fyzický, tak i senzorický

7. Během pobytu na úseku gynekologie a porodnictví zvaguj rozsah a formu informací pro matku (někdy méně znamená více)

8. Během edukace maminky v základních dovednostech respektuj nejen její individualitu, ale i individualitu dítěte

9. Pokud je to jen trochu možné, povzbuzuj matku při jejím získávání základních dovedností v péči o její dítě

10. Organizuj práci svých kolegyň i svoji tak, aby o konkrétní dvojici matka dítě pečoval co nejmenší počet sester (ve smyslu maminka, dítě a jejich osobní sestra)

11. Je dobré, když je matka přítomna u všech výkonů, ale vždy v tomto ohledu respektuj její přání. Pokud si to nepřeje, v klidu jí vyhov.

12. Nikdy nevnucuj matce své názory, byť sebelépe odborně podložené. Pokud maminka vnímá situaci jinak, vystavuješ se tak riziku ztráty komunikace a důvěry mezi Tebou a matkou.

8 Klíčová slova

ošetřovatelská péče

fyziologický novorozenec

matka

vztah

9 Seznam použité literatury

1. BRABCOVÁ, I; STASKOVÁ, V. *Hygienická péče u dítěte*. 2002-2011 [cit. 2011-01-24]. Dostupné z WWW: <http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=2&kod_kurzu=kos_392>.

2. ČECH, E, et al. *Porodnictví*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9

3. ČEPICKÝ, P; ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: LEVRET s.r.o., 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.

4. DORT, J. *Neonatologie: Vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.

5. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.

6. FENDRYCHOVÁ, J; BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Mikadapress s.r.o., 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

7. GREGORA, M. *Péče o novorozence a kojence*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 88 s. ISBN 80-247-0390-4.

8. HANZL, M. Prevence krvácení novorozenců a malých kojenců způsobené nedostatkem vitamínu K. *Pediatrie pro praxi*. 2011, 1, s. 60-61.

9. HÝROGGOVÁ, J. *Bonding ï první pouto mezi matkou a dítěm.* 10. 1. 2011 [cit. 2011-02-01]. Dostupné z WWW: <http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/2891/bonding.html>.

10. K. EILEEN, A. *Přehled vývoje dítěte: od prenatálního období do 8 let*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80-7367-055-0.

11. Laktaļní liga. *Odborné texty* 2001 [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <http://www.kojeni.cz/texty.php>.

12. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

13. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod: Průvodce ļeské ženy od poļetí do narození dítěte*. 1. vyd. Brno: Computer Press a.s., 2004. 160 s. ISBN 80-251-0205-X.

14. MRÁZKOVÁ, J. *Obecné zásady kojení.* 2006 [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <http://www.kojeni.net/zasady.php>.

15. MROWETZ, M. Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám!. *Sestra*. 2009, 11, s. 30-32. ISSN 1210-0404

16. MYDLILOVÁ, A. Přirozená výživa novorozence ï kojení ï hlavní zásady. *Pediatrie pro praxi*. 2003, 3, s. 128-132. ISSN 1213-0494

17. MYDLILOVÁ, A. Souļasný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatrie po promoci*. 2005, 2, s. 32. ISSN 1214-6773

18. PAř ÍZEK, A. *Kniha o t*ě*hotenství @ porodu*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

19. PAULOVÁ, M. Výhody kojení. *Zdravotnické noviny*. 2010, 10, s. 21-24. ISSN 1214-7664

20. SEDLÁř OVÁ, P. *Základní o*š*etřovatelská pé*č*e v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

21. SYMONS, J. *T*ě*hotenství a pé*č*e o dít*ě. 1.vyd. Dobř ejovice: Rebo Production , 2003. 232 s. ISBN 80-7234-284-3.

22. ĠRÁĻKOVÁ, D. Rooming in. *Praktická gynekologie*. 2007, 11, s. 26-29. ISSN 1801-8750.

23. ĠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dít*ě*te*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 247 s. ISBN 80-246-0877-4.

24. ĠVEJCAR, J, et al. *Pé*č*e o dít*ě. 1.vyd. Praha: Nuga, 2003. 400 s. ISBN 80-85903-15-6.

25. TEUSEN, G. *Prenatální komunikace: pr*ů*vodce výchovou v rodin*ě. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 80 s. ISBN 80-7178-753-1.

26. TROUPOVÁ, J.; HANZL, M, *Standardy o*š*etřovatelské pé*č*e v neonatologii*. 1. vyd. Ļeské Budĵovice: Nemocnice Ļeské Budĵovice a.s., 2010. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.

27. Unipa. *Bonding: porodní bolest ï porodní radost.* 2010 [cit. 2011-01-19]. Dostupné z WWW: <http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:bondind&catid=42:porod&Itemid=124>.

28. VELEMÍNSKÝ, M; TOMĠÍKOVÁ, Z; KOLÁř OVÁ, J. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6.vyd. Jihoļeská univerzita v Ļeských BudĎjovicích ZdravotnĎsociální fakulta, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.

29. VINCENTOVÁ, D. Výģiva novorozence, kojence a batolete. *Pediatrie pro praxi*. 2006, 4, s. 224-226 ISSN 1213-0494

30. VOTAVA, F, et al. *Novorozenecký screening.* 2011 [cit. 2011-01-23]. Dostupné z WWW: <http://www.novorozeneckyscreening.cz/index.php?pg=verejnost>.

10 PŚílohy

PŚíloha 1 10 krokŢ k podpoŚe bondingu podle Michaely Mrowetz

PŚíloha 2 Rozhovor s matkami

Příloha 1 10 kroků k podpoře bondingu podle Michaely Mrowetz

10 kroků k podpoře bondingu podle Michaely Mrowetz:

- **položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu** (při porodu sekcí k tváři maminky)
- **podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin** (při porodu sekcí může kůže na kůži tatínek, pro dítě jsou jeho bakterie zdraví přínosnější, než bakterie ošetřujícího personálu), pokud maminka potřebuje osobní pauzu, může kontakt zajistit tatínek
- **otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky** do teplých osušek a přikrývek
- **matka a dítě jsou v kontaktu „skin to skin",** kůže na kůži
- **umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí** matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (pokud musí být dítě v inkubátoru, zajistěte webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)
- **pomoc s přisátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti „ může to být až do 30 minut kontaktu kůže na kůži, do té doby miminko i maminka odpočívají a seznamují se spolu!** „ pokejte, až si strká ručičky do úst, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla, ta voní stejně jako plodová voda, olizuje si rty a kývá hlavou ze strany na stranu „ zásadně neumývat dítěti ruce od plodové vody a nechávat volně. Po medikovaných porodech je miminko chvíli unavené, je zapotřebí nechat jej odpočinout na kůži matky, oba taky vyluční potřebné množství oxytocinu k podpoře jejich vzájemného kontaktu
- **zajištění pohodlné polohy pro matku** (křeslo, postel, polštáře) **i dítě** (v náručí matky)
- zajištění klidného, vstřícného a **intimního prostředí ze strany zdravotníků**

- jakékoliv **vyšetření a ošetření dítěte** /sejmutí skore Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ **provést na těle matky** (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální)
- eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu v těchto neopakovatelných prvních okamžicích (nedívejte se maminky na mobily, smsky posílají stejně jako jejich adresáti a do fotoaparátů, dívejte se na své miminko a do jeho očí, tento jedinečný okamžik vašemu miminku a vám žádné fotografie ani videa později nezprostředkují)

Zdroj: Unipa. *Bonding: porodní bolest či porodní radost.* 2010 [cit. 2011-01-19]. Dostupné z WWW: <http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:bondind&catid=42:porod&Itemid=124>.

Příloha 2 Rozhovor s matkami

1. Základní identifikační údaje:

- Kolik Vám je let?
- Pokolikáté jste rodila?
- V jaké porodnici proběhl Váš porod?

2. Zjišťovací otázky:

- Měla jste nějakou určitou představu ohledně péče o novorozence v porodnici a Vašem společném pobytu zde? Sepsala jste si tuto představu např. do porodního plánu?
- Mohla byste mi popsat, jak probíhaly první desítky minut s Vaším miminkem a následně pobyt na šestinedělí.
- Když to shrnete, splnila se Vaše očekávání?
- Dostala jste dostatek informací v porodnici, co se miminka týče nebo jste pociťovala mezery a měla zájem o vědění množství těchto informací?
- Měla jste zájem a byla Vám umožněna přítomnost během výkonů týkajících se miminka, jako je např. odběr z patičky a další?
- Byl kontakt rodiny a partnera během pobytu na šestinedělí dostačující nebo by Vám byl částečně popř. nepřetržitý kontakt milejší?
- Byla jste spokojena s péčí o novorozence v porodnici?
- Co považujete za svoji nejdůležitější prioritu během pobytu s miminkem v porodnici?