

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Přístup k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí  
dvaceti let**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Judita Soukupová Maříková

Autor práce:

Renata Formanová

2011

## **Approach to the initial treatment of a newborn infant as it developed during twenty years**

To make the passage of a newborn infant from its intrauterine to the extrauterine life a smooth process, and to facilitate the infant's proper postnatal adaptation, the quality of medical personnel and their approach to the initial treatment of the infant come as matters of utmost importance.

The theoretical section of the paper concentrates on the initial treatment as practiced today and the same treatment as administered twenty years ago. Specified are the major changes that the treatment underwent throughout the last twenty years.

The practical section of the paper focuses on experience and practices followed by midwives during the recent twenty years when providing the initial treatment in selected South Bohemian hospitals.

To make an inquiry into this matter and to reach the below-specified objectives, the author chose to apply the method of qualitative investigation. The method assumed the form of semi-standardized interviews with midwives giving the newborn infants their initial treatment in six selected South Bohemian hospitals between 1990 and 2010.

The paper had two objectives: (1) to find out the differences, if any, in the approach to the initial treatment of newborns as practiced from 1990 to 2010; and (2) to make a comparison between the individual procedures of the treatment while revealing any differences possibly experienced from 1990 to 2010.

Both the objectives have been accomplished. Research Question 1, i.e. "What are the differences in approach to the initial treatment of newborns between what was common twenty years ago and what can be encountered today?", has been answered as follows: the personnel's approach altered when the system of rooming-in was introduced. Unlike the situation in 1990, nowadays the system is fully developed. Modified was the stance towards the mother, father and the baby - now they are perceived as a family. Preference is given to contact between the mother and the child immediately after the delivery; the father's presence is welcomed; breastfeeding is supported; and handling the infant in any other way is minimized. Research Question 2, i.e. "What are the differences in procedures used for the initial treatment of newborns between what was common twenty years ago and what can be encountered today?". During the 20 years a number of the practices has undergone quite substantial changes. Changed has been the treatment of umbilical cord; the infant's identification; postnatal suction; the metering of bodily dimensions; thermo-management; technical background; vitamin K administration; decontamination of the conjunctival sac; and the advancement of the rooming-in system.

This Bachelor paper can help all medical workers get acquainted with the practices formerly employed to give a newborn baby the initial treatment and to compare the practices with the current situation. The research results can be utilized in teaching at the University of South Bohemia and published in professional journals and on the Internet.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Přístup k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí dvaceti let “ 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 v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 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 3. 5. 2011

.....  
Renata Formanová

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. JUDITĚ Soukupové – Maříkové za laskavé a trpělivé vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za velkou podporu po celou dobu mého studia.

## **OBSAH**

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>4</b>
1.1 Základní pojmy v problematice ošetrovatelské péče o novorozence.....	4
1.2 Fyziologický novorozenec .....	4
1.2.1 Vzhled fyziologického novorozence .....	5
1.2.2 Organizace péče o novorozence .....	7
1.3 Klasifikace novorozence .....	8
1.3.1 Určení gestačního stáří .....	9
1.3.2 Historie posuzování stavu novorozence.....	9
1.3.3 Posouzení stavu novorozence .....	9
1.3.4 Novorozenecká anamnéza .....	10
1.3.5 Apgar skóre .....	11
1.3.6 Posouzení zralosti novorozence .....	12
1.4 Celkové klinické vyšetření fyziologického novorozence .....	12
1.5 Přístup k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí dvaceti let .....	13
1.5.1 Vybavení pro první ošetření novorozence .....	14
1.5.2 Přerušení a ošetření pupečnicku, odběry pupečnickové krve .....	15
1.5.3 Termomanagement .....	17
1.5.4 Péče o kůži .....	18
1.5.5 Odsávání dýchacích cest .....	18
1.5.6 Identifikace novorozence .....	19
1.5.7 Měření a vážení .....	20
1.5.8 Dekontaminace spojivkových vaků .....	21
1.5.9 Prevence krvácivé nemoci .....	22
1.5.10 Apgar skóre .....	22
1.5.11 Oblečení a zabalení .....	23
1.5.12 Péče o uši, nos, vlásy .....	23
1.5.13 Rooming in a první přiložení .....	24
1.5.14 Účast otce u ošetření novorozence .....	25
1.5.15 Ošetrovatelská dokumentace .....	25
<b>2. Cíl práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>27</b>
2.1. Cíl práce .....	27
2.2 Výzkumné otázky .....	27

<b>3. Metodika</b> .....	28
3.1 Metodika práce .....	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	28
<b>4. Výsledky</b> .....	29
4.1 Kasuistiky .....	29
4.1.1 Kasuistika 1 .....	29
4.1.2 Kasuistika 2 .....	32
4.1.3 Kasuistika 3 .....	34
4.1.4 Kasuistika 4 .....	37
4.1.5 Kasuistika 5 .....	39
4.1.6 Kasuistika 6 .....	42
4.2 Výsledky rozhovorů zpracované do tabulek .....	45
<b>5. Diskuze</b> .....	54
<b>6. Závěr</b> .....	61
<b>7. Klíčová slova</b> .....	63
<b>8. Seznam použitých zdrojů</b> .....	64
<b>9. Přílohy</b> .....	67

## Úvod

Porod dítěte je nepopsatelným zážitkem pro oba rodiče a celou rodinu. Dítě je plodem lásky, naplnění touhy dvou lidí spojit svůj život. Už od prvních týdnů těhotenství se mezi matkou a plodem vytváří zvláštní, nepopsatelný nový vztah, vytváří se mateřská láska, pouto, které dnem porodu získává konkrétní podobu, pouto silné a pevné na celý život.

Péče o novorozence začíná již v průběhu porodu. Šetrné vedení porodu za aseptických podmínek, dobrá spolupráce s matkou, porodní asistentkou a porodníkem je základem správné péče o novorozence. Poté co se dítě narodí a spatří světlo světa je pro zvládnutí poporodní adaptace novorozence velmi důležitá odborná a šetrná péče porodní asistentky nebo dětské sestry která má plně v kompetenci první ošetření novorozence.

K prvnímu ošetření bezprostředně po porodu řadíme ošetření pupečního pahýlu, zamezení tepelným ztrátám, osušení a zabalení, odsátí z dýchacích cest je-li to potřeba, označení totožnosti novorozence, změřeni a zvážení, dekontaminace spojivkového vaku, aplikace vitamínu K a v neposlední řadě zhodnocení zdravotního stavu novorozence podle apgar skóre a celkové klinické vyšetření neonatologem nebo pediatrem.

Za posledních dvacet let prošlo první ošetření novorozence několika většími či menšími změnami. V současné době dochází ke změnám v pojetí a v přístupu ošetřování novorozenců na porodním sále bezprostředně po porodu. Stále více se dbá na nepřetržitý kontakt dítěte s matkou a na zkvalitňování ošetřovatelské péče. Jak tomu ale bylo před dvaceti lety?

Toto téma mne zaujalo nejen proto, že studuji obor porodní asistentka a tak jsem již několikrát sama novorozence na porodním sále ošetřovala, ale také proto, že před dvaadvaceti lety jsem byla já tím malým novorozencem na porodním sále, který byl odkázán na péči a pomoc dětských sester, porodních asistentek a v neposlední řadě pediatrů a neonatologů. Moje babička byla porodní asistentkou v Táborské nemocnici, dennodenně ošetřovala narozené děti a o všem mi vždy vyprávěla. Bohužel dnes už se mnou nemůže být a vyprávět mi znovu, jak to všechno vlastně bylo. Ráda bych proto nahlédla do nedávné minulosti a zmapovala vývoj, kterým první ošetření novorozence prošlo za posledních dvacet let.

## 1 Současný stav

### 1.1 Základní pojmy v problematice prvního ošetření novorozence

#### Porod (partus)

Spontánní, fyziologický porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) z děložní dutiny porodními cestami působením porodních sil. Je-li v kterékoliv fázi porodu proveden operační výkon, jde o operační porod. Je-li porod vyvolán úmyslně, podáním léků, vyvolávající děložní stahy, mluvíme o indukovaném porodu. Porod, v jehož průběhu jsou podávány léky na upravení děložní činnosti, je označován za medikamentózní. Fyziologický porod je veden pod lékařským dohledem, za pomoci porodní asistentky. Do takového porodu není třeba nijak radikálně zasahovat a může se účastnit blízká osoba rodičky, především otec dítěte.

(12, 13, 20)

**Narozením** rozumíme vypuzení nebo vynětí živého dítěte z matčina těla o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší porodní hmotností alespoň 24 hodin a projevuje-li alespoň jednu ze známek života. Za známky života považujeme srdeční akci, dech, pulsace pupečníku, aktivní pohyby svalstva i když pupečník nebyl přerušen nebo nebyla porozena placenta. (3, 9, 20)

**Novorozenecké období** je od okamžiku porodu do 28. dne života. Toto období lze dále rozdělit na časně, tedy od porodu do 7 dne života a pozdní, od 8. do 28. dne života. (9) „V roce 1994 byla vzájemnou domluvou České neontologické společnosti a České gynekologicko-porodnické společnosti ve shodě se světovým trendem ustanovena hranice **životaschopnosti plodu** na 24. týden těhotenství.“ Intenzivní péče o novorozence str.23

#### 1.2 Fyziologický novorozenec

Plod se stává novorozencem od okamžiku porodu do 28. dne života. Toto období lze dále rozdělit na časně, tedy od porodu do 7 dne života a pozdní, od 8. do 28. dne života. (30) Fyziologický novorozenec je živě narozený, jevící známky života (srdeční akce, dech, aktivní pohyby svalstva, pulsace pupečníku). Je zralý, donošený, narozený v termínu.

To znamená, že jeho gestační stáří se pohybuje mezi 38. až 42. týdnem těhotenství. Je životaschopný – viabilní, vykazuje dobrou porodní adaptaci, což znamená, že je schopen se po narození rychle a správně přizpůsobit okolním podmínkám a plynule přejít



z intrauterinního do extrauterinního života, bez větších obtíží ve vitálních a fyziologických funkcí.(20)

Dále klasifikujeme novorozence podle poporodní hmotnosti. Fyziologický novorozenec se řadí mezi novorozence eutrofické. Hmotnost eutrofického novorozence se pohybuje mezi 10. – 90. percentilem odpovídajícího gestačního věku. Eutrofický novorozenec váží tedy kolem 2500 g až 4500 g a měří 48 až 52 cm. Průměrný novorozenec však váží asi 3500g a měří 50 cm.(7)

Fyziologický novorozenec je zdravý, čilý, křičící, s funkčními orgány. Do 1. minuty po narození většinou začne spontánně dýchat. Dýchání je z počátku nepravidelné. Dechová frekvence se pohybuje mezi 40 – 60 dechy / minutu. Má pravidelnou srdeční akci, což je 100 – 160 tepů / minutu. Je schopen udržet si po porodu svoji stálou tělesnou teplotu. Tělesná teplota v konečníku je 36,8°C (+/- 0,2°C), v axile 36,1 – 36,6°C. Tlak krve je 50 – 75/30 – 45 mm Hg. (7, 25)

Po porodu je fyziologický novorozenec vybaven sadou několika nepodmíněných reflexů, díky kterým může přijímat potravu a dýchat.(18)

### **1.2.1 Vzhled fyziologického novorozence**

Obvod hlavy donošeného novorozence měří 32 – 37 cm, průměrně však obvod měří 33 – 35 cm.. Hlava bývá pokryta jemnými vlásky, není to však pravidlem. Barva vlasů není definitivní, postupně jsou tyto vlásky nahrazeny růstem trvalých vlasů v ranném kojeneckém období. Obočí a řasy jsou přítomny ihned po porodu. (7, 20, 22) Po porodu se může na hlavičce objevit tzv. poporodní nádor (caput succedaneum), nejedná se o žádnou patologii. Jde pouze o edém podkoží, který je někdy mírně prokrvácený. Nachází se v místě vedoucího bodu při porodu, důsledkem špatného vedení a tlačení v 2. době porodní. Velikost poporodního nádoru je závislá na délce a kvalitě 2. doby porodní. Během několika málo dní po porodu se resorbuje. Na očích novorozence můžeme pozorovat tzv. subkonjunktivální hematom, jde o zcela běžný výskyt drobného krvácení pod spojivkou, které do 1 – 2 dnů po porodu samovolně vymizí. Chrupavka ušních boltců je dobře vyvinutá a má elastický charakter. (7, 20,)

Kůže bývá bezprostředně po porodu s akrální cyanózou (promodrání kolem úst a akrálních částí nožek a ruček). Po zahřátí se však barva kůže mění na sytě červenou, tzv. novorozenecký erytém, který do 48 hodin po porodu mizí a kůže je růžová. (10, 14, 15) Může se mírně olupovat. Pokožka novorozence je velmi tenká a zranitelná. Je dobře vybavena tukovým polštářem. Kůže bývá pokryta mázkem – vernix caseosa, což je bílý sekret

mazových žláz, který je vytvořen již ve třetím trimestru těhotenství a chrání tak plod před maceračním působením plodové vody. Mázek se skládá z vody, tukových látek, nekrotických buněk a lanuga. Nejvíce mázku najdeme v kožních záhybech jako je například v podpaží, za ušima, v tříselech, na krčku, v podkolení jamce. Na zádech a ramínkách mohou být zbytky fetálního lanuga. To je jemné plodové chmýří, které do několika dní vymizí. Fetální lanugo je charakteristické především pro nedonošené novorozence. Většinou 2. den nastupuje novorozenecká žloutenka, která do 4 dnů po porodu ustupuje.(7, 20, 25) Na nose a tvářích se vyskytují bělavé až žlutavé pupínky – acne neonatorum, vzniklé důsledkem přechodné hyperplazie mazových žláz. Za zcela fyziologické se považují tzv. potničky neboli miliaria crystallina, které se vyskytují nad vyústěním potních žláz v oblasti kořene nosu, brady a čela. Když se dítě začne potit, uvolní se potní póry a zmizí. Bývá to kolem 2. týdne věku. (7, 13, 20)U zralých novorozenců je velmi častým kožním projevem alergický exantém, jehož příčina není zcela známa, spontánně mizí.(13, 20)

Prsní žlázy novorozenců obou pohlaví mohou být přechodně zduřelé, vlivem transplacentárního přechodu mateřských hormonů, estrogenu, na plod. Krvácení z genitálu novorozenců má stejnou příčinu. (13, 20)

Nehty dosahují a někdy i přesahují okraje prstů, jsou velmi tenké a jemné. Na dlaních a ploskách nohou je patrné rýhování po celé délce. (7, 13, 20)

Pohlavní orgány u zralých chlapců, tedy varlata – testes, jsou sestouplá v šourku. U dívek velké stydké pysky – labia majora, překrývají malé stydké pysky – labia minora. Labia minora a klitoris mohou být po porodu oteklé, působením mateřského estrogenu.(13)

První stolice se nazývá smolka, jde o černou, do zelena zbarvenou, lepivou hmotu, která se vytvoří ve střevech během nitroděložního života a je vlastně zbytkem spolykaných epitelů. Měla by se objevit do 48 hodin po porodu. Takováto stolice přetrvává po dobu, než začne fungovat normální zažívání. První močení zaznamenáváme už během porodu nebo těsně po něm, další močení by mělo přijít nejdéle do 24 – 48 hodin po porodu. (25, 23)

Pupečník je u dětí narozených v termínu přiměřeně silný 1 – 2 cm, upoutaný ke středu břicha, spojující plod s placentou.(7) Měří průměrně 50 cm a je obalen modravě šedou vrstvou amnia. Cévy pupečníku jsou 3: dvě artérie umbilicalis, mající spirálovitý průběh, obtáčejí věnu, vedou odkysličenou krev od plodu přes placentu k matce a 1 věnu umbilicalis, která vede okysličenou krev k plodu. Na pupečníku často najdeme nepravé uzly vznikající rozšířením pupečnickové žíly nebo klubíčkovitým stočením pupečnickových artérií nebo nahromaděním Whartonova rosolu. Pokud není pupečník lékařsky odstraněn, spontánně do 10. dne po porodu odpadá.(20, 13)

Nervový systém novorozence, je dostatečně vyvinutý, avšak není dostatečně integrován. Spontánní hybnost novorozence bývá převážně reflexní povahy. Novorozenec zaujímá postavení šermíře, což znamená, že hlava dítěte je otočena k jedné straně, na straně obličeje jsou končetiny natažené, na straně šíjové jsou končetiny naopak pokrčené. Při úleku a neklidu se dostavuje třes horních končetin. Novorozenec je vybaven sadou reflexů, podle kterých je možné posoudit správný vývoj dítěte. Jedná se především o úchopový, sací a Moorův reflex. (2, 25)

### **1.2.2 Organizace novorozeneckého oddělení a novorozenecký personál**

Neonatologie je obor, který se zabývá a tvoří péči o novorozence a je nedílnou součástí perinatologie. Perinatologii definujeme jako interdisciplinární obor, zabývající se péčí o zdravý vývoj nového jedince a poruchy tohoto vývoje v perinatálním období. Přímá citace z Intenzivní péče o novorozence str.21 V roce 1990 byla založena samostatná Česká neonatologická společnost (ČNeoS) a byl přijat perinatologický program. Celkem bylo ustanoveno 13 perinatologických center. V České republice je perinatologie členěna na takzvaný třístupňový regionální systém péče o těhotnou ženu a novorozence.(6, 9, 11, 24)

*I.stupeň* jsou základní úseky s péčí o fyziologického novorozence s hmotností vyšší než 2000g nad 35. týden gestace nebo o novorozence s nevýznamnými odchylkami v průběhu poporodní adaptace, kteří mohou být ošetřováni systémem rooming-in, tedy matka – dítě. Tyto úseky bývají ve většině případech součástí dětského oddělení.

*II. stupeň* jsou úseky intermediální péče která řeší patologické stavy a stavy nezralosti od 32. týdne gestace, které nevyžadují intenzivní. (5, 9, 11, 24)

*III. stupeň* sdružuje úseky I. stupně, intermediální pracoviště a jednotky intenzivní a resuscitační péče do neonatologického centra, které je součástí centra perinatologického.Zde je zajišťovaná péče novorozencům s těžkým a extrémním stupněm nezralosti narozenými mezi 24.-32. týdnem gestace. Tato centra se dále soustřeďují na závažné neonatální patologické stavy. Při neonatologických centrech působí ambulance komplexní péče o perinatálně ohrožené a poškozené novorozence. (9, 11, 24)

Mezi novorozenecký personál patří dětské sestry, porodní asistentky, pediatři a neonatologové.

Novorozenecký personál je odborně vzdělaný v oblasti pediatrie. Zajišťuje ošetrovatelskou péči, monitoraci, léčbu a případnou resuscitaci novorozence na porodním sále a novorozeneckém oddělení. Je nápomocen matce při osvojování základních vědomostí a dovedností v péči o své dítě a je nedílnou součástí novorozeneckého oddělení. (18)

### 1.3 Klasifikace novorozence

Bezprostředně po porodu je možné novorozence zařadit do několika skupin, které mají vysokou výpovědní hodnotu z hlediska posouzení prenatálního vývoje, ale i z hlediska možné mortality nebo morbidity. Všeobecně se uplatňuje klasifikace novorozence podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku. V praxi však klasifikujeme novorozence ještě podle zralosti. (7, 20)

#### **Klasifikace novorozence podle délky gestace:**

*Předčasně narozené* – to znamená že gestační věk je pod 38. týdnem (< 259 dnem)

*Narozené v termínu* – to znamená že gestační věk je mezi 38. – 42. týdnem (259. – 293. dnem)

*Přenášené* – to znamená že gestační věk je nad 42. týdnem (> 293. dnem) (13, 20)

#### **Klasifikace novorozence podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku:**

*Novorozenec eutrofický* – Stav výživy odpovídá gestačnímu věku. Pohybuje se mezi 10. – 90. percentilem pro daný gestační věk.

*Novorozenec hypotrofický* – porodní hmotnost je nižší, než hmotnost odpovídající gestačnímu věku. Pohybuje se pod 10. percentilem.

*Novorozenec hypertrofický* – porodní hmotnost je vyšší, než hmotnost odpovídající gestačnímu věku. Pohybuje se nad 90. percentilem. (7)

Uvedeno v příloze č. 1, tabulka č.4

#### **Klasifikace novorozence dle zralosti:**

*Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností* = extrémně nezralý – do 28. týdne gestace, s hmotností 500 – 999 gramů v anglické literatuře se značí *ELBW* (Extremely Low Birth Weight)

*Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností* = velmi nezralý – do 32. týdne gestace, s hmotností 1000 – 1499 gramů v anglické literatuře značen jako *VLBW* (Very Low Birth Weight)

*Novorozenec s nízkou porodní hmotností* = středně nezralý – do 34. týdne gestace, s hmotností 1500 – 1999 gramů v anglické literatuře značen jako *LBW* (Low Birth Weight)

*Novorozenec s nízkou porodní hmotností* = lehce nezralý – s hmotností pod 2500 gramů v anglické literatuře značen jako *LBW* (Low Birth Weight) (7, 28, 29)

### 1.3.1 Určení gestačního stáří

Gestační věk je zajišťován výpočtem podle data poslední menstruace, sonografického prenatalního měření (biparietální průměr hlavičky) a na základě klinického vyšetření novorozence podle somatických a neurologických kritérií zralosti.(20)

Nejpřesněji jde však gestační věk odhadnout pomocí kombinace fyzikálního a neurologického vyšetření například podle Ballarda.(uvedeno v příloze 1, tabulka č. 1, 2 a 3) Zde se hodnotí 6 znaků somatické zralosti a 6 znaků neurologického vývoje. Součet bodů z obou tabulek určí příslušný týden gestačního věku, uvedeno v tabulce č. 3. Neurologická kritéria zralosti zajišťuje zejména lékař, pro ilustraci jsou uvedena v tabulce č.2 Somatická kritéria na stanovení gestačního stáří jsou znázorněna v tabulce č.1.(9)

### 1.3.2 Historie posuzování stavu novorozence:

Před zavedením prvního systematického skórování v padesátých letech dvacátého století byl k hodnocení novorozence používán tzv. *breathing time* - to je čas od porození hlavičky do prvního nádechu, a tzv. *crying time* - čas do prvního křiku. Tehdy se předpokládalo, že novorozenec, který velmi krátce po porodu začne dýchat, je zdravý a nevyžaduje žádnou další, zvláštní péči. I přesto, že většina takových novorozenců má uspokojivou poporodní adaptaci, pouhý začátek dýchání nemusí vždy znamenat zajištění dostatečné oxygenace. Tento čas tudíž nemohl dále sloužit jako indikátor následné péče o novorozence. Pro utlumeného nebo asfyktického novorozence vyžadujícího resuscitaci je rozhodující a velmi důležitý čas do nástupu pravidelného dýchání (*time to sustained respiration – TSR*). Pokud je tento čas delší než 90 sekund můžeme jej přiřadit ke skóre 6 nebo méně podle Apgarové. (5, 23)

### 1.3.3 Posouzení stavu novorozence

K posouzení stavu novorozence je velmi důležitá novorozenecká anamnéza a zhodnocení novorozence po porodu podle Apgar skóre, které u dítěte provádí porodní asistentka, dětská sestra nebo pediatr. Při prvním celkovém vyšetření je dále posuzována somatická a funkční zralost pomocí skóre dle Ballarda. Toto vyšetření a posouzení zralosti provádí pediatr. (13, 20)

Po celkovém vyšetření je novorozenec sledován porodnickým personálem na porodním sále během postnatální adaptace. (20)

### 1.3.4 Novorozenecká anamnéza

V odběru anamnézy se jedná o několik zvláštností, typických pro neonatologii. Anamnézu lze částečně získat ještě před narozením dítěte. Informace z porodnické dokumentace jsou většinou dostatečné. Pokud je matka schopna, můžeme některé specifické dotazy položit přímo jí. Díky tomu se můžeme připravit na situace, které mohou při porodu nebo po něm vzniknout, zejména resuscitace novorozence, výměnná transfúze a podobně. Novorozenecká anamnéza se skládá z anamnézy matky, rodinné anamnézy, novorozenecké anamnézy a vyšetření placenty.(8, 9)

**Mateřská anamnéza** obsahuje počet těhotenství, porodů, potratů, interupcí onemocnění matky před těhotenstvím a během něj, místo a rozsah poskytované prenatální péče, průběh porodů a těhotenství předchozích se zvláštním zaměřením na riziko předčasného porodu, způsob vedení porodu, výskyt porodních komplikací např. - hypoxie plodu, poruchy děložní činnosti, poruchy mechanismu porodu atd. Popis průběhu šestinedělí, kojení, výsledky vyšetření plodu, užívání alkoholu, drog, nikotinu, léků a zaměstnání matky. Průběh současné gravidity, důvod a délka hospitalizace, komplikace a jejich terapie, výsledky těhotenských laboratorních, klinických a ultrazvukových vyšetření, interního vyšetření, bakteriologického a virologického vyšetření např. GBS, TORCH, HBsAg, HIV, BWR atd.(13, 20)

**Rodinná anamnéza** zahrnuje popis závažných onemocnění u rodinných příslušníků včetně sourozenců, jako jsou například diabetes mellitus, vrozené srdeční vady, onkologické onemocnění, onemocnění centrálního nervového systému, hypertenzní nemoc, mentální postižení. Dále pak porodní hmotnost sourozenců, inkompatibilitu krevních skupin. Ptáme se na zaměstnání otce, informace o sociální situaci a vzdělání rodičů. V multikulturní společnosti je také dobré doplnit údaje o etniku.(9)

**Anamnéza novorozence** bývá poměrně krátká, ale je velmi důležitá. Obsah je složen z průběhu ošetření novorozence na porodním sále včetně resuscitace, skóre podle Apgarové a popis vitálních známek a chování dítěte.(9, 20)

**Vyšetření placenty** a pupečníku provádí porodní asistentka nebo porodník. U pupečníku revidujeme vinutí, stav, délku a jeho inzerci do placenty, popřípadě do plodových blan. Na placentě zkontrolujeme celistvost plodových blan, všímáme si, zda blanami neprobíhá céva. Prohlédneme fetální část placenty, pátráme po placentárních infarktech a prosvítajících placentárních cévách. Na mateřské části placenty revidujeme celistvost kotyledonů. Tato vyšetření mohou přinést důležité informace o těhotenství a mohou být důležitější než celá anamnéza. (3, 9,20 )

### 1.3.5 Hodnocení poporodní adaptace podle Apgarové:

Bezprostřední celkový stav novorozence po porodu, zejména stav kardiopulmonálního a centrálního nervového systému, hodnotí skóre dle Apgarové (Apgar score), které vytvořila v roce 1953 americká anestezioložka Virginia Apgarová. Žila v letech 1909 – 1974. V rámci své práce anesteziologa na porodnici se věnovala výzkumu změn novorozeneckého prostředí při porodní hypoxii a dále pak celkovému vlivu anestézie rodičky na novorozence. Dále se věnovala podpoře výzkumu vrozených vývojových vad a popularizaci jejich prevence. Ve svém životě získala mnoho titulů, stala se profesorkou v oboru pediatrie a anesteziologie. Byla členkou gynekologicko-porodnické společnosti a čestnou členkou pediatrické společnosti. Je podle ní pojmenována cena Americké pediatrické společnosti, která se uděluje každoročně za práci v perinatologii. (7, 13, 15)

Kladem tohoto vyšetření je jeho jednoduchost a výtěžnost, nevýhodou je subjektivní hodnocení. Při dostatečných zkušenostech vyšetřující osoby jde však o poměrně kvalitní zhodnocení stavu novorozence bezprostředně po porodu a pro určení následujících opatření, jako je terapie, monitoring, observace a případná resuscitace novorozence pro období poporodní adaptace. (13, 20)

Pomocí Apgar skóre se hodnotí každý novorozenec. Principem stanovení tohoto skóre je zhodnocení pěti projevů novorozence v časovém sledu 1., 5. a 10. minutě po porodu. (28, 29)

Hodnotíme srdeční frekvenci, dechovou aktivitu, barvu kůže danou prokrvením, reakci na podráždění a svalový tonus. Každý z těchto znaků je ohodnocen 0, 1 nebo 2 body, přičemž číslo 2 znamená nejlepší (7, 13)

Celkový součet bodů tedy může být 0. – 10. Uvedeno v příloze č. 1, tabulka č. 5. Je-li hodnota nižší než 7, doporučuje se hodnotit ještě v 15. a 20. minutě. Nejvýznamnější z hodnocených kritérií je srdeční akce a dechová aktivita, oproti tomu se za nejméně významnou považuje barva kůže. Na základě skóre můžeme novorozence rozdělit do 3 skupin, podle potřeby následné resuscitace. (7, 20)

Stav novorozence se *skóre 8 – 10 bodů je fyziologický*, nevyžaduje žádnou vitální podporu a je uložen na observaci úseku fyziologických novorozenců, kde je dále sledována jeho poporodní adaptace. Při součtu *4 – 7 je novorozenec rizikový*, v poporodní depresi, vážně utlumený novorozenec se *skóre 1 – 3 body vyžaduje kardiopulmocerebrální resuscitaci (KPCR)* a je ve vážném ohrožení života. (20)

Nízké skóre, zvláště v 1. minutě nemusí vypovídat o stupni intrauteriní hypoxie, může být například pouze následkem medikamentózního útlumu novorozence, traumatizace,

porodní asfyxie, medikace matky, ale i patologie novorozence. Nízká skóre podle Apgarové v 5. minutě po porodu a později jsou prognosticky závažnější. Především závisí na délce asfyxie, proto je významné hodnocení v 5. a 10. minutě. Přetrvávající nízké apgar skóre v těchto minutách, popřípadě i později, je spojeno se zvýšenou mortalitou a pozdní morbiditou. (13, 20)

### **1.3.6 Posouzení zralosti novorozence**

Somatické známky zralosti:

- Dostatečně vyvinut podkožní tuk
  - Nehty přesahují konečky prstů
  - Zřetelné rýhování plosek nohou a dlaní
  - Chrupavky ušních boltců a nosu jsou pevné a pružné
  - U dívek jsou malé stydké pysky kryty velkými stydkými pysky, u chlapců jsou varlata sestouplá v šourku
  - Úpon pupečníku je zhruba ve středu mezi processus xiphoideus a stydkou sponou
- (7, 10)

Funkční známky zralosti:

- Zralost plicní tkáně, pravidelné dýchání bez apnoických pauz, přítomnost surfaktantu v plicích
- Dobrá termoregulace
- Zralost CNS – přítomnost reflexů
- Dobrá, přiměřená funkce jater
- Přiměřená funkce GIT pro správný příjem a zpracování potravy
- Přiměřená funkce močového systému (10)

### **1.4 Celkové klinické vyšetření novorozence:**

Ke zhodnocení stavu novorozence řadíme také celkové klinické vyšetření, které musí být provedeno neonatologem nebo pediatrem do dvou hodin po porodu, v ideálním případě za přítomnosti matky, popřípadě i otce. Musí probíhat rychle, šetrně, bezpečně a systematicky. Samozřejmostí jsou dokonale umyté a vydezinfikované ruce, krátce ostříhané nehty a absence veškerých prstýnků a ozdob na ruce pediatra, který vyšetření provádí. (20, 28, 29)



Vyšetření novorozence probíhá v teplém a tichém prostředí. Osvětlení místnosti musí být dostatečné, aby nedocházelo k záměně při hodnocení barvy kůže a zároveň aby novorozenec mohl bez potíží otevřít oči. (9)

Neonatální fyzikální vyšetření zahrnuje pohled (inspekci), pohmat (palpaci), poklep (perkusi) a poslech (auskultaci). Největší význam má vyšetření pohledem, nejmenší poklepem. (9,10, 16)

Při vyšetření se pediatr, neonatolog zaměřuje zejména na zhodnocení zralosti, rozpoznání vrozených vad, porodních traumat a opětovně jsou hodnoceny vitální funkce novorozence. Důležité je včasné rozpoznání stavů, které vyžadují urgentní řešení, časný speciální přístup nebo další vyšetření. (9)

### **1.5 Přístup k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí dvaceti let**

Péče o novorozence začíná již v průběhu porodu jeho šetrným vedením za aseptických podmínek, dobrou spoluprací mezi matkou, porodní asistentkou a v neposlední řadě neonatologem a porodníkem. Cílem prvního ošetření novorozence je zabezpečit vhodné podmínky pro nerušený přechod novorozence z intrauterinního do extrauterinního života a zajistit tak dobrý a ničím nerušený nástup poporodní adaptace (9, 13, 20).

Novorozence prochází bezprostředně po porodu adaptací mimoděložní podmínky života, proto mohou být první okamžiky života pro dítě kritické. U většiny fyziologických novorozenců dochází k hladkému průběhu poporodní adaptace, která však může být narušena řadou prenatálních i postnatálních faktorů. Největším problémem, který může v tomto období nastat, je hypoxie. V této fázi je velmi důležitá šetrná a hlavně kvalitní péče porodní asistentky, nebo dětské sestry, která má nestarost první šetření novorozence bezprostředně po porodu, neboť působ, jakým se o novorozence v prvních minutách po porodu postaráme, může ovlivnit kvalitu jeho života a může být příčinou pozdějších následků pro jeho další život (4, 10, 13, 20, ).

První ošetření novorozence na porodním sále prošlo během posledních let velkými změnami. Tak jako v minulosti se i v současné době velmi dbá na kvalitu ošetrovatelské péče, snažíme se hledat nové, lepší a šetrnější postupy, které by ještě více usnadnily nástup poporodní adaptace ale také se zvyšuje zájem o psychologické aspekty. (6, 12, 21)

Zatím co v roce 1990 se na otce, který chtěl být přítomen u porodu své ženy, pohlíželo jako na nějakého „vetřelce“, v současné době je přítomnost otců u porodu vítána. Ošetrovatelské výkony jsou dnes omezené jen na ty nejnnutnější, které mají zajistit optimální podmínky k nerušené adaptaci novorozence. V 80. letech minulého století byl zaveden systém rooming

in, to znamená že se dítě od matky odděluje jen v nejnnutnějších případech, to zdravotní stav novorozence i matky dovolí, umožňuje se kontakt „skin to skin“, tedy kůže na kůži v prvních minutách po porodu novorozence, což je oproti minulosti velký pokrok směrem dopředu.

Již porodník a gynekolog Frédéric Leboyer zavedl pojem „šetrný porod“, který se vztahuje ke způsobu, jakým by měl být novorozenec přijat na tento svět. (4, 19, 20, 21)

### **1.5.1 Vybavení porodnického boxu pro první ošetření novorozence**

Bezprostřední ošetření novorozence na porodním sále provádí porodní asistentka nebo dětská sestra. Ošetření musí být rychlé a šetrné, proto je důležité mít včas připravené všechny potřebné pomůcky. (22)

*Prostor*, kde bude novorozenec ošetřován – předehráté vyhřívané lůžko se zdrojem světla, měřičem a regulátorem teploty ze shora i ze spoda, přístupné z několika stran

*Zdroj kyslíku*

*Pomůcky a léky* k případné kardiopulmonální resuscitaci – odsávačky, samorozpínací vak, endotracheální kanyly, masky, rourky, laryngoskop s rovnou lžící, mixery a dávkovače medicínálních plynů... (16, 22)

*Odsávací zařízení* s odsávací cévkou – s centrálním otvorem a regulací podtlaku pro odsátí horních dýchacích

*Svorka na pupečník* – dle zvyklosti oddělení, může být i dvojitá ligatura nebo sterilní prádlová guma

*Set pro ošetření novorozence* – sterilní nahřáté pleny pro osušení, olej na snadné odstranění mázku

*K ošetření pupečního pahýlu* – sterilní čtverce a dezinfekční prostředek doporučen Cutasept F

*Pomůcky k identifikaci novorozence* – nerozpojitelná identifikační umělohmotná páska, 0,5 % roztok genciánové violeti

*Váha, teploměr, míra*

*Stopky* – určení Apgar skóre

*Ophthalmo-septonex* na dekontaminaci spojivkového vaku + buničité čtverce

*Prevence krvácivé nemoci* – K vitamin 1 mg (gtt., inj.,)

*Fonendoskop*

*Nahřáté oblečení* pro novorozence – pleny, košilka, dupačky, roušky, peřinka (zavinovačka)

*Vatové štětičky* na vyčištění uší, kartáček na vlasy, emitní miska

*Novorozenecká postýlka* s vyhřívanou podložkou

*Dokumentace* – písemný doklad se jmény pro chlapce a děvče, potvrzení matriky o případném rozdílném příjmení dítěte a matky, kompletní anamnéza matky o průběhu těhotenství a dokumentace pro novorozence (9, 28, 29)

Stejně vybavený byl i porodnický box v 90. letech minulého století. Najdeme zde pouze pár odlišností a to je:

- K dezinfekci pupečního pahýlu – Jodisol, později také Cutasept F
- Dekontaminace spojivkového vaku – nejčastěji AgNO<sub>3</sub> 1%, nebo acetát stříbra později také Ophtalmo-Septonex
- Identifikace novorozence – závěsné číslo pro matku i novorozence, netoxické těžko smývatelné barvy
- Pomůcky k očištění novorozence – tekoucí voda v blízkosti boxu, látkové pleny (16, 17, 27)

Dětská sestra nebo porodní asistentka (má-li na starost ošetření novorozence) před každým porodem zkontroluje všechny nástroje a pomůcky důležité k prvnímu ošetření novorozence, ověří si jejich funkčnost, popřípadě chybějící pomůcky včas doplní.(10, 22)

### **1.5.2 Přerušování a ošetření pupečníku**

Porodní ošetření pupečního pahýlu je prováděno sterilně za přísných aseptických podmínek, neboť právě pupeční pahýl představuje reálnou bránu pro vstup infekce.(22)

K podvázání nebo zaškrcení pupečního pahýlu sloužila v 90. letech minulého století nejčastěji dvojitá ligatura, postupně se přecházelo na umělohmotnou svorku, která je dnes nejčastěji používaná, nebo sterilní prádlovou gumu.(9, 22)

Po porodu byl a je pupečník zajištěn, asi 2 – 3 cm od jeho úponu. U silných pupečníků je vhodné zajištění dvěma svorkami, nebo sterilní gumou, která lépe přilne a s vysycháním pupečníku se díky její pružnosti pevně stáhne na objem sesychajícího pupku. (13, 20, 22)

Pupečník lze přerušit až po jeho dotepání, takzvané oddálené přerušování, to znamená v časovém odstupu 30 – 45 sekund po vybavení plodu. Tento postup je preferován, udává se, že se k dítěti přesune ještě asi 80 ml krve z placenty, dítěti je poskytnuta zásoba asi 50 mg železa, to údajně snižuje riziko vzniku anémie. Tento postup lze provádět pouze tehdy, není-li přítomna žádná kontraindikace, ať už ze strany plodu nebo matky (asfyxie intra uteri, předčasné odlučování lůžka...), za kontraindikaci není považována ani

nedonošenost ani hemolytická nemoc. Nejčastěji se však setkáváme s přerušением pupečníku ihned po narození plodu. Tento postu je dá se říci standardní (22,23, 29)

Podvázání pupečníku musí být dostatečně pevné, abychom předešli krvácení z pupečnickových cév. (20) Při podvázání dvojitou ligaturou provedeme dvojí uzel. (27) Porodník odezinfikuje místo přerušení pupečníku a poté jej odstříhne na délku pahýlu asi 5 cm. Zde se setkáváme s dalším rozdílem. Zatímco dnes je vhodným a nejčastěji používaným dezinfekčním prostředkem na pupečník Cutasept F, v 90. letech minulého století se používal k povrchovému ošetření novorozence Jodisol. Již v roce 1996 je však v odborných literaturách doporučován jako vhodný bezbarvý, nedráždivý roztok Cutasept F. (17, 27, 28)

V některých porodnických zařízeních je pupečník pouze zašitý pevánem a podvaz je proveden na boxe dětskou sestrou nebo porodní asistentkou. Po odstřížení pupečníku porodní asistentka nebo dětská sestra přenese novorozené dítě v drenážní poloze na vyhrátý ošetrovací box a ještě jednou řádně zkontroluje správné zajištění svorky pupečníku.(22) Od paušálního dezinfikování pupečního pahýlu, jako tomu bylo v 90. letech minulého století, se dnes již upouští, přesto se s ním můžeme ještě poměrně často setkat. Zároveň dnes není doporučováno potírání pupečního pahýlu 60 % lihem, z důvodu možného rizika popálení pokožky novorozence při nadměrném používání a také proto, že líh údajně zabraňuje rychlejšímu vysychání hlubších vrstev.(9, 10)

Přerušovaný pupečník pahýl při prvním ošetření překryjeme sterilním mulovým čtvercem a v dalších dnech již nekryjeme. Někteří autoři doporučují ponechat pupečník pahýl zcela volný, aby mohl rychle zasychat. (9, 22)

Novorozence zabalíme do jednorázových plenkových kalhotek, pupečník pahýl odvrátíme kranialním směrem (k hlavě) tak, aby byl volně nad plenou, mohl dobře vysychat a byl vizuálně kontrolován pro případné krvácení. Zároveň jej tak udržujeme v čistotě, suchý a bráníme jeho kontaminaci močí a stolicí.(9, 13, 20)

Část pupečníku je odebrána na vyšetření. Z pupečníku je proveden odběr krve k vyšetření krevních plynů – ASTRUP a TPHA.

Je-li lékařem indikováno odebíráme pupečnickovou krev na vyšetření krevní skupiny, Rh-faktoru, Coombsova testu, hladiny laktátu, bilirubinu. Toto vyšetření se provádí u rizikových skupin, Rh- nebo AB0 – izoimunizace. To znamená u matek, které mají krevní skupinu 0 nebo u matek Rh-negativních. Je-li podezření na intraamniální infekci, posílá se placenta na histologické vyšetření a novorozenci jsou provedeny stěry z ucha a axily. (13, 20, 28)

### 1.5.3 Termomanagement

Důležitost udržení termoneutrálního prostředí a tělesného komfortu bylo konstatováno již v 19. století ve Francii, kde byl také zkonstruován první inkubátor. V 50. a 60. letech byla jednoznačně prokázána vyšší procentuelní úmrtnost nedonošených, podchlazených dětí, než nedonošených dětí, u kterých se podchlazení zabránilo. Z toho jasně vyplývá, že stejně tak jako dnes i před dvaceti lety bylo jedním z nejdůležitějších úkolů při prvním ošetření zamezit tepelným ztrátám u novorozence. V 90. letech minulého století byl novorozenec ošetřován na přebalovacím stole, nad nímž byla výhřevná lampa, která se zapínala asi 10 – 15 minut před narozením dítěte, aby stačila dostatečně vyhřát plochu, kde bude novorozenec ošetřen. Termostaty na vyhřívání dětského prádla a plenek nebyly v té době k dispozici.(2, 21)

Tělesná teplota novorozeného dítěte podléhá cyklickým změnám, velmi snadno pak dochází k podchlazení, ale i k přehřátí novorozence. Proto je velmi důležité dodržovat zásady termomanagementu a předcházet tak tepelným ztrátám, které výrazně ovlivňují další průběh adaptace. (2)

To znamená především:

- rychlé ošetření
- rychlé osušení
- umístění boxu do vhodného prostředí
- teplota okolního vzduchu by se měla pohybovat kolem 25°C
- používání vyhřívané podložky a vyhřívání lůžka (29)

Novorozenec ztrácí tělesnou teplotu prouděním, zářením, odpařováním a vedením. Proto dítě zásadně neošetřujeme v prúvanu, nepoužíváme klimatizaci, nevětráme!(proudění). Dále bychom měli dbát na to, aby nebyl box umístěn v blízkosti velkých, chladných ploch, jako jsou například okna, protože dochází k předávání tepelné energie chladnějším objektům v prostředí (záření)\_ Novorozence ošetřujeme na vyhřátých podložkách, vyhříváním boxe, používáme nahřáté pleny,peřinku i oblečení,při vážení pokládáme na studenou váhu zahřátou plenu,aby nedošlo k prochladnutí (vedení), neméně důležité je rychlé a pečlivé osušení novorozeného dítěte a kontakt s matkou skin to skin ( kůže na kůži) (2, 16, 29)

Novorozence ihned po narození a odstřížení pupečníku převezme dětská sestra nebo porodní asistentka, do sterilní, vyhřáté pleny nebo roušky osuší jej a dovoluje-li to stav dítěte i rodičky, krátce ho položí matce na břicho a přikryje zahřátou peřinkou.(22)

Následně je novorozenec v drenážní poloze přemístěn na novorozenecký box, se zdrojem tepla, který by měl být vyhřátý na minimální teplotu 25°C, a řádně osušen zahřátou, dobře savou textilií. Po osušení musí být mokrá plena nebo rouška odstraněna od těla dítěte a vyměněna za novou.. V 90. letech minulého století byl novorozenec ošetřován na přebalovacím stole, nad nímž byla vyhřevná lampa, která se zapínala asi 10 – 15 minut před narozením dítěte, aby stačila dostatečně vyhřát plochu, kde bude novorozenec ošetřen. Termostaty na vyhřívání dětského prádla a plenek nebyly v té době k dispozici. (9, 21)

Otírání novorozence je vhodné také pro takzvanou taktilní stimulaci. Tímto způsobem se přirozeně stimulují vitální projevy novorozence, zejména dýchání.

Za příznivé znamení považujeme rychlé nabývání růžové barvy novorozence, silné křičení, čilé pohyby a hluboké dýchání.(22)

#### **1.5.4 Péče o kůži**

V roce 1990 se po narození dítěte a přerušení pupeční šňůry prováděla takzvaná „očistná koupel“ , která byla prováděna pod tekoucí vodou (sprchou) za účelem odstranění smolky, krve, hlenu a plodové vody, nikoli však mázku. Tato koupel měla význam spíše kosmetický, než zdravotní. V roce 1996 se v odborných literaturách setkáváme již s opačným názorem. V neontologickém edukačním programu z roku 1996 je uváděno, cituji: „ V žádném případě novorozence na porodním sále nekoupeme – pouze osušíme sterilní plenou“ Je tedy zřejmé, že koupání novorozence po porodu není již v tomto roce doporučováno. V řadě porodnických zařízení však tento postup péče o kůži ještě nějaký čas přetrvával.(12, 17, 27)

V současnosti je kůže novorozence osušena sterilní, nahřátou, dobře savou textilií, která je ihned odstraněna z blízkosti těla novorozence, aby nedošlo k jeho podchlazení. (27)

Nakonec šetrně, pomocí vhodného oleje odstraníme přebytečný mázek z těla novorozence. (29)

#### **1.5.5 Odsávání dýchacích cest**

Odsávání dýchacích cest u novorozenců prošlo během dvaceti let zásadní změnou a to v otázce paušálního odsávání novorozeneho dítěte. V 90. letech minulého století zněla odpověď na otázku odsávat či neodsávat jednoznačně ano.

Každý, v té době narozený novorozenec byl nejdříve odsát z dutiny ústní, nosohltanu a nakonec z nosní dutiny.U fyziologického novorozence šlo spíše o reflexní dráždění, které vyvolávalo respirační úsilí.(1, 17)

Novorozenec byl položen na vyhřívané lůžko a odsát dětskou sestrou nebo porodní asistentkou z úst a poté z nosu katétrem o průměru 8 F nebo 10 F, jehož podtlak nepřesáhl hodnotu 100 mmHg (136 cm vodního sloupce).

Pro patřičnou ventilaci musel být mezi jednotlivým odsáváním časový prostor a doba odsávání z jednotlivých dutin nesměla být delší než 5 s. Vždy byla nutná kontrola srdeční akce a celkový stav novorozence. Odsávání muselo být prováděno vždy sterilně, šetrně, cévkami s centrálním otvorem a průhlednými stěnami abychom viděli co odsáváme. Stejný postu při odsávání je i dnes. K odsávání můžeme použít odsávačku přístrojovou nebo mechanickou. (2, 17, 27)

Postupem času se začalo od paušálního odsávání novorozence upouštět. Nyní se novorozenec krátce a šetrně odsává z dutinu ústní, nosní a z nosohltanu pouze v indikovaném případě jako je například mekoniem zkalená voda plodová, nadměrné zahlenění novorozence, zelená voda plodová a podobně. Tento výkon již nepovažujeme za standardní z důvodu řad možných komplikací, které odsávání novorozence může způsobit. Jedná se především o poškození a edém sliznice úst, nosu a faryngu, opoždění spontánních sacích pohybů, vzestup tlaku a změny akce srdeční, zvracení, vagové dráždění a podobně. (9, 10)

### **1.5.6 Označení totožnosti novorozence (identifikace)**

Označení, nebo-li identifikace novorozence je základní, neopomenutelnou součástí prvního ošetření novorozence. Špatné, nebo žádné označení novorozence zvyšuje riziko záměny dítěte. Označení novorozence je dalším výkonem, který za posledních 20 let prošel nemalou změnou. (2)

V 90. letech minulého století bylo vžitě trojí značení novorozeného dítěte, které mělo za úkol zamezit možnosti záměny dítěte. Novorozenec byl ihned po porodu, v ideálních podmínkách značen zavěšením čísla na ručičku ještě před odstřížením pupečnickové šňůry. Stejně číslo měla i matka novorozence zavěšené na svém zápěstí. Dalším krokem identifikace novorozence byl popis na hrudníku číslem totožným s číslem na ručičce a konečné, třetí označení bylo napsání jména na zevní stranu stehna novorozeného dítěte. Pro označení novorozence se používaly těžko smyvateľné, netoxické barvy. (14, 27) Někdy bylo značení prováděno ještě pomocí tkanice se jménem dítěte a číslem pokoje matky na peřinku, plenu nebo košilku do které byl novorozenec zabalen. (12, 21)

Dnes není trojí značení novorozence podmínkou, ani nemá legislativní oporu. Označení novorozence probíhá vždy za přítomnosti matky, popřípadě i otce, nebo jiné blízké

osoby, která je přítomna u ošetření. Značení novorozence provádíme záhy po narození. Vhodné je označení matky současně s dítětem v průběhu prvního kontaktu s matkou.(22, 28)

Identifikaci zajistíme speciálním nerozpojitelným plastovým náramkem, který připevníme novorozenci na zápěstí tak, aby neškrtil a nepoškozoval kůži a zároveň nemohl z ručky sklouznout ať už při manipulaci s novorozencem nebo váhovém úbytku.

Identifikační náramek musí obsahovat: jméno a příjmení novorozence, číslo porodu, datum narození včetně hodiny a minuty, pohlaví a jméno matky. Velmi často se dnes setkáváme s rozdílným příjmením matky a dítěte. Značení identifikačním náramkem a rozsah údajů na náramku stanovuje metodický pokyn České neonatologické společnosti (ČNeoS). (9)

Pro zvýšení bezpečnosti značení je možné provést další nebo duplicitní označení novorozence přímo na hrudník (číslo porodu) nebo stehýnko dítěte (příjmení). K popisování novorozence používáme 0,5 % vodný roztok genciánové violeti nebo methylenovou modř, také ve vodném roztoku. (22, 23)

Pokud se jedná o vícečetné těhotenství, je možno označit hrudník novorozenců velkými písmeny A, B, C, atd., nebo použít římské číslice. Novorozence takto značíme v pořadí porodů, to znamená, že první narozený jedinec má v případě značení písmeny označení A, druhý B, třetí C....(9)

Nevýhodou tohoto značení je jeho smývatelnost, proto se musí po každém koupání, v případě potřeby obnovovat, aby zůstalo čitelné až do propuštění do domácí péče. Stejně tak identifikační náramek může být z ruky dítěte odstraněn až doma.

Značení mimo tělíčko dítěte není považováno za dostatečné a nenahrazuje tak povinné značení novorozence!(22, 23)

### **1.5.7 Měření a vážení novorozence**

K prvnímu ošetření novorozence patří také zvážení, změření tělesné délky, obvodu hlavy, hrudníku a změření tělesné teploty dítěte v podmínkách, které odpovídají zásadám termomanagementu na porodním sále.

V 90. letech minulého století se měření a vážení novorozence provádělo ještě na porodním sále a patřilo k nedílné součásti prvního ošetření. Postupem času měnil se i přístup k měření tělesných rozměrů novorozence ihned po porodu a začalo se uvažovat o vhodnosti tohoto výkonu. Postup zvážení a změření tělesných rozměrů novorozence je stejný jako dnes. (9, 17)

V současné době se již upouští od měření tělesné délky novorozence ihned po narození stejně tak se upouští od měření obvodu hlavy a hrudníku a tento úkon je ponechán na pozdější dobu, až když je dítě plně adaptované na nové podmínky života. V některých



nemocnicích je dokonce zvykem měřit délku a obvody dítěte až při propouštění z nemocniční péče. (9, 19, 22)

Vážení tělesné hmotnosti provádíme na kojenecké váze, která je umístěna v blízkosti porodního boxu. Novorozence pokládáme na váhu v nahřáté pleně, aby nedošlo k prochlazení dítěte vlivem studené plochy váhy. Dítě vážíme nahé, popřípadě v jednorázových plenkách. V tomto případě pak musíme odečíst hmotnost pleny od navážené hodnoty novorozence, aby nedošlo ke zkreslení skutečné hmotnosti. Průměrná váha donošených, fyziologických novorozenců je asi 3500g. Znalost váhy po porodu je důležitá zejména pro pozdější sledování váhových úbytků a celkového stavu prospívání novorozeného dítěte. (4, 9, 10)

Od měření tělesných proporcí novorozence po porodu se jak již bylo řečeno pomalu upouští. Důvodem, proč se v současné době odkládá měření tělesné délky novorozence na sále je údajný negativní vliv na kyčelní kloub, navíc je pro novorozence tento výkon stresujícím a údaj není zcela přesný. Přesto se s ním můžeme setkat. Donošený novorozenec měří 44- 55 cm, obvod hlavy je asi 32 – 37 cm a obvod hrudníku o 1 – 2 cm méně než obvod hlavy. Novorozence měříme v leže bodymetrem (v korýtku), pokud není bodymetr dostupný, vystačíme si s klasickým krejčovským metrem. Orientační body pro měření tělesné délky novorozence plosky nohou a nejvyšší bod temene hlavy. Při měření tělesné délky natahujeme dolní končetiny novorozence pouze v kolenou, nikoli v nártách. Měření probíhá šetrně, aby nedošlo k poškození novorozence. (7, 9, 10)

U dítěte porozeného koncem pánevním není vhodná extenze, tedy natahování kyčelního kloubu ihned po porodu z důvodu flexního držení. Měření celkové délky ihned po porodu není tedy doporučováno. (9)

Po zvážení a případném změření novorozence provede dětská sestra nebo porodní asistentky změření tělesné teploty v konečníku, čímž zjistíme i průchodnost anu a rekta.

Vše pečlivě zaznamenáme do zdravotnické dokumentace. (9, 10, 20)

### **1.5.8 Dekontaminace spojivkového vaku**

Kredeizací nebo-li dekontaminací spojivkového vaku novorozence po porodu rozumíme prevenci gonokokové konjunktivitidy.

V 90. letech minulého století se k tomuto ošetření nejčastěji používal 1% dusičnan stříbrný(AgNO<sub>3</sub>) nebo 1% octan stříbrný. Do spojivkového vaku každého oka se vkápla jedna kapka tohoto přípravku. Zbytky roztoku, vytékajícího z oka byly zachyceny do čtverce buničiny, popřípadě bylo oko otřeno borovou vodou. (10, 12, 21)

Vykapání očí chránilo novorozence před kapavčítým zánětem rohovky z rodidel matky, který byl dříve nejčastější příčinou slepoty novorozenců. (12) AgNO<sub>3</sub> se musel uchovávat v tmavých lahvičkách, protože světlo ho rozkládalo a jeho expirace byla pouhé 3 dny. Další, hlavní nevýhodou dusičnanu stříbrného je odpařování vody, čímž se mění jeho koncentrace a vzniká riziko „chemického“ zánětu spojivek. Proto se již v této době začínal používat přípravek Ophtalmo-Septonex, který je k oku několikanásobně šetrnější. (27)

Dnes se již zcela běžně používá k ošetření očních spojivek Ophtalmo-Septonex v kapkové formě, jehož dávkování se v roce 1997 změnilo z pouhého vkápnutí do spojivkového vaku na takzvanou dvoustupňovou laváž. To znamená propláchnutí spojivek větším množstvím roztoku na porodním sále a opakování této procedury na oddělení fyziologických novorozenců. Při proplachování očních vaků dáváme vždy pozor, aby roztok nepřetekl z jednoho oka do druhého. Abychom tomu zabránili používáme mulový čtvereček, do kterého přebytečné množství roztoku zachytíme. Vždy používáme jeden až dva mulový čtverečky na jedno oko. (9, 10)

Dekontaminace spojivkového vaku je prevencí gonokokového zánětu spojivek a dalších infekcí, kterými se mohl novorozenec infikovat od matky vaginální cestou. (13, 20)

Nové studie informují o možnosti použití pro dezinfekci spojivkových vaků ve druhé fázi laváží také 2,5 % roztok Betadine. (9)

### **1.5.9 Prevence krvácivé nemoci z nedostatku vitamínu K**

K prevenci krvácivé nemoci (morbus haemorrhagicus neonatorum) slouží podání 1mg = 1ml vitamínu K (Kanavit), který je novorozenci podán ještě na porodním sále, nejpozději do jedné hodiny po porodu. Tato metoda byla považována za vhodnou prevenci již v 60. letech minulého století a postupně se stala standardem ošetrovatelské péče. (9, 20 )

Vitamín K můžeme aplikovat perorální cestou, což je považováno za nejčastější způsob podání, dále pak intra muskulárně (do svalu) nebo intra venózně (žilní podání).

Česká neontologická společnost doporučuje, opakované podávání vitamínu K fyziologickému, kojenému novorozenci při propouštění do domácí péče v dávkách 1mg per os týdně do jednoho měsíce věku a v dalších měsících 1mg per os měsíčně po dobu výlučného kojení. (28, 30)

### **1.5.10 Apgar score**

Apgar skóre bylo vytvořeno v roce 1953 anestezioložkou Virginálu Apgarovou, slouží k posouzení stavu novorozence, jak již bylo popsáno v kapitole 1.3.5, v prvních minutách

po narození. Toto hodnocení se používá již řadu let, v roce 1990 bylo hodnocení Apgar skóre již přirozenou součástí hodnocení stavu novorozence. Principem Apgar skóre je zhodnocení pěti projevů dítěte (Srdeční frekvence, dechová aktivita, svalový tonus, barva kůže, reakce na podráždění v časovém sledu 1., 5., a 10. minutě po porodu. (7, 28, 29)

Každý z těchto znaků je ohodnocen 0, 1 nebo 2 body, přičemž číslo 2 znamená nejlepší.

Celkový součet bodů tedy může být 0. – 10. Je-li hodnota nižší než 7, doporučuje se hodnotit ještě v 15. a 20. minutě. Nejvýznamnější z hodnocených kritérií je srdeční akce a dechová aktivita, oproti tomu se za nejméně významnou považuje barva kůže. Pomocí tohoto skórování lze určit zda dítě vyžaduje následnou péči, neodkladnou resuscitaci, nebo zda se jedná o fyziologického novorozence. (7, 29)

### **1.5.11 Oblečení a zabalení novorozence**

V 90. letech minulého století byl novorozenec po ošetření zabalen do plen,košilky, zavinovačky a položen do postýlky. V některých nemocnicích byl zabalen pouze v plenách a do košilky oblečen až po první koupeli, tedy po 24 hodinách svého života. Oblečení nebylo nahřáté tak jako je v současnosti. (21)

Dnes je novorozenec po ošetření zabalen do jednorázových plenkových kalhotek, oblečen do předem nahřáté košilky, dupaček,zabalen do peřinky nebo zavinovačky a dle přání matky je přiložen k jejímu prsu. Pokud se matka necítí dostatečně silná, je novorozenec položen do vyhřáté postýlky a uložen do těsné blízkosti matky tak, aby na své novorozené dítě dobře viděla. (28, 29)

V některých porodnicích se můžeme setkat s novorozencem zabaleným a oblečeným pouze do košilky a plenkových kalhotek. Zde také opět záleží na zvyklosti pracovišť. V každém případě však musí být prádlo dostatečně nahřáté, abychom bránili ztrátám tepla, jak již bylo popsáno v kapitole (29)

Pokud je dítě na zahřátí, nebo z jiného důvodu ukládáno do inkubátoru, je obvykle zabaleno pouze do jednorázových plenkových kalhotek, popřípadě mu jsou dány teplé ponožky a oblečeno je až později. (1, 2)

### **1.5.12 Péče o uši, nos a vlásky**

Péče o uši, nos a vlasy novorozence řadíme k posledním výkonům prvního ošetření. Tento výkon je stejný, tak jako byl před dvaceti lety.

Po ošetření novorozence porodní asistentka nebo dětská sestra vyčistí ouška novorozenci připravenou vatovou štětičku. Očista uší je pouze povrchová, od mázku, krve a plodové vody, nikdy nezavádíme štětičku hluboko do ucha, abychom ho nepoškodili.

Stejný postup je při ošetření nosu novorozence, provádí se mokrou vatovou štětičkou a nezavádíme jej příliš hluboko.

Nakonec novorozenci učešeme vlásy. (28, 29)

### **1.5.13 Rooming-in a první přiložení**

Začátek osmdesátých let přinesl další zkvalitnění v ošetřování novorozence, postupně se u nás začalo přecházet ke zřizování nového systému ošetřovatelské péče o novorozence takzvaný rooming-in. Tento anglický název lze přeložit jako „stále v místnosti“.

Jedná se o novorozenecké jednotky, které matkám umožňují stály, co nejtěsnější kontakt s dítětem hned po porodu. Přesto že tento systém má své kořeny již na začátku osmdesátých let minulého století, v roce 1990 nebyl ještě zcela rozšířen ve všech porodnicích v České republice. V odborné literatuře z roku 1982 se dočítáme o systému rooming-in a důležitosti navázání a rozvíjení emocionálního vztahu matky (rodiny) k dítěti. Jak ale tento systém v 90 letech minulého století opravdu fungoval? (1, 2, 14, 17)

Dnes je již samozřejmostí, aby bylo dítě na novorozeneckém oddělení uloženo na stejném pokoji s matkou. Systém rooming-in je zaveden ve většině českých porodnic. (14)

Novorozenec má být od počátku v neustálém kontaktu s matkou, proto se snažíme dítě od matky oddělovat pouze v indikovaných případech, které jsou většinou dané zdravotním stavem novorozence nebo matky. V takovýchto případech je pak novorozenec ošetřován na úseku fyziologických novorozenců, na takzvaném observačním pokoji, dětskou sestrou nebo porodní asistentkou pracující na tomto oddělení. (22, 23)

Dovoluje-li to stav novorozence, zůstává v přítomnosti matky na porodním sále zpravidla 1 – 2 hodiny po narození a poté je společně s matkou umístěn na pokoj rooming-in. Po ošetření je dítě přiloženo k matčině prsu k prvnímu přisátí ještě na porodním sále. V ideálním případě je novorozenec přikládán na břicho matky „skin to skin“ těsně po porodu. Tento kontakt reguluje u dítěte nejen tělesnou teplotu ale také dýchání a akci srdeční. První přisátí novorozence k prsu stimuluje u matky produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace, lépe zavínuje děloha v neposlední řadě se rozvíjí citové pouto mezi matkou a dítětem. (10, 22)

Tento systém je všestranně výhodný, podporuje nejen vytvoření a upevnění citové vazby mezi novorozencem a matkou, ale umožňuje také optimální podmínky ke kojení podle potřeb dítěte a zácvik matky v péči o novorozence. (10, 13)

Matka se zde učí správnému kojení novorozence, správné technice přebalování, koupání, oblékání. V tomto nelehkém úkolu je matce nápomocen vyškolený novorozenecký personál, který je vždy připraven a ochoten matce pomoci.

Novorozenec je nadále sledován, denně prohlédnut pediatrem a opakovaně během dne kontrolován dětskou sestrou nebo porodní asistentkou, která sleduje somatické projevy a chování novorozence. K další péči o novorozence na rooming-in patří pravidelné vážení a měření tělesné teploty. (10, 13, 22)

#### **1.5.14 Účast otce při ošetření novorozence**

Přítomnost otců u porodu a prvního ošetření novorozence vyvolávala kolem roku 1986 velmi bouřlivé diskuse a reakce na stránkách odborného i neodborného tisku. Zatímco ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky byla přítomnost otců na porodním sále již samozřejmostí, u nás nebyl tento požadavek v té době tak jednoznačně přijímán a bytí otců u porodu a ošetření svých dětí bylo spíše výjimečné. (19, 27)

V české republice se stali propagátory a prvními realizátory porodu a ošetření novorozence za přítomnosti otce znojemští porodníci Slezák a Štimpl v roce 1985. Po roce 1989 došlo ke zklidnění bouřlivé atmosféry kolem přítomnosti otce na porodním sále a brány porodních sálů se začaly postupně otvírat tam kde to bylo provozně možné a kde byli zdravotničtí pracovníci ochotni tuto skutečnost přijmout. Dnes je již samozřejmostí, že je otec přítomen u porodu a při ošetření svého děťátka. Vše si může zdokumentovat a v některých nemocnicích si otec dítěte může přestříhnout pupeční šňůru. Otcové, kteří jsou přítomni u porodu a prvního ošetření si tak vytvářejí silnější citové pouto mezi sebou a svým dítětem. V neposlední řadě je tatínek velkou podporou pro maminku. Dnes je zhruba 90% otců přítomných u porodu a prvního ošetření novorozence na porodním sále. (19, 20, 27)

#### **1.5.15 Ošetřovatelská dokumentace**

Další, velmi důležitou zásadou je pečlivě vedený zápis o všech vykonaných vyšetření i ošetření novorozence do zdravotnické dokumentace, neboť stále platí a platit bude že co je psáno to bylo provedeno a co psáno není jako by se nikdy nestalo. (4, 9) Správný zápis o vyšetření a ošetření může chránit nejen novorozence při náhlé změně zdravotního stavu, ale také zdravotnický personál před závažnými právními důsledky. Každý zápis i jeho absence ve zdravotnické dokumentaci se stává důkazem, proto je správné vedení dokumentace nezbytnou součástí každého oddělení. (9)

Dokumentace obsahuje:

*hlášení o narození dítěte se jmény pro chlapce i pro dívku (podklad pro matriku) popřípadě potvrzení matriky o rozdílném příjmení matky a novorozence*

*informované souhlasy zákonného zástupce novorozence*

*anamnézu matky a plodu*

*Informace o novorozenci – jméno a příjmení dítěte, datum a čas narození, záznam o prvním ošetření, hmotnost, délka a tělesné rozměry, tělesná teplota novorozence, Dále záznam o celkovém fyzikálním vyšetření novorozence neonatologem a záznam o případné kardiopulmonální resuscitaci. (28, 29)*

V dokumentaci je zakázáno škrtnat, vždy musí být prokazatelně jasné, kdo záznam provedl, popřípadě opravil a vše je stvrzeno podpisem osoby, která záznam provedla. (22)

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Hlavním cílem práce je porovnat a zhodnotit dřívější přístup způsob ošetřování novorozenců na porodním sále a zjistit změny v ošetřování se současnými postupy.

### **2.2 Výzkumné otázky**

V bakalářské práci byly položeny tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: V čem se liší přístup k prvnímu ošetření novorozence v době před dvaceti lety ve srovnání se současností?

Výzkumná otázka 2: V čem a jak se liší jednotlivé postupy prvního ošetření novorozence v době před dvaceti lety ve srovnání se současností?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika práce**

Bakalářská práce byla zpracována na základě výsledků kvalitativního šetření. Byla použita metoda dotazování technikou řízeného hloubkového strukturovaného rozhovoru s porodními asistentkami a dětskými sestrami (příloha 4) a metoda obsahové analýzy dokumentů. Rozhovory s porodními asistentkami a dětskými sestrami byly uskutečněny v rozmezí ledna – března 2011. Otázky se týkaly především toho, jak probíhalo první ošetření novorozence na porodním sále v letech 1990 až 2010 a jak vnímají změny, kterými první ošetření novorozence za posledních dvacet let prošlo. Dotazované porodní asistentky a dětské sestry měly prostor k vyjádření svých osobních názorů a připomínek. Rozhovor s porodními asistentkami a dětskými sestrami byl uskutečněn v jejich pracovní době na oddělení, kde pracují. Pouze s jednou dětskou sestrou byl proveden rozhovor u ní doma, protože je již v důchodu.. Jednotlivé rozhovory s porodními asistentkami a dětskými sestrami byly zpracovány do 6 kasuistik. Výsledky rozhovorů byly zpracovány do tabulek v programu Microsoft Word.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořili porodní asistentky a dětské sestry, které pracovali na oddělení gynekologicko-porodnickém oddělení a ošetřovali novorozence bezprostředně po porodu v letech 1990 až 2010 ve vybraných nemocnicích jihočeského kraje.

Výzkumný vzorek tvořili 2 porodní asistentky a 4 dětské sestry, které byli náhodně vybrány. Hlavním kritériem výběru bylo, aby vybrané porodní asistentky a dětské sestry měli alespoň dvacetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence na porodním sále.

Nejstarší respondentce je 66 let a nejmladší 45 let. Nejdelší praxe s prvním ošetřením novorozence je 36 let a nejkratší 20 let. Každá respondentka pracuje v jiné nemocnici jihočeského kraje.



## 4. Výsledky

### 4.1 Kasuistiky

#### 4.1.1 Kasuistika 1

*První respondentka pracovala v nemocnici A, vystudovala čtyřletou střední zdravotnickou školu a jako dětská sestra začala pracovat na dětském oddělení v roce 1964. Zde pracovala asi 24 let. Poté v roce 1989 nastoupila na oddělení fyziologických novorozenců, kde již zůstala až do důchodu. Má dvacetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence, práce ji naplňovala a bavila jí. Vždy si uvědomovala, jak důležitá je v jejím oboru pozornost, pečlivost a zručnost. Do práce chodila s dobrou náladou, těšila se ze skutečnosti, že je přítomna u zrodu nového „človíčka“ a že je mu nápomocna v prvních okamžicích jeho života.*

*Nyní je prvním rokem v důchodu a užívá si vnoučátek. Je klidná a vyrovnaná. Je veselá a usměvavá. Začíná vzpomínat... „ Víte, moje práce mně velmi bavila a naplňovala, přesto jsem ráda, že jsem už v důchodu a neleží na mě tolik zodpovědnosti. Ne vždy to byly jen příjemné chvíle.“*

První ošetření novorozence prošlo v nemocnici A za posledních dvacet let velkou změnou. V 90. letech minulého století se novorozenec po porodu ošetřoval na přebalovacím stole, nad nímž byl zdroj tepla. Nebyly k dispozici žádné termostaty na zahřívání dětského prádla. Asi v roce 1995 získala nemocnice A první vyhřevné lůžko, s možností fototerapie. *„Asi v roce 1995 jsme získali první vyhřevné lůžko z Českých Budějovic, nevzpomínám si na firmu, dodnes nám drží. Mohla se na něm dělat i fototerapie. Vypadá sice staře a humpolácky, oproti dnešním vyhřevným lůžkům, ale je fajn.“* Dětská sestra dokonce udává, že děti dříve byly mnohem otužilejší než dnes.

Po porodu dítěte lékař podvázal, po dotepání, pupečník tkanicí, dětská sestra převzala od lékaře novorozence, krátce jej ukázala matce a odnesla na přebalovací stůl pod zdroj tepla, kde byl pupečník následně doošetřen jodisolem a převázán obvazem kolem břicha novorozence. Obvaz měl zajistit lepší a rychlejší vysychání pupku, přesto respondentka na otázku, zda opravdu pupečník lépe vysychal, odpověděla, že neví, jestli tato metoda měla na pupečník nějaký vliv. Sama říká, že každý pupečník je jiný, některý vysychá lépe a jiný zase hůř. *„Často se stávalo, že pupečník krvácel, protože byla tkanice málo utažená, stalo se mi to ale také u svorky, vždycky jsme museli zajištění pupečníku po lékařích kontrolovat. Hrozně mě to vždy vyděsilo, lehce se pak stane nějaký malér.“* Asi od roku 2000 se v nemocnici A začala

používat umělohmotná svorka a pupečník se přestal krýt obvazem, pouze svorka se omotala čtvercem, aby nedošlo k poranění kůže novorozence. Všechny děti narozené v 90. letech minulého století se v nemocnici A odsávaly z úst, nosu a žaludku, dnes se děti odsávají pouze indikovaně. Přesto dětská sestra dodává : „*Dneska už kouknete a vidíte, jestli dítě potřebuje odsát nebo ne, ale já jsem radši šetrně odsávala všechny děti. Jsem zastánkyně odsávání a zdá se mi to mnohem lepší. Děti nezvrací a můžou přijímat mateřské mléko ihned po porodu na rozdíl od dětí, které odsáté nejsou.*“ Novorozenec byl osušen látkovou plenou, pomocí slunečnicového oleje se odstranil přebytečný mázek, který se však nestíral celý, jako je tomu dnes. V 90. letech minulého století byly na sále v balíku, svázaném obvazem připraveny několikery pleny a jedna větší plenková osuška, do které byl novorozenec později zabalen. „*Dnes máme k dispozici sterilní balíky, kde najdeme několik jednorázových roušek pro osušení novorozence.*“ Značení novorozence bylo v nemocnici A čtverý. Dítěti byla na zápěstí přivázána tkanice s číslem, které vyjadřovalo pořadí narozeného dítěte v měsíci, stejné číslo dostala i matka. Stejně číslo bylo napsáno na hrudník dítěte a na stehně novorozence bylo napsané jeho příjmení. Jako čtvrté značení bylo příjmení napsané na náplasti a nalepené na zavinovačku, později na dupačky novorozence. „*Nebylo to příliš šťastné značení, velmi často se stávalo, že z ruky sklouzlo a barva se smyla. Pravidelně jsme museli popis na kůži dítěte obtahovat. Dnes máme identifikační pásky, které u nás fungují asi 3 roky a jsou určitě mnohem lepší.*“ Dříve, než se dítě zabalilo do bavlněných plenkových kalhotek, košilky plenkové osušky a zavinovačky bylo ještě změřeno a zváženo. V nemocnici A měří děti v korytku dodnes, i když sami říkají, že měření délky není důležité a vědí, že jsou nemocnice, kde měření novorozence probíhá až několik dní po porodu. Průchodnost konečníku byla v roce 1990 zjištěna rektálním teploměrem, kterým se zároveň změřila i tělesná teplota. Od roku 2000 se začal používat digitální teploměr a od roku 2007 takzvaná „bezdotyková pistolka“. Vážení novorozence probíhalo před dvaceti lety na klasických kojeneckých vahách, později přešli na váhy digitální. „*Měříme v korytku a vážíme děti na digitální váze, která je ale strašně nepřesná, nemám jí ráda. Dříve jsme vážili na klasických kojeneckých vahách, ale pak jsme se stěhovali a všechny se někam ztratily. Zůstala jen jedna, kterou jsme si nechali na „bečárně“ a dodnes na ni vážíme třeba kojení.*“ Když byl novorozenec osušen, označen, změřen, zvážen a zabalen, přišlo na řadu vykapání očí, které se v roce 1990 provádělo dusičnanem stříbrným, a v roce 2000 se začal používat Ophtalmo-septonex, který se používá dodnes. Vitamín K byl aplikován intra muskulárně, tedy do svalu dítěte ještě na porodním sále a při odchodu domu novorozenec dostal ještě jednu kapku Kanavitu per os. Dnes se používá výhradně kapková forma vitamínu K u fyziologických novorozenců.

System rooming-in se do nemocnice A dostal kolem roku 1988 / 1989. Nejdříve byl novorozenec mamince ukázán a odnesen na oddělení fyziologických novorozenců, které bylo o patro níže, než byl porodní sál, kde byl zahřán a po dvou hodinách, až když byla matka převezena ze sálu na oddělení šestinedělí byl novorozenec poprvé přiložen k prsu. Poté si ho dětská sestra zase odnesla na oddělení a přinášela ho podle potřeby novorozence na kojení, přebalování, koupání, tak aby se maminka naučila základním věcem, jak pečovat o své dítě. Dítě bylo umístěno na pokoj k matce až druhý den po porodu. Asi od roku 2000 byl novorozenec přikládán k prsu poprvé za půl hodiny po porodu, a až od roku 2005 / 2006 kdy vznikl na porodním sále samostatný novorozenecký box, byl novorozenec k prsu přiložen ihned po porodu, podporován kontakt skin to skin, ponechán s matkou dvě hodiny na porodním sále ve vyhřevné postýlce a poté následně převezen zároveň s matkou na pokoj rooming-in.

Otec u porodu a tedy i u prvního ošetření novorozence byl už v roce 1990, nebylo to ale ještě tolik rozšířené. Na otázku jak přistupuje k otci u porodu a prvního ošetření novorozence odpovídá: *„Záleží na každém otci, někteří z toho mají divadlo, někteří jsou z toho špatný, ale většina se snaží mamince pomoci. Jsou nadšený, když si mohou dítě vyfotit a pochovat jen několik málo minut po porodu. Já ani nevím, jak to mám hodnotit. Já sama bych ho tam asi nechtěla, ale ze strany pozorovatele a pracovníka mi to nijak nevadí, spíš je mi to tak nějak jedno.“*

Největší zlom v prvním ošetření novorozence přišel v nemocnici A kolem roku 2005, když vznikl samostatný novorozenecký box na porodním sále a plně se mohl rozvinout systém rooming-in. Podle dětské sestry prošlo největší změnou ošetření pupečnicku. Pozitiva vidí v bezbarvém dezinfekčním prostředku, který nedráždí kůži novorozence. Stejně tak velmi kladně hodnotí, že jsou dnes maminky informovány dětskými sestrami o tom, jak první ošetření novorozence probíhá a dále pak to, že jsou rodiče informováni neonatologem nebo pediatrem o zdravotním stavu dítěte ještě na porodním sále. *„Oproti minulosti je to velký pokrok, v roce 1990 sice lékař dítě vyšetřil do dvou hodin po porodu, ale informace matce podal až třeba druhý den.“* Se současným prvním ošetřením novorozence je spokojená, říká, že je vše dnes jednodušší, přesto by se ráda vrátila ke starým, klasickým kojeneckým váhám, které se v 90. letech minulého století používaly a také k paušálnímu odsávání novorozence. I přesto, že je se současným ošetřením novorozence spokojená, odpovídá kladně na otázku, zda si myslí, že je stále co zlepšovat. Stěžuje si na dnešní nekonečně dlouhou, podle ní nesmyslnou administrativu, nad níž strávila spoustu času, který by ráda věnovala dětem. Odpověď na otázku, jak by celkově zhodnotila přístup k prvnímu ošetření novorozence na

porodním sále od roku 1990, až do současnosti zněla: „*Nezáleží na tom, jestli bylo dítě ošetřováno před dvaceti lety, nebo dnes. Změnilo se vybavení porodních sálů, dnes je samozřejmě lepší přístrojové vybavení, oblečky pro novorozence, máme k dispozici jednorázové plenky a jednorázové roušky na osušení, ale přístup se nemění. Vždy jsme se snažili vytvořit hezké, příjemné a přátelské prostředí pro matku a dítě. Je jasné, že vždy když maminka chce, něco špatného si najde. Přístupovali jsme a vždycky budeme přistupovat ke každému miminku individuálně. Péče je šetrná, snažíme se vytvořit novorozenci co nejlepší a nejpřirozenější podmínky pro přechod z matčina těla na svět. Tak to u nás vždycky bylo, je a bude.*“

#### **4.1.2 Kasuistika 2**

*Druhá respondentka pracuje v nemocnici B, vystudovala čtyřletou střední zdravotnickou školu obor dětská sestra a následně si dodělala ARIP v Brně. Po dokončení školy začala pracovat na novorozeneckém oddělení, kde pracuje již 34 let. Má čtyřiatřicetiletou praxi na porodním boxe s prvním ošetřením novorozence. Práce ji stále baví a nemá potřebu povolání měnit. Je ve své práci velice zaběhlá, vše ji jde od ruky, je pečlivá.*

Druhá porodní asistentka začíná vzpomínat... První ošetření novorozence prošlo v nemocnici A za posledních dvacet let velkou změnou. V 90. letech minulého století se novorozenec po porodu ošetřoval na přebalovacím stole, nad nímž byl infrazářič, jako zdroj tepla. Nebyly k dispozici žádné termostaty na zahřívání dětského prádla. Přesto nemocnice velmi dbala na dodržování zásad termomanagementu. Dnes má nemocnice k dispozici velmi moderní vyhřevné lůžko s vyhříváním ze shora i ze spoda s regulací teploty. Novorozenci se před dvaceti lety na porodním sále nekoupali, byli pouze osušeni látkovými plenami, které byly později vystřídány jednorázovými nahřátými rouškami, mázek z těla novorozence byl všechn odstraněn pomocí rostlinného oleje, tak jako je tomu dnes a novorozenec byl zabalen pouze do látkových plenkových kalhotek a zabalen do zavinovačky. Až později, na oddělení fyziologických novorozenců byli zabaleni do košilky a dupaček. Dnes je novorozenec standartně již na porodním sále zabalen do jednorázových plenkových kalhotek, košilky, dupaček a peřinky. Ošetření pupečnicku prošlo jen jedinou změnou, která se týká dezinfekčního prostředku. „*Tady je sestřičko pouze jeden rozdíl a to v dezinfekci. Používal se Jodisol, dnes se používá Cutasept F. Umělohmotné svorky byly tady zavedeny již před dvaceti lety.*“ Zato odsávání novorozence prošlo radikální změnou. V roce 1990 bylo odsávání všech novorozenců standardním postupem. „*Odsávali jsme z nosu, úst a dokonce i z žaludku. Tím jsme zjišťovali průchodnost jícnu*“ V současné době se standartně odsává v této nemocnici

pouze u zkalené, zelené vody plodové, jinak je odsávání výběrové, tedy například při potížích novorozence. Další změnu najdeme v identifikaci novorozence. V roce 1990 bylo značení v této nemocnici zavedeno trojím způsobem. Novorozenci bylo na vnější stranu stehna napsáno příjmení, na hrudník pořadové číslo v měsíci a stejné číslo bylo novorozenci připevněno pomocí tkanice na zápěstí. Matka měla samozřejmě na ruce přivázané shodné číslo s číslem svého dítěte. „*Ale no jo, bylo to špatné značení, dnešní značení je samozřejmě mnohem lepší a bezpečnější z hlediska záměny dětí.*“ Dnes jsou novorozenci značeni v nemocnici B pomocí plastových, nerozpojitelných náramků, podle metodického pokynu České neonatologické společnosti, které jsou ponechány na ruce matky i novorozence po celou dobu pobytu na gynekologicko-porodnickém oddělení. Výhodou těchto náramků je jejich bezpečnost z hlediska záměny dítěte. Další ošetrovatelský postup, který prošel v nemocnici B nemalou změnou je měření tělesných rozměrů novorozence. V 90. letech minulého století bylo každé narozené dítě měřeno ještě na porodním sále „*Násilím jsme dětem natahovali nožičky*“ V současné době se od měření na porodním sále upustilo a dítě je pouze zváženo na klasické kojenecké váze. Důvodem, proč se již děti v nemocnici B neměří bezprostředně po porodu je negativní vliv na kyčelní kloub a zvýšená stresová zátěž pro novorozence. „*Jsem přesvědčená o tom, že je to takhle lepší.*“ Když je novorozenec takto ošetřen a zabalen, provede se ještě takzvaná kredeizace, nebo-li dekontaminace spojivkového vaku, která spočívá ve vykapání očí novorozence dezinfekčním přípravkem. V roce 1990 se používal 1% dusičnan stříbrný, v současnosti je zde používán a chválen přípravek Ophtalmo-Septonex, který je k dětským očím mnohonásobně šetrnější. Nakonec se učešou vlásky, ouška a nos dítěte jsou vyčištěny pomocí vatových štětiček. Nikdy se nesmí zapomínat na aplikaci vitamínu K, který se používá k prevenci krvácivé nemoci. Dříve byl tento vitamín aplikován injekční formou do svalu dítěte, dnes je volen šetrnější postup, tedy podání v kapkové formě.

System rooming-in byl založen v této nemocnici nejmenovaným profesorem v roce 1983, zlom však nastal v roce 1999, kdy na porodním sále vznikla samostatná ošetrovatelská jednotka pro dětské sestry. Do této chvíle se novorozenec po porodu matce pouze krátce ukázal a byl ihned odnesen na oddělení fyziologických novorozenců, kde proběhlo následné ošetření a dítě bylo k matce přiloženo až po dvou hodinách po porodu. Od roku 1999 mohl být přítomen i otec na porodním sále. Dětská sestra tuto skutečnost hodnotí pozitivně, říká : „*Nevadí mi, když je tatínek přítomen u prvního ošetření, má svaté právo být tady s námi a koukat se na vše co se s jeho dítětem děje, může i filmovat nebo fotit.*“ V současné době je snaha oddělovat dítě od matky jen v nejnnutnějších případech. Po porodu je novorozenec položen matce na břicho, takzvaný kontakt „*skin to skin*“, kůže na kůži a následně je

novorozenec přiložen k prsu, nejpozději do půl hodiny po porodu. Dovoluje-li to stav obou, matky i novorozence, je dítě ponecháno s matkou na porodním sále 2 hodiny a následně jsou spolu převezeni na pokoj se systémem péče rooming-in. To dříve nebylo, novorozenec byl k matce na pokoj dán až za 24 hodin a na noc si ho zase dětská sestra odnášela na observační pokoj. Dětská sestra je spokojená se současným přístupem k prvnímu ošetření novorozence, určitě by neměnila a nevracela se k žádným postupům praktikovaným v minulosti. Říká, že dnes je vše jednodušší a modernější, nová technika má podle dotazované dětské sestry pozitivní vliv na ošetřování. Na otázku zda si myslí, že je stále co zlepšovat odpovídá: „Vždycky je co zlepšovat, vše ale určitě záleží na přístupu a kontaktu s lidmi, to je asi to nejdůležitější.“ Nejlépe hodnotí změnu v přístupu k novorozenci, matce a k otci, celkového rozvinutí systému rooming-in. Na otázku jak by celkově zhodnotila první ošetření novorozence za posledních dvacet let odpovídá : „Určitě došlo k velkému zlepšení, přítomnost otců, ošetřování před zraky matky, kontakt kůže na kůži, vybavení, vše je prostě pozitivnější.“

### **4.1.3 Kasuistika 3**

*Třetí respondentka pracuje v nemocnici C, vystudovala čtyřletou střední zdravotnickou školu obor dětská sestra. Po dokončení školy začala v roce 1974 pracovat na dětském oddělení, kde působila necelých 10 let. Od roku 1984 nastoupila na oddělení fyziologických novorozenců, kde pracuje dodnes. Má sedmadvacitiletou praxi s prvním ošetřením novorozence, práce ji stále baví a nemá potřebu povolání měnit. Vždy si přála pracovat na novorozenecké oddělení. Do práce se většinou těší, i když přiznává, že počáteční nadšení z čerstvě narozených dětí ji už dávno opustilo a těší se na důchod. Uvědomuje si, že na ni leží velká zodpovědnost, je zodpovědná a pečlivá.*

Třetí dětská sestra začíná vzpomínat... „Nevím jestli si vzpomenu na všechno, jak bylo dřív, už je to nějaký ten pátek...“ První ošetření novorozence v nemocnici C prošlo za posledních dvacet let také několika změnami. Novorozenec byl po porodu přenesen na přebalovací stůl se zdrojem tepla pouze ze shora, který byl už v té době součástí porodního sálu. Bohužel na rozdíl od současnosti, tenkrát nebyl výhřevný termostat, který by nahříval novorozenecké oblečení, plenky a peřinku. Přesto se kladl velký důraz na zajištění tepla a omezení tepelných ztrát u novorozence. Celé ošetření probíhalo velmi rychle, aby se tepelné ztráty omezily na minimum. První výhřevné lůžko koupila nemocnice C v roce 1997. Pupečník byl ihned po porodu zavázán tkanicí, která se musela kontrolovat a dotahovat, protože při sesychání pupečního pahýlu se uvolňovala a hrozilo tak krvácení. Pupeční pahýl se potíral lihem, aby lépe zasychal a dezinfikován byl přípravkem Jodisol. „Používali jsme

*k dezinfekci Jodisol, který nebyl moc vhodný, barvil a tím se pupečník hůře kontroloval a navíc dráždil okolní kůži novorozence. Jenže v té době si člověk myslí, že dělá vše nejlíp a nic lepšího už nebude.*“ Dezinfekční přípravek Cutasept F se začal používat v této nemocnici kolem roku 2003 / 2004. Pupečník se kryl pouze mulovým čtvercem, stejně jako dnes. Dnes již zcela běžně používají k podvázání pupečníku umělohmotnou svorku, se kterou jsou všichni velmi spokojeni. Kůže novorozence byla v roce 1990 od plodové vody a krve očištěna pod tekoucí vodou ještě na sále. Zbytky mázku byly šetrně setřeny pomocí rostlinného oleje a osušen byl látkovými plenami. „*Ano, opravdu jsme novorozence omývali na sále pod tekoucí vodou, myslím, že tomu tak bylo skoro ve všech porodnicích v té době.*“ Zhruba od roku 1995 se tento přístup změnil a kůže novorozence byla pouze osušena bavlněnými plenami a za pomoci oleje byl odstraněn veškerý mázek z povrchu těla dítěte. Každý novorozenec byl v 90. letech minulého století po odstřížení a ošetření pupečníku paušálně odsáván z nosu, úst a žaludku. „*Odsávali jsme každého novorozence, tato metoda mi přišla velmi drastická, proto jsem ráda, že dnes se odsává pouze indikovaně. Myslím si, že pokud to není akutně nutné, je lepší, když se novorozenec napolykané plodové vody zbaví sám, přirozenou cestou.*“ Aby nedošlo k záměně, značil se novorozenec před dvaceti lety trojím způsobem. Na ruku dítěte byl připevněn tkaloun s číslem, které určovalo pořadí narozeného novorozence v měsíci, dívky dostávaly číslo červené a chlapci modré, stejné číslo bylo zavázáno i na zápěstí matky. Dále byl novorozenec značen stejným číslem na hrudníku a jmenným popisem na stehně. „*Značení se provádělo netoxickými barvami, bohužel už si dnes nevzpomínám, jaké to přesně byly. Pravdou je, že číslo ze zápěstí novorozence často spadlo a barva na tělíčku se smývala. Proto jsme popis na těle museli pravidelně obtahovat a číslo zavěšené na ruce kontrolovat. Nedivím se, že docházelo k záměnám dětí. Dnes už by takovýto způsob značení nebyl možný.*“ Identifikační náramky se začaly v nemocnici C používat asi před čtyřmi lety, tedy v roce 2007 a jsou s nimi spokojeni jak rodiče, tak zdravotnický personál. Novorozenec byl dále na sále změřen pomocí krejčovského metru a zvážen na klasické kojenecké váze. „*Maminky se vždycky ptaly a ptají na váhu a míru svého děťátka, je to asi rok, co novorozence na sále pouze vážíme a měření ponecháváme na později. Většinou až na den, kdy je novorozenec s matkou propuštěn z porodnice domů. Snažíme se s fyziologickým novorozencem manipulovat co nejméně a provádět pouze základní ošetření, aby se dítě co nejméně stresovalo.*“ Tělesná teplota a tedy i zjištění průchodnosti konečníku se v 90. letech minulého století měřila rychloběžným teploměrem, zhruba od roku 2000 začala nemocnice C používat teploměry digitální. Nakonec je novorozenec zabalen, dnes již do jednorázových plenek, které se používají asi 15 let, dříve do plenek látkových, oblečen je do košilky a zabalen do

zavinovačky. Dupačky novorozence dostává až na oddělení fyziologických novorozenců. Aplikace vitamínu K byla prováděna injekční formou do svalu novorozence, dnes se již volí alternativní způsob, tedy podání 1 mg Kanavitu v kapkové formě. Ošetření očí se provádělo 1% dusičnanem stříbrným, který později kolem roku 2001 vystřídal Ophtalmo-Septonex. Systém rooming-in pronikal do nemocnice C již v osmdesátých letech minulého století. „Snažili jsme se novorozence od matky oddělovat co nejméně jak jen to šlo, přesto se to s dnešním roomingem asi moc srovnávat nedá. Novorozence jsme po ošetření krátce přiložili matce k prsu a poté jsme si ho odnesli na oddělení fyziologických novorozenců. Když matku převezli na oddělení šestinedělí, odvezla dětská sestra novorozence k matce, ale zase jen na krátkou dobu. Druhý den už zůstával novorozenec s matkou na pokoji, a dětská sestra jej chodila pravidelně kontrolovat. Na noc jsme si ale vždycky brali novorozence na „bečárnu“, aby byl pod naším dohledem.“ Otec u prvního ošetření byl až tak kolem roku 2000. Tento postup přetrvával asi do roku 2004 / 2005. Dnes je již samozřejmostí, že fyziologický novorozenec zůstává s matkou dvě hodiny na sále a poté je společně s ní převezen na pokoj rooming-in. První přikládání je nejpozději do půl hodiny po porodu. Dětská sestra pomáhá matce se zvládnutím základní péče o novorozence. Systém rooming-in hodnotí dětská sestra velmi pozitivně, říká, že se tak nejvíce rozvíjí pouto a citový vztah mezi matkou a dítětem a zároveň matka po odchodu z porodnice zvládá základní péči o své dítě. Stejně tak kladně hodnotí i přítomnost otce u prvního ošetření novorozence říká: „Pomáhá to zapojení tatínka do nové role.“

Dětská sestra je spokojená se současným přístupem k prvnímu ošetření novorozence, udává, že vždy hodně záleží na přístupu personálu a vedení, jsou-li ochotní k novým věcem, dále říká že jsou dnes lépe přístrojově vybaveni, technika je šetrnější, efektivnější a přesnější, zefektivňuje tak práci a snižuje riziko poškození novorozence. Za největší zlepšení považuje minimální manipulaci s fyziologickým novorozencem, umožnění okamžitého kontaktu matky a dítěte, maximální podpora kojení, kredeizace pouze očními kapkami, koupel až za 2 hodiny po porodu. Určitě by se nevracela k žádným metodám, které byli prováděny před dvaceti lety. Největší pokrok vidí v šetrnější a co nejméně stresující manipulaci s novorozencem, omezení prováděných výkonů těsně po porodu na minimum. Myslí si, že spoustu věcí by se dalo ještě nějak vylepšit, avšak vlastní nápad nemá. Na otázku jak by celkově hodnotila přístup k prvnímu ošetření novorozence na porodním sále za uplynulých dvacet let odpovídá: „Zlepšilo se, stalo se šetrnějším a hlavně se klade důraz na vztah mezi matkou dítětem a otcem. První okamžiky s jejich novým dítětem jim zůstávají jako krásná vzpomínka.“



#### 4.1.4 Kasuistika 4

Čtvrtou respondentkou je porodní asistentka, která pracuje v nemocnici D, vystudovala čtyřletou střední zdravotnickou školu a poté ještě dvouletou nástavbu na obor porodní asistentka. Pracuje v nemocnici D. Po dokončení školy v roce 1982 nastoupila na porodní sál kde pracovala sedm let a od roku 1989 začala pracovat na oddělení fyziologických novorozenců, kde zatím pracuje dodnes. Má dvaadvacetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence, práce ji baví, ale přiznává, že práce na porodním sále jí schází. O tom, zda by změnila práci a vrátila se zpět na porodní sál ale už neuvažuje. Bojí se, že už by tu práci po tolika letech nezvládala. Do práce se většinou těší. Uvědomuje si, že je její práce náročná a musí být prováděna s maximální opatrností a pečlivostí, neboť i malá chyba může mít velké následky. Je sympatická, začíná vzpomínat a vyprávět.... „První ošetření novorozence u nás prošlo za dvacet let velkou změnou. Změnily se nejen výkony, ale také pomůcky i ten přístup je dnes jiný, snad lepší.“ V 90. letech minulého století byl novorozenec po narození a přestřižení pupeční šňůry předán do rukou porodní asistentky, která si jej odnesla na přebalovací stůl se zdrojem tepla, kde provedla základní ošetření. Kůže novorozence byla od plodové vody a krve omyta pod tekoucí vodou a mázek byl setřen pomocí rostlinného oleje. Nakonec byl novorozenec řádně osušen látkovými plenami, aby nedošlo k prochladnutí dítěte. V současnosti je kůže novorozence osušena jednorázovými rouškami a koupel novorozence probíhá až nejdříve 2 hodiny po narození. Celý postup péče o kůži probíhal rychle a šetrně, pod zdrojem tepla, aby se tepelné ztráty omezily na minimum. Dnes má nemocnice k dispozici výhřevné lůžko, které zakoupila kolem roku 1997, výhřevný termostat, který nahřívá novorozenecké oblečení, to bohužel v 90. letech nebylo k dispozici. „Dnes máme výhřevné lůžko, nahřívané prádlo, výhřevné podušky, to jsme dřív neměli a také jsme si poradili. Všechno jsme prostě museli dělat rychleji, abychom tepelné ztráty novorozence omezili na minimum.“ Pupečník byl v té době podvázáán sterilní prádlovou gumou, která byla velmi výhodná oproti v té době často používaným tkanicím, na rozdíl od nich k pupečníku velmi dobře přilnula a nemusela se dotahovat při sesychání, neboť díky její elastické vlastnosti se stahovala přesně podle potřeby sesychajícího pupku. Kolem roku 2000 začala nemocnice D používat na zajištění pupečníku umělohmotnou svorku. Pupečník byl dále ošetřen Jodisolem a kryt mulovým čtvercem. Dnes se k desinfekci používá Cutasept F. Odsávání novorozence probíhalo vždy paušálně, tedy u všech novorozenců stejně z nosu, úst a žaludku. „Je to asi rok možná dva zpátky co jsme s paušálním odsáváním přestali a odsáváme jen u zkalené plodové vody, nebo v případě velkého napolykaného množství vody, při potřebě uvolnit dýchací cesty a podobně. Jen těžko říct, zda je to tak či onak správně.“

*Při odsávání byl novorozenec stresován, bez odsávání celých 24 hodin ublinkává.*“ Značení novorozence v nemocnici D probíhalo v letech 1990 až do roku 2008 trojím způsobem. Novorozenci připevnila na zápěstí porodní asistentky tkanici s číslem, které určovalo pořadí narození v měsíci, stejné číslo bylo netoxickým fixem napsáno novorozenci na hrudník a na stehno bylo napsáno příjmení dítěte. Stejně číslo bylo připevněno na zápěstí matky. Všichni se shodují, že tento způsob značení nebyl příliš bezpečný z důvodu snadné záměny novorozence. Číslo z ruky novorozence snadno sklouzlo při sebemenší manipulaci s dítětem a popis na těle se smýval, rozmazával a stával nečitelným. Kolem roku 2009 se začali v nemocnici D objevovat identifikační náramky, které se používají dodnes. *„Dnešní způsob identifikace je všestranně výhodnější, dítěti je na ruku připevněna páska, která z ruky nespadne, rodiče ji svému děťátku sundají až doma a zůstane jim památka a v neposlední řadě není dítě popsáno barvami po těle, které se museli každodenně obtahovat.*“ Váha novorozence byla a je zjišťována na klasické kojenecké váze, měření délky novorozence probíhalo v korýtku, měřily se všechny děti, dnes se již děti na porodním sále neměří, ale přenechává se tento výkon na dobu pozdější. Většinou 2 – 3 den po porodu. Pouze na výslovné přání rodičů je novorozenec změřen po porodu na porodním sále. *„Děti na sále neměříme, snažíme se omezovat výkony jen na nezbytně nutné a míra novorozence není v ničem rozhodující. Pokud si maminka, výslovně přeje znát délku svého děťátka, potom dítě na sále změříme.*“ Tělesná teplota a průchodnost konečníku byla v 90. letech minulého století zjišťována pomocí rychloběžky. Později se začal používat digitální teploměr. Takto ošetřený novorozenec byl zabalen do látkových plenkových kalhotek, košilky a zavinovačky. Později byli přidány dupačky a látkové plenkové kalhotky vystřídali plenky jednorázové. Oči byli vykapány 1% acetátem stříbra, po roce 2000 se začal k dezinfekci spojivkového vaku používat v této nemocnici Ophtalmo-Septonex, který je k očím novorozence několikanásobně šetrnější. Vitamín K (Kanavit) byl aplikován intra muskulárně jako prevence krvácivé nemoci, dnes se již Kanavit podává per orálně v kapkové formě. Je to považováno za alternativnější způsob podání. Systém Rooming-in pronikal do nemocnice D již v osmdesátých letech minulého století. Největší rozvoj roomingu přišel v roce 2004, kdy na porodním sále vznikla malá samostatná jednotka novorozeneckého boxu. *„Dříve, tedy v 90. letech minulého století jsme měli novorozenecké oddělení a tedy i novorozenecký box na jiném patře než byl porodní sál.*“ Novorozenec byl matce krátce ukázán, ošetřen a přenesen na oddělení fyziologických novorozenců. První přikládání probíhalo až po dvou hodinách, kdy byla matka ze sálu převezena na oddělení šestinedělí. Novorozenec velkou část prvního dne po narození trávil na takzvaném observačním boxe a k matce byl přikládán pouze na kojení. Další den byl již na

pokoji s matkou, která si začala osvojovat základní péči o své dítě. Na noc byl novorozenec převezen zpět na observační pokoj. Tento postup přetrvával asi do roku 2004. Dnes je již samozřejmostí, že fyziologický novorozenec zůstává s matkou dvě hodiny na sále a poté je společně s ní převezen na pokoj rooming-in. Dětská sestra pomáhá matce se zvládnutím základní péče o novorozence. Systém rooming-in hodnotí dětská sestra velmi pozitivně, říká, že se tak nejvíce rozvíjí pouto a citový vztah mezi matkou a dítětem a zároveň matka po odchodu z porodnice zvládá základní péči o své dítě. Stejně tak kladně hodnotí i přítomnost otce u prvního ošetření novorozence, který se začal praktikovat kolem roku 1998, říká že přítomnost otce u porodu pomáhá zapojit tatínka do nové role. *„Pokud tatínek i maminka chtějí a stav novorozence i matky to dovoluje, může si tatínek sám přestříhnout pupeční šňůru děťátka. Bývá to pro ně velmi emotivní zážitek.“* Porodní asistentka je s dnešním ošetřením novorozence spokojená, neví o žádném výkonu z minulosti ke kterému by se ráda vrátila. *„Neříkám, že dřív byl novorozenec ošetřován hůř, to určitě ne, ale vše je ovlivněno dobou, dnes máme modernější vybavení, vše je jednodušší a pro novorozence šetrnější. Dříve jsem si nestěžovala, dnes si chválím.“* Největší pokrok vidí v šetrnější a co nejméně stresující manipulaci s novorozencem, omezení prováděných výkonů těsně po porodu na minimum. Myslí si, že určitě ještě nějaké zlepšení přijde, ale vlastní nápad zatím nemá. Jediné co by zrušila je dnešní administrativa, která je podle jejího vlastního názoru zbytečně rozsáhlá. Na otázku jak by celkově zhodnotila přístup k prvnímu ošetření novorozence na porodním sále za uplynulých dvacet let odpovídá: *„První ošetření novorozence prošlo za dvacet let velikým vývojem směrem dopředu, změnilo se vybavení, které je dnes samozřejmě kvalitnější, většina pomůcek je jednorázová, což je pro nás velkým usnadněním práce. Systém rooming-in je velkým přínosem. Celkový přístup k novorozenci, matce a dnes již ve většině případech i k otci se změnil v pozitivním slova smyslu díky tomuto systému. Pohlíží se na ně jako na rodinu, která mezi sebe právě přijímá nového člena, snažíme se jim maximálně vyhovět a vytvořit nejlepší podmínky pro vznik citového pouta.“*

#### **4.1.5 Kasuistika 5**

*Pátá respondentka pracuje v nemocnici E, vystudovala čtyřletou střední zdravotnickou školu a jako dětská sestra začala pracovat na oddělení fyziologických novorozenců v roce 1985, kde pracuje dodnes. Má šestadvacetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence, práce ji naplňuje a baví. Po škole chtěla nastoupit na dětské oddělení, kde bohužel v té době nebylo místo a tak ji byla nabídnuta pozice na oddělení novorozenců. Ze začátku se jí do práce moc nechtělo, později jak sama říká, názor přehodnotila a už by místo neměnila. Do práce se těší, i*

když jsou dny, kdy si přeje, aby byl klid a nemusela nic dělat. Uvědomuje si, jak důležitá je v jejím oboru pozornost, pečlivost a zručnost. Začíná vzpomínat... „*Byli to celkem krušené chvíle když jsem nastoupila, říkala jsem si, že už na to nebudu nikdy vzpomínat a teď?*...*(smích)*“ I nemocnice E prošla vývojem v prvním ošetření novorozence.

V 90. letech minulého století se novorozenec po porodu ošetřoval na přebalovacím stole, nad nímž byl zdroj tepla. Nebyly k dispozici žádné termostaty na zahřívání dětského prádla. Asi v roce 1995 získala nemocnice E první výhřevné lůžko. Novorozenec byl osušen látkovými plenami a mázek byl setřen pomocí rostlinného oleje. V této nemocnici se novorozenec nekoupal dříve než za 2 hodiny po porodu, tedy až na oddělení fyziologických novorozenců. Celé ošetření muselo probíhat rychle a systematicky, aby nevznikaly dlouhé časové prostoje a nedocházelo k velkým tepelným ztrátám. Po úplném ošetření byl novorozenec zabalen do látkových plenkových kalhotek, košilky, přes nohy byl zabalen do plenkové osušky a nakonec do bílé zavinovačky. Dnes je novorozenec ošetřován na výhřevném lůžku, osušen jednorázovými rouškami, mázek je z těla novorozence šetrně setřen pomocí rostlinného oleje stejně, jako tomu bylo v 90. letech minulého století. Zabalen je do prádla předem nahřátého, do bavlněného kabátku, jednorázových plenkových kalhotek a dupaček. Místo klasické zavinovačky se dnes používá zavinovací, různě barevná peřinka. „*Dnes je samozřejmě všechno lepší a modernější. Přesto si myslím, že péče o novorozence byla stejně kvalitní před dvaceti lety jako dnes. To máte jako například s autem, řídí ho stejně, stejná osoba, kvalifikovaná stejně před dvaceti lety jako dnes, auto funguje pořád stejně, jen ten obal se mění (smích)*“ Zásady termomanagementu byly, jsou a budou vždycky dodržovány a řazeny na prvním místě. Pupeční pahýl byl jako v mnoha dalších nemocnicích v letech 1990 až do roku 2001 podvazován tkanicí a ošetřen jodisolem a potřen lihem, aby lépe a rychleji sesychal. Kryt byl mulovým čtvercem a nakonec obvázan kolem břicha novorozence obvazem. Pupečník bylo potřeba velmi často kontrolovat, zda nedochází ke krvácení, neboť se čas od času stávalo, že tkanice byla málo utažená a při sesychání pupku se uvolňovala. V roce 2001 / 2002 začala nemocnice E používat umělohmotné svorky na podvázání pupečníku, krytí se omezilo pouze na omotání svorky obvazovým čtvercem, aby nedocházelo k poranění kůže novorozence a k dezinfekci se začal používat Cutasept F. „*Všichni jsme s touto metodou spokojeni. Svorka u pupíku lépe drží a není zde tak vysoké riziko uvolnění. Za moji praxi se mi stalo asi 3x, že byla svorka špatně zamáčknutá a docházelo k slabounkému krvácení, které šlo velmi rychle podchytit díky tomu, že nebyl podvázaný pupečník celý omotán několika vrstvami obvazu.*“ Odsávání novorozence z nosu, úst a žaludku bylo v 90. letech minulého století považováno za rutinní výkon, který

podstoupil každý narozený novorozenec, tento postoj se nezměnil ani v roce 2011. Přesto, že řada nemocnic od paušálního odsávání ustupuje a odůvodňuje to vznikem traumatizace u novorozence, nemocnice E má zcela jiný názor. *„Odsávalo se dříve a děti byli v pořádku, žádné následky to nezanechávalo, samotný porod je pro dítě nelehký a traumatizující, odsávání nemá žádný negativní vliv na porodní adaptaci a pozdější vývoj dítěte. Naopak je novorozenec schopen přijímat mateřské mléko první den po porodu, neublíná po celých 24 hodin plodovou vodu a lépe se mu dýchá na rozdíl od dětí neodsátých.“* Značení novorozence probíhalo v letech 1990 až do roku 2006 / 2007 čtvrtým způsobem. Na zápěstí novorozence bylo připevněné pomocí tkanice číslo, které vyjadřovalo pořadí narozeného dítěte v měsíci, stejným číslem byl označen netoxickou barvou na hrudníku a jmenným popisem na stehně. Čtvrtým a tedy posledním značením bylo jméno napsané na peřince novorozence. Matka měla na zápěstí připevněné číslo shodné s číslem svého dítěte. Asi v roce 2006 / 07 došlo ke změně, k identifikaci novorozence se začal používat plastový náramek doporučený ČNeoS. Tento náramek je připevněn na ruce tak aby nepoškozoval kůži, zároveň nemohl při jakékoliv manipulaci sklouznout a sundat lze pouze přestřížením. Přesto se v nemocnici E novorozenec pro větší bezpečnost ještě značí číslem na hrudník pomocí genciánové violeti. *„Ano, novorozence označíme páskem a popíšeme číslem na hrudníček, nevím proč to stále přetrvává, asi je to zvyk a jak se říká zvyk je železná košile. Určitě je to pokrok v bezpečnosti záměny dětí.“* Novorozenec je zvážen a změřen stejně tak, jako tomu bylo v 90. letech minulého století. K vážení je zde používána digitální váha, která vystřídala váhu klasickou. Přesto bychom ji zde na oddělení ještě našli. K měření tělesné délky se používal a stále používá krejčovský metr, který je napevno přilepen na přebalovacím stole, dnes na výhřevném lůžku. Průchodnost konečníku je byla zajišťována rychloběžkou, kterou byla změřena i tělesná teplota dítěte. Kolem roku 1999 začala nemocnice používat teploměry digitální. Oči novorozence se ošetřovali 1% dusičnanem stříbrným, který v roce 1998 vystřídal šetrnější Ophtalmo-septonex. Vitamín K (Kanavit) byl aplikován intra muskulárně jako prevence krvácivé nemoci, dnes se již Kanavit podává per orálně v kapkové formě. Je to považováno za alternativnější způsob podání. Systém rooming-in pronikl do nemocnice E koncem osmdesátých let. V roce 1990 již zůstával fyziologický novorozenec s matkou 2 hodiny na porodním sále a přiložen k prsu byl zhruba do půl hodiny po porodu. Následně byli spolu převezeni na pokoj rooming-in. Dětská sestra si na prvních 24 hodin po porodu novorozence brala na observační pokoj, tedy na oddělení fyziologických novorozenců, aby byl novorozenec pod dohledem a matka si mohla odpočinout. Následující dny už byl novorozenec stále na pokoji s matkou. Dnes je novorozenec s matkou od prvního okamžiku,

probíhá kontakt skin to skin ihned po porodu. Rozdíl je tedy v prvních 24 hodinách, kdy byl novorozenec v 90. letech minulého století k matce nošen pouze na kojení. Dětský lékař novorozence vyšetřil ještě na sále a matce pak ihned sdělil informace o zdravotním stavu svého dítěte. Otce u porodu a tedy i u ošetření novorozence hodnotí velmi kladně: *„Stejně tak, jako se vytváří pouto mezi matkou a dítětem, se vytváří pouto mezi otcem a dítětem. Přítomnost otce je velmi důležitá pro vznik citové vazby, je to velký emocionální zážitek, když své dítě otec vidí jen několik málo vteřin po narození a po několika minutách už si ho drží v náručí. To bohužel dříve nebylo.“*

Dětská sestra je s dnešním způsobem ošetření novorozence spokojená, nevracela by se k minulosti. Za největší pokrok považuje změnu v identifikaci novorozence, výhřevnou techniku, kterou hodnotí kladně a která má podle ní pozitivní vliv na ošetření novorozence. Myslí si, že za dalších dvacet let přijdou další změny a vylepšení první ošetrovatelské péče o novorozence po porodu. Sama by změnila administrativu, které je podle jejich slov zbytečně moc. Značení novorozence plastovým náramkem se jí zdá dostatečné a proto by zrušila popis na hrudníku, ale jak sama říká: *„Na to já jsem malý pán, to musí ty nahoře...“* Na otázku jak by celkově zhodnotila přístup k prvnímu ošetření novorozence na porodním sále za uplynulých dvacet let odpovídá: *„Určitě prošlo změnou k lepšímu, jak jsem již řekla, jsou výkony které bych změnila, ale celkově si myslím, že péče o novorozence je kvalitní, ale to byla i před dvaceti lety. Dříve jsme se spoléhali více na sebe, dnes máme modernější vybavení a pomůcky jsou převážně jednorázové. Vím, že ve většině porodnic se děti neodsávají a neměří, to u nás stále přetrvává, ale já v tom nevidím negativa. Nejvíce kladně hodnotím změnu přístupu k rodičce a dítěti. Dnes není žena brána jen jako rodička, ale jako člověk, který na svět přivádí nový život, zajímáme se o její pocity a přání. Stejně tak otec u porodu a ošetření novorozence je u nás vždycky vítán.“*

#### **4.1.6 Kasuistika 6**

*Šestá respondentka pracuje v nemocnici F, vystudovala čtyřletou střední zdravotnickou školu obor dětská sestra, poté obor ženská sestra, PSS a nakonec v roce 2010 dokončila studium na zdravotně sociální fakultě, obor porodní asistentka. Jako dětská sestra začala pracovat na oddělení fyziologických novorozenců, kde pracuje dodnes. Má dvaatřicetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence na porodním sále, práce ji naplňuje a baví. Uvědomuje si, jak důležitá je v jejím oboru pozornost, pečlivost a zručnost. Do práce chodí s dobrou náladou. Je veselá a usměvavá. Začíná vzpomínat...Nemocnice F prošla také několika změnami v prvním ošetření novorozence na porodním sále. Jednou z několika změn*

je péče o tělesnou teplotu a kůži novorozence. Zatímco dnes má nemocnice k dispozici moderní techniku, jako je vyhřevné lůžko, termostat na ohřívání dětského prádla, jednorázové pomůcky k osušení a ošetření kůže novorozence, v 90. letech minulého století si museli vystačit s „obyčejným“ přebalovacím stolem nad nímž byl zdroj tepla a několika látkovými plenami a oblečením, které nahřáté nebylo. Novorozenec se po porodu koupal ihned na porodním sále a z těla mu byl setřen rostlinným olejem všechen mázek, který pokrýval povrch těla novorozence. Později, na oddělení se děti omývaly septonexem. Dnes si novorozenec koupe maminka až oddělení fyziologických novorozenců a používá k tomu dětskou kosmetiku. Novorozenec je na sále pouze pečlivě osušen sterilní, jednorázovou rouškou a mázek se na tělíčku ponechává. *„Pokud je dítě opravdu celé od mázku, odstraníme ho olejem, ale nesnažíme se ho odstranit všechen za každou cenu.“* Péče o pupečník prošla také několika změnami. Jednou ze zásadních změn je doba přestřížení pupeční šňůry. Zatímco dříve byl pupečník podvázán a přerušen ihned po vybavení plodu pomocí tkanice, dnes se čeká na jeho dotepání, to trvá většinou 30 – 40 sekund a k podvázání se používá umělohmotná svorka. Dezinfekce pupečníku se provádí přípravkem Cutasept F oproti 90. tým létům minulého století, kdy se zásadně používal Jodisol. Pupečník se nekryje, sesychá a sám odpadá. V minulosti byl potřen kryt obvazem a 3. den po porodu byl vystříháván, nebo odřezáván skalpelem. Další výkon, který prošel za posledních 20 let v této nemocnici změnou je uvolňování dýchacích cest u dítěte. *„Dříve bylo odsáváno každé novorozeně již při porodu hlavičky, dnes se odsává pouze v indikovaných případech, což považuji za velmi příznivou změnu v péči, nebo v ošetření novorozence.“* Šestá respondentka na otázku měření a vážení novorozence odpovídá tak, že měření krejčovským metrem a vážení novorozenců probíhalo v letech 1990 – 2009 u všech stejně. Dnes se děti pouze váží na klasické, staré kojenecké váze. *„Často slýcháváme dotazy kolik že vlastně miminko měří a proč ho neměříme ihned po porodu. Snažíme se pak maminkám vysvětlovat, z jakého důvodu se od měření novorozenců upouští. Velmi často se však setkáváme s negativní odezvou. Vždyť přece dříve se děti také měřily. Přesto si myslím, že není důležité vědět hned po porodu, kolik dítě měří.“* Označení totožnosti novorozence probíhalo v 90. letech minulého století stejně jako v mnoha jiných porodnicích trojím značením. Páska s číslem na zápěstí novorozence byla shodná s číslem matky. Zároveň stejné číslo jako na zápěstí měl novorozenec napsané na hrudníku a třetím značením bylo jméno napsané na vnější straně stehna dítěte. Toto značení bylo zapotřebí velmi často kontrolovat, protože barva, která byla použita k popsání novorozence se velmi rychle smývala a číslo upevněné na zápěstí velmi často sklouzávalo. Asi před třemi lety se zavedl nový způsob identifikace, pomocí plastových náramků, které doporučila Česká

neontologická společnost. Tyto náramky jsou všestranně výhodné. Novorozenec jej má na ruce připevněn po celou dobu pobytu na oddělení novorozenců, náramek nesklouzává z ruky, nesmývá se jeho popis a přestřížen je rodiči, až když je novorozenec doma. Tím se upustilo od popisků na kůži dítěte. Ošetřený novorozenec byl zabalen v 90. letech dvacátého století do látkových plenkových kalhotek, košilky a takzvané kukličky, kde měl přitažené ručky. V současné době je novorozenec zabalen do jednorázových plenkových kalhotek, košilky, dupaček a zavinovačky, která se příliš neutahuje, aby měl novorozenec možný volný pohyb. *„Dříve jsme měli na oddělení místo zavinovaček spíš takové kukličky s přitaženými ručkami.“* Dekontaminace spojivkového vaku byla prováděna 1% dusičnanem stříbrným, asi v roce 2000 se začal používat Ophthalmo-septonex. Vitamín K byl podáván intra muskulárně, dnes se u fyziologických novorozenců setkáváme pouze s perorálním podáním. Systém rooming in přišel do nemocnice v roce 1987, novorozenec zůstával na porodním sále 2 hodiny s matkou a poté byli následně oba převezeni na pokoj rooming-in, kam pravidelně chodila porodní asistentka kontrolovat novorozené dítě a pomáhat a učit maminku základní péči o své děťátko. Přítomnost otce u ošetření novorozence byla možná, i když ne tak častá jako dnes. Dnes probíhá kontakt skin to skin, krátké přiložení novorozence matce na břicho.

Šestá respondentka velmi kladně hodnotí přítomnost otce u porodu a tedy i u prvního ošetření novorozence. *„Prohlubuje se citová vazba mezi tatínkem, maminkou a jejich miminkem“* Myslí si, že největší zlom přišel s nástupem roomingu. Se současným ošetřením novorozence na porodním sále je spokojená, ale dodává, že doba přináší stále nové a nové přístupy, které odpovídají požadavkům rodičů. Má dojem, že je stále co zlepšovat, říká: *„Každý by měl přistupovat tak, jako kdyby šlo o jeho vlastní dítě a vyvarovat se chyb, které by jemu samotnému se nelíbily“* Určitě by se nevrátila k žádným výkonům, které se prováděly před dvaceti lety. Je spokojená se současnou, dokonalejší technikou, která má podle jejího názoru velmi pozitivní vliv při observaci novorozence. K největšímu zlepšení došlo podle šesté korespondentky v edukaci, která je dnes upřednostňovaná a velmi častá oproti letům minulým a také v citlivějším přístupu k dítěti i rodičům. Maminky jsou zde informovány o porodu i prvním ošetření novorozence v předporodních kurzech, při návštěvě porodnice před porodem, během pobytu. Na otázku „Jak byste celkově zhodnotila první ošetření novorozence od roku 1990 až po současnost?“ odpověděla : *„Došlo ke změně v přístupu ze strany personálu, i když je stále ještě co zlepšovat, respektují se požadavky rodičů, dítě se neodděluje od matky, i děti po operačních porodech jsou časněji v kontaktu s matkou než dříve.“*



## 4.2 Výsledky rozhovorů s porodními asistentkami (PA) a dětskými sestrami (DS) zpracované do tabulek

**Tabulka 1** Identifikační údaje respondentek

	<i>R1</i>	<i>R2</i>	<i>R3</i>	<i>R4</i>	<i>R5</i>	<i>R6</i>
<i>Věk</i>	66	56	56	48	45	53
<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	SŠ	VŠ
<i>Obor vzdělání porodní asistentky</i>				•		•
<i>Obor vzdělání dětská sestra</i>	•	•	•		•	
<i>Praxe v ošetření novorozence na PS (roky)</i>	20	36	27	22	26	32
<i>Pracuje v nemocnici</i>	A	B	C	D	E	F

Respondentce číslo 1 je 66 let a je z dotazovaných respondentek nejstarší, nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské, stejně jako respondentka 2, 3, 4 a 5. Respondentkám 2 a 3 je 56 let, respondentce 6 je 53 let a jako jediná má vysokoškolské vzdělání. Respondentce 5 je 45 let a je z dotazovaných respondentek nejmladší. Respondentky 1, 2, 3 a 5 jsou vystudované dětské sestry. Respondentky 4 a 6 jsou vystudované porodní asistentky. Respondentka 1 má dvacetiletou a zároveň nejmenší praxi v prvním ošetření novorozence na porodním sále. Respondentka 2 pracuje na porodním boxe 36 let a má největší šestatřicetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence. Respondentka 6 má dvaatřicetiletou praxi, respondentka 3 má sedmadvacetiletou praxi, respondentka 5 má šestadvacetiletou praxi a respondentka 4 má dvaadvacetiletou praxi s prvním ošetřením novorozence na porodním sále.

**Tabulka 2 Ošetření pupečnicku před 20 lety v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Podvázání pupečnicku prádlovou gumou</i>				•			1
<i>Podvázání pupečnicku umělohmotnou svorkou</i>		•					1
<i>Podvázání pupečnicku tkanicí</i>	•		•		•	•	4
<i>Oddálené přerušeni</i>	•						1
<i>Dezinfekce Jodisol</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Ošetření lihem</i>			•		•		2
<i>Sterilní krytí</i>	•	•	•	•	•	•	6
<b>Ošetření pupečnicku po 20 letech (2010)</b>							
<i>Podvázání pupečnicku umělohmotnou svorkou</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Oddálené přerušeni</i>	•	•				•	3
<i>Dezinfekce Cutasept F</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Sterilní krytí</i>	•	•	•	•	•		5
<i>Celkový počet odpovědí</i>	8	7	7	6	7	6	41

Ošetření pupečnicku prošlo za posledních dvacet let změnou ve všech šesti zkoumaných nemocnicích jihočeského kraje. Podvázání pupečnicku pomocí tkanice bylo prováděno v nemocnici A, C, E a F. V nemocnici D byl pupečník podvazován sterilní prádlovou gumou a v nemocnici B umělohmotnou svorkou. Dnes se ve všech zkoumaných nemocnicích používá k tomuto účelu umělohmotná svorka, kterou všichni kladně hodnotí. Oddálené přerušeni pupečnicku bylo prováděno pouze v nemocnici A, v ostatních nemocnicích se pupečník přerušil ihned po porodu novorozence. Dnes se oddálené přerušeni pupeční šňůry provádí i v nemocnici B a F. V 90. letech minulého století používali všechny zkoumané nemocnice k dezinfekci pupečnicku Jodisol, v současné době používá nemocnice A, B, C, D, E i F přípravek Cutasept F. V nemocnici C a F se pupečník před 20-ti lety potíral lihem, z důvodu domněnky rychlejšího sesychání. Sterilně se pupečník kryl ve všech zkoumaných

nemocnicích, v současné době se pupečník sterilně kryje v nemocnici A, B, C, D a E. V nemocnici F nechávají pupečník volně, nekrytý.

**Tabulka 3 Odsávání novorozence na porodním sále v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Odsávání každého novorozence</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Odsávání v indikovaném případě</i>							0
<b>Odsávání novorozence po 20-ti letech (2010)</b>							
<i>Odsávání každého novorozence</i>	•				•		2
<i>Odsávání v indikovaném případě</i>		•	•	•		•	4
<i>Celkový počet odpovědí</i>	2	2	2	2	2	2	12

Odsávání novorozence po porodu je dnes velmi častou otázkou. V roce 1990 byli v nemocnici A, B, C, D, E i F paušálně odsávány všechny narozené děti. V roce 2011 jsou paušálně novorozenci odsáváni pouze v nemocnici A a E. V nemocnicích B, C, D a F odsávání novorozenci pouze v indikovaném případě, jako je například zkalená, zelená plodová voda.

**Tabulka 4 Identifikace novorozence v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<b>Popis na tělo (hrudník/stehno)</b>	•/•	•/•	•/•	•/•	•/•	•/•	12
<b>Popis mimo tělo</b>	•	•			•		3
<b>Závěsné číslo na ruku</b>	•	•	•	•	•	•	6
<b>Po 20-ti letech (2010)</b>							
<b>Popis na tělo (hrudník/stehno)</b>					•/-		1
<b>Identifikační náramek</b>	•	•	•	•	•	•	6
<b>Celkový počet odpovědí</b>	5	5	4	4	6	4	28

Značení novorozence je důležitou součástí prvního ošetření. V nemocnici A, B a E probíhalo značení v 90. letech minulého století čtverým způsobem. Novorozenec měl zavěšené číslo na ruce, byl popsán na hrudníku, stehně, a mimo tělo, například na peřince. V nemocnici C, D a F probíhalo značení trojím způsobem. Zavěšené číslo na ruce, popis na hrudníku a stehně

novorozence. V Roce 2010 všechny zkoumané nemocnice používají k identifikaci novorozence plastový náramek podle metodických pokynů ČneoS. Nemocnice E navíc ještě novorozence popisuje na hrudník.

**Tabulka 5 Měření tělesné délky novorozence na PS v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Měření krejčovským metrem</i>		•	•		•	•	4
<i>Měření v korýtku</i>	•			•			2
<b>Měření tělesné délky novorozence na PS po 20-ti letech (2010)</b>							
<i>Měření krejčovským metrem</i>					•		1
<i>Měření v korýtku</i>	•						1
<i>Měříme pouze na přání</i>				•			1
<i>Neměříme</i>		•	•			•	3
<i>Celkový počet odpovědí</i>	2	2	2	2	2	2	12

Měření tělesné délky novorozence v roce 1990 probíhalo na porodním sále v nemocnici B, C, E a F pomocí krejčovského metru. V nemocnici A a D se měřil na sále každý novorozenec v korýtku. Po 20-ti letech změnila přístup nemocnice B, C a F, která dnes novorozence na porodním sále již neměří a měří je až v dalších dnech. Nemocnice D jako jediná měří délku novorozence pouze na přání matky, nebo obou rodičů, standartně však novorozence na PS neměří. Nemocnice A a E u měření zůstali, přičemž nemocnice A měří novorozence za pomoci krejčovského metru a nemocnice E měří novorozence v takzvaném korýtku.

**Tabulka 6 Dekontaminace spojivkového vaku v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>1% Dusičnan stříbrný</i>	•	•	•		•	•	<b>5</b>
<i>1% Acetát stříbra</i>				•			<b>1</b>
<i>Ophtalmo-septonex</i>							<b>0</b>
<b>Dekontaminace spojivkového vaku po 20-ti letech (2010)</b>							
<i>1% Dusičnan stříbrný</i>							<b>0</b>
<i>Ophtalmo-septonex</i>	•	•	•	•	•	•	<b>6</b>
<i>Celkový počet odpovědí</i>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>

Před 20-ti lety se k dekontaminaci spojivkového vaku používal v nemocnici A, B, C, E a F 1% Dusičnan stříbrný. Pouze v nemocnici D se k tomuto účelu používal 1% acetát stříbra. Změna přišla ve všech jmenovaných nemocnicích kolem Roku 2000. Dnes se používá šetrný přípravek Ophtalmo-septonex ve všech zde uvedených nemocnicích.

**Tabulka 7 Aplikace vitamínu K (prevence krvácivé nemoci) v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Aplikace do svalu</i>	•	•	•	•	•	•	<b>6</b>
<i>V kapkové formě</i>							<b>0</b>
<b>Aplikace vitamínu K (prevence krvácivé nemoci) po 20-ti letech (2010)</b>							
<i>Aplikace do svalu</i>							<b>0</b>
<i>V kapkové formě</i>	•	•	•	•	•	•	<b>6</b>
<i>Celkový počet odpovědí</i>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>12</b>

Vitamín K (Kanavit) se podává všem novorozencům jako prevence krvácivé nemoci. V 90.letech minulého století byl vitamín K podán ve všech zkoumaných nemocnicích intra muskulární cestou, tedy do svalu novorozence. V současné době přešli nemocnice na nový, šetrnější způsob podání, tedy per orálně. Vitamín K je dnes podáván v kapkové formě.

**Tabulka 8 Termomanagement (TM) v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Dodržování zásad TM</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Nedodržování zásad TM</i>							0
<i>Přebalovací stůl se zdrojem tepla</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Koupel novorozence na sále</i>			•	•		•	3
<i>Osušení látkovými plenami</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Osušení jednorázovou rouškou</i>							0
<i>Zabalení novorozence do plenkových kalhotek/košilky/dupaček/zavinovačky</i>	•/•/- /•	•/•/- /•	•/•/- /•	•/•/- /•	•/•/- /•	•/•/- /•	18
<i>Nahřáté novorozenecké oblečení</i>							0
<i>Termomanagement po 20-ti letech (2010)</i>							
<i>Dodržování zásad TM</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Nedodržování zásad TM</i>							0
<i>Výhřevné lůžko</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Koupel novorozence na sále</i>							0
<i>Osušení látkovými plenami</i>			•				1
<i>Osušení jednorázovou rouškou</i>	•	•		•	•	•	5
<i>Zabalení novorozence do plenkových kalhotek/košilky/dupaček/zavinovačky</i>	•/•/ •/•	•/•/ •/•	•/•/ •/•	•/•/ •/•	•/•/ •/•	•/•/ •/•	24
<i>Nahřáté novorozenecké oblečení</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Celkový počet odpovědí</i>	14	14	15	15	14	15	87

V 90. letech minulého století dodržovaly zásady termomanagementu všechny zkoumané nemocnice. Dnes je dodržování zásad termomanagementu také ve všech zkoumaných nemocnicích řazeno na první místa. Rozdíl je v technickém zázemí. V nemocnici A, B, C, D, E i F byl novorozenec před dvaceti lety ošetřován na přebalovacím stole se zdrojem tepla. Dnes se ve všech jmenovaných nemocnicích používá výhřevné lůžko. V nemocnici C, D a F se novorozenec omýval pod tekoucí vodou a následně byl osušen látkovými plenami. V nemocnici A, B a E se novorozenci nekopali, byli pouze osušeni látkovými plenami. V současné době, používají nemocnice A, B, D, E a F k osušení novorozence jednorázové roušky. Pouze v nemocnici C se stále používají látkové pleny. V 90. letech minulého století byl novorozenec zabalen do jednorázových plenkových kalhotek, košilky a zavinovačky.

Prádlo nebylo nahřáté v té době v žádné z uvedených nemocnic. Dnes jsou ve všech uvedených nemocnicích novorozenci zabaleni do nahřátých jednorázových plenkových kalhotek, košilky, dupaček a zavinovačky.

**Tabulka 9 Systém rooming-in v roce 1990**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Kontakt skin to skin po porodu</i>							0
<i>První přiložení do 1/2 hod.</i>			•		•	•	3
<i>První přiložení do 1 hod.</i>		•					1
<i>První přiložení do 2 hod.</i>	•			•			2
<i>Pobyt nov. na PS s matkou</i>					•	•	2
<i>Pobyt nov. na roomingu s matkou ihned po porodu</i>						•	1
<i>Pobyt nov. na roomingu s matkou po 24 hod.</i>	•	•	•	•	•		5
<i>Přítomnost otce u ošetření</i>	•					•	2
<i>Neustálý kontakt s matkou</i>						•	1
<b>Systém rooming in po 20ti letech (2010)</b>							
<i>Kontakt skin to skin po porodu</i>	•	•			•	•	4
<i>První přiložení do 1/2 hod.</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Pobyt nov. na PS s matkou</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Pobyt nov. na roomingu s matkou ihned po porodu</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Přítomnost otce u ošetření</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Neustálý kontakt s matkou</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Celkový počet odpovědí</i>	9	8	7	7	9	11	51

Systém rooming-in se začal ve všech zmiňovaných nemocnicích zavádět již v 80. letech minulého století. Přesto však trvalo několik let, než došlo k úplnému rozvinutí tohoto systému. Nejvíce rozvinutý systém rooming-in byl v roce 1990 v nemocnici F. Naopak nejméně rozvinutý byl v nemocnici D. V nemocnici C, E a F byl novorozenec přiložen

k matce do ½ hodiny po porodu. V nemocnici B byl novorozenec poprvé přiložen k matce do 1 hodiny a v nemocnici A do 2 hodin po porodu. V nemocnici E a F byl novorozenec na porodním sále s matkou 1 – 2 hodiny po porodu dle zvyklosti oddělení. Přítomnost otce u prvního ošetření bylo v roce 1990 možné v nemocnici A a F. Neustálý kontakt novorozence s matkou byl možný pouze v nemocnici F. V nemocnici A, B, C, D a E byl novorozenec na stálo umístěn k matce na pokoj až po 24 hodinách po porodu. Pouze v nemocnici F byl novorozenec na pokoji od první chvíle s matkou. V roce 2010 je novorozenec ve všech zkoumaných nemocnicích přiložen k matce do ½ hodiny po porodu, je s matkou na sále 1- 2 hodiny po porodu, podle zvyklosti oddělení, umístěn na pokoj rooming-in ihned po převezení ze sálu. Zároveň je dnes ve všech nemocnicích možnost otce u porodu a prvního ošetření novorozence a nepřetržitý kontakt s matkou. Kontakt skin to skin umožňuje nemocnice A, B, E a F.

**Tabulka 10 Největší přínosy v ošetřování novorozence na porodním sále dle PA a DS**

	<i>R1-A</i>	<i>R2-B</i>	<i>R3-C</i>	<i>R4-D</i>	<i>R5-E</i>	<i>R6-F</i>	$\Sigma$
<i>Rozvoj systému rooming-in</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Omezení ošetrovatelských výkonů na minimum</i>				•			1
<i>Omezení manipulace s novorozencem</i>			•	•			2
<i>Změna identifikace</i>	•	•	•	•	•	•	6
<i>Indikované odsávání</i>		•	•	•		•	4
<i>Edukace matek</i>						•	1
<i>Technické zázemí</i>	•	•	•	•	•	•	6
<b>Stěžejní pro porodní asistentky a dětské sestry</b>							
<i>Mnoho administrativy</i>	•				•		2
<i>Celkový počet odpovědí</i>	3	3	4	5	4	4	28

Na otázku, v čem vnímají porodní asistentky a dětské sestry největší přínos v prvním ošetření novorozence se všechny dotazované shodly, že největším přínosem se stal rozvoj systému rooming-in a celkové zmodernizování technického zázemí. Dále respondentka 2 kladně hodnotí přechod z paušálního na indikované odsávání novorozenců, stejně jako respondentka 3, která navíc považuje za nejvíce přínosné omezení manipulace s novorozencem na



minimum. Respondentka 4 považuje za přínosné kromě systému rooming-in a technického zázemí také omezení ošetrovatelských výkonů na nezbytně nutné stejně jako omezení manipulace s novorozencem na minimum. Respondentka 6 kromě jiného považuje za přínosné edukaci matek. Dále se všechny dotazované respondentky shodly na zkvalitnění označení totožnosti novorozence po porodu.

## 5. Diskuse

V bakalářské práci jsme se zabývala problematikou přístupu k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí dvaceti let. Toto téma mne zaujalo nejen proto, že studuji obor porodní asistentka a tak jsem již několikrát sama novorozence na porodním sále ošetřovala, ale také proto, že před dvaadvaceti lety jsem byla já tím malým novorozencem na porodním sále, který byl odkázán na péči a pomoc dětských sester, porodních asistentek a v neposlední řadě pediatrů a neonatologů. Moje babička byla porodní asistentkou v Tábořské nemocnici, dennodenně ošetřovala narozené děti a o všem mi vždy vyprávěla. Bohužel dnes už se mnou nemůže být a vyprávět mi znovu, jak to všechno vlastně bylo. A tak mě zajímalo, jakým vývojem první ošetření novorozence za dvacet let prošlo. Již na začátku zpracování bakalářské práce mi bylo jasné, že způsoby ošetřování novorozenců na porodním sále prošli za posledních dvacet let několika změnami, které vycházejí především z moderních výzkumů a potřeb novorozence bezprostředně po porodu.

Cílem bakalářské práce bylo nejen zjistit, jak se liší přístup k prvnímu ošetření novorozence v letech 1990 až 2010 a porovnat jednotlivé postupy prvního ošetření novorozence v časovém období 1990 až 2010, ale také to jak porodní asistentky a dětské sestry srovnávají své zkušenosti s dřívějším ošetřením novorozence se současnými postupy a zjistit jaké jsou jejich názory a připomínky.

Jako výzkumný vzorek byly záměrně vybrány porodní asistentky a dětské sestry, které pracují nebo pracovaly každá v jiné nemocnici Jihočeského kraje, aby nedocházelo ke stejným výpovědím. Jejich věk nebyl nijak limitován, avšak jejich zkušenost s prvním ošetřením novorozence nesměla být menší než dvacet let.

Porodní asistentky a dětské sestry, které tvořily výzkumný vzorek jsem si vybírala v jednotlivých nemocnicích jihočeského kraje podle letitých zkušeností s prvním ošetřením novorozence. Otázky k rozhovoru jsem měla předem připravené, avšak všechny respondentky měly možnost vyjádřit svoje připomínky a postoje. Všechny oslovené porodní asistentky a dětské sestry byly ochotné rozhovor mi poskytnout, až na jednu dětskou sestru, pracující v Českém Krumlově, která odmítla a neposkytla mi rozhovor, přesto, že byl zcela anonymní.

Z šetření a názorů porodních asistentek a dětských sester vyplývá, že jedním z největších pokroků za posledních dvacet let je plné rozvinutí systému rooming-in. Ivo Borek uvádí, (1) že systém rooming – in začal do českých porodnic pomalu pronikat na začátku osmdesátých let minulého století. Jak ale z šetření vyplývá, pronikání tohoto systému přišlo až

v 90. letech minulého století, kdy se pozvolna tento systém začal rozvíjet. Postupně se začalo dbát na první přiložení, které je nejdůležitější do půl hodiny po narození jak uvádí Jaroslava Fendrychová a Ivo Borek (9), je v této době největší touha dítěte sát a zároveň hormonální odpověď organismu matky na sání je v této době ideální. Včasné přiložení dítěte k prsu je prvním krokem k úspěšnému kojení. Největší žák porodníka F. Leboyera, Dr. Michel Oden zastává názor, že dítě by mělo být ihned po porodu položeno na břicho matky, takzvaný kontakt „*skin to skin*“ Jak jsem však z výzkumného šetření zjistila, kontakt kůže na kůži nebyl v 90. letech aplikován v žádné ze zkoumaných nemocnic a ani dnes není pravidlem. Tento kontakt je dnes zprostředkováván ve 4 z 6 nemocnic. Sama si pokládám otázku, zda by všechny maminky uvítaly přiložení miminka, které je ještě od mázku, krve a plodové vody, na břicho těsně po porodu. Myslím si, že je to velmi emocionálním zážitkem pro matku a velmi přínosné pro dítě, které se po pro něj stresujícím porodu dostává opět do prostředí známého, cítí teplo matčiny těla, slyší tlukot jejího srdce a dochází k celkovému zklidnění dítěte. Vzniká první citová vazba mezi novorozencem a matkou. Přesto se domnívám, že spousta maminek je po porodu vyčerpaná a raději by přivítala chvíli odpočinku. Snad právě proto by měl být přístup ke každému novorozenci i matce individuální, vždyť každý jsme jiný, každý máme jiné potřeby a jiná přání. To, co někdo považuje za krásné, jiný může hodnotit za pro něj nepřijatelné.

Přítomnost otců u porodu a prvního ošetření novorozence vyvolávala kolem roku 1986 velmi bouřlivé diskuse a reakce na stránkách odborného i neodborného tisku jak uvádí Bendová.(19) Zatímco ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky byla přítomnost otců na porodním sále již samozřejmostí, u nás nebyl tento požadavek v té době tak jednoznačně přijímán a bytí otců u porodu a ošetření svých dětí bylo víceméně výjimečné.

Myslím si že, vše záleželo, záleží a záležet bude na přístupu lidí. Pokud nejsme ochotni přistoupit na nové, nevyzkoušené věci, nikdy nemůžeme nic vylepšit. Přítomnost otce je podle mého názoru velmi přínosná nejen pro matku ale i pro samotného otce. Rozvíjí a prohlubuje se pouto mezi otcem a dítětem. Vždyť pro každého otce přeci musí být velkým zážitkem, když si může těsně po porodu pochovat své dítě. A když je to v našich silách nevidím důvod, proč to neumožnit.

Dotazované porodní asistentky a dětské sestry hodnotí přítomnost otce u prvního ošetření novorozence také vesměs kladně. Shodují se na názoru, že tatínek, který je přítomen u porodu a ošetření novorozence si tak vytváří citovou vazbu s dítětem. Má možnost zdokumentovat toto ošetření a v některých porodnicích se ho může dokonce aktivně účastnit. Jak uvádí Roztočil (19) V české republice se stali propagátory a prvními realizátory porodu a

ošetření novorozence za přítomnosti otce znojemští porodníci Slezák a Štimpl v roce 1985. Po roce 1989 se došlo ke zklidnění bouřlivé atmosféry kolem přítomnosti otce na porodním sále a brány porodních sálů se začaly postupně otvírat. Z šetření bylo zjištěno, že otec mohl být přítomen u ošetření svého dítěte v roce 1990 pouze ve 2 z 6 nemocnic. Světové statistické údaje z roku 1996 uvádějí zhruba 88 – 91 % přítomných otců u porodu a prvního ošetření novorozence. Dnes je již samozřejmostí, že je otec přítomen v první době porodní a při ošetření svého děťátka. Roztočil (20) uvádí že dnes je zhruba 90% otců přítomných u porodu a prvního ošetření novorozence na PS.

Z šetření dále vyplývá že děti narozené v roce 1990 byly až po 24 hodinách umístěny na pokoj rooming-in k matce v 5 z 6 zkoumaných nemocnic, pouze v jedné nemocnici byl novorozenec na pokoji s matkou ihned po porodu. V současné době, jak vypovídaly porodní asistentky a dětské sestry jsou novorozenci na pokoji s matkou od prvního okamžiku převezení z porodního sálu.

Nutno zmínit, že výsledky jsou ovlivněny počtem zkoumaných nemocnic, kterých bylo pouze šest a jsou to nemocnice pouze z Jihočeského kraje. Pokud bychom zkoumali všechny nemocnice v České republice, výsledek by mohl být naprosto opačný.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že se změnil celkový přístup k matce a dítěti. V současnosti již není rodící žena vnímána pouze jako potencionální pacient, ale jako žena která právě přivádí na svět nového člověka. Více se dbá na psychologické aspekty, na individualitu každé ženy, na rozvíjení citové vazby mezi matkou, dítětem a otcem. Pohlíží se na ně jako na rodinu, která mezi sebe přijímá nového člena.

Další, velmi kladně hodnocenou změnou, kterou prošla za posledních dvacet let je identifikace novorozence. Všechny dotazované porodní asistentky a dětské sestry se shodují na názoru, že došlo k velmi výraznému zlepšení. Dříve bylo značení trojí jak uvádí Neontologický edukační program, Modul II z roku 1996. Popis na stehně, hrudníku a zavěšení čísla na ruku, shodné s číslem na ruce matky. Naopak v literatuře od Rozsypalové (21) je uváděno, že je novorozenec značen pomocí leukoplasti, která je mu přilepena na hrudník, dalším, zde uváděným značením je připevnění proužku tkanice se jménem dítěte a pokojem matky na plenu, dupačky nebo zavinovačku dítěte. Z šetření vyplynulo, že popis na stehně, hrudníku a zavěšení čísla na ruku je velmi nepraktický. Při sebemenší manipulaci s dítětem sklouzlo číslo z ruky a značení na těle novorozence se muselo pravidelně obnovovat, protože se smývalo a docházelo k nečitelnosti údajů, jak shodně vypovídají všechny dotazované respondentky. Stejně tak nevhodné je podle mého názoru lepení leukoplasti na hrudník novorozence z důvodu dráždění kůže, alergické reakce a v neposlední řadě se toto značení

dalo snadno sloupnout. Značení mimo tělíčko dítěte je nedostačující a proto ani tkanice se jménem připevňena na některém kusu prádla novorozence nebyla a není vhodná. Dnes se k označení totožnosti novorozence používá ve všech zkoumaných nemocnicích plastový nerozpustitelný náramek podle metodického pokynu České neontologické společnosti. Z výpovědí všech dotazovaných respondentek vyplývá, že tento postup značení je všestranně výhodný a zvyšuje bezpečnost, aby nedošlo k záměně dětí. Všichni si velmi dobře vzpomínáme na případ záměny dětí v Třebíčské porodnici 8. října 2007, který velmi pobouřil všechny občany České republiky. Díky nahlédnutí do minulosti teď lze lépe pochopit, jak se to vůbec mohlo stát. Kdo ví, jaké z jmenovaných značení v té době nemocnice používala, vždyť plastové náramky fungují jen pár let. Jsme jenom lidé, kteří dělají chyby a jak se říká : „chybami se člověk učí.“ Přesto jsou chyby které mohou ovlivnit zbytek života někdy hned několika lidí a proto bychom se takovýchto chyb měli vyvarovat. Právě případ z Třebíčské nemocnice by nám měl být odstrašujícím příkladem.

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že změnou prošlo i odsávání novorozence po porodu. Zatímco autorka M. Rozsypalová ve své knize z roku 1987(21) uvádí, že novorozenec je dle potřeby odsát z hornících dýchacích cest a z žaludku, I. Borek ve své knize z roku 1997 (1) uvádí, že je novorozenec odsáván poté, co porodní cesty opustí ramena, dříve než se objeví hrudník. Zde dochází k rozporům v literatuře, které jsou od sebe přesně deset let staré. Neměli by tedy být tato tvrzení opačně? Logicky měla, ale ve skutečnosti nejsou. V 90. letech minulého století byl podle prováděného šetření odsáván každý novorozenec z nosu, úst a z žaludku. Dnes se již od paušálního odsávání upouští a je prováděno pouze v indikovaném případě. Pouze ve 2 z 6 nemocnic jsou stále novorozenci odsáváni paušálně. Názory porodních asistentek a dětských sester jsou na odsávání novorozence rozdílné. Pozitivně hodnotí změnu z paušálního na indikované odsávání 3 z 6 dotazovaných respondentek. Negativně tuto změnu hodnotí 2 z 6 respondentek a 1 z 6 respondentek neví, zda má hodnotit tuto změnu pozitivně nebo negativně. Můj postoj je spíše neutrální. Nemyslím si, že došlo ke zhoršení tohoto postupu, ale zároveň nehodnotím tuto změnu jako kladnou a přínosnou. Mám za sebou pouhé tři roky školy porodní asistence a asi tak půl roku praxe mezi novorozenci. Není to dlouhá doba, ale dostatečná na to, abych si utvořila jednotné názory na určité postupy. Setkala jsem se s paušálním odsáváním i odsáváním pouze v indikovaném případě a myslím si, že samotný porod je pro novorozence stresující událostí, proto několikavteřinové odsávání už není tolik významné v poporodní adaptaci. Setkala jsem se s novorozenci, kteří byli odsáti i s novorozenci kteří odsáti nebyli. Ti, kteří byli po porodu „traumatizováni“ a odsáti krásně dýchali, přijímali mateřské mléko

již v prvních 24 hodinách, byli klidnější, zatímco novorozenci neodsátí celých 24 hodin po porodu ublinkávali napolykanou vodu plodovou a nebyli schopni přijímat mateřské mléko. Je tedy otázkou, co je pro novorozence lepší.

Dále z výzkumného šetření vyplynulo že změnou prošel i termomanagement. Změnilo se samozřejmě technické i přístrojové vybavení porodních boxů. Dříve se používaly přebalovací stoly se zdrojem tepla, dnes jsou k dispozici vyhřevná lůžka s regulací teploty ze shora i ze spoda, vyhřevné podušky, termostaty na nahřívání dětského oblečení a plenek. To vše záleželo na možnostech té doby a možnostech nemocnice. Přesto byly podle výpovědí všech respondentek přísně dodržovány zásady termomanagementu. Ráda bych však zdůraznila otázku péče o kůži, která se také řadí do péče o tělesnou teplotu. Profesor MUDr. Macků ve své publikaci z roku 1989 (12) uvádí, že jsou novorozenci pod sprchou na porodním sále očištěni od smolky a krve a mázek je jim na tělíčku ponechán. Neontologický Edukační program modul II z roku 1996 uvádí že se novorozenci na porodním sále v žádném případě nekoupou. Koupání novorozence je vhodné nejdříve za několik hodin po porodu jak uvádí Čepický a Černá ve své příručce pro gynekology a porodníky.(4) Z šetření bylo zjištěno, že 3 z 6 nemocnic jihočeského kraje v roce 1990 prováděli takzvanou očistnou koupel novorozence na porodním sále ihned po porodu. Je to tedy přesně 50%. V současné době se podle výpovědí všech šesti dotazovaných respondentek očistná koupel na porodním sále neprovádí. Zaráží mě skutečnost, že přes jednotnou výpověď všech dotazovaných dětských sester a porodních asistentek jsem se v dnešní době s očistnou koupelí na porodním sále setkala. Odůvodnění by bylo jednoduché, koupání novorozence na porodním sále provádí jiná dětská sestra, než ta, která mi poskytla rozhovor. Bohužel tato skutečnost je jiná. Rozhovor mi poskytla právě ta dětská sestra, která snad pravidelně novorozence omývá pod tekoucí vodou na porodním sále. Zůstává tedy otázkou, proč byla její odpověď nepravdivá a zda nedošlo k dalším nepravdivým odpovědím, které by následně zkreslily celý výsledek výzkumu.

Pohlaví novorozence je první informací, kterou dnes již oba rodiče o svém čerstvě narozeném děťátku získají. Následuje pak míra a váha narozeného dítěte. Nejčastější otázkou, dnes již obou rodičů je, kolik že to jejich miminko měří. To se v současné době nedozvídá už v několika nemocnicích jihočeského kraje, kde je měření odložené na pozdější dny, až když je novorozenec plně adaptován na nové podmínky života. Z šetření bylo zjištěno, že od měření tělesné délky se upustilo ve 3 z 6 zkoumaných nemocnic. Volf a Volfová uvádějí, že důvodem pozdějšího měření jsou současné poznatky, které udávají, že měření novorozence do délky bezprostředně po porodu má negativní vliv na kyčelní kloub, pro novorozence je tento výkon

stresující a údajně je i nepřesný . Ve 2 z 6 zkoumaných nemocnic jsou novorozenci stále měřeni na porodním sále a v 1 nemocnici jsou novorozenci měřeni do délky pouze na výslovné přání matky, popřípadě obou rodičů. Odjakživa je známo, že se novorozenci měřili a vážili bezprostředně po porodu, je to asi zvyk, který v současné době vyžaduje ještě hodně maminek a jak se říká „zvyk je železná košile.“ Přesto si myslím, že není důležité znát ihned po porodu délku dítěte, vždyť mnohem důležitější je, aby bylo zdravé a nějaký ten centimetr nehraje roli.

Výzkumným šetřením bylo také zjištěno, že došlo ke změně v používaném prostředku na dekontaminaci spojivkového vaku. V 90. letech minulého století se oči novorozence vykapávali 1% dusičnanem stříbrným jak uvádí ve své publikaci Marie Rozsypalová (21), nebo 1% octanem stříbra to uvádí Václav Mydlil (17). Dnes se k dekontaminaci spojivkového vaku používá dezinfekční přípravek Ophtalmo-Septonex, který je uváděný již v odborné literatuře z roku 1997, kterou napsal Ivo Borek a kolektiv autorů.(2) V Neontologickém edukačním programu je Ophtalmo-Septonex uváděn jako dezinfekční prostředek, sloužící spíše jako prevence kojunktivitidy. Fendrychová a Borek (7) uvádějí, že se z dusičnanu stříbrného odpařuje voda, tím se mění jeho koncentrace a vzniká riziko „chemického“ zánětu spojivek, to je jeho hlavní nevýhodou. Proto se začal používat šetrnější přípravek Ophtalmo-Septonex, jehož dávkování se v roce 1997 změnilo z pouhého kápnutí jedné kapky do spojivkového vaku na takzvanou dvoustupňovou laváž. To znamená vykapání spojivkového vaku novorozence na porodním sále a opakování této procedury na oddělení, kam je novorozenec po porodu převezen. Z výpovědí porodních asistentek a dětských sester jsem zjistila, že v roce 1990 používalo k dekontaminaci spojivkového vaku 1% octan stříbrný 5 z 6 zkoumaných nemocnic a 1% acetát stříbra používala v té době pouze 1 z 6 zkoumaných nemocnic. V současné době používají všechny zkoumané nemocnice šetrnější přípravek Ophtalmo-Septonex.

Dále bylo zjištěno že jsou všechny dotazované porodní asistentky a dětské sestry spokojené se současným přístupem k prvnímu ošetření novorozence, 5 z 6 dotazovaných respondentek by se nevracely k žádnému z postupů, které byly prováděny v 90. letech minulého století. Pouze 1 z 6 dotazovaných respondentek by se vrátila k paušálnímu odsávání novorozenců a k používání klasických kojeneckých vah, které dnes vystřídaly váhy digitální. Za největší zlepšení v ošetření novorozence považují dotazované respondentky rozvinutí systému rooming-in, jak bylo výše zmíněno, dále pak omezení výkonů bezprostředně po porodu na minimum, zkvalitnění edukace rodičů, která dříve byla minimální nebo dokonce žádná, identifikace novorozence a šetrnější a ohleduplnější přístup k matce a dítěti.

Všechny dotazované porodní asistentky a dětské sestry odpovídají kladně na otázku, zda si myslí, že je stále co zlepšovat. 2 z 6 dotazovaných si stěžují na administrativu, které je dnes bohužel až příliš a čas, který by rády strávily péčí o novorozence tak tráví nad psaním dokumentace. Bohužel administrativy bude stále přibývat a nezbyvá, než doufat, že jednou toto nekonečné množení nabere opačný směr a administrativa se omezí na nezbytně nutnou. Myslím si, že ubráním administrativy by došlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče nejen o novorozence, z důvodu větších časových možností.



## 6. Závěr

Bakalářská práce na téma „Přístup k prvnímu ošetření novorozence v rozmezí dvaceti let“ se zabývala problémem prvního ošetření novorozence v 90. letech minulého století a ošetřením novorozence v současnosti. Cílem práce bylo porovnat současné způsoby ošetření novorozence s minulostí, zjistit jak se změnil přístup k novorozenci za posledních dvacet let a jak tyto změny vnímají porodní asistentky a dětské sestry, které mají zkušenosti s ošetřením novorozence bezprostředně po porodu v letech 1990 až 2010. Zjistit zda jsou změny, kterými za dvacet let prošlo první ošetření novorozence negativní a nebo přínosné. Cíl práce byl splněn metodou kvalitativního výzkumného šetření, formou rozhovorů, které byly následně zpracovány do kasuistik, kde porodní asistentky a dětské sestry odpovídají na otázky týkající se srovnávání současných postupů ošetření novorozence bezprostředně po narození s minulostí.

Z výsledků výzkumného šetření můžeme odpovědět na výzkumné otázky : „V čem se liší přístup k prvnímu ošetření novorozence v době před dvaceti lety ve srovnání se současností?“ Z rozhovorů porodních asistentek a dětských sester vyplývá, že se dnes k novorozenci přistupuje šetrněji, je vnímán jako samostatný jedinec s individuálními potřebami, manipulace s fyziologickým novorozencem se omezuje na minimum, stejně tak jako ošetřovatelské postupy bezprostředně po porodu jsou omezeny jen na nezbytně nutné. Plně se rozvinul systém rooming-in. Změna přístupu přináší více pozitiv než negativ. Druhá výzkumná otázka zněla: „V čem a jak se liší jednotlivé postupy prvního ošetření novorozence v době před dvaceti lety ve srovnání se současností?“ Z výsledků šetření lze říci, že došlo ke změnám technického a přístrojového vybavení porodních boxů, změnili se pomůcky, které jsou dnes ve větší míře jednorázové, změnili se dezinfekční přípravky, které jsou dnes šetrnější, dále došlo ke změnám ošetřovatelských postupů u ošetření pupečníku, odsávání novorozence, identifikace, dekontaminace spojivkového vaku, měření tělesných obvodů, termomanagementu, u aplikace vitamínu K a v neposlední řadě došlo k rozvinutí systému rooming-in.

Výsledky šetření jsou bez pochyb ovlivněny počtem dotazovaných porodních asistentek a dětských sester, dále jsou pak výsledky ovlivněny tím, že šetření bylo uskutečněno pouze ve vybraných nemocnicích jihočeského kraje. Výzkumné šetření by bylo zajímavější, pokud by bylo provedeno v celé České republice.

Výsledky bakalářské práce mohou umožnit všem zdravotnickým pracovníkům nahlédnutí do minulosti prvního ošetření novorozence a vést je tak k zamyšlení, jak ještě

zkvalitnit a vylepšit péči o novorozence bezprostředně po porodu. Jak z celé bakalářské práce vyplývá, vše záleží pouze na lidském přístupu, ochotě a toleranci. Výsledky výzkumu mohou být využity v rámci výuky na Jihočeské Univerzitě i publikovány v odborných časopisech a na internetu.

## **7. Klíčová slova**

Dětská sestra

Minulost

Novorozenec

Ošetrovatelská péče

Porodní asistentka

## 8. Seznam použitých zdrojů

### Seznam použité literatury

1. BOREK, Ivo, et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 322 s. ISBN 80-7013-245-0.
2. BOREK, Ivo, et al. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
3. ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich, et al. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 544+2 s. ISBN 80-247-1313-9.
4. ČEPICKÝ, Pavel; ČERNÁ, Marcela. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha : LEVRET s.r.o., 2006. 99 s. ISBN 80-903-1839-8.
5. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha : Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
6. DOLEŽAL, Antonín; KUŽELKA, Vítězslav; ZVĚŘINA, Jaroslav. *Evropa - kolébka vědeckého porodnictví*. Praha : Galén, ve spolupráci s 1. LF UK v Praze, 2009. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
7. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.
8. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal, et al. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.
9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; BOREK, Ivo, et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.

10. FENRYCHOVÁ, Jaroslava, et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii : 2. část - Péče o novorozence*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-479-4.
11. KREJČOVÁ, L. *Rozdělení perinatologické péče*. [online]. Stránky MZ ČR. [cit. 2009-10-11]. Dostupné z: <<http://mzcr.cz/Odbornik/Pages/385-vestnik-92003.html>>.
12. MACKŮ, František. *Gynekologie a porodnictví*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989. 176 s.
13. MACKŮ, František; ČECH, Evžen. *Porodnictví*. Praha : Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 143 s. ISBN 80-86073-92-0.
14. MYDLIL, Václav, et al. *Kapitoly z neonatologie*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1974. 136 s.
15. MYDLIL, Václav. *Péče o novorozence z ohrožených těhotenství*. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1977. 136 s.
16. MYDLIL, Václav; VOCEL, Jiří. *Observace, diagnostika a intenzivní péče v neonatologii*. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1982. 108 s.
17. MYDLIL, Václav; VOCEL, Jiří, et al. *Praktická neonatologie*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1982. 256 s.
18. OLCHAHA, Petr. *Zdravé a nemocné dítě : Od početí do puberty*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.
19. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
20. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
21. ROZSYPALOVÁ, Marie, et al. *Ošetrovatelství : cvičení*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988. 448 s.

22. SEDLÁŘOVÁ, Petra, et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
23. ŠOHAJOVÁ, L. *Systém bezprostřední poporodní péče o fyziologického novorozence České republiky*. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Pardubice, fakulta zdravotnických studií. [cit.2009-04-01].
24. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. 403s. ISBN 80-7345-021-6.
25. VELEMÍNSKÝ, Miloš, et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003. 170 s. ISBN 80-7040-643-7.
26. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
27. *Neonatologický edukační program : MODUL II.*. Třinec : Česká neonatologická společnost, Česká pediatrická společnost, Slovenská pediatrická společnost, 1996. 191 s.
28. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. České Budějovice : Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2.
29. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. České Budějovice : Nemocnice České Budějovice, a.s., 2010. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6.

### **Seznam internetových zdrojů**

30. MYDLILOVÁ, A. *Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech* [online]. *Pediatrie po promoci, Ročník II, číslo 2/2005* [cit.2008-3-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/PPP\\_2-2005\\_04\\_CZ2.pdf](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/PPP_2-2005_04_CZ2.pdf)>
31. PAŘÍZEK, Antonín. *Kdo byla Virginia Apgar?*. *PORODNICE.CZ* [online]. 2010, [cit. 2010-05-01]. Dostupný z WWW: <<http://porodnice.cz/kdo-byla-virginia-apgar>>.

## **9. Přílohy**

**Příloha 1 – Tabulky**

**Příloha 2 – Doporučení České neonatologické společnosti**

**Příloha 3 – Obrázky**

**Příloha 4 – Rozhovor s porodními asistentkami**

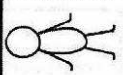
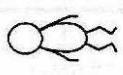
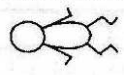
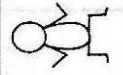
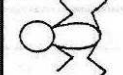
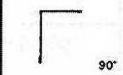




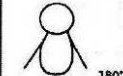

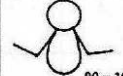

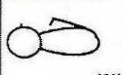
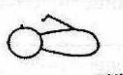
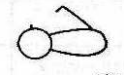
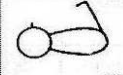
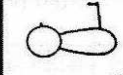
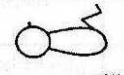





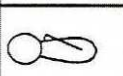
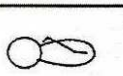
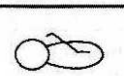
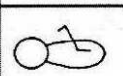
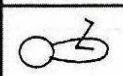
## Příloha 1

**Tabulka č. 1 – Hodnocení somatické zralosti dle Ballarda**

	0	1	2	3	4	5
<b>Kůže</b>	průsvitná, červená, prosáknutá	jemná, růžová, viditelné žilky	s povrchní slupkou nebo vyrážkou	rozpraskaná, bledá místa, málo žil	pergamenovitá, rozpraskaná, žádné žíly	hrubá, rozpraskaná, vrásčitá
<b>Lanugo</b>	chybí	hojné	řídne	holá místa	převážně vymizelé	
<b>Rýhy na ploskách</b>	žádné	slabě patrné, červené	jen v přední 1/3 plosky	v předních 2/3 plosky	četné po celé plosce	
<b>Prsní žláza</b>	známky sotva patrné	ploché dvorec bez bradavky	zrnitý dvorec, bradavka 1-2 mm	vyklenující se dvorec, bradavka 3-4 mm	dokonalý dvorec, bradavka 5-10 mm	
<b>Ucho</b>	ploché boltec, žádná elasticita	lehce formovaný boltec, dobrá elasticita	lépe formovaný boltec, dobrá elasticita	pevný boltec, velmi dobrá elasticita	boltec se slabou chrupavkou, tuhé ucho	
<b>Genitál chlapecký</b>	bez rýh na skrotu		testes sestupující, málo rýh na skrotu	testes vstoupí, dobré rýhování	testes plně vstoupí, hluboké rýhy	
<b>Genitál dívčí</b>	klitoris i labia minora prominují		labia majora i minora prominují stejně	labia majora prominují více	klitoris i labia minora jsou kryty stejně	

Zdroj Jaroslava Fendrychová a Ivo Borek 2004

**Tabulka č.2 – Hodnocení neuromuskulární zralosti dle Ballarda**

	0	1	2	3	4	5
<b>Postavení končetin</b>						
<b>Úhel v zápěstí</b>						
<b>Návrat horní končetiny</b>						
<b>Popliteální úhel</b>						
<b>Šalový příznak</b>						
<b>Pata-ucho</b>						

Zdroj Jaroslava Fendrychová a Ivo Borek 2004

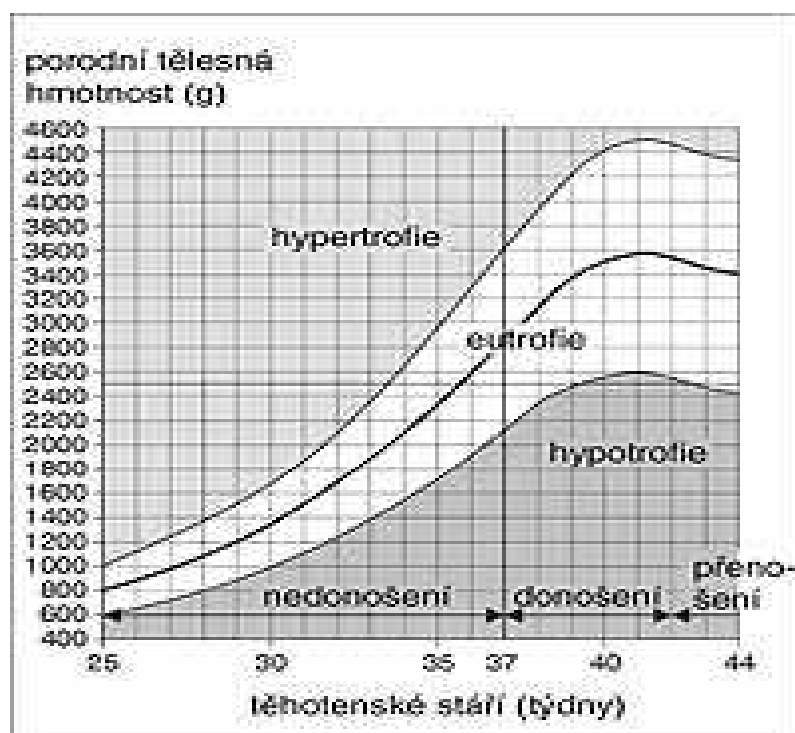


**Tabulka č. 3 – Určení gestačního věku podle součtu bodů somatické a neuromuskulární zralosti – (z tabulek 1 a 2)**

<b>Body</b>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
<b>Týdny</b>	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

Zdroj Jaroslava Fendrychová a Ivo Borek 2004

**Tabulka č. 4 – Hodnocení novorozence dle vztahu hmotnosti ke gestačnímu věku**



Zdroj Jaroslava Fendrychová a Ivo Borek 2004

**Tabulka č. 5 – Hodnocení porodní adaptace podle Apgarové**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1. minuta</b>	<b>5. minuta</b>	<b>10. minuta</b>
<b>Srdeční frekvence</b>	nepřítomná	< 100 tepů/minutu	> 100 tepů/minutu			
<b>Dechová aktivita</b>	žádná	nepravidelná	Spontánní křik			
<b>Svalový tonus</b>	atonie	flexe končetin	Spontánní pohyb			
<b>Reakce na podráždění</b>	žádná	grimasa	Okamžitá reakce křikem nebo aktivním pohybem			
<b>Barva kůže</b>	Cyanotická, bledá	akrocyanóza	růžová			
<b>Celkem</b>						

Zdroj Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci 2009

Výsledky hodnocení:

0 – 3 body: těžká poporodní deprese (porucha časné adaptace)

4 – 6 bodů: střední poporodní deprese (porucha časné adaptace)

7 – 8 bodů: mírná poporodní deprese (porucha časné adaptace)

## Příloha 2 – Doporučení České neonatologické společnosti

Česká neonatologická společnost České lékařské společnosti J.E.Purkyně  
Doporučené postupy v neonatologii

### Značení novorozenců

Autor: M. Paulová

Oponenti: Výbor České neonatologické společnosti

#### **I. Úvod, definice problému a cíle**

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 obsaženo v provozních pokynech oddělení. Označení se odstraňuje až po opuštění oddělení.

- značení má být trvalé minimálně 3-7 dní i déle, event. snadno obnovitelné
- uvolnění musí být úmyslné, nesmí se samovolně uvolnit
- údaj na pásku nesmí být smazatelný okamžitě po napsání
- v běžném ošetření novorozence se nesmí poškodit údaje
- má být čitelné aniž je nutno dítě svlékat
- nesmí ohrožovat dítě, zraňovat kůži
- nesmí vadit v ošetřování novorozence
- nesmí být zdravotně závadné
- mělo by propojovat novorozence s matkou (kritické situace, oddělení novorozence a matky)

#### **II. Značení**

**a) kdy se provádí** - ideální je označení dítěte s nekomplikovanou porodní adaptací bezprostředně po narození na porodním lůžku v průběhu prvního kontaktu s matkou nebo rodiči

- je-li nutná resuscitace, je třeba označit novorozence při nejbližší možné příležitosti

- označení se týká i novorozenců před transportem na jiná oddělení

- novorozenci velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti vyžadují pro specifitu stavu (nepoměr tělesných rozměrů a velikosti označovacích náramků, fragilita kůže aj.) pro značení zvláštní postupy

- ideální je současné označení matky s údaji o dítěti

- pro tento účel lze použít i speciální soupravy označovacích náramků 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

- značení mimo tělíčko dítěte není považováno za dostatečné a nenahrazuje povinné značení

**b) čím se provádí** - doporučuje se 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

- "barva na novorozence" je pro možnost poleptání kůže nevhodná (nestabilní koncentrace AgNO<sub>3</sub>)

**c) jaké údaje musí značení obsahovat:**

- jméno a příjmení novorozence
- číslo porodu (od začátku roku, v měsíci podle zvyklostí oddělení)
- datum narození včetně hodiny a minuty
- pohlaví (např. jako součást čísla porodu, je důležité u jiných etnik-Vietnamci)
- jméno matky (často se jmenuje jinak)

**d) jak se provádí** - upevněním označovacího náramku na zápěstí ručky event. na kotník nožky

- upevnění musí být věnována pozornost

- musí být dostatečně těsné, protože je nutno počítat se zmenšením obvodu končetiny v průběhu poporodního hmotnostního úbytku novorozence

- označovací náramek nesmí poškozovat kůži a působit změnu prokrvení končetiny distálně od místa upevnění

e) jak se pečuje o označení - označovací náramek nevyžaduje žádnou údržbu

- v případě výjimečného, ale možného neúmyslného uvolnění je třeba okamžitě náramek obnovit

- označení na kůži dítěte je nutno denně kontrolovat a v případě nečitelnosti obnovovat

- za neodstranitelnost označení odpovídá personál oddělení podle kompetencí

### **III. Závěrečné doporučení**

Výbor České neonatologické společnosti doporučuje používat označovací náramek, dodávaný firmou:

**Identifikační systémy, s.r.o.**

**Na Pankráci 30/1618**

**140 00 Praha 4**

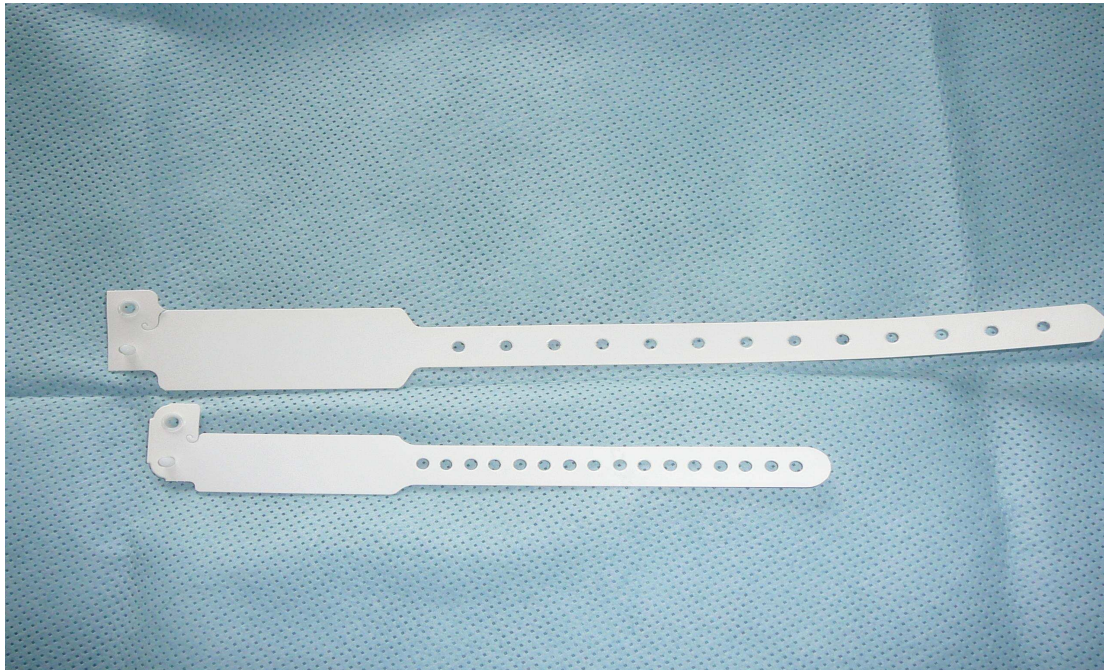
**Česká republika**

**Tel: 261001428**

**Fax: 261001380**

### Příloha 3 – Obrázky

Obrázek č. 1 identifikační náramky



Zdroj Krlínová 2010

Obrázek č. 2 Značení novorozenců v roce r. 1990



Zdroj Sylvie 2003 ([www.rodina.cz](http://www.rodina.cz))

**Obrázek č. 3 – Vážení novorozence na klasické kojenecké váze**



Zdroj [www.novorozenec.wz.cz](http://www.novorozenec.wz.cz)

**Obrázek č. 4 – Ošetření pupečníku na porodním sále**



Zdroj Mgr. Zuzana Těšínská 2000

## **Příloha 4**

### **Otázky na rozhovor s porodními asistentkami a dětskými sestrami**

1. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?
2. Kolikaletou zkušenost máte s prvním ošetřením novorozence na porodním sále
3. Jaký obor jste vystudovala a jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Když se zaměříme na jednotlivé výkony, jaký je rozdíl v ošetření pupečníku dnes ve srovnání s ošetřením v 90 letech? (termomanagementu, odsávání, péče o kůži koupali jste? měření a vážení, identifikace, kredeizace, prevence krvácivé nemoci, oblečení, dokumentace??)
5. Jaký výkon prošel podle Vás asi největší změnou?
6. V jakém roce za uplynulých dvacet let přišel asi největší zlom (změna ) v ošetření novorozence?
7. Jak jste spokojená se současným přístupem k ošetření novorozence na PS?
8. Jsou nějaké výkony prováděné v minulosti, které byste přivítala i dnes a přesto se již neprovádějí?
9. Rooming-in byl založen kolem 80. let. Jak to bylo na Vašem oddělení ? (první přiložení, první kontakt s matkou, novorozenec na sále s matkou ...)
10. Jak přistupujete a hodnotíte účast otce u prvního ošetření novorozence?
11. V čem máte pocit že došlo ke zlepšení v ošetření novorozence, když budeme zase srovnávat minulost se současností?
12. Máte pocit že v něčem došlo ke zhoršení v péči o novorozence bezprostředně po porodu?
13. Jaké bylo vybavení před dvaceti lety a jak jste spokojená se současnou přístrojovou technikou?
14. Má technika nějaký vliv na ošetření novorozence z Vašeho pohledu
15. Myslíte si, že je stále co zlepšovat na ošetření novorozence?
16. Máte vlastní nápad, jak byste ošetření vylepšila?
17. Jak byste celkově zhodnotila první ošetření novorozence od roku 1990 až po současnost?