



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Karolína Jelínková

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.8.2023

-----  
*Karolína Jelínková*

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Aleně Machové za odborné vedení mé bakalářské, ochotu, cenné rady, pomoc a čas, který mi věnovala v průběhu naší spolupráce. Poděkování si také zaslouží všechny respondentky, které si našly čas a zodpověděly nám otázky potřebné k výzkumnému šetření. Nakonec bych ráda poděkovala své rodině a přátelům, kteří pro mě byli oporou a během studia mě podporovali.

# Zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců

## Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Komfort a bezpečí je klíčovou součástí péče o novorozence a kojence. Bakalářská práce se zaměřuje na pohled dětských sester a matek při zajištění komfortu a bezpečí u novorozence a kojence, způsob edukace matek dětskou sestrou v této oblasti a způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozence a kojence matkou v domácím prostředí.

V bakalářské práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo popsat pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Druhý cíl byl zjistit způsob edukace matek v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Třetím cílem bylo popsat pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců a posledním zvoleným cílem bylo zjistit způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí.

Teoretická část bakalářské práce definuje pojmy novorozenecké a kojenecké období, zabývá se lidskými potřebami, zvláště pak potřebou jistoty a bezpečí a lásky a sounáležitosti. Teoretická část rovněž popisuje možnosti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců, jako jsou skin to skin kontakt, bonding, koupel novorozence včetně péče o kůži, správnou manipulaci, bezpečný spánek, a nakonec i využití baby masáží, aromaterapie a šátkování.

Výzkumná část práce byla vytvořena na základě kvalitativního šetření metodou dotazování. Sběr dat proběhl pomocí techniky hloubkových rozhovorů s dětskými sestrami a matkami novorozenců a kojenců. Analýza dat proběhla pomocí metody tužka papír. Následně byly vytvořeny kategorie hloubkových rozhovorů zvláště pro dětské sestry a zvláště pro matky. U dětských sester bylo vytvořeno pět kategorií: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu dětských sester, Způsob provedení edukace dětskou sestrou, Obsah edukace, Využití alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester a Příprava na péči o dítě. U matek bylo také vytvořeno pět kategorií, mezi které patří: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu matek, Edukace, Spánek, Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu matek a Výbavička pro dítě. Ke kategoriím byly následně vytvořeny odpovídající podkategorie. Z výzkumného šetření vyplynulo,

že dětské sestry i matky mají stejný pohled na zajištění komfortu a bezpečí u novorozence a kojence. Shodly se, že je potřeba, aby matka byla s děťátkem v neustálém kontaktu, mazlila se s ním, chovala ho, mluvila na něj a byla milující. Výzkumné šetření ukázalo také, že matky nejsou nedostatečně edukovány v oblasti manipulace s novorozencem a kojencem a v oblasti bezpečného spánku.

Na základě výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny dva edukační letáky obsahující zásady správné manipulace a zásady bezpečného spánku novorozence a kojence.

### **Klíčová slova**

Novorozenec; kojeneček; dětská sestra; matka; komfort a bezpečí; jistota; edukace

# **Ensuring Comfort and Safety for Newborns and Infants**

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on a specific issue concerning comfort and safety establishment for newborns and infants. Comfort and safety is the key component of newborn and infant care. This bachelor thesis focuses on paediatric nurses' and mothers' perspective on the comfort and the safety ensurement of the newborn and the infant, furthermore focuses on the education of mothers provided in this field by the paediatric nurse and on the way by which comfort and safety of the newborn and the infant is ensured by the mother in the home environment.

Four objectives were set in the bachelor thesis. The first objective was to describe the perspective of pediatric nurses on ensuring comfort and safety in newborns and infants. The second objective was to determine the way how to educate mothers in the field of providing comfort and safety to newborns and infants. The third objective was to describe the mothers' perspective on ensuring comfort and safety of newborns and infants and the last objective chosen was to find out the method of ensuring comfort and safety of newborns and infants by mothers in the home environment.

The theoretical part of the bachelor thesis defines the concepts of the neonatal and the infant period, and follows up basic human needs, particularly the need of security and safety and the need of love and together belonging. The theoretical part also describes possibilities of comfort and safety ensurement of newborns and infants, such as skin to skin contact, bonding, newborn bathing including skin care, proper handling, safe sleep, and finally the use of baby massage, aromatherapy and swaddling.

The research part of the thesis was based on qualitative survey, using an interview method. The data collection was done using in-depth interview technique with pediatric nurses and mothers of newborns and infants. Data analysis was done using pencil paper method. Subsequently, categories of in-depth interviews were created separately for paediatric nurses and mothers. Five categories were created for the baby nurses: Providing the Need for Security and Safety from the Baby Nurses' Perspective, The way of the Baby Nurse Education Conduct, Content of the Education, Use of Alternative Methods in the Child Care from the Baby Nurses' Perspective and Preparation for the Child Care. For mothers, five categories were also created, which include: Providing the

Need of Security and Safety from the Mothers' Perspective, The Education, The Sleep, Use of Alternative Methods in the Child Care from the Mothers' Perspective, and The Layette Set. Corresponding sub-categories were then created for the categories.

The research revealed that paediatric nurses just as mothers had the same perspective on providing comfort and security for the newborn and infant. They agreed that it is necessary that mother and baby are to be in constant contact, including cuddling, caressing and talking to the baby, generally speaking to be the loving mother. The research survey also showed us that mothers are not sufficiently educated in the area of handling the newborn and infant and in safe sleeping.

Based on the results of the research, two educational leaflets were developed containing the principles of proper handling and safe sleep for newborn and infant.

### **Key words**

Newborn; Infant; Pediatric nurse; Mother; Comfort and safety; Certainty; Education

## **OBSAH**

Úvod.....	10
1 Současný stav problematiky .....	12
1.1 Vymezení pojmu novorozenecké období .....	12
1.2 Vymezení pojmu kojenecké období .....	13
1.3 Potřeby člověka a jejich klasifikace.....	13
1.3.1 Potřeba jistoty a bezpečí .....	15
1.3.2 Potřeba lásky a sounáležitosti .....	16
1.4 Zajištění komfortu a bezpečí u novorozence a kojence .....	17
1.4.1 Vybavení domácnosti pro novorozence.....	18
1.4.2 Bonding a skin to skin kontakt .....	20
1.4.3 První koupel novorozence .....	22
1.4.4 Běžná koupel novorozence a kojence .....	22
1.4.5 Péče o kůži .....	24
1.4.6 Manipulace, techniky držení a přenášení novorozence a kojence .....	25
1.4.7 Spánek.....	27
1.5 Alternativní techniky v péči o novorozence a kojence .....	30
1.5.1 Baby masáž .....	30
1.5.2 Aromaterapie .....	32
1.5.3 Nošení v šátku.....	33
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	36
2.1 Cíl práce.....	36
2.2 Výzkumné otázky .....	36
2.3 Operacionalizace pojmů .....	36
3 Metodika.....	38
3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat .....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	39



4	Výsledky.....	41
4.1	Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s dětskými sestrami .....	41
4.1.1	Kategorie 1: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence z pohledu dětských sester.....	41
4.1.2	Kategorie 2: Způsob provedení edukace dětskou sestrou.....	44
4.1.3	Kategorie 3: Obsah edukace .....	46
4.1.4	Kategorie 4: Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester.....	50
4.1.5	Kategorie č. 5: Příprava na péči o dítě.....	52
4.2	Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s matkami .....	54
4.2.1	Kategorie 1: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu matek .....	55
4.2.2	Kategorie 2: Edukace.....	56
4.2.3	Kategorie 3: Spánek.....	59
4.2.4	Kategorie 4: Využití alternativních metod z pohledu matek .....	61
4.2.5	Kategorie 5: Výbavička pro dítě.....	62
5	Diskuze .....	64
6	Závěr.....	72
7	Seznam zdrojů .....	74
8	Seznam příloh a tabulek .....	79
8.1	Seznam příloh .....	79
8.2	Seznam tabulek .....	79
9	Seznam zkratk.....	80
10	Přílohy.....	81

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Téma jsem si vybrala, protože bych se v budoucím zaměstnání ráda zaměřila spíše na péči novorozence a ráda bych nastávajícím nebo stávajícím maminkám pomohla co nejkvalitněji zajistit u jejich děťátek nejlepší komfort a bezpečí. Z uvedeného důvodu mě zajímalo, jaký pohled mají dětské sestry a matky na zajištění těchto potřeb, co je podle nich důležité a jak probíhá edukace matek dětskou sestrou.

Cílem bylo zjistit, co si dětské sestry myslí o zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozenců a kojenců a jak v této oblasti z jejich strany probíhá edukace matek. Zároveň jsme se chtěli dozvědět, jaký pohled na tuto problematiku mají samotné matky a jak u svých dětí komfort a bezpečí zajišťují v domácím prostředí.

V teoretické části jsou popsány pojmy novorozenecké a kojenecké období, následující potřeby člověka včetně jejich klasifikace, kde jsou podrobněji popsány potřeby jistoty a bezpečí a lásky a sounáležitosti. Dalším bodem teoretické části je zajištění komfortu a bezpečí u novorozence a kojence, kde se především věnujeme vybavení domácnosti pro novorozence, bondingu a skin to skin kontaktu, koupeli novorozence a kojence a péči o kůži. Zaměřujeme se zde na důležitá témata jako jsou manipulace a techniky držení novorozence a kojence a bezpečný spánek. V poslední části teorie jsme se zaměřili na využívání alternativních metod v péči novorozence a kojence, které je možné v rámci komfortu a bezpečí rovněž aplikovat. Zde jsme popsali baby masáže, využití aromaterapie a nošení dětí v šátku.

Empirickou část bakalářské práce tvoří kvalitativní šetření, kde jsme zvolili metodu dotazování. Dotazování probíhalo technikou hloubkových rozhovorů s dětskými sestrami pracujícími na novorozeneckém oddělení a s matkami, které mají novorozence a kojence. Cílem hloubkových rozhovorů bylo zjistit pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců a způsob jakým jsou matky od dětských sester edukovány. V rozhovorech s matkami jsme zjišťovali jejich pohled na tutéž problematiku a jak komfort a bezpečí zajišťují v domácím prostředí. Empirická část obsahuje kategorizace rozhovorů, schémata jednotlivých kategorií a jejich popis.

Na základě teoretické a empirické části výzkumného šetření byly navrženy dva edukační letáky, týkající se nejvíce opomíjených oblastí v edukaci matek dětskou sestrou. Jedna leták je zaměřen na správnou manipulaci s novorozencem a kojencem a druhý leták

je na téma zásad bezpečného spánku novorozence a kojence. Edukační letáky mohou být předávány maminkám v porodnici či v ordinacích dětského lékaře.

# 1 Současný stav problematiky

## 1.1 Vymezení pojmu novorozenecké období

Každý novorozenec je klasifikován podle gestačního věku, porodní hmotnosti a jejich vzájemného vztahu. Novorozenec narozený v termínu dle gestačního věku je narozený mezi 38.-42. týdnem těhotenství. Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku má donošený novorozenec porodní hmotnost mezi 5.-95. percentilem odpovídajícího gestačního věku (Hájek et al., 2014). Gravidita zpravidla trvá 40 týdnů. Počítána je od 1. dne poslední menstruace (Dort et al., 2016). Donošený fyziologický novorozenec váží v průměru 3500 g a měří 50 cm, má dobře vyvinutý tukový polštář, jeho kůže je růžová a je pokryta mázkem. Mázek je bílý sekret mazových žláz, jehož složení je tuk, mastné kyseliny a oloupané buňky epidermis (pokožky). Na zádech mohou být zbytky lanuga, to je jemné plodové chmýří, které je charakteristické pro nedonošené novorozence. Vlasy bývají jemné, nehty přesahují špičky prstů, rýhování plosek nohou je patrné po celé ploše. Genitál je zralý – u chlapců sestouplá varlata, u dívek labia majora (velké stydké pysky) kryjí labia minora (malé stydké pysky) (Hájek et al., 2014).

Novorozenecké období je definováno od narození do ukončeného 28. dne života (Klíma, 2016). Je to období adaptace dítěte na nové prostředí, které je odlišné od podmínek intrauterinního života (Vágnerová a Lisá, 2022). Nerušený proces poporodní adaptace zajišťuje plynulý přechod z intrauterinního (nitroděložního) do extrauterinního (mimoděložního) prostředí. Postnatální adaptace probíhá během 6-24 hodin. Nejdůležitější funkční změny jsou spojeny s dýcháním a krevním oběhem (Hájek et al., 2014). Novorozenec je schopen reagovat pomocí reflexů a vrozených vzorců chování, které mu usnadní přežití (Vágnerová a Lisá, 2022). Stimuly, které zahájí dýchání po porodu jsou chlad, světlo, hluk, bolest a relativní hypoxemie (snížená koncentrace kyslíku v krvi), hyperkapnie (zvýšená koncentrace oxidu uhličitého v krvi) a acidermie (nadbytek kyselin v krvi) (Hájek et al., 2014). Novorozenec je zároveň geneticky disponován k poměrně dlouhodobému zrání a učení. Všechny projevy novorozence jsou závislé na jeho biorytmu, pro který jsou charakteristické krátké úseky bdění. Ty jsou na začátku vyplněny především aktivitou spojenou s uspokojením biologických potřeb, dále ho lze postupně zaujímat i jinými podněty. Pro vnímání a učení je důležitý stav bdělosti, tehdy se dítě dokáže soustředit na tuto činnost, zpočátku je stav bdělosti velmi krátký, trvá v řádu sekund. Úroveň bdělosti u novorozence je chabá a nelze ji snadno ovlivnit.

Například je to možné změnou polohy, když matka dítě zvedne, je bdělejší, než když pouze leží (Vágnerová a Lisá, 2022).

### **1.2 Vymezení pojmu kojenecké období**

Po uplynutí čtyř týdnů od porodu dítě přestáváme nazývat novorozencem a mluvíme o kojenci. Děti se většinou takto označují do 1 roku věku, tedy do doby, kdy začínají chodit. Samotné kojení, po němž je toto období pojmenované, často trvá kratší dobu. Během kojeneckého období nastávají poměrně veliké změny. K těm nejvýznamnějším patří tělesný růst (Blatný, 2017). V kojeneckém období donošené dítě zdvojnásobí svoji porodní hmotnost v pěti měsících a v jednom roce ji ztrojnásobí. Průměrná tělesná hmotnost dítěte v jednom roce je 10 kg. Během prvního roku života kojeneček vyrostou o 25-30 cm a v jednom roce je průměrná tělesná výška dětí 75 cm. První zub se objevuje zpravidla kolem 6. měsíce věku. V jednom roce má dítě 6-8 zubů. Během kojeneckého období dochází k velkému růstu a rychlému vývoji (Stožický, Sýkora a kol., 2016). V kojeneckém období se rychle rozvíjejí mnohé dovednosti, které jsou motivovány a podporovány matkou a jsou předpokladem k postupnému osamostatňování dítěte. V prvním roce života jsou znatelné individuální rozdíly jednotlivých dětí jak v prožívání, chování, tak i celkovém vývoji. U všech dětí vývoj neprobíhá stejně rychle. Průběh vývoje závisí na dispozičních základech, např. aktivační úrovni, adaptabilitě dítěte, vegetativní stabilitě, jaké převažuje ladění, ale je ovlivněn i učením (Vágnerová a Lisá, 2022).

Motorický vývoj kojence ve druhém měsíci se projevuje podobně jako u novorozence. Lze u něj pozorovat reflexní chování, zlepšuje se jeho schopnost sledovat předměty v pohybu a fixovat je očima. Okolo čtvrtého měsíce se děti obracejí ze zad na břicho a později zvládají i opačný obrát. Asi v šesti měsících polovina dětí zvládne samostatně sedět. Kolem devátého měsíce se děti začínají stavět s oporou, s oporou také začínají chodit, například okolo nábytku a na konci prvního roku se pouštějí do samostatné chůze (Blatný, 2017).

### **1.3 Potřeby člověka a jejich klasifikace**

Člověk je společenskou bytostí, která si uvědomuje samu sebe ve vztahu k druhému člověku a ke společnosti. Je to bytost jedinečná, zvláštní s originální integrací biologických, psychických, sociálních a duchovních prvků (Sikorová, 2011).

V pomáhající ošetrovatelské profesi je důležité ujasnit si své vlastní pocity a způsob přijetí své sociální role. Poznáním našich potřeb i potřeb těch, kteří od nás očekávají pomoc, dále také poznáním a pochopením sama sebe, nám pomáhá k pochopení potřeb druhých lidí, naučí nás tolerance k názoru druhého člověka a orientovat se v nelehké situaci (Šamánková a kol., 2011).

Lidskou potřebu můžeme definovat jako projev nějakého nedostatku nebo přebytku, chybění něčeho, jehož odstranění je vyžadováno (Trachtová a kol., 2018). Potřeba je základní motivační stav jedince, osobnosti a je uspořádána od potřeb nejnižších fyziologických k těm nejvyšším aspiračním potřebám člověka (Maslow, 2021). Potřeba vybízí k vyhledávání určité situace nezbytné k životu, eventuálně vede k vyhýbání se určité situaci, která je pro život nežádoucí. Je něčím, co lidská osobnost nezbytně potřebuje pro svůj život a vývoj. Pocit nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně utváří vzorec chování jednotlivce. V termínu potřeba je zdůrazněn soulad vnitřního s vnějším, okolním světem, potřeba je potřebou něčeho a vztahuje se k něčemu v prostředí. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a zdokonalují, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou vnímány jako biologické vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality a každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby jiným způsobem. Důležité je si uvědomit, že každý jedinec má společné potřeby, ale u každého jsou uspokojovány různými způsoby, které si nejsou podobné (Trachtová a kol., 2018). Naplnění potřeb vede k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu. Potřeby jsou důležité, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním kvality našeho života (Šamánková a kol., 2011). Dříve uspokojená potřeba však nepřestane existovat a člověk pouze zřídka dosahuje plnohodnotnějšího uspokojení, jakmile je jedna potřeba uspokojena, zaujímá její místo druhá. Pro lidskou bytost je charakteristické, že prakticky ustavičně něco vyžaduje (Maslow, 2021). „*Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.*“ (Trachtová a kol., 2018 s. 10).

V psychologii se zpravidla objevuje dělení potřeb na:

1. biogenní, fyziologické,
2. psychogenní, sociogenní, psychologické.

Rozdělení odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku, bytost je současně biologická a sociální. Pojem potřeba pak zde vyjadřuje nedostatky biologické (nedostatek jídla, pohybu, odpočinku) a nedostatky v sociálním životě jedince (zázemí, opory, projevy lásky, úcty apod.) (Trachtová a kol., 2018).

Americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl zakladatelem humanistické psychologie, organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho známá teorie hierarchického uspořádání potřeb. Základem tohoto modelu jsou potřeby fyziologické a vrcholem potřeby seberealizace (viz příloha 1) (Trachtová a kol., 2018).

Lidské potřeby jsou uspořádány v hierarchickém systému dle své naléhavosti (Trachtová a kol., 2018). Pokud se neuspokojí potřeby určitého stupně, další logicky vzestupný krok nenastane (Mastiliaková, 2014). To znamená, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládnu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami (Trachtová a kol., 2018). Zásadní potřebou lidského života je zdraví, není-li tato základní potřeba naplněna dochází k nespokojenosti a k neúplnosti (Mastiliaková, 2014). Model zahrnující složky biologické, psychické, sociální a spirituální je komplexní pohled na zdraví a nemoc uvnitř i vně jedince. Výsledkem porušené interakce v bio-psycho-sociálně spirituálním modelu je nemoc (Šamánková a kol., 2011). Fyzické potřeby představují potřeby existenční, které slouží k přežití. K potřebám sociálním náleží potřeby milovat a být milován. Oblast duchovních potřeb je vyjádřena smysluplnou, prospěšnou existencí člověka a harmonickou přítomností se sebou samým a svým okolím (Mastiliaková, 2014). Pokud nejsou uspokojeny žádné základní potřeby organismu, je organismus ovládán pouze těmi fyziologickými a všechny ostatní potřeby mohou být odsunuty (Maslow, 2021). Vyšší potřeby nejsou pro život člověka tolik podstatné, ale dělají ho hezčím, příjemnějším a obohacujícím. Často přinášejí pocity štěstí a klidu, vedou k lepšímu a kvalitnějšímu spánku, snižují nemocnost a mohou i působit na délku našeho života. Jedná se o potřeby seberealizace, uznání, sebeúcty, sounáležitosti a lásky (Šamánková a kol., 2011).

Potřeba seberealizace, hierarchicky dominující, vyžaduje uspokojení ostatních potřeb postavených níže. Jedinci, kteří se seberealizují, musí být všeobecně uspokojeni a duševně zdraví. Je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a určovat tak chování jednotlivce (Trachtová a kol., 2018). Usilování o naplnění vyšších potřeb vede k hlubšímu poznání sebe sama i světa kolem nás. Větší bdělost, opravdovost a smysluplné prožívání života, nás vede k laskavosti, radosti, zdraví a klidu, odchýlením od psychopatologie a nevědomosti (Maslow, 2021).

### ***1.3.1 Potřeba jistoty a bezpečí***

Potřebu jistoty a bezpečí A. H. Maslow na své pyramidě uvádí jako druhou prioritní potřebu a je potřebou vyhnout se ohrožení a nebezpečí. Projevuje touhu po důvěře,

spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu, potřebu ochránce a u dospělých ekonomického zajištění. Uspokojení potřeby jistoty a bezpečí je na prvním místě v případech, kdy v životě chybí pořádek a řád (Trachtová a kol., 2018). Posilování pocitu bezpečí u dětí významně napomáhá rozumový a emoční vývoj dítěte. Reálný pocit bezpečí je nejprve zajišťován matkou a později širší rodinou. Dobrý vztah dítěte s matkou je charakterizovaný vzájemným silným citovým poutem a snahou být si co nejvíce na blízku. Časem si dítě vytváří bezpečné vazby i s dalšími blízkými osobami. (Sikorová, 2011).

Malé děti je třeba chránit, a to nejen před nepřítelem, ale i před jinými, banálnějšími situacemi, jako jsou auta, pády z výšky, rozpálená žehlička apod., jsou to situace, které dítěti mohou také ublížit. Zároveň rodiče musí dítě naučit rozeznávat, co je bezpečné a co není, měli by ho naučit umět se vyhýbat nebezpečným situacím a místům a je-li to nutné, měli by se umět bránit (Šamánková a kol., 2011).

Potřeba jistoty a bezpečí se objevuje v situaci ztráty životní jistoty (Trachtová a kol., 2018). Mezi činitele jistoty může patřit stálost prostředí, ve kterém se dítě vyskytuje. Pocit bezpečí a jistoty bývá u dítěte také narušen při návštěvě zdravotnického zařízení, může to v dětech vyvolávat strach, úzkost a nejistotu. Úkolem matky je dítěti vysvětlit nastalou situaci a změnu prostředí, ujistit ho, že je tam s ním a tím dítěti navodit pocit bezpečí (Sikorová 2011). Pojem bezpečí představuje pro člověka vlastní obraz vyplývající z jeho osobní zkušenosti. Představu o tom, co je bezpečné a co nebezpečné si jedinec volí právě podle prostředí, ve kterém vyrůstal (Trachtová a kol., 2018). Je-li potřeba bezpečí a jistoty u dítěte dobře naplněna, umí později nebezpečí sám rozpoznat a poradit si s ním (Šamánková a kol., 2011).

### ***1.3.2 Potřeba lásky a sounáležitosti***

Potřeba lásky a sounáležitosti je potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a potřeba být sociálně integrován. Je označována jako potřeba afiliační a nejčastěji vystupuje v situacích osamocení a opuštění (Trachtová a kol., 2018).

Potřeba sociální integrace je jedna z nejdůležitějších potřeb, protože vztahy hrají v lidském životě nezastupitelnou roli. V rámci sociálních kontaktů lidé nacházejí uspokojení v řadě sociálně vztahových potřeb, jako jsou opora, obdiv, porozumění, přijetí, úcta, sounáležitost a láska (Sikorová, 2011).

Pro plod je podporou tělo matky, je to prostor, který je ohraničený, poskytuje teplo, výživu, bezpečí a něhu. Po narození je dítě bezbranné a závislé na druhé osobě. Když dítě



v období prvního roku dostává dostatek stimulů, např. fyzický, realizovaný hlazením po hlavičce nebo zádech; psychický projevovaný úsměvem a nákloností, tak snadněji chodí. Naopak děti, kterým nebyla tato potřeba dostatečně projevována, celý život touží po objetí, jsou neklidné, objevují se u nich časté pády a mohou trpět poruchami spánku a nočními můrami (Trachtová a kol., 2018). Láska ovlivňuje každou část lidského života, a to hlavně pocit štěstí a pohody. Láska je citový vztah, který může být v rozdělen ve třech základních formách. Může to být forma erotické lásky, ta je založena na citově-sexuálním podkladě, jejím příkladem může být vztah mezi milenci. Další forma je láska založená na vztazích mezi rodiči a dětmi, kde je nejvýrazněji zastoupena láska mateřská, ale může se zde řadit i láska založená na hlubokém přátelství. Třetí forma lásky je láska křesťanská, láska k bližnímu. Láska může být charakterizována různě, jako láska manželská, vášnivá, přátelská apod., ale podstatným znakem lásky, ať už je chápána jakkoliv, je přijetí druhého, je to potřeba mít ho nablízku, snaha mít druhého pro sebe, identita s druhým, poskytovat podporu, ochranu a mít pro toho druhého pochopení. Sounáležitost je potřeba být spjat s nějakou skupinou, někam patřit, být akceptován skupinou a tvořit jednotu. Dítě i dospělý má potřebu a touhu přidružit se k přátelům a dělit se s nimi o zážitky (Sikorová, 2011).

Bezpečná vztahová vazba mezi matkou a dítětem je spojená s pozitivními výsledky v různých oblastech vývoje dítěte. Vztahová vazba matky a dítěte se začíná vyvíjet už v prenatálním období a pokračuje po narození dítěte. Jako nejdůležitější fáze pro vytvoření silného a kvalitního vztahu mezi matkou a dítětem se považuje období bezprostředně po porodu, které je možno podpořit bondingem. Bonding po porodu, znamená, že je dítě matce přiloženo na hrudník a mají spolu přímý kontakt kůži na kůži, ten umožní matce a dítěti bezprostřední, dostatečný a ničím nerušený kontakt (Mazúchová et al., 2021). Dítě má potřebu pociťovat naplnění vztahů k matce a osobám z primární rodiny. Když je u dítěte tato potřeba naplněna, přináší mu pocit životní jistoty a je tím tak i podmínkou pro dobrý vývoj jeho osobnosti (Šamánková a kol., 2011).

#### ***1.4 Zajištění komfortu a bezpečí u novorozence a kojence***

Po porodu dochází k dramatické změně prostředí. Zatímco v děloze mělo dítě zajištěnou stálou teplotu prostředí, výživu, pohodlí a bylo chráněné před světlem a hlukem, porodem se vše mění (Fendrychová, 2020). Součástí komfortu a bezpečí u novorozenců je bezprostředně po porodu synchronizace interakcí mezi matkou a dítětem, dochází tím tak k upevnování jejich citové vazby. Vzájemný kontakt

bezprostředně po porodu potřebuje jak matka, tak i dítě. Je to doba, která je ideální pro posílení jejich emočního pouta (Takács, © 2012). Raný kontakt skin to skin novorozence s matkou zvyšuje u novorozence pocit bezpečí. Separací dítěte od matky se pak mohou u novorozence objevit pocity úzkosti a existencionálního stresu (Hendrych Lorenzová et al., 2018). Novorozenec dokáže rozlišit hlas své matky, dokonce matku rozpozná i podle vůně (Takács, © 2012). Vazba mezi matkou a dítětem je pro dítě významná zejména k utváření pevných citových pout a blízkých vztahů. K tomu napomáhá komunikace matky s dítětem, vzájemné pohledy do očí, úsměvy a smích (Hendrych Lorenzová et al., 2018).

I když je novorozenec zdravý a donošený a je na tuto změnu připraven, je potřeba v prvních dnech po narození dodržovat určitá pravidla a dítě chránit před nadměrnými stimuly, které by ho vyrušovaly při spánku. Když dítě spí, tak běžný chod domácnosti ho neprobudí, probudí ho až náhlý hluk, na který dítě reaguje celým tělem, lekne se, probudí se a začne plakat. Ostré světlo je pro dítě nepříjemné stejně jako hluk a také působí změny stavu spánku a bdění. Místnost, ve které dítě spí by měla mít tlumené světlo, nebo by měla být zatažená okna žaluziemi (Fendrychová, 2020).

Organismus dítěte, který je zpočátku značně „nedokonalý“, je prakticky plně odkázán na pomoc a péči svého okolí. Dítě je vybaveno vrozenými reflexy a možnostmi autoregulace. V průběhu prvních měsíců života se učí adekvátně reagovat na stimuly přicházející z prostředí, učí se rozumět signálům a také aktivně samo signalizovat, zdárněji a s větším úspěchem navazovat rovnovážný, vyvážený a libý stav svého organismu v souvislosti s okolním prostředím. Důležité je, jaké prostředí jsou rodiče schopni po narození dítěte zajistit. Za optimální prostředí pro vývoj novorozence a kojence lze považovat klidné, stabilní rodinné zázemí, vytvářející vhodné poměry pro soustředěnou a ničím dalším nezátíženou pozornost matky na dítě. Takovéto rodinné zázemí posiluje schopnost matky vnímat potřeby dítěte a být dobrou pečovatelkou (Šulová a Fait, 2015).

#### ***1.4.1 Vybavení domácnosti pro novorozence***

Při pořizování vybavičky pro dítě není nutné kupovat velké množství oblečení, plen a ostatního vybavení. Pro miminko stačí mít připraveno jenom základní oblečení, a to je 5-7 kusů body nebo košilek, 5-7 kusů dupaček, 2 svetříky, 2 čepičky (Gregora a Dokoupilová, 2016). Dupačky, které mají rozepínání mezi nožičkami a body, které má rozepínací výstřih jsou praktičtější a usnadňují svlékání a přebalování. Na zimu jsou

vhodné čepičky, které jsou pletené nebo fleecové, pod které je možné dítěti dát ještě bavlněnou čepičku. U nejmenších dětí nejlépe drží čepičky, které se dají zavínovat. Dále by rodiče měli mít připravené ponožky, rukavičky a kombinézu (Gregora a Velemínský ml., 2013). Na cestu z porodnice v létě nebo na jaře je dobré mít připravenou zavínovačku, košilku, kabátek, dupačky nebo kalhoty a lehkou čepičku. V období podzimu a zimy je výbavička stejná, ale je k tomu potřeba přidat teplejší čepičku, teplejší kabátek, deku a kožešinový fusak nebo teplou deku (Hanáková et al., 2015).

Do dětské postýlky by měli mít nastávající rodiče připravené povlaky na peřinku 2-4 kusy, dětskou dečku, jednu do kočárku a jednu do postýlky a 2-3 zavínovačky (Gregora a Dokoupilová, 2016). Na přebalování je třeba mít připravené jednorázové plenky, popřípadě látkové plenkové kalhotky, vlhčené ubrousky na zadeček, přebalovací pult nebo přebalovací podložku a krém na opruzeniny (Hanáková et al., 2015). Ke koupání je potřeba mít koupené žínky, ručníky a osušky, plastovou vaničku s protiskluzovou vložkou. Dále by si měli rodiče pořídit teploměr, nejlépe digitální, kartáček na vlasy, nůžky na nehty, dezinfekci na čištění pupíku, kvalitní dětskou kosmetiku, jejíž používání v prvním měsíci života je dobré co nejvíce omezit, odsávačku hlenů z nosu a textilní ubrousky k čištění zadečku. Mezi další vybavení patří dětská postýlka, u které by příčky na ohrádce neměly být od sebe vzdáleny více než 75 milimetrů a méně než 45 milimetrů, dále kočárek a autosedačka. Případně baby vak, klokanka nebo šátek, ale toto je lepší zakoupit až později, až když si matka vyzkouší, který způsob nošení dítěte a které pomůcky jí vyhovují více (Gregora a Dokoupilová, 2016). Pomůcky, které nejsou vhodné a neměly by se pořizovat, neboť mohou narušit správný vývoj dítěte, jsou chodítko a závěsné hopsadlo (Hanáková et al., 2015).

Pokud je dítě uměle živeno, je také nutné zakoupit kojenecké lahve a pomůcky k jejich čištění, např. kartáč na lahve. Jako další součást výbavy domácnosti pro miminko lze doporučit monitor dechu a elektronickou chůvu. Pokud budou rodiče monitor dechu kupovat nový, je zapotřebí ho koupit od renomovaných firem, případně i některé porodnice monitor dechu za poplatek zapůjčují domu (Gregora a Velemínský ml. 2013). Monitor dechu umí citlivě reagovat na pohyb dítěte a na pohyby hrudníku při dýchání, pokud dítě přestane dýchat, ihned se spustí alarm. Zařízení je tvořeno snímací deskou, která se vkládá pod matraci v postýlce. U monitoru dechu může také dojít k falešnému alarmu, a to, pokud dítě po propuštění z porodnice váží méně než tři kilogramy. Deska tak nemusí zaregistrovat dýchací pohyby hrudníku a spustí alarm (Gregora a Dokoupilová, 2016).

### **1.4.2 Bonding a skin to skin kontakt**

Všichni zdravotníci, kteří pracují s rodičkami a novorozenci mají stejný cíl, kterým je zdravá matka a zdravý novorozenec. Není to však pojaté pouze po stránce fyzické, ale zahrnuje i psychické, spirituální a sociální aspekty zdraví. Nyní se ví, že pro psychofyzilogický vývoj dítěte je rozhodující, jestli je těhotenství chtěné či nikoliv, dále také to, jakým způsobem rodiče komunikují se svým potomkem prenatálně, a i po narození (Hendrych Lorenzová et al., 2018). Zdravý vývoj dítěte je ve velké míře ovlivněn interakcí mezi matkou a dítětem a bezpečná vztahová vazba je spojená s pozitivními výsledky v různých oblastech dětského vývoje. O tom, že u dětí s bezpečnou vztahovou vazbou v dětství se pozitivněji rozvíjí sociálně-emoční schopnosti, kognitivní funkce, fyzické a duševní zdraví, existuje stále více důkazů. Zatímco děti s nejistým připoutáním jsou v této oblasti více ohrožené negativními výsledky (Mazúchová et al., 2021).

Vztahová vazba mezi matkou a dítětem se začíná vytvářet už v prenatálním období a pokračuje po narození. Nejdůležitější fáze pro vytvoření silné kvalitní vazby mezi matkou a dítětem je citlivé období následující bezprostředně po porodu, které je možné podpořit bondingem (Mazúchová et al., 2021). Bonding – z anglického slova připoutání je proces utváření láskyplné vazby mezi dítětem a jeho matkou po porodu podporovaný biologickými, imunologickými, fyziologickými a psychologickými procesy. Raný nepřerušovaný kontakt s novorozencem má pro matku i dítě neopakovatelnou hodnotu (Mrowetz a Peremská, 2013).

První minuty a hodiny po porodu jsou důležitým obdobím pro matku i dítě. Průběh této doby může částečně určit, jaký vztah budou mít děti ke svým matkám, dále to může ovlivnit jejich přístup k ostatním lidem a okolnímu světu. Bezprostřední období po porodu může mít významný vliv na osobní schopnost milovat a rozvíjet citové vazby (Lazárková, 2014). Podpora bondingu po porodu znamená, že se matce a dítěti umožní bezprostřední, dostatečný a ničím nerušený kontakt, to znamená přiložit dítě na tělo matky přímým kontaktem skin to skin neboli kůže na kůži. Skin to skin kontakt (SSC) napomáhá k samopřisátí dítěte a vytvoření vzájemné vazby s matkou (Mazúchová et al., 2021).

SSC stimuluje uvolňování oxytocinu u matky a dítěte, který je spojený s upokojením, s vytvářením bezpečné vztahové vazby a redukcí stresu (Mazúchová et al., 2021). Oxytocin je hormon, který se vyskytuje u savců a jako hormon funguje v krevním řečišti a jako neurotransmitter v mozku. Významnou roli má hlavně při porodu, v poporodním

období a při kojení. Po porodu je hladina mateřského oxytocinu zvýšená, hlavně při porodu placenty. Pohyby dítěte při přiložení k prsu vedou k dalšímu zvýšení hladiny oxytocinu. Oxytocin vyplavený do krevního řečiště, se velmi pravděpodobně podílí na zvýšení tělesné teploty matky, kterou lze pozorovat při kontaktu skin to skin mezi matkou a dítětem. Čím více oxytocinu je vyplaveno, tím je i intenzivnější vytvoření vazby matky na dítě (Lorenz, 2014).

Důležité je zajistit ideální vstup do života jedince právě podporou raného kontaktu matky a dítěte po porodu v podobě skin to skin kontaktu. Skin to skin kontakt zajišťuje pocit bezpečí u novorozence, pomáhá k lepší poporodní adaptaci, snazšímu přisátí k prsu a rychlejšímu nástupu laktace, zmírňuje pláč a uvolňuje stresové hormony, má imunologickou i termoregulační funkci a posiluje mateřské chování (Mazúchová et al., 2021). Důležité je tedy ponechat matce a dítěti soukromí po porodu a odložit rutinní procedury, jako jsou vážení a očištění dítěte na později (Hanáková et al., 2015). Světová zdravotnická organizace považuje metodu skin to skin za velmi účinnou z hlediska termoregulace organismu, podpory kojení a emocionální vazby, a to bez ohledu na místo, hmotnost a gestační stáří dítěte a stav vybavení nemocnic (Lazárková, 2014).

Doba, kterou matky a novorozenci stráví společně po porodu i později, umožňuje projevit přirozené chování dítěte. Interakce mezi matkou a dítětem usnadňuje navázání vzájemného pouta a instinktivních vrozených pečovatelských schopností matky. Dítě by mělo od okamžiku narození být nepřetržitě v kontaktu s matkou a využívat k tomu i skin to skin kontakt (Lazárková, 2014). Oddělení matky od dítěte, a to i krátkodobé je skutečně rušivým dějem. Novorozenec vysílá celou řadu signálů a pokud je od matky izolován, odpověď od ní nepřichází. Může to mít dopad na psychiku matky v rovině „prožívání“ dítěte a dále to může mít i negativní vliv na nástup laktace. Oddělení matky a dítěte může mít za následek poruchu tvorby vztahové vazby a tím i výchovné kompetence. Už v 80. letech minulého století Langmaier a Matějček v knize *Počátky našeho duševního života* napsali: „*Odloučení znamená frustraci přirozených duševních potřeb. A po delší době i psychickou deprivaci. Zasahovat do těchto jemných mechanismů v tak citlivém životním období jako je porod a šestinedělí je přinejmenším nebezpečné, a ne dost odpovědné.*“ (Chvílová-Weberová, 2013).

Rizika, která jsou spojená s bondingem a SSC po porodu jsou nejčastěji SUPC (Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn) neboli náhlý neočekávaný kolaps novorozence, pád a udušení novorozence při provádění bondingu (Vilinsky-Redmond et al., 2020). SUPC je relativně nový pojem a je charakteristický náhlým

kardiopulmonálním (týkající se srdce a plic) kolapsem novorozence bez prenatálních rizik v prvních 7 dnech života. Nejčastěji je popisován v prvních hodinách života při bondingu, kdy je dítě v poloze na břiše, při prvních pokusech o přisátí (Burianová a Macko, 2021). Je tedy důležité, aby zdravotnický personál pravidelně kontroloval novorozence zejména v prvních 2 hodinách po porodu (Vilinsky-Redmod et al., 2020). Aby se předešlo rizikům, která jsou spojená s bondingem, je třeba dodržovat několik základních zásad. ČNeoS (Česká Neonatologická Společnost) vytvořila zásady správného bondingu, mezi které se řadí poloha matky v polosedě, dítě by mělo být položeno na hrudník matky nebo jiné blízké osoby na bříško, nahé nebo pouze s plenou a matka i dítě jsou přikryté osuškou. Na obličej dítěte je nutné vidět, nos dítěte musí být volný a hlava otočená k jedné straně. Krk dítěte je natažený a hlava není v záklonu ani předklonu. Ramena a hrudník dítěte jsou na hrudníku matky a nohy jsou pokrčené. Matka musí být zcela soustředěná na své dítě. Doporučená poloha při bondingu viz příloha 5 (Burianová a Macko, 2021).

#### ***1.4.3 První koupel novorozence***

První koupel novorozence se dle Světové zdravotnické organizace (WHO) provádí ideálně mezi 6-24 hodinami jeho života (Fendrychová, 2021). Provádí se až tehdy, když je stav novorozence stabilizován, to znamená, že jsou jeho vitální funkce (dech, pulz a tělesná teplota) stabilní. Při první koupeli se odstraňuje z pokožky dítěte zbytek plodové vody, smolka (první stolice novorozence) a zbytky krve matky (Fendrychová, © 2015). Když se dítě koupe poprvé, je možné ho vykoupat bez použití mýdla, pouze v čisté pitné vodě. V některých případech je možné použít nedráždivé mycí emulze, které mají neutrální pH. Tyto mycí emulze by neměly obsahovat konzervační prostředky a parfémů. Vhodné je také použití olejových koupelí pro nezralou nebo suchou dětskou pokožku. Při první koupeli je vhodná přítomnost matky, nejlépe koupel provádět přímo u matky na pokoji. Doba koupele by měla být co nejkratší, neměla by přesáhnout 5 minut. Nutností je také zajistit vhodnou teplotu v místnosti, teplota prostředí by měla být 26-27 °C a teplota vody by měla být 37-39 °C. Dále je potřeba zamezit průvanu a vhodné je mít i předehrátou osušku. Těmito kroky se zajistí termoneutrální prostředí, zamezí se ztrátám tepla v průběhu koupele a minimalizují se změny hodnot vitálních funkcí (Fendrychová, 2021).

#### ***1.4.4 Běžná koupel novorozence a kojence***

Při koupeli malých dětí nejde pouze o očistu, ale jedná se i o příjemný rituál. Koupání má pro dítě veliký význam, dítě se při koupeli zklidní a vydrží potom déle spát. V prvních

týdnech života děťátka není potřeba každodenní koupel. Výjimkou je zadeček a genitál, který je potřeba alespoň jednou denně umýt dětským gelem a opláchnout pod tekoucí vodou (Hanáková et.al., 2015). Přemíra hygieny u novorozenců a kojenců může i škodit, kůže si na povrchu vytváří ochranný film, který voda, především chlorovaná, rychle smývá a kůže je pak choulostivější (Gregora a Velemínský ml., 2013). U novorozenců běžná, každodenní koupel s použitím mycích prostředků není doporučována, protože může vysušovat a dráždit pokožku dítěte. Dítě je vhodné koupat 2-3krát týdně a mycí emulze stačí použít na celé tělo pouze jednou týdně, olejové přípravky lze používat častěji. Každý den by se měla omývat vodou a mýdlem pouze místa zapářky, jsou to místa trvalého dotyku kožních ploch, bez mýdla pak obličej a ruce dítěte (Fendrychová, 2021).

Místnost, v níž budeme děťátko koupat, by měla být příjemně vytopena zhruba na teplotu 24-25 °C. V prvních měsících můžeme dítě koupat v malé vaničce, která je umístěna bezpečně na pevné podložce. Do vaničky nalijeme vodu, která by měla mít teplotu 37 °C, teplotu vody měříme speciálním teploměrem, voda, když do ní vložíme předloktí nesmí studit ani pálit (Gregora a Velemínský ml., 2013). Ke koupeli je třeba použít dostatečné množství vody, aby dítě bylo ponořeno i s ramínky (Fendrychová, 2015). Dítěti je vhodné očistit zadeček ještě před koupelí. Do vaničky dítě přenášíme v bezpečné poloze, kdy má dítě hlavu opřenou o předloktí naší ruky a druhou rukou si ho přidržujeme za stehýnko, přičemž mu podpíráme zadeček. Až teprve, když je dítě schopno držet hlavu samo, můžeme ho uchopit v podpaží. Koupání ve vaničce může usnadnit lehátko, na které dítě položíme, máme tak volné obě ruce a dítě má na lehátku hlavu bezpečně nad vodou. Bez této pomůcky můžeme také koupat, ale je nutné dítěti podpírat jednou rukou záda a hlavně hlavičku. Miminku nejprve omyjeme obličej čistou vodou, poté můžeme přidat do koupele olejovou nebo mycí emulzi, kterou pak umyjeme celé tělo miminka. Jako poslední umyjeme zadeček a genitál (Gregora a Velemínský ml., 2013). Délka koupele by neměla přesahovat 5 minut (Fendrychová, 2015).

Koupel se zavinutím, tzv. swaddle bathing, neboli dítě překryté přes břicho mokrou teplou plenou po dobu, co je ponořené ve vaničce, může napomoci dítěti udržet si normální tělesnou teplotu (Fendrychová, 2020).

Vhodnou přísadou do koupele jsou olejové emulze, které lze přidávat i jako prevenci proti vysušení pokožky, pravidelně bychom je měli do koupele dávat dětem, které už suchou pokožku mají. Při použití olejových emulzí je vhodné mít ve vaničce protiskluzovou podložku (Fendrychová, 2020). Zvláčňující nebo bylinkové koupele, které nahradí mýdlo lze také ke koupeli běžně používat. Dítě stačí koupat krátce, kolem

5 minut, čím je dítě mladší, tím by měla být i kratší doba koupání, aby nebyla vodou drážděna jeho citlivá pokožka (Gregora a Velemínský ml., 2013). K osušení se používají jemné materiály z bavlny (Fendrychová, 2021). Dítě osušíme tak, že osušku na něj jemně tiskneme a vyhýbáme se tření kůže. Uši a nos po koupeli čistit nemusíme, pokud to není vyloženě nutné například kvůli rýmě (Gregora a Velemínský ml., 2013). Ouška po koupání stačí vysušit pouze osuškou, a to jenom tam, kam dosáhneme, aby se neporanil zevní zvukovod (Gregora a Drahokoupilová, 2016). Rodiče by měli být ještě v porodnici informováni o bezpečnosti dítěte v průběhu koupele. Nesmí ho nikdy nechávat ve vodě bez dozoru nebo pod dohledem jiného dítěte (Fendrychová, 2021).

#### **1.4.5 Péče o kůži**

Kůže tvoří rozhraní mezi zevním a vnitřním prostředním organismu, plní tak mnoho funkcí. Jedna z nejdůležitějších funkcí kůže je funkce bariérová (Syravátková, 2015). Je to především ochrana před vlivy fyzikálními, reguluje průnik chemických látek, dále také funguje jako ochrana před mikrobiálními a mykotickými infekcemi (Polášková 2012). Pokud je o kůži správně pečováno, lze tak zvýšit její obranyschopnost a předcházet vzniku kožních onemocnění (Syravátková, 2015).

Po porodu je doporučováno krátké a rychlé osušení celého těla novorozence sterilní teplou plenou a přiložit dítě na hrudník matky a přikrýt ho. Dítěti na těle ještě zůstává novorozenecký mázek (vernix caseosa), který působí jako ochranný film (Pánek, © 2013). Novorozenecký mázek má funkci hydrofobní bariéry, a tak chrání kůži před macerací plodovou vodou, dále pomáhá vývoji kůže a brání i ztrátě tekutin a elektrolytů. Některé studie dokonce tvrdí, že mázek snižuje ztráty tepla a tekutin. Mázek se doporučuje nestírat ani umývat z pokožky novorozence minimálně prvních 24 hodin po porodu, kdy se vstřebává jeho největší část (Peremská, 2013). První koupelí, která se doporučuje nejdříve 6 hodin po porodu, ale může být provedena až po 24 hodinách života novorozence se z novorozence smyje zbytek mázku (Pánek, © 2013).

Zdravou kůži novorozence není nutné ničím po koupeli promazávat (Fendrychová, 2021). Ke zlepšení hydratace, funkce kožní bariéry a u suché pokožky lze použít emoliencia (Polášková, 2012). Jedná se o látky, které pokožku změkčují, zvláčňují a zjemňují. Kůži hydratují tím, že zabrání úniku vody z povrchové vrstvy pokožky anebo do ní vodu dodávají. Zabraňují nadměrnému vysoušení pokožky, praskání a olupování kůže (Fendrychová 2020). Emoliencia obsahující lipidy identické s kožními jsou neúčinnější (Polášková, 2012). Tato emoliencia zachovávají přirozené hydratační



faktory, obnovují hladinu lipidů, mají význam v normalizaci pH a napomáhají udržování mikrobiomu pokožky (Fendrychová, 2020). V péči o dětskou kůži směřujeme k zachování a podpoře funkce epidermální bariéry. Kontakt kůže s vodou při mytí by měl být co nejkratší s použitím mycích emulzí nebo olejů, následně se podle stavu kůže doporučuje použití emoliencií, vše by mělo být nejlépe bez parfémů. U dětí je doporučováno používat přípravky na péči o kůži přímo určené dětem a řídit se nejenom stavem kůže, ale i ročním obdobím. Péče o kůži by se neměla zanedbávat, ale ani přehánět (Polášková, 2012).

#### ***1.4.6 Manipulace, techniky držení a přenášení novorozence a kojence***

Technik, kterými dítě zvedáme a pokládáme je mnoho, stejně jako technik, které se používají k chování a přenášení. Mnoho technik, které používají maminky jsou ale nevhodné, proto se v této kapitole budeme věnovat zásadám, které bychom měli při manipulaci s dítětem dodržovat (Gregora a Velemínský ml., 2013).

S miminkem je potřeba zacházet jemně a citlivě, veškeré pohyby by se měly provádět pomalu. Jakýkoliv prudký pohyb je pro děťátko dráždivý, nepříjemný a obvykle u něj vyvolá pláč (Hanáková et al., 2015). Když se dítě chová v náruči nebo ho rodiče kolébají, nesmí se dělat prudké a rychlé pohyby. To pak u dítěte vede k dráždění nervového systému, které je návykové, dítě pak takovýto způsob chování vyžaduje a je tak neklidné. Zjednodušeně řečeno, tímto způsobem je nervozita chovajícího přenášena na chované dítě, a to se stává dráždivější. Především pro dítě, které je dráždivější je správná manipulace důležitá (Gregora a Velemínský ml., 2013). S děťátkem je potřeba navazovat oční kontakt, mluvit a usmívat se na něj (Hanáková et al., 2015).

Správnou manipulaci s dítětem by se měli naučit a umět všichni členové rodiny (Gregora a Velemínský ml., 2016). Zvedání a pokládání bude nejčastější a nejnamáhavější činnost související s manipulací (Hanáková et al., 2015). Při zvedání děťátka je důležité podpírat tělo a hlavu tak, aby mu nepřepadávala dozadu. Když se miminko chová v náruči, musí mít hlavu opřenou v ohbí jedné paže a zároveň být přidržované za stehýnko (Gregora a Drahokoupilová, 2016). Polohy by měly respektovat vývoj dovedností dítěte a měly by mu navozovat pocit bezpečí a klidu (Gregora a Velemínský ml., 2013). Pokud budeme dítě držet ve vzpřímené poloze, opřené o naše rameno, leží tak svou vahou na naší hrudi a jednou rukou mu musíme podpírat zadeček a druhou hlavičku. Když dítě ukládáme na podložku, nebo ke spánku, držíme ho v náruči a podpíráme mu hlavu, do té doby, dokud neleží na podložce, poté vysuneme ruku zpod

zadečku, mírně mu zvedneme hlavu a uvolníme tak druhou ruku, kterou jsme hlavičku přidržovali (Gregora a Drahekoupilová, 2016). Další zásady, kterých by se mělo dbát při správné manipulaci jsou, že dítě by mělo mít vždycky pocit jistoty a bezpečí. Nesmíme nikdy dopustit, aby byla hlavička dítěte v záklonu. Neměli bychom se dotýkat krku dítěte, ale držet vždy za záhlaví a druhou rukou za zadeček nebo stehno. Dítě se nesmí posazovat nebo dávat do sedátek, dokud ještě samo nesedí (Hanáková et al., 2015).

Vhodné je také dítě pokládat v bdělém stavu a pod dohledem rodičů pravidelně na kratší dobu do polohy na břicho, což u něj vede ke zpevnění šjíjového svalstva (Gregora a Velemínský ml., 2013). Při přetáčení ze zad na břicho je důležité, aby děťátko neztratilo kontakt s podložkou. Dítě leží na zádech na podložce, rodič zvedne dolní končetiny a pomalu je nakloní na bok. Dále na bok nakloní spodní dolní končetinu a horní dolní končetinu pokrčí, pak dokončí přetočení dítěte a dotočí ho přes pánev a dolní končetiny až na břicho. Po přetočení ještě může rodič miminku pomoci vytáhnout ručičku, pokud si ji přilehlo (Červenková et al., 2016). Manipulaci je dobré provádět střídavě na obě ruce a obě strany, aby byla vyrovnaná zátěž (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Ke zvedání miminka z podložky je vhodné využívat pozici na bocích. Rodič dítě natočí na bok na svou ruku tak, že jeho trup je položen na předloktí rodiče a hlava je v jeho dlani položená na oušku dítěte. Nejdříve se miminku zvedá hlavička, zadeček je stále v pozici níže než hlavička miminka. Rodič si pak nachystá svou ruku tak, aby dlaň byla na zadečku miminka a loket směřoval k hlavičce dítěte. Nyní se miminko zvedne do náruče na ruku, která je pod zadečkem a hlavička je položená v ohybu lokte rodiče (Červenková et al., 2016).

Chování v klubíčku je vhodné zejména u dráždivých dětí a pomáhá při bolestech břicha a při kolice (Gregora a Drahekoupilová, 2016). Poloha spočívá v tom, že dítě máme opřené bokem o naši hrud', hlavičku má dítě opřenou v našem loketním ohbí a loket je zvednutý vysoko. Tímto dítěti vytváříme bezpečnou náruč. Ruka, ve které je opřená hlavička zároveň podpírá lehce ohnutá stehýnka dítěte a druhou rukou podložíme jeho záda. Dítě se v této poloze cítí bezpečně, vidí nás a při pláči se snáze uklidní. Druhou možností této polohy je takzvané vyvýšené klubíčko (Gregora a Velemínský ml., 2013). Poloha vypadá tak, že miminko opřeme zády o svůj hrudník, jedna ruka podpírá zadeček a zvedá nohy, druhá ruka fixuje hrudník a břicho (Gregora a Drahekoupilová, 2016).

Poloha na tygríka, představuje polohu, kdy je dítě položeno na našem předloktí, obličejem dolů a bokem se opírá o naši hrud'. Rukou, na jejímž předloktí máme dítě položené, ho držíme pod zadečkem a tiskneme k sobě na naši hrud'. Poloha je vhodná

k nošení dítěte, ale zároveň k masírování břicha, cvičení a posilování zádočných svalů. Nohy dítěte v této poloze by měly být pokrčené (Gregora a Velemínský ml. 2013).

Úlevová poloha pomáhá zbavit děťátko bolestí břicha při nadýmání, kolice a je také vhodná k odříhnutí po krmení. Děťátko máme položené břichem na předloktí ruky, kterou ho zároveň držíme za stehýnko, záda jsou opřena o naše tělo a hlava je volně v loketním ohbí (Gregora a Drahokoupilová, 2016).

Pokládáme-li děťátko, nikdy nesmíme zapomenout na podpírání hlavičky, dokud neleží na podložce, a to až už ho ukládáme do jakékoliv polohy. Nejdříve pokládáme zadeček, a nakonec opatrně vytáhneme ruku zpoza záhlaví (Gregora a Velemínský ml. 2013).

#### **1.4.7 Spánek**

Spánek je rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou, u člověka změněnou kognitivní schopností a typickou polohou těla – takto zní definice spánku. Spánek ale není pouze absence bdělosti. Je to komplexní metabolicky aktivní děj záměrně uspořádaný do jednotlivých fází. Každá spánková fáze non-REM a REM má svůj význam a nelze tak určit, která je pro naše zdraví lepší a prospěšnější. Spánek patří mezi základní biologické potřeby (Nečasová, 2019). Kvalitní má spánek veliký význam pro duševní i tělesný rozvoj dětí. Spánek v nejranějším věku dítěte je odlišný od jeho struktury v pozdějším období. V novorozeneckém a raném kojeneckém věku se rozlišuje:

- a) aktivní spánek, který je předchůdcem REM (rapid eye movement) spánku;
- b) klidný spánek, z něhož později vychází NREM (non-rapid eye movement);
- c) indiferentní spánek, který tvoří značné procento spánkové aktivity, a později zaniká (Nevšímalová a Příhodová, 2019).

Novorozenec na rozdíl od dospělého člověka usíná aktivním spánkem (REM fází). Po něm následuje spánek přechodný, který se mění ve spánek klidný (NREM fáze), pak přichází opět spánek přechodný. Jeden tento spánkový cyklus trvá asi 60 minut. Aktivní spánek u zralého novorozence je 40 % jeho celkového spánku, zatímco klidný spánek zaujímá asi jen 25 %. V dalších měsících se ale tento poměr mění. V půl roce dítěte klidný spánek zaujímá 60 % z celkového množství spánku a aktivní spánek se sníží na 30 %. Dále se pak od narození do jednoho roku dítěte snižuje i podíl indiferentního spánku z 30 % na 15 % (Nečasová, 2019).

Novorozenec zpočátku spí kdykoliv během dne i během noci. Je dobré rozlišovat svým přístupem denní a noční spánek. Ukládání ke spánku se stává důležitým rituálem v životě dítěte. Dítě bychom měli uspávat pokaždé ve stejnou dobu (Gregora a Drahokoupilová, 2016). Postýlka pro dítě by měla být nachystaná ještě před návratem z porodnice. Pro dítě postýlka zůstává nejlepším místem pro spánek, má v ní dostatek místa, a přitom je chráněno ohrádkou před pádem na zem. Postýlka by měla být z přírodních materiálů a natřená zdravotně nezávadným přípravkem. Příčky na ohrádce by od sebe neměly mít větší vzdálenost než 75 mm a menší než 45 mm. Dětská matrace by neměla být příliš měkká, aby dítě neleželo v prohlubni a nekřivilo si tím páteř (Gregora a Velemínský ml., 2013). Dítě do čtyř až šesti týdnů je spokojené při spánku v zavinovačce. Poloha na zádech je pro spánek nejbezpečnější. Poloha na boku není vhodná z důvodu možného přetočení na břicho, což pro malého kojence přináší riziko syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS). Kolem čtyř měsíců, kdy se dítě už samo přetáčí do polohy, která je mu příjemná a ke spánku mu vyhovuje, mu v přetáčení nebráníme. Kojenci do dvanácti měsíců není vhodné dávat do postýlky polštář z důvodu bezpečnosti (Gregora a Drahokoupilová, 2016). Pro správný vývoj páteře není větší polštář vhodný ani u dětí do tří let věku (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Sdílení lůžka s novorozenci a kojenci je relativně aktuální téma. V zahraniční literatuře se označuje pojmy jako jsou „co-sleeping“ nebo „bed sharing“. Tímto je myšleno spánek dítěte s rodiči v jednom lůžku a pod jednou příkrývkou (Shönbauerová, 2020). Z hlediska bezpečnosti je pro novorozence a kojence nejlepší spánek ve vlastní postýlce, která je ale co nejbližší posteli matky (Gregora a Velemínský ml., 2013). Společný spánek v péči o novorozence a kojence přináší i několik výhod (Shönbauerová, 2020). Tento úzký kontakt má výhody pro dítě, a to i v podobě snadnějšího kojení (Fleming a Blair, © 2015). Ve výzkumných studiích, které byly zveřejněné v časopise JAMA Pediatrics, bylo zjištěno, že děti, které spaly s matkou v posteli byly kojeny častěji a déle. Studie ukázaly, že spánek rodičů je při sdílení lůžka kvalitnější, protože lze dítě rychleji nakrmit a uspat, aniž by rodiče museli vstávat a chodit k postýlce dítěte nebo do jiné místnosti. Někteří rodiče mohou mít pocit, že se jim lépe spí, už jen proto, že jsou svému dítěti nablízku (Moreno, © 2013). Společný spánek má také vliv na pocit bezpečí a jistoty u kojenců. Rodiče, kteří spali s dětmi v posteli prokazovali větší citlivost na potřeby dítěte a měli s ním vybudovanou pevnou vazbu, která u dítěte navozovala větší pocit bezpečí a jistoty. I přestože spánek s rodiči přináší řadu výhod, jak pro dítě, tak pro matku, je potřeba zaměřit se také na zdravotní rizika, která jsou s ním spojena. Co-

sleeping je spojován s vyšším rizikem vzniku syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS), kdy se i přes důkladné posmrtné vyšetření neprokáže adekvátní příčina smrti. Problematika SIDS je velmi široká a předpokládá se, že se zde podílí více rizikových faktorů v jeden okamžik. Jako riziko sdíleného spaní se považuje možnost zakrytí hlavy dítěte pokrývkou a s tím související ztížený přísun kyslíku, riziko přehřátí dítěte, sdílení lůžka s dalšími sourozenci nebo domácími mazlíčky, inhalace cigaretového kouře, abúzus alkoholu, drog, narkotik a některých léků, které snižují schopnost rodiče adekvátně reagovat na potřeby dítěte (Shönbauerová, 2020).

V rámci edukace o bezpečném společném spánku je nutné zhodnotit, zda dítě nespadá do rizikové skupiny. Do rizikové skupiny spadají děti s nízkou porodní váhou, závažným onemocněním typu vrozených vývojových vad srdce atd. (Shönbauerová, 2020). U rodičů, kteří kouří, pijí alkohol, nebo užívají drogy, je společné spaní s rodiči jednoznačně spojeno se zvýšeným rizikem syndromu náhlého úmrtí kojence (Fleming a Blair, © 2015). Užívání léků s tlumivým účinkem, dítě obézních rodičů a dítě z rodiny, kde se již SIDS vyskytl patří také k rizikovým faktorům (Shönbauerová, 2020). Podstatné riziko nese i společné spaní s dítětem na pohovce nebo v křesle (Fleming a Blair, © 2015). V těchto případech lze nabídnout alternativu, která spočívá v ukládání dítěte do postýlky v těsné blízkosti lůžka matky s možností odmontovat postranici, tím nebude nic bránit blízkému fyzickému kontaktu matky a dítěte. Pokud chce matka lůžko s dítětem sdílet je potřeba ji upozornit na základní pravidla, která spočívají v ukládání dítěte na záda na pevnou matraci, udržování lůžka v čistotě a častého převlékání ložního prádla. Lůžko by společně neměli sdílet domácí mazlíčci a sourozenci dítěte. Pokrývka by měla být lehká, neměly by se používat těžké deky a peřiny (Shönbauerová, 2020). Z postele je potřeba odstranit přebytečné polštáře, postel by měla být dostatečně velká, aby se na ní vešli jak rodiče, tak i dítě, a aniž by z lůžka hrozil pád jednoho z nich. Do postele by se neměly brát hračky ani plyšová zvířátka, která mohou zvyšovat riziko udušení (Moreno, © 2013). Pokud má matka dlouhé vlasy, měla by si je na noc sepnout. Dítě by mělo být oblečené pouze do lehkého pyžama, aby nedošlo k přehřátí, zároveň by v místnosti měla být nižší teplota a často se větrat (Shönbauerová, 2020).

Některé studie ukazují, že i rodiče, kteří neplánovali s kojencem lůžko sdílet, nakonec v průběhu noci kojence u sebe v lůžku nechají. Důvodem bývá kojení během noci, únava rodičů a pláč kojence. Lůžko s kojencem nejčastěji sdílí matky, které výlučně kojí (Kellams et al., © 2020). Je důležité, aby se sdílením lůžka souhlasili oba rodiče a převzali společně zodpovědnost za přítomnost dítěte v lůžku (Shönbauerová, 2020).

Podstatné je, aby zdravotnický personál v lůžkovém zařízení kvalitně informoval rodiče o bezpečném spánku dítěte. Zdravotnická zařízení by měla v rámci hospitalizace zavést edukaci o bezpečném spánku, která by se zahájila v nejranější poporodní fázi a pokračovala by až do propuštění. Literatura poukazuje, že zdravotní sestry mají významnou roli v edukaci rodičů o bezpečném spánku, s tím, že je ale nutné zohlednit etnické zázemí, vzdělanost rodičů a socioekonomický status. Po propuštění by se měla doporučení o bezpečném spánku zdůrazňovat nadále v rámci preventivních prohlídek dítěte až do jednoho roku života (Andreotta et al., © 2015).

## ***1.5 Alternativní techniky v péči o novorozence a kojence***

### ***1.5.1 Baby masáž***

Dotek znamená kontakt. V nejtěplejším věku je to kontakt se sebou samým a dále pak s tím, co nás obklopuje. Pro lidi má dotek zásadní význam, dodává pocit tepla, jistoty a lásky (Hašplová, 2020). Ihned po narození jsou děti „masírovány“ ošetrovatelským personálem při stimulaci, která podporuje nadechnutí novorozence a dále při osušení a prvním ošetření. Výzkumy ukazují, že praktikování novorozeneckých a kojeneckých masáží přináší výhody jak pro matku, tak pro dítě. Hmatová stimulace mezi matkou a dítětem zlepšuje důvěru a bezpečné emoční chování (Cooke, © 2015). Miminka potřebují především cítit neustálou blízkost své maminky, kterou vnímají jako součást sebe sama, protože ji ještě nedokážou od sebe odlišit. Po porodu se mezi děťátkem a jeho maminkou vytváří nové spojení a více se prohlubuje jejich zatím ještě stále bezeslovná komunikace. Vzájemně se poznávají skrze první pohledy z očí do očí, přes něžné doteky a matčin hlas (Kopasová 2016). Doteky jsou pro miminka hojivým balzámem hned po narození, ale i v průběhu jeho života (Gregora a Velemínský ml., 2013). Mazlení a hlazení, kterého se nám v průběhu dětství dostává, napomáhá nám vytvořit si zdravou představu o sobě samém. Podporuje v člověku jistotu, že když se ho někdo dotýká, tak ho také přijímá a miluje. Často se spontánně dotýkáme svého těla nebo těla svých dětí, když je něco bolí, mají úraz nebo jsou unavení. Utěšováním, mazlením, hlazením a neuvědomovanou masáží bolavých míst se odplavují negativní pocity. Přináší se tím úleva, pocit štěstí a radosti (Hašplová, 2020). Novorozenecké a kojenecké masáže pozitivně ovlivňují náladu matek a dětí, poskytují vzájemnou podporu a snižují izolaci (Cooke, © 2015). Pravidelné hlazení pomáhá děťátku rychleji se vyrovnat s emocemi a napomáhá uvolnit napětí z jeho těla ven (Kopasová, 2016).

Celková masáž podporuje miminko nejen aby bylo zdravé, ale také zároveň napomáhá předcházet i různým potížím. Pro správný vývoj potřebuje novorozeně mnoho tělesného kontaktu, díky tomu na emoční rovině získává pocit podpory, souznění a harmonického naladění. Jemné doteky mu mohou připomínat období, kdy bylo ještě v děloze, a proto mu jsou doteky příjemné a má je rádo. Masáže mu tak připomínají příjemné chvíle a pocit bezpečí, jak je prožívalo ještě před narozením (Kopasová, 2016). Masáže miminek podporují vznik vazby a důvěry mezi děťátkem a rodiči, děťátko celkově zklidňují a podporují dobrý spánek. Dále mohou masáže zlepšovat a harmonizovat procesy dýchání, trávení, cévní a lymfatický oběh a rozvoj nervové soustavy, zároveň ulevují při kolikových potížích a mohou také zmírnit bolesti při růstu zoubků (Gregora a Velemínský ml. 2013).

Masáže by se neměly u děťátek provádět při stavech a onemocněních jako jsou: alergie spojené s vyrážkou, cukrovka, cysty, horečka, infekční onemocnění, kýla, tehdy se dítě nesmí masírovat na břicho, dále když děťátko zvrací, má otevřené kožní záněty, popáleniny, když má otoky kloubů, poranění páteře a zlomeninu. Dále pokud má dítě průjmky, rakovinu, srdeční onemocnění, stafylokokové infekce, tuberkulózu, vysoký krevní tlak, zavedenou žaludeční sondu, nebo pokud je po operaci. V uvedených případech je nutné konzultovat masáže s lékařem (Hašplová, 2020).

Pokud to zdravotní stav děťátka dovoluje je dobré, když se z masáže udělá rituál, tj. opakovaně denně ve stejnou dobu se bude děťátko masírovat, může to být například před nebo po večerním koupání. Masíruje se postupně od nožiček, přes břicho, hrudníček, ručičky a zádička. Takovéto jemné masírování podporuje zdravý vývoj dítěte (Gregora a Velemínský ml. 2013). Masáží se obecně podporuje správný růst, ohebnost kloubů a uvolnění napjatých svalů (Kopasová, 2016). Rovněž masáž podporuje imunitní systém i psychickou rovnováhu dítěte (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Mezi důležitá místa pro stimulaci a masáž patří hrudník. Masáž hrudníku podporuje nejen činnost plic a dýchání, ale také činnost srdce a jeho pravidelný tlukot. Masáž břicha podporuje trávení, aktivuje vnitřní orgány a dokáže ulevit od bolesti při kolikových stavech. Masáží zad se může snížit napětí u velké skupiny svalů. Když se uvolní svalové napětí, znamená to rovněž uvolnění psychiky, proto je masáž zad jedna z neúčinnějších. Podstatná je i jemná stimulace aktivních bodů energetických drah a reflexních míst, která se nacházejí na dlaních, chodidlech a uších. Stimulace těchto míst podporuje správnou funkci a vývoj vnitřních orgánů (Kopasová, 2016).

Masáž by se měla provádět nejdříve jednu hodinu po krmení, aby se minimalizovalo riziko zvracení. Pro optimální účinek masáže se doporučuje využívat mírný tlak při masírování. Během masáže se doporučuje využívat lubrikant, například přírodní olej, aby se zabránilo tření (Cooke, © 2015). Dítě, kterému se takto projevuje láska, lépe usíná, spolupracuje, komunikuje, rozvíjí smyslové i mimosmyslové vnímání, je odolnější vůči nemocem i zátěžovým situacím z okolního prostředí. Jemná masáž pomáhá vzájemnému porozumění mezi rodiči a dítětem a pocitu přijetí. Důležitý vliv má také v objevování vlastních hranic, sebeuvědomění a nalezení vlastního těla, což dítěti později v období zrání a dospělosti dává základ pro odvahu a zdravou sebedůvěru (Gregora a Velemínský ml., 2013).

### ***1.5.2 Aromaterapie***

Aromaterapie je druh léčitelství využívající esenciální oleje. Jedná se o neúčinnější rostlinou léčebnou metodu. Esenciální oleje neboli silice, aromatické oleje či éterické oleje jsou získávány z vonných složek rostlin (Festy, 2017). Jsou to vysoce koncentrované látky, vyskytující se v různých částech rostlin, včetně listů, květů, větviček, ovocných slupek a kořenů, ze kterých se získávají destilací (Fritz, 2014). Oleje se dají využívat několika způsoby – lokální aplikace, inhalace, vnitřní užívání a do koupele. Koupele představují vhodný způsob využití esenciálních olejů a relaxace. Před přidáním silice do vany je třeba ji smíchat s tzv. neutrální bází, využívanou ve farmacii, na kterou se silice naváže, nezůstane tak na povrchu vody a nehrozí popálení kůže (Festy, 2017). Koupel, do které jsou přidávány květové esence, účinkují jak cestou vdechování, tak cestou receptorů v pokožce celého těla. Proto jsou koupele tak harmonizační a povzbuzující (Kopasová, 2016). Dětem, kterým je do koupele přidáván levandulový koupelový olej jsou méně plačtivé a po koupeli déle spí (Fritz, 2014). Esence používané lokálně mají schopnost pronikat kožní bariérou do krevního oběhu, odtud se dostávají až k cílovým orgánům, kde mají působit. Čisté esenciální oleje se přímo na pokožku nikdy nenanášejí, vždy je třeba je smíchat s rostlinným olejem nebo nakapat na vlhký obklad a potom podle potřeb aplikovat zatepla i zastudena (Festy, 2017).

Jak se dají tedy voňavé esence využívat u miminek? Jednou z možností je vnitřně, kdy esence užívá sama maminka a prostřednictvím jejího mateřského mléka se dostávají až k děťátku. Druhou možností je cesta lokálního použití, kdy se esence naředí v teplé vodě a pomocí obkladu se přikládá na potřebná místa (oprúzeniny, poštipání, atopický ekzém). Další možností je kápnout aromatický olej do vaničky před koupáním



(Kopasová, 2016). Esenciální oleje se dají využít i v péči o zdraví a pohodu dítěte. Při bolestech břicha a kolice se děťátku může na břicho namazat výtažek z fenyklu (Fritz, 2014). Perorální (ústní) podávání směsi heřmánku, fenyklového a meduňkového oleje je další účinná metoda léčby kojenecké koliky, která má zároveň protikřečový účinek. Aromaterapeutická masáž levandulí snižuje úzkost a pomáhá při uvolnění svalů, úlevě od bolesti a je účinná při úlevě od kojenecké koliky. Během masáže břicha dochází k uvolnění hladkého svalstva střeva, to napomáhá k odchodu větrů a stolice (Çetinkaya a Başbakkal, © 2012). Na opruzeniny a vyrážky z plenek se mohou využívat oleje ze santalového dřeva a myrhy v kokosovém oleji a aplikované přímo na postižené místo. Mohou se také využít oleje z levandule nebo tea tree. Suché kůži uleví směs oleje kadidla a kokosového oleje, která se dá využívat i při masáži. Na večerní masáž je vhodná levandule, která pomůže miminku se uvolnit a připravit na spánek (Fritz, 2014).

U malých dětí je důležité, aby měli své vlastní esenciální oleje a specifické dávkování. Na masáže je třeba pečlivě vybrat vhodné esenciální a rostlinné oleje určené pro děti (Festy, 2017).

### ***1.5.3 Nošení v šátku***

Porod představuje pro dítě významný přelom ve vývoji. Fyziologie druhu podrobně popisuje adaptační změny, které se týkají krevního oběhu, dýchání, výživy a dalších procesů. Některé méně zjevné rozdíly podmínek, v nichž se nachází plod a již narozený člověk zůstávají v postranní. První je změna polohy, kdy plod před narozením zaujímá tzv. fetální polohu s anteflexí (předklonem) hlavičky i páteře a nožičkami obvykle pokrčenými v kyčlích i kolenou. Tato poloha se změní ve „vzpřímenou“ uložení do postýlky. Žáda se narovnat, hlavička je v ose těla a nohy natažené. Druhá odlišnost je, že plod je po celou dobu těhotenství navyklý na pohupování a pohyby matky, které se na něj permanentně přenášejí, a to i ve spánku. Uložení do postýlky dítě o tento pohyb přichází. Třetí rozdíl je nejabstraktnější, ale podle psychologů má jasný význam. Dítě, které se nedotýká matky, nebo není u ní v bezprostřední blízkosti, tak toto odloučení vnímá negativně. Těsná blízkost dítěte s matkou je uklidňující. Negativní dopad těchto uvedených poporodních změn zmírňuje nošení dětí (Ryba a kol., 2012a).

Šátek nebo baby vak je u rodičů poměrně rozšířená a oblíbená metoda, která umožní dítěti těsný kontakt s rodiči při běžných denních aktivitách. Vše okolo šátkování ale musí být s mírou z důvodu, že dítě v prvních týdnech a měsících potřebuje pro svůj vývoj klid a pohodlí, a tak pro děti nejsou zhruba do čtyř měsíců šátky nebo baby vaky vhodné na

delší dobu. Pro zdravý spánek šátek nebo baby vak postýlku nenahradí ani u starších dětí (Gregora a Drahokoupilová, 2016). Metoda nošení dětí v šátku si své standardy teprve vytváří, někdy bohužel nad aspektem zdravotním a bezpečnostním převažují spíše trendy komerční (Ryba a kol., 2012a).

Šátkování má své pozitivní i negativní vlivy, které si zde popíšeme. Mezi pozitivní vlivy využívání šátku patří: těsný kontakt dítěte s matkou/otcem – úzká psychická vazba; snadný přístup k prsu a sání – lepší hmotnostní přírůstky, ale zároveň se musí dát pozor na riziko zvýšené kazivosti zubů z důvodu „neustálého“ cumlání bradavky; nošené děti jsou klidnější; méně pláčou – dochází k bezprostřednímu uspokojení jejich potřeb (teplo, kontakt, výživa, péče a pozornost matky/otce); prevence kojeneckých kolik – tlak na břicho a poloha v šátku zlepšuje peristaltiku; časnější psychický vývoj (hojné smyslové vjemy, zkušenosti, rozvoj svalového tonu a rovnováhy, časně učení); dítě slyší matčin dech a tep; dítě vnímá rytmické pohyby matky při chůzi; prevence rizika SIDS (spánek na břicho je znám jako rizikový faktor „syndromu náhlého úmrtí kojence“), a další pozitivní faktory, které vycházejí ze zkušenosti psychologů i samotných rodičů. Mezi negativní vlivy „šátkování“ patří: předčasná vertikalizace – obavy z možné deformity páteře nebo nevyváženého vývoje svalového napětí; pozice s těsnou addukcí kyčlí (přinožení) – riziko tendence k luxaci (vykloubení) kyčlí (dítě by mělo mít v šátku nohy pokrčené tak, aby úhel mezi stehenní kostí a trupem byl nejméně 90 stupňů a abdukce (odtažení) kyčlí by měla být taková, aby mezi stehenními kostmi byl úhel skoro 90 stupňů, pak je tato poloha považována jako příznivá); riziko asfyxie (zadušení dítěte) v nevhodném závěsu – předklonu hlavičky; ucpání úst a nosu tělem matky/otce nebo látkou závěsu (Ryba a kol., 2012a).

Šátek je výrazně složitější na uvázání než baby vak. Není tak vhodný pro novorozence do čtyř týdnů života, doporučuje se spíše pro starší kojence, kteří mají již dostatečně vyvinuté šíjové svalstvo, aby mohli být nošeni ve svislé poloze a dostatečně těsně upevněni k matčině tělu. Šátek nebo baby vak je možné využívat i po celý batolecí věk. Důležité je ale správně se naučit dítě ukládat a nosit v těchto pomůckách, aby nedocházelo k přetěžování jeho páteře a zádového svalstva (Gregora a Drahokoupilová, 2016).

Technik a způsobů uvázání šátku je mnoho. Zde je uvedeno pár technik, které se mohou využívat. Kolébka jednoduchá podélná (viz příloha 2) je jednoduchý a rychlý úvaz vhodný od narození po dobu několika prvních týdnů (Ryba a kol., 2012b). Kolébka je vhodná nejvíce pro novorozence, ale po celou dobu nošení je třeba miminko zespodu

přidržovat (Vacková, © 2017). Výhody tohoto úvazu spočívají v tom, že poloha dítěte umožňuje snadné nakojení, pomáhá při problémech s nadýmáním a je vhodný pro spánek. Nevýhodou je jednostranné zatížení páteře nosiče. Dále úvaz není vhodný pro děti, které mají problémy s kyčlemi (Ryba a kol., 2012b).

Kříž s vnější kapsou (viz příloha 3) je základní úvaz, se kterým si vystačíme v prvním roce života miminka i později (Kalousová, © 2008). V prvních čtyřech týdnech života je doporučeno dávat miminko do tohoto úvazu jako do kolébky a od 4. týdne lze tento úvaz využívat v plném rozsahu, je však důležité dbát na správné dotažení šátku a u malých miminek na fixaci hlavičky pruhem látky. Výhodou je vertikální poloha, ta napomáhá miminkům, která mají potíže s odříhnutím. Úvaz je vhodný i pro těžší děti, díky dobré rozložení váhy na obě ramena, lze dítě vkládat i vyndávat bez nutnosti rozvazování šátku. Výhodou je také variabilita používání, jako je vložení do kolébky, použití s kapsou i bez. Nevýhodou je nutnost cviku v dotahování šátku. Vázání se může mírně lišit podle věku dítěte (Ryba a kol., 2012b).

1. U kojence je potřeba přetáhnout pruh látky i přes temeno hlavy.
2. U dětí, které dobře drží hlavičku stačí mít horní kapsu přetaženou jen přes záda, ale ručičky nechat uvnitř šátku.
3. Větší děti mohou mít ruce venku, ale je potřeba dávat pozor na jeho větší dosah (Ryba a kol., 2012b)

Jednoduchý kříž (viz příloha 4) je úvaz vhodný pro děti zhruba od 3 měsíců věku. Výhodou je, že není potřeba při manipulaci s dítětem šátek rozvazovat, stačí ho tak uvázat pouze jednou. Snadný je v manipulaci s dítětem, uzel je na boku, tedy netlačí na zádech, když si nosič sedne, výhodný je také v horkých dnech, dítě nehřeje tři pruhy látky. Nevýhodou tohoto úvazu je menší opora hlavičky a zad dítěte ve srovnání s úvazy kříž s vnější nebo vnitřní kapsou (Ryba a kol., 2012b).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: Popsat pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců.

Cíl 2: Zjistit způsob edukace matek v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců.

Cíl 3: Popsat pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců.

Cíl 4: Zjistit způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO 1: Jaký je pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců?

VO 2: Jaký je způsob edukace matek v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců?

VO 3: Jaký je pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců?

VO 4: Jaký je způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

Novorozenec

Donošený fyziologický novorozenec je narozen v rozmezí 37. – 42. týdne gestace s porodní hmotností 2500–4500 gramů (Kachlová, et.al., 2022).

Kojenec

Jako kojeneček se označuje dítě od čtyř týdnů po porodu do 1 roku věku (Blatný, 2017).

## Edukace

Stručně řečeno výchova, z latinského *educare*, *educare* – vést vpřed, vychovávat, je vnímána jako předmět pedagogiky, který zahrnuje jak výchovu, tak i vzdělávání (Dušová a kol., 2019).

## Komfort

Komfort je pocit duševní, tělesné nebo sociální pohody či uvolnění (Herdman a Kamitsuru, ed., 2015).

## Bezpečí

Potřeba bezpečí zahrnuje tendenci vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti či potřebu ochránce (Sikorová, 2011).

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

Výzkumná část bakalářské práce byla vytvořena pomocí kvalitativního šetření, metoda použitá ke sběru dat byla dotazování. Sběr dat byl prováděn pomocí hloubkových rozhovorů. Výzkum byl prováděn v období února až dubna roku 2023 ve vybrané jihočeské nemocnici. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní.

Hloubkové rozhovory byly prováděny s dětskými sestrami z oddělení fyziologických novorozenců a matkami, které měly zdravého fyziologického novorozence nebo kojence. Výběr matek k rozhovorům byl prováděn metodou snow ball (sněhová koule). Rozhovory probíhaly na základě předem připravených otázek, které se týkaly zajištění potřeby jistoty a bezpečí, edukace v oblastech manipulace, koupání, péče o kůži a bezpečného spánku a využití technik baby masáže a šátkování. Dětské sestry i matky měly jádro otázek stejné. Otázky vytvořené k rozhovorům jsou k nahlédnutí v příloze 6 a 7. Dětské sestry i matky byly seznámeny s tématem bakalářské práce i s prováděným výzkumem. Všechny respondentky byly upozorněny, že výzkumné šetření je zcela anonymní a byl získán jejich souhlas s použitím získaných dat ke zpracování výzkumné části. Žádná z respondentek nesouhlasila s nahráváním rozhovorů, proto byly všechny rozhovory zapisovány ručně do počítače. S dětskými sestrami probíhaly rozhovory při osobním setkání. Se dvěma matkami proběhl rozhovor při osobním setkání v domácnosti a se třemi formou online rozhovoru.

Získaná data byla přepsána do textového procesoru Microsoft Word. Analýza dat probíhala metodou tužka a papír. Následně byla vytvořena kategorizace výsledků pomocí tabulek (tabulka č. 3 a 4) a jejich schématické zpracování. Kategorizace hloubkových rozhovorů dětských sester a matek byla vytvořena zvlášť. U dětských sester bylo vytvořeno celkem pět kategorií, ke kterým byly následně přiřazeny i podkategorie. Kategorie vytvořené u dětských sester jsou: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu dětských sester, Způsob provedení edukace dětskou sestrou, Obsah edukace, Využití alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester a Příprava na péči o dítě. U matek bylo vytvořeno také 5 kategorií: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu matek, Edukace, Spánek, Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu matek a Vybavička pro dítě. Ke kategoriím byly následně vytvořeny odpovídající podkategorie.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořily dětské sestry z oddělení fyziologických novorozenců. Do výzkumu bylo zapojeno celkem sedm dětských sester, které byly označeny jako S1-S7 z důvodu zachování anonymity. Výběr výzkumného vzorku byl záměrný.

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje dětských sester

Sestra	Věk	Vzdělání	Celková praxe ve zdravotnictví	Praxe na Neo
S1	54 let	VŠ - Mgr.	31 let	14 let
S2	48 let	SŠ	27 let	27 let
S3	47 let	VŠ - Bc.	10 let	10 let
S4	36 let	VŠ - Bc.	6 let	2,5 roku
S5	54 let	SŠ	37 let	37 let
S6	49 let	VŠ - Mgr.	25 let	10 let
S7	53 let	SŠ	35 let	32 let

(Vlastní zdroj)

Z tabulky č. 1 můžeme vyhodnotit, že nejmladší sestře bylo 36 let a dvěma nejstarším bylo 54 let. Průměrný věk sester byl 48,7 let. Čtyři dětské sestry mají nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, dvě magisterský titul a dvě bakalářský. Tři sestry mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Nejkratší celková praxe ve zdravotnictví byla 6 let s nejdelší 37 let. Průměrná celková praxe ve zdravotnictví byla 24,4 let. Nejkratší doba praxe na oddělení fyziologických novorozenců byla 2,5 roku a nejdelší 37 let. Průměrná doba praxe na fyziologických novorozencích tvořila 18,9 let. Tři dětské sestry pracovaly celou svou praxi pouze na oddělení fyziologických novorozenců.

Druhý výzkumný soubor tvořily matky, které byly do výzkumu zařazeny pomocí metody snow ball. Důležitým aspektem bylo, aby matka měla fyziologického novorozence nebo kojence. Respondentek bylo do výzkumného šetření zařazeno celkem pět a byly označeny jako M1-M5 z důvodu zachování anonymity.

Tabulka č. 2 – Identifikační údaje matek

<b>Matky</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Počet dětí</b>	<b>Způsob porodu</b>	<b>Rodinný stav</b>
<b>M1</b>	29 let	Vysokoškolské	2	Přirozený	Vdaná
<b>M2</b>	37 let	Vysokoškolské	3	Císařský řez	Vdaná
<b>M3</b>	24 let	Středoškolské	2	Přirozený	Svobodná
<b>M4</b>	34 let	Vysokoškolské	1	Přirozený	Vdaná
<b>M5</b>	32 let	Vysokoškolské	1	Přirozený	Svobodná

(Vlastní zdroj)

Z tabulky č. 2 vyplývá, že nejmladší matce bylo 24 let a nejstarší 37 let. Průměrný věk matek byl 31,2 let. Nejmladší matka M3 má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, ostatní matky mají vysokoškolský titul. Dále z tabulky č. 2 můžeme vyhodnotit, že nejstarší matka M2 má 3 děti, matky M1 a M3 dvě děti a matky M4 a M5 jedno dítě. Matka M2 jako jediná měla porod císařským řezem. Ostatní matky měly porod přirozený. Nakonec lze z tabulky č. 2 vyhodnotit, že matky M1, M2 a M4 jsou vdané a matky M3 a M5 svobodné.



## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s dětskými sestrami

Výsledky hloubkových rozhovorů s dětskými sestrami byly kategorizovány do následujících pěti kategorií a jejich podkategorií.

**Tabulka č. 3 Kategorizace výsledků rozhovorů s dětskými sestrami**

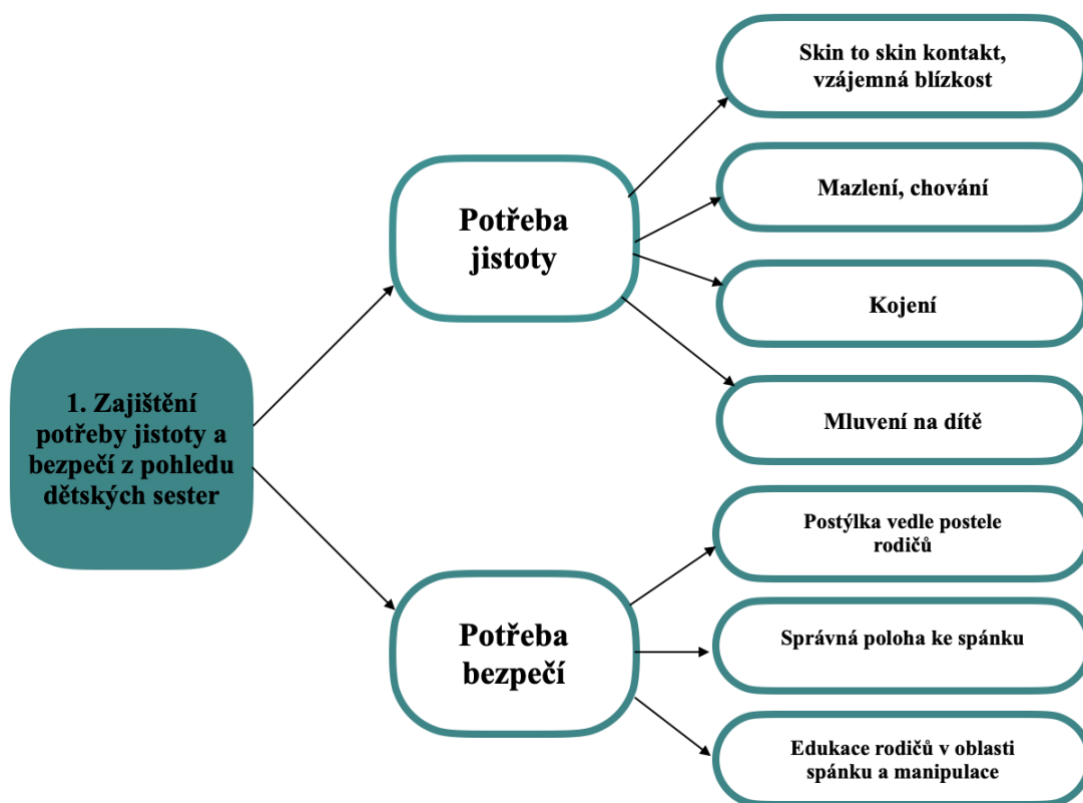
Kategorie 1. Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu dětských sester Podkategorie a) Potřeba jistoty Podkategorie b) Potřeba bezpečí
Kategorie 2. Způsob provedení edukace dětskou sestrou Podkategorie a) Slovní edukace Podkategorie b) Praktický nácvik
Kategorie 3. Obsah edukace Podkategorie a) Manipulace s novorozencem a kojencem Podkategorie b) Koupání novorozence a kojence a péče o kůži Podkategorie c) Bezpečnost spánku
Kategorie 4. Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester Podkategorie a) Využití baby masáží Podkategorie b) Využití šátků a nosítek pro dítě
Kategorie 5. Příprava na péči o dítě Podkategorie a) Základní vybava pro dítě Podkategorie b) Psychická pohoda matky

(Vlastní zdroj)

#### 4.1.1 Kategorie 1: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu dětských sester

První kategorie je zaměřena na zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozenců z pohledu dětských sester. Dětské sestry v této kategorii odpovídaly na otázky, které se týkají způsobu zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozenců, dále co si z pohledu bezpečnosti myslí o sdíleném lůžku rodičů s novorozencem a kojencem a jak v této oblasti matky o bezpečnosti spánku edukují.

**Schéma 1:** Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu dětských sester



(Vlastní zdroj)

### **Podkategorie 1: Jistota**

Na otázku, jakým způsobem by zajistily potřebu jistoty a bezpečí dětské sestry odpovídaly v oblasti jistoty v šesti případech shodně. S1 by potřebu jistoty zajistila systémem rooming in, co nejčastějším kontaktem miminka s maminkou i po porodu císařským řezem, kojením a častým mazlením. S3 odpovídala takto „*Potřeba jistoty – edukace v oblasti skin to skin kontaktu, chování dítěte, blízkost matky.*“ S4 „*Jistotu by měla dle mého názoru zajistit matka dítěte dítěti. Dát tento pocit vzájemným pomazlením, pochováním, promluvením na něj, kojením, aby dítě mělo pocit v její přítomnosti, že je zároveň v bezpečí, takto matku edukuji.*“ S5 a S6 odpověděly shodně, že by potřebu jistoty zajistily neustálým kontaktem s matkou, chováním a mazlením dítěte, kojením a mluvením na děťátko. S7 odpověděla „*Neustálým kontaktem s matkou, aby ho měla při pobytu v nemocnici u sebe na pokoji, mazlením, chováním, kojením. Matka by měla být milující a děťátku se věnovat.*“ Sestra číslo 2 v této oblasti odpověděla stručněji než ostatní „*Kojením hlavně, беру to так, že je matka milující a tuto potřebu mu zajistí.*“

## **Podkategorie 2: Bezpečí**

V rámci podkategorie bezpečí jsme se sester ptali na tři otázky. U otázky týkající se způsobu zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence na oblast bezpečí dětské sestry odpovídaly převážně shodně. S3 a S5 „*Bezpečí bych zajistila edukací matky v oblasti bezpečného spánku, monitor dechu a správná poloha při uložení dítěte ke spánku, edukací o manipulaci s novorozencem.*“ S2, S4, S6 a S7 odpovídaly, že v rámci zajištění potřeby jistoty pomazením, kojením, neustálou přítomností matky a chováním je mu zajištěna i potřeba bezpečí, dítě se u své matky cítí bezpečně. S1 odpovídala v oblasti potřeby bezpečí obsáhleji „*Bezpečí bych zajistila správnou postýlkou, která má optimální rozhraní šprušlí, se zvyšováním věku snižovat ložnou plochu, ukazuji manipulaci, při přebalování neodcházet od dítěte. Učím to maminky už od začátku, aby od něj neodcházely a zvykly si na to, aby jim pak nespadlo.*“ Další otázka na bezpečí byla „*Co si myslíte o sdíleném lůžku novorozence a kojence s rodiči?*“ Na tuto otázku nám dětské sestry také ve většině případech odpovídaly shodně. S1, S4, S6 a S7 odpovídaly velice podobně. S1 „*Nejsem toho úplně zastávce, nesouhlasím se sdílením lůžka rodič a malé mimino. Poučuji maminky o tom, že miminko do postele může, pokud je ona v bdělém stavu na kojení, mazlení atd., ale spánek ve své posteli je jistota.*“ S4 a S6 dodaly, že si myslí, že je to rozhodnutí každého rodiče, ale měli by vědět o rizicích, která jsou se sdílením lůžka spojená a mohou nastat, jako je zalehnutí a udušení. S7 odpověděla „*Dle mě to není úplně vhodné na spánek, pokud jde pouze o mazlení, kojení, kontakt skin to skin v době, kdy je matka nebo otec v bdělém stavu, je to pro dítě určitě s výhodou, cítí matku na blízku a má pocit jistoty, ale na spánek to podle mě vhodné není a jsou tam rizika zalehnutí, udušení nebo pádu dítěte. Podle mě je vhodnou alternativou přisunutá dětská postýlka k posteli rodičů a sundaná postranice. Dítě takto také cítí matku v těsné blízkosti.*“ S2 odpovídala velice stručně „*Určitě ne úplně do postele, ale mít přisunutou postýlku k posteli ze strany matky.*“ S3 a S5 mají shodný názor v tom, že rizika vidí hlavně u novorozenců, ale u větších kojenců sdílené lůžko už není tak nebezpečné. S3 řekla „*Dle mého názoru, ač oblíbené sdílení lůžka s novorozencem bývá potencionálně nebezpečné. Matky jsou unavené a novorozenec se může dostat do nebezpečné polohy. U větších kojenců riziko nevidím. Jako bezpečné uložení novorozence se dá považovat přisunutí postýlky k posteli rodičů se staženou postranicí, dítě tak cítí přítomnost matky.*“ S5 odpovídá shodně, že je hlavně riziko v unavené matce, pouze dodává, že se dítě u matky v posteli vždy zklidní. Na poslední otázku v oblasti bezpečnosti, jak dětské sestry edukují matky o rizicích společného spánku dítěte s rodiči v posteli odpovídaly rozdílně.

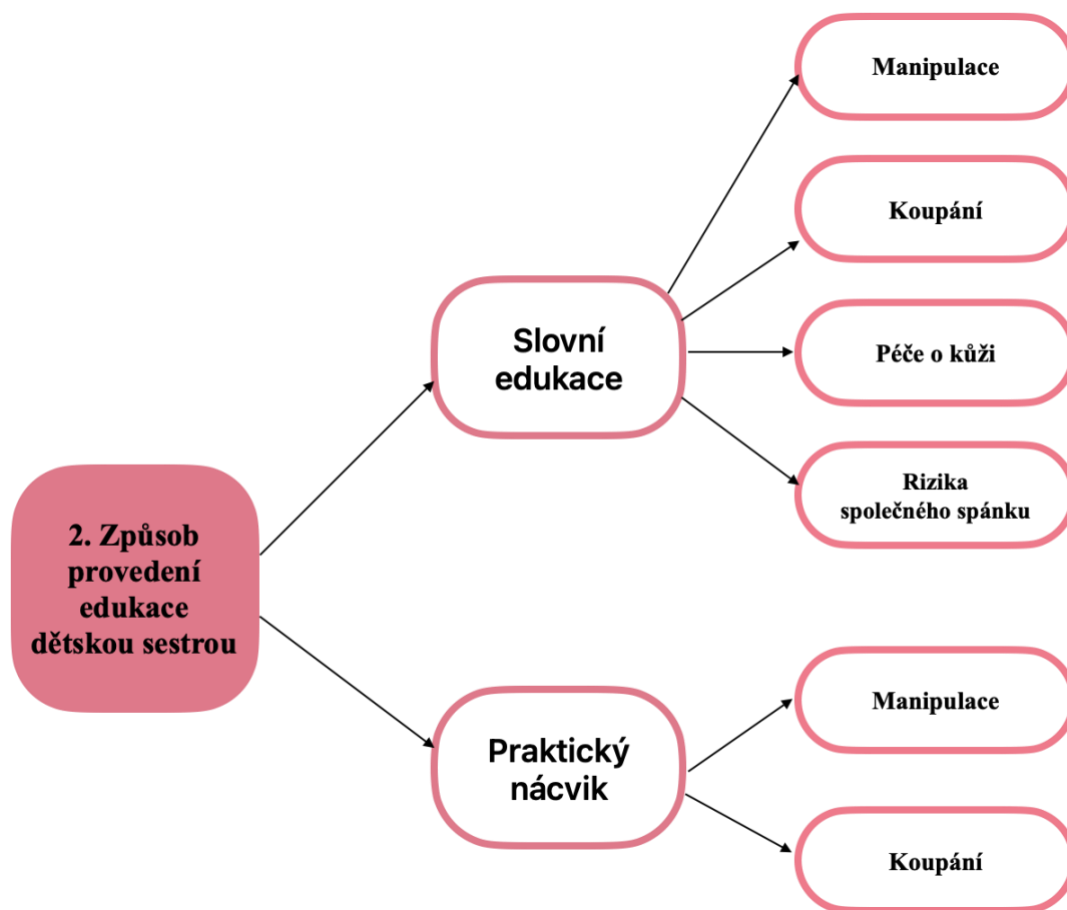
Sestra S1 uvedla, že maminky poučuje o tom, že dítě může do postele v případě kojení, mazlení atd., není to vhodné kvůli riziku zalehnutí a udušení. S1 „*Maminky poučuji o tom, že miminko do postele může v případě kojení, mazlení atd., ale spánek ve své posteli je bezpečnější, je to jistota, jsou zde totiž rizika zalehnutí a udušení dítěte pod dekou.*“ Sestry S3, S4 a S5 uvedly, že standardně o této problematice matky needukují, edukují pouze na žádost matek. S5 dále odpovídá „*Pokud si přejí, vysvětlíme eventuelně rizika a benefity.*“ Sestry S6 a S7 edukují matky o tom, že v rámci hospitalizace mohou mít miminko u sebe v posteli během kojení, mazlení, chování, ale na spánek má dítě vyhrazenou svou vlastní postýlku, kam ho má ukládat. Sestra S6 uvedla „*Matku edukuji, že v nemocnici nemá dítě mít na spánek u ní v posteli, že na to má dítě vyhrazenou svoji postýlku. Ať si dítě do postele vezme na pomazlení, pochování, ale když bude unavená a bude chtít spát, ať ho dá do jeho postýlky, že může dojít k zalehnutí nebo pádu dítěte z postele.*“ Sestra S7 odpověděla shodně jako S6.

Sestra S1 ke konci ještě uvádí, že v rámci bezpečí a jistoty nejsou pro dítě vhodná chodítka a houpátka. „*V rámci bezpečí a jistoty podle mě nejsou vůbec vhodná chodítka, narušují psychomotorický vývoj dítěte, předčasné posazování také není dobré, když na to dítě není zralé a houpátka také nejsou vhodná podle mě.*“

#### **4.1.2 Kategorie 2: Způsob provedení edukace dětskou sestrou**

Druhá kategorie je zaměřena na způsoby edukace sestrou. Do této kategorie jsme zařadili pouze odpovědi způsobu edukace v rámci otázek, které se týkají edukace matek v oblasti manipulace, koupání, péče o kůži a spánku novorozence a kojence.

**Schéma 2:** Způsob provedení edukace dětskou sestrou



(Vlastní zdroj)

### ***Podkategorie 1: Slovní edukace***

Slovní edukace dětskou sestrou probíhá v oblastech manipulace, koupání, v péči o kůži, rizicích o společném spánku a sestra S1 matky edukuje i o tom, jak by měla vypadat bezpečná postýlka pro novorozence a kojence. V oblasti koupání novorozence všechny dětské sestry uvedly, že pokud se jedná o vícerodíčku, je edukace po domluvě s maminkou pouze slovní. Sestra S1 uvádí „*Když má maminka více dětí a chce si vykoupat sama, tak se s ní domluvím, že vykoupe pod mým dohledem.*“ Sestry S3, S4, a S5 shodně uvádí, že pokud si to matka přeje a má více dětí, edukují pouze slovně. S5 odpověděla „*Pokud má více dětí a přeje si koupat sama, tak edukuji pouze slovně.*“ Edukace v péči o kůži probíhá převážně slovně. Sestry S3, S4, a S5 uvádí shodně, že matky edukují v rámci vizity s lékařem a individuálně podle aktuálního stavu kůže dítěte. S5 „*Individuálně podle problému, kdy se vyskytne, edukuji u vizity, koupání nebo když problém vznikne. Na kopřivku Sudocrem, suchou kůži Linolu, oleje a v prevenci opruzenin Bepanthen dle ordinace lékaře a případně jiné, podle lékaře.*“ Sestry S6 a S7

v péči o kůži matky edukují slovně v rámci koupele. Edukaci o rizicích spánku dítěte s rodiči v posteli slovně edukují sestry S1, S2, S6 a S7. Sestra S2 odpověděla „*Edukuji matky o tom, že to není vhodné v rámci možného rizika zalehnutí a udušení dítěte.*“ Sestry S3, S4 a S5 edukují na žádost matek. S3 uvádí „*Na žádost matky při první edukaci.*“

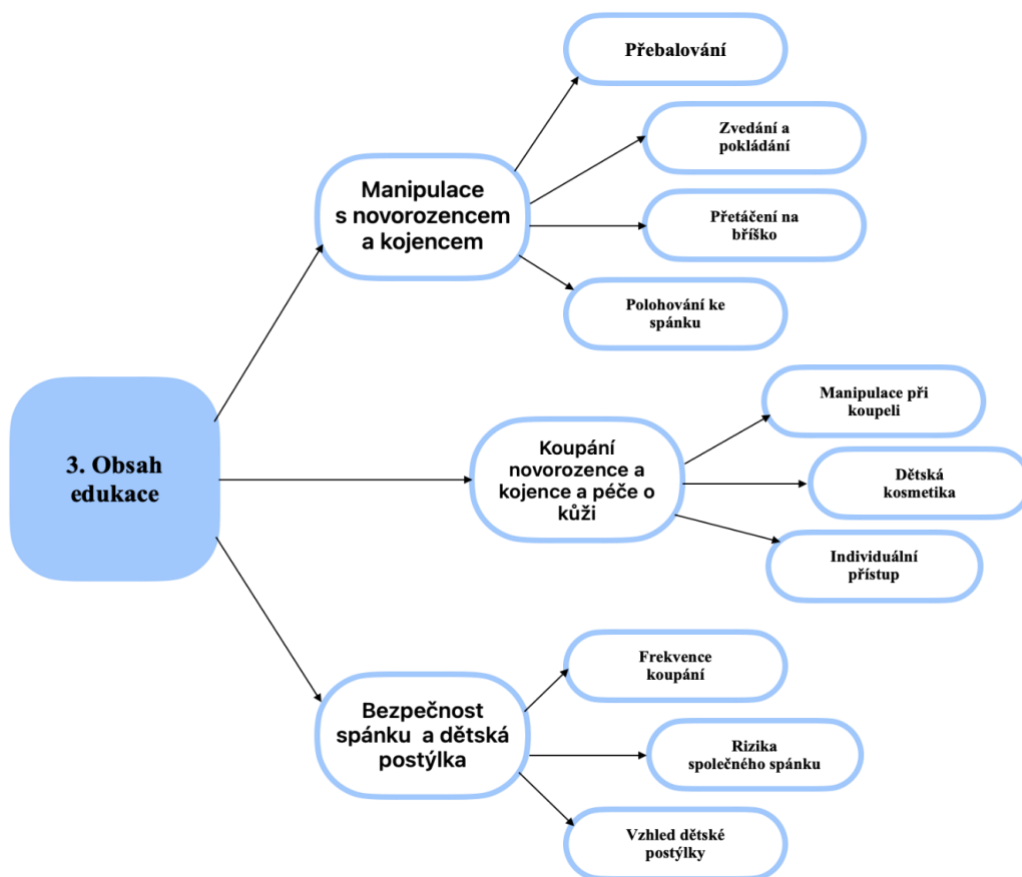
### ***Podkategorie 2: Praktický nácvik***

Praktický nácvik v rámci edukace všechny dětské sestry využívají u manipulace s novorozencem. Všechny dětské sestry na otázku „*Jakým způsobem matky učíte správné manipulaci s novorozencem?*“ odpovídaly shodně, že manipulaci s novorozencem matku učí při prvotním poučení slovně a hlavně prakticky. S2 uvedla „*Prakticky a slovně při prvotním poučení na oddělení.*“ S3 a S4 odpověděly „*Slovní edukace + názorná ukázka manipulace, jak dítě zvednout, položit, přetočit na břicho a nechat ho odříhnout.*“ U otázky, týkající se způsobu edukace matek v koupání dětí a zda zde edukují pouze slovně nebo prakticky nám všechny dětské sestry odpověděly shodně, že při koupeli vždy využívají názornou ukázkou obecně u všech, hlavně u prvorodiček, ale pokud je to vícerodička a přeje si koupat sama, tak po domluvě edukují pouze slovně. Sestra S6 odpověděla „*Slovně i prakticky, obecně všechny matky, ale pokud má více dětí a přeje si koupat sama, tak edukuji pouze slovně.*“

### ***4.1.3 Kategorie 3: Obsah edukace***

Kategorie číslo 3 se zabývá obsahovou stránkou edukace. V této kategorii jsme se ptali, jakým způsobem dětské sestry učí matky manipulaci s novorozencem a zda edukují o manipulaci všechny matky nebo pouze prvorodičky. Jakým způsobem matky edukují o koupeli a jestli v péči o kůži edukují samostatně nebo při koupeli. Nakonec jsme se dětských sester ptali na edukaci v oblasti rizik společného spánku a jak by podle nich měla vypadat dětská postýlka.

#### **Schéma 3: Obsah edukace**



(Vlastní zdroj)

### ***Podkategorie 1: Manipulace s novorozencem a kojencem***

Tato podkategorie se týká edukace o manipulaci s novorozencem a kojencem. V rámci této kategorie jsme se dětských sester ptali i na otázku, zda manipulaci učí všechny matky nebo pouze prvorodičky. Odpovědi dětských sester se v této oblasti hodně shodovaly. Sestry S3 a S4 odpověděly, že manipulaci učí názornou ukázkou a doplňují ji slovní edukací. Ukazují, jak dítě zvednout, položit, přetočit na břicho a nechat odříhnout. Dále dětské sestry S1, S5, S6 a S7 odpovídaly, že pokud je potřeba, tak manipulaci mamince ukazují v průběhu hospitalizace znovu. S7 uvedla „*Prakticky i slovně, učím je děťátko polohovat, zvedat a pokládat, polohy k odříhnutí přes rameno a v klubičku, převalení na břicho. Když je potřeba učím je to vícekrát během pobytu v nemocnici.*“ Sestra S5 odpověděla „*Slovní i praktická edukace u všech matek. Popřípadě edukuji opakovaně, pokud je to potřeba.*“ Sestra S1 nám na otázku týkající se edukace o manipulaci odpověděla nejobsáhleji „*Hned po příjezdu z porodního sálu, po kontrole novorozence, dokumentace a ID náramku cca po hodině od příjezdu na šestinedělí ukazuju maminkám, jak přebalit, nezvedat úplně nožičky, spíš miminko převalit na bok,*

*jak miminka zvedat za 2 pevný body, hlavička podepřená na předloktí, tam kde je položená hlavička, tou samou rukou držím ručičku a druhou mám pod zadečkem a držím stehýnko. Ukazuju jim odříhnutí přes levé rameno. Když už maminka vstane a není si jistá, tak na mě může zazvonit a přijdu za ní a správnou manipulaci můžeme spolu ještě nacvičit. Další manipulaci ukazují následující den při koupání.“ Manipulaci s novorozencem dětské sestry učí všechny matky, ať jsou to prvorodičky nebo víceroodičky. Sestry S2, S3, S4, S5 a S6 odpověděly „Všechny matky.“ S1 odpověděla takto „Prvorodičky v každém případě. U druhorodiček a vícerodiček se ptám, kouknu se do dokumentace, jak má starý dítě a ptám se, jestli chtějí ukázat. Když je první dítě třeba desetiletý, tak to zapomenout mohla a mělo by se jí to ukázat, ale samozřejmě se řídím stářím prvního dítěte. Primárně to nabízím úplně všem, takže i když má matka 4 děti a chce to ukázat, tak jí to ukážu.“ S7 řekla „Všechny matky, najdou se ale i matky, které mají třeba 4. dítě a ta to vědět nechce, tak jen kontroluji, jestli to dělá dobře.“*

### **Podkategorie 2: Koupel novorozence a kojence a péče o kůži**

V této podkategorii jsme zjišťovali, jakým způsobem dětské sestry edukují matky o koupání novorozenců a kojenců a jak je edukují v péči o kůži. Sestry S2, S3, S4 a S5 odpověděly, že koupání ukazují všem matkám prakticky, jak dítě mají držet a postup koupele a pokud je to vícerodička záleží na tom, jak si to přeje, zda to chce ukázat, anebo si děťátko vykoupe sama. S6 odpověděla „Slovně i prakticky mamince ukážu, jak má děťátko koupat, jak si ho má při koupeli chytit, že se začíná od hlavičky a končí se zadečkem. Řeknu jí, jakou má mít voda teplotu, aby používala teploměr do vody, jak často má koupat a jaké přípravky na miminko používat.“ Sestra S1 odpověděla „Vždycky prakticky a ukazujeme to u všech dětí. Zároveň ukazují i tu manipulaci při koupeli, jak ho má držet, že je to dítě mokré a může vyklouznout, tak jak ho má držet, aby to bylo bezpečné.“ V péči o kůži dětské sestry využívají individuální přístup k novorozencům. Maminky edukují v rámci vizity s lékařem nebo při koupání a řídí se aktuálním stavem pokožky dítěte. Sestra S1 u otázky, jak má matka pečovat o kůži novorozence a kojence a jak jí edukuje odpověděla „První den v rámci edukace o přebalování, edukuji o častosti přebalování, aby se dítě nezapařilo, aby sledovaly kůži, kdyby se jim něco nezdálo, tak ať řeknou. Podrobně vysvětlují péči o chlapecký a dívčí genitál, hygienu a prevenci o zánětech. Doporučuji vhodnou kosmetiku – Synderman, Bepanthen preventivně lehkou vrstvu ne centimetr. V rámci koupání je to pak spíše na mamince, jestli chce koupat každý den nebo obden. Není nutné dítě koupat pokaždé v nějakém přípravku, občas vykoupat



*i v čisté vodě, pokud není dítě nějak špinavé. Přípravky, aby byly pro dětskou pokožku, aby to mělo neutrální pH.*“ Sestra S2 odpověděla „*U každého koupání, jinak podle toho, jak ta kůže dítěte vypadá, jestli je suchá, zarudlá, opruzená nebo normální, podle toho doporučuji péči o kůži.*“ Sestry S3, S4, a S5 shodně uvedly, že matky edukují v rámci vizity s lékařem a individuálně podle aktuálního stavu kůže dítěte. Sestra S4 uvedla „*Když má novorozenec problematickou kůži, zaměřím se na edukaci matky při vizitě s lékařem, který předepíše i krém nebo koupel novorozenci na míru. Jinak edukuji pravidelně, jak lze pečovat o kůži novorozence při koupeli. Každý novorozenec má jinou kůži a nelze odpovědět hromadně. Zaměřuji se individuálně na každého novorozence. U některých novorozenců není potřeba o kůži pečovat krémy a oleji a stačí čistá voda na očištění kůže nebo koupel v čisté vodě. Edukují při poučování matky o prevenci vzniku opruzenin dítěte.*“ Sestry S6 a S7 shodně odpověděly, že edukují matky v prevenci opruzenin, pokud je pokožka suchá lze do koupele přidat Linolu, která pokožku promastí a dále edukují podle individuálních potřeb dítěte.

### ***Podkategorie 3: Bezpečnost spánku a dětská postýlka***

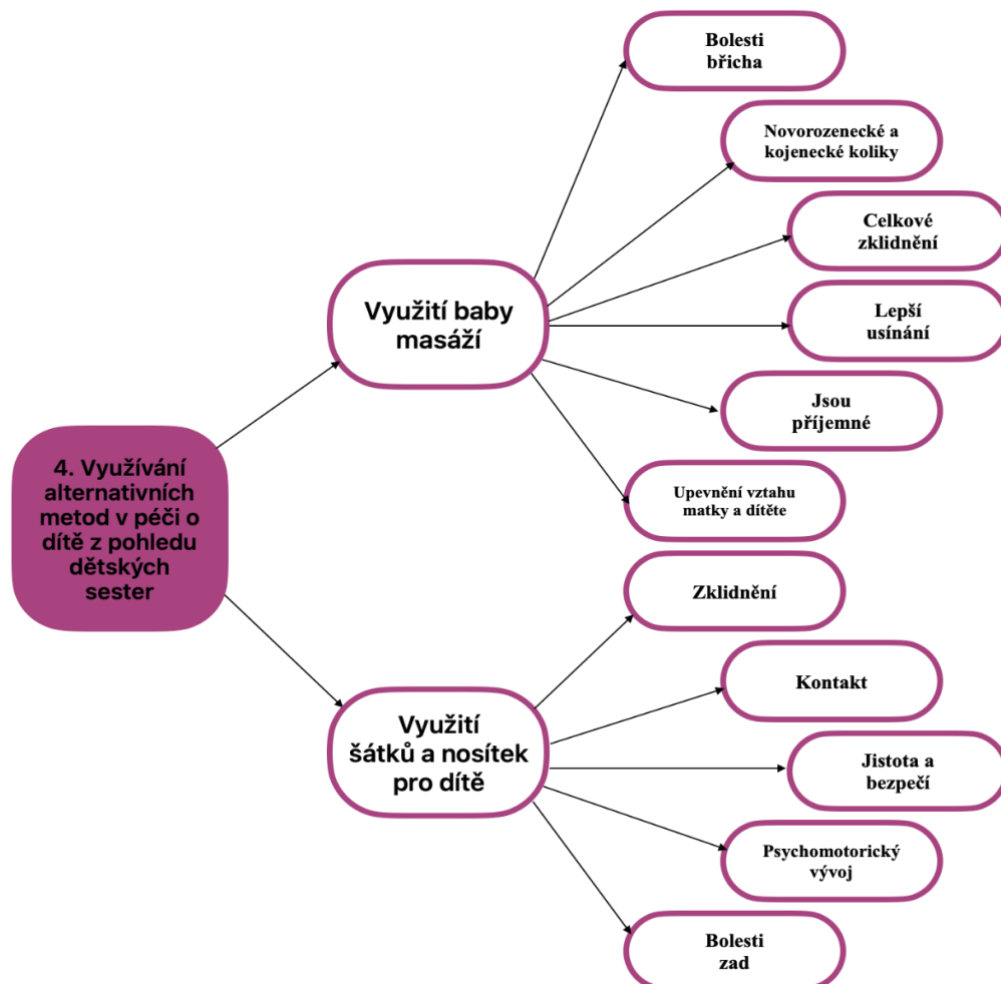
Odpovědi na otázku, jak dětské sestry edukují matky o rizicích společného spánku s rodiči se dělí na dvě poloviny, jedna polovina matky edukuje a druhá pouze na vyžádání matky, pokud chce z této problematiky něco vědět. Dětské sestry S3, S4 a S5 edukují pouze na žádost matky. S4 uvedla „*Edukují pouze na žádost matky, když má zájem se s riziky seznámit, ne všechny se chtějí o tom informovat.*“ Sestry S1, S2, S6 a S7 v oblasti rizik společného spánku edukují. Sestra S1 uvedla, že maminky poučuje o tom, že dítě může do postele v případě kojení, mazlení atd., na spánek to není vhodné kvůli riziku zalehnutí a udušení. S7 odpověděla „*Matku poučím, aby s dítětem v nemocnici v posteli nespala, že je zde riziko zalehnutí nebo pádu dítěte, že má vyhrazenou svoji postýlku. Když je v bdělém stavu, ať ho klidně v posteli má, ale když bude unavená a bude chtít spát ať ho dá do postýlky.*“ U otázky, která se týkala toho, jak by podle dětských sester měla vypadat dětská postýlka a jestli o tom matky edukují nám odpovídaly sestry S1, S2, S6 a S7 tak, že dětská postýlka by podle nich měla být z kvalitního materiálu, mít vhodnou matraci, ne moc tvrdou ani ne moc měkkou, neměly by v ní být žádné hračky a měla by odpovídat věku dítěte. S2 „*Podle mě by měla mít vhodnou matraci, neměly by tam být žádné hračky a aby odpovídala věku dítěte. Jinak je to spíše na matkách, jak si to udělají podle sebe. Obecně je o tom nepoučuji, pouze kdyby se ptaly.*“ Sestry S3, S4 a S5 odpověděly, že toto v nemocnici neřeší, protože se na to matky neptají, je na trhu velké

množství různých postýlek a stejně ji už doma mají určitě připravenou. S3 odpověděla „S tímto dotazem jsem se v porodnici nesešla, na trhu je velká nabídka postýlek, že si matky vyberou ještě před porodem.“ S5 dodává „Toto téma s maminkami neřeším, musela by vznést vyloženě sama dotaz na toto téma.“

#### 4.1.4 Kategorie 4: Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester

Čtvrtá kategorie se týká využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester. Ptali jsme se na otázky související s využíváním baby masáží, k čemu si sestry myslí, že mohou být dobré, zda s nimi mají osobní zkušenosti a na názor využívání šátků a nosítek v péči o dítě. Ptali jsme se i, zda se matky v porodnici zajímají o využívání alternativních metod. Na tuto otázku nám dětské sestry odpověděly ve velké míře stejně, že o toto téma se matky v porodnici nezajímají a neptají se na něj. Velice zřídka se zeptají na šátek. Sestra S6 nám odpověděla „Ve většině případech se neptají. Podle mě si alternativní matky budou tyto věci dělat samostatně bez názoru někoho jiného.“

**Schéma č. 4:** Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu dětských sester



(Vlastní zdroj)

### **Podkategorie 1: Využití baby masáží**

V oblasti využití baby masáží jsme zjišťovali, v čem si dětské sestry myslí, že mohou být pro novorozence a kojence prospěšné. Zde se sestry s odpověďmi shodovaly. Nejčastěji odpovídaly, že jsou vhodné k celkovému zklidnění dítěte, při bolestech břicha, u dětí, které trpí na kojenecké koliky, dále mohou pomoci s navázáním a upevněním vztahu matka-dítě a jsou pro ně příjemné. Sestra S1 odpověděla „*Myslím si, že masáže mají něco do sebe, hlavně když děti trpí na kojenecké koliky. Může to to dítě celkově zklidnit, ale je potřeba to pořádně umět, je dobré si to nechat ukázat od nějakého odborníka. A co se týče olejičků, které se využívají při masáži, tak aby to nemělo nějaký negativní účinek na kůži. Ale určitě to je prospěšné a nejsem proti tomu.*“ S3, S4, S5, S6 a S7 dodaly, že baby masáže jsou příjemné a mohou pomáhat i s usínáním děťátka, dále odpověděly, že mohou pomoci navázat a upevnit vztah matka a dítě. Sestra S7 uvedla „*Lepší navázání kontaktu matky a dítěte. Pro dítě to má výhody v tom, že mu to může pomoci od bolestí břicha, novorozeneckých a kojeneckých kolik, je to pro ně příjemné, masáže se dítě dokáže zklidnit a pomůže mu ke spánku. Je ale potřeba masáže provádět správně a s vhodnou kosmetikou pro dětskou pokožku, aby na ní nemělo nějakou alergickou reakci. Vlastní zkušenost s nimi mám, u svých dětí jsem dělala masáže břicha.*“ S2 ještě dodala „*U bolesti břicha jsou masáže určitě lepší než dávat hned rektální rourku.*“ Zda mají sestry osobní zkušenost s baby masážemi nám ve čtyřech případech odpověděly, že vlastní zkušenost s nimi nemají a ve třech případech nám odpověděly, že zkušenosti mají a masáže prováděly u svých dětí. Sestry S4, S6 a S7 s nimi osobní zkušenost mají. S4 odpověděla takto „*Vzájemný kontakt matky a dítěte, dítěti je většinou tato masáž velice příjemná a pomáhá mu s usínáním. Ano zkušenost mám, dělala jsem je vlastním dětem.*“

### **Podkategorie 2: Využití šátků a nosítek pro dítě**

V rámci využívání alternativních metod v péči o dítě jsme se dětských sester zeptali, co si myslí o využívání šátku a nosítka. V této oblasti byla vyzdvihnuta jak pozitiva, tak negativa, ve kterých se dotázané dětské sestry shodují. Pouze sestra S2 měla striktní negativní názor „*Určitě ne, nedoporučuju, kvůli dítěti, tam může být narušený psychomotorický vývoj, i kvůli ženě, jí to může způsobit problémy se zády.*“ Ostatní sestry se shodují v pozitivěch i negativěch. Jako pozitiva nejčastěji uvádějí blízkost matky, utišení plačícího dítěte, pocit jistoty a bezpečí a krátkodobý přepravní prostředek na nákup či krátkou procházku. Všechny ale upozorňují na časové omezení nošení dítěte

v šátku. S4 uvedla „*Myslím si, že pokud jsou používány správně, šátek je správně vázán a do nosítka dáno až větší dítě, které už drží hlavičku a sedí, myslím si, že je to pro dítě i matku velice příjemné, vzájemná blízkost, pocit jistoty a bezpečí u dítěte, blízký kontakt matky a dítěte. Ale všeho s mírou, skvělá pomůcka při uspávání, zklidnění, pomazlení, ale nejsem zastáncem nosit dítě stále jen v šátku.*“ S1 „*Pokud by se mě někdo zeptal na nošení v šátku, tak nejsem úplně proti, ale v rámci správného vývoje páteře a pohybového aparátu a na doporučení fyzioterapeutů. Ne nošení celý den, v rozumné míře ano, jako přepravní prostředek, když ta máma nechce brát kočárek a také v rámci toho kontaktu je to výhodnější.*“ Dále se dětské sestry shodly v negativních vlivech, které nošení v šátku či nosítku může mít hlavně na dítě, ale i na ženu. S3, S5, S6 a S7 se shodly v tom, že časté a dlouhodobé nošení může omezit a narušit psychomotorický vývoj dítěte, S6 a S7 dále uvedly i možné problémy a bolesti zad u matek, které nošení v šátku využívají ve velké míře. S3 uvedla „*Vhodné na uklidnění plačícího dítěte v šátku nebo nosítku vhodného pro novorozence. Pro časově omezené nošení vhodné, blízký kontakt s matkou. Dle mého názoru časté nošení dítěte v šátku omezuje jeho motorický vývoj a vhodné není.*“ Sestra S6 odpověděla „*Podle mého názoru je to vhodné pro krátkodobé nošení, když jde třeba matka na nákup, krátkou procházku, na chvíli doma nebo na usnutí, ale je potřeba umět šátek správně uvázat. Dlouhodobé nošení je podle mě nevhodné, jak pro dítě, tak pro matku. Myslím si, že dlouhodobé nošení může u dítěte narušit správný psychomotorický vývoj a u matek mohou vzniknout problémy se zády.*“

#### **4.1.5 Kategorie č. 5: Příprava na péči o dítě**

Poslední kategorie vyplývající z rozhovorů s dětskými sestrami se týká toho, co si sestry myslí, že by nastávající maminky měly mít pro své dítě připravené, a co by jim doporučily. Všechny sestry odpověděly a vyjmenovaly věci, které by měly mít maminky připravené v základní výbavě pro dítě a některé ještě dodávaly psychickou připravenost nastávajících maminek.

#### **Schéma 5: Příprava na péči o dítě**



(Vlastí zdroj)

### **Podkategorie 1: Základní vybava pro dítě**

Co se týče základní vybavy pro miminka, tak všechny dětské sestry odpovídaly stejně. Maminky by měly mít nachystané základní oblečky podle ročního období, kdy miminko čekají, oblečků nemusí být moc, postýlku, kočárek, vajíčko, přebalovací pult, vaničku, jednorázové pleny a případně nějaká chraстítka a hračky. Zbytek věcí, které budou potřebovat pořídí až během toho, co budou s miminkem doma. S1, S2, S3, S6 a S7 odpovídaly vcelku stejně, S2 „*Výbavička, postýlka, kočárek, vanička, zbytek během toho, co jsou doma a co dítě potřebuje.*“ S3 odpověděla a doplnila „*Základní vybavení, jako jsou pleny, ubrousky, krém na opruzeniny, kosmetika, oblečení přiměřeně, postýlka, eventuelně monitor dechu a krém na péči o prsa bych mamince doporučila.*“ Sestra S5 ještě své kolegyně doplnila, že by rodina měla být materiálně a finančně zajištěná.

## **Podkategorie 2: Psychická pohoda matky**

Maminka by na dítě měla být připravená nejen materiálně, ale také po psychické stránce. Sestry S3, S4 a S5 myslely na tuto část a mamince by doporučily, aby v době těhotenství a po porodu byla co nejvíce v klidu a psychické pohodě, protože psychická nepohoda maminky se odráží i v chování a projevech miminka. Sestra S3 k přípravě základní výbavičky ještě doplnila „*Dále bych mamince doporučila psychickou pohodu v těhotenství i po porodu, protože pokud bude neklidná maminka, bude mít i neklidné a plačtivé miminko, které z ní tu nepohodu ucítí.*“ S4 řekla „*Měla by mít připravenou základní výbavu pro miminko. Maminka by měla být i v psychické pohodě, jelikož si myslím, že to je pro děťátko také velmi důležité, těšit se na něj a s radostí a láskou ho přijmout.*“ S4 nakonec ještě dodala „*Psychickou pohodu v těhotenství, potom hodně lásky a trpělivosti.*“

## **4.2 Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s matkami**

Výsledky hloubkových rozhovorů s matkami byly rozděleny do následujících pěti kategorií a jejich podkategorií.

### **Tabulka č. 4 Kategorizace výsledků rozhovorů s matkami**

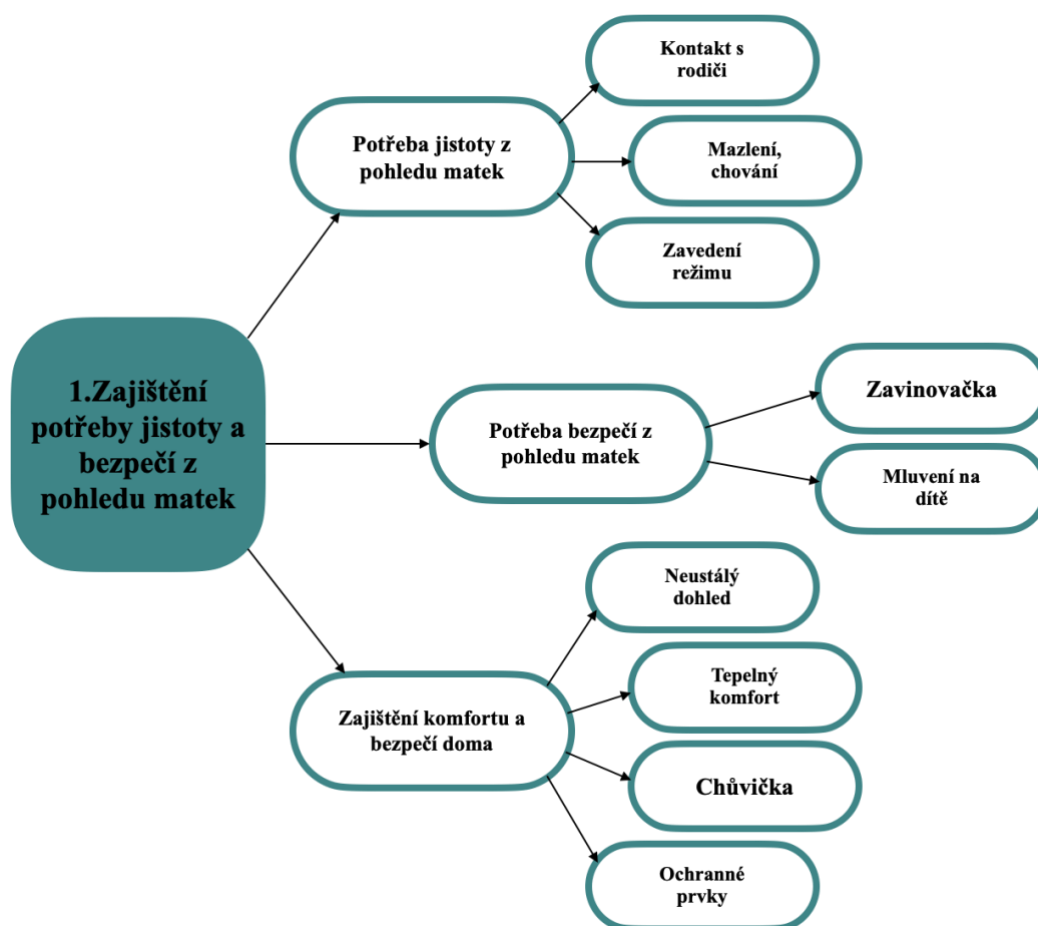
Kategorie 1. Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu matek Podkategorie a) Potřeba jistoty z pohledu matek Podkategorie b) Potřeba bezpečí z pohledu matek Podkategorie d) Zajištění komfortu a bezpečí doma
Kategorie 2. Edukace Podkategorie a) Edukace o manipulaci Podkategorie b) Edukace o koupání a péči o kůži Podkategorie c) Edukace o bezpečném spánku
Kategorie 3. Spánek Podkategorie a) Bezpečná postýlka z pohledu matek Podkategorie b) Spánek s rodiči nebo ve vlastní postýlce Podkategorie c) Rizika společného spánku s rodiči
Kategorie 4. Využívání alternativních metod v péči o dítě z pohledu matek Podkategorie a) Využití baby masáže z pohledu matek Podkategorie b) Využití šátku a nosítka pro dítě z pohledu matek
Kategorie 5. Výbavička pro dítě

(Vlastní zdroj)

#### 4.2.1 Kategorie 1: Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu matek

V první kategorii jsme se zabývali pohledem matek na zajištění potřeby jistoty a bezpečí a jak tyto potřeby zajistí v domácím prostředí. Respondentky v této oblasti odpovídaly velmi podobně. Jistotu a bezpečí by zajistily hlavně neustálým kontaktem, mazlením, mluvením na miminko, kojením a zavedením pravidelného režimu.

**Schéma 1:** Zajištění potřeby jistoty a bezpečí z pohledu matek



(Vlastní zdroj)

#### Podkategorie 1: Potřeba jistoty z pohledu matek

Na otázku „*Jak byste zajistila u novorozence potřebu jistoty a bezpečí?*“ v oblasti jistoty všechny respondentky odpovídaly podobně a nejčastější odpovědí byl stálý kontakt maminky s miminkem a mazlení. Respondentky M1, M2, M3 a M5 odpověděly shodně „*Kontaktem s rodiči, nošením, mazlením a mluvením na miminko.*“ Respondentka M4 dodala „*Co nejčastější kontakt s matkou jako je mazlení, tulení, kojení a chování. Usmíváním matky na dítě, zavedením, pokud možno nějakého pravidelného režimu krmení, uspávání, přebalování, hraní, koupání a podobně.*“

### **Podkategorie 2: Potřeba bezpečí z pohledu matek**

Na stejnou otázku, kterou jsme položili u oblasti jistoty, v oblasti bezpečí respondentky odpovídaly také převážně shodně a hodně se odpovědi propojují s odpověďmi v oblasti jistoty. Respondentka M3 odpověděla „*Mně v tomto směru nejvíce pomohla péřová zavinovačka a samozřejmě kontakt s miminkem.*“ Respondentka M4 k bezpečí dodala „*...povídání či vyprávění dítěti, že je milované a v bezpečí.*“ Zbylé respondentky M1, M2 a M5 odpověděly, že jistotu i bezpečí by zajistily svému dítěti stejným způsobem.

### **Podkategorie 3: Zajištění komfortu a bezpečí doma**

Další otázka, na kterou nám respondentky v této oblasti odpovídaly byla: „*Jakým způsobem byste doma u svého dítěte nejlépe zajistila komfort a bezpečí?*“ U této otázky každá respondentka měla mírně odlišnou odpověď. Nejvíce se shodovaly respondentky M2 a M4. M2 odpověděla „*Neustálý dohled nad dítětem, ukládáním ke spánku na bezpečné místo, kde nehrozí riziko pádu, tepelný komfort, větrání, používání chůvičky a přítomnost matky.*“ Respondentka M4 dodala „*Teplejší podložky či deky na podlahu, aby se dítě mohlo učit otáčet. Odstranění všech předmětů, které by mohlo dítě spolknout či vdechnout.*“ Respondentka M1 odpověděla podobně, jako předešlé. Bezpečí zajistili doma tak, že byt uzpůsobili dětem. Sundali veškeré předměty, které by na sebe mohly shodit, nepoužívají ubrusy a horké nápoje dávají tak, aby na ně děti nedosáhly. Zamykají varnou desku, mají zalepené zásuvky a oblepené rohy nábytku. Respondentka M5 odpověděla „*Komfort bych zajistila neustálým dohledem nad miminkem, nenechávat ho nikde samotné, být s ním v kontaktu, mluvit s ním a věnovat se mu. Bezpečí bych zajistila, že nebude mít přístup k chemikáliím, pracím prostředkům, lékům a podobně. Z tohoto důvodu máme doma připravené ochranné prvky na zásuvky, krytky na rohy a aby neotevřel skříňky, tak zámky na skříňě. Dávat pozor, aby na něj něco nespadlo, nebo aby na sebe něco nestrhl.*“ Respondentka M3 v této oblasti odpověděla „*Zajistili jsme mu vlastní pokojíček s vlastní postýlkou, kde má plně přístupné své hračky. Jediné, co jsme z hlediska bezpečnosti u našeho syna zajistili byl monitor dechu v postýlce a jinak se budeme snažit všechna možná rizika vysvětlovat a názorně ukazovat.*“

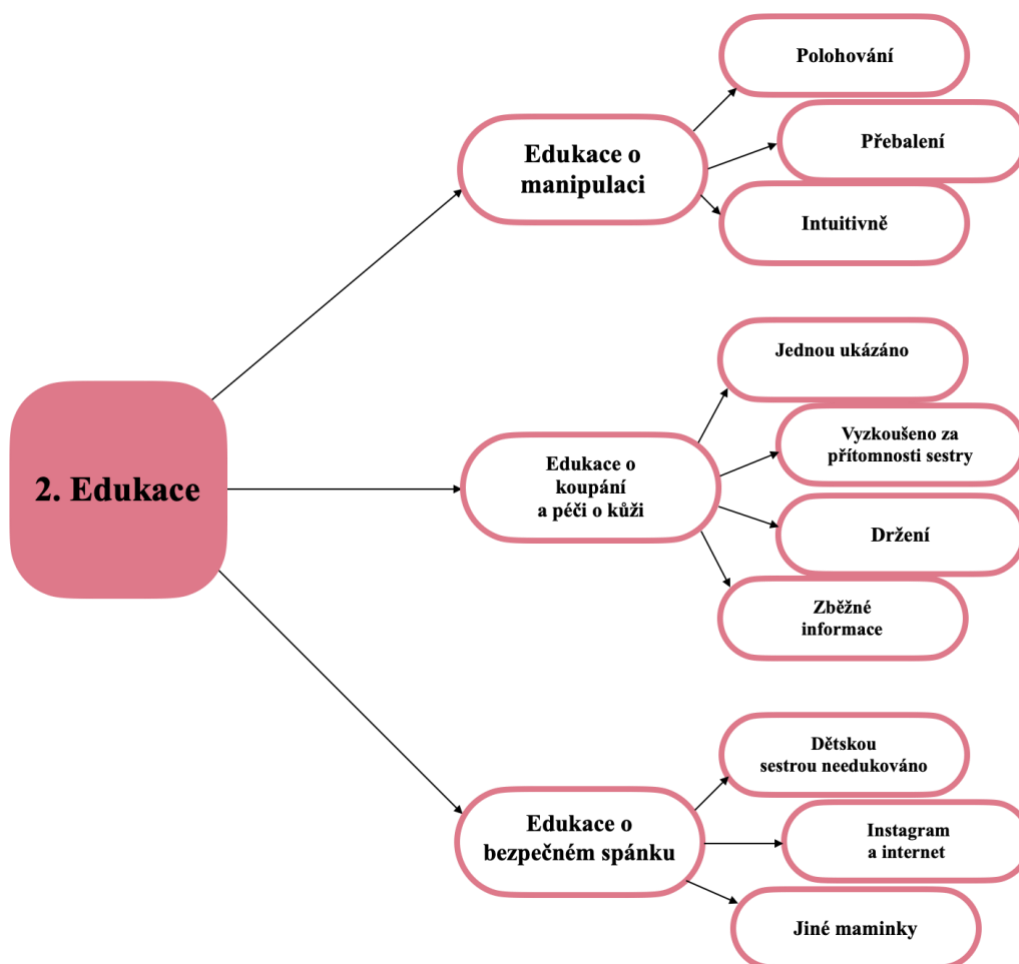
#### **4.2.2 Kategorie 2: Edukace**

Kategorie edukace se týká témat, ve kterých byly matky edukovány dětskou sestrou. Matek jsme se ptali, jakým způsobem byly edukovány dětskou sestrou o manipulaci



s novorozencem, koupání novorozence a péči o jeho kůži a jak byly edukovány v oblasti bezpečného spánku.

**Schéma 2:** Edukace



(Vlastní zdroj)

### **Podkategorie 1: Edukace o manipulaci**

Na otázku, jakým způsobem byly respondentky edukovány dětskou sestrou o manipulaci s novorozencem jsme dostali rozdílné odpovědi. Některým respondentkám manipulace nebyla ukázána vůbec, ostatním pouze jednou přebalení a vykoupání. Respondentka M1 byla ze všech edukována nejvíce, ale pouze po prvním porodu „*První porod byl v době Covidu, kdy si nás v nemocnici skoro nikdo nevšímal, na vše jsem se musela ptát sama. Bylo mi akorát jednou ukázáno, jak přebalit, jak polohovat miminko a jak koupat. Nyní po druhém porodu už mi v porodnici nikdo nic nevysvětloval.*“ Respondentky M2 a M3 odpověděly, že jim manipulace nebyla vůbec ukázána, a to ani přebalení dítěte. M3 „*Bohužel v mém případě mě nikdo o manipulaci s novorozencem nepoučil.*“ Respondentce M5 bylo 1x ukázáno, jak přebalit a vykoupat, zbytek dělala

intuitivně, musela si na to přijít sama, nebo se případně dětských sester doptávala. Respondentka M4 odpověděla, že jí nebylo ukázáno ani přebalování, držení a oblékání a dodala *„O správné manipulaci jsem poučena nebyla, chovala jsem se intuitivně, případně dle rad od zkušenější švagrové.“*

### ***Podkategorie 2: Edukace o koupání a péči o kůži***

Dále jsme zjišťovali, jak dětské sestry edukovaly o koupání a péči o kůži novorozence. Jediné, v čem se zde respondentky shodly bylo, že jim koupání bylo jednou ukázáno, ale průběh byl pokaždé jiný. Respondentka M1 byla jediná, která si koupel novorozence sama vyzkoušela za přítomnosti sestry a doprovázejícího výkladu, dále uvedla, že tímto způsobem pak své dítě koupe i doma. Ostatním respondentkám koupel byla pouze ukázána a samy si ji za přítomnosti dětské sestry nevyzkoušely. Respondentka M2 odpověděla *„Dostala jsem jen zběžné info, jak namazat zadeček a žádné další speciální školení na koupání neproběhlo.“* U respondentky M3 proběhlo vykoupání dětskou sestrou bez žádných informací a péči o kůži dále řešila s jejich dětskou lékařkou. M4 a M5 odpověděly podobně. M4 *„V porodnici jsem si sama vyžádala ukázkou, jak dítě koupat. Dětská sestra si vzala mé dítě a přede mnou jej vykoupala i s výkladem toho, co mám dělat a na co si dát pozor. Následně dítě namazala krémem, vyčistila ouška a ukázala, co dělat s nezahojeným pupíkem.“* U Respondentky M5 to proběhlo stejně, s tím rozdílem, že koupel jí byla ukázána automaticky a nemusela si ukázkou sama vyžádat.

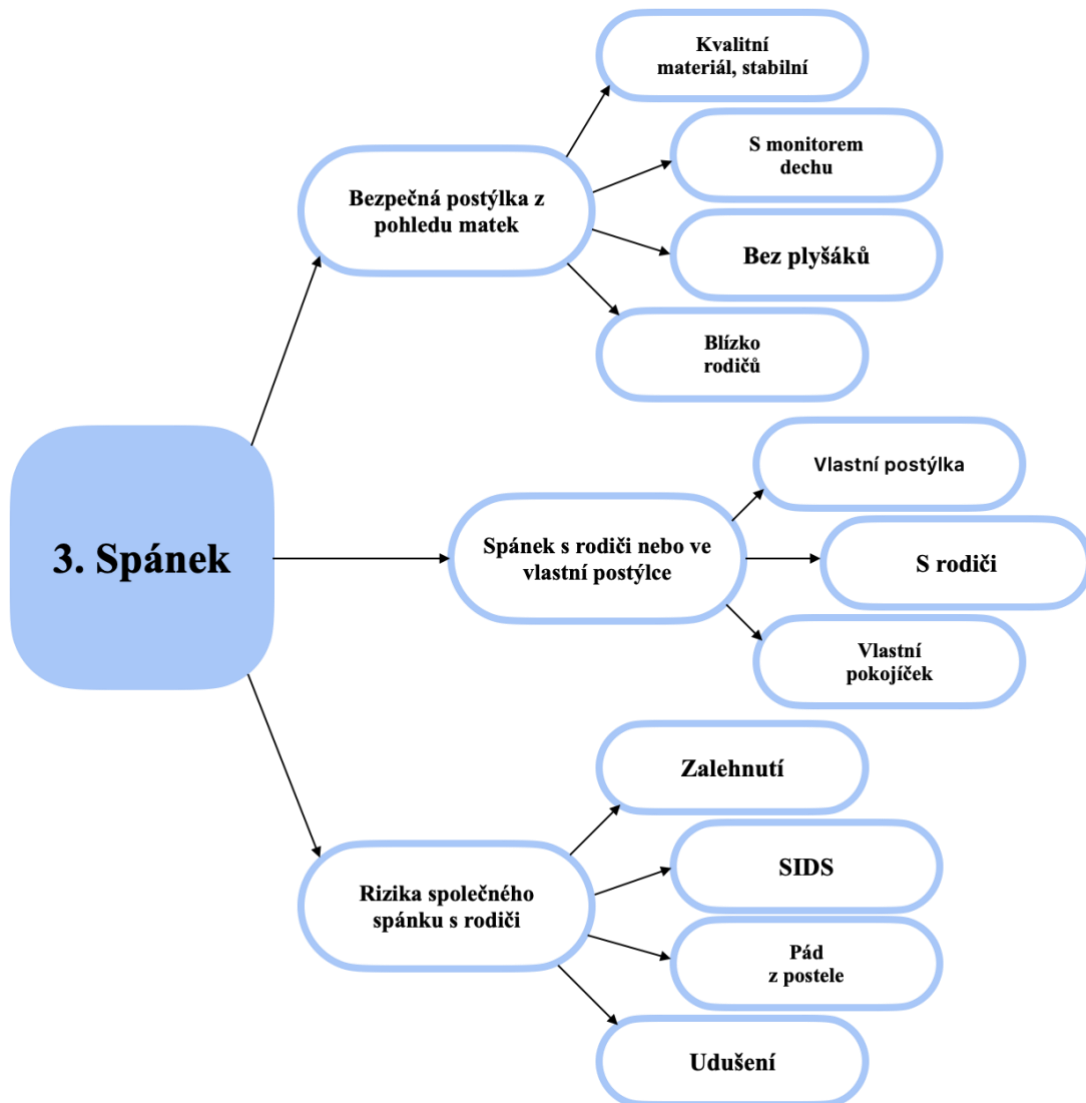
### ***Podkategorie 3: Edukace o bezpečném spánku***

Edukace o bezpečném spánku dítěte neproběhla od dětské sestry u žádné z respondentek. Respondentka M1 sleduje instagramové profily zaměřené na spánek miminek, jako jsou wellbabing a mimi spánek, kde získala spoustu informací. Další informace získala od dětské lékařky z instagramového profilu a z kurzu první pomoci, který u ní absolvovala. Respondentka M3 také získala informace o spánku na internetu a od jiných maminek. M4 odpověděla *„Nikdo nás nepoučil. Vycházela jsem z informací z internetu, z různých letáků a informací od švagrové. Samozřejmě jsem používala selský rozum.“* Respondentky M2 a M5 nikdo nepoučil a další informace samy nikde nevyhledávaly.

### 4.2.3 Kategorie 3: Spánek

Třetí kategorie je zaměřena na problematiku spánku. V této kategorii jsme respondentkám pokládali 3 otázky týkající se spánku novorozence a kojence. Mezi tyto otázky patří „*Jak by podle Vás z pohledu bezpečnosti měla vypadat dětská postýlka? Kde by podle Vás mělo spát dítě, spíše ve vlastní postýlce nebo v posteli s rodiči? Jaká znáte rizika spánku dítěte s rodiči v posteli?*“

Schéma 3: Spánek



(Vlastní zdroj)

#### Podkategorie 1: Bezpečná postýlka z pohledu matek

Zjišťovali jsme, názor maminek, jak si myslí, že by měla vypadat bezpečná postýlka. Respondentka M1 absolvovala kurz první pomoci u dětské lékařky a podle toho se řídila v začátcích. „*V postýlce pro miminko jsme měli pouze prostěradlo a monitor dechu pod matrací. Mantinely jsme do postýlky dávali až kolem 1. roka u starší dcery a hnízdečko*

*využíváme jen na denní spánky, kdy mám dceru pod dohledem, u starší jsem to dělala stejně. Obě ze začátku spinkaly v zavinovačce a poté ve spacím pytli, ve kterém mladší spinká teď a starší spala až do 1 roka.*“ Ostatní respondentky odpovídaly přibližně stejně. Všechny uvedly, že by měla být z kvalitního materiálu, mít vhodnou matraci a všechny využívaly monitor dechu. Respondentka M2 dále uvedla, že by měla být stabilní, blízko matky, ve vzdušném prostoru a měla by mít netoxickou úpravu. M3 zmínila, že pro kojence využívá spací pytel na spaní a jinak dle jejího názoru je lepší do postýlky nic nedávat, aby nedošlo k případnému udušení. Respondentka M4 zmínila „*Rošt s matrací by měly být umístěny spíše níže, tak aby dítě z postýlky nemohlo vypadnout. Nedávat do postýlky zbytečně moc hraček, používat monitor dechu.*“ Nakonec respondentka M5 měla nejrozsáhlejší odpověď „*V postýlce by měla být matrace a pod ní monitor dechu. Kolem postýlky jsem měla ještě z jedné strany copánkový mantinel a ze strany druhé byla postýlka volná, abych na miminko viděla. V postýlce by neměly být hračky. Miminko jsem měla ze začátku v zavinovačce a pak jsem cca po měsíci začala dávat deku. Nyní jsou synovi 4 měsíce a v noci již spí ve spacím pytli, protože si začal deku přetahovat přes hlavičku, přes den ho přikrývám dekou, protože ho mám pod neustálým dohledem.*“

### ***Podkategorie 2: Spánek s rodiči nebo ve vlastní postýlce***

Maminek jsme se také ptali, kde si myslí, že by mělo jejich dítě spíše spát, jestli ve vlastní postýlce nebo v posteli s rodiči. V této oblasti se odpovědi u některých maminek lišily v jejich názoru, jak by to mělo být a jak to nakonec reálně je. Respondentka M4 „*To hodně záleží na rodičích. Vždy jsem byla pro to, aby dítě spalo radši ve své postýlce s monitorem dechu, avšak skutečnost je taková, že naše dítě v postýlce téměř vůbec nespalo a spí mezi mnou a manželem v posteli.*“ Respondentka M1 odpověděla podobně, chtěly mít holky co nejlíže, a tak všichni spí v jedné ložnici. Starší dcera spí s ní a manželem v jejich posteli a mladší má přisunutou postýlku se sundanou bočnicí ze strany maminky. „*Holky jsou spokojené a nám to také vyhovuje.*“ Respondentky M2, M3 a M5 mají stejný názor, že by jejich dítě mělo spát ve vlastní postýlce. Respondentka M3 má dokonce syna ve vlastním pokojíčku „*Jednoznačně ve vlastním pokojíčku a posteli.*“

### ***Podkategorie 3: Rizika společného spánku s rodiči***

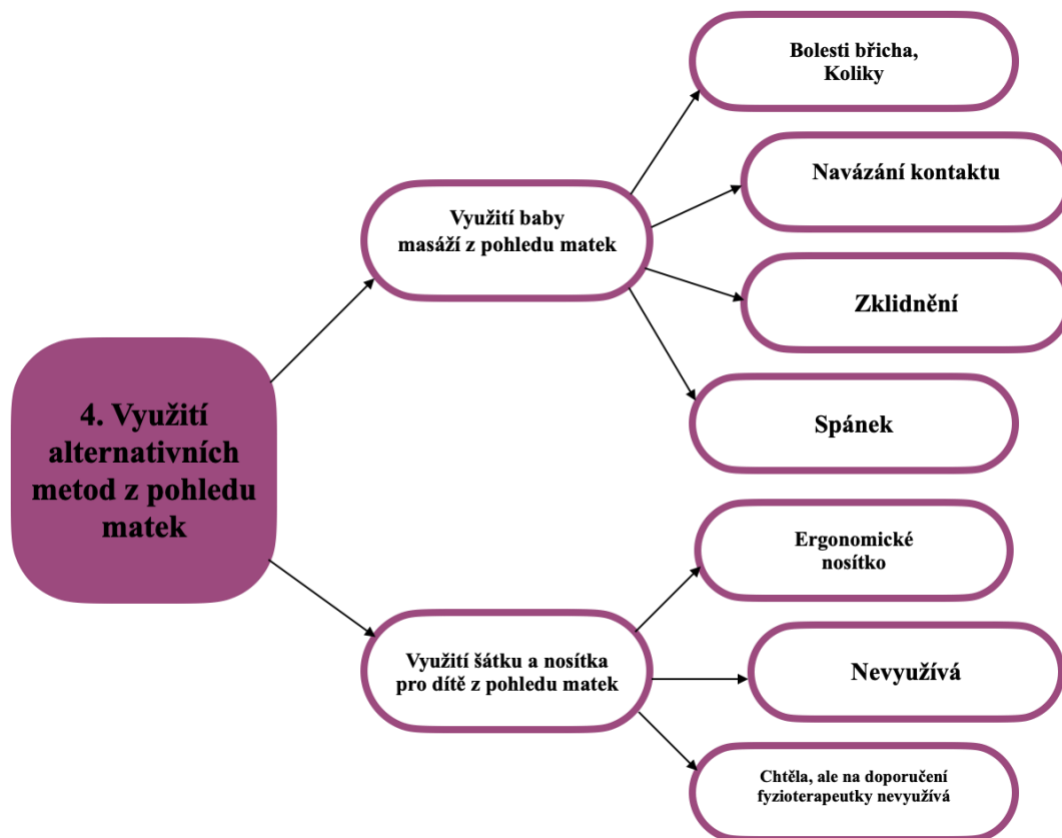
V oblasti spánku jsme se na závěr maminek ptaly, zda a jaká znají rizika společného spánku s rodiči. U této otázky měla respondentky stejné odpovědi. M1 „*Rizikem je určitě SIDS, který může být způsoben právě přehřátím, protože mezi rodiči je větší teplo, nebo*

zanořením do peřin, oděvů rodičů, což může zhoršit nebo znemožnit dýchání.“ Respondentky M2, M3 a M5 odpovídaly stejně. M5 „Rizikem spánku dítěte s rodiči je určitě zalehnutí miminka nebo udušení peřinou rodičů.“ M2 navíc dodala i pád z postele. M4 odpověděla „Klasické riziko je zalehnutí dítěte rodičem, což se nám ovšem nikdy nestalo a dále pak, že dítě nespí s monitorem dechu, takže může přestat dýchat a rodič o ničem neví.“

#### 4.2.4 Kategorie 4: Využití alternativních metod z pohledu matek

Ve využívání alternativních metod jsme zjišťovali, zda maminky znají baby masáže a jestli využívají k nošení dětí šátek nebo nosítka.

**Schéma 4:** Využití alternativních metod z pohledu matek



(Vlastní zdroj)

#### Podkategorie 1: Využití baby masáží z pohledu matek

Od maminek jsme zjišťovali, zda slyšely o baby masážích a k čemu si myslí, že mohou být dobré. Respondentky M2 a M5 o nich neslyšely vůbec a nevědí, k čemu se mohou využívat. Respondentky M1, M3 a M4 o nich slyšely a nejčastější odpovědí bylo, že se dají praktikovat při bolestech břicha. M1 „Slyšela jsem o nich v souvislosti s prdíky, mohou zmírnit bolesti břicha, a také s dětským spánkem, mohou ho zlepšit.“

Respondentka M3 řekla navíc „*Ano slyšela, k navázání kontaktu, ke zklidnění, k prokrvení pokožky a mohou pomoci od bolesti břicha.*“ M4 odpověděla „*Slyšela jsem pouze o masáží břicha v případě zaražených prdů a kolik, ovšem sama jsem žádnou speciální instruktáž nedostala a v případě bolení břicha jsem jen břicho hladila správným směrem a dávala teplý polštářek.*“

#### ***Podkategorie 2: využití šátku a nosítka pro dítě z pohledu matek***

Respondentek jsme se ptali, zda mají v plánu využívat nebo využívají šátek nebo nosítka pro dítě. Respondentky M1, M3 a M4 využívají nosítka. M1 uvedla „*Ano, využívám ergonomické nosítka Manduca a při jeho používání se řídím návodem od výrobce.*“ Respondentka M4 využívá také ergonomické nosítka a pouze si vyhledala video, jak by správně mělo být dítě do nosítka dané a jak by to správně mělo vypadat. Respondentka M2 vůbec šátek ani nosítka nevyužívá a nemá to ani v plánu. Respondentka M5 nosítka chtěla využívat, ale po konzultaci s fyzioterapeutkou jí to nebylo doporučeno. „*Nevyužívám to. Chtěla jsem si pořídit nějaké ergonomické nosítka, ale po konzultaci s fyzioterapeutkou jsem se rozhodla, že nic takového pořizovat ani používat nebudeme.*“

#### ***4.2.5 Kategorie 5: Výbavička pro dítě***

Respondentek jsme se také zeptali, co všechno měly pro své miminko doma před porodem připravené. Všechny maminky měly stejné odpovědi. Doma měly připravenou základní výbavičku, jako je kočárek, postýlka, hnízdečko, vajíčko, oblečení, kosmetiku, plenky, dudlík, odsávačku na mléko, přebalovací pult, monitor dechu, chůvičku, kojící polštář. Respondentky M4 a M5 měly připravené i lahvičky a sterilizátor na lahvičky. Respondentka M2 odpověděla „*Vše kromě kočárku, to znamená postýlku, oblečení, vše pro přebalování, kosmetiku, léky, vaničku a další věci, co patří do základní výbavy.*“ Respondentka M5 měla doma připravené i umělé mléko a kojeneckou vodu „*Měla jsem nachystanou postýlku, kočárek, hnízdečko, kojící polštář, odsávačku mateřského mléka, flašky, umělé mléko, kojenecké balené vody, sterilizátor, sušičku na lahve, dudlíky, ohříváč lahví, chůvičku s videokamerou, monitor dechu, vaničku, lehátko do vaničky, hygienické potřeby, zavinovačku, pleny a oblečení, ochranné prvky a kryty na rohy skříní.*“

**Schéma 5:** Výbavička pro dítě



(Vlastní zdroj)

## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce s názvem Zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců měla stanoveny čtyři cíle, na základě, kterých byly sestaveny čtyři výzkumné otázky. První dva cíle bakalářské práce byly zaměřeny na dětské sestry a zněly takto: Cíl 1 – Popsat pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců, Cíl 2 – Zjistit způsob edukace matek v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Další dva cíle zaměřené na matky měly toto znění: Cíl 3 – Popsat pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců, Cíl 4 – Zjistit způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí. Na základě těchto čtyř cílů byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. První dvě výzkumné otázky byly zaměřeny na dětské sestry: VO 1 – Jaký je pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců? VO 2 – Jaký je způsob edukace matek v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců? Výzkumné otázky 3 a 4 byly zaměřeny na matky a zněly takto: VO 3 – Jaký je pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců? VO 4 – Jaký je způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí?

Na základě takto sestavených cílů a výzkumných otázek probíhaly hloubkové rozhovory s dětskými sestrami, které pracují na novorozeneckém oddělení a s matkami novorozenců a kojenců.

Zjišťovali jsme, jaký pohled mají dětské sestry na zajištění potřeby jistoty a bezpečí, jakým způsobem by tyto potřeby zajistily u novorozenců a kojenců. Zde sestry měly převážně stejný názor, že jistotu by zajistily edukací v oblasti skin to skin kontaktu, být dítěti na blízku, chovat ho, mazlit ho, mluvit na něj. Sestra S6 uvedla „*Neustálým kontaktem s matkou, aby se spolu naučili sžít, kojením, chováním, mazlením a mluvením na děťátko.*“ Bezpečí u novorozenců a kojenců by sestry zajistily převážně edukací o bezpečném spánku a manipulaci. Sestra S3 nám odpověděla „*Bezpečí bych zajistila edukací matky v oblasti bezpečného spánku, monitor dechu a správná poloha při uložení dítěte ke spánku, edukací o manipulaci s novorozencem.*“ Potřebu jistoty a bezpečí A.H. Maslow zařadil ve své pyramidě potřeb na druhé místo. Jak v literatuře uvádí Trachtová a kol. (2018) potřeba jistoty a bezpečí projevuje touhu po důvěře, stabilitě a osvobození od strachu. Hendrych Lorenzová, et al. (2018) uvádí, že raný kontakt skin to skin novorozence s matkou zvyšuje u dítěte pocit bezpečí. Dále uvádí, že vazba mezi dítětem a matkou je pro dítě významná hlavně v utváření pevných citových pout a blízkých



vztahů. K čemuž napomáhá komunikace matky s dítětem, vzájemné pohledy do očí, úsměvy a smích. U dítěte vede posilování pocitu bezpečí k správnému rozumovému a emočnímu vývoji. Pocit bezpečí je zprvu zajišťován dítěti výhradně matkou a později i širší rodinou (Sikorová, 2011). Matky mají stejný názor na to, jak by zajistily u svého dítěte potřebu jistoty a bezpečí. Matka M4 v této oblasti odpověděla „*Co nejčastější kontakt s matkou jako je mazlení, tulení, kojení a chování. Usmíváním matky na dítě, zavedením, pokud možno nějakého pravidelného režimu krmení, uspávání, přebalování, hraní, koupání a podobně a dále povídání či vyprávění dítěti, že je milované a v bezpečí.*“ Pohled na zajištění potřeby jistoty a bezpečí dětských sester a matek se převážně s literaturou shoduje. Je důležité, aby matka byla dítěti na blízku, byla s ním v kontaktu, mluvila na něj, chovala ho a mazlila se s ním. Je velice přínosné i po porodu podpořit skin to skin kontakt matky a dítěte. Jak uvádí ve svém článku Mazúchová et al. (2021), zdravý vývoj dítěte je ve velké míře ovlivněný interakcí mezi matkou a dítětem a nejdůležitější fáze pro vytvoření silné kvalitní vazby mezi matkou a dítětem je citlivé období následující bezprostředně po porodu, které je možné podpořit bondingem. Lazárková (2014) uvádí, že interakce mezi matkou a dítětem usnadňuje navázání vzájemného pouta a instinktivních vrozených pečovatelských schopností matky. Dítě by mělo od okamžiku narození být nepřetržitě v kontaktu s matkou a využívat k tomu i skin to skin kontakt.

Součástí komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců je i správná péče o dítě. Důležité je, aby matka uměla správně s dítětem manipulovat, uměla ho koupat a věděla něco o bezpečnosti spánku. Tím pak svému dítěti zajistí kvalitní a bezpečnou péči. Úkolem dětských sester je matky v těchto oblastech řádně edukovat v rámci pobytu v porodnici po porodu. Dětské sestry v rozhovorech odpovídaly, že v oblasti manipulace matky edukují, jak dítě zvedat, pokládat, přebalovat, držet a ukládat ke spánku. Dětské sestry tvrdily, že všechny matky ať se jedná o prvorodičku či vícerodičku edukují v manipulaci jak slovně, tak i názornou ukázkou. Sestra S1 měla takovouto odpověď „*...ukazuju maminkám, jak přebalit, nezvedat úplně nožičky, spíš miminko převalit na bok, jak miminka zvedat za 2 pevný body, hlavička podepřená na předloktí, tam kde je položená hlavička, tou samou rukou držím ručičku a druhou mám pod zadečkem a držím stehýnko. Ukazuju jim odříhnutí přes levé rameno. Když už maminka vstane a není si jistá, tak na mě může zazvonit a přijdu za ní a správnou manipulaci můžeme spolu ještě nacvičit. Další manipulaci ukazuji následující den při koupání.*“ Sestra S6 v edukaci o manipulaci odpověděla „*Slovní i praktickou edukací při prvotním poučení matky a dále, když je to potřeba. Učím ji přebalovat, zvedání a pokládání, polohování ke spánku,*

*přetáčení na břicho.*“ Bohužel v oblasti edukace se moc neshodují s matkami. Matky v rozhovorech převážně odpovídaly, že edukace v manipulaci proběhla úplně minimální nebo žádná. Pokud se jednalo o prvorodičku, což byly matky M4 a M5 měla matka M4 takovouto odpověď *„Jak dítě chovat, držet, přebalovat, oblékat a podobně mi ukázáno nebylo. O správné manipulaci s dítětem jsem poučena nebyla, chovala jsem se intuitivně, případně dle rad od zkušenější švagrové.*“ Matka M5 měla podobnou zkušenost, o manipulaci nijak poučena nebyla, dětská sestra jí pouze jednou ukázala, jak má dítě přebalit a vykoupat, poté si na vše musela přijít sama a když si nebyla něčím jistá, tak se dětských sester doptávala. Matky M1 a M3 měly druhé dítě. Matka M3 zmínila, že nebyla o manipulaci poučena ani při prvním dítěti natož při druhém. Matka M1 první dítě rodila v covidové době, kdy si jí nikdo moc nevšímal a na vše si musela přijít sama, nebo se dětských sester ptát *„...na vše jsem se musela ptát sama. Bylo mi akorát jednou ukázáno, jak přebalit, jak polohovat miminko a jak koupat. Nyní po druhém porodu už mi v porodnici nikdo nic nevysvětloval.*“ Matka M2 rodila potřetí, a tak jí nikdo nijak o správné manipulaci needukoval. Hanáková et al. (2015) uvedla, že s miminkem je potřeba zacházet jemně a citlivě a veškeré pohyby by se měly provádět pomalu. Jakýkoliv prudký pohyb je pro děťátko dráždivý, nepříjemný a obvykle u něj vyvolá pláč. Proto si myslím, že by dětské sestry měly v této oblasti matky edukovat během pobytu v porodnici častěji a důrazněji, protože z výzkumného šetření vyplývá, že dětské sestry o technikách a bezpečné manipulaci needukují dostatečně. Polohy by měly respektovat vývoj dovedností dítěte a měly by mu navozovat pocit bezpečí a klidu (Gregora a Velemínský ml., 2013). To podle mého názoru bez řádné edukace matky nemohou znát, pokud již před porodem nenavštívily nějaký předporodní kurz, kde by se řešila i problematika manipulace s novorozencem. Myslím si, že se mohou i některé matky bát na něco zeptat, aby nebyly na obtíž nebo, aby nebyly dětskou sestrou odbyty, že jim to už bylo ukázáno, když byly po porodu poučovány.

Dalším bodem výzkumu, související s komfortem a bezpečím u novorozence a kojence je koupel. Hanáková et al. (2015) uvádí, že koupání má pro dítě veliký význam, dítě se při koupeli zklidní a vydrží potom déle spát. Dále uvádí, že v prvních týdnech života děťátka není potřeba každodenní koupel. Výjimkou je zadeček a genitál, který je potřeba alespoň jednou denně umýt dětským gelem a opláchnout pod tekoucí vodou. Fendrychová (2021) má stejné tvrzení. Píše, že u novorozenců běžná, každodenní koupel s použitím mycích prostředků není doporučována, protože může vysušovat a dráždit pokožku dítěte. Dítě je vhodné koupat 2-3krát týdně a mycí emulze použít na celé tělo

stačí pouze jednou týdně. Každý den by se měla omývat vodou a mýdlem pouze místa zapárky, to jsou místa trvalého dotyku kožních ploch, bez mýdla pak obličej a ruce dítěte. Z výzkumu vyplývá, že dětské sestry v oblasti koupání edukují všechny matky, tedy pokud se nejedná o vícerodičku, která si chce děťátko vykoupat sama, té to po domluvě umožní a případně ji edukují pouze slovně a dojdou se akorát podívat, zda to matka dělá správně. Sestra S4 nám v rozhovoru odpověděla „*Koupelel matky učím slovně i prakticky, pouze pokud jde o vícerodičky a na jejich přání nechtějí koupel ukázat prakticky, tak tyto matky edukují pouze slovně.*“ Matky odpovídaly převážně stejně, že jim dětská sestra došla koupel jednou ukázat a řekla k tomu základní informace. Matka M5 nám odpověděla „*Sestřička mi ukázala, jak koupat miminko ve vaně, kterou měli v nemocnici, jak se má držet při koupání a kde ho mám všude umýt. Když bylo miminko umyté, tak mi sestřička ukazovala, jak se čistí ouška, nosík a očička. Koupání miminka jsem si sama nezkoušela.*“

V rámci koupele jsme se zajímali, jakým způsobem dětské sestry edukují v péči o kůži, jelikož i péče o kůži v rámci komfortu dítěte je důležitá. Z výzkumného šetření vyplynulo podle odpovědí matek, že dětskou sestrou byly edukovány pouze zběžně, jak namazat zadeček po koupání nebo přebalování, ale žádné podrobnější informace v péči o kůži nedostaly. Respondentka M3 odpověděla „*...péči o kůži jsem po propuštění z nemocnice řešila už s naší dětskou lékařkou.*“ M4 ve své odpovědi na otázku ohledně koupání a péče o kůži dodala „*...následně dítě namazala krémem, vyčistila ouška a ukázala, co dělat s nezahojeným pupíkem.*“ Dětské sestry naopak odpovídaly, že matky edukují v rámci koupele, jak předcházet opruzeninám a dále individuálně podle stavu pokožky dítěte. S6 měla tuto odpověď „*V péči o kůži edukuji o prevenci opruzenin, že mohou zadeček namazat Bepanthenem, ale ne moc silná vrstva. Dále záleží, jestli má novorozenec problematickou kůži. Když jí má suchou doporučím koupel s Linolou nebo promazání dětským olejem.*“ Péče o kůži je důležitá, protože, jak píše Syrovátková (2015) kůže tvoří rozhraní mezi zevním a vnitřním prostředním organismu a plní tak mnoho funkcí. Jedna z těch nejdůležitějších je funkce bariérová. Když je o kůži správně pečováno, lze tak zvýšit její obranyschopnost a předcházet vzniku kožních onemocnění. Fendrychová (2021) ve své publikaci zmiňuje, že zdravou kůži novorozence není nutné ničím po koupeli promazávat. Ke zlepšení hydratace, funkce kožní bariéry a u suché pokožky lze použít emoliencia (Polášková, 2012). To jsou látky, které pokožku změkčují, zvláčňují a zjemňují. Kůži hydratují tím, že zabrání úniku vody z povrchové vrstvy

pokožky anebo do ní vodu dodávají. Zabraňují tak nadměrnému vysoušení pokožky, praskání a olupování kůže (Fendrychová, 2020).

Neméně důležitou součástí v zajištění komfortu a bezpečí u novorozence je bezpečný spánek. Zde je potřeba, aby rodiče byli zdravotnickým personálem poučeni o bezpečnosti spánku, jak by měla vypadat dětská postýlka, že by v ní neměly být žádné hračky, ani žádné jiné předměty, které by si dítě mohlo přetáhnout přes hlavu. V oblasti bezpečného spánku jsou dva velice rozdílné názory. Jedna strana je striktním zastáncem, že dítě by mělo spát pouze ve své postýlce, která ale může být v ložnici rodičů a přisunutá k posteli se sundanou postranicí, aby dítě mělo pocit blízkosti své maminky. Druhá strana je zastáncem tzv. co-sleepingu, což je společné spaní dětí s rodiči v posteli. To má ale spoustu rizik, které mohou vést k SIDS (syndrom náhlého úmrtí kojence). Dětské sestry se v této oblasti hodně shodovaly, že mít děťátko u sebe v posteli na pochování a pomazlení je v pořádku, ale na spánek by mělo mít dítě svoji postýlku, která je přisunutá ke straně postele maminky. Sestra S4 v této oblasti odpověděla „*V nemocnici si myslím, že by dítě mělo spinkat ve své postýlce s monitorem dechu, doma je to každého věc, ale měli by rodiče vědět o rizicích, které jsou s tím spojené a mohou nastat, ale myslím si, že časté mazlení, chování a kontakt matky skin to skin s děťátkem, když je matka vzhůru je pro dítě dobré a potřebné.*“ Sestra S3 si naopak myslí, že hlavní riziko je, když jde o novorozence, pokud jde o většího kojence, tam taková rizika už nevidí „*Dle mého názoru, ač oblíbené, sdílení lůžka s novorozencem bývá potencionálně nebezpečné. Matky jsou unavené, novorozenec se může dostat do nebezpečné polohy, u větších kojenců riziko nevidím. Jako bezpečné uložení novorozence se dá považovat přisunutí postýlky k posteli rodičů se sundanou postranicí, dítě tak cítí přítomnost matky.*“ Pokud se jedná o otázku, zda sestry v této oblasti ohledně bezpečného spánku a bezpečné postýlky matky edukují, tak se bohužel tak neděje. Matky jsou edukovány, pouze pokud se samy zajímají a vznesou dotaz. Některé dětské sestry edukují alespoň o tom, že v nemocnici má být miminko ve své vlastní postýlce a u maminky v posteli pouze, pokud ona sama je zcela v bdělém stavu. S6 nám odpověděla na otázku, jak edukuje matky o rizicích společného spánku takto „*Matku edukuji, že v nemocnici nemá mít dítě na spánek u sebe v posteli, že na to má dítě vyhrazenou svoji postýlku. Ať si dítě do postele vezme na pomazlení, pochování, ale když bude unavená a bude chtít spát, ať ho dá do jeho postýlky, že může dojít k zalehnutí nebo pádu dítěte. Dále o rizicích edukuji spíše na žádost matek.*“ Sestra S3 odpověděla pouze takto „*Na žádost matky při prvním poučení.*“ Názory odborníků jsou také odlišné. Podle Gregora a Drahokoupilové (2016) je poloha na zádech pro spánek

nejbezpečnější. Poloha na boku není vhodná z důvodu možného přetočení na břicho, a to pro malého kojence přináší riziko syndromu náhlého úmrtí kojence. Dále Gregora a Velemínský ml. (2013) zmiňují, že z hlediska bezpečnosti je pro novorozence a kojence nejlepší spánek ve vlastní postýlce, která je ale co nejbližší posteli matky. Naopak Shönbauerová (2020) je zastáncem sdíleného lůžka novorozence/kojence s rodiči a napsala na toto článek Sdílení lůžka s kojencem z pohledu laktační poradkyně, ve kterém zmiňuje benefity společného spánku, rizika i své osobní zkušenosti. Mezi hlavní benefity, jenž ve svém článku zmiňuje patří častější interakce mezi matkou a dítětem, prostor pro větší fyzický kontakt a bonding. Rovněž v něm, že těsný kontakt může napomáhat prohloubit vazby mezi matkou a dítětem, má to pozitivní vliv na kojení a také, že společný spánek má vliv na pocit jistoty a bezpečí. O pozitivním vlivu společného spánku na kojení se zmiňují i Fleming a Blair (2015) v článku Making informed choices on co-sleeping with your baby. Shönbauerová (2020) zároveň zmiňuje i rizika, která jsou spojená se sdílením lůžka, mezi ně je zařazován syndrom náhlého úmrtí kojence. O SIDS ve svém článku píše, že se jedná o velice širokou problematiku, u které se předpokládá, že se v jeden okamžik podílí více rizikových faktorů. Mezi rizika co-sleepingu mohou patřit přetažení deky přes hlavu a tím ztížený přísun kyslíku, sdílení lůžka se sourozencem nebo domácím mazlíčkem, je zde i riziko přehřátí dítěte a pád z postele. Dále mohou být rizika spojená s abúzem (nadměrným užíváním) drog, alkoholu, cigaret, narkotik anebo některých léků, které snižují schopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte. Dle Andreotta et al. (2015) je důležité, aby zdravotnický personál v lůžkovém zařízení kvalitně informoval rodiče o bezpečném spánku dítěte. Zdravotnická zařízení by měla v rámci hospitalizace zavést edukaci o bezpečném spánku, která by se zahájila v nejranější poporodní fázi a pokračovala by až do propuštění. Kellams et al. (2020) zmiňuje, že některé studie ukazují, že i rodiče, kteří neplánovali s kojencem lůžko sdílet, nakonec v průběhu noci kojence u sebe v lůžku nechají. Důvodem bývá kojení během noci, únava rodičů a pláč kojence. Toto tvrzení podporuje o dopověď respondentky M4 „...*vždy jsem byla pro to, aby dítě spalo radši ve své postýlce s monitorem dechu, avšak skutečnost byla taková, že naše dítě téměř vůbec ve své postýlce nespalo a spí mezi mnou a manželem v posteli.*“ Dále respondentky M2, M3 a M5 zastávají názor, že dítě má spát ve své vlastní postýlce. Rizika sdíleného lůžka znají všechny respondentky, ale žádná z nich nebyla poučena v porodnici zdravotnickým personálem. Pokud se o tuto problematiku zajímaly, informace si vyhledaly na internetu a respondentka M1 podstoupila kurz první pomoci u dětské lékařky, kde získala informace i o bezpečném spánku. Domnívám se tedy, že

zdravotnická zařízení by se mohla více zaměřit i na edukaci v této oblasti, aby se více předcházelo SIDS, úrazům spojeným s pádem a dalším rizikům, která jsou spojená se spánkem novorozence a kojence.

Součástí výzkumu bylo zjistit, zda dětské sestry a matky mají povědomí o baby masáží a k čemu mohou být prospěšné a dále jaký mají názor na využívání šátků a nosítek pro dítě. Dětské sestry baby masáže znají a vědí k čemu mohou být dobré. U matek to bylo rozdílné. Matky M1, M3 a M4 mají o baby masáží povědomí a vědí, že mohou být prospěšné při bolestech břicha, mohou pomoci se spánkem a uklidněním a také mohou napomoci k navázání kontaktu, ale nevyužívají je. Pouze respondentka M4 řekla, že při bolestech břicha svému dítěti břicho hladila a dávala nahřátý polštářek. Dětské sestry mají o baby masáží větší povědomí a některé z nich je dokonce využívaly i u svých dětí. S3 na otázku, jestli ví, v čem jsou baby masáže prospěšné a jestli s nimi má osobní zkušenost odpověděla „*Vzájemný kontakt dítěte a matky, dítěti je většinou tato masáž velice příjemná. Ano zkušenost mám, dělala jsem je vlastním dětem.*“ Cooke (2015) zmiňuje, že výzkumy ukazují, že praktikování novorozeneckých a kojeneckých masáží přináší výhody jak pro matku, tak pro dítě. Hmatová stimulace mezi matkou a dítětem zlepšuje důvěru a bezpečné emoční chování. Novorozenecké a kojenecké masáže pozitivně ovlivňují náladu matek a dětí, poskytují vzájemnou podporu a snižují izolaci. Kopasová (2016) ve své publikaci *Motýlí masáže pro novorozeňátka* píše, že pravidelné hlazení pomáhá děťátku rychleji se vyrovnat s emocemi a napomáhá uvolnit napětí z jeho těla ven.

Co se týče využívání šátku a nosítka jsou dětské sestry pro využívání pouze na krátkou dobu, na zklidnění dítěte, na chvilkové pochování, ale dlouhodobé nošení nedoporučují vzhledem ke správnému psychomotorickému vývoji. Dětská sestra S5 odpověděla „*Šátek je vhodný pro uklidnění, je zde vzájemná blízkost, ale nejsem pro dlouhodobé používání. Podle mě to omezuje psychomotorický vývoj.*“ Většina dotazovaných dětských sester má podobný názor. Striktně proti nošení dětí v šátku je pouze sestra S2 „*Určitě ne, nedoporučuju, kvůli dítěti, tam může být narušený psychomotorický vývoj, i kvůli ženě, jí to může způsobit problémy se zády.*“ Respondentky M1, M3 a M4 využívají nosítko. Matka M5 měla v plánu pořídit ergonomické nosítko, ale po konzultaci s fyzioterapeutkou se rozhodla ho nepořizovat. Ryba a kol. (2012a) píše že šátkování má své pozitivní i negativní vlivy. Mezi pozitivní vlivy využívání šátku patří: těsný kontakt dítěte s matkou/otcem – úzká psychická vazba; snadný přístup k prsu a sání; nošené děti jsou klidnější; méně pláčou, protože dochází k bezprostřednímu uspokojení

jejich potřeb (teplo, kontakt, výživa, péče a pozornost matky/otce) a další pozitivní faktory, které vycházejí ze zkušenosti psychologů i samotných rodičů. Mezi negativní vlivy „šátkování“ patří: předčasná vertikalizace, zde jsou obavy z možné deformity páteře nebo nevyváženého vývoje svalového napětí; pozice s těsnou addukcí kyčlí (přinožení) – riziko tendence k luxaci (vykloubení) kyčlí; riziko asfyxie (zadušení dítěte) v nevhodném závěsu – předklonu hlavičky; ucpání úst a nosu tělem matky/otce nebo látkou závěsu. Gregora a Drahekoupilová (2016) zmiňují, že šátek je výrazně složitější na uvázání než baby vak. Není také vhodný pro novorozence do čtyř týdnů života, doporučuje se spíše pro starší kojence, kteří již mají dostatečně vyvinuté šíjové svalstvo, aby mohli být nošeni ve svislé poloze a dostatečně těsně upevněni k matčině tělu.

Na závěr jsme zjišťovali, jakým způsobem by matky zajistily u svého dítěte komfort a bezpečí v domácnosti. V této oblasti každá respondentka měla lehce odlišnou odpověď, ale nejvíce se shodovaly respondentky M2 a M4, které odpověděly, že komfort a bezpečí by zajistily neustálým dohledem nad dítětem, ukládáním ke spánku na bezpečné místo, kde nehrozí riziko pádu, zajištěním tepelného komfortu, větráním, používáním chůvičky a přítomností matky. Respondentka M4 nám k této otázce dodala „*Teplejší podložky či deky na podlahu, aby se dítě mohlo učit otáčet. Odstranění všech předmětů, které by mohlo dítě spolknout či vdechnout.*“ Respondentka M5 odpověděla „*Komfort bych zajistila neustálým dohledem nad miminkem, nenechávat ho nikde samotné, být s ním v kontaktu, mluvit s ním a věnovat se mu. Bezpečí bych zajistila, že nebude mít přístup k chemikáliím, pracím prostředkům, lékům a podobně. Z tohoto důvodu máme doma připravené ochranné prvky na zásuvky, krytky na rohy a aby neotevřel skříňky, tak zámky na skříňě. Dávat pozor, aby na něj něco nespadlo, nebo aby na sebe něco nestrhl.*“

Z našeho výzkumu vyplývá, že by se dětské sestry měly více zaměřit na edukaci v oblastech správné manipulace a bezpečného spánku. Edukaci o manipulaci dětské sestry podle odpovědí z rozhovorů provádí, ale z odpovědí matek vyplývá, že je minimální nebo vůbec žádná, proto by bylo vhodné, aby se dětské sestry na tuto oblast zaměřily více. Co se týká bezpečného spánku, dětské sestry moc needukují, edukují spíše na žádost matek, které se ale moc často neptají. Matky si tyto informace spíše vyhledávají samy na internetu, instagramových profilech nebo zjišťují informace od jiných maminek. Bezpečnost spánku u novorozence a kojence je z mého pohledu důležitá, z tohoto důvodu by bylo potřeba tuto oblast zařadit do běžných edukačních procesů v rámci hospitalizace v porodnici.

## 6 Závěr

Bakalářská práce s názvem „Zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců“ se zabývá pohledem dětských sester a způsobem edukace matek v zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Dále se věnuje pohledu matek a způsobu zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí. Bakalářská práce měla stanoveny čtyři cíle, na jejichž základě byly vytvořeny výzkumné otázky.

Cílem č. 1 bakalářské práce bylo popsat pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců. Na základě tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka, která zněla: Jaký je pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců? Pohled dětských sester na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců je, že by tyto potřeby měla zajišťovat hlavně matka svým přístupem k dítěti. Měla by být milující, dítěti se věnovat, zajistit mu neustálý kontakt, chovat ho, mazlit se s ním a mluvit na něj.

Cílem č. 2 bylo zjistit způsob edukace matek v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců a výzkumná otázka zněla: Jaký je způsob edukace v oblasti zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců? Dětské sestry matky edukují o správné manipulaci, z výzkumného šetření však vyplývá, že je edukace nedostatečná a matky nemají dostatečné informace o správné manipulaci s novorozencem a kojencem. Dále edukace probíhá v oblasti koupání a péče o kůži, kde dětské sestry edukují slovně i praktickou ukázkou. V péči o kůži jsou matky edukovány hlavně v prevenci opruzenin a dále dětské sestry edukují hlavně dle aktuálního stavu pokožky dítěte. Poslední součástí edukace dětskou sestrou je bezpečný spánek, kde nám z výzkumného šetření vyplynulo, že v této oblasti edukace neprobíhá skoro vůbec, neboť dětské sestry edukují pouze na žádost matek, které se v porodnici neptají. Matky si informace o zásadách bezpečného spánku vyhledávají samy na internetu, kde ale nemusí být přesné nebo zjišťují informace od jiných matek. Z tohoto důvodu je třeba, aby se dětské sestry více zaměřily na edukaci v oblasti správné manipulace s novorozencem a kojencem a na zásady bezpečného spánku novorozence a kojence.

Cíl č. 3 byl popsat pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců, kde na základě cíle byla stanovena výzkumná otázka znějící: Jaký je pohled matek na zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců? Názor matek je takový, že by s dítětem měla být co nejvíce v kontaktu, mazlit se s ním, chovat ho, mluvit na něj,



věnovat se mu, zajistit mu bezpečí a pokud možno nějaký pravidelný režim, na který si zvykne.

Poslední stanovený cíl č. 4 byl zjistit způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí. Zde byla stanovena výzkumná otázka, která zní: Jaký je způsob zajištění komfortu a bezpečí u novorozenců a kojenců matkami v domácím prostředí? Komfort a bezpečí matky zajišťují v domácím prostředí neustálým dohledem nad dítětem, ukládáním dítěte ke spánku na bezpečné místo, předcházením riziku pádu, zajištěním tepelného komfortu a pravidelným větráním. Bezpečí dále zajišťují používáním elektronické chůvičky, monitorem dechu v postýlce, zajištěním nábytku pomocí krytek na rohy a klipů proti otevření zásuvek a odstraněním léků, chemikálií a mycích prostředků z dosahu dítěte. Komfort matkám pomáhá zajistit i péřová zavinovačka či nosítko.

Výzkumné šetření ukázalo, na nedostatečnou edukaci v oblasti správné manipulace s novorozencem a zásadách bezpečného spánku. Na základě těchto zjištění byly vytvořeny dva edukační letáky (příloha 8 a 9). První leták obsahuje zásady správné manipulace s novorozencem (příloha 8) a kojencem, druhý se věnuje zásadám bezpečného spánku novorozence a kojence (příloha 9).

## 7 Seznam zdrojů

1. ANDREOTTA, J., HILL, C., ELEY, S., VINCENT, D., MOORE, J.M., 2015. Safe sleep practices and discharge planning. *Journal of Neonatal Nursing* [online]. 21(5), 195-199 [cit. 2023-3-10]. DOI: 10.1016/j.jnn.2015.04.003. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1355184115000514>
2. BLATNÝ, M., 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
3. BURIANOVÁ, I., MACKO, J., 2021. Bonding/skin-to-skin kontakt. [online]. Výbor České neonatologické společnosti. [cit. 2023-5-15]. Dostupné z: [https://4602334f-92ff-4c44-91e7-fd0adc51c6d9.filesusr.com/ugd/afc456\\_c6ea0d6daa41477190dcba6aa2540aab.pdf](https://4602334f-92ff-4c44-91e7-fd0adc51c6d9.filesusr.com/ugd/afc456_c6ea0d6daa41477190dcba6aa2540aab.pdf)
4. ÇETINKAYA, B., BAŞBAKKAL, Z., 2012. The effectiveness of aromatherapy massage using lavender oil as a treatment for infantile colicij\_n\_2015. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 18(2), 164-169 [cit. 2023-1-12]. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2012.02015.x. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22435980/>
5. COOKE, A., 2015. Infantmassage: The practice and evidence-base to support it. *British Journal of Midwifery* [online]. 2015, 23(3), 166-170 [cit. 2023-1-10]. DOI: 10.12968/bjom.2015.23.3.166. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=rzh&AN=103771409&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>
6. ČERVENKOVÁ, D., JŮZOVÁ, L., CHMELOVÁ, I., 2016. *Handling*. 1. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava. ISBN 978-80-88159-40-7.
7. DORT, J., DORTOVÁ, E., JEHLIČKA, P., 2016. *Neonatologie*. 2. upravené vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.
8. DUŠOVÁ, B., a kol., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2755-9.
9. FENDRYCHOVÁ, J., 2015. Adaptovaný klinický doporučený postup: Péče o kůži novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 16(4), 275-278 [cit. 2022-12-15].

10. FENDRYCHOVÁ, J., a kol., 2021. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 2. část.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-607-2
11. FENDRYCHOVÁ, J., 2020. *Adaptované doporučené postupy v péči o novorozence.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-605-8.
12. FESTY, D., 2017. *100 praktických použití aromaterapie.* Praha: Práh. ISBN 978-80-7252-702-1.
13. FLEMING, P.J., BLAIR, P.S., 2015. Making informed choices on co-sleeping with your baby. *BMJ: British Medical Journal* [online]. 350(563) [cit. 2023-1-10]. DOI: 10.1136/bmj.h563. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.h563>
14. FRITZ, S., 2014. *Esenciální oleje v období těhotenství, pro snazší porod a pro miminka.* Praha: Barevný svět. ISBN 978-80-903543-4-0.
15. GREGORA, M., DRAHOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence: Maminčin domácí lékař.* 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5719-3.
16. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ ML., M., 2013. *Čekáme dítě.* 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3781-2.
17. HAŠPLOVÁ, J., 2020. *Masáže dětí a kojenců.* Nové přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1607-0.
18. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví.* 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-4529-9.
19. HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., a kolektiv, 2015. *Velká kniha o matce a dítěti.* 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
20. HENDRYCH LORENZOVÁ, E., BÁRTLOVÁ, S., RASTISLAVOVÁ, K., 2018. Posouzení raného vztahu matka-dítě v komunitním prostředí. *Pediatric propraxi.* 19(6), 332-336. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: [www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/06/05.pdf](http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/06/05.pdf)
21. HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S., ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice & klasifikace 2015–2017.* 10. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

22. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2013. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy*. 19(1), 37-40. ISSN 1211-1600.
23. KACHLOVÁ, M., KUČOVÁ, J., PETRÁŠOVÁ, V., 2022. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3176-1.
24. KALOUSKOVÁ, V., 2008. *Kříž s kapsou uvnitř – NÁVOD* [online]. Nošení dětí [cit. 2023-15-7]. Dostupné z: <https://www.nosenideti.cz/Blog/Nosime-rady-a-tipy/Kriz-s-kapsou-uvnitř-NAVOD>
25. KELLAMS, A. et al., 2020. Factors Associated With Choice of Infant Sleep Location. *Pediatrics* [online]. 145(3), 1-10 [cit. 2023-1-10]. DOI: 10.1542/peds.2019-1523. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7049941/>
26. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
27. KOPASOVÁ, E., 2016. *Motýlí masáže pro novorozeňátka*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-231-0.
28. KUBÁTOVÁ, M., 2022. Hospodaření domácnosti, domácnost a její potřeby: Maslowova pyramida. *Sledeplayer* [online]. Jánské Lázně: obchodní akademie, odborná škola a praktická škola pro tělesně postižené, c2023 [cit. 2023-02-21]. Dostupné z: <https://www.filosofie-uspechu.cz/?s=maslowova+pyramida>
29. LAZÁRKOVÁ, E., 2014. Caring for a healthy newborn infant. *Journal of nursing, social studies and public health*. 5(3-4), 215-218. ISSN 1804-1868.
30. LORENZ, A., 2014. Oxytocin – láskyplný hormon. *Zdravotnictví a medicína (Sestra)*. 2014(19). ISSN 2336-2987.
31. MASLOW, A., H., 2021. *Motivace a osobnost*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-262-1728-2.
32. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
33. MAZÚCHOVÁ, L., KELČÍKOVÁ, S., MASKÁLOVÁ, E., 2021. Význam podpory bondingu po pôrode pre bezpečnú vzťahovú väzbu medzi matkou a dieťaťom. *Pediatric pro praxi*. 22(4), 290-293. ISSN 1213-0494.
34. MORENO, M.A., 2013. The Controversial but Common Practice of Bed Sharing. *JAMA Pediatrics* [online]. 167(11), 1088 [cit. 2023-3-10]. DOI:

- 10.1001/jamapediatrics.2013.4150. Dostupné z:  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1765800>
35. MROWETZ, M., PEREMSKÁ, M., 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti?. *Pediatric pro praxi*. 14(3), 201-204. ISSN 1213-0494.
36. NEČASOVÁ, E., 2019. Novorozenec a spánek. *Neonatologické listy*. 21(5), 37-38. ISSN 1211-1600.
37. NEVŠÍMALOVÁ, S., PŘÍHODOVÁ, I., 2019. Význam spánkové medicíny v pediatrii. *Časopis lékařů českých*. 158(7-8), 323-327. ISSN 0008-7335.
38. PÁNEK, M., 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 14(6), 363-366 [cit. 2022-12-25]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>
39. PEREMSKÁ, M., 2013. Novorozenecký mázek – vernix caseosa. *Neonatologické listy*. 19(1), 41-42. ISSN 1211-1600. Dostupné také z: <http://www.medvik.cz/link/bmc15011089>
40. POLÁŠKOVÁ, S., 2012. Celoroční péče o dětskou pokožku. *Pediatric pro praxi*. 13(2), 96-100. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: [www.medvik.cz/link/bmc12017028](http://www.medvik.cz/link/bmc12017028)
41. RYBA, L., ADAMOVÁ, V., JANDA, J., 2012a. Šátkování (nošení dětí v šátku) 1. část. *Pediatric pro praxi*. 13(2), 135-137. ISSN 1213-0494.
42. RYBA, L., ADAMOVÁ, V., JANDA, J., 2012b. Šátkování (nošení dítěte v šátku) 2. část. *Pediatric pro praxi*. 13(3), 208-210. ISSN 1213-0494.
43. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3593-1.
44. SCHÖNBAUEROVÁ, A., 2020. Sdílení lůžka s kojencem pohledem laktační poradkyně. *Pediatric pro praxi*, Solen, s. r. o, 21(5), 377-378 s. ISSN 1213-0494
45. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., a kol., 2016. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
46. SYROVÁTKOVÁ, M., 2015. Péče o dětskou pokožku. *Pediatric pro praxi*. 16(5), 312-314. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: [www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/05/06.pdf](http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/05/06.pdf)
47. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.

48. ŠULOVÁ, L., FAIT, T., 2015. Chování novorozence a jeho psychosociální potřeby. *Praktická gynekologie*. 19(2), 131-135. ISSN 1211-6645.
49. TAKÁCS, L., 2012. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*[online]. 77(1) [cit. 2022-12-26]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-1-3/psychosocialni-potreby-novorozence-v-kontextu-perinatalni-pece-37304>
50. TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: Učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vydání, rozšířené. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-590-7.
51. VACKOVÁ, H., 2017. *Šátkování: čtyři typy úvazů* [online]. Pigy Máma [cit. 2023-7-25]. Dostupné z: <https://mama.pigy.cz/satkovani-ctyri-typy-uvazu/>
52. VÁGNEROVÁ, M., LISÁ, L., 2022. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4961-0.
53. VILINSKY-REDMOND, A., BRENNER, M., MCCAUL, C., MCCANN, M., 2020. Skin-to-skin contact following caesarean section: a narrative review. *British Journal of Midwifery*. 28(11), 754-760 [cit. 2023-5.25]. DOI: 10.12968/bjom.2020.28.11.754. ISSN 0969-4900.

## **8 Seznam příloh a tabulek**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha 1 – Maslowova pyramida lidských potřeb

Příloha 2 – Šátkování – kolébka jednoduchá podélná

Příloha 3 – Šátkování – kříž s vnější kapsou

Příloha 4 – Šátkování – jednoduchý kříž

Příloha 5 – Doporučená poloha při bondingu

Příloha 6 – Otázky k hloubkovému rozhovoru s dětskými sestrami

Příloha 7 – Otázky k hloubkovému rozhovoru s matkami

Příloha 8 – Edukační leták – Manipulace s novorozencem a kojencem

Příloha 9 – Edukační leták – Zásady bezpečného spánku novorozence a kojence

### **8.2 Seznam tabulek**

Tabulka 1 – Identifikační údaje dětských sester

Tabulka 2 – Identifikační údaje matek

Tabulka 3 – Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s dětskými sestrami

Tabulka 4 – Kategorizace výsledků hloubkových rozhovorů s matkami

## **9 Seznam zkratek**

TZV – Tak zvaně

CM – Centimetr

G – Gram

NAPŘ – Například

TJ – To je

SIDS – Sudden Infant Death Syndrome, syndrom náhlého úmrtí novorozence

SUPC – Sudden unexpected postnatal collapse, náhlý neočekávaný kolaps novorozence

ČNeoS – Česká neonatologická společnost

SSC – Skin to skin contact, kontakt kůže na kůži

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnické organizace



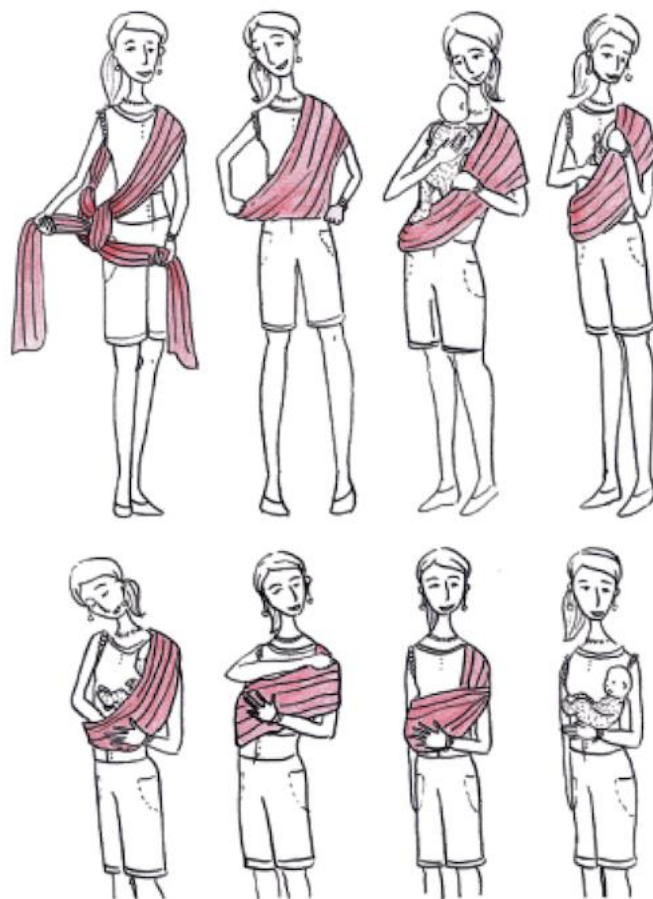
## 10 Přílohy

Příloha 1: Maslowova pyramida lidských potřeb



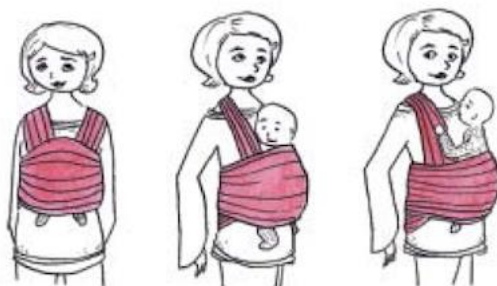
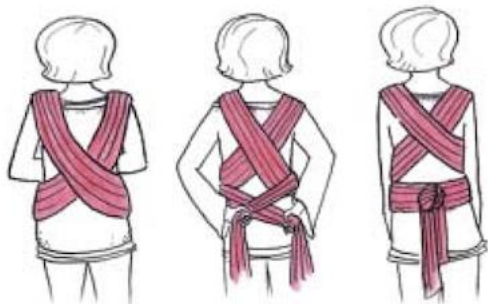
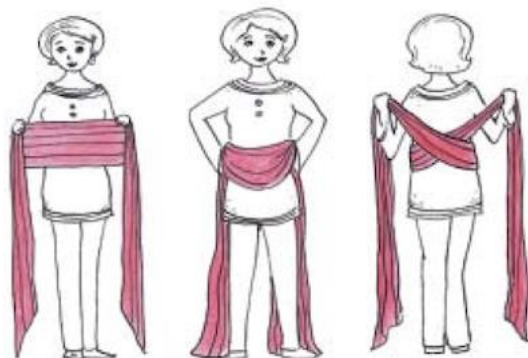
Zdroj: KUBÁTOVÁ, M., 2022. Hospodaření domácnosti, domácnost a její potřeby: Maslowova pyramida. *Sledeplayer* [online]. Jánské Lázně: obchodní akademie, odborná škola a praktická škola pro tělesně postižené, c2023 [cit. 2023-02-21]. Dostupné z: <https://www.filosofie-uspechu.cz/?s=maslowova+pyramida>

Příloha 2: Šátkování – Kolébka jednoduchá podélná



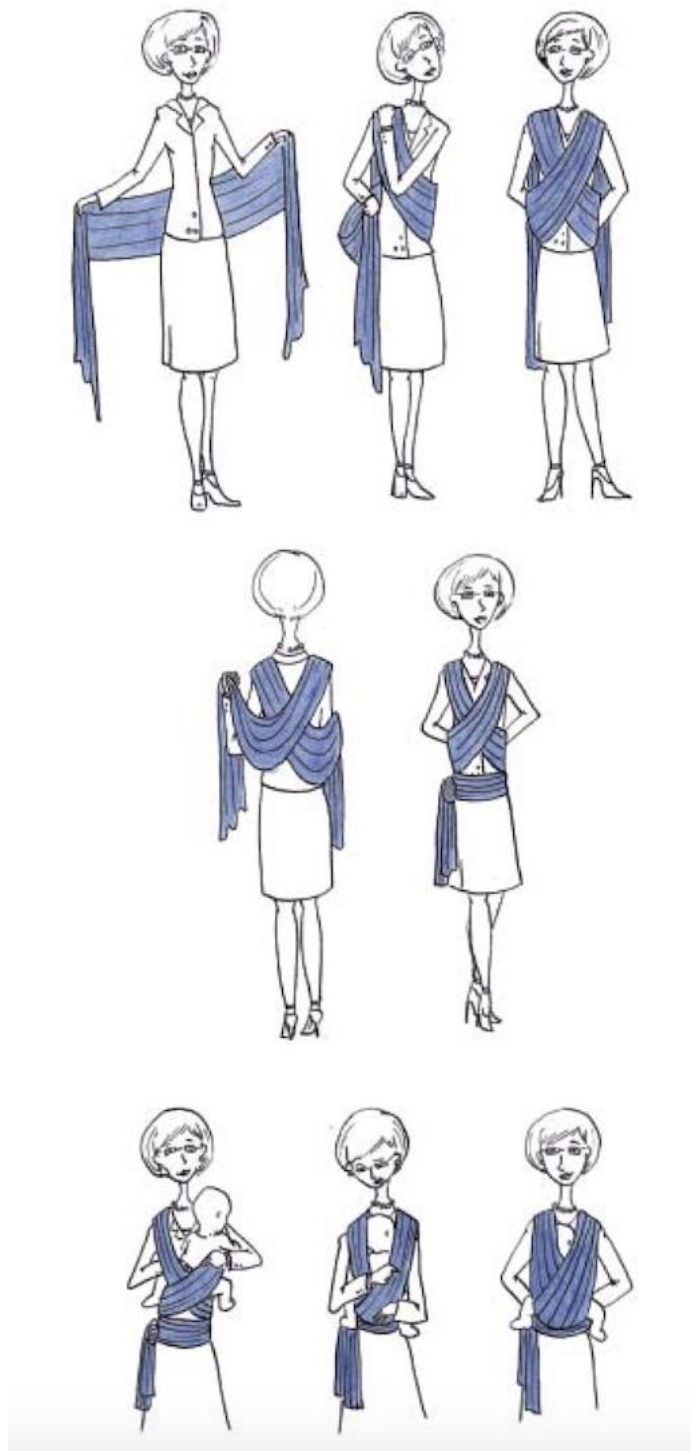
Zdroj: RYBA, L., ADAMOVIÁ, V., JANDA, J., 2012b. Šátkování (nošení dítěte v šátku) 2. část. *Pediatric pro praxi*. 13(3), 208-210. ISSN 1213-0494.

Příloha 3: Šátkování – Kříž s vnější kapsou



Zdroj: RYBA, L., ADAMOVÁ, V., JANDA, J., 2012b. Šátkování (nošení dítěte v šátku)  
2. část. *Pediatric pro praxi*. 13(3), 208-210. ISSN 1213-0494

Příloha 4: Šátkování – Jednoduchý kříž



Zdroj: RYBA, L., ADAMOVÁ, V., JANDA, J., 2012b. Šátkování (nošení dítěte v šátku)  
2. část. *Pediatric pro praxi*. 13(3), 208-210. ISSN 1213-0494

Příloha 5: Doporučená poloha při bondingu



Zdroj: BURIANOVÁ, I., MACKO, J., 2021. Bonding/skin-to-skin kontakt. [online].  
Výbor České neonatologické společnosti. [cit. 2023-5-15]. Dostupné z: [https://4602334f-92ff-4c44-91e7-fd0adc51c6d9.filesusr.com/ugd/afc456\\_c6ea0d6daa41477190dcba6aa2540aab.pdf](https://4602334f-92ff-4c44-91e7-fd0adc51c6d9.filesusr.com/ugd/afc456_c6ea0d6daa41477190dcba6aa2540aab.pdf)

## Příloha 6: Otázky k hloubkovému rozhovoru s dětskými sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaký obor máte vystudovaný?
4. Jak dlouho pracujete na neontologickém oddělení?
5. Jak dlouho pracujete na stanici fyziologických novorozenců?
6. Kolik let máte celkovou praxi ve zdravotnictví?
7. Co si myslíte, že je důležité, aby matka měla nachystané pro dítě ještě předtím, než se narodí, co byste jí doporučila?
8. Jakým způsobem byste zajistila u novorozence potřebu jistoty a bezpečí?
9. Jakým způsobem matky učíte správné manipulaci s novorozencem?
10. O správné manipulaci edukujete pouze prvorodičky nebo obecně všechny matky, které máte na oddělení?
11. Jakým způsobem učíte matky koupat děti? Edukujete matky pouze slovně nebo i prakticky?
12. Jak má matka pečovat o kůži novorozence a kojence jí učíte v rámci edukace o koupeli, nebo samostatně. Jakým způsobem by matka měla o kůži dítěte pečovat?
13. Co si myslíte o sdíleném lůžku novorozence a kojence s rodiči?
14. Jak poučujete matku o rizicích společného spánku dítěte s rodiči v posteli?
15. Jak by podle Vás měla vypadat dětská postýlka a jakým způsobem edukujete matky o tom, jak má dětská postýlka vypadat?
16. Víte, v čem pro novorozence a kojence mohou být prospěšné baby masáže, máte s nimi nějakou osobní zkušenost?
17. Co si myslíte o využívání šátku a nosítka pro dítě?

(Vlastní zdroj)

## Příloha 7: Otázky k hloubkovému rozhovoru s matkami

1. Kolik je Vám let?
2. Jaký je Váš rodinný stav? (Vdaná, rozvedená, svobodná)
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Kolikáté máte dítě?
5. Rodila jste přirozeně nebo císařským řezem?
6. Jaké vybavení jste měla pro dítě doma nachystané před porodem?
7. Jak byste zajistila u novorozence potřebu jistoty a bezpečí?
8. Jakým způsobem jste byla od DS (dětská sestra) edukována o správné manipulaci s dítětem?
9. Jak Vás DS učily koupat Vaše dítě a pečovat o jeho kůži?
10. Jak by podle Vás z pohledu bezpečnosti měla vypadat dětská postýlka?
11. Kde by podle Vás mělo spát dítě, spíše ve vlastní postýlce nebo v posteli s rodiči?
12. Jaká znáte rizika spánku dítěte s rodiči v posteli?
13. Kdo Vás poučil o bezpečném spánku dítěte a jakým způsobem?
14. Slyšela jste někdy něco o baby masážích a k čemu jsou dobré?
15. Máte v plánu doma využívat/využíváte šátek nebo nosítko pro dítě, pokud ano, kdo Vás naučí/naučil správně dítě do šátku nebo nosítka dát?
16. Jakým způsobem byste doma u svého dítěte nejlépe zajistila komfort a bezpečí?

(Vlastní zdroj)



## Manipulace s novorozencem

### Co je správná manipulace s novorozencem?

Manipulace s miminkem by měla během celého dne probíhat jemně a klidně, aby se dítě cítilo v bezpečí a nelekalo se. Správná manipulace podporuje správný vývoj dítěte a umožňuje mu vlastní aktivitu. Dále napomáhá k prohloubení sociálních vztahů mezi dítětem a okolím, umožňuje neverbální komunikaci, zlepšuje vnímání vlastního těla a nabízí stimulaci smyslu dítěte.



### Poloha v klubičku

Poloha v klubičku, neboli nošení v náručí se doporučuje u velmi malých dětí. Jedna vaše ruka podpírá zadeček miminka a je položena mezi nožičkami tak, že palec směřuje nahoru mezi nimi. Dolní končetiny dítěte jsou v kyčlích i kolenou ohnuty do pravého úhlu. Trup dítěte se z jedné strany opírá o předloktí vaší horní končetiny a z druhé strany se trup dítěte opírá o vaše břicho. Hlava dítěte leží v prodloužení jeho trupu a neměla by být příliš zakloněná ani předkloněná. Hlava dítěte leží v ohybu vašeho lokte a opírá se o tělo. Loket vaší ruky držíte od těla. Hlavička je položena výše než zadeček. Dítě má takto svobodný pohyb.



### Zvedání dítěte

Při zvedání dítěte z podložky je vhodné využívat pozici na bocích. Dítě si natočíte na bok tak, že jeho trup spočívá na vašem předloktí a hlava dítěte je ve vaší dlaní položena na oušku. Nejprve dítěti zvednete hlavičku a zadeček je stále níže. Pak svou druhou ruku nachystáte tak, aby dlaň byla na zadečku miminka a loket směřoval k hlavičce. Nyní dítěte zvednete do náruče na ruku, která je pod zadečkem a hlavička dítěte spočívá v ohybu vašeho lokte.

### Pokládání dítěte

Při pokládání dítěte na podložku se využívá pozice na boku. Ruku, kterou nedržíte dítěte položíte na ouško miminka, jako by mělo sluchátko. Natočíte dítěte na bok na svoji ruku a miminko máte blízko u sebe. Postupně se s dítětem předkláníte k podložce, a pak na podložku položíte nejprve zadeček a následně hlavičku. Při manipulaci s miminkem musí být hlavička vždy výše než ostatní části jeho těla. Během pokládání je dítě stále v pozici na boku, kde se cítí bezpečně. Celý pohyb je potřeba vykonávat pomalu a klidně. Úchop musí být pevný, ale nikoliv silný. Pokud jste si jistá, že dítě leží celou vahou na podložce, vysouváte ruku směrem nahoru z pod jeho hlavy. Vždy je potřeba tyto pohyby provádět pomalu, aby nedošlo k úleku dítěte. Teprve nyní je možné přes dolní končetiny miminko otočit na záda, přičemž se nedotýkáte trupu, ramen a ani hlavy dítěte.

**Autor:** Karolína Jelínková, ZSF Jihočeské univerzity

#### Zdroje:

1. ČERVENKOVÁ, D., JÚZOVÁ, L., CHMELOVÁ, I., 2016. Handling. 1. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava. ISBN 978-80-88159-40-7.
2. CREGORA, M., DRAHOKOUPILOVÁ, M., 2016. Péče o novorozence a kojence: Maminčin domácí lékař. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5719-3. Obrázky dostupné z: <https://www.jituli.cz/a/handling-poloha-tygrik>  
<https://www.jituli.cz/a/handling-poloha-klubičko>

### Poloha zády k rodiči

Je to jedna z nejčastěji využívaných pozic k nošení. Při této poloze je vaše jedna ruka pod zadečkem dítěte a palec mezi nožičkami směřuje nahoru. Druhá ruka může být pod horní končetinou miminka a přidržovat ho za hrudník. Váš postoj je v mírném záklonu a dítětko se rovnými zády opírá o váš hrudník. Čím je dítě starší, tím lépe drží hlavičku a je možné ho držet více vzpřímeně.



### Poloha na tygřika

Může se nazývat také jako úlevová poloha. Dítětko si v ní uleví od bolesti břicha a nadýmání, je také vhodná k odříhnutí po krmení. Dítětko leží břichem na předloktí vaší ruky, kterou ho zároveň držíte za stehýnko. Záda jsou opřena o vaše tělo a hlavička je volně ve vašem loketním ohbí.




### Polohy vhodné k odříhnutí

Dítě si po krmení potřebuje odříhnout a zbavit se tak vzduchu, který při krmení spolykalo. Dítětko je opřené o váš hrudník, hlavička je ve výši ramene a podepřena vašimi prsty. Hrudník dítěte přidržujete druhou rukou. Dítě si hlavičku položí na vaše rameno. Další možnou polohou k odříhnutí je výše zmiňovaná poloha na tygřika.

(Vlastní zdroj)





### Zásady bezpečného spánku novorozence a kojence

**Co je to spánek?**

Spánek je rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou, u člověka se změnou kognitivních vlastností (řeč, myšlení, pozornost..) a typickou polohou těla. Kvalitní spánek má velký význam pro duševní i tělesný vývoj dětí. Novorozenec ze začátku spí během dne i noci a je dobré rozlišovat svým přístupem, zda se jedná o spánek denní či noční. Ukládání ke spánku se stává důležitým rituálem v životě dítěte. Dítě byste měli usnávat vždy ve stejnou dobu.

**Co mít připravené pro dítě ke spánku?**


- Dětskou postýlku - je dobré mít ji připravenou již před narozením, z kvalitního a nezávadného materiálu. Příčky by mezi sebou měly mít mezeru 4,5-7,5 centimetrů, dětská matrace by neměla být příliš měkká a ani příliš tvrdá.
- Zavinovačku - zavinovačka je vhodná pro děti do 4-6 týdnů věku. Dítě je v ní klidné, cítí se v ní bezpečně a má stejný pocit jako, když bylo ještě v děloze.

**Jaká jsou rizika spaní v lůžku s rodiči?**

-Velkým rizikem je syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS) - podílí se na něm více faktorů v jeden okamžik. Společné spaní s rodiči v lůžku je jeden z těch hlavních.

-Rizikové faktory podílející se na SIDS při společném spánku s rodiči:

- Přetažení děky přes hlavu dítěte a tím snížený přísun kyslíku.
- Sdílení lůžka se sourozenci či domácími zvířaty.
- Riziko přehřátí dítěte.
- Abúzus alkoholu, drog, narkotik a některých léků, které snižují reakční schopnost rodiče na potřeby dítěte.
- Inhalace cigaretového kouře.



### Co patří mezi zásady bezpečného spánku?

- Poloha na zádech - tato poloha je pro novorozence a malého kojence nejbezpečnější. Dítě by mělo spát v poloze na zádech do doby, než se samo začne v postýlce přetáčet.
- Poloha na boku - pro novorozence není vhodná z důvodu možnosti přetočení na břicho a zde může vzniknout riziko Syndromu náhlého úmrtí novorozence.
- Polštář - není vhodný pro správný vývoj páteře a to i větší polštář u dětí do 3 let věku.
- Hračky - dítě by v postýlce nemělo mít žádné hračky, ani jiné předměty, které by si mohlo přetáhnout přes hlavu nebo se do nich zamotat.
- Pro dítě je nejvhodnější spánek ve vlastní dětské postýlce. Nejlépe je, když je postýlka přisunutá k posteli rodičů z matčiny strany s možností sundání postranice. Dítě tak cítí matku nablízku a pro ni je v noci snazší přístup k dítěti na nakojení a usnání.
- Monitor dechu - pokud se rozhodnete používat monitor dechu, nepoužívejte ho déle jak do 1 roku dítěte. Dítě už se během spánku pohybuje a přetáčí a může se stát, že se svalí ke straně, kde monitor dechu už není a bude falešně alarmovat.

**Autor:** Karolína Jelínková, ZSF Jihočeská univerzita  
**Zdroje:**

- GREGORA, M., DRAHOKOUPILOVÁ, M., 2016. Péče o novorozence a kojence: Maminčin domácí lékař. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5719-3.
- GREGORA, M., VELEMINSKÝ ML., M., 2013. Čekáme dítětko. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3781-2.
- NEČASOVÁ, E. 2019. Novorozenec a spánek. Neonatologické listy, 21(5), 37-38. ISSN 1211-1600.
- SCHÖNBAUEROVÁ, A., 2020. Sdílení lůžka s kojencem pohledem laktanční poradkyně. Pediatrie pro praxi, Solen, s. r. o. 21(5), 377-378 s. ISSN 1213-0494

(Vlastní zdroj)