

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence na oddělení
poporodní péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Alena Machová

Autor:
Martina Štěpánová

2011

Abstract

The bachelor degree thesis called “Meeting the need of security and safety of mothers and newborns at the postnatal ward” is divided into theoretical and empirical parts.

The theoretical part describes nursing care of newborns in order to meet the needs of security and safety of newborns and their mothers (identification of newborns, rooming-in, breast-feeding, comfort, safe handling and hygienic care).

The objective No. 1 in the empirical part was to map the tasks of midwives / pediatric nurses in meeting the needs of security and safety of mothers and newborns. The formulated hypothesis was: Midwives / pediatric nurses are involved in meeting the needs of security and safety of mothers and newborns. The quantitative research used the method of inquiring with a questionnaire technique. The surveyed group consisted of 60 midwives / pediatric nurses working at neonatology wards.

The objective No. 2 was to map how the meeting of the needs of security and safety of newborns is perceived by mothers at the postnatal ward. The formulated research question was: How do the mothers perceive the meeting of the needs of security and safety at the postnatal ward? The qualitative research used the method of inquiring with a technique of in-depth interview. The surveyed group consisted of 5 mothers hospitalized at the postnatal ward and their children hospitalized in the station of physiological newborns in the Hospital in České Budějovice.

The objective No. 3 was to map how the mothers observe measures aimed at security and safety (rules of safe handling of newborns in general). The research question was formulated as follows: How the mothers observe measures aimed at meeting the needs of security and safety (rules of safe handling of newborns in general)? Also this part of research was qualitative, using the method of observation and a record sheet technique. The surveyed group was the same as in the previous case. All the objectives have been met.

Based on the submitted results the hypothesis No. 1 has been confirmed. Midwives / pediatric nurses are involved in meeting the needs of security and safety. The research question No. 1 has been answered. The mothers ranked the meeting of the needs of security and safety positively, in 4 cases out of 5. The research question No. 2 has been

answered as well. The mothers seek to observe the measures aimed at meeting the needs of security and safety, however, the weakest point is still the handling of newborns. Therefore an educational brochure has been developed for the mothers. The results of the research will be communicated to midwives / pediatric nurses working in the station of physiological newborns at the neonatology ward in the Hospital in České Budějovice. The bachelor degree thesis may serve as a source of information for future students of midwifery.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence na oddělení poporodní péče“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1988 Sb. zveřejněny posudky vedoucího a oponenta práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....

Martina Štěpánová

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při psaní této bakalářské práce. Dále patří velké díky mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia, které si nesmírně vážím.

Obsah

ÚVOD.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Potřeby člověka	4
1.1.1 Potřeba jistoty a bezpečí.....	6
1.1.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí.....	7
1.1.3 Specifické potřeby matky a novorozence v poporodní péči	8
1.1.3.1 Potřeby matky	8
1.1.3.2 Potřeby novorozence.....	9
1.2 Úloha dětské sestry / porodní asistentky v zajištění potřeby jistoty a bezpečí matky a novorozence na oddělení poporodní péče	11
1.2.1 Úloha dětské sestry / porodní asistentky při značení (identifikaci) matky a novorozence a identifikaci personálu	11
1.2.2 Ošetrovatelská péče podporující vytváření vztahu a náklonnosti	13
1.2.2.1 Bonding jako nejranější možnost zajištění potřeby jistoty a bezpečí..	13
1.2.3 Rooming-in jako nejpřirozenější systém péče o matku a novorozence zajišťující pocit jistoty a bezpečí.....	16
1.2.3.1 Kojení jako součást zajištění potřeby jistoty a bezpečí.....	18
1.3 Zajištění potřeby jistoty a bezpečí v průběhu ošetrovatelských výkonů	19
1.3.1 Bariérový systém péče – bezpečí před infekcí	20
1.3.2 Zajištění komfortu novorozence.....	21
1.3.3 Manipulace s novorozencem.....	23
1.3.4 Hygienická péče o novorozence.....	24
1.3.4.1 Péče o kůži novorozence	24
1.3.4.2 Koupání novorozence	25
1.4 Sdružená sesterská péče o matku a novorozence	27
2 CÍLE PRÁCE.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotéza	29
2.3 Výzkumné otázky.....	29

3	METODIKA	30
3.1	<i>Metodika práce</i>	30
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	31
4	VÝSLEDKY	32
4.1	<i>Výsledky kvantitativního výzkumu</i>	32
4.2	<i>Výsledky kvalitativního výzkumu – kazuistiky</i>	42
4.2.1	<i>Kazuistika 1</i>	42
4.2.2	<i>Kazuistika 2</i>	44
4.2.3	<i>Kazuistika 3</i>	47
4.2.4	<i>Kazuistika 4</i>	49
4.2.5	<i>Kazuistika 5</i>	52
4.3	<i>Výsledky kvalitativního výzkumu – kategorizované tabulky</i>	55
5	DISKUSE	57
6	ZÁVĚR	66
7	POUŽITÁ LITERATURA	68
8	KLÍČOVÁ SLOVA	74
9	PŘÍLOHY	75
9.1	<i>Seznam příloh</i>	75

ÚVOD

Očekávání a příchod potomka na svět patří k nejkrásnějším obdobím života ženy a rodiny. Každá těhotná žena má obavy o sebe i očekávané dítě a přizpůsobuje tomu své běžné denní činnosti. S nastávající rolí matky se starosti a zodpovědnost násobí, proto se potřeba jistoty a bezpečí stává u matky i novorozence aktuální. Období bezprostředně po porodu je velmi citlivé na navázání pevného vztahu mezi matkou a dítětem, proto je nutné, aby bylo všemi osobami v jejich blízkosti podporováno. Vztah mezi matkou a dítětem, stupeň uspokojování potřeby jistoty a bezpečí a lásky jsou nezbytné pro bezproblémové navazování sociálních vztahů v průběhu celého dalšího života. To je podpořeno zapojením matky do ošetrovatelského procesu systémem péče rooming-in, důkladnou edukací matky v péči o novorozence. Díky tomuto systému a za pomoci dětských sester odcházejí do domácího prostředí s jistotou, že se dokáží o své dítě postarat, umí správně miminko kojit, uchopit, přenášet, chovat, přebalovat, koupat, porozumět jeho potřebám a uspokojovat je.

Cílem práce je zmapovat úlohu porodní asistentky / dětské sestry v zajišťování potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence, dále zmapovat vnímání zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence matkami na oddělení poporodní péče a jako třetí cíl jsme stanovili zmapovat dodržování zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidel bezpečné manipulace s novorozencem obecně) matkami.

Téma práce jsem si zvolila proto, že jsem se často během své praxe zamýšlela nad tím, jestli matky vnímají porodnici jako bezpečné místo, kde mohou na svět bez obav přivést své děťátko. Dnes si maminky zjišťují spoustu informací předem, přicházejí s určitým očekáváním, které bychom se měli pokusit splnit. Je nutné si uvědomit, že každá nastávající matka svěruje dva životy do našich rukou a očekává nejen profesionální, ale hlavně lidskou péči o sebe a své dítě. Očekává respektování vlastní individuality a svých potřeb, které se s novou rolí matky stávají aktuálními.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Potřeby člověka*

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka je realizováno prostřednictvím ošetrovatelského procesu. „Ošetrovatelský proces je základním kamenem vyspělého ošetrovatelství ovlivňujícím jeho kvalitu a přivádějícím sestru od techniky zpět k nemocnému.“ (53) Zahrnuje plánování ošetrovatelských aktivit a systém kroků a postupů při ošetrování nemocného. Sestry se zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí holistickou, tj biopsychosociální, ne pouze souborem částí a procesů. Úspěšná holistická péče vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci, které jsou takto více než součtem jejich částí, to znamená, že každá porucha jedné části je porucha celého systému. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná organizovaná jednota, zároveň každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Trachtová definuje potřebu jako projev nedostatku, chybění čehosi, jehož odstranění je žádoucí, nebo vede k vyhýbání se podmínce, která je pro život nepříznivá. Potřeba je motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování. Potřeba může znamenat odchylku od biologické homeostázy. (11, 27, 28, 53)

Cílem každého z nás je tyto nedostatky doplňovat a nadbytky odstraňovat, to znamená, že lidskou přirozeností je dané potřeby uspokojovat, saturovat. V případě špatného či nedostatečného uspokojení dané potřeby se u jedince může objevit úzkost, neklid, strach. „Jde o vlastnosti organismu, které mu dávají podnět k vyhledávání podmínek nezbytných k životu.“ (43, s. 90) . Ke spokojenému životu je potřeba pocitu životního optima, tj. dosažení individuálního životního uspokojení v maximální možné míře. Pocit životního optima je naprosto a bezvýhradně individuální. (43, 45, 46)

Potřeba je něco, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Každý jedinec saturuje a vyjadřuje potřeby svým způsobem, druh motivovaného chování se projevuje u každého jinak. Prožívání nedostatku ovlivňuje jednání i chování jednotlivce – pozornost, emoce, myšlení a volní procesy. V termínu potřeba je zdůrazněno souznění vnitřního a vnějšího s okolním světem. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a

kultivují, narozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky dané, zvenčí neovlivnitelné. V průběhu života se potřeby mění z hlediska kvantity i kvality. Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem – žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí nám ani jiným, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami a jsou uspokojovány v mezích zákona. Nežádoucí způsoby uspokojování potřeb jsou pak pravým opakem předcházejících. (27, 46, 54)

Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace. Hovoříme o motivačním napětí. Otázka motivace je otázka, „proč se člověk chová tím, nebo oním způsobem“. Motivaci můžeme označit jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání, vede k energetizaci organismu. Cíle lidského chování můžou být plně nevědomé, současně vyjadřují určité tendence či potřeby a dosahování cílů je tedy spojeno s určitými motivy. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán do žebříčku podle intenzity naléhavosti. Maslow je rozdělil na potřeby fyziogické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Uspokojování potřeb většinou probíhá v určitých periodách. Neuspokojené nižší potřeby převládají a vítězí v konfliktu nad neuspokojenými vyššími potřebami. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a podmiňovat chování jednotlivce. Pacienti většinou zaměřují svou pozornost na uspokojování potřeb fyziologických a přechodně se nezabývají potřebami vyšší úrovně. Až když má pacient uspokojeny nižší potřeby, pociťuje potřebu uspokojovat potřeby vyšší. (45, 46)

Faktory, které znemožňují, narušují, znesnadňují, popřípadě mění způsob uspokojování potřeb člověka jsou nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. (52, 54)

Uspokojování potřeb je chápáno jako dynamický proces, který se mění zároveň s měnícími se potřebami a představami jednotlivce, rodiny nebo komunity. Míru naléhavosti naplňování jednotlivých potřeb má každý zcela individuální. Při hodnocení míry a touhy po uspokojování lze použít pojmů prahové, podprahové a nadprahové. Podprahové uspokojování potřeb může vést člověka postupně k pocitu, frustrace, stresu a deprivace. Zde se uplatňují adaptivní mechanismy jedince a jeho schopnosti

se s problémem vyrovnat. Nadprahové naplnění potřeb může vést k pocitům přílišné kontroly a nesvobody. Je většinou projevem hyperprotektivní péče někoho z okolí. Prahové naplnění potřeb je doprovázeno pocitem uspokojení, přináší životní vyrovnanost, pohodu a pocit životního optima. (45, 46)

Pochopení, poznání a uspokojování vlastních potřeb umožňuje u druhých lidí lépe posuzovat a hodnotit jejich chování, porozumět příčinám tohoto chování a jednání. Hodnocení potřeb je základem pro hodnocení pacienta, zařazení problémů do priorit a plánování ošetrovatelských zásahů a tím vytvořením teoretického podkladu pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci. Teoretické znalosti potřeb, faktorů a situací, vlivem, kterých se potřeby mění, umožňují sestře přiměřenou intervenci pro stresovaného člověka. Sestra může znalostí o lidských potřebách využít při edukaci nemocného, při podpoře v jeho seberealizaci. Při zajišťování uspokojování všech potřeb pacienta je nezbytné respektovat práva pacienta. (11, 54)

1.1.1 Potřeba jistoty a bezpečí

Jistota a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby, lze hovořit o potřebě sebezáchovy. (54) „Podstatou potřeby jistoty a bezpečí je tendence lidí mít životní situace (alespoň částečně) pod kontrolou. Z dlouhodobého hlediska je pro jednotlivce nesnesitelná taková situace, která je prožívána jako nejistá, neočekávaná, chaotická, nevládnutelná, nebezpečná.“ (52, s. 28) Maslow řadí potřebu jistoty a bezpečí do pyramidy potřeb na druhé místo, hned za potřeby biologické (Příloha 1 – Maslowova hierarchie potřeb). [54]

Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí, vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, spolehlivosti, normách a limitech, osvobození od strachu, potřebu ochránce, ekonomického zajištění. Je aktuální především tam, kde chybí řád a pořádek. Lze ji rozčlenit na potřebu vyhnout se ohrožení, ochrany zdraví, důvěry, soběstačnosti, informací a orientace, senzorických a motorických podnětů, potřebu vlastnictví a ekonomického zajištění, potřebu míru a klidu, naděje a víry. Míra jistoty a pocitu bezpečí ovlivňuje fyziologicko – biologickou stránku lidského

organismu. Podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů, působením přes centrální nervový systém a vegetativní nervstvo. Nejistota působí jako stresor a ovlivňuje adaptační mechanismy organismu. Pocit jistoty a bezpečí umožňuje člověku získání důvěry, životní hodnoty, spolehlivosti, nezávislosti, orientaci v lidském společenství i v materiálním světě. (11, 54)

„Vědomí bezpečí, které pochází z poskytovatelů ošetrovatelské a lékařské péče. Jistota, že ti, kteří se o nás starají, jsou kvalitně a kvalifikovaně připraveni na své povolání. Vědomí bezpečí, že budou respektovány naše potřeby, autonomie a bude nám dávana důvěra ve spolupráci a pochopení toho, co se od nás očekává. Pocit bezpečí daný plněním slibů.“ (45, s. 20)

Jistota a bezpečí jsou zakotveny i v Listině základních lidských práv a svobod. „Každý člověk má právo na život, jistotu a svobodu osobnosti, na sociální jistoty, na životní úroveň, která jemu a jeho rodině zajistí zdraví a spokojenost, má právo na jistoty v případě nezaměstnanosti, nemoci, invalidity a stáří.“ (54, s. 142)

1.1.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

Zvládání zátěžových situací závisí na více faktorech. Míra, jaké změny v oblasti zdraví ovlivňují jednotlivce závisí na závažnosti délky trvání, přítomnosti jiných, simultánně působících stresorů, předchozí zkušenosti s porovnatelným stresem, na dostupné podpůrné síti, věkových a osobnostních charakteristikách. (52)

Mezi fyziologicko-biologické faktory řadíme věk, funkci orgánových systémů, intaktní tělesnou strukturu, adaptační mechanismy a způsoby zvládání stresových situací. Mezi psychicko-duchovní faktory řadíme integritu osobnosti, lásku a sounáležitost, vážnost a úctu. Do sociálně-kulturních faktorů patří socializace, společenské postavení, hodnotový systém, role a mezilidské vztahy. (54)

Veškeré jednání a chování zdravotníků by mělo vést k odstranění nebo snížení nejistoty, strachu a úzkosti., které se mohou vyskytnout, pokud není potřeba jistoty a bezpečí uspokojena. Komunikace musí být jasná a srozumitelná, avšak autentičtější jsou informace podávané nonverbálně, tj. mimikou a gestikou. Neuspokojení potřeby jistoty

a bezpečí u pacienta může být signalizováno verbálně. Častěji je však vyjadřováno neverbálně, proto velmi záleží na pozorovacích a komunikativních schopnostech sestry. Klíčem k identifikaci problému a následné pomoci je empatický, opravdový přístup. (54)

1.1.3 Specifické potřeby matky a novorozence v poporodní péči

1.1.3.1 Potřeby matky

Novopečená maminka je unavená, má problémy sama se sebou, celý svět se změnil příchodem nového člena rodiny na svět, za kterého nese nyní velkou zodpovědnost, nastupuje role matky a pečovatelky. Často k tomu přistupují problémy s kojením a obavy či strach z péče o miminko. Může mít pocit, že nezvládne svoji roli. Šestinedělka bývá psychicky labilnější, lehce zranitelná, citlivější, lítostivá a plačtivá bez zjevné příčiny. Takový poporodní splín se objevuje nejčastěji druhý až pátý den po porodu. Žena nedokáže své, často velmi banální, problémy řešit s nadhledem a potřebuje pomoc z okolí. Právě proto je zde dětská sestra / porodní asistentka, se kterou si matka může o svých pocitech promluvit. Dětská sestra / porodní asistentka reaguje na psychologické, fyzické, emociální i duchovní potřeby ženy (Příloha 2 – Potřeby matky v poporodním období). [17, 23, 40]

Psychika žen v období šestinedělí je vystavena vysoké zátěži, která pramení jednak z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, fyzických změn a jednak z adaptace na novou roli matky. Citové pohnutky i všechny ostatní vlivy, které působí na průběh těhotenství a porodu, se uplatňují též v období po porodu a přistupují nové zážitky s ním spojené. Kromě biologických změn po porodu patří mezi významné faktory ovlivňující psychiku šestinedělky i faktory psychosociální povahy. Žena několik hodin po porodu i přes všechno vyčerpání často nemůže usnout, v představách si znovu a znovu odehrává celý porod. Žena porovnává prožitek náročné situace se sebepojetím. Psychika se dále vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti existující nezávisle na matčině těle, matka navazuje citový vztah k novorozenci během péče o něj a během kojení. Začíná být plně v zajetí myšlenek na dítě, soustředí se na péči o něj.

V první poporodní den je pozorován vzestup radostné nálady, že vše dobře dopadlo, dítě je zdravé. Jde však o přechodné období, které je vystřídáno obavami, emocionální labilitou a úzkostí. K tomu přispívá i pocit odpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu, realizace role matky a pečovatelky. Než si na trvalou zátěž nedělka zvykne a ověří si, že je schopna se o dítě postarat, může prožívat stavy nedostačivosti a neschopnosti. Tyto stavy se násobí fyzickou vyčerpaností, hormonálními změnami a nedostatkem spánku. (5, 16, 24, 41)

1.1.3.2 Potřeby novorozence

Potřeby novorozence je třeba vidět v komplexu, nikoliv odděleně. Bude-li pozornost upřena k biologickým potřebám, poměrně snadno je naplníme. Budeme-li posuzovat saturaci potřeb komplexně, zjistíme, že naše úvahy budou začínat u potřeb matky a postupně pokročíme k oblasti saturace potřeb zejména psychických a sociálních. Potřeby dítěte se v různých fázích vývoje mění. Přesto několik základních potřeb je trvalých a ty vyžadují své plné uspokojení, nemá-li být vývoj dítěte narušen (Příloha 3 – Potřeby novorozence). Míra neuspokojení základních potřeb bývá i mírou narušení celkového stavu a vývoje dítěte. Za úvodní potřebu dítěte je považována s literární nadsázkou potřeba „dobře se narodit“. Stále více se stírá rozdíl mezi životem prenatalním a postnatalním, zdůrazňuje se kontinuita mezi těmito fázemi života a zřetelnější se stává potřeba, aby se každé dítě narodilo zdravé, chtěné a vítané. (8, 25, 23, 51)

K základním biologickým potřebám patří především uhrazení všech nároků na metabolismus. Nejvýznamnější je řádná výživa dítěte z hlediska kvantity i kvality. Kojení dalece přesahuje pouze biologické potřeby dítěte. Mezi další potřeby patří uspokojení základních hygienických požadavků, dostatek tepla, čistoty a ochrany před negativními vlivy životního prostředí.

Významnou biologickou potřebou dítěte je stimulace, dostatek adekvátních stimulů podněcujících a rozvíjejících funkce organismu. (8, 23, 29)

Psychické potřeby dítěte souvisejí se sociálními potřebami navazují ovšem na biologické. Patří sem potřeba náležitého přívodu podnětů, stimulace v pravý čas, v dostatečném množství a kvalitě. Na druhém místě uvádí Dunovský potřebu smysluplnosti světa. Podněty, které dítě přijímá, musí být postupně organizovány a zpracovávány. Je třeba, aby v nich byl určitý řád a smysl. Další důležitou potřebou je potřeba jistoty. Uspokojuje se především v citových vztazích dítěte k dospělým vychovatelům. Další potřebou je vědomí vlastní identity, vlastního já. Utváření sebevědomí dalekosáhle ovlivňuje prožívání společenských vztahů a postojů v dalších vývojových fázích. Pátou potřebou je potřeba otevřené budoucnosti. (8, 23, 51)

Sociální potřeby jsou spjaty s psychickými, jak již bylo zmíněno. U některých autorů splývají, jsou označovány jako psychosociální. Nejvýznamnější sociální potřebou je potřeba lásky a bezpečí, poskytovaná jeho „vlastním“ člověkem. Na ni je vázána i potřeba přijetí dítěte, jeho akceptace právě takového, jaké je. (8, 29)

Uspokojování potřeb dítěte patří k nejvýznamnějším požadavkům dítěte poskytované kýmkoliv a kdekoliv, zároveň je třeba respektovat daný stav a stupeň vývoje dítěte, situaci a prostředí, jímž je obklopeno. Potřeby dítěte se stávají požadavky na péči o ně a určují nároky na toho, kdo péči poskytuje. Souhrn požadavků na zabezpečení potřeb dítěte vytváří práva dítěte. Tato práva vycházejí ze společného základu lidských práv obecně. Souhrn těchto zpráv přijatý OSN jako dokument závazný pro všechny státy, které ho ratifikovaly, je Úmluva o právech dítěte. (51)

Potřeby jako snadný přístup k matce, rodičovskou péči, výživu, mazlení a stimulaci, čistotu, bezpečné místo, přiměřenou teplotu okolního prostředí, pozitivní přijetí a ochranu před nemocí lze zajistit systémem péče rooming-in. (23)

1.2 Úloha dětské sestry / porodní asistentky v zajištění potřeby jistoty a bezpečí matky a novorozence na oddělení poporodní péče

1.2.1 Úloha dětské sestry / porodní asistentky při značení (identifikaci) matky a novorozence a identifikaci personálu

Každé zařízení, ve kterém jsou svěřeny do péče děti, musí mít opatření pro případ únosu nebo záměny. Dětská sestra / porodní asistentka je povinna kontrolovat identifikační systémy při každém předání nebo převzetí dítěte. (26, 36)

Označení novorozence je jednou ze základních a neopominutelných součástí prvního ošetření narozeného dítěte. Způsob označení a zabezpečení nezměnitelnosti obsahu v průběhu pobytu do propuštění by měl být obsažen v provozních pokynech oddělení. Označení se odstraňuje až po opuštění oddělení. Při příjmu rodičky je nutné zajistit, aby bylo možné a jednoduché propojit po porodu identifikaci matky s identifikací jejího novorozence, aby se zvýšilo bezpečí v rámci perinatologické péče. (36)

Značení má být trvalé minimálně 3-7 dní i déle, eventuálně snadno obnovitelné, jeho uvolnění musí být úmyslné, nesmí se samovolně uvolnit. Údaj na pásku nesmí být smazatelný okamžitě po napsání, ani se nesmí údaje poškodit v běžném ošetřování novorozence. Dětská sestra / porodní asistentka kontroluje označení denně a v případě nečitelnosti je povinna jej obnovit. Označení má být čitelné, aniž je nutno dítě svlékat, nesmí ohrožovat dítě, zraňovat kůži, nesmí vadit v ošetřování a musí být zdravotně nezávadné. Pokud by došlo k oddělení matky a novorozence, např. v kritické situaci, mělo by být jasné propojení, kdo ke komu patří. Dětská sestra / porodní asistentka zapisuje na identifikační náramek tyto údaje: jméno a příjmení novorozence, číslo porodu, pohlaví, datum narození včetně hodiny a minuty a jméno matky. (36)

Upevňování označovacího náramku musí dětská sestra / porodní asistentka věnovat pozornost, upevňuje jej na zápěstí ruky, eventuálně na kotník nožky. Musí být dostatečně těsné, protože je nutno počítat se zmenšením obvodu končetiny v průběhu

poporodního hmotnostního úbytku novorozence, ale zároveň označovací náramek nesmí poškozovat kůži a působit změnu prokrvení končetiny distálně od místa upevnění. (36)

Značení provádí dětská sestra / porodní asistentka ideálně bezprostředně po narození na porodním lůžku v průběhu prvního kontaktu s matkou nebo rodiči. (42)

Dětská sestra / porodní asistentka je povinna označit nebo značení zkontrolovat, pokud je nutné novorozence transportovat na jiná oddělení. Novorozenci velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti vyžadují pro specifiku stavu pro značení zvláštní postupy. Ideální je současné označení matky s údaji o dítěti, pro tento účel lze použít i speciální soupravy označovacích náramků (tzv. duosety) se shodným číslem (jako dalším prvkem kontroly příslušnosti dítěte k matce) pro případ neočekávaných nebo krizových událostí. Podle zvyklostí oddělení je možno pro rychlou orientaci doplnit označení zavinovačky dítěte, postýlky, inkubátoru nebo pokoje, avšak značení mimo tělíčko dítěte není považováno za dostatečné a nenahrazuje povinné značení. Je doporučeno používat speciální nerozpojitelný plastový náramek, pro zvýšení bezpečnosti značení je možno napsat další nebo duplicitní označení přímo na tělíčko dítěte. Popisování dítěte se provádí 0,5% vodným roztokem gentiánové violeti na kůži na hrudníku nebo stehýnku dítěte po předchozím očištění. „Barvu na novorozence“ udává autorka pro možnost poleptání kůže kvůli nestabilní koncentraci AgNO₃ jako nevhodnou. (36)

Za neodstranitelnost označení odpovídá personál oddělení podle kompetencí, tzn. že za správnost a čitelnost zodpovídá dětská sestra / porodní asistentka. (36)

Je nutné vědět, že pacientka má možnost identifikační náramek odmítnout. Její žádost má být respektována a dokumentována. O odmítnutí provede dětská sestra / porodní asistentka zápis do zdravotnické dokumentace, údaje v zápisu jsou opatřeny datem, časem a identifikací zdravotníka. O této skutečnosti je informován lékař a ostatní zaměstnanci oddělení. (36)

Důležitou součástí identifikačního procesu je identifikace personálu pracujícího s matkou a novorozencem. Rodiče by měli být schopni rozpoznat personál, který je oprávněn odnášet dítě z dosahu a dohledu matky, eventuálně z mateřského pokoje. Zaměstnanci nemocnice nosí vizitku se jménem, někdy doplněnou identifikační

fotografií a také bývá odlišena uniforma pracovníků. Je nutné informovat rodiče co nejdříve o tom, jak tohoto zaměstnance poznat a dítě mu bezpečně předat a zároveň toto komukoli jinému odmítnout. (26, 36)

1.2.2 Ošetrovatelská péče podporující vytváření vztahu a náklonnosti

Vytváření vztahu a vytváření náklonnosti jsou pojmy, které bývají často zaměňovány, ačkoli se mírně liší. Vytváření vztahu (bonding) znamená spíše tvorbu emocionální vazby mezi rodiči a dítětem krátce po porodu. Náklonnost (attachment) znamená citovou vazbu, která je postupně utužována interakcí dítěte s osobami, které o něj pečují. Porodní asistentka/ dětská sestra musí vytváření těchto vztahů napomáhat v maximální možné míře, aby se rodiče plně ujali své role. V průběhu hospitalizace ošetroující personál sleduje interakci mezi matkou a dítětem a musí být schopen posoudit proces vytváření vazby. Novorozenec je zcela bezbranný tvor vyžadující komplexní péči k zajištění zdravých podmínek k životu. Vyžaduje lásku, něhu a oddanost po celých 24 hodin denně. Odměnou za to je možnost sledovat jak roste, učí se, jak se mění ze dne na den. Matka je pro tyto činnosti vybavena vrozenými vlohami, které jsou za poslední desetiletí vlivem výchovy, změn ve společnosti a změnám hodnotového žebříčku stále více potlačovány a nahrazovány bezbranností matek, spoléháním na pomoc okolí a nechutí či neochotou přizpůsobit své zvyklosti potřebám malého dítěte. (30, 35)

1.2.2.1 Bonding jako nejranější možnost zajištění potřeby jistoty a bezpečí

Význam prvního kontaktu matky s dítětem v sedmdesátých letech popsali dva američtí pediatři Marschal Klaus a John Kennel. Nazvali ho bonding, což znamená lepení, připoutání, opatrovatelská připravenost nebo také zlatá hodinka po porodu. Domnívali se, že existuje biologicky naprogramované období „opatrovatelské připravenosti“, které začíná hned po porodu a trvá asi dvanáct následujících hodin. První pohled do očí a něžné dotyky. Bezpečné objetí v náručí. Klid, probouzející se

důvěra, vzájemné poznávání a zamilovávání se. První naprosto neopakovatelná chvíle matky s právě narozeným dítětem. (30)

Jedná se o poporodní proces tvorby hlubokých emočních vazeb mezi matkou a dítětem. Pokud má maminka možnost zůstat s novorozencem po porodu o samotě, chová se k němu velmi otevřeně a citlivě. První společné hodiny po narození jsou tedy životně důležité pro oba. Mrowetz zdůrazňuje, že jakýkoliv nepotřebný (život nezachraňující) zásah do tohoto procesu je zbytečný. Povinností všech, kteří asistují a doprovázejí rodičku, je, aby bonding maximálně podpořili a upřednostnili před všemi rutinními zásahy (např. vyšetření a ošetření, měření, vážení, zahřívání), které vedou k oddělování maminky a miminka bezprostředně po porodu a po další minimálně dvě, lépe až 12 hodin (Příloha 4 - 10 kroků k podpoře bondingu). Oba totiž nejsou vývojově připraveni na to, aby po 9-ti měsících strávených spolu po tak náročném procesu, jako je porod, byli zbaveni vzájemného kontaktu. Oba očekávají kontakt kůže na kůži, vůni a teplo důvěrně známého těla, tlukot svých srdcí, svými smysly vnímají vše, co jim připomíná a dává pocit známého prostředí a bezpečí. Z fyziologického hlediska je přitom zcela zřejmé, že matka a dítě po porodu v prvních týdnech i měsících tvoří vzájemně na sobě závislou symbiotickou jednotku. Fungování jejich organismů je vzájemně provázáno: tak kontakt matky s novorozencem kůže na kůži ihned po porodu způsobuje příliv maximálního množství oxytocinu v obou organismech, zodpovědného mimo jiné za vytvoření vzájemné pevné vazby, bondingu. (20, 22, 30)

Matku motivuje starat se o naprosto bezbranného tvora. Bez této motivace, vyčerpaná náročným porodem, by nebyla schopna přimět se k péči o dítě a novorozenec by neměl šanci přežít. V prvních hodinách po porodu mají maminka i miminko spoustu endorfinu. Díky jeho účinku se matce i přes poporodní únavu obnovují síly a je schopná se z prvního setkání se svým potomkem radovat. (30)

Šráčková uvádí, že mateřské pocity, jejichž vrcholem je mateřská láska, se vytvářejí již před porodem, během porodu a rozvíjí se v prvních hodinách po porodu. Na jejich vzniku se podílí hormonální připravenost, která je dána hormony prolaktinem oxytocinem a endorfiny. Vlivem zvyšující se hladiny prolaktinu na konci těhotenství se u matek dostavuje povrchní spánek, který nabývá smyslu až po porodu. Je projevem

bdělosti nutné pro ochranu dítěte. Prolaktin snižuje libido, zatímco vztah k dítěti se prohlubuje. Oxytocin se svým uterotonickým účinkem a po porodu společně s endorfiny účinkem amnestickým tvoří hormon zapomnění, ale také lásky a štěstí. Jakmile kojící matka zachytí signál - pláč svého dítěte, zvýší se u ní hladina oxytocinu v krvi a spustí se laktační reflex – let down reflex. Endorfiny jsou nazývány hormony potěšení, štěstí a hlubokého vztahu. Během porodu vylučuje tyto endorfiny i plod, hodinu po porodu jsou matka i dítě těmito hormony téměř zaplaveni. Zvýšená hladina endorfinů a oxytocinu výrazně ovlivňuje citové chování a je podkladem citové vazby mezi ní a dítětem. (47)

Podle Michaely Mrowetz jsou maminky, které mohly být hned v kontaktu se svým dítětem, jiné než ty, které to štěstí neměly. Mají tendenci déle se starat o novorozence, jsou tolerantnější a lépe zvládají stres spojený s mateřstvím, ale hlavně cítí větší radost při kontaktu s dítětem. Dochází tak k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. V mnoha českých porodnicích je už zvykem přikládat miminko na maminčino břicho, ale jen málokde mají mámy možnost zůstat s ním alespoň pár desítek minut. (30) Podle autorů teorie bondingu to znamená, že se narušuje budování vazby mezi matkou a dítětem. Pokud není v kontaktu s matkou kůží na kůži, prožívá stres a reaguje protestem a skleslostí. (20)

Odnesení dítěte bývá zdůvodňováno výše již uvedenými zásahy. Stává se však, že maminku blokuje emoční separace. Její příčinou jsou podle Michaely Mrowetz stavy, kdy prožívá tak intenzivní pocity, že není schopna vytvořit si vztah s dítětem. Správně probíhající bonding má podle psycholožky velký význam pro fyziologii matky a dítěte i zásadní psychologické důsledky, s nimiž se maminky a jejich děti mohou potýkat v dalších letech. Jako nejznámější z nich zdůrazňuje u dítěte separační úzkost, neurotické poruchy, poruchy osobnosti s narušeným vztahem k matce. U maminek zase poporodní deprese, porucha výchovné kompetence, čili buď pevná až patologická, nebo naopak rozvolněná vazba k dítěti. (30, 55)

Je nutné, aby rodička byla o významu bondingu, jeho podpoře a pozitivěch informována a přesvědčena. Každá matka měla mít informace o různých způsobech, jak může strávit první hodiny po porodu se svým dítětem. V české legislativě neexistuje zákon, nařízení, předpis, který by nařizoval oddělení dítěte od matky za účelem jiného

zásahu než je zásah zachraňující život. Existuje jenom rutina upřednostňující oddělování dětí od matek před přirozenými potřebami matky a dítěte. (10, 30)

1.2.3 Rooming-in jako nejpřirozenější systém péče o matku a novorozence zajišťující pocit jistoty a bezpečí

Rooming-in nebo baby-in je název pro umístění zdravé matky- šestinedělky a fyziologického novorozence na jednom pokoji v bezprostřední vzájemné blízkosti. Můžeme rozlišovat full (plný) rooming-in, kdy je novorozenec se svou matkou nepřetržitě ve dne i v noci, nebo half (polodenní) rooming-in, kdy je novorozenec společně s matkou pouze během dne a na noc je odnesen na novorozenecké oddělení. (9, 48) Eliášová vidí rooming-in jako ucelený systém péče o novorozence ve vztahu matka – dítě – sestra, který umožňuje vytvářet a rozvíjet citové pouto. (9)

Autoři Mezinárodní iniciativy za porodní služby pro matku a dítě vytvořili nové slovo: „MotherBaby“. To aby dali jasně najevo, že matka s dítětem v prvním období po porodu spolu tvoří vzájemně spjatou jednotku, dyádu. Dvojici, která je vzájemně na sobě závislá, má zůstat spolu a nemá být odlučována. Podobné slovo existuje ve svahilštině: mamatoto - matka a dítě, jedna jednotka. (20)

V současné době je trendem podporovat vztah matka - dítě a péči přizpůsobit potřebám malého človíčka. Kojení a jistota vzájemného vztahu matka – dítě jsou pro novorozeně nezbytné stejně jako okamžité uspokojování potřeb. Dítě instinktivně cítí, že je závislé na pečující osobě, v nejistotě se ho zhostí panika. (32)

Dle Kopřivové nelze brát matku a novorozence odděleně, problém matky se stává problémem novorozence a opačně (24). Výhoda roomingu spočívá v tom, že matka i novorozenec jsou v trvalém kontaktu. Tento kontakt musí být volný, bez stresu, především z matčiny strany. Po odeznění první euforie z narození nového potomka se ke slovu hlásí problémy, se kterými mnohé šestinedělky nepočítají. Je zde velmi důležitá psychická podpora sestry / porodní asistentky. Neklid se přenáší na matku i dítě a pak rooming bez aktivního zásahu personálu může dokonce vadit. Práce pro dětské sestry / porodní asistentky v systému rooming-in je náročnější, především se zvýšily

psychické a společenské nároky, než když na oddělení zaveden není. Většina matek, které měly možnost srovnat oddělenou péči s roomingem udávají, že v systému rooming-in byly unavenější, ale cítily se však spokojenější, šťastnější. Díky zavedení roomingu došlo ke zkvalitnění celkové péče o matku i dítě. (24, 32, 50, 57)

Společný trvalý kontakt má nenahraditelný vliv na psychický vývoj novorozence i matky. Dovoluje opakované, časté přikládání dítěte dle jeho zájmu a potřeb, a tím rychleji podporuje rozvoj laktace. Také křik novorozenců na pokojích téměř není slyšet. Již při prvním zavržení bere matka své dítě do náruče, konejší jej a nabízí mu prs. Přísání k prsu, pomazlení, stejně jako úchop jeho ručiček, pravidelný nebo nepravidelný pohyb, pohoupání v náručí je pro ně jedním ze signálů, že není opuštěno, že je v bezpečí. „Všechny takové rodičovské projevy slouží k identifikaci dítěte jako svébytné osobnosti.“ (26, s. 259) Maminky odcházejí domů z porodnice s tím, že se naučily porozumět svému dítěti a vztah, který se mezi nimi vytvořil, nemůže nikdo nahradit a přerušit po celý zbytek života. (48, 58)

Během hospitalizace v systému rooming-in pracuje dětská sestra / porodní asistentka s matkou tak, aby docházelo k jejímu postupnému osamostatňování v péči o dítě. Je nutný individuální přístup a respektování jedinečnosti osobnosti každé matky. Pro matku je důležité, aby se nebála a naučila se správně vzít dítě do ruky, správně jej přiložit k prsu, omývat a koupat jej, polohovat, přebalovat, oblékat, kojit podle potřeby. Vždy předchází teoretické poučení, vhodné je doplnění tištěným materiálem a poté následuje praktická ukázka. V další fázi provádí výkon v ošetrovatelské péči o dítě matka samostatně pod dohledem dětské sestry, v případě potřeby matce pomůže nebo poradí. Novorozenec bude propuštěn pouze tehdy, zvládá-li matka péči o dítě a kojení. Z tohoto důvodu dětská sestra / porodní asistentka nemá dělat práci za matku, ale má jí pomáhat, podporovat ji a učit. Během tohoto edukačního procesu sleduje dětská sestra / porodní asistentka, jak si matka osvojuje vědomosti, dovednosti a návyky spojené s péčí o dítě a do procesu má dle potřeby zasahovat. Informace je třeba podávat ve shodě, tj. na oddělení by měly být vypracovány základní pokyny pro dětské sestry / porodní asistentky k edukaci u jednotlivých výkonů. Matce by měl být dán dostatečný prostor

pro kladení otázek a diskusi a k této komunikaci by měla být vyzývána vhodným způsobem. (16, 44, 50)

1.2.3.1 Kojení jako součást zajištění potřeby jistoty a bezpečí

Zahájení a udržení kojení by mělo být jedním z hlavních cílů správné poporodní péče, a to proto, že je nejdokonalejší interakcí mezi matkou a dítětem. Jde o proces, kdy se vzájemně poznávají při zapojení všech smyslů. Smysly jako čich, chuť a sluch hrají důležitou roli v identifikaci dítěte s matkou před porodem i po něm. Již během prenatálního období se plod seznamuje s intonací matčina hlasu, dá se proto dokázat, že jej po porodu upřednostňuje. Čichový smysl je pravděpodobně jedním z nejlepších vůdců novorozeněte. Novorozenci reagují přednostně na matčinu vůni, její výraz a tvář, odpovídají na strategie chování matky během krmení. (34, 39, 47)

Pro novorozence je mateřské mléko optimální výživou. Doporučuje se, aby byl novorozenec ihned po narození položen matce na břicho a došlo tak ke kontaktu skin-to-skin a následné první přiložení dítěte k matčině prsu. Přisátí je, jak pro matku, tak pro dítě, událostí klíčovou. Přisátí usnadňuje dítěti učení správného sání, poznání bradavky a rozeznání matčiny vůně. Intimní kontakt novorozence s matkou má nezastupitelnou úlohu při podpoře rozvoje laktace a vytváření psychického vztahu. Další průběh kojení by měl být zcela přizpůsoben jeho individuálnímu rytmu. Časté přikládání podle požadavku a chuti zaručuje tvorbu mléka a tím, že jsou bradavky stále zvlhčovány, je zároveň chrání před ragádami. Omezený kontakt matky s dítětem po porodu vede k výrazně častějšímu přerušování kojení po 1 – 3 měsících. Hlavní překážkou kojení je dle výzkumů nepřesná a nedůsledná instruktáž matek ze strany porodní asistentky. (2, 23, 40, 47)

Porodní asistentka by si měla uvědomit, že je pro ženu důležitým modelem v péči o dítě, podává jí zásadní informace a měla by umožnit co nejlepší podmínky pro vazbu matky a dítěte. „Příroda vybavila člověka úžasnými schopnostmi: rodičům dala ohromující intuitivní kompetence a dítěti výjimečné kapacity pro preverbální komunikaci. Toto vybavení si žádá zvláštní pozornosti a ochrany ze stran všech

odborníků, kteří pracují s kojenci a rodiči v rámci primární prevence, v poradenství pro rodiče a děti i v léčebných zařízeních.“ (7, s. 100)

Jak už bylo řečeno, pozitivní vliv na laktaci a na časnou interakci, utváření vzájemného citového pouta má systém péče rooming-in. Právě v prvních dnech je potřebné reagovat na signály potřeb dítěte nepřerušovaně a v souladu s jeho nepravidelným rytmem. Konzistentní a synchronizované chování matky vyvolává v novorozenci prvotní pocity bezpečí, důvěry. Tyto pocity jsou dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje potřebné k vytvoření pocitu důvěry ve svět, pozitivnímu nastavení osobnosti. Tím, že matka reaguje na pláč svého dítěte jen s malou latencí, bývají tito novorozenci snadněji utižitelní, méně plačtiví, celkově spokojenější. Svět je pro ně zdrojem bezpečí. Z psychologického pohledu poskytuje kojení dobrou příležitost k posílení vztahu s dítětem, ale není podmínkou nutnou, ani postačující. Je-li matka oddělena od svého dítěte, doporučuje Mydlilová naučit ji, jak udržet a podpořit tvorbu mléka, seznámit ji se zásadami správné, šetrné a bezpečné manipulace a skladování odstříkaného mateřského mléka (31). [38, 41]

Světová zdravotnická organizace a UNICEF vyhlásily v roce 1991 celosvětovou iniciativu pro podporu kojení – Baby-Friendly Hospital. Jejím cílem je zvýšit počet dětí kojených a naopak snížit počet dětí, které jsou krmeny umělou výživou. O získání statutu Baby-Friendly Hospital se mohou ucházet všechny porodnice v ČR. Požadavkem je zavést do praxe „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (Příloha 5). [13]

1.3 Zajištění potřeby jistoty a bezpečí v průběhu ošetrovatelských výkonů

Výkony, které novorozenec během prvních dnů života podstupuje, si žádají, aby proběhly v klidu, s respektováním tělesného komfortu, bezbolestně, za dodržení všech zásad bariérové ošetrovatelské péče. Mezi ně patří poporodní vyšetření, přebalování, koupání, odstranění pupečního pahýlu, odběr krve z patičky na screening metabolických chorob, vyšetřování kyčlí, ultrazvukové vyšetření močového systému, vyšetření otoakustických emisí, screening vrozené katarakty a jiné. (51)

Dětská sestra/ porodní asistentka ukládá děťátko do pohodlné polohy, zajišťuje teplo a klid. Vždy, když s ním bude chtít manipulovat, musí jej na tuto manipulaci připravit tak, že jemně položí ruku na jeho tělíčko nebo ho vezme za ruku či nohu a chvíli počká na jeho reakci. Když se dítě probudí, pokusí se o zrakový kontakt a tiše na něj promluví. Po ukončení zákroku nemá zapomenout dítě opět utišit. Je-li přítomna matka, je na ní, aby své dítě konejšila. Pokud ho nemůže chovat, měla by ho alespoň hladit po hlavičce nebo držet za ruku. Na odpoutání pozornosti od bolestivých stimulů může použít jeho vlastní sebeuspokojující aktivity, jako je třeba nonnutritivní sání, třeba i své vlastní pěstičky, pohyb ruka-ústa dítěte, spojení obou rukou na hrudi dítěte, polykání (vody, sacharoz), stočení do klubíčka (fetální poloha). Zavnutí do zavinovačky nebo pleny, jako strategie uklidnění dítěte, je používáno od nepaměti. Zvyšuje tepelný komfort dítěte a uspokojuje taktilní a propioceptivní vnímání. Zákonem tišení bolesti je komplexní ošetrovatelská péče, která zabezpečuje ochranu dítěte před nepřiměřenými stimuly z okolí nadměrným hlukem, ostrým světlem, tepelným nebo chladovým stresem, nepřiměřenou stimulací a izolací od rodičů. Na vznik trvání a působení bolesti má vliv i prostředí, ve kterém se zákrok provádí. Je proto v kompetenci dětské sestry / porodní asistentky, aby vytvořila bezpečné, komfortní prostředí, ve kterém bude novorozenec ošetřován či vyšetřován.(12, 13, 14)

1.3.1 Bariérový systém péče – bezpečí před infekcí

Bariérová ošetrovatelská péče je komplex zdravotních a organizačních opatření, které mají zabránit vzniku a šíření nozokomiálních nákaz. Nozokomiální nákazy jsou onemocnění, která vznikají během pobytu osoby ve zdravotnickém zařízení. Šíření nákaz podporují hygienické a provozní nedostatky na pracovišti a invazivní zákroky. O vzniku infekce rozhodují vlastnosti mikroorganismů a stav makroorganismu (pacienta). Je proto nezbytně nutné, aby pracovníci i návštěvy používali všechny dostupné bariérové ošetrovatelské techniky a dodržovali zásady hygienicko-epidemiologického režimu. Jeho dodržování je jeden ze základních etických projevů zdravotnického pracovníka. Bariérové způsoby práce jsou indikátory kvality

zdravotní péče a zvyšují prestiž nemocnice. Porušení každé bariéry je třeba chápat jako oslabení celého systému, zvyšuje tedy riziko nákazy novorozence. (Příloha 6 Bariérový protiinfekční systém neonatologického oddělení) [33, 56]

Díky systému rooming-in dochází ke snížení výskytu nozokomiálních infekcí. Je-li novorozenec ošetřován mimo kontakt s matkou, je ohrožen bakteriálními kmeny ošetřujícího personálu, ostatních novorozenců a jejich matek, vůči nimž ještě imunizován nebyl. V systému rooming-in je osídlení novorozence mnohem výhodnější, neboť se tak děje bakteriálními kmeny matky, které žijí v souladu s jejím organismem. Proti nim je totiž dítě imunizováno již před porodem – přechodem protilátek placentou, bezprostředně po porodu kolostrem, posléze mateřským mlékem. Interakce mezi matkou a novorozencem jako je tulení, mazlení a pusinkování zabezpečují, že se patogeny dostanou do matčina respiračního nebo gastrointestinálního traktu. Mateřský organismus proti nim vytváří protilátky, které přes lymfatický systém přecházejí do prsní žlázy a tím do mateřského mléka. Tento proces trvá po celou dobu laktace, poskytuje dítěti imunitu, která je jak efektivní, tak ekonomická. (47)

1.3.2 Zajištění komfortu novorozence

Novorozenec většinu času prospí, proto by měl mít zajištěny dobré podmínky k odpočinku. Ty na počátku zcela určitě poskytuje zavinovačka, která je nejen pohodlná, ale také bezpečná. Používání zavinovaček má bohatou minulost, do poloviny 20. století bylo běžným standardem. Konec století se stavěl k jejich používání zdrženlivě, a to z důvodu výrazně omezeného pohybu s nataženými dolními končetinami, který kritizovali především ortopedi. Tehdy se zavinovačka pevně převazovala ozdobným pruhem, povijanem. Dnes však silnou peřinku v bavlněném povlaku, jak je zavinovačka popisována, balíme pouze volně a na suchý zip, aby umožňovala flexi dolních končetin a zároveň bylo dítě „ohraničeno“, tvořila jakousi schránku. Na trhu jsou různé typy zavinovaček (Příloha 7). [3, 15, 22, 51]

Pro zdárný vývoj dítěte je nezbytná jistota. Rozeznáváme jistotu věcnou, která je dána rituálem rodičů. Ritualizace vyžaduje standardní postupy, prostředí, čas i

předměty. Na podkladě jistoty se vyvíjí pocit bezpečí, bezpečí však nemůže být bez jistoty. Pociť bezpečí dítě získá na podkladě mateřské jistoty, rytmu a schránky. (Viz Obrázek 1) Pro získání jistoty je důležitý rytmus, tj. o rytmicky se opakující pohyby rodičů, např. houpání, denní rytmus spánku a bdělosti, podávání stravy. Důležitou součástí získání jistoty je pro novorozence prožívat život ve schránce. Schránka, původně děloha, obklopovala celé tělo dítěte, mělo omezený pohyb. Volný pohyb neodpovídá základním potřebám dítěte, má kolem sebe volný prostor a nedosahuje na jeho konec, ztrácí pocit jistoty, je neklidné. Novorozenci neomezenou svobodu neumí využít, pokud není novorozenec držen v náručí, nebo není v přímém kontaktu s matkou, může ztratit pocit jistoty a bezpečí (Příloha 8 - Schéma jistoty a bezpečí u novorozence). Matčinu náruč v postýlce lze nahradit novým hnízdečkem, které přispěje ke znovunabytí jeho pocitu jistoty a bezpečí, neomezuje ho v pohybové aktivitě a přispěje ke správnému motorickému rozvoji. V peřince, do které se dítě balí volně, je dítě v adekvátním tepelném komfortu, ale zároveň je i zaručen dostatečný pocit bezpečí, hlavně v prvních týdnech života. (3, 15, 22)

Možností, jak zajistit pocit bezpečí, je metoda klokánkování. Jedná se o přiblížení matky k novorozenci kontaktem skin-to-skin (Příloha 8). Vznik je připisován kolumbijským pediatrům, kteří v roce 1978 kvůli nedostatku inkubátorů začali nabízet matkám celodenní nošení svého nedonošeného miminka na kůži, na vlastním těle. Přestože tato metoda byla původně pro nedonošené novorozence, mohou ji praktikovat i matky s dětmi donošenými. Při klokánkování mají děti stabilnější srdeční rytmus, dýchání, zlepšuje se okysličení. Méně také kolísá tělesná teplota, děti méně pláčejí, dělají méně trhavých, úlekových pohybů. Trpí méně infekcemi, rychleji přibývají na váze, protože uchovávají energii a tu mohou využít ke svému vývoji. Rovněž pro rodiče jsou výhody klokánkování významné. Kontakt s dítětem v blízkosti prsů podporuje tvorbu mléka a přispívá k úspěšnému kojení. Cítí se dítěti bližší, dříve si k němu vytváří pevné pouto. Více důvěřují vlastním schopnostem se o dítě starat. (19, 21, 22, 37) „Je to jednoduchá a přirozená metoda, kterou by měli zdravotníci v péči nejen o nedonošené dítě podporovat.“ (37, s. 36)

1.3.3 Manipulace s novorozencem

Jestliže se naučí matka zacházet s novorozencem bezpečně, zažije radost z těsného kontaktu s ním - a to je jeden z nejlepších způsobů, jak své miminko poznat. Na matku působí křehkým dojmem, že se ho často bojí dotknout, aby mu neublížila, proto je nutné ji informovat, že nemusí mít obavy. (51)

Při manipulaci s novorozenětem je nutné dbát zvýšené opatrnosti, protože není v tomto období schopno udržet svou hlavičku. Je důležité ji přidržet a dopřát tak novorozenci pocit jistoty a bezpečí. Není-li tak učiněno, dítě bude mít pocit, že neovladatelně padá na všechny strany, a dojde k tzv. úlekovému reflexu, následkem leknutí trhne celým svým tělíčkem. (22)

Při zvedání novorozence je doporučován tento postup: podsunutí jedné ruky pod krk a hlavu a druhé pod zadeček, a pak teprve opatrné zdvihání dítěte směrem k sobě. Způsob, kdy je dítě drženo pod pažemi a prsty podpírána hlavička zezadu, je doporučován méně. Přímé a trhavé zvedání dospělou osobou, často i zadečkem napřed, je pro ně nesmyslnou aktivitou, při které ztrácejí orientaci a jejich hmotnost létá ve vzduchu. Mohou na to reagovat zvýšením tělesným napětím, úzkostí a strachem. Pomalé smysluplné pohyby, postupné změny zátěže umožňují dítěti zážitky pohybu a poskytují mu prospěšné informace. (13, 22)

Při přenášení z místa na místo je možno si novorozence opřít o hrudník tak, že bude mít hlavičku na rameni přenášejícího a volnou rukou mu přidržovat záda a hlavu. Nejvhodnější způsob držení dítěte k přenášení je, když se hlavička, která musí mít vždy oporu, opírá o předloktí ruky, jejíž prsty zároveň přidržují jeho vzdálenější ramínko, zatímco druhá ruka podepírá zadeček a přidržuje vzdálenější stehýnko nožičky. Takový způsob přenášení je vhodný zejména v případech, kdy je dítě mokré, klouzající nebo neklidné. (13, 51)

Pro chování děťátka je lepší poloha, při níž jsou opřena zádláčka o hrud' matky, která tvoří zároveň oporu pro hlavičku dítěte. Jednou rukou je přidržován hrudníček a druhá podepírá zadeček. Podobný způsob chování je klubíčkování. Dítě je o hrud' opřeno bokem. Tato poloha je velmi vhodná pro děti trpící nadýmáním. Mírný tlak na

bříško spolu s vertikální polohou jim totiž pomáhají zbavit se plynů z trávicího traktu, které je trápí. (22)

Za ideální polohu, když není dítě chováno, je označován leh na zádech. Leh na bříšku by měl být určen pouze pro denní dobu, když dospělí chtějí dítěti umožnit vidět svět z jiného úhlu. Tím zvyšují jeho psychomotorické schopnosti a posilují citové vazby, protože se ho dotýkají. Pokládání dítěte by se mělo dít běžným přirozeným pohybem, již spící dítě se často vzbudí, zvláště když je pokládáme rovně na záda, nebo ještě i hlavou dolů. Pokud je dítě položíme napřed nožičkami nebo zadečkem, nebo na bok a potom na záda, děje se tak podle přirozeného vzoru. Dítě tak cítí rozložení své hmotnosti, neztrácí orientaci o svém těle a může uvolněně a spokojeně spát. (22, 51)

1.3.4 Hygienická péče o novorozence

Od prvního dne života má velký význam správná hygiena dítěte nejenom proto, že omezuje nepříznivé vlivy a tím podporuje a chrání jeho zdravý růst a vývoj, ale také proto, že v době, kdy se do dětského myšlení velmi pevně vštěpují životní návyky, má možnost ovlivnit je jednou pro vždy. Návyku lze docílit trvale, tím spíš, bude-li jejich přijetí provázeno laskavostí a mateřským mazlením. Pro dítě se výchova k hygieně může stát spíše vytouženou zábavou a radostí, než jenom praktickým nácvikem. Okamžiky mateřské péče jsou pro něj očekávané a podvědomě si je zachovává jako příjemnou vzpomínku. (51)

1.3.4.1 Péče o kůži novorozence

Kůži vyšetřujeme při příjmu, po stabilizaci stavu, zhoršení stavu, po koupeli, denně. O nezbytnosti kontrolovat stav kůže dítěte je třeba také informovat matku a poučit ji, čeho si má všímat a jak vznik poškození minimalizovat. Péči o kůži novorozence provádíme zejména při přebalování a při koupání. (13)

Přebalování děťátka by nemělo být nepříjemným úkonem, ale něčím zcela přirozeným, co je možné považovat za zábavu a důvod k povídání. Při přebalování má také zůstat hmotnost dítěte na podložce. Zvedáním nožiček zvyšujeme tlak v bříšku, v

hrudníku i v hlavičce. Pokožka pod plenkami je enormně citlivá a náchylná k jakémukoliv podráždění, na které velmi rychle reaguje opruzeninami. Od nich je jen krůček k různým kožním infekcím. Samotná voda nedokáže účinně zbavit kůži zbytky ochranného krému a tuků ze stolice, které mohou podporovat množení bakterií. Čepický a Černá doporučují po otření vlhčenými ubrousky ještě omýt zadeček dítěte vodou s použitím šetrné koupele či mycího gelu. Vhodné je volit jemné přípravky, určené přímo pro novorozence, které pokožku nevysušují a nedráždí. Matka by měla být informována o tom, jak se mění stolička novorozence v prvních dnech po narození a jak by měla vypadat fyziologická stolice kojeného dítěte. (4, 5, 13)

Při čištění genitálu u děvčátek se postupuje vždy směrem zepředu dozadu, aby se choroboplodné zárodky nedostaly do pochvy. Jemně se rozhrnou okraje stydkých pysků a omyjí se, protože i do genitálu se může dostat stolice. Pravdou je, že u chlapečků je močí znečištěna větší plocha kůže než u holčiček. Při mytí se opět postupuje odpředu dozadu. Je třeba zvednout šourek, očistit pokožku pod penisem, jemně očistit penis samotný. Předkožka se násilně nepřetahuje. Na závěr je doporučováno omýt celý zadeček a hýždě, pokud to jde, nechat miminko chvíli „vyvětrat“ bez plenek, pak namazat ochranným krémem a zabalit. (4, 51)

1.3.4.2 Koupání novorozence

Koupání je příležitost k mnoha něžnostem, jemnému zacházení, tak jako každé jiné ošetření. Dítě se cítí dobře, je šťastné, má pocit důvěry v blízký milující svět. Čím je citový základ těchto styků bohatší, tím větší je jejich působení na vznik důvěry a životní jistoty, hodnot pro duševní vývoj dítěte velmi důležitých. Matka by měla být informována o tom, že miminko během prvních koupelí pláče. Reaguje tím pouze na neznámé pocity. V místnosti by měla být teplota vzduchu kolem 25 °C, a voda v koupeli příjemná, mezi 37 – 38 °C. Teplotu je nutno ověřit teploměrem. Koupání pro dítě představuje příjemnou změnu denního režimu, při níž si může vychutnat pohyb bez jakéhokoli omezení. (5, 51)

Jako první koupel volíme koupel sprchováním nebo otíráním, abychom nekontaminovali čerstvě přerušovaný pupeční pahýl. Při přenášení dítěte do vaničky dbáme na bezpečné držení, tzv. přes dva klouby. Jednou rukou držíme dítě za vzdálenější rameno a horní část paže, hlavička je bezpečně opřena o naše předloktí, druhou ruku podsuneme pod zadeček a držíme vzdálenější stehno a kyčelní kloub. Ve vaničce držíme jednou rukou vzdálenější rameno a paži, předloktím podepíráme jeho hlavičku a krk. Pro bezpečnou koupel je vhodné používat do vaničky speciální lehátko, na něž dítě během koupele položíme. Lehátko je konstruováno tak, že dítě má hlavičku bezpečně nad vodou, a tím se uvolní obě ruce k mytí. Povlak k lehátku je prací, takže se udržuje snadno čistý. Začíná se nejprve opláchnutím obličeje dítěte teplou vodou bez mýdla. Potom si do dlaně vezmeme trochu dětského tekutého mýdla, které se rozředí vodou a namydlí se vlásky dítěte. Namydlenou rukou přejdeme na krk a ramena, pokračujeme na horních končetinách, trupu, dolních končetinách a zakončíme genitálem a zadečkem. Nikdy se rukou nebo žínkou nevracíme na místo již namydlené. V novorozeneckém období není každodenní koupel s použitím mýdla doporučována. Výjimku tvoří zadeček, který je potřeba dostatečně omýt a ošetřit po každé stolici. (5, 13, 51)

Dítě pečlivě opláchneme, ihned je zabalíme a jemně vysušíme osuškou. Mokrou osušku vyměníme za suchou plenu, na kterou dítě položíme a zkontrolujeme stav kůže, vatovou štětičkou vyčistíme ušní boltce, hřebínkem vyčeseme vlásky, prohlédneme kožní záhyby. Je třeba dbát o to, abychom nadměrným třením nepoškodili kůži dítěte. Při ošetřování genitálu holčiček se nesmí zapomenout oddálit labia minora a odstranit sekret a mázek i odtud, u chlapčků předkožku přes žalud penisu nepřetahujeme. Mezi pozitiva koupele patří odstranění nečistoty, redukce mikrobiálního osídlení, relaxace, příležitost ke kontaktu s dítětem. Negativy koupele je riziko absorpce chemikálií přes kůži, kontakt s dráždivými substancemi, možná hypotermie, destabilizace vitálních funkcí. (4, 13,51)

Matka musí být poučena při propuštění, že až když má dítě zahojenou pupeční jizvu, což je zhruba za 14 dní, může provést koupel ponořením. Použije takové množství vody, aby bylo dítě ponořené i s ramínky. Může použít i koupací kyblík,

pokud si je jistá v manipulaci s děťátkem. Výhodou je, že voda v něm stýdne pomaleji. Po koupeli není nutné vždy kůži novorozence potírat olejem nebo pleťovým mlékem. Mazové a potní žlázy jsou u fyziologických novorozenců funkční již po narození, jejich sekrece tvoří na povrchu epidermis ochranný film, který kůži zvláčňuje a chrání, brání vysychání a pronikání mikroorganismů dovnitř. Pokožka tedy nesmí být příliš odmašťována a vyžaduje tu nejjemnější péči. V indikovaných případech, například chceme-li podpořit dozrávání epidermis u nezralých novorozenců nebo ošetřit suchou olupující se kůži u přenášených novorozenců, užíváme oleje a krémy. Přípravky nanášíme na celý povrch těla kromě hlavičky – obličeje i vlasové části. (13, 14)

1.4 Sdružená sesterská péče o matku a novorozence

Moderní ošetrovatelská péče je charakterizována komplexními přístupy. Ty si vyžádaly změny v systému a organizaci práce sester na poporodních odděleních. Alternativním způsobem, jak poskytovat komplexní kvalitní ošetrovatelskou péči matce i novorozenci, je systém sdružené péče. Na rozdíl od tradičního rozdělení poporodní péče na oddělení novorozenecké a oddělení péče o matku po porodu se jedná o sloučení pracovny porodních asistentek a dětských sester do jediné místnosti a zejména o změnu v myšlení a systému práce. Porodní asistentky, které prošly náročným doškolením, v němž si musely rozšířit znalosti a dovednosti v péči o novorozence, pracovaly pod dohledem školitelek a nyní pečují současně jak o matku, tak o novorozence. Tato nová profese – univerzální sestra pro sdruženou péči – uspokojuje potřeby ve skupinovém systému péče, to znamená, že má na starost určitý úsek oddělení. (18)

Podmínkou sdružené péče jsou pacientky po fyziologických, spontánních porodech, některé i po operativním porodu, donošení novorozenci s normální poporodní adaptací, výjimečně i novorozenci vyžadující zvýšenou péči. (18)

Jako výhody udává autorka vyšší vzájemnou informovanost, nárůst ošetrovatelské kompetence a odbornosti tím, že si personál navzájem předává znalosti a zkušenosti, dále nárůst spokojenosti matek, které se obracejí jen na jednu sestru, zlepšení zastupitelnosti sester v případě nedostatku personálu. Díky tomuto systému je

možné stanovit jednotnou strategii ošetrovatelského plánu a uspokojování potřeb matky a dítěte. Janáková dodává, že tento typ komplexní péče navazuje přirozeně na lékařský obor perinatologie, avšak nikoli na před porodem, ale po porodu. (18)

2 CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat úlohu porodní asistentky / dětské sestry v zajišťování potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence.

Cíl 2: Zmapovat vnímání zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence matkami na oddělení poporodní péče.

Cíl 3: Zmapovat dodržování zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidel bezpečné manipulace s novorozencem) matkami

2.2 Hypotéza

Hypotéza 1: Porodní asistentky/dětské sestry se podílejí na zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak matky vnímají zajištění potřeby jistoty a bezpečí na oddělení poporodní péče?

Výzkumná otázka 2: Jak dodržují matky opatření zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidla bezpečné manipulace s novorozencem) ?

3 METODIKA

3.1 *Metodika práce*

Výzkumné šetření zahrnovalo část kvantitativní a kvalitativní.

V kvantitativní části výzkumného šetření byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazníky byly rozdány ve 3 nemocničních zařízeních Jihočeského kraje, a to v Nemocnici České Budějovice, a.s.; v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s. Cílem dotazníkového šetření bylo zmapování úlohy dětské sestry/ porodní asistentky v zajišťování potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence. Skupinu dotazovaných tvořily dětské sestry / porodní asistentky pracující na neonatologických odděleních ve vybraných nemocnicích. Dotazník obsahoval 17 otázek, a to 8 uzavřených, 1 otevřenou a 8 polootevřených. (Příloha 9). Bylo rozdáno celkem 78 dotazníků, vrátilo se 62 dotazníků, tj. 79 %. Dva dotazníky byly nedostatečně vyplněny a vyřazeny. Uvedené výsledky tedy vychází z počtu 60 porodních asistentek / dětských sester (100 %). Pro ověření hypotézy jsme si stanovili hranici 60 %. Výsledky byly zpracovány do grafů v programu MS Excel.

V kvalitativní části výzkumného šetření byla použita metoda dotazování, technika hloubkového rozhovoru. Byl vytvořeny pomocné otázky k rozhovoru. (Příloha 10). Na základní anamnestické údaje o matce, porodu a novorozenci navazují otázky týkající se problematiky informovanosti v rámci zajištění potřeby jistoty a bezpečí, ošetrovatelské péče o novorozence v systému rooming-in a vnímání přístupu personálu a spokojenosti s ním. Vyhodnocení těchto dat bylo zpracováno formou kasuistik, volným přepisem rozhovorů s matkami.

Technika přímého skrytého pozorování byla zvolena pro ověření výpovědí matek získaných při rozhovoru. K tomuto účelu byl vytvořen záznamový arch. (Příloha 11). Oblasti pozorování se týkaly zajištění správné ošetrovatelské péče o novorozence v systému péče rooming-in matkami. Výsledky byly následně zpracovány do kategorizovaných tabulek.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

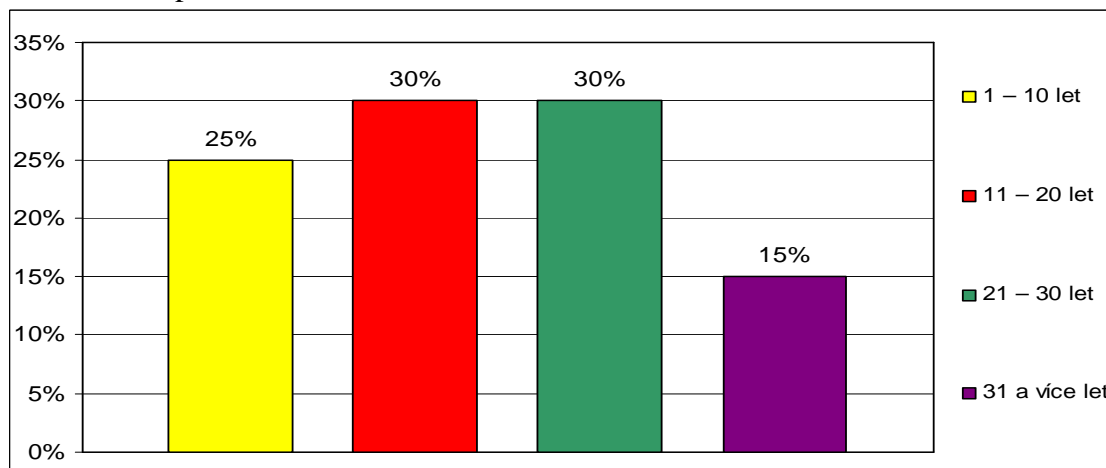
Výzkumný soubor 1 tvořilo 60 dětských sester / porodních asistentek pracujících na neonatologických odděleních ve vybraných nemocničních zařízeních Jihočeského kraje, a to v Nemocnici České Budějovice, a.s.; v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s..

Výzkumný soubor 2 tvořilo 5 matek po spontánním či operativním porodu, 3. – 6. den jejich hospitalizace na oddělení šestinedělí v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s.

4 VÝSLEDKY

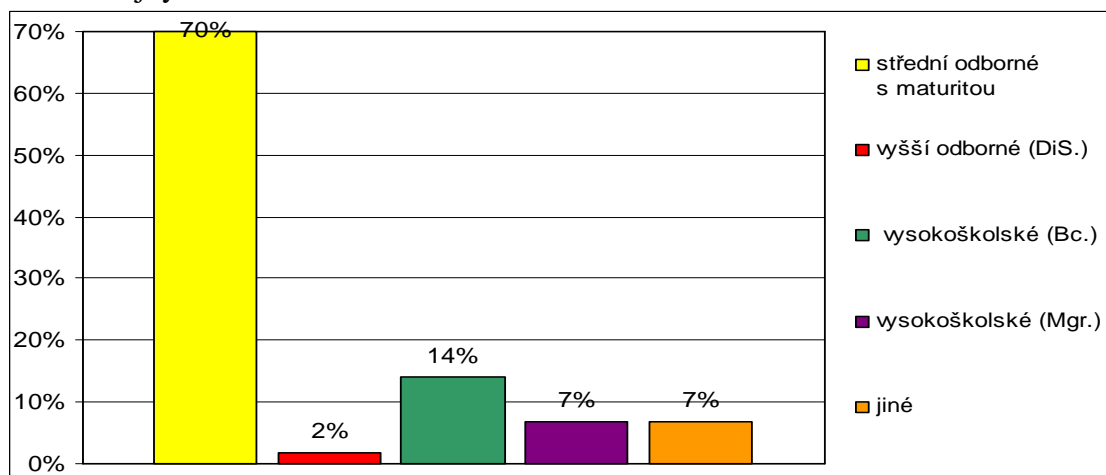
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

Graf 1 Délka praxe



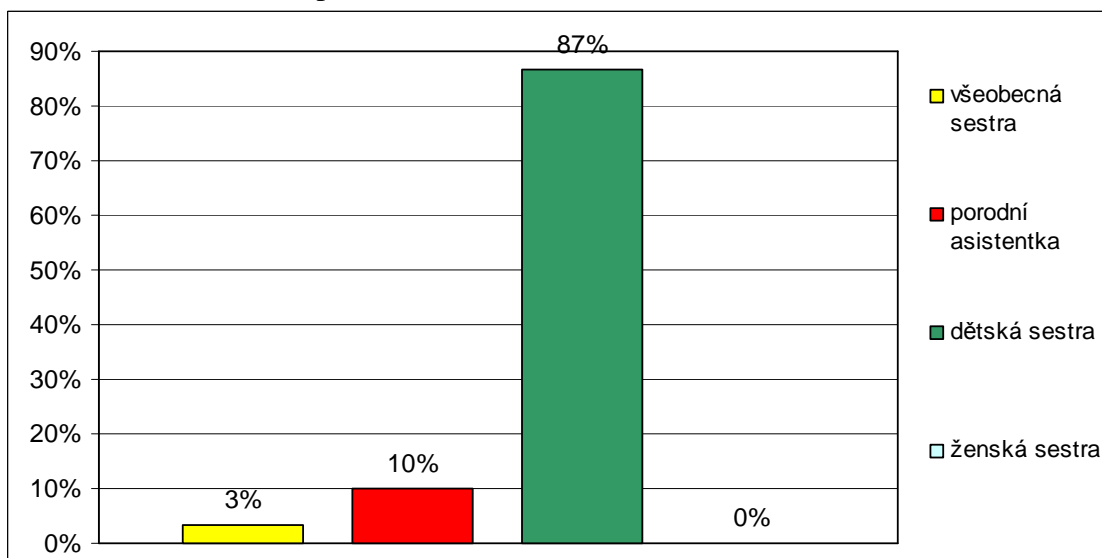
Na neonatologickém oddělení pracuje z celkového počtu 60 respondentek (100 %) 15 respondentek, (25 %) 1-10 let, 18 respondentek (30 %) 11-20 let, 18 respondentek (30 %) 21-30 let a 9 respondentek (15 %) 31 a více let.

Graf 2 Nejvyšší ukončené vzdělání



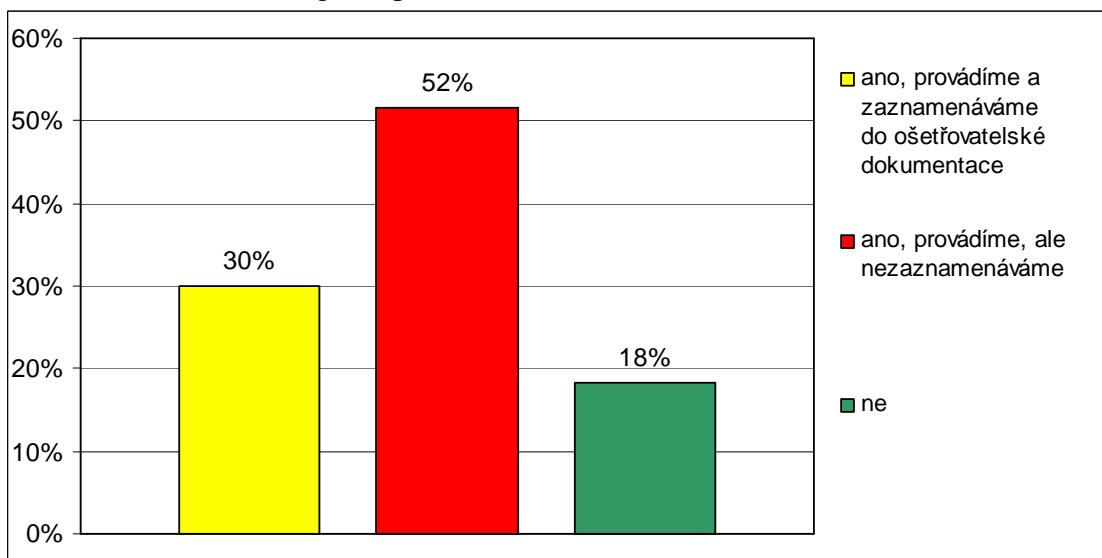
42 respondentek (70 %) z celkového počtu 60 respondentek (100 %) má střední odborné vzdělání s maturitou, 1 respondentka (2 %) vyšší odborné, 9 respondentek (14 %) vysokoškolské s titulem Bc., 4 respondenty (7 %) mají vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. a 4 respondenty (7 %) další pomaturitní vzdělání.

Graf 3 Obor vzdělání respondentek



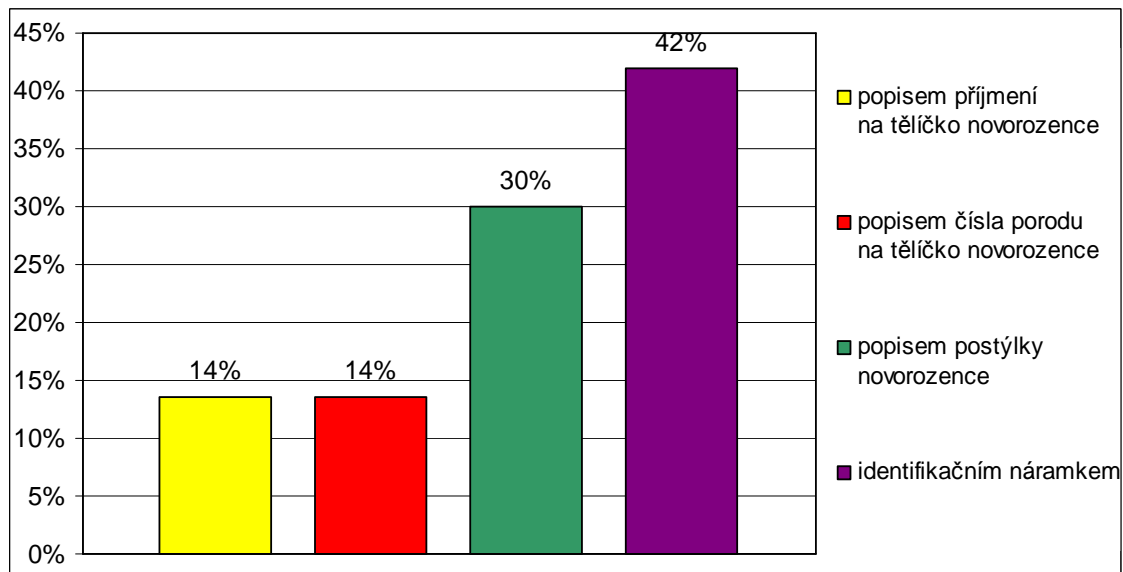
Z celkového počtu 60 respondentek (100 %) tvoří všeobecné sestry 3 %, to jsou 2 respondentky. Porodní asistentky jsou zastoupeny v 10 %, tj. 6 respondentek. Dětských sester je 52 (87 %). Ženská sestra se mezi respondentkami neobjevila.

Graf 4 Provádění bondingu na porodním sále



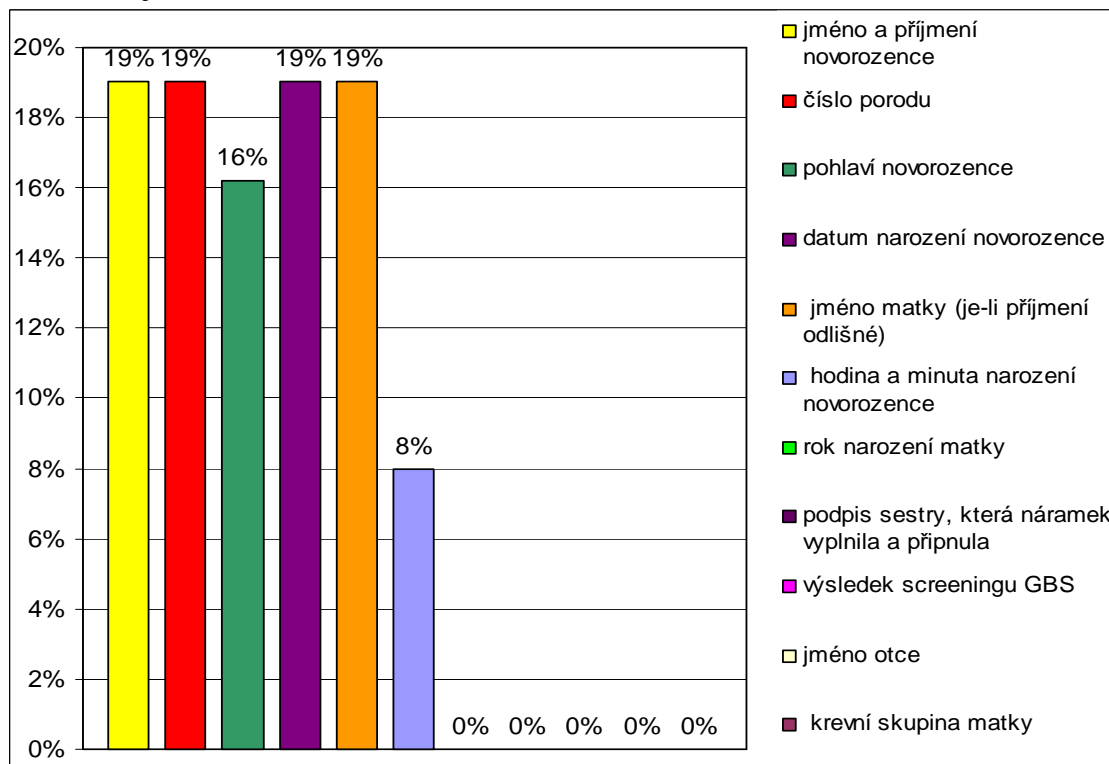
Z celkového počtu 60 respondentek (100 %) 18 respondentek (30 %) provádí bonding a zaznamenává jej do ošetrovatelské dokumentace novorozence. 31 respondentek (52 %) bonding provádí, ale do ošetrovatelské dokumentace jej nezapisuje. 11 respondentek bonding neprovádí, což činí 18 %.

Graf 5 Způsob značení novorozenců



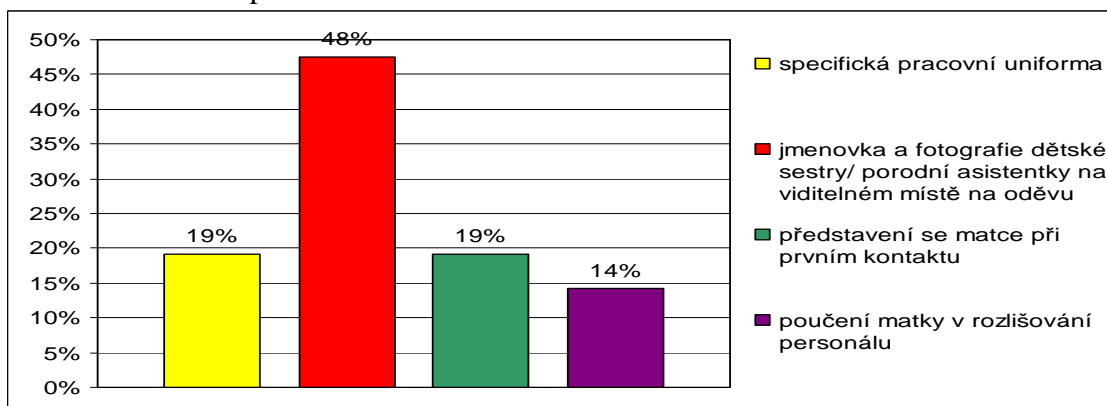
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 140 odpovědí (100 %) 19 respondentek (14 % všech odpovědí) používá popis číslem porodu / novorozence na tělíčko. 19 respondentek (14 % všech odpovědí) píše příjmení na tělíčko novorozence. 42 respondentek (30 %) doplňuje značení popisem postýlky / inkubátoru. 60 respondentek (42 % všech odpovědí) značí novorozence identifikačním náramkem.

Graf 6 Údaje na identifikačním náramku



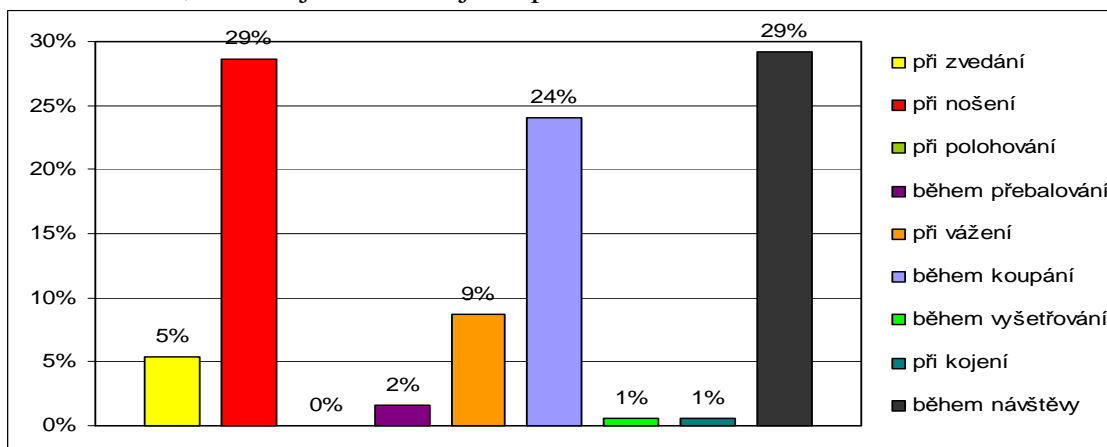
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 314 odpovědí (100 %) vypisuje 60 respondentek (19 % všech odpovědí) na identifikační náramek jméno a příjmení novorozence. 60 respondentek (19 % všech odpovědí) vypisuje číslo porodu. 51 respondentek (16 % všech odpovědí) píše pohlaví novorozence. Datum narození novorozence vypisuje 60 respondentek (19 % všech odpovědí). Jméno matky uvádí 60 respondentek (19 % všech odpovědí) a 23 respondentek (7 % všech odpovědí) hodinu a minutu narození. Rok narození matky, podpis, výsledek screeningu GBS, jméno otce a krevní skupinu matky nevyplňuje žádná respondentka.

Graf 7 Identifikace personálu



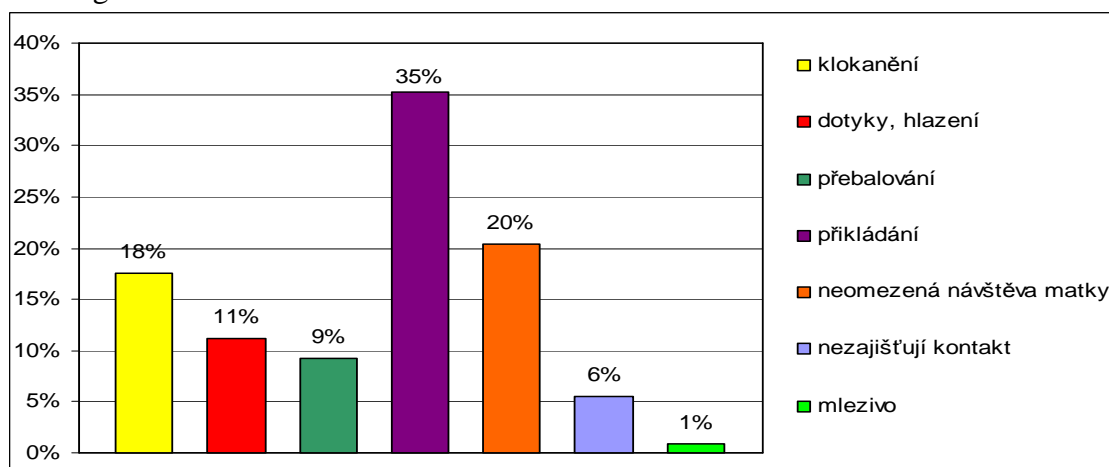
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 126 odpovědí (100 %) 24 respondentek (19 % všech odpovědí) nosí specifickou pracovní uniformu. 60 respondentek (48 % všech odpovědí) je označeno jmenovkou na viditelném místě na oděvu. 24 respondentek (19 % všech odpovědí) se představuje matce při prvním kontaktu. 18 respondentek (14 % všech odpovědí) poučuje matky v rozlišování personálu.

Graf 8 Situace, které nejvíce ohrožují bezpečnost novorozence



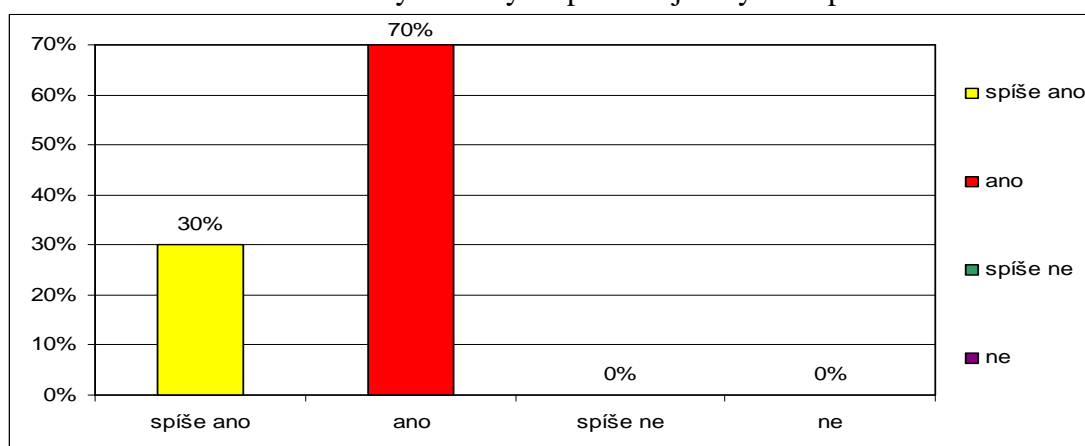
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 185 odpovědí (100 %) se 10 respondentek (5 % všech odpovědí) domnívá, že bezpečnost novorozence je ohrožena při zvedání. Nošení a přenášení novorozence jako nebezpečnou situaci uvedlo 53 respondentek (29 % všech odpovědí). Polohování neuvděla žádná respondentka. Přebalování jako potenciální nebezpečí uvedly 3 respondentky (5 % všech odpovědí). Ohrožení bezpečnosti vážením udává 16 dětských sester / porodních asistentek (9 % všech odpovědí), ohrožení koupáním uvádí 47 respondentek (24 % všech odpovědí). Vyšetřování jako situaci, při které může být novorozenec ohrožen, označila 1 respondentka (1 % všech odpovědí) a kojení též 1 respondentka (1 % všech odpovědí). Možnost ohrožení bezpečnosti novorozence během návštěvy uvádí 54 respondentek (29 % všech odpovědí).

Graf 9 Zajištění kontaktu matky a novorozence při ošetřování mimo systém péče rooming-in



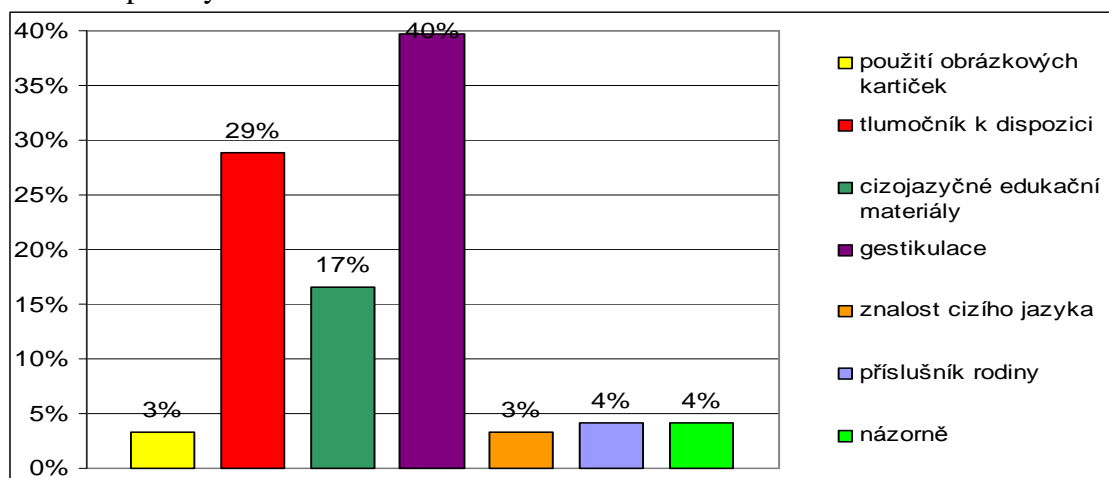
Respondentky měly možnost napsat jakýkoli kontakt matky a novorozence, který zajišťují. Otázka byla otevřená. Z celkového počtu 108 odpovědí (100 %) uvádí 19 respondentek (18 % všech odpovědí) klokanění jako možnost kontaktu, pokud to stav dítěte dovoluje. Dotyky a hlazení novorozence matkou podporuje 12 respondentek (11 % všech odpovědí). Přebalování a jiné zapojení do péče umožňuje 10 dětských sester / porodních asistentek, to je 9 % z celkového počtu odpovědí. 38 dětských sester / porodních asistentek (35 % všech odpovědí) zajišťuje přikládání novorozence k prsu. Neomezenou návštěvu matky u novorozence podporuje 22 respondentek, což činí 20 % všech odpovědí. 6 respondentek (6 % všech odpovědí) kontakt nezajišťuje vůbec. 1 dětská sestra / porodní asistentka (1 % všech odpovědí) zajišťuje mlezivo od matky.

Graf 10 Vliv komunikace sestry a matky na potřebu jistoty a bezpečí



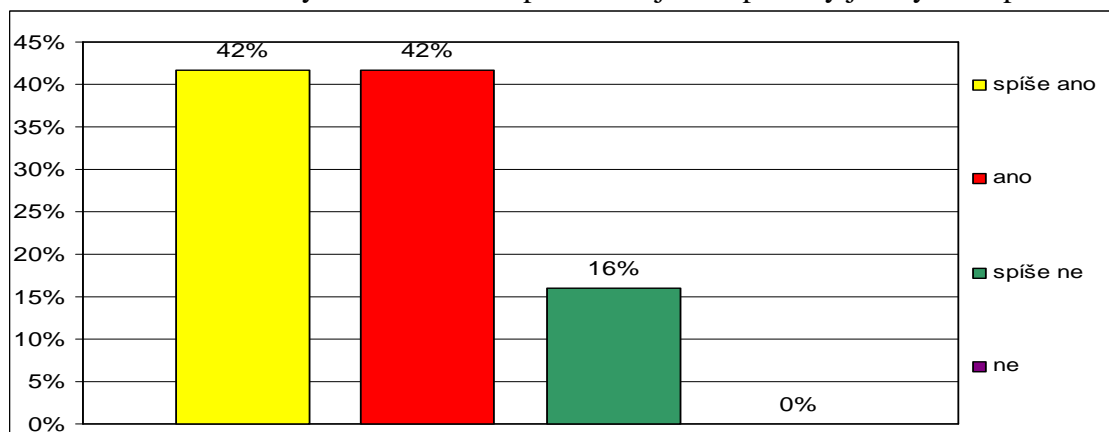
Z celkového počtu 60 dětských sester / porodních asistentek (100 %) zastává 42 respondentek (70 %) názor, že komunikace má vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Možnost spíše ano označilo 18 respondentek (30 %). Možnosti spíše ne a ne neoznačila žádná dětská sestra / porodní asistentka.

Graf 11 Způsoby edukace cizinek s komunikační bariérou



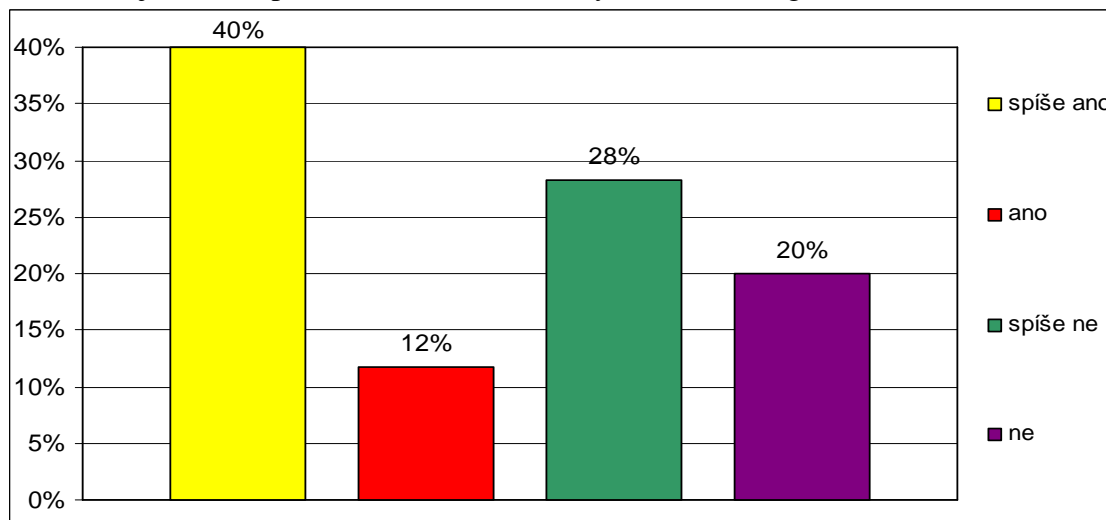
Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 121 odpovědí (100 %) 4 respondentky označily obrázkové kartičky (3 % všech odpovědí). Tlumočnicka k dispozici má 35 dětských sester (29 % všech odpovědí). 20 respondentek (17 % všech odpovědí) užívá cizojazyčné edukační materiály. Gestikulace využívá 48 respondentek (40 % všech odpovědí). 4 respondentky (3 % všech odpovědí) uplatňují k dorozumění vlastní znalost cizího jazyka, pokud jej lze použít. Možnost překládání příslušníkem rodiny, který lépe rozumí, volí 5 respondentek (4 % všech odpovědí). Názornou ukázkou taktéž volí 5 respondentek (4 % všech odpovědí).

Graf 12 Pozitivní vliv systému sdružené péče na zajištění potřeby jistoty a bezpečí



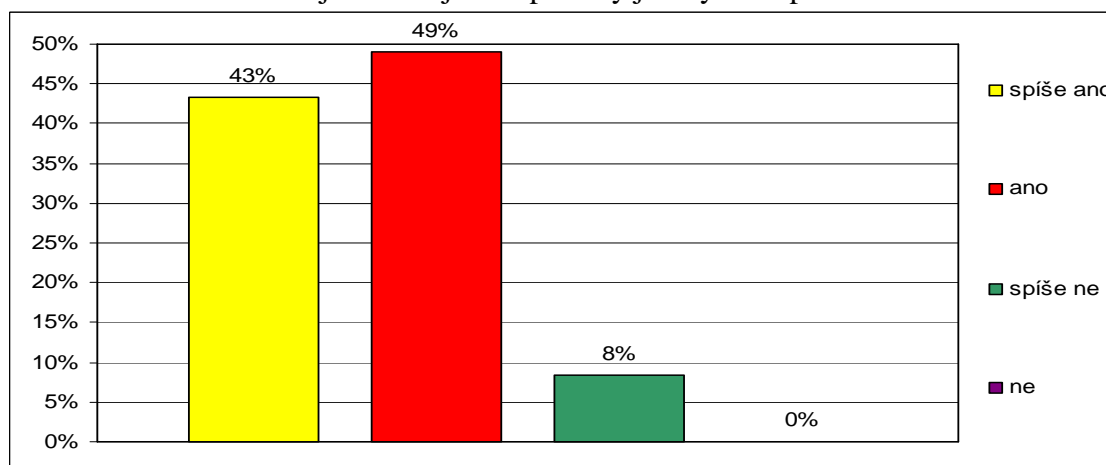
Z celkového počtu 60 dětských sester / porodních asistentek se 25 respondentek (42%) domnívá, že systém sdružené péče spíše má pozitivní vliv na zajištění potřeby jistoty a bezpečí. Stejný počet respondentek, tj. 25 (42 %), zastává názor, že systém sdružené péče má pozitivní vliv na potřebu jistoty a bezpečí. Podle 10 respondentek (17 %) spíše nemá pozitivní vliv na uspokojování této potřeby. Možnost ne nezvolila ani jedna respondentka.

Graf 13 Zajištění bezpečnosti novorozence v systému rooming-in



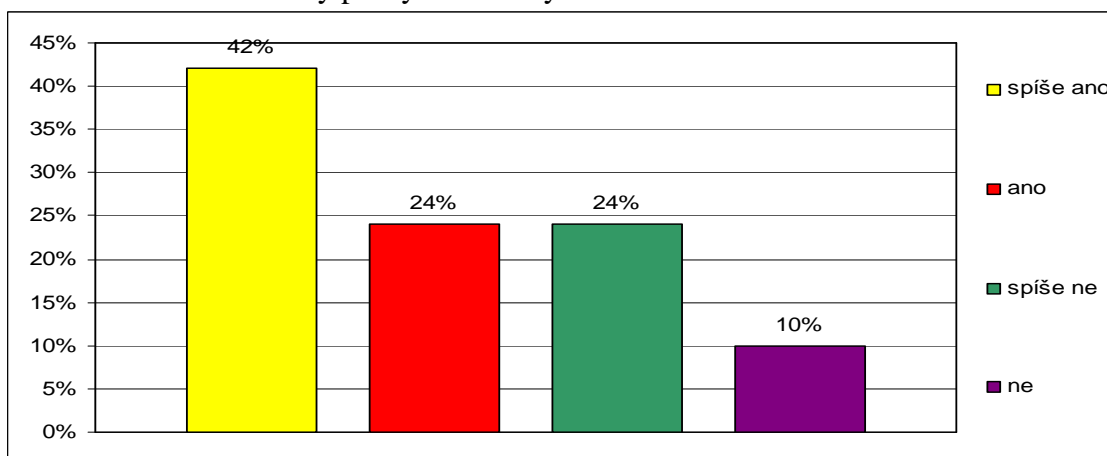
Z celkového počtu 60 respondentek (100 %) se 24 dětských sester / porodních asistentek (40 %) domnívá, že bezpečnost novorozence zajištěna systémem rooming-in spíše je. 7 respondentek (12 %) označilo ano, bezpečnost novorozence je v systému rooming-in zajištěna. 17 respondentek (28 %) uvádí, že bezpečnost novorozence zajištěna spíše není. 12 respondentek (20 %) se drží názoru, že bezpečnost novorozence není v systému péče rooming-in zajištěna lépe, než kdyby v tomto systému ošetřován nebyl.

Graf 14 Pozitivní vliv kojení na zajištění potřeby jistoty a bezpečí



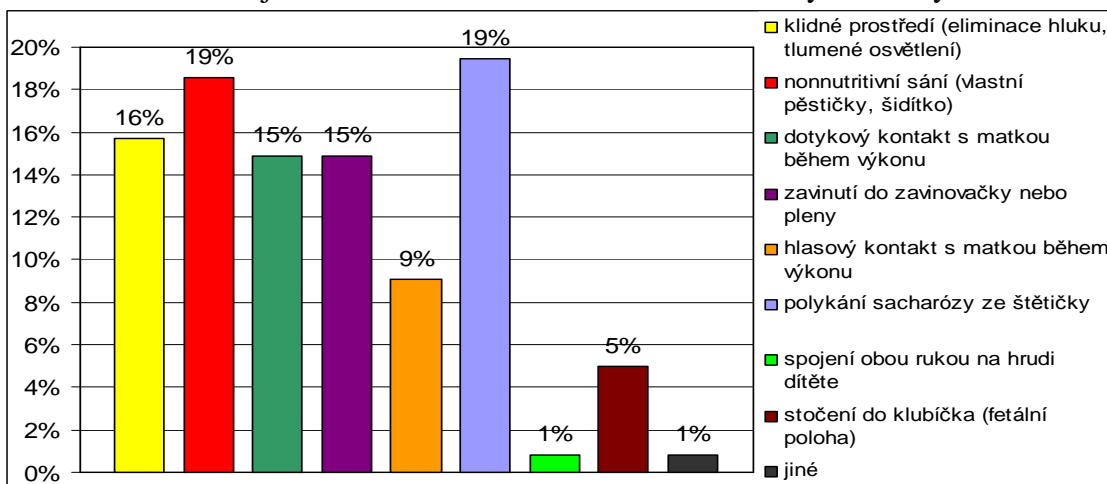
Z celkového počtu 60 dětských sester / porodních asistentek (100 %) udává 26 respondentek (43 %) vliv na kojení jako spíše pozitivní. 29 respondentek (49 %) se domnívá, že kojení má pozitivní vliv na zajištění potřeby jistoty a bezpečí. Názor, že kojení pozitivní vliv na tuto potřebu spíše nemá, uvádí 5 respondentek (8 %). Možnost ne uvedla žádná dětská sestra / porodní asistentka.

Graf 15 Přítomnost matky při vyšetření / výkonu u novorozence



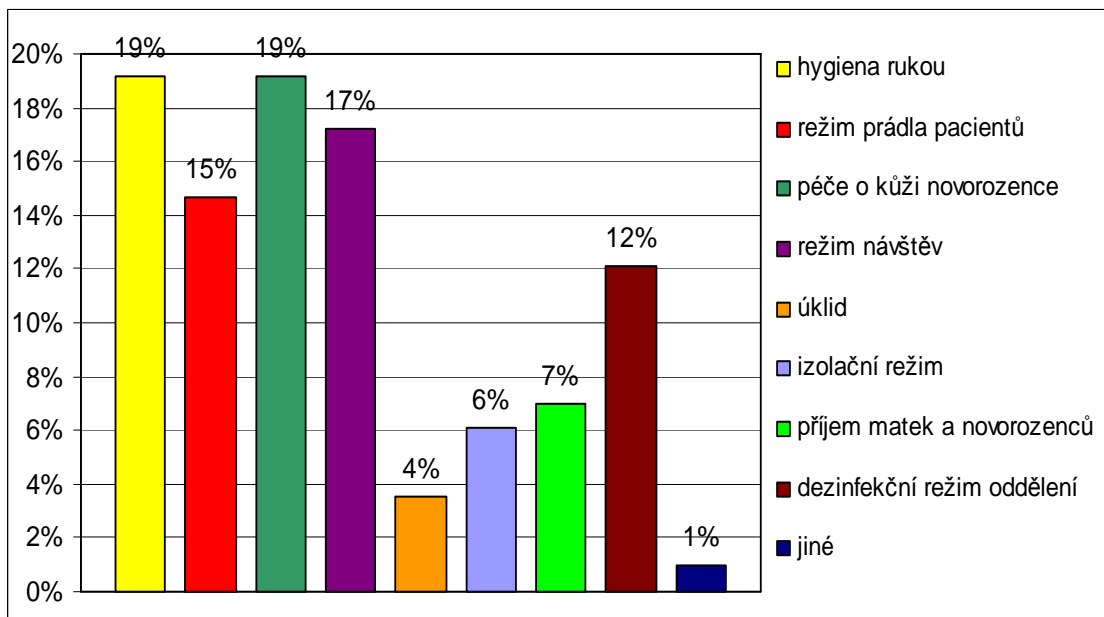
Z celkového počtu 60 dětských sester / porodních asistentek spíše vítá matku u vyšetření 26 respondentek (42 %). Přítomnost matky vítá 14 respondentek (24 %). Ve 14 případech (24 %) respondentky matku spíše nevítají. U šesti respondentek (10 %) matka u vyšetření / výkonu u novorozence vítána není.

Graf 16 Možnosti zajištění komfortu a tlumení bolesti během výkonů a vyšetření.



Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 242 odpovědí (100 %) se klidné prostředí snaží vytvořit 38 respondentek (16 % všech odpovědí). Nonnutritivní sání využívá 45 respondentek (19 % všech odpovědí). Dotykový kontakt s matkou umožňuje 36 respondentek (15 % všech odpovědí). Zavinutí do zavinovačky udává jako možnost 36 respondentek (15 % všech odpovědí). Hlasový kontakt jako volbu zajištění komfortu volí 22 respondentek (9 % všech odpovědí). 47 respondentek (19 % všech odpovědí) tiší bolestivé podněty při výkonech u novorozence podáním sacharózy na štětičce. Spojení obou rukou na hrudi dítěte praktikují 2 respondentky (1 % všech odpovědí). Fetální polohu zajišťuje 14 respondentek, to činí 5 % ze všech odpovědí. Možnost jiné zvolily 2 respondentky (1 % všech odpovědí).

Graf 17 Edukace matek v jednotlivých oblastech bariérové ošetrovatelské péče



Respondentky měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 313 odpovědí (100 %) edukuje matky 60 respondentek (19 % všech odpovědí) o hygieně rukou. 46 respondentek (15 % všech odpovědí) edukuje matku o režimu prádla pacientů. O péči o kůži novorozence edukuje matky 60 respondentek (19 % všech odpovědí). 54 respondentek (17 % všech odpovědí) edukuje matky o režimu návštěv, o úklidu informuje 11 respondentek (4 % všech odpovědí). Izolační režim je tématem edukace u 19 respondentek (6 % všech odpovědí). O příjmu matek a novorozenců informuje 22 respondentek (7 % všech odpovědí). Informace o dezinfekčním režimu na oddělení podává 38 respondentek (12 % všech odpovědí). V dalších oblastech edukují 3 dětské sestry / porodní asistentky, to činí 1 % všech odpovědí.

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu – kazuistiky

4.2.1 Kazuistika 1

Respondentka M1, 30 let. Vystudovala střední odbornou školu. Na poporodním oddělení hospitalizována třetí den. Toto těhotenství bylo respondentčino první, plánované. Těhotenství mělo fyziologický průběh.

Porod probíhal per vias naturales, narozen chlapec, v termínu porodu, hmotnost 3350 g. Poporodní adaptace novorozence proběhla bez komplikací. Otec dítěte byl přítomen u porodu „Byl mi velkou oporou, bez něj bych to nezvládla fyzicky ani psychicky. Moc jsme se na našeho prvního potomka těšili. Partner si přál být u porodu, já jsem z toho měla trochu obavy. Hned jak mě přijali k porodu, moje obavy se rozplynuly. Porodní asistentky i lékaři byli ochotní, na všechny dotazy mi odpověděli.“ Po porodu byl novorozenec ošetřen a poté položen na břicho matky ke kontaktu skin-to-skin. „Byl to úžasný zážitek, byla jsem vyčerpaná, ale šťastná. Pak mi děťátko vzali a oblékli ho, učesali a zabalili. Pak mi ho sestřička vrátila do náruče, mohli jsme tak spolu zůstat skoro půl hodiny. Měli jsme manželem dost soukromí na to, abychom našeho syna na světě přivítali. Pak přišla lékařka a chlapečka prohlédla.“ Informace, které respondentka od lékařky dostala, byly pro ni v tu chvíli dostatečné.

Matka si před porodem aktivně získávala informace. Absolvovala prenatální kurz. Byl však zaměřen pouze na informace o porodu a šestinedělí, nikoli na péči o dítě. Respondentka byla převezena po porodu na oddělení šestinedělí. „Uložili mě na pokoj a mohla jsem konečně odpočívat, syna jsem u sebe ještě neměla. Přivezli ho asi za půl hodiny. Sestřička se představila a řekla mi, jak rozeznám zdejší personál. Byla moc milá, ale tu jsem pak už za dobu hospitalizace neviděla. Upozornila mě na náramek, který měl chlapeček na ruce, zprvu jsem si ho ani nevšimla. Na porodním sále jsem to asi nevnímala. Přinesla mi všechny věci potřebné pro péči o miminko. Ukázala mi přebalování a pak jsme zkoušeli kojení. Chlapeček byl moc šikovný, potěšil mě, že se tak pěkně přisává.“

„Asi po šesti hodinách jsem vstávala se sestřičkou do sprchy, ale necítila jsem se nejlépe, točila se mi hlava. Dětské sestřičky mi synka ještě pár hodin pohlídaly, než jsem mohla bezpečně sama o něj pečovat. Trochu mě to mrzelo, ale zároveň nutilo dát se dohromady. Dětská sestřička mi ukázala, kam dám špinavé prádlo, kde najdu čisté, upozornila mě na mytí rukou. Pro mě je to samozřejmost, dělám to automaticky. Sestřička mi také předvedla, jak mám používat plastové tvarovače bradavek, ale nepoužívala jsem je. Pomohla mi zaujmout polohu pro kojení, ukázala mi, jaké máme možnosti polohy střídát. Vsedě mi to zatím nevyhovuje, takže jsme začali vleže. Zpočátku nám to vleže moc nešlo, ale druhý den už jsem si byla jistá, že to zvládneme.“

Respondentka preferuje pro kojení polohu vleže na boku.

Matce byla předvedena manipulace s novorozencem, chování, přebalování a ukládání do postýlky. Byla překvapena skutečností, že nesmí nechat miminko samotné na pokoji, když půjde na oběd. *„Vždyť doma bude také samotné, když bude spát.“* Respektovala však instrukce personálu a novorozenec byl v době matčiny nepřítomnosti na pokoji pod dohledem na inspekci. Byla také upozorněna na vození děťátka v postýlce po oddělení. Matka udává spokojenost s poskytnutými informacemi. *„Když mi ukazovali koupání, byla jsem ráda, že poprvé koupala sestřička, nevěděla jsem totiž, že sama budu koupat až doma. Vím, jak mám pečovat o genitál a o kůži děťátka.“*

Respondentka byla informována o odběrech krve z patičky na screening metabolických chorob. Odmítla se odběru zúčastnit. *„Nechtěla jsem být u toho, až ho budou píchat do patičky, raději jsem čekala na pokoji, až mi ho sestřička přiveze. Všechny informace o odběru jsem pochopila a byly pro mne dostatečné. Bohužel u odřezávání zbytku pupeční šňůry jsem být přítomna musela. Nakonec to nebylo tak hrozné, čekala jsem, že malý bude plakat. Když mě však sestřička ujistila, že to je zákrok nebolestivý, uklidnila jsem se.“* Péče o pupeční jizvu respondentce problém nedělá. Je poučena, jak má jednat v případě, že by se v domácím prostředí objevilo zarudnutí nebo sekrece z jizvy.

V otázce hodnocení přístupu personálu udává respondentka maximální spokojenost. *„Všichni byli milí, sympatičtí, sestřičky ochotné i uprostřed noci, když jsem si je volala, protože malý zvracel plodovou vodu. Jsem ráda, že se ještě najde personál, který jedná*

lidsky. Chtěla bych poděkovat za péči, kterou jste mi věnovaly. Domů budu odcházet s pocitem jistoty a bezpečí, že se o své dítě dokážu postarat.“

Během pozorování bylo zjištěno, že respondentka přes udávanou jistotu v manipulaci s dítětem dostatečně nepodpírá hlavičku novorozence při zvedání z postýlky. Při přebalování zdvihá vysoko nad podložku dolní polovinu těla dítěte. Během přípravy na otírání zapoměla matka čisté oblečení pro dítě. Také bylo nutné jednou upravit polohu matky při kojení vleže. V ostatních pozorovaných oblastech péče a manipulace se chyba nevyskytla.

4.2.2 Kazuistika 2

Respondentka M2 je ve věku 31 let. Vystudovala gymnázium. Se svým s manželem mají již jedno dítě. Na oddělení šestinedělí je hospitalizována třetí den.

Toto těhotenství bylo respondentčino třetí. Z prvního se narodila holčička, spontánní cestou, nyní šestiletá, kojená třináct měsíců, zdravá. Druhé těhotenství skončilo potratem v 8. gestačním týdnu. *„Byl to pro nás šok, tak dlouho jsme na druhé dítě čekali. Pokoušeli jsme se o ně skoro dva roky. Byli jsme moc šťastní, že to už napotřetí vyšlo. Báli jsme se, hlavně v počátku. Naštěstí těhotenství probíhalo bezproblémově, i přesto mě můj gynekolog kvůli tomu předešlému potratu více sledoval.“*

Porod probíhal přirozenou cestou, dva týdny před termínem. Respondentka udává: *„Byl to fojr. Doma mi začaly bolesti a když mi odtekla plodová voda, vyrazili jsme na cestu. Přijali mě na porodní sál a za hodinu byl chlapeček na světě“.* Jako doprovod k porodu měla manžela. Byl jí velkou oporou, pomáhal zejména při dýchání.

Novorozenému chlapečkovi navážili 3050 gramů. Na otázku poporodního vývoje zdravotního stavu odpovídá: *„Po narození hned křičel. Dali mi ho na břicho, byl celý mokrý a ulepený. Pak přestřihli pupeční šňůru a sestřička ho odnesla na pultík k ošetření. Trochu ho otřela, dala mu plínku a přinesla mi ho zpátky. Položila mi ho na prsa a přikryla peřinkami. Byl to krásný pocit. Už neplakal, úplně se uklidnil. Koukali jsme s manželem na něj, ale měl očička ještě zavřená. Chytl můj prst do dlaně. Pak sestřička zkoušela kojení, kvůli placentě, která ještě nebyla porozená. Za chvíli už byla*

venku. Pan doktor mě zašival a chlapečka přišla prohlédnout paní doktorka. Říkala, že je v pořádku, ale další věci si už nepamatuju. Vůbec jsem se nemohla soustředit. Potom ho oblékli a dali tatínkovi pochovat. Nic neříkal, ale určitě byl moc rád, že už to máme za sebou. Syn tam s námi strávil celou dobu, byl v takovém akváriu z plexiskla. Ležel hned vedle mé postele, ale jak tam byl zavřený, nemohla jsem se ho dotýkat“. Udává, že jí to bylo líto, že si syna nemůže chovat, ale bála se ho vyndat, aby se personál nezlobil. Na otázku dostatku času a soukromí konstatuje, že „nikdo zbytečně nevyrušoval“, čas využili k odpočinku a informování rodiny o novém přírůstku. „Asi za hodinu a půl nás převezli sem na šestinedělí“.

Na otázky související s vyhledáváním informací o péči o miminko přiznává, že aktivně žádné nehledala. „Budu čerpat ze svých vlastních zkušeností. Je to sice už nějaký čas, ale snad se zase tolik nezměnilo. Jen ty růžové dupačky budu muset vyměnit za modré“, usmívala se. Pokud by nějaké změny v péči o novorozence byly, důvěřuje personálu, že jí je sdělí.

„Po příjezdu na oddělení mě sestřičky z gynekologie uložily na pokoj, kde už byly dvě maminky. Dostala jsem injekci na stahování dělohy a měla jsem odpočívat. Chlapečka mi přivezli asi za půl hodiny, konečně jsem si ho mohla vzít k sobě a pořádně si ho zblízka prohlédnout. Už koukal a vypadal spokojeně. Dětská sestřička se představila a vysvětlila mi, jak rozeznám sestřičku maminkovskou od sestřičky miminkovské. Také mi pomohla s přisáváním ke kojení. Moc nám to nešlo, mám plošší bradavky, i u prvního dítěte jsem zpočátku používala silikonové kloboučky, než se bradavky sáním vytvarovaly. Sestřička mi přinesla plastové tvarovače a vysvětlila mi, jak se používají a jak se o ně má pečovat, protože ty jsem neznala a nikdy nepoužívala.

Asi po šesti hodinách po porodu jsem vstávala se sestřičkou do sprchy. Vysvětlila mi, jak probíhá šestinedělí, jak mám pečovat o šití, kde najdu jaké pomůcky a čisté prádlo. Ujistila mě, že mohu kdykoli přijít, nebudu-li si vědět rady. Pak přišla dětská sestřička a přinesla věci pro malého. Ukázala mi všechny pomůcky, kde co najdu, kam dám špinavé plínky, kam dám použité prádlo od miminka.“

Respondentka udává, že za 6 hodin od porodu byla schopna sama pečovat o dítě. Na otázku identifikace udává, že dětská sestra kontrolovala číslo náramku miminka i číslo

náramku maminky. „Nevím, jestli bych svoje dítě poznala, ale tohle je dobrý způsob, jak předejít nějaké záměně. Ani bych si to nedokázala představit, kdyby mi přinesli jiné miminko. Pamatuji si, že mi sestřička na porodním sále říkala, že malý dostane taky náramek. Největší jistotou ale bylo to, že jsem ho měla pořád pod dohledem, že ho nikam neodnášeli na ošetření“.

Během hospitalizace dostala respondentka další informace týkající se kojení, byly jí předvedeny 3 polohy pro kojení, ona sama však preferuje zatím jedinou, a to na vleže na boku kvůli bolestivosti šití. S edukací v hygienické péči byla velmi spokojena. „Hlavně mě zajímala péče o genitál chlapečka, protože doma máme holčičku. Sestřička byla moc milá, trpělivě mi všechno vysvětlila a předvedla. Myslím si, že přebalování ani koupání nebude problém, pomůže mi manžel. Zkušenosti mám, takže to bude jen otázkou cviku“. Respondentka vyjádřila váhání, pro které plínky se rozhodnout. Před lety používala papírové, ale nyní je trend v látkování, tj. používání klasických bavlněných plenek.

K odběrům krve z patičky na metabolický screening se stavěla pozitivně. Vím, že choroby, které se vyšetřují, jsou vážné, takže jsem se odběru i zúčastnila. Sestřička mi vysvětlila, jak bude odběr probíhat, jak se dozvím výsledky a co můžu pro malého udělat. Byl statečný, plakal jen chvíli, dostal totiž do pusinky nějaké lízátko. Mluvila jsem na něj po celou dobu odběru, naštěstí jsme to měli rychle za sebou.

Respondentka nemá před propuštěním žádné dotazy. Ví, že existuje horká linka, kam se může vždy obrátit, nebude-li si s něčím jistá.

Respondentka udává, že informace, které dostala v průběhu hospitalizace, velmi přispěly k pocitu jistoty a bezpečí. Nestalo se, že by byly protichůdné. Sestřičky se prý chovaly profesionálně, obdivuje jejich trpělivost, hlavně s maminkami, které rodily poprvé. Ocenila milý a sympatický přístup, ochotu a vlídnost kdykoli během dne i noci. „Byla jsem tu opravdu spokojena, ale už se přece jen těšíme domů“.

Během pozorování matky nebyla zjištěna žádná chyba v oblastech poskytované péče. Matka zvládá přebalování, manipulaci s novorozencem, správně příkládá ke kojení, umí zaujmout vhodnou polohu. Při otírání novorozence má jisté pohyby, počíná si zručně. Dodržuje bariérový režim, respektuje transport novorozence po oddělení. Během návštěv nebyl novorozenec mimo svou postýlku.

4.2.3 Kazuistika 3

Respondentka M3 je čtyřiaadvacetiletá novopečená maminka. Vystudovala na středním odborném učilišti. Respondentka je hospitalizována 3.den na poporodním oddělení. „*Těhotenství nebylo plánované, ale ne nečekané*“, uvádí. Těhotenství bylo zjištěno v 11. gestačním týdnu. Probíhalo fyziologicky, bez subjektivních i objektivních potíží, respondentka nebyla hospitalizována.

Porod proběhl spontánní cestou v termínu. „*Když mi začaly bolesti, hned jsme jeli do porodnice. Natočili mi monitor, lékař mě vyšetřil a poslal zpátky domů, že to jsou poslíčci a k porodu to ještě není. Překvapilo mě to, protože bolest byla silná. A opravdu, dva dny byl klid. Pak mě to začalo zase bolet, stejně jako předtím, tak jsme vyčkávali, jestli to přestane. Jenže to nepřestávalo, tak jsme vyjeli. To už si mě tu nechali, přítel čekal v autě a pak ho zavolali k porodu. Byl víc vystrašený než já. Porodní asistentky mi řekly všechno, co se bude dít, takže ani nebylo čeho se bát.*

Narodila se holčička s porodní hmotností 3250 gramů. Poporodní adaptace proběhla bezproblémově. „*Holčičku mi ukázali a hned jí odnesli otřít od krve a vody. Za chvíli už jsem jí měla na hrudi, celou ji přikryli peřinkou. Plakala, ale byl to nádherný pocit. Přítel z toho byl taky naměkko*“. Respondentka popisuje, jak se novorozenec plazil po hrudníku za prsem. „*Bylo to zvláštní, ani jsem nečekala, že mají takové schopnosti. Koukali jsme na ní a nevěřili jsme tomu, že už ji máme. Byla nádherná, svírala a otevírala svoje malé pěstičky.*“ Pak si novorozence převzala dětská sestra, aby ho doošetřila, oblékla a zabalila. Respondentka si zatím přetrpěla nepříjemné šití, které netrvalo dlouho. „*Holčičku nám dali zabalenou v peřince, přítel si ji mohl pochovat a já pak taky. Sestřička tam byla celou dobu s námi. Pak přišla paní doktorka, zase mi ji vzali, aby ji prohlédla. Nechtěla jsem ji dávat z ruky, myslím, že to mohlo počkat na pozdější dobu, ale chápu, že jsem tam nebyla sama. Znovu ji museli svléknout, to se jí vůbec nelíbilo, dala to najevo pořádným křikem. Alespoň jsem se dověděla, jestli je v pořádku*“. Na otázku dostatku soukromí udává, že ho neměli tolik, kolik by si přáli. „*Bylo to všechno nějaké rychlé, pořád kolem nás někdo chodil a pak mě najednou převezli na poporodní oddělení. Musela jsem se rozloučit s přítelem i s holčičkou.*“

Informace o péči o dítě respondentka vyhledávala na internetu, byla z toho však rozpačitá. Udává, že každý píše něco jiného, informace jsou protichůdné. V rodině respondentky nikdo malé dítě nemá, takže neví, za kým půjde pro radu, když jí chybí zkušenosti. Prenatální kurzy zaměřené na péči o dítě nenavštěvovala.

„Na oddělení mě uložila sestřička. Nevěděla jsem, kde zůstala holčička, ptala jsem se, ale sestra nevěděla. To jsem zase nevěděla já, že je to ženská sestra a s miminko nepracuje. Za chvíli dětská sestřička přišla i s malou. Ukázala mi náramek, který měla na ruce a hned jsem se uklidnila, že už mám miminko u sebe. Sestřička mi ukázala přebalování, ale moc jsem ji nevnímala. Jen taktak jsem pochopila, v jaké poloze mám kojit. Holčička zůstala u mě, tak jsme se mazlily. Cítila jsem se jako žena, jako matka. Vůbec jsem nečekala takové emoce, byla jsem unavená, přesto jsem se cítila silná.“

Respondentka vstávala za 6 hodin od času porodu. Dětská sestra jí znovu ukázala přebalování, pomůcky k péči o kůži, poučila ji o režimu prádla, bezpečné manipulace s dítětem. *„Se zvedáním holčičky z postýlky jsem si vůbec nevěděla rady. Nevěděla jsem, kde ji mám uchopit, aby mi nevyklouzla a něco se jí nestalo. Kroutila se jako žížala. Šlo mi to akorát v zavinovače, to jsem cítila větší jistotu. Byla tak mnohem pevnější. V noci, když jsem na ni neviděla, to bylo nejhorší, musely jsme na pokoji kvůli mně nechávat svítit malé světlo, abych ji vůbec mohla vyndat z postýlky, pochovat nebo přiložit ke kojení. Jednou jsem zazvonila na sestřičku, přišla a ochotně mi ji pomohla přebalit. Už jsem nevěděla co s ní, proplakala hodiny. Sestřička mě uklidnila, myslela jsem si, že se jí něco stalo, pomohla mi ji pochovat a utiřit.“*

Respondentka vyjádřila, že si není jistá, zda správně přikládá a má obavy o laktaci. *Vůbec nejhorší je to s kojením. Podle sestřičky mám bradavky docela slušné, kojím přes klobouček, ale malá se neudrží dlouho prisátá. Bud' pláče nebo usne, ale nic moc nevypije, takže ji musely dneska zase dokrmovat. Nevím, jak to naše kojení dopadne.* Matka byla podpořena v dosavadním úsilí a vyzvána k trpělivosti. Potřebovala dodat sebedůvěru, podpořit víru ve vlastní schopnosti a dovednosti.

Manipulaci s děťátkem podle svých slov zvládá již lépe než v předchozích dnech, úplně jistá si ale není. Vyděsí ji, když sebou holčička při přenášení nečekaně a prudce zahýbá.

„Prostě bez té zavinovačky to není ono, s ní se cítím mnohem jistější. Malá je v ní také spokojená, určitě si ji domů také pořídím.“

Odběr krve na metabolický screening vnímala matka jako nutné zlo. Zároveň vyjádřila pochopení, informace od dětské sestry pokládá za dostatečné a srozumitelné. Odběru se zúčastnila, holčičku během výkonu hladila a slovně utěšovala.

Přístup personálu hodnotí matka jako vstřícný, povzbuzující. Když potřebovala, dostala informaci srozumitelnou. V nácviku dovedností péče o dítě udává mírné rezervy, uvítala by zpětnou kontrolu či dohled nad manipulací s novorozencem, aby byla ujistěna, že postupuje správně.

Během pozorování byly zjištěny nedostatky v těch činnostech, které matka uvádí v rozhovoru. Poloha matky i novorozence pro kojení nebyla zaujmuta vhodně. Dítě leželo příliš daleko od matky, proto nedocházelo k jistému přiložení a přísávání novorozence. Pro zvedání novorozence z postýlky bez zavinovačky byl zvolen nejistý úchop. Matka 1x nechala dítě spát ve své posteli bez postranic a odešla na toaletu. Při mytí dítěte rovněž volila nesprávné uchopování. Během návštěvy bylo z důvodu pláče dítě chováno, tj. bylo mimo vlastní postýlku, přestože matka byla poučena o bezpečnostním režimu, který má při návštěvě zachovávat.

4.2.4 Kazuistika 4

Respondentka M4, šestatřicetiletá dvojnásobná matka, na poporodním oddělení hospitalizována 5. den. Absolvovala vysokoškolské vzdělání.

Toto těhotenství bylo respondentčino třetí, plánované, kromě hyperemese v 1. trimestru s fyziologickým průběhem. Hospitalizována nebyla. Předchozí těhotenství, druhé, probíhalo fyziologicky, spontánně porozena dcera, dnes pětiletá, kojená 11 měsíců, zdravá. První těhotenství bylo uměle přerušeno na žádost respondentky.

Porod probíhal zpočátku per vias naturales, pro hrozící hypoxii plodu ukončen císařským řezem. Respondentka byla k pooperační péči převezena na jednotku intenzivní péče ženského oddělení. Narodeno děvče, v 37. týdnu gestačního stáří,

hmotnost 2900 gramů. Poporodní adaptace proběhla bez komplikací. Otec dítěte byl přítomen poporodnímu ošetření.

Respondentka si na první informace o stavu dítěte pamatuje matně, zřejmě zbytkovým vlivem anestezie. Vzpomíná si pouze na informaci od personálu, že má holčičku. „*Moc mě potěšilo, že jsem později na stolečku našla lísteček se jménem holčičky a její porodní hmotnost. Upírala jsem na něj svůj zrak, dokud mi ji nepřinesli. Bylo to nekonečně dlouhé, měla jsem pocit, že čekám věčnost. Když mi jí sestřička přivezla, řekla mi jen málo informací. Asi bych už v tu chvíli uvítala víc, například kde vlastně je, jestli nemusí být v inkubátoru, když mě najednou odvezli na operační sál. Odpoledne mě mohl navštívit manžel. Vozili mi ji na kojení každé tři hodiny, jenže nám nešlo přisávání, moc se mi nedařilo jí pomoci. Bolel mě každý pohyb, tak jsem se nemohla správně natočit. Bylo mi jí líto, že trpí hlady. Těšila jsem se, až mě přeloží na poporodní oddělení a budu moci být s ní. Chtěla jsem ji mít u sebe déle, než jen na tu chvíli, co ji přivezli. Alespoň hodinu, abychom se mohly pořádně seznámit a pomazlit“.*

Po překladu na oddělení šestinedělí byla pacientka seznámena s personálem novorozeneckého oddělení, jak ho rozezná od sestřiček ženského oddělení. „*To, že máte každý jinou uniformu, je dobrý rozlišovák, protože jmenovky jsou hůře čitelné“.* Identifikační náramek hodnotí respondentka jako dostatečný způsob, jak zabránit záměně novorozenců.

Dále byla respondentka poučena o systému bariérové péče, mytí rukou, dezinfekci přebalovacího pultu a odkládání použitého prádla. S informacemi o kojení udává velkou spokojenost, ocenila přístup dětské sestry, která jí doporučila a naučila zacházet s kloboučky. „*Škoda, že mi ho nepřivezli už na JIP, ušetřila bych si spoustu slz“.* Příkládání stále ještě činí respondentce problémy, spíše z hlediska vlastního zdravotního stavu. „*Je to rozdíl, po prvním porodu jsem se mohla starat o své miminko v podstatě hned, teď jsem po operaci pátý den a stále si přijdu taková nemotorná, kvůli bolesti nejsem tak rychlá.“* Doposud bylo nutné novorozence ke kojení přiložit personálem, protože matka nebyla schopna sama ho vyndat z postýlky a polohu zaujmout. Respondentce byla názorně předvedena poloha v polosedě vhodná pro matky po císařském řezu a naučila se ji zaujímat a sama příkládat.

Největší strach má respondentka z manipulace s děťátkem. „*Zdála se mi tak křehká, maličká. První dítě mělo skoro 4 kila, tak je to nezvyk. Když ji zvedám v zavinovače, nemám takový strach jako při zvedání jen tak bez ničeho, bez zpevnění. Nejhorší je to při odřívání, mám pocit, že klimbá hlavou sem a tam. Doufám, že se to časem zlepší. Při ukázce koupání mi sestřička poradila, jaký je nejbezpečnější úchop, tak ho používám, i když malá není zrovna mokrá. Myslím, že se to po těch třech dnech strávených společně zlepšuje.* S informacemi o péči o dívčí genitál uvádí respondentka spokojenost.

Při otázce týkající se odběru krve z patičky na novorozecký screening metabolických chorob respondentka udává, že jí bylo důkladně vysvětleno, jak bude odběr probíhat, jak se dozví výsledky vyšetření a byla jí umožněna přítomnost u odběru. Uvádí, že poskytnuté informace byly srozumitelné a dostatečné. Holčička dostala sacharózu na štětičce jako metodu tlumení bolesti vpichu, měla hlasový kontakt s matkou.

Při celkovém hodnocení personálu neonatologického oddělení vyjadřuje respondentka spokojenost s edukací v péči o miminko, se vzájemnou komunikací s personálem. Díky vstřícnému přístupu personálu cítila během hospitalizace jistotu i bezpečí. Ocenila by však více informací o stavu dítěte po porodu, a to tehdy, až když je plně při vědomí. Přestože je respondentka dvojnásobnou matkou, uvítala by také opakování a kontrolu manipulace s novorozencem.

Při pozorování nebyly zjištěny zásadní nedostatky týkající se manipulace s novorozencem a chyby v poskytování ošetrovatelské péče matkou. Matka vyjádřila nejistotu v těchto úkonech, přestože doma již potomka má. Byla ujištěna o správnosti svého počínání, podpořena její sebedůvěra. Respondentka respektovala bariérový systém péče, transport miminka po oddělení, dodržovala režim návštěv.

4.2.5 Kazuistika 5

Respondentka M5, matka je ve věku 20-ti let, hospitalizována sedmý den. Pracuje a zároveň je studentkou vysoké školy. Když zjistila, že je gravidní, přerušila studium.

Jedná se o první těhotenství respondentky, gravidita probíhala fyziologicky, respondentka nebyla hospitalizována.

Porod probíhal zpočátku přirozenou cestou, pro nepostupující porod ukončen císařským řezem. Z operačního sálu byla převezena na oddělení intenzivní pooperační péče, kde respondentka strávila tři dny. Narozen chlapec s porodní hmotností 3700 gramů. Poporodní adaptace proběhla bez komplikací. Otec dítěte byl přítomen poporodnímu ošetření.

Respondentka navštěvovala předporodní kurz, avšak ten byl zaměřen na průběh porodních dob, péče o novorozence do osnov zařazena nebyla.

„Vlastně jsem ani nevěděla, proč mě operovali. Zřejmě ten porod trval moc dlouho, byla už jsem unavená, prostě mi došly síly, tak jsem to uvítala. Najednou kolem mě začali všichni běhat a za chvíli už jsem byla na operačním sále. Když jsem se probudila, přivezla mi sestřička ukázat synka. Moc si nepamatuju, co mi říkala. Přítel mě mohl večer navštívit Mrzelo mě, že jsme to nezvládli přirozenou cestou. Nečekala jsem, že císařský řez tak bolí. Nikdy jsem žádnou operaci nepodstoupila, tak jsem nevěděla, do čeho jdu. Když vidím, jak jsou maminky po normálním porodu schopné starat se o své miminko hned, závidím jim. Tři dny jsem byla na JIP, syna za mnou sice vozily sestřičky každou chvíli, ale teď vidím, o co všechno jsem za ty dny přišla.“ Informace, které byly respondentce poskytnuty, považuje za dostatečné. *„Sestřičky mi vždycky řekly, jak se malý měl za tu dobu, co jsem ho neviděla.“*

„Pak mě převezli sem k vám na šestinedělí. Ještě jsem se necítila nejlíp, ale už jsem mohla být společně se svým synem.“ Matka byla poučena dětskou sestrou o péči o prsa, použití tvarovačů bradavek a polohách pro kojení. Vyjádřila spokojenost s poskytnutými informacemi. Dále jí byl nastíněn hygienicko-epidemiologický režim ve smyslu zacházení s použitým prádlem, dezinfekce ploch po přebalování a vážení na

pokoji matek a mytí rukou. Staví se k němu pozitivně, dělá to přece pro své dítě, jak uvedla.

Matka byla poučena o bezpečném transportu novorozence po oddělení, správné manipulaci s novorozencem, přebalování, oblékání, chování a režimu návštěv v návštěvní chodbě. *„Nejdřív mi vůbec nešlo vyndávat syna z postýlky. Při shýbání pro něj mě velmi nepříjemně tahala jizva po operaci. K tomu nejistota při jeho držení, žloutenka a myslela jsem si, že to vůbec nezvládneme. Ten první den, co jsme tu byli společně, se na mě navalilo tolik informací, malý plakal, ale nechtěl pít a tehdy jsem byla opravdu zoufalá. Sestřička si toho všimla a povzbudila mě. Informace o žloutence, které mě v tu chvíli zajímaly nejvíc, jsem ale nedostala. Chodili ho měřit třikrát za den, a až večer mi byl schopen někdo říci něco bližšího. Naštěstí se všechno za ty dva dny mnohem zlepšilo. Žloutenka pomalu klesá, malý už mnohem živěji pije, i já jsem se uklidnila. Dokážu už rozeznat, kdy má hlad nebo kdy chce být jen tak v mé blízkosti. Chovám ho a on se uklidní.“*

Informace, které jí byly poskytnuty ohledně přebalování a koupání, považuje za nedostatečné. Má pocit, že na všechno si musela přijít sama, nejvíce jí pomohla zkušenější maminka, která s ní sdílela pokoj *„Já jsem si nejdřív vybrala pěkné oblečení pro malého, a pak jsem zjistila, že mu ho musím obléknout přetažením přes hlavičku a nevěděla jsem, jak mu tam vlastně dám ručičky. Syn se vztekal a já byla nešťastná. Až maminka, která leží vedle, mi poradila, ať si беру oblečení, které mu nemusím přetahovat přes hlavu. To ona mi ukázala, jak správně obléknout košilku se zavazováním. Taký mi musela předvést polohu k odřihávání. Nevím, jestli si sestřičky myslely, že když už jsem v nemocnici čtvrtý den, že to všechno umím. Přitom to byl teprve náš první společný den.“*

Odběrů krve z patičky na screening metabolických chorob se matka nezúčastnila z důvodu trvající hospitalizace na JIP ženského oddělení. *„Vůbec jsem nebyla schopná vstát a nemočila jsem, proto si mě tam nechali déle. Samozřejmě mě to mrzelo.“* Informace o proběhlém odběru jí byly předány po příjezdu na oddělení šestinedělí, vyjádřila spokojenost, byly srozumitelné a dostatečné.

Nejméně jistá se respondentka cítí při přikládání ke kojení a při manipulaci, když je dítě rozbaleno.

Přístup personálu hodnotí respondentka velmi rozpačitě. Na školní stupnici, kdy 1 je nejlepší a 5 nejhorší, by označila stupeň 4. Informace, které dostávala v době hospitalizace na JIP, byly včasné a dostatečné. Taktéž personál neonatologického oddělení si udělal dostatek času. Po překladu na oddělení šestinedělí se poučení, ukázky a doporučení nahnuly do jedné hodiny, kdy nebyla schopna je všechny najednou vnímat. Konečně mohla mít syna u sebe, musela však věnovat více pozornosti předávaným informacím. *„Sestřičky už tak milé nebyly, když jsem se ptala na něco znovu, dávaly mi najevo, že tohle už mi přece několikrát opakovaly. Nakonec nejlepší byly informace od maminky, která leží vedle mě.“* Potřeba jistoty a bezpečí zde uspokojena nebyla.

Během pozorování bylo zjištěno, že hygienická péče a přebalování novorozence nečiní matce problémy. Nedezinfikovala však po přebalování přebalovací pult. Bylo nutné matce znovu předvést vzájemnou polohu při kojení, což vyjádřila i během rozhovoru. Také polohování novorozence na břicho, jaké jsem měla možnost vidět, je nutné provádět jen krátce a za stálého dohledu. Matka při návštěvě nerespektovala doporučení nevyndávat novorozence z postýlky a nechala ho chovat třetí osobou.

4.3 Výsledky kvalitativního výzkumu – kategorizované tabulky

Tabulka 1 Správnost provedení přebalování

Přebalování	M1	M2	M3	M4	M5	Σ
příprava pomůcek	1	1	1	1	1	5
manipulace		1		1	1	3
čištění genitálu	1	1	1	1	1	5
celkový počet odpovědí	2	3	2	3	3	13

Z pozorování bylo zjištěno, že všechny matky si správně připravily pomůcky k přebalování novorozence. Matky 2, 4 a 5 správně manipulovaly s novorozencem během přebalování, matky 1 a 3 nikoli. Taktéž mytí a čištění genitálu nečinilo matkám potíže.

Tabulka 2 Správný postup při kojení

Kojení	M1	M2	M3	M4	M5	Σ
péče o prsa	1	1	1	1	1	5
poloha matky			1	1		2
poloha novorozence	1		1	1		3
odříhnutí	1	1	1	1	1	5
celkový počet odpovědí	3	2	4	4	2	15

Z pozorování bylo zjištěno, že všechny matky správně pečují o prsa. Správnou polohu umí zaujmout matky 3 a 4. Matky 1, 2 a 5 neumí zaujmout polohu ke kojení. Správnou polohu novorozence umí zajistit matky 1, 3 a 4. Matky 2 a 5 správnou polohu novorozence nezajistily. Odříhnutí novorozence po kojení správně provádí všechny matky.

Tabulka 3 Správná manipulace s novorozencem

Manipulace	M1	M2	M3	M4	M5	Σ
zvedání			1	1	1	3
chování	1	1	1	1	1	5
ukládání	1			1	1	3
polohování	1	1	1	1		4
celkový počet odpovědí	3	2	3	4	3	15

Matky 3, 4 a 5 umí správně zvedat novorozence z podložky. Matky 1 a 2 zvedají novorozence nesprávně. Chovat své dítě umí všechny pozorované matky. Pokládat a ukládat umí správně matky 1, 4 a 5. Matky 2 a 3 ukládají své děti nesprávně. Polohování zvládají správně matky 1, 2, 3 a 4. Matka 5 polohovala své dítě nesprávně.

Tabulka 4 Správné provádění hygienické péče

Hygienická péče	M1	M2	M3	M4	M5	Σ
příprava pomůcek a lázně		1	1	1	1	4
mytí	1	1		1	1	4
péče o kůži	1	1	1	1	1	5
péče o pupík	1	1	1	1	1	5
celkový počet odpovědí	3	4	3	4	4	18

Matky 2, 3, 4 a 5 si správně připravily pomůcky a lázeň ke koupání novorozence. Matka 1 je připravila nesprávně. Mytí umí provést kromě matky 3 všechny ostatní správně. O kůži i pupeční jizvu správně pečují všechny pozorované matky.

Tabulka 5 Ostatní pozorované činnosti

	M1	M2	M3	M4	M5	Σ
dodržování bariérového režimu	1	1	1	1		4
správný transport po oddělení	1	1	1	1	1	5
dodržování režimu návštěv	1	1		1		3
celkový počet odpovědí	3	3	2	3	1	12

Bariérový režim oddělení dodržovaly matky 1, 2, 3 a 4. Matka 5 režim nedodržovala. Transport novorozenců po oddělení probíhal u všech pozorovaných matek správným způsobem. Režim návštěv respektovaly matky 1, 2 a 4. Matky 3 a 5 režim návštěv nedodržovaly.

5 DISKUSE

V bakalářské práci se zabýváme problematikou zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence na oddělení poporodní péče. Cílem 1 bylo zmapovat úlohu porodní asistentky / dětské sestry v zajišťování potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence. Byla stanovena hypotéza 1: Porodní asistentky/dětské sestry se podílejí na zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence. Zvolili jsme kvantitativní výzkumné šetření, techniku dotazníku. Výzkumný soubor tvořilo 60 dětských sester / porodních asistentek. Pro potvrzení hypotézy jsme vycházeli zejména z grafů 4, 5, 7, 9, 15, 16 a 17.

Z identifikačním údajů dětských sester / porodních asistentek nás zajímala délka praxe a nejvyšší ukončené vzdělání. Z výsledků je zřejmé, že 75 % dětských sester / porodních asistentek pracuje na neonatologickém oddělení více než 11 let (Graf 1). Domnívám se tedy, že jsou zkušenými poskytovatelkami ošetrovatelské péče. Jak jsme předpokládali, v oblasti vzdělání je nejvíce zastoupena skupina středoškolsky vzdělaných respondentek, a to v 70 % (Graf 2). Některé z nich mají další vzdělání, například specializaci ARIP. Vysokoškolsky vzdělaných respondentek je 21 %. Víme také, že dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. je nutné průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky (49, 59). Mezi respondentkami, které pečují o novorozence, je 87 % dětských sester a 10 % porodních asistentek (Graf 3). Dá se předpokládat, že se podíl bude v budoucnu zvyšovat, je totiž kompetencí porodní asistentky pečovat (mimo jiné) o zdravého novorozence a kojence do věku šesti týdnů (49).

Poporodní proces tvorby hlubokých emočních vazeb mezi matkou a dítětem, bonding, má podle Michaely Mrowetz (30) velký význam pro fyziologii matky a dítěte i zásadní psychologické důsledky. Z našeho šetření jsme zjistili, že 82 % dětských sester / porodních asistentek podporuje bonding (Graf 4), což lze považovat za velmi dobrý výsledek, pokud zvážíme, že 10-12 % porodů je dle Weberové (30) rizikových, tudíž bonding neumožňujících. Naše výsledky nejsou zcela v souladu s tvrzením Michaely Mrowetz, tj. že alespoň částečnou podporu bondingu zažije jen třetina matek a jejich

dětí (30). Domnívám se, že provádění bondingu je limitováno aktuálním stavem a vytížeností porodního sálu a zejména počtem ošetřujícího personálu. Překvapilo mě, že pouze 30 % dětských sester / porodních asistentek zapisuje provedený bonding do ošetrovatelské dokumentace novorozence. Přitom podle České asociace sester je profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace nedílnou součástí ošetrovatelské praxe a je známkou kvalifikovaného pracovníka (6).

V souladu s doporučením České neonatologické společnosti a provozními pokyny jednotlivých oddělení jsou novorozenci a jejich matky značeni identifikačními náramky (Graf 5). Značení provádí dětská sestra / porodní asistentka ideálně bezprostředně po narození na porodním lůžku v průběhu prvního kontaktu s matkou. Peschout (38) navrhuje, že značení novorozence by mělo probíhat, ještě než porodník (nebo rodič) odstříhne pupeční šňůru, neboť tak je docíleno skutečně toho, že nelze novorozence zaměnit. Rothová ve svém článku (42) uvádí názory lékařů na způsoby identifikace. Jeden z nich s Peschoutem souhlasí a považuje včasné a správné označení dítěte a matky za velmi důležitý moment při celém ošetřování novorozence. Značení je podle něj jedna z mála procedur, které je třeba provést bezprostředně po porodu. To jiný lékař zastává názor, že nejlepším způsobem zabezpečení je však skutečnost, že žena rodí v samostatném a uzavřeném porodním pokoji, odkud se dítě neodnáší, takže celou dobu zůstává na očích své matce. S tímto postojem nelze nesouhlasit, je totiž zřejmé, že přispívá k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí u matky. Jedna dotazovaná lékařka doplňuje, že případě císařského řezu je označení stejné jako na porodním sále a mamince se na identifikační pásku přepisuje jméno, pohlaví a pořadové číslo dítěte ve chvíli, kdy k ní sestra přinese miminko k prvnímu přiložení k prsu. (42) Doplnkové značení, jako popis na kůži dítěte nebo popis postýlky či inkubátoru, zvyšuje bezpečnost značení a uspokojuje potřebu jistoty a bezpečí u matky.

Zjišťovali jsme metody identifikace personálu neonatologického oddělení. Všechny respondentky jsou označeny jmenovkou na viditelném místě na oděvu, což je považováno za základní identifikační prvek zdravotnického personálu. Obrovským překvapením pro mě bylo zjištění, že pouhých 24 respondentek ze 60 se představuje matce při prvním kontaktu (Graf 7). Dle mého názoru vlastní představení se patří mezi

zásady slušného chování a domnívám se, že tímto způsobem může být snižována prestiž našeho povolání. Těžko můžeme očekávat od matky, že s námi naváže důvěrný vztah, díky kterému uspokojíme potřebu jistoty a bezpečí, když není informována o tom, kdo o její děťátko pečuje. Zejména první den, kdy se na matku navalí spousta nových informací a doporučení, může být nejistá a neví, na koho se obrátit.

Chtěli jsme zmapovat situace, které podle dětských sester / porodních asistentek nejvíce ohrožují bezpečnost novorozence (Graf 8). Suverénně „zvítězily“ tyto 3 činnosti: nošení a přenášení, koupání a doba návštěv, kdy je novorozenec mimo mateřský pokoj a zároveň není pod dohledem personálu. Vlastní zkušenosti z praxe to potvrzují. Je proto nezbytně nutné, aby byly matky v těchto oblastech opakovaně vhodně poučovány a kontrolovány.

Otázka na metody zajištění kontaktu matky s novorozencem, pokud nemohli být ošetřováni společně v systému rooming-in, byla koncipována jako otevřená, kde mohly dětské sestry / porodní asistentky vypsát jakoukoli možnost kontaktu, kterou zajišťují. 38 respondentek, což je nadpoloviční většina, zajišťuje přikládání novorozence k prsu, čímž je podporována laktace a tím zabezpečení optimální výživy (Graf 9). Neomezenou návštěvu matky u novorozence podporuje 22 respondentek. Jako další metody umožňující kontakt matky a novorozence uvádějí dětské sestry / porodní asistentky klokanění (19 respondentek), dotyky a hlazení (12 respondentek), zapojení do péče přebalováním (10 respondentek). Jako překvapující se jeví odpověď 6 respondentek, že kontakt nezajišťují. Přitom potřeba snadného přístupu k matce a potřeba rodičovské péče patří v rámci uspokojování potřeby jistoty a bezpečí mezi nejdůležitější.

Způsoby edukace matek-cizinek označovaly respondentky v otázce 11. Edukace je jedna ze základních povinností a každodenních profesionálních činností zdravotnických pracovníků (zejména dětských sester / porodních asistentek na oddělení poporodní péče), která významným způsobem ovlivňuje komfort pacientek a kvalitu poskytované péče. Sestry mohly označit více odpovědí. Nejvyšší podíl odpovědí (40 %) má gestikulace, kterou používá 48 respondentek. Tlumočnicka k dispozici má 35 dětských sester / porodních asistentek, to je více než polovina celkového počtu

respondentek, což je mile překvapující. Přítomnost tlumočnicka je důkazem prestižního zdravotnického zařízení, že je poskytována kvalitní péče i občanům jiných národností. 4 respondentky uplatňují při edukaci vlastní znalost cizího jazyka, pokud jej lze použít.

Názory dětských sester / porodních asistentek na bezpečnost novorozence v systému rooming-in jsou zpracovány v grafu 13. Nadpoloviční většina respondentek (52 %) odpověděla ano a spíše ano, bezpečnost novorozence je zajištěna. Rooming-in však vyžaduje posouzení zdravotního stavu matky a důvěru v matčiny schopnosti se o novorozence postarat. Pokud by měla dětská sestra / porodní asistentka pečující o novorozence pochybnosti o schopnosti matky se o dítě postarat, je nutná kontrola a opětovná edukace, aby byla bezpečnost novorozence kvalitně zajištěna.

Přítomnost matky u vyšetření / výkonu u novorozence je vítána dvěma třetinami dětských sester / porodních asistentek, což považují za dobrý výsledek (Graf 15). Důvody, proč vítána spíše není a není, mohou být nervozita z její přítomnosti, znejistění, jestli výkon proběhne bez komplikací nebo tréma, kdy musí výkon provést pod přísným pohledem matky. Výhody přítomnosti matky u výkonu však převažují: matka může pomáhat zajistit komfortní polohu při výkonu, podílí se na odpoutání pozornosti od bolesti, hlasově i hmatově kontaktuje své dítě, poskytuje mu pocit bezpečí, že není samo a v neposlední řadě dostává matka informace „z první ruky“.

Zajištění komfortu novorozence při vyšetření / výkonu je plně v kompetenci dětské sestry / porodní asistentky. Respondentky mohly označit více odpovědí, jak je jimi zajišťován (Graf 16). Největší podíl respondentek, tj. 78 %, tiší bolestivé podněty při výkonech u novorozence podáním sacharózy na štětičce. Klidné prostředí se snaží vytvořit 38 dětských sester / porodních asistentek, což činí 63 % z celkového počtu respondentek. Nonnutritivní sání využívá 45 respondentek, tj. 75 %. Dotykový kontakt s matkou, stejně jako zavinutí dítěte do zavinovačky, umožňuje v obou případech 36 respondentek, to činí 60 %. V možnostech jiné se objevila dvakrát odpověď EMLA krém. Jedná se o lokální anestetikum, používá se na kůži pro vyvolání dočasné ztráty vnímání nebo znecitlivění před některými chirurgickými výkony a použitím injekční jehly. Nevýhodou je, že není doporučeno pro předčasně narozené novorozence, kteří jsou podrobena podstatně rozsáhlejšímu počtu vpichů než novorozenci fyziologičtí.

Bariérová ošetrovatelská péče je neodmyslitelná součást práce dětské sestry / porodní asistentky. Pokud je správně prováděna, snižuje se výskyt nozokomiálních nákaz na minimum. (59) V otázce 17 respondentky měly možnost označit více odpovědí, a to v jakých oblastech bariérové ošetrovatelské péče matky edukují. Potěšitelným a zároveň očekávaným výsledkem je, že všech 60 respondentek (100 %) edukuje matky o hygieně rukou. Rovněž péče o kůži novorozenců je tématem edukace stejného počtu / podílu respondentek. Více než 75 % respondentek edukuje matky o režimu prádla pacientů a o režimu návštěv. Informace o dezinfekčním režimu na oddělení podává 38 respondentek (63 %).

Získané výsledky ukazují, že se dětské sestry / porodní asistentky se podílejí na zajištění potřeby jistoty a bezpečí výraznou měrou a lze tedy potvrdit stanovenou hypotézu. Cíl 1 byl splněn.

Pro kvalitativní výzkumné šetření jsme zvolili metodu dotazování, techniku hloubkového rozhovoru. Provádí se na malém, statisticky nevýznamném vzorku (1). Cílem 2 bylo zmapovat vnímání zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence matkami na oddělení poporodní péče. Byla stanovena výzkumná otázka 1: Jak matky vnímají zajištění potřeby jistoty a bezpečí na oddělení poporodní péče? Cílem 3 bylo zmapovat dodržování zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidel bezpečné manipulace s novorozencem) matkami. Pro tuto část byla zvolena metoda přímého pozorování, technika záznamový list. Výzkumná otázka 2: Jak dodržují matky opatření zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidla bezpečné manipulace s novorozencem)? Pro zodpovězení obou výzkumných otázek jsme vycházeli z kazuistik 1, 2, 3, 4, 5 a z přímého pozorování matek M1, M2, M3, M4, M5.

Z kvalitativního šetření vyplývá, že věk matek nehraje zásadní roli v hodnocení uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, přestože věkový rozdíl mezi nejmladší a nejstarší matkou je 16 let. Mnohem důležitějším vypovídajícím faktorem, jak jsem předpokládala, je parita matky. Matky, které rodily poprvé (M1, M3, M5) se více zajímaly a to, co bude následovat a co je čeká během pobytu v porodnici. U matky M5 se touha po informacích ještě násobila z důvodu pobytu na JIP po císařském řezu, kdy jí byly poskytnuty informace v době doznívání anestezie, takže si později téměř nic

nedokázala vybavit. M4 po probuzení vnímala dobu, než jí sestřičky z neonatologie přinesly děťátko a doplnily informace, jako nekonečně dlouhou. Také M5 hodnotila zpětně pobyt na JIP jako dobu, kdy propásla nejkrásnější chvíle se svým miminkem, přestože jí bylo pravidelně vozeno a přikládáno.

Přítomnost otců u porodů všech respondentek je zcela náhodná. Všechny respondentky po spontánním porodu (M1, M2, M3) jeho přítomnost hodnotily kladně, mohly tak společně strávit první hodiny života s dítětem. Ve své knize Gloria Leifer (26) uvádí, že dotýkat se dítěte je pro rodiče nejdůležitějším předpokladem pro vytvoření vztahu a náklonnosti. Kontakt s novorozencem skin-to-skin byl pro ně zážitkem. Dotýkaly se ho, hladily, pozorovaly detaily jeho těla a velmi intenzivně vnímaly každý jeho pohyb. Uvědomovaly si nastávající roli matky. Také přikládání k prsu ke stimulaci laktace přijímaly kladně a s radostí. Zážitky matek se tedy neliší a i zde se potvrzuje, že bonding je ošetrovatelským personálem podporován.

Oba otcové dětí po císařském řezu byli přítomni poporodnímu ošetření dítěte. Matky M4 a M5 to zpětně vnímaly velmi pozitivně, zejména z důvodu poskytnutí informací od člověka, který je jim blízký, když samy být u ošetření miminka nemohly. Zajímalo je, jestli miminko plakalo a co se s ním bezprostředně po porodu dělalo.

Překvapením pro mě bylo, že matky, které se zúčastnily prenatálních kurzů (M1, M5), vypověděly, že péče o dítě nebyla v osnovách ani jednoho z nich. Byly zaměřeny jen na porod a poporodní období matky. Přesto většina prenatálních kurzů tyto informace nabízí. Domnívám se, že kdyby měly před porodem alespoň základní informace a dovednosti o péči o dítě, nebyly by tolik nejisté v manipulaci a dalších činnostech.

Matky celkově vyjádřily spokojenost s tím, jak byly seznámeny s režimem oddělení. Pouze jedna z nich nebyla spokojena s odpovědí sestřičky na otázku, kde je její miminko. Netušíc se ptala ženské sestry, která v péči novorozence pochopitelně nemá. Došlo k tomu zřejmě proto, že matka ještě nebyla poučena v rozlišování personálu, který na poporodním oddělení pracuje.

Identifikaci novorozence, jako jeden z neopominutelných kroků poporodního ošetření, matky na porodním sále vnímaly okrajově. Pamatují si, že byly informovány, ale vlivem vyčerpání a soustředěním se na novorozeného člena rodiny tuto informaci vytěsnily. Při příjezdu na oddělení šestinedělí byly na tuto skutečnost znovu upozorněny a shodně tvrdily, že tomuto systému identifikace důvěřují. Jedna matka rodila dříve v jiné porodnici a měla zkušenost s popisem na tělíčko. Všechny matky také potvrzují, že identifikační náramek novorozence byl kontrolován dětskými sestrami při každém vyšetření nebo výkonu u miminka, což vnímají jako profesionální postup.

Vzhledem k tomu, že českobudějovická nemocnice má statut Baby-Friendly-Hospital, měla by aplikovat do praxe „Deset kroků k úspěšnému kojení.“ S potěšením lze konstatovat, že všechny matky byly spokojeny s tím, jak byla podporována laktace. Příložením na porodním sále hodnotí matky jako první krok k úspěšnému kojení, přestože ne vždy se podařilo dlouhodobé přisátí miminka. Matky po císařských řezech po převozu z operačního sálu také pozitivně vnímaly toto časné příložení. Boledovičová (2) uvádí, že intimní kontakt novorozence s matkou má nezastupitelnou úlohu při podpoře rozvoje laktace. Kojení jako formu přirozené výživy praktikuje všech 5 respondentek. Mají informace, jak pečovat o prsy, jaké polohy mohou zaujímat, ale z přímého pozorování jednotlivých respondentek je zřejmé, že je třeba vzájemnou polohu matky s novorozencem kontrolovat a podle potřeby upravovat. To abychom nenaplnili tvrzení Ratislavové, že „hlavní překážkou kojení je nepřesná a nedůsledná instruktáž matek ze strany porodní asistentky.“ (40, s. 84) Pokud bychom chtěli názory našich respondentek srovnat s matkami, které hojně řeší problematiku kojení na internetových diskusích, vyšly nám skvělé výsledky. Nelze však tvrzení našich respondentek zobecňovat, a to z důvodu jejich nízkého počtu. Obvykle se problémy s kojením mohou vyskytovat až v domácím prostředí a proto se maminkám, které rodily v českobudějovické nemocnici, předává při propuštění kontakt na horkou linku kojení, na kterou se mohou v případě potíží kdykoli obrátit. Švejcar uvádí, že žádný jiný způsob výživy nevytváří takovou vyrovnanou rodinnou atmosféru jako kojení (51, s. 94)

Okamžiky mateřské péče jako jsou nošení, chování, ukládání, přebalování a koupání, by se měly stát radostnou zábavou a důvodem ke vzájemné komunikaci, jak uvádí Švejcár ve své knize (51). Čím je citový základ těchto styků bohatší, tím větší je jejich působení na vznik důvěry a životní jistoty, hodnot pro duševní vývoj dítěte velmi důležitých. Matky vnímaly edukaci v těchto činnostech od dětských sester / porodních asistentek ve většině případů pozitivně. Uváděly, že sestřičky postupovaly jemně, šetrně a přesto obratně. Při každé edukaci jim trpělivě předvedly a vysvětlily postup. Kromě matky M5, která kvůli špatné počáteční zkušenosti s personálem dala přednost v získávání informací mamince, se kterou ležela na pokoji. Přestože matky uváděly dostatečné poučení v manipulaci s miminkem, pozorováním byly zmapovány nejčastější chyby. Nevhodnou manipulaci jsem viděla během přebalování, kdy matky M1 a M3 nevhodně zvedaly dolní polovinu těla dítěte nad podložku (Tabulka 1). Chyby byly sledovány i při kojení (Tabulka 2), kdy 3 matky zaujímaly nevhodnou polohu. Neměly podloženou hlavu při kojení v poloze na boku a samy udávaly nepohodlí. Také se příliš nadkláněly nad novorozence místo toho, aby ho spíše přibližovaly k sobě. Při zvedání novorozence bez zavinovačky nebyla dostatečně podpírána hlavička (Tabulka 3). Nevhodně polohovaného novorozence měla matka M5. Byl bez dozoru v poloze na břiše.

Přestože všechny matky uváděly, že jim byly předány informace o režimu návštěv, dvě matky ho nedodržovaly. Při pozorování v době návštěv v návštěvní chodbě byly viděny děti mimo svou postýlku.

Souhlasím s názorem Křemenové (25), a to že porodnice, které půjdou cestou osobního přístupu, vřelých vztahů při dodržování pravidel bezpečného porodu, kde se budou chovat se stejnou měrou lásky k matce i k novorozenci, s ohledem na saturaci jejich potřeb o ně budou trpělivě pečovat, upoutají pozornost veřejnosti. Dají tak svým šetrným porodnickým přístupem osobnosti dítěte pozitivní vklad do jeho budoucnosti.

Dotazované matky, mimo M5, udávají, že byly spokojeny se zajištěním potřeby jistoty a bezpečí. Jak ze strany přístupu ošetřovatelského personálu, tak lékařského. Konstatují, že obdržené informace byly srozumitelné, dostatečné a včasné. Domnívají se, že když potřebovaly, sestřičky si vždy udělaly dostatek času na to, aby

jim pomohly nebo poradily. Matky ocenily zejména ochotu a pochopení, vstřícnost, příjemné milé jednání, laskavost. Z tohoto tvrzení lze konstatovat, že cíl 2 byl splněn. Na výzkumnou otázku jsme dostali odpověď, a to že matky vnímají metody k zajištění potřeby jistoty a bezpečí ve většině případů kladně, snaží se respektovat doporučení, která jim sestřičky poskytují.

Cíl 3 byl také splněn. Zmapovali jsme dodržování pravidel bezpečné manipulace matkami. Z výsledků vyplynulo, že přestože jsou matky dostatečně informovány a edukovány o zásadách správné manipulace, vyskytují se v ní výše uvedené chyby. Proto jsme vytvořili edukační brožuru (Příloha 12), jakýsi malý návod, jak na to.

6 ZÁVĚR

Vztah mezi matkou a dítětem, stupeň uspokojování potřeby jistoty a bezpečí a lásky jsou nezbytné pro bezproblémové navazování sociálních vztahů v průběhu celého dalšího života. To je podpořeno systémem péče rooming-in, důkladnou edukací matky v péči o novorozence (správné uchopování do rukou a nošení, přebalování, koupání, oblékání), v prevenci pádů a v podpoře kojení. Tato bakalářská práce byla zaměřena na zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence na oddělení poporodní péče. Byly stanoveny tři cíle: Cílem 1 bylo zmapovat úlohu porodní asistentky / dětské sestry v zajišťování potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence. Hypotéza zněla: Porodní asistentky / dětské sestry se podílejí na zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence. Cíl 1 byl splněn. Metodou kvantitativního výzkumného šetření, které proběhlo formou dotazníků, byly zpracovány grafy, ze kterých vyplývá, že porodní asistentky se podílejí na zajištění potřeby jistoty a bezpečí výraznou měrou, tím je hypotéza potvrzena.

Cílem 2 bylo zmapovat vnímání zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence matkami na oddělení poporodní péče. Metodou kvalitativního výzkumného šetření jsme hledali odpověď na výzkumnou otázku 1: Jak matky vnímají zajištění potřeby jistoty a bezpečí na oddělení poporodní péče? Byly zpracovány kazuistiky, kde matky popisují své vnímání metod zajištění potřeby jistoty a bezpečí v rámci péče rooming-in. Rozhovory nám poskytují odpověď na výzkumnou otázku, a to, že matky respektují a pozitivně vnímají metody k zajištění potřeby jistoty a bezpečí. Kromě matky M5 byly matky s uspokojením potřeby jistoty a bezpečí u novorozence spokojeny. Cíl 2 byl tedy splněn.

Cílem 3 bylo zmapovat dodržování zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidel bezpečné manipulace s novorozencem) matkami. Stanovili jsme výzkumnou otázku 2: Jak dodržují matky opatření zajištění potřeby jistoty a bezpečí (pravidla bezpečné manipulace s novorozencem)? Cíl 3 byl splněn. Z výsledků přímého pozorování byly vytvořeny tabulky, ze kterých je zřejmé, že matky opatření dodržují, ale i přesto potřebují vhodně kontrolovat a podporovat ve správných postupech. Ze strany matek

byly zjištěny především problémy s manipulací s novorozencem a tak jsme vytvořili edukační brožuru s názvem „*Jak na to? Malý praktický rádce maminek*“ (Příloha 12).

Výsledky šetření jsou samozřejmě ovlivněny individuálními názory a potřebami matek, jejich zkušenostmi a aktuální vytižeností ošetrovatelského personálu.

Výsledky bakalářské práce mohou být, dle mého názoru, využity pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče matkám a novorozencům ze strany ošetrovatelského personálu. Edukační brožura může být využita maminkami pro zdokonalení se v manipulaci s dítětem. Výsledky také mohou sloužit jako studijní materiál pro další ročníky studentů porodní asistence.

7 POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BOLEDOVIČOVÁ, M. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1.
3. ČAPKOVÁ, J., HAK, J. Ošetrování kojence v zavinovačce. *Pediatric pro praxi*, 2007, ročník 8, číslo 1, s. 52-53. ISSN 1213-0494.
4. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.
5. ČERNÁ, R. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Anthea, 2004. 248 s. ISBN 80-239-3973-4.
6. Česká asociace sester. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. [online]. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z: <<http://www.cnaa.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>>.
7. DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.
8. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.
9. ELIÁŠOVÁ, A. a kol. *Porodnické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2000. 110 s. ISBN 80-8063-053-4.
10. EZROVÁ, M., RATISLAVOVÁ, K. Podpora vztahu matky a novorozence po porodu. *Sestra*, 2011, ročník 21, číslo 3, s. 36-37. ISSN 1210-0404.
11. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo - teória*, Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
12. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.

13. FENDRYCHOVÁ, J. a kol. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.
14. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-8.
15. HAK, J., VELEMÍNSKÝ, M. Renesance zavinovaček aneb volný pohyb novorozenců a mladých kojenců. *Vox pediae*, 2005, ročník 5, číslo 7. s. 39-40. ISSN 1213-2241.
16. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu..* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9.
17. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
18. JANÁKOVÁ, S. Sdružená sesterská péče o matku a novorozence. *Florence*, 2007, ročník 3, číslo 1, s. 17. ISSN 1801-464x.
19. JIRÁSKOVÁ, V. Klokánkování – zahřát nedonošené dítě na svém těle. *Aperio*, 2006, ročník 2, číslo 1. ISSN 977-1214-738010.
20. JIRÁSKOVÁ, V. *Mamatoto - o důležitosti kontaktu matky a dítěte po porodu* [online]. [cit. 2011-02-06]. Dostupné z: <<http://www.porody.net/cms/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=51&Itemid=76>>.
21. JIRÁSKOVÁ, V. Potřeby nejmenších. *Aperio*, 2005, ročník 1, číslo 3. ISSN 1214-7389.
22. KIEDROŇOVÁ, E. *Něžná náruč rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-1210-5.
23. Kolektiv autorů. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (3) : praktické příručky pro porodní asistentky : péče v průběhu normálního porodu, poporodní péče o matku a novorozence*. Edice Bezpečné mateřství, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.

24. KOPŘIVOVÁ, D. Poporodní problémy matky a dítěte. *Florence*, 2009, ročník 5, číslo 10, s. 18-19. ISSN 1801-464X
25. KŘEMENOVÁ, J., FREMLOVÁ, H. *Základní potřeby matky a novorozence očima porodní asistentky* [online]. [cit. 2011-04-30]. Dostupné z: <<http://www.janakremenova.cz/index.php?x=clanky&p=clanky/zakladni-potreby>>.
26. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství I.díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
28. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 970-80-7013-457-3.
29. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1.vydání. Praha: Grada, 2005. 184 s. ISBN 80-2470870-1.
30. MROWETZ, M. *Porod - připoutejte se, prosím* [online]. [cit. 2011-03-03]. Dostupné z: <<http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim>>.
31. MYDLILOVÁ, A. Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatric po promoci*, 2005, ročník 2, číslo 2, s. 32-38. ISSN 1214-6773.
32. NEUBAUEROVÁ, K. O krok blíže k potřebám novorozence a kojence. *Sestra*, 2006, ročník 16, číslo 7-8, s. 32. ISSN 1210-0404.
33. NUTILOVÁ, M. Bariérové způsoby práce jako prevence nozokomiálních nákaz. *Florence*, 2008, ročník 4, číslo 9, s. 334-336. ISSN 1801-464x.
34. ODENT, M. *Láska jako věda*. Opava: Nakladatelství a vydavatelství SZ, 2001. 112 s. ISBN 80-86489-02-7.
35. OLCHAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě – od početí do puberty*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.

36. PAULOVÁ, M. *Značení novorozenců* [online]. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z: <<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene%20postupy%20CNS%20-%202007.pdf>>.
37. PAZDEROVÁ, H. Psychické potřeby novorozenců a kojenců. *Sestra*, 2003, ročník 13, číslo 1, s. 36. ISSN 1210-0404.
38. PESCHOUT, R. Značení novorozenců. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2007, ročník 5, číslo 13. ISSN 1214-5572.
39. POUTHAS, V., JOUEN, F. *Psychologie novorozence – Chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Praha: Grada, 2000. Přeložila Alena Mrázová. 288 s. ISBN 80-7169-960-8.
40. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
41. RATISLAVOVÁ, K. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2008, ročník 6, číslo 15. s. 27-30. ISSN 1214-5572.
42. ROTHOVÁ, R. *Označování novorozenců - co se změnilo* [online]. [cit. 2011-04-28]. Dostupné z: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a1295-Oznacovani-novorozencu-co-se-zmenilo.aspx>>.
43. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
44. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
45. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
46. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. et. al. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.

47. ŠRÁČKOVÁ, D. Rooming-in. *Praktická gynekologie*, 2007, ročník 11, číslo 1, s. 26-29. ISSN 1801-8750.
48. ŠRÁČKOVÁ, D. Rooming-in. *MaMiTa*, 2003, ročník 3, č. 7. s. 16-17. ISSN 1214-1690.
49. ŠTROMEROVÁ, Z. *Zákon 94 a 424* [online]. [cit. 2011-04-29]. Dostupné z: <<http://www.pdcap.cz/Texty/PA/Zakon96a424.html>>.
50. ŠUSTEROVÁ, D. Úloha sestry v edukaci prvorodičky v systému rooming-in. *Sestra*, 2010, číslo 3, s. 86-88. ISSN 1210-0404.
51. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 1. dopl., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Nuga, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6
52. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
53. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1.vydání. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
54. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
55. TRNKOVÁ, J., MROWETZ, M. Když se řekne rooming-in. *Betyňka*, 2009, číslo 4. ISSN 1212-0480.
56. TROUPOVÁ, J., HANZL, M. a kol. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2010. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.
57. VÁŠKOVÁ, L., ČEŠNEROVÁ, Z. Péče o matku v porodnici dříve a dnes. *Florence*, 2007, ročník 3, číslo 1, s. 24. ISSN 1801-464x.
58. VRKOSLAVOVÁ, P., PLEVOVÁ, Y. Přístup sester k matkám zdravých a nemocných dětí při hospitalizaci. *Sestra*, 2001, ročník 11, číslo 1, s. 29-30. ISSN 1210-0404.

59. *Získávání kreditů* [online]. [cit. 2011-04-28].

Dostupné z: <<http://www.ipvz.cz/nelekarske-profese/ziskavani-kreditu.aspx>>.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Jistota a bezpečí

Matka

Novorozenec

Ošetřovatelský personál

Potřeba

9 PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1- Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 2- Potřeby matky v poporodním období

Příloha 3- Potřeby novorozence

Příloha 4 - Deset kroků k podpoře bondingu podle M. Mrowetz

Příloha 5 - Deset kroků k podpoře kojení

Příloha 6 - Bariérový protiinfekční systém neonatologického oddělení

Příloha 7 - Různé typy zavinovaček

Příloha 8 – Schéma jistoty a bezpečí u novorozence

Příloha 9 - Klokánkování

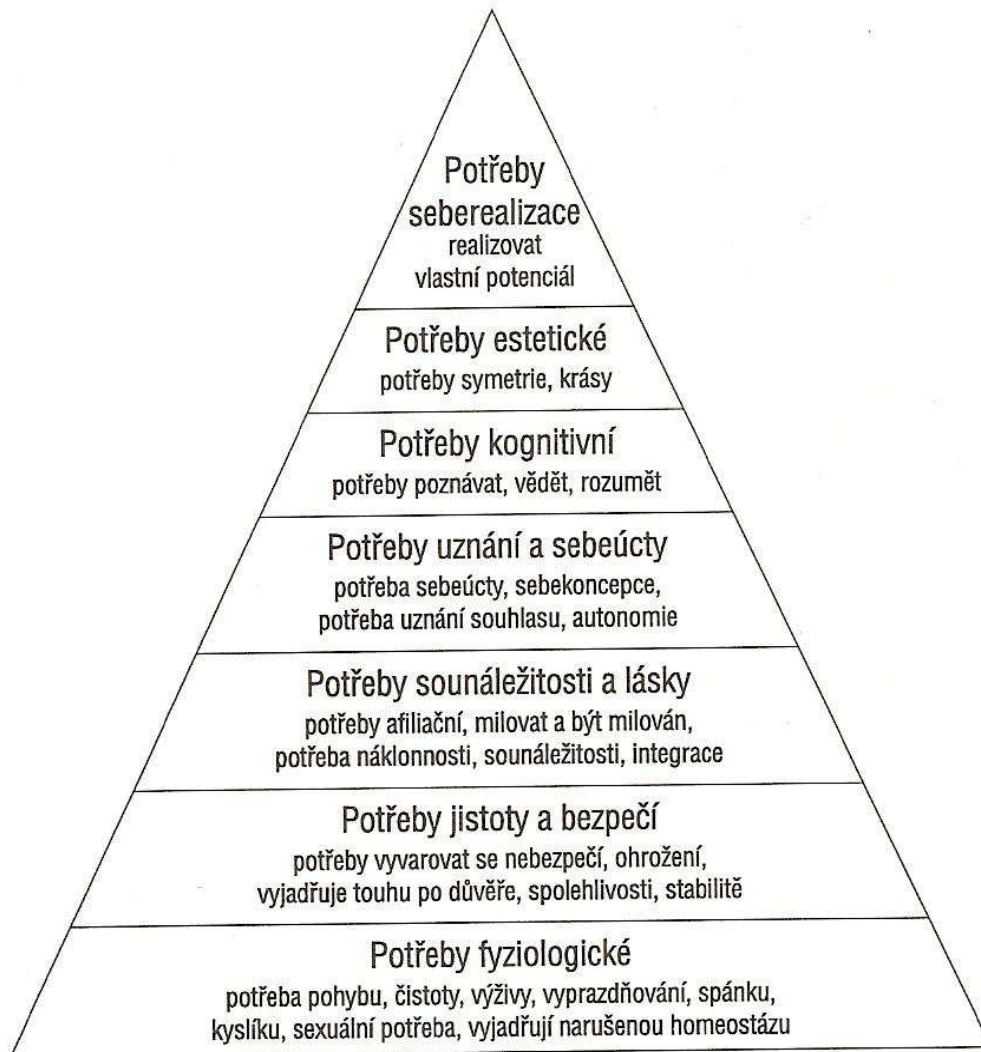
Příloha 10 - Dotazník pro dětské sestry / porodní asistentky

Příloha 11 - Pomocné otázky k hloubkovému rozhovoru

Příloha 12 - Záznamový arch

9.2 Přílohy

Příloha 1- Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: Trachtová, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Příloha 2 Potřeby matky v poporodním období

<i>V poporodním období potřebují matky:</i>
<i>Informaci (poradenství) o:</i>
<i>Péče o dítě a kojení</i>
<i>Co se děje s jejich tělem – včetně příznaků možných problémů</i>
<i>Vlastní péče- - hygiena a hojení</i>
<i>Sexuální život</i>
<i>Antikoncepce</i>
<i>Výživa</i>
<i>Podpora ze strany:</i>
<i>Pečujících osob poskytujících zdravotní péči</i>
<i>Partnera a rodiny: emocionální a psychologickou</i>
<i>Zdravotní péče z hlediska skrytých nebo zjevných komplikací</i>
<i>Čas na péči o dítě</i>
<i>Pomoc s domácími pracemi</i>
<i>Mateřská dovolená</i>
<i>Sociální neintegrace do vlastní rodiny a společnosti</i>
<i>Ochrana před ublížením/ násilím</i>
<i>Ženy se mohou bát:</i>
<i>Méněcennosti</i>
<i>Ztráty soukromí v manželství</i>
<i>Izolace</i>
<i>Neustálé zodpovědnosti při péči o dítě a ostatní</i>

Zdroj: Kolektiv autorů. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (3) : praktické příručky pro porodní asistentky : péče v průběhu normálního porodu, poporodní péče o matku a novorozence.

Příloha 3 Potřeby novorozence

<i>Snadný přístup k matce</i>
<i>Vhodná výživa</i>
<i>Přiměřená teplota okolního prostředí</i>
<i>Bezpečné místo</i>
<i>Rodičovskou péčí</i>
<i>Čistota</i>
<i>Někoho, kdo o ně pečuje a sleduje příznaky svědčící pro komplikace a v případě potřeby zasáhne</i>
<i>Přístup ke zdravotní péči v případě podezření na vznik komplikací nebo jejich projevy</i>
<i>Výživu, mazlení, stimulaci</i>
<i>Ochrana před:</i>
<i>Nemocí</i>
<i>Nezdravými praktikami,</i>
<i>Ublížením/ násilím</i>
<i>Pozitivní přijetí z hlediska</i>
<i>Pohlaví</i>
<i>Vzhledu</i>
<i>Velikosti</i>
<i>Uznání ze strany státu (systém registrace novorozenců)</i>

Zdroj: Kolektiv autorů. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (3) : praktické příručky pro porodní asistentky : péče v průběhu normálního porodu, poporodní péče o matku a novorozence.

Příloha 4 10 kroků k podpoře bondingu podle Michaely Mrowetz:

1. položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekcí k tváři maminky)
2. podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin (při porodu sekcí může zastoupit kontakt kůže na kůži tatínek, pro dítě jsou jeho bakterie zdravější, než-li bakterie ošetřujícího personálu), pokud maminka potřebuje osobní pauzu, může kontakt zajistit tatínek
3. otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek (maminky sprchujte se po porodu v co nejdelším čase a hlavně si neumývejte prsa)
4. matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži
5. umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)
6. pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti - může to být až do 30 minut kontaktu kůže na kůži, do té doby miminko i maminka odpočívají a seznamují se spolu! - počkejte až si strká pěstičky do úst, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla, ta voní stejně jako plodová voda, olizuje si rty a kývá hlavou ze strany na stranu - zásadně neumývat dítěti ruce od plodové vody a nechávat volně. Po medikovaných porodech je miminko chvíli unavené, je zapotřebí nechat jej odpočinout na kůži matky, oba taky vylučují potřebné množství oxytocinu k podpoře jejich vzájemného kontaktu
7. zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polšáře) i dítě (v náručí matky)
8. zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků
9. jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skóre Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ provést na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální)
10. eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu v těchto neopakovatelných prvních okamžicích. Nedívejte se maminky na mobily (smsky čekají stejně jako jejich adresáti) a do fotoaparátů, dívejte se na své miminko a do jeho očí, tento jedinečný okamžik vašemu miminku a vám žádné fotografie ani videa později nezprostředkují!

Zdroj: <http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim> online ze dne 14.3.2011

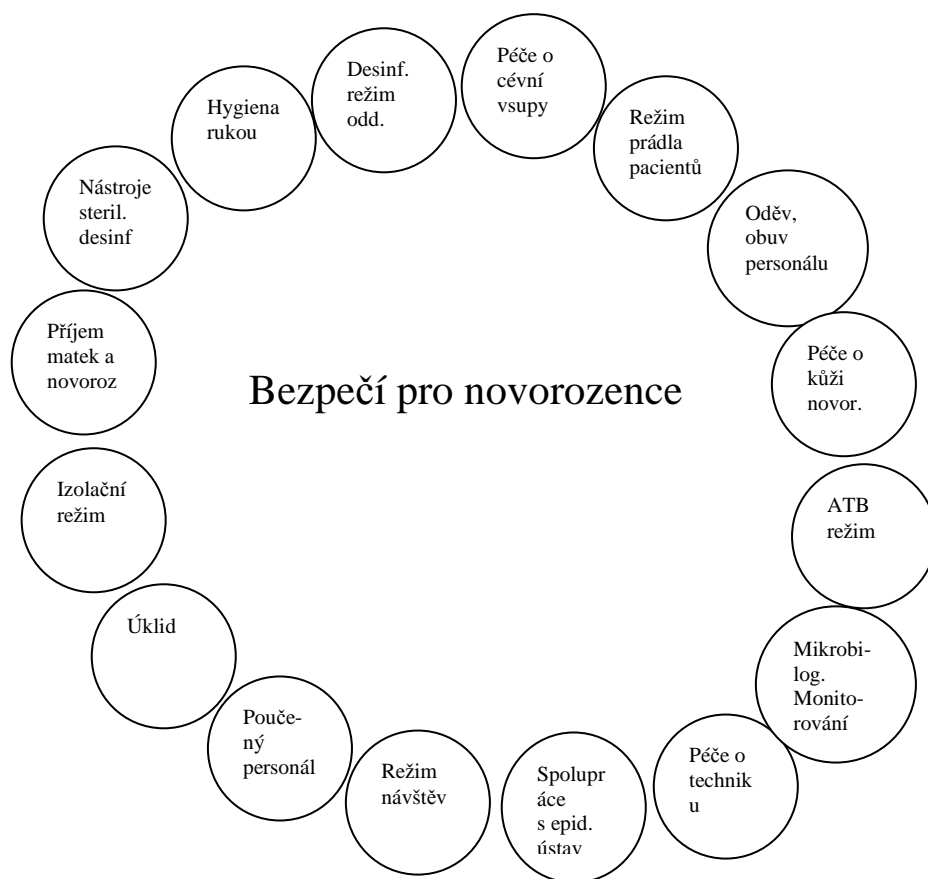
Příloha 5 Deset kroků k podpoře kojení

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

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

Zdroj: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php> ze dne 23.3.2011

Příloha 6 Bariérový protiinfekční systém neonatologického oddělení



Zdroj: TROUPOVÁ, J., HANZL, M. a kol. Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii. s. 184.

Příloha 7 Různé typy zavinovaček



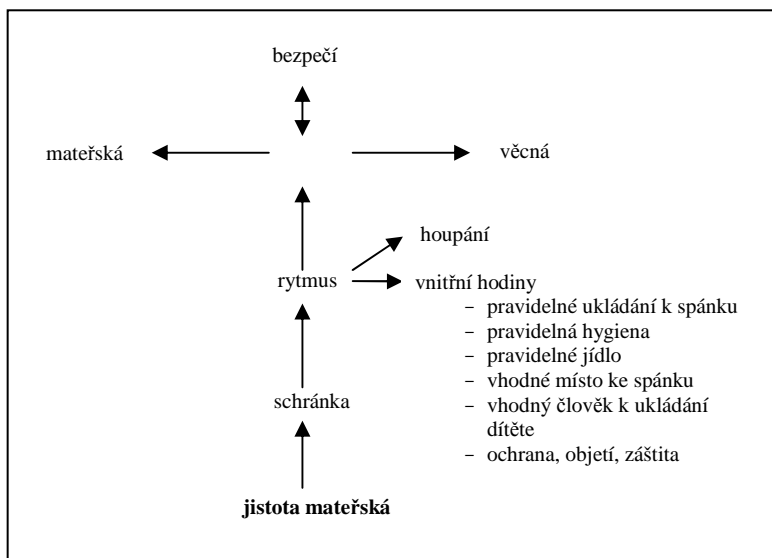
Zdroje:

<http://www.babylife.cz/rychlozavinovacky/rychlozavinovacka-satincare-microfleece-wellsoft>

<httpwww.babynabytek.czzavinovacka-p514>

http://obchod.vlacek.cz/images/product_images/info_images/babyDirectDataTransfer/015771.jpg

Příloha 8 Schéma jistoty a bezpečí u novorozence



Zdroj: Čapková, J., Hak, J. Pediatrie pro praxi. s. 52

Příloha 9 Klokánkování



Zdroj:

http://www.crestcom.cztiskove_strediskofilesdownload86streit_klokankovani_3.jpg
online ze dne 14.3.2011

Příloha 10 Dotazník pro dětské sestry / porodní asistentky

Vážená kolegyně,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který Vám předkládám, má za cíl zmapovat úlohu porodní asistentky / dětské sestry v zajišťování potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence. Dotazník je zcela ANONYMNÍ a výsledky budou podkladem pro výzkumné šetření při zpracování mé bakalářské práce s názvem "**Zajištění potřeby jistoty a bezpečí u matky a novorozence na oddělení poporodní péče**".

Prosím, není-li u otázky uvedeno jinak, zakroužkujte vždy pouze jednu z variant odpovědi.

Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Martina Štěpánová, studentka oboru porodní asistentka

1) Kolik let pracujete na neonatologickém oddělení?

- A) 1 – 10 let
- B) 11 – 20 let
- C) 21 – 30 let
- D) 31 a více let
- E) jiné.....

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- A) střední odborné s maturitou
- B) vyšší odborné (DiS.)
- C) vysokoškolské (Bc.)
- D) vysokoškolské (Mgr.)
- E) jiné.....

3) Jaký je Váš obor?

- A) všeobecná sestra
- B) porodní asistentka
- C) dětská sestra
- D) ženská sestra
- E) jiné (prosím doplňte:.....)

4) Umožňujete na porodním sále bonding (tj. připoutání, zlatou hodinku po porodu, po kterou je novorozené dítě ošetřováno na porodním sále během kontaktu skin-to-skin s matkou)? Je provedený bonding uváděn v ošetrovatelské dokumentaci novorozence?

- A) ano, provádíme a zaznamenáváme do oš. dokumentace
- B) ano, provádíme, ale nezaznamenáváme
- C) ne

5) Jakým způsobem je ve Vaší nemocnici prováděno značení novorozenců? (můžete označit více možností)

- A) popisem příjmení na tělíčko novorozence
- B) popisem čísla porodu na tělíčko novorozence
- C) popisem postýlky novorozence
- D) identifikačním náramkem
- E) jinak (prosím uveďte:.....)

6) Jaké údaje **dle předpisů** musí být na identifikačním náramku novorozence? (můžete označit více možností)

- A) jméno a příjmení novorozence
- B) krevní skupina matky
- C) jméno otce
- D) číslo porodu
- E) podpis sestry, která náramek vyplnila a připnula
- F) pohlaví novorozence
- G) datum narození novorozence
- H) jméno matky (je-li příjmení odlišné)
- I) hodina a minuta narození novorozence
- J) výsledek screeningu GBS
- K) rok narození matky

7) Jak je u Vás zajištěna identifikace personálu? (můžete označit více možností)

- A) specifická pracovní uniforma
- B) jmenovka a fotografie dětské sestry/ porodní asistentky na viditelném místě na oděvu
- C) představení se matce při prvním kontaktu
- D) poučení matky v rozlišování personálu
- E) jinak (prosím doplňte:.....)

8) V kterých situacích může být, podle Vás, nejvíce ohrožena bezpečnost novorozence? (označte prosím maximálně 3 možnosti)

- A) při zvedání
- B) při nošení
- C) při polohování
- D) během přebalování
- E) při vážení
- F) během koupání
- G) během vyšetřování
- H) při kojení
- I) během návštěvy

9) Jak zajišťujete kontakt matky s novorozencem v případě, že není novorozenec ošetřován v systému péče rooming – in? (prosím doplňte)

10) Může podle Vás ovlivnit komunikace dětské sestry / porodní asistentky s matkou potřebu jistoty a bezpečí?

- A) spíše ano
- B) ano
- C) spíše ne
- D) ne

11) Jakým způsobem edukujete cizinky s komunikační bariérou v péči o novorozence? (můžete označit více možností)

- A) použití obrázkových kartiček
- B) tlumočnická služba
- C) cizojazyčné edukační materiály
- D) gestikulace
- E) jinak (prosím doplňte:.....)

12) Může systém sdružené péče (tj. péče, kdy o matku i novorozence, jako jednu jednotku, pečuje jedna porodní asistentka vyškolená v péči o novorozence) přispět k zajištění potřeby jistoty a bezpečí matky a novorozence?

- A) spíše ano
- B) ano
- C) spíše ne
- D) ne

13) Domníváte se, že plný rooming – in zajišťuje bezpečnost novorozence lépe, než když v tomto systému ošetřován není?

- A) spíše ano
- B) ano
- C) spíše ne
- D) ne

14) Domníváte se, že má neomezené kojení pozitivní vliv na zajištění potřeby jistoty a bezpečí?

- A) spíše ano
- B) ano
- C) spíše ne
- D) ne

15) Vítejte přítomnost matky při výkonu/ vyšetření novorozence?

- A) spíše ano
- B) ano
- C) spíše ne
- D) ne

16) Jaké možnosti využíváte k tišení bolesti během výkonů/ vyšetření? ? (můžete označit více možností)

- A) klidné prostředí (eliminace hluku, tlumené osvětlení)
- B) nonnutritivní sání (vlastní pěstičky, šidítka)
- C) dotykový kontakt s matkou během výkonu
- D) zavinutí do zavinovačky nebo pleny
- E) hlasový kontakt s matkou během výkonu
- F) polykání sacharózy ze štětičky
- G) spojení obou rukou na hrudi dítěte
- H) stočení do klubička (fetální poloha)
- I) jiné (prosím doplňte:.....)

17) Ve kterých oblastech bariérové péče edukujete matky? (můžete označit více možností)

- A) hygiena rukou
- B) režim prádla pacientů
- C) péče o kůži novorozence
- D) režim návštěv
- E) úklid
- F) izolační režim
- G) příjem matek a novorozenců
- H) dezinfekční režim oddělení
- I) další (prosím doplňte:.....)

Ještě jednou děkuji za vyplnění dotazníku a přeji Vám pěkný zbytek dne.

Příloha 11 Pomocné otázky k hloubkovému rozhovoru

Cíl: Zmapovat vnímání zajištění potřeby jistoty a bezpečí u novorozence matkami na oddělení porodní péče

1. Základní anamnestické údaje

- Základní údaje o matce
 - Kolik vám je let?
 - Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - Kolikátý den jste hospitalizována na oddělení šestinedělí?
- Základní údaje o těhotenství, porodu
 - Z kolikátého těhotenství se dítě narodilo?
 - Bylo těhotenství plánované x neplánované?
 - Bylo těhotenství vedeno jako rizikové?
 - Kolikátý porod to je a jak byl veden: spontánně x operativně, popř. z jakého důvodu?
- Základní údaje o dítěti
 - V kolikátém týdnu těhotenství se dítě narodilo?
 - Jaká byla porodní hmotnost dítěte?
 - Jak se vyvíjel zdravotní stav dítěte po porodu?

2. Pocity matky /a doprovodu/ po porodu na porodním sále, bonding

- Jak jste (vy nebo otec dítěte) přivítala své děťátko na světě?
- Co jste prožívala v prvních minutách po narození svého dítěte, tj. jaké byly vaše pocity?
- Měla jste dostatek času a soukromí na přivítání nového člena rodiny?(v případě SC: měl otec dítěte možnost vidět děťátko po narození? Za jak dlouho po porodu jste měla možnost vidět děťátko Vy?

3. Informovanost rodičů

- Jakých zdrojů informací jste využila za účelem seznámení se s problematikou péče o děťátko?
- Jak jste byla spokojena s tím, jak vás personál neonatologického oddělení informoval o ošetrovatelské péči o Vaše dítě? (bezprostředně po porodu; v době vašeho pobytu na porodním oddělení)? Bylo těchto informací v tu dobu málo/příliš?

4. Péče v systému rooming- in

- Za jak dlouho po porodu jste byla schopna pečovat o své dítě?
- Jak jste byla seznámena s personálem neonatologického oddělení?
- Jak jste byla poučena o identifikačních systémech oddělení? Přispělo to k pocitu jistoty a bezpečí?

- Jak byl kontrolován identifikační náramek v průběhu hospitalizace?
- Jak jste byla poučena o epidemiologickém režimu na oddělení?
- Jaké informace jste dostala o péči o prsa, bradavky? Jaké polohy pro kojení Vám byly prakticky předvedeny?
- Jak Vám bylo předvedeno chování, nošení, ukládání, přebalování (péče o genitál chlapecký/ dívčí), koupání? Byla jste s edukací spokojena? Máte v těchto činnostech jistotu?
- Jak jste vnímala odběry krve z patičky na screening metabolických chorob? Byla jste přítomna u odběru? (pokud ne, proč?)

Přispěly informace ke zlepšení pocitu jistoty a bezpečí?

- V které činnosti se cítíte nejméně jistá?
- Chcete se před propuštěním na něco zeptat?

5. *Přístup zdravotnického personálu*

- Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu neonatologického oddělení?
- Domníváte se, že Vám personál věnoval čas a informace, který jste potřebovala?

Příloha 12 Záznamový arch

<i>Výkon</i>	<i>správné provedení</i>	<i>chyba v provedení</i>
<i>Kontrola ID náramku</i>		
<i>PŘEBALOVÁNÍ</i>		
<i>Dezinfekce přebal. pultu před přebalením</i>		
<i>Mytí (dezinfekce) rukou</i>		
<i>Příprava pomůcek</i>		
<i>Manipulace</i>		
<i>Čištění, mytí plenkové oblasti</i>		
<i>Péče o genitál: chlapecký - dívčí</i>		
<i>Oblékání</i>		
<i>Dezinfekce přebal. pultu po přebalení</i>		
<i>KOJENÍ</i>		
<i>Mytí rukou</i>		
<i>Poloha matky</i>		
<i>Poloha novorozence</i>		
<i>Přiložení</i>		
<i>Odřihnutí</i>		
<i>HYGIENA</i>		
<i>Příprava pomůcek</i>		
<i>Příprava lázně</i>		
<i>Mytí</i>		
<i>Péče o pupeční pahýl</i>		
<i>Péče o kůži</i>		
<i>Péče o oči, uši, nos</i>		

<i>Bezpečná manipulace</i>		
<i>Polohování</i>		
<i>Přenášení (převážení), pohyb po odd.</i>		
<i>Návštěvy</i>		

Jak na to?

Malý praktický rádce maminek, jak zvednout, pochovat a položit své miminko

Martina Štěpánová

Milá maminko.

Vaše miminko je na světě a vy si nemusíte být úplně jistá v tom, jak ho zvednout, pochovat, uložit. Právě pro Vás je určena tato brožura, která vám napoví, jak na to. Nemějte strach, časem to všechno zvládnete a vy i děťátko si budete společné chvílky vzájemné blízkosti užívat.

Při manipulaci s děťátkem se můžete (byť nechtěně) dopustit chyb a přehmatů, které mohou v důsledku vést k odchýlkám v pohybovém ústrojí.

Na paměti byste měla mít především to, že s miminkem je nutné zacházet pomalu, jemně a citlivě. Vždy se s ním snažte navázat oční kontakt, mluvejte s ním, usmívejte se.

Jakýkoli prudký pohyb je pro dítě velmi dráždivý, nepříjemný a obvykle vyvolá pláč, proto se ho vyvarujte.

Manipulovat s dítětem se snažte vždy na obě ruce a strany, aby dostávalo podněty oboustranně.

Velice důležité je vyhýbat se každé manipulaci, při které dochází k záklonu hlavy (např. zvedání děťátka z kočárku bez opory hlavičky). Vyhýbáme se zvedání za ruce, které neprospívá psychomotorickému vývoji dítěte.

Přeji Vám, ať zažíváte radost z těsného kontaktu s vaším děťátkem - a to je jeden z nejlepších způsobů, jak své miminko poznat ☺

Zásady správné manipulace

- Pomalu, jemně a citlivě
- Pocit jistoty, bezpečí, tepla
- Symetrická práce i polohy
- Nepřipustit záklony hlavy
- Nedotýkat se krčku
- Nevyvíjet tlak na páteř



POLOHA KOŽÁTKA

Vhodná pro navazování sociálního kontaktu

Po probuzení necháme dítě procitnout, rozhlédnout, teprve poté je oslovíme a pomazlíme se



POLOHA ZAJÍČKA

Záda dítěte jsou opřena o předloktí, ukazováčkem a prostředníčkem ruky, která drží na dlani hlavičku dítěte, vytvoříme dítěti „zaječí uši“.

Poloha vyvýšeného klubička se doporučuje u nejmenších dětí především k odříhnutí.

Pravou rukou podpíráme zadeček.



PŘEBALOVÁNÍ

Pánev vždy zvedáme nad podložku současným držením obou nožiček - nikdy netáhneme pouze za jednu!

U starších dětí používáme raději pozici „klokánka“



Při otírání zadečku držíme současně obě nožky. Přitahujeme-li kolínka k břichu, bude se tak zadeček lépe otírat. Při zasouvání pleny pod zadeček jemně táhneme nožky nahoru. Nikdy netaháme pouze za jednu nohu. Dbáme na symetrické a přiměřeně pevné upnutí pleny.



POLOHA VYVÝŠENÉHO KLUBÍČKA

Hlavička je stulená pod levou klíční kostí matky a její pravá ruka plošně podkládá zadeček

POLOHA KLOKÁNKA

Dítě se v této pozici drží obličejem dolů na pravé ruce a zadečkem je opíráme o naše břicho v oblasti žaludku. Je podobná jako u klokánka v kapse matky. Používáme u nejmenších dětí pouze v nezbytném případě a jenom na malou chvíli - při mytí zadečku, omývání obličeje nebo krátkém přenesení z místa na místo, když potřebujeme jednu ruku volnou. Běžně lze „klokánka“ používat od třetího měsíce, do té doby dáváme přednost „tygříkovi“.



TYGŘÍK

Dítě leží na předloktí obličejem dolů, jako když tygr leží na větvi stromu, je výbornou polohou nejen k nesení dítěte v náruči na jedné ruce, ale i k polohování dítěte, masírování břicha, ke cvičení na posilování zádových svalů, k podpoře rozumového vývoje (dítě dobře sleduje okolí), k umývání zadečku i k odříhnutí.

1. Z „vyvýšeného klubíčka“ do pozice tygříka přehmátneme tak, že pravou rukou pevně zachytíme zadeček, levé předloktí uvolníme z objímání dítěte.

2, 3. Rukou proklouzneme mezi levou ručkou a hlavičkou šikmo přes tělíčko a uchopíme pravé stehno dítěte.

4. Poté se předkloníme a váhu dítěte přeneseme zcela na levé předloktí. Pravou rukou můžeme vsunout mezi dolní končetiny až po hrudníček dítěte, nadzvednout je a levou ruku pod dítě lépe srovnat. Konečná poloha vypadá tak, že hrudníček dítěte spočívá na našem levém předloktí a pravé stehno dítěte přitahujeme pod břicho. Dítě leží zadečkem níže, než je hlavička.



Pokládání děťátka z náruče do koše

Miminko držíme v poloze „vyvýšeného klubíčka“



Pravou rukou chytíme zadeček. Nosnou ruku uvolníme z objetí a zachytíme hlavičku



Postup vhodný pro ukládání i do autosedačky ☺

Dítě oddálíme od sebe v pozici „zajíčka“ a pomalu pokládáme do koše



Uložíme spodní polovinu těla a ruku pomalu vytahujeme zpoza záhlaví

ZVEDÁNÍ Z PODLOŽKY

Lehkým tahem za ruku obrátíme dítě na bok a současně vložíme dlaň pod temeno hlavičky a předloktí pod záda. Hlavičku srovnáme do osy tělíčka, a tak zabráníme nežádoucímu záklonu. Pravou ručku uvolníme, tím se nám dítě převalí a položí hlavičkou do připravené levé dlaně, předloktí levé ruky ponecháme pod zády.



Prsty pravé ruky vklouzneme mezi nožky a dlaní pod zadeček. Palec zůstává vystrčený v rozkroku. Při zvedání udržujeme předloktí levé ruky pod zády dítěte. Konečná poloha se nazývá poloha zajíčka



Zdroj obrázků a informací:

KIEDROŇOVÁ, Eva. *Něžná náruč rodičů*. 1. vyd.
Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-1210-5.