

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Tereza Svobodníková

Edukace matek v péči o fyziologického novorozence

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Antoníčková

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2019

podpis

Děkuji vážené Mgr. Iloně Antoníčkové za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Komunikace v ošetrovatelské péči u dětí

Název práce: Edukace matek v péči o fyziologického novorozence

Název práce v AJ: Education of mothers in mature newborn care

Datum zadání: 2019-01-31

Datum odevzdání: 2019-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Tereza Svobodníková

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Antoníčková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou edukace matek s konkrétním zaměřením na specifika péče o fyziologického novorozence. Je zde předložen přehled aktuálních publikovaných poznatků z oblasti manipulace s novorozencem, kojení, koupání a hygieny, které spadají do kompetence všeobecné sestry pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializací nebo dětské sestry. Předložené poznatky byly dohledány z databází EBSCO, Google Scholar, MEDLINE a Wiley Online Library

Abstrakt v AJ:

The survey thesis deals with problems concerning education of mothers with a specific focus on the specifics in the care of mature newborn. Here is an overview of actual published knowledge from domains of manipulation with newborn, breastfeeding, bathing and hygiene that falls within the competence of the nurse under the supervision of a nurse with

a specialization or a pediatric nurse. Presented findings are drawn from a databases of EBSCO, Google Scholar, MEDLINE and Wiley Online Library

Klíčová slova v ČJ: edukace matek, všeobecná sestra, fyziologický novorozenec, péče po porodu

Klíčová slova v AJ: education programme for mothers, nurse, mature newborn, nursing care of neonates after birth

Rozsah: 35 stran/ 0 příloh

Obsah

Úvod	7
1. Popis rešersní činnosti.....	9
2. Edukace	10
3. Péče o fyziologického novorozence	13
3.1. Manipulace s novorozencem	16
3.2. Kojení	18
3.3. Péče o kůži.....	21
3.4. Propuštění z nemocnice	24
3.5. Význam a limitace dohledaných poznatků	28
Závěr.....	29
Referenční seznam.....	31

Úvod

Bakalářská práce se zabývá edukací matek v souvislosti se správnou péčí o fyziologického novorozence. Téma jsem si zvolila kvůli měnícím se trendům v péči a zavádění nových postupů do praxe.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se v roce 2015 v České republice narodilo 110 764 dětí. Z dohledaných údajů je možné potvrdit, že plodnost v České republice má vzestupnou tendenci (Štembera, Velebil, 2017, s. 32). V České republice jsou stanoveny standardy péče o novorozence, které jsou v nemocnicích známy jako klinické doporučené postupy. Všechny postupy jsou před jejich zavedením do praxe podrobeny analýze nástrojem zvaným Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation a v České republice je jejich vydavatelem Česká neonatologická společnost (Fendrychová, 2014, s. 366).

V letech 1949 až 1989 bylo naprosto běžné, že veškerou zodpovědnost v péči o novorozence přebírala dětská sestra, která realizovala domovní návštěvy u novorozenců v rámci vesnických obvodů. Kvůli nesnadné dostupnosti zdravotní péče toto bylo efektivním řešením, které vedlo ke snížení kojenecké úmrtnosti a nemocnosti. Matky se totiž často potýkaly s potížemi při kojení, špatným výběrem alternativních příkrmů nebo vznikem infekčních onemocnění, které byly způsobeny nedodržováním hygienických pravidel (Schönbauerová, Boledovičová, 2015, s.242). Dnes tomu tak již není. Současným trendem je absence lékaře u fyziologického porodu, pokud probíhá bez komplikací. Péče o novorozence je tedy rolí porodní asistentky či dětské sestry. Čím dál častěji se po porodu setkáváme s kontaktem skin to skin, který se také jinak nazývá bonding. Jedná se o uložení dítěte na hrudník či břicho matky. V rámci kontaktu skin to skin dochází k adaptaci matky i dítěte a také k upevňování jejich vztahu. Dítě je po porodu uloženo na stejný pokoj s matkou, kde spolu tráví čas až do propuštění z porodnice, což je dalším faktorem, který významně přispívá k upevnění vztahu mezi nimi. Společné uložení matky a dítěte na pokoj se nazývá rooming-in (Schönbauerová, Boledovičová, 2015, s.242).

Novorozenecké období je nejkratším vývojovým obdobím v životě dítěte, trvá totiž jen 28 dní. Nesprávnou péčí v tomto období lze zásadně ovlivnit další život jedince. Standardem v České republice je proto pobyt matky a dítěte v porodnici 72 hodin po porodu, kdy dochází k edukaci matek. V těchto prvních dnech jsou matky informovány o tom, jak s dítětem zacházet, přebalovat jej či kojit. Na odděleních jsou matkám k dispozici laktační poradkyně v případě problémů s kojením. Pro některé ženy může být porod stresující situací, proto každá nastávající matka potřebuje průvodce, který jí pomůže a poskytne cenné informace ohledně péče o její dítě.

Potřeba této osoby se nevyskytuje jen po dobu těhotenství, ale také po porodu dítěte, kdy se matka ocitá v úplně nové situaci, i přesto, že není prvorodička. Je to dáno tím, že každé dítě je jiné a má své specifické požadavky (Shrestha et al., 2016, s. 21).

V souvislosti s touto problematikou je možno si položit otázku: Jaké jsou znalosti současných doporučení, které se týkají správné péče o fyziologické novorozence?

Cílem bakalářské práce byla sumarizace aktuálních poznatků, které se týkají edukace matek v péči o fyziologické novorozence.

Cíl této bakalářské práce je specifikován v dílčích cílech:

- 1) Předložit dohledané publikované aktuální poznatky o edukaci matek v šestinedělí
- 2) Sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky v péči o fyziologického novorozence

Vstupní literatura:

BALL, Jane a Ruth McGillis BINDLER. *Pediatric nursing: caring for children*. 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall, 2008. ISBN 978-0-13-220871-0.

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

SIMPSON, Kathleen Rice a Patricia A CREEHAN. *Perinatal nursing: caring for children*. 3rd ed. Philadelphia: Pearson/Prentice Hall, c2008. ISBN 978-0-7817-6759-0.

1. Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s použitím vhodných klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: edukace matek, všeobecná sestra, fyziologický novorozenec, péče po porodu
- klíčová slova v AJ: education programme for mothers, nurse, mature newborn, nursing care of neonates after birth
- jazyk: český, anglický
- období: 2009 - 2019
- další kritéria: recenzovaná periodika, dostupnost plných textů



DATABÁZE:

EBSCO, Google Scholar, MEDLINE, Wiley Online Library



V databázi nalezeno 225 článků



Vyřazující kritéria:

Články nevztahující se k tématu

Duplicitní články

Kvalifikační práce



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO – 18 článků

Google Scholar – 10 článků

MEDLINE – 12 článků

Wiley Online Library – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito dohledaných 41 článků

2. Edukace

Edukace je nedílnou součástí poskytování ošetrovatelské péče jednotlivcům či skupinám. Tento pojem je převzatý z latinského slova *educare*, což v překladu znamená vést vpřed či vychovávat. Výchovnou roli v ošetrovatelství přebírají právě všeobecné sestry, a to z toho důvodu, že jsou pacientům blíže než ostatní poskytovatelé zdravotní péče. Může to být podmíněno tím, že s pacienty tráví více času, a právě díky tomu jsou schopny identifikovat mezery v pacientových znalostech a předcházet tak problémům, které by mohly vzniknout na základě deficitních znalostí. Existuje proto oprávněné spojení mezi prací sestry a pacientovým bezpečím. Odpovědnost za pacientovo bezpečí by mělo vycházet z morálních i etických hledisek každé všeobecné sestry (Vaismoradi, Salsali, Marck, 2011, s. 435)

K dosažení určité úrovně bezpečí všech pacientů je nutno zahrnout velké množství aktivit. Patří sem jednak snížení rizikových faktorů na minimum, bezpečné používání léčivých přípravků a neméně důležitá je bezpečná klinická praxe. Velkou roli hraje také samotná edukace pacientů (Vaismoradi, Salsali, Marck, 2011, s. 436). V ošetrovatelství si tedy lze edukaci představit jako soustavně vykonávanou činnost, která vede k pozitivním změnám v pacientově postoji v předcházení vzniku onemocnění či postoji k již vzniklému onemocnění a s tím i související péči o něj a o své zdraví. Dle WHO je každý člověk zodpovědný za své zdraví, ale aby za něj mohl být zodpovědný, musí k tomu být vychováván (WHO, 2010). Jak jsme zmínili již dříve, všeobecné sestry jsou kompetentními osobami k poskytování edukačních lekcí. V České republice došlo k rozšíření kompetencí všeobecných sester, a to dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. aktualizované v roce 2016. Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru může poskytovat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči u dětí a novorozenců (Sbírka zákonů, 2017).

V Jižní Koreji dokonce existuje hodnotící nástroj na posouzení kompetentnosti sestry v roli edukátorky. Dle jejich výzkumu je nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu faktorem, který snižuje kvalitu edukace pacientů. V České republice zatím nemáme žádnou hodnotící techniku, pomocí které by se dala posoudit kompetentnost sestry v této oblasti. Aby všeobecná sestra byla kompetentní k poskytování edukačních lekcí, tak musí dosáhnout adekvátního vzdělání a mít dostatek informací o tématu, které je předmětem edukační lekce. Všechny informace, které jsou všeobecnou sestrou poskytovány pacientovi, musí být aktuální a validní. Předávané informace by také měly být podávány vhodnou formou pro každého pacienta. Dle výzkumů je dokázáno, že s vyšším věkem sestry, která provádí edukaci,

se zvyšuje i množství informací, které předává, což ve výsledku vede k vyšší kvalitě edukační lekce. Na každou edukační lekci je nutné si vyhradit dostatek času, obzvláště u matek prvorodiček. Z výzkumů také vyplývá, že sestry provádějící edukační lekce kladně hodnotí edukace, kdy nejsou hlavním a jediným aktérem, ale kdy se edukovaný pacient zapojuje. Ke zvýšení kvality prováděných edukací by bylo vhodné zapojit i simulační metody nebo hraní rolí. Pro posouzení kvality a ověření přínosnosti edukace pro každou matku všeobecné sestry očekávají zpětnou vazbu, která jim může pomoci identifikovat mezery v jimi prováděné edukaci (Jang, Lee, Vaismoradi, 2017, s.2).

Zásadním nedostatkem edukací u matek je, že nemají dostatek informací ohledně péče o sebe samu po porodu. Matky to označují jako důležitou položku edukace, nicméně na odděleních se vždy upřednostňuje péče o novorozence, a ne o matky. Většina matek však zastává názor, že nejdříve by měly být schopny se postarat samy o sebe a poté o někoho dalšího. Objevily se i názory, že pokud matky trpí poporodní bolestí a neví, jak ji zmírnit, tak nemusí věnovat dostatečnou pozornost edukační lekci ohledně péče o svého novorozence. Osvědčeným způsobem edukace matek je nejdříve zjistit, jaké informace již matka zná, či si sama vyhledala a na jejich základě vést edukaci (Jang, Lee, Vaismoradi, 2017, s. 2).

Správná edukace může ovlivnit také míru deprese u těhotných žen, která v dnešní době není považována za nic zvláštního, ale již se řadí mezi civilizační choroby. Nejvyšší míra výskytu byla zachycena právě u žen v reprodukčním věku. Neléčená deprese přináší riziko nejen pro matku, ale také pro plod. Dříve se deprese léčila pomocí antidepresiv, které ale u plodu mohou způsobit vznik vrozené vývojové vady nebo vrozenou teratogenitu. V současnosti se proto používají bezpečnější léky jako jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Z provedených studií lze doložit, že novorozenci matek, které trpí depresí, mají většinou nižší porodní váhu, i přesto, že jsou narozeny v termínu a častěji u nich bývá přítomna prematurita. U těchto novorozenců se také častěji objevuje nižší Apgar skóre po porodu (Mocková et al., 2012, 188 - 189).

Správná edukace je jedním z faktorů, které vedly ke snížení novorozenecké úmrtnosti. Spousta dětí totiž umírala z důvodu nedostatečných znalostí matek, které používaly v péči o své novorozence zastaralé techniky, které se v současnosti již nedoporučují. Velké procento matek je přesvědčeno, že pokud se sestra v rámci edukace věnuje pouze jim, tak budou lépe připraveny se postarat o novorozence v domácím prostředí. Kladně je oceněna i pomoc sester při kojení. Matky udávají, že nejvhodnější formou edukace jsou verbální instrukce s možností sledovat

sestru při provádění úkonů. Vhodné jsou i tištěné materiály a možnost telefonní konzultace s oddělením či laktačními poradkyněmi v případě problémů v domácím prostředí (Shrestha et al., 2016, s. 22). Çeber et al. dokládají, že správná edukace matky zvyšuje kvalitu péče poskytovanou novorozencům (Çeber et. al., 2013, s. 22).

3. Péče o fyziologického novorozence

Fyziologický novorozenec, jinak také označován jako zralý či donošený, je takový, který se narodil v rozmezí 38. až 42. týdne těhotenství a jeho poporodní adaptace probíhá bez komplikací. Na základě porodní hmotnosti, která by měla být nad 2500 gramů, se označuje jako eutrofický (Kučerovská, Hanáková, Ošlejšková, 2013, s. 231).

Dříve měly své místo i domácí porody, které v současnosti nejsou nijak časté. Ze současných výzkumů ale vyplývá, že je pro matky výhodnější čekat na porod doma než v nemocničním, mnohdy stresujícím, prostředí. Velmi často se totiž stává, že porody musí být vyvolány. Dle údajů z Velké Británie z roku 2016 se jedná až o 38 % všech porodů, a proto ve Velké Británii dochází k soustavnému navyšování žen čekajících na porod v domácím prostředí stejně jako navyšování počtu domácích porodů. Domácí porody značně snižují zdravotní náklady a také závislost těhotných žen na zdravotnických zařízeních a nemocnicích. Velkou výhodou je i větší uvolněnost a spokojenost matek v souvislosti s porodem (Sharp, Stock, Alfirevic, 2016, s. 21).

Specifikem dnešní doby jsou také ambulantní porody. V České republice jsou povoleny Ministerstvem zdravotnictví již od roku 2014. Ambulantní porod je výhodou hlavně pro matky, které dříve podepisovaly negativní revers a žádaly o dřívější propuštění z nemocnice domů. Ministerstvo zdravotnictví i Česká neonatologická společnost sice doporučují matkám strávit v nemocnici 72 hodin po porodu, kdy se novorozencům provádí základní vyšetření a screeniny, ale není to podmínkou. Ženy tedy mohou pár hodin po porodu s novorozencem odejít do domácího prostředí. Jedinou podmínkou ambulantního porodu je přivést dítě další den na kontrolu nebo si domluvit návštěvní službu pediatrického lékaře pro děti a dorost v domácím prostředí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

Mezi ženami, které přicházejí do nemocnic k porodu, jsou stále oblíbenější porodní plány. V některých zemích jako je Velká Británie je to naprosto běžnou záležitostí každého porodu, nicméně v České republice má vzestup těchto plánů a informovanost matek o nich pomalejší tendenci. I přesto již některé nemocnice nabízí předtisknuté porodní plány, které si matky mohou před porodem vyplnit. Porodní plány slouží těhotným ženám k usnadnění jejich porodu tím, že v nich mohou vyjádřit své požadavky a očekávání související s porodem a následnou péčí o novorozence po porodu. Na základě výzkumů je možno říci, že porodní plány zvyšují autonomii matek při porodu, jejich spokojenost s porodem v daném zařízení a také důvěru ke zdravotnickému personálu, který o ně pečuje (Anderson et al., 2017, s. 305). Většina matek

hodnotí porodní plán jako nástroj k tomu, aby vytvořily pro sebe a pro dítě, které přichází na svět, ideální porodní podmínky, ve kterých se budou oba cítit dobře. Pokud má žena vypracovaný porodní plán, měla by ho konzultovat se zdravotnickým personálem, který se o ni stará po dobu jejího pobytu. Než dojde k porodu, zdravotnický personál je povinen se seznámit s porodním plánem rodičky a respektovat jej, pokud nedojde v průběhu porodu k ohrožení života matky či dítěte. Velmi často se v porodních plánech objevuje požadavek na přítomnost blízké osoby u porodu. Matky se také předem mohou rozhodnout, zda souhlasí či nesouhlasí s vyvoláním porodu nebo jestli chtějí analgetika při poporodních bolestech (Anderson et al., 2017, s. 305). Některé matky si přejí po porodu dítě nekoupat, některé zase aby mu nebyl podán vitamín K. Výzkumem je také potvrzen fakt, že pokud matky mají oporu v porodním plánu, tak dokáží lépe komunikovat s personálem (Mei et al., 2016, s. 144). Čím dál častěji matky v porodních plánech také zmiňují, že si nepřejí přestřížení pupeční šňůry hned po porodu, ale až poté co z něj vymizí pulzace. Je vědecky podloženo, že přestřížení pupeční šňůry jednu minutu od porodu nebo po vymizení pulzace je pozitivním přínosem pro novorozence, neboť po porodu je ještě schopen načerpat živiny od matky, kdy nejvíce se to projeví zvýšenými zásobami ferritinu. Objevuje se i minimum případů, kdy si matky vůbec nepřejí přestříhnout pupeční šňůry a chtějí počkat, až se odloučí sama, což může trvat tři až deset dní po porodu. Některé z nich k tomu mohou mít například náboženské důvody. Tato technika se označuje jako lotosový porod a zatím je prováděna pouze v některých zemích, a to v domácím prostředí matky (Zinsser, 2018, s. 73).

Péče o novorozence tedy začíná jeho porodem, kdy je péče svěřená výhradně do rukou zdravotníků. Kroky, které je nutné provést po porodu dítěte, se v průběhu let zásadně nezměnily. Nejdůležitějším z nich je zajištění vhodných tepelných podmínek po porodu, kdy tělesná teplota novorozence je stejná nebo mírně vyšší jako tělesná teplota matky. Tepelné podmínky mohou být odlišné pro každé dítě, avšak pro fyziologického novorozence se za termoneutrální prostředí považuje takové, jehož teplota je 33 °C. Po porodu je tedy důležité zabránit ztrátám tepla, a proto se péče o novorozence odehrává ve vyhřívaném porodním boxu s teplotou okolo 25 °C. Pro udržení správné teploty dítěte je důležité také odstranění vlhkých plen a osušení novorozence ihned po opuštění matčina těla (Pánek, 2013, s. 363).

Za poporodní termoneutrální prostředí se považuje také kůže matky. Díky tomu se v současnosti doporučuje přikládat dítě po porodu na hrudník či břicho matky a jeho překrytí příkrývkou. Takový kontakt matky a dítěte po porodu je možné vidět právě v nemocnicích,

kteře jsou označovány jako Baby Friendly Hospital Initiative. V České republice je v nynější době více než 65 nemocnic s tímto označením (Pánek, 2013, s. 363).

Přiložení dítěte na matčino tělo je označováno jako bonding, avšak může se také používat anglické označení skin-to-skin contact. Díky tomu, že dítě je opět umístěno do termoneutrálního prostředí, tak dochází k jeho relaxaci, úpravě tělesné teploty a k poklesu hodnot srdeční a dechové frekvence na hodnoty fyziologické. Bonding není přínosem jen pro narozené dítě, ale také pro jeho matku (Pánek, 2013, s. 363). Safari a kolektiv zjistili, že při bondingu dochází ke zvýšení sekrece oxytocinu, což vede k dřívějšímu vypuzení placenty z těla matky. Na základě výzkumu bylo také zjištěno, že bonding má velký význam pro stimulaci tvorby mateřského mléka, a proto matky, které bondovaly, měly mléko dříve vytvořené a byly tak schopny začít plně kojit dříve než matky, které nebondovaly (Safari et al., 2018, s. 2). Navíc při bondingu dochází k vytváření vzájemné náklonnosti a emocionálních vazeb mezi matkou a dítětem. Bonding je záležitost trvající okolo dvou hodin, poté je doporučováno přiložení dítěte k prsu matky. V některých případech není matka schopná po porodu bondingu, v tom případě je možné, aby bondování převzala jiná osoba, nejčastěji otec dítěte. Chen et al. došli k závěru, že bondování zvyšuje sebejistotu rodičů v nadcházející péči o právě narozené dítě. Bonding provedený otcem dítěte zvyšuje jeho připravenost k budoucí roli, kterou bude zaujímat v životě dítěte. Také snižuje diskomfort a stres, který se pojí s narozením dítěte. Vzájemně strávený čas otce s dítětem pomáhá otcům lépe porozumět plačícímu dítěti a naučit se reagovat na změny v jeho chování (Chen et al., 2017, s. 2).

V některých případech i navzdory přání matek není možné bonding provést. Vše se odvíjí od stavu novorozence po porodu, který se vyhodnocuje pomocí škály zvané Apgar skóre. Novorozence hodnotíme v pěti kategoriích, kde posuzujeme dýchání, srdeční akci, barvu, svalový tonus a reflexy v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Při hodnocení dýchání se zaměřujeme hlavně na spontánní dechovou aktivitu, zdali dítě dýchá nebo ne, na frekvenci dýchání a na přítomnost gaspingu, který je možné charakterizovat jako přítomnost lapavých nádechů. Pokud dítě spontánně nedýchá, doporučuje se zahájit taktilní stimulaci. Taktilní stimulace probíhá již při osušování novorozence. Pokud to nestačí k zahájení spontánního dýchání, stimulujeme dechové centrum lehkým poplácáním nebo poklepáním plosky nohy nebo zad. U fyziologického novorozence se po porodu vyskytuje cyanóza, která ale běžně vymizí do 30 sekund. Běžně se také pomocí auskultace fonendoskopem hodnotí srdeční akce novorozence, jejíž hodnoty musí být vyšší jak 100 tepů za minutu. Pokud je srdeční akce nízká či nepravidelná, je vhodné použít EKG, které rychleji a přesněji dokáže vyhodnotit srdeční

frekvenci novorozence. Současně s hodnocením srdeční frekvence se pomocí pulzního oxymetru sleduje stav oxygenace dítěte. Na základě hodnocení Apgar skóre jsme schopni určit, zdali je nutná podpora zdravotníků při přechodu mezi intrauterinním a extrauterinním prostředím. Nejčastější formou podpory poporodní adaptace novorozence je podpora dýchání, kdy je novorozenec prodýcháván vzduchem (Liška, 2016, s. 7). Po zhodnocení Apgar skóre se u každého novorozence zjišťuje tělesná hmotnost. Dříve bylo zvykem měřit i porodní délku, ale od měření délky hned na porodním sále se již ustoupilo, a to z důvodu zbytečného natahování dítěte. Dítě se měří, než opouští porodnici (Paulová, 2013).

Dalším důležitým úkonem zdravotnického personálu je identifikace novorozence. Je vhodné udělit matce i novorozenci identifikační štítek již během bondingu, aby nedošlo k pozdější záměně. Ve většině nemocnic se ale pro větší bezpečnost novorozenec popisuje i na tělíčko pomocí 0,5% roztoku vody s genciánovou violetí. Na hrudník dítěte se píše číslo, které odpovídá pořadovému číslu porodů v nemocnici v daném měsíci. Na stehno se potom píše příjmení dítěte (Paulová, 2013). Novorozenec se takto popisuje až dvě hodiny po porodu při koupání. Tyto dvě hodiny jsou doporučené jako doba pro stabilizaci tělesné teploty novorozence. Při tělesné teplotě nižší než 36 °C se doporučuje koupání odložit. Novorozencům je po omytí aplikován vitamín K jako prevence krvácivé nemoci novorozenců. Dříve byl vitamín K aplikován intramuskulárně, od čehož se v dnešní době ustupuje a preferuje se neinvazivní podání vitamínu K ve formě perorálních kapek. K prevenci zánětu spojivkového vaku u novorozenců se provádí dvoustupňová laváž pomocí Ophtalmo-Septonexu a sterilních čtverců. Každý novorozenec absolvuje první prohlídku neonatologem, kdy vyšetření se zaměřuje hlavně na poporodní adaptaci a přítomnost novorozeneckých reflexů (Hanzl, 2013).

3.1. Manipulace s novorozencem

Kromě přítomnosti základních novorozeneckých reflexů, mezi které patří reflex sací a hledací, se setkáváme i s dalšími, které jsou významné pro přežití jedince. Reflexy se u novorozenců objevují jako reakce na okolní podněty a patří mezi ně například reflex úchopový, polykací nebo Moorův reflex. Jednou ze základních potřeb novorozence je také potřeba stimulace, kterou zajišťují smysly. Zrak novorozence je omezen pouze na rozlišení světla a tmy. Oproti tomu sluchové vnímání je plně vyvinuto již v těle matky. Je důležité si také uvědomit, že již novorozenec je schopen komunikace se svým okolím. Ta se manifestuje

křikem a hrdelními zvuky, pomocí kterých dítě dává najevo přítomnost potřeby, kterou je třeba uspokojit. K úplné stimulaci potřeb je nesmírně důležitá přítomnost osoby, která potřebám novorozence porozumí. Díky hormonální predispozici touto osobou většinou bývá matka dítěte (Šulová, 2015, s. 131).

Je nezbytné dbát nejen na stimulaci potřeb u novorozence, ale také na správné zacházení s ním, neboť to může do budoucna ovlivnit jeho psychomotorický vývoj. Matky si tudíž musí osvojit pravidla, které je nutné dodržovat v souvislosti s péčí o dítě (Takács, 2012, s. 17). Při manipulaci s novorozencem je nejdůležitější podepření hlavičky tak, aby nedocházelo k jejímu záklonu. Novorozenec prospí většinu dne, a tudíž je většinou uložený v poloze na zádech. Při zvedání dítěte z této polohy je nezbytné podepřít hlavičku a šíjí jednou rukou a druhou rukou podložit zadek a palcem a ukazovákem přichytit stehno. Při zvedání dítěte z polohy na břichu jedna ruka podpírá krk a druhá břicho, následně jej otočíme k sobě a rukou podepřeme zadeček. V porodnicích se můžeme setkat s tím, že ošetřovatelský personál dítě zvedá jednou rukou za cípy peřinky a druhou rukou podkládá záda dítěte (Gregora, 2001, s. 80).

Z důvodu dřívějšího těsného uložení v děloze je pro pocit bezpečí dítěte nutný tělesný kontakt. Při chování jsou proto preferovány některé polohy, které je možné využít k navození pocitu bezpečí. Jednou z nich je chování v klubíčku, kdy si novorozence opíráme o hrud' a jeho hlavičku máme položenou v loketním ohbí a stejnou rukou dítě přidržíme ještě za stehno, druhou rukou podpíráme záda. Další velmi často užívanou polohou je klokánkování, které se používá hlavně při odříhnutí dítěte. Dítě je opřené o náš hrudník a jednou rukou je podpírána hlavička s hrudníkem a druhou zadek. Při pokládání novorozence nazpět do postýlky je nutné dbát na to, aby se hlavička pokládala jako poslední, proto se doporučuje novorozence nejdříve jakoby posadit a poté položit (Gregora, 2001, s. 80)

Trendem současnosti je „babywearing“ nebo jinými slovy také „baby sling“. Výraz „babywearing“ je převzatý z angličtiny a označuje přemísťování a nošení dětí v šátkách nebo vacích. Tento druh péče představila americká psycholožka Jean Liedloff, která ovlivňuje pohled veřejnosti na péči o novorozence svou knihou, v níž dochází k závěru, že o novorozence bylo takto pečováno již v dávných dobách. Tématem současných diskuzí v České republice je vhodnost šátkování u novorozenců (Ryba, 2012, s. 135). Česká pediatriká společnost v roce 2011 uvedla, že velkou výhodou vidí v těsném kontaktu matky s dítětem, kdy dítě je klidnější již od narození, protože dochází k uspokojování jeho potřeb. Výhodou šátkování je také prevence koliky, kdy poloha novorozence v šátku zlepšuje jeho peristaltiku. Dalším přínosem je dřívější

psychický vývoj, který je vyvolán větším množstvím vjemů, které působí na dítě umístěné v šátku. Bylo dokázáno, že děti, které jsou svými matkami takto nošeny, jsou schopny se dříve učit novým věcem a osamostatnit se při plnění různých úkonů (Ryba, 2012, s. 136).

Dle České pediatrické společnosti existuje také několik nevýhod spojených s nošením novorozenců v šátkách. Matky se často obávají předčasné vertikalizace, díky které může dojít k deformaci nebo poškození páteře či svalů dítěte. Doporučuje se proto u novorozenců zachovávat šikmou polohu, a ne vertikální při umísťování do šátku. Vertikální poloha v šátku je vhodná až pro děti od šesti měsíců. Pro novorozence hned po narození je nejvhodnější nošení v poloze označované jako kolébka nebo kříž s vnější kapsou. Správná poloha je charakteristická i správným umístěním dolních končetin, kdy úhel mezi stehenní kostí a trupem by neměl být menší než 90 stupňů. Pokud se rodiče rozhodnou pro šátkování, musí dbát na to, aby se s dítětem pohybovali v dostatečně velkém prostoru a tím tak předcházeli možným úrazům. Stejně jako při manipulaci, tak i zde si rodiče musí osvojit zacházení s šátkou či vaky, a proto je nutné věnovat zvýšenou pozornost správnému zafixování dítěte v šátku. Při přemisťování je důležité zamezit vzniku rizika udušení, kdy by dítě nemělo mít hlavu v předklonu, neboť může dojít k ucpaní nosu látkou nebo tělem matky (Ryba, 2012, s. 136).

3.2. Kojení

Kojení je základní způsob výživy novorozenců. Díky přítomnosti sacího reflexu, který patří mezi základní reflexy, je umožněno sání mateřského mléka. Dle WHO je mateřské mléko nejvhodnější potravou pro novorozence, protože jako jediné přímo odpovídá jejich specifickým potřebám (Laktační liga ČR). Na základě Úmluvy o právech dítěte má dítě právo být kojeno a kojení je v České republice také součástí preventivních programů podpory zdraví v 21. století (Mydlilová, 2013, s. 96).

S kojením se začíná hned po porodu v průběhu bondingu nebo po jeho ukončení, kdy je dítě přiloženo k prsu matky a tím dochází k prohlubování vztahu mezi matkou a dítětem. Mateřské mléko je vhodné pro novorozence hlavně kvůli svému složení. V prvních dnech po porodu se u matek tvoří kolostrum, jinak označováno také jako mlezivo. Kolostrum má nažloutlou barvu, jejíž příčinou je přítomnost vitamínu A. Kolostra se netvoří mnoho, ale díky své vysoké energetické hodnotě je schopné pokrýt potřeby novorozence v prvních dne po jeho narození. Produkce mateřského mléka začíná mezi třetím až pátým dnem, kdy je matka schopná

vyprodukovat až 400 ml mléka, které se označuje jako přechodné mateřské mléko. Od 14. poporodního dne se tvoří zralé mateřské mléko (Nagy, Vinklerová, 2011, s. 94).

Kojení je zásadní také proto, že u dítěte dochází k nastavení imunitní reaktivity, neboť mateřské mléko obsahuje imunoglobuliny, které zabezpečují osídlení vnitřního prostředí novorozence bakteriemi. Kromě imunoglobulinů mateřské mléko obsahuje vysoký počet oligosacharidů, které jsou charakteristické prebiotickými účinky. Mimo výše zmíněné mateřské mléko obsahuje bílkoviny, cukry, tuky a minerální a stopové prvky využitelné v organismu dítěte (Nagy, Vinklerová, 2011, s. 94).

Stanley Ip a kolektiv se zabývali odolností kojených a nekojených dětí vůči nemocem. Bylo zjištěno, že děti, které jsou kojené, jsou odolnější proti infekcím a nejsou proto tolik nemocné. Při porovnání bylo u kojených dětí mnohem méně zánětů horních cest dýchacích cest, zánětů středního ucha či průjmů. Ve snížené míře se u kojených dětí vyskytoval atopický ekzém. Časté přikládání dítěte k prsu matky v prvních dnech je důležité jako prevence vzniku novorozenecké žloutenky. Kojení ovlivňuje děti i do budoucna, kdy se u nich mnohem méně vyskytuje hypercholesterolemie či diabetes mellitus. Přínos to má i pro samotné matky ve snížení rizika výskytu karcinomu prsou či vaječníků (Ip a kol., 2009, s. 20).

V rámci systému rooming-in, který je podporován nemocnicemi s označením Baby Friendly Hospitals, jsou matkám na pokoji k dispozici laktační poradkyně a dětské sestry, které edukují ženy o výhodách a správných technikách kojení. Edukace vychází z deseti základních kroků k úspěšnému kojení, které jsou v České republice upravovány Laktační ligou (Laktační liga). Úkolem zdravotnického personálu je matku poučit tak, aby věděla, že je vhodné dítěti nabízet prs vždy, když nespí a nečekat až dítě pláče. Pláč je totiž výsledkem neuspokojeného hladu. Matka by měla dítěti nabízet střídavě oba prsy a ponechat dítě u prsu tak dlouho, dokud se přisává. Je vhodné nechat matku vyzkoušet několik kojících poloh, aby si našla tu správnou, která vyhovuje jí i jejímu dítěti. Při volbě polohy by ale měla být zachována potencionální osa mezi uchem, ramenem a kyčelním kloubem novorozence, která je rovnoběžná s matkou. Novorozenec by se při kojení měl přidržovat u prsu za ramena a záda, nikoliv za hlavu. Držení za hlavu se nedoporučuje z důvodu možného matení sacího reflexu. Při přikládání dítěte k prsu si matka musí dát pozor, aby mezi ní a dítětem nebyla žádná překážka jako často bývá ruka dítěte nebo zavinovačka. Matky musí mít na paměti, že je nutné přikládat dítě k prsu a ne naopak.

Existuje několik kojících poloh. Jednou z nich je poloha vleže, která je vhodná zejména po porodu císařským řezem, kdy jsou matky rozbolavělé a mají pocit, že by kojení nezvládly. Při poloze vleže je matka na boku, novorozence má v ohbí paže položeného na boku. Další často užívanou polohou je poloha vsedě, kdy má matka dítě položené v ohbí paže a svým předloktím mu podpírá záda. Pro větší pohodlí si matky mohou podložit chodidla nízkou židlí a loket podepřít polštářem. U matek s velkými prsy je vhodné vyzkoušet fotbalovou polohu, kdy je novorozenec opět v ohbí matčiny paže, avšak jeho nohy jsou nataženy podél matčina boku. Pokud se novorozenec špatně přisává, tak je vhodné využít polohu vleže na zádech, což je pro dítě lépe přístupné (Laktační liga).

Petronilla a kolektiv se zabývali výzkumem muskuloskeletálních poškození v souvislosti se stížnostmi matek na bolesti po kojení. Příčinou bolesti je nedostatečná znalost kojících poloh. Některé matky totiž při kojení drží svou hlavu v předklonu, aby tak byly blíže svému dítěti. Jiné zase sedí na okraji postele bez řádné opěry pro záda, čímž dochází k atypickému zakřivení páteře, na které naše tělo není zvyklé. Výzkumy je také prokázáno, že takzvaný nůžkový úchop prsu sloužící pro nabídnutí prsu dítěti vede ke změnám zápěstních extenzorů, což způsobuje bolest (Petronilla et al., 2017, s. 43). Autorky O'Donnell, Elio a Day svými výzkumy potvrdily, že opakující se pohyby zápěstí při kojení vedou k útlaku nervu medianu, což může u některých matek vést až k syndromu karpálního tunelu (O'Donnell, Elio, Day, 2010, s. 318).

V rámci kojení by matky také měly být edukovány o tom, že u novorozenců po porodu dochází k hmotnostnímu úbytku, který může činit až 10 % z jejich porodní váhy. Od třetího dne, kdy je u matky vytvořené mléko, dochází k opětovnému nárůstu hmotnosti, který může činit až 15 gramů za jeden den. Z důvodu sledování hmotnostní křivky před propuštěním jsou novorozenci třetí den váženi před a po každém kojení (Laktační liga). U novorozenců se nedoporučuje používat láhve, dudlíky či jiné náhražky prsu, protože může dojít k narušení kojení. To se projevuje zkracováním pobytu dítěte u prsu matky nebo maskováním hladu. Avšak nejzávažnějším narušením kojení je přeměna techniky sání, kdy sání dudlíku a prsa probíhá opačným mechanismem. V důsledku toho dítě nedokáže adekvátně sát mateřské mléko a u matky tak může docházet k poškození bradavek až tvorbě ragád (Křivohlavá, 2015, s. 424).

Jediný pozitivní vliv používání šidítek je výzkumy potvrzený pouze při tišení bolesti u bolestivých výkonů jako je odběr krve z patičky na screeningové vyšetření. Při provádění výkonu se dětem dává dudlík pokapaný sacharózou. Sacharóza se používá právě pro své analgetické účinky, které mohou trvat až tři minuty. Pro utišení novorozence lze použít také

metodu nenutričního sání, kdy dítěti je do úst vložen malíček, který saje. Výsledky výzkumů se potvrdily výhody nenutričního sání oproti používání šidítek. Nenutriční sání se doporučuje kvůli rychlejšímu odpoutání dítěte od bolesti, neboť všechny své smysly soustředí na sání (Liu et al., 2010, s. 1605).

I přesto, že dle World Health Organization se kojení doporučuje až do 6 měsíců života dítěte, někdy to není možné a dítě musí být příkrmováno (Mydlilová, 2013, s. 96). Matka dítěte může své mléko odstříkávat, avšak je důležité ji poučit o správné technice odstříkávání a skladování mateřského mléka. Mléčné příkrmy by dítěti neměly být podávány z láhve, ale doporučuje se krmení po prstu nebo cévkou u prsu. Pokud matka nemá dostatek mléka může dítě být dokrmováno umělým mlékem, které má stejné složení jako mateřské mléko. Tyto mléka se označují jako počáteční standardní kojenecké formule, z nichž nejčastěji na trhu v České republice můžeme najít BEBU, Sunar nebo Nutrilon (Karásková, 2016, s. 26).

Na základě výzkumů jsme došli k závěru, že kritéria World Health Organization ohledně délky kojení naplňují ty matky, které byly o kojení edukovány již v rámci prenatální péče, ovšem velmi malé množství předporodních kurzů v České republice zahrnuje i problematiku laktace. Významnou roli v edukaci při kojení hraje také celoživotní vzdělávání zdravotnického personálu a laktačních poradkyň. Neméně důležité je používat při edukaci kombinaci edukačních metod s praktickým nácvikem, kdy matky tak získávají větší jistotu v kojení. Některé matky uvedly, že po propuštění z nemocnice domů jim bylo nesmírně užitečné telefonické poradenství, které mohly využít při jakýchkoliv nejasnostech týkajících se kojení (Boledovičová, Chrásková, 2015, s. 44 - 45).

3.3. Péče o kůži

Kůže je jedním z nejdůležitějších tělesných orgánů. Zabírá až 9 % z hmotnosti celého těla, a proto je nutné o ni umět správně pečovat. Kůže novorozence se v mnohém liší od kůže dospělého jedince. Nejen že je tenčí, ale v podkožní vrstvě obsahuje také méně uloženého tuku. Zatímco u dospělých jedinců je kůže chráněna takzvaným ochranným pláštěm, který je složen z potu a mazu, u novorozenců tento plášť chybí. Je to dáno postupným zahájením funkce potních a mazových žláz. Potní žlázy zahajují svou funkci třetí den po porodu, zatímco mazové žlázy zvýšeně produkují maz po porodu. Poté jejich produkce ustává a začíná opět až v období čtvrtého či pátého měsíce. V důsledku toho je kůže méně odolná slunečnímu záření, mechanickým poškozením a různým mikrobům či plísním (Fendrychová, 2015, s. 275).

Základem v péči o kůži je každodenní zhodnocení stavu kůže, kdy se zaměřujeme na posouzení barvy kůže, stavu hydratace a přítomnosti kožních lézí. Některé kožní léze se vyskytují u novorozenců poměrně často a vyvolávají obavy rodičů. Mohou být přítomny hned po porodu, nebo se mohou objevovat v průběhu prvních hodin či dnů života. Typickou fyziologickou kožní lézí je hyperplazie mazových žlázek. Ta se projevuje výskytem žlutobílých skvrn v oblasti nosu či horního rtu novorozence, které mizí v průběhu několika týdnů. Další častou kožní lézí u novorozenců je růžově zbarvená lososí skvrna lokalizovaná mezi očními víčky nebo obočím. Lososí skvrna vzniká v důsledku rozšíření kapilár a většinou vymizí během prvního roku. Vzácně zůstává přítomna po celý život (Doležel, Papež, Wechsler, 2013, s. 140). Rodiče lze poučit o tom, že kůži mohou hodnotit a ošetřovat při každém přebalování. Frekvence přebalování se nedá předem určit, avšak doporučuje se dítě přebalovat před každým kojením, tudíž co dvě až tři hodiny. Zdravotnický personál by měl edukovat rodiče také o správné manipulaci s novorozencem při přebalování, kdy není vhodné zvedat jeho nohy až nad úroveň hlavy. Při přebalování tímto způsobem dochází ke zvyšování nitrolebečního tlaku, který může vést až ke krvácení. Doporučuje se proto dítě otočit na bok, plenu mu dát pod zadek a zase jej otočit zpět (Fendrychová, 2015, s. 277).

Výběr plen je na rodičích. Mohou si vybrat mezi plenami jednorázovými či pratelnými. S pratelnými plenami se v dnešní době již moc nesetkáváme, nicméně z výzkumů vyplývá, že nošení jednorázových plen vede k prodloužení plenkového období a to proto, že i při pomočení se dítě v pleně stále cítí komfortně. Avšak velkou výhodou jednorázových plen je snížení rizika vzniku opruzenin u dítěte, které vznikají jako reakce na amoniak vznikající při rozkladu močoviny v pleně, nebo enzymy obsažené ve stolici. Opruzeniny se tvoří na místech, kde kůže přichází do těsného kontaktu s plenou. Je nutné dbát také na pečlivé osušení pokožky před umístěním pleny, protože opruzeniny se zvýšeně tvoří na vlhké kůži. Opruzeniny jsou na kůži viditelné jako zarudlé až červené plochy, někdy mohou být i mokvající (Rohová, 2012, s. 199). Zdravotnický personál při pobytu v nemocnici by měl matky edukovat o správné prevenci opruzenin, k nimž patří správná velikost plen a pravidelná frekvence jejich výměny. I přesto, že vlhčené ubrousky jsou vhodným pomocníkem při odstraňování stolice a jiných nečistot z pokožky dítěte, je dobré se jim vyhnout, neboť mohou obsahovat alkoholy či parfémy, které zvyšují citlivost kůže a dochází tak k jejímu podráždění. Vhodnějším způsobem je omytí genitálií vodou (Fendrychová, 2015, s. 276). Z přípravků, které jsou doporučovány používat v prevenci opruzenin, je vhodné zmínit Sudokrém. Ten omezuje bolest u novorozence způsobenou již vzniklými opruzeninami, avšak současně má také antibakteriální

a antifungicidní vlastnosti. K preventivnímu použití se doporučuje také Rybilka, Bepanthen nebo Aviril dětský krém. Přípravků je velké množství, avšak vhodnější k preventivnímu použití jsou masti než pudry. V případě, že se u dítěte vyskytnou opruzeniny delší dobu, je vhodné dítěti dopřát koupel v malém množství zředěného roztoku hypermanganu draselného (Rohová, 2012, s. 201).

Součástí péče o kůži je i péče o nehty. Z výzkumu provedeného v jedenácti nemocnicích v České republice je možné dojít k závěru, že péče o nehty bývá při edukaci v nemocnicích často opomíjená a že samotné matky ani nejeví zájem o získání informací, protože si neuvědomují možnost poranění novorozence. Necelých 60 % všech dotázaných matek by ocenilo informace z této oblasti (Fendrychová, 2014, s. 368). Obecně matky vědí, že nehty na ruku je nutné zastříhovat do obloučku a nehty na nohu rovně. Při stříhání nehtů novorozence hrozí velké riziko poranění dítěte. Je důležité o nehty pečovat, protože pokud jsou dlouhé, může se dítě poranit, avšak v novorozeneckém věku je možné používat dětskou štipku namísto nůžek. Nicméně nejvhodnější alternativou úpravy nehtů je papírový pilník, kdy nehrozí poranění dítěte (Fendrychová, 2015, s. 276).

Další nezbytnou znalostí matek v souvislosti s péčí o kůži je péče o pupeční pahýl, který je jediným narušením kožní integrity u fyziologického novorozence. Vzniká v důsledku podvázání pupečníku po porodu, který je přerušen v rozmezí první a třetí minuty po porodu. Pupeční pahýl se označuje jako nejčastější místo vniknutí infekce do organismu. Pro snížení rizika vzniku infekce se doporučuje každodenní ošetřování. To spočívá v tom, že pupeční pahýl necháváme na sucho, tudíž nad okrajem pleny. Pupeční pahýl se nedezinfikuje každý den, ale pouze v případě zarudnutí nebo hnisavé či krvavé sekrece. K dezinfekci se používají bezbarvé alkoholové dezinfekční přípravky jako Septonex nebo Cutasept F. Pupeční pahýl samovolně odpadne v rozmezí šesti až čtrnácti dnů po porodu. Matky je vhodné poučit o sledování místa po odpadnutí pupečního pahýlu. V případě zarudlé nebo hnisající jizvy je vhodné navštívit praktického lékaře pro děti a dorost (Fendrychová, 2015, s. 277).

Správnou edukaci je nutné provést i ohledně koupele novorozence. Jak již bylo zmíněno, první koupel dvě hodiny po porodu provádí zdravotnický personál. Dále se v nemocnici novorozenec koupe třetí den. Při koupeli se provádí edukace matky, popřípadě i otce, s názornou ukázkou. I přesto, že pro rodiče to může být zábavná forma trávení času se svým dítětem, tak je důležité jim vysvětlit nevhodnost každodenního koupání. Nedoporučuje se z důvodu vysychání a narušení obranné schopnosti kůže. Dle klinických doporučených postupů by se koupel měla

provádět jedenkrát až dvakrát do týdne, kdy kosmetické přípravky stačí použít pouze při jedné z nich. Vhodným přípravkem do koupele je například Linola, což je kosmetický přípravek na bázi olejové emulze. Denně by se ale mělo dbát na hygienu genitálií, aby nedošlo ke vzniku opruzenin. Matky je nutné poučit o tom, aby u děvčat vždy postupovaly při omývání či otírání od symfýzy k anu, aby nedošlo k zanesení infekce do močových cest. U chlapců se dříve doporučovalo přetahovat předkožku přes žalud penisu, od čehož se v dnešní době již ustupuje (Fendrychová, 2015, s. 276).

Před a po každém koupání je nutné vymýt a vydezinfikovat vaničku. Dbáme také na teplotu vody, kterou před ponořením dítěte do vaničky kontrolujeme. Teplota vody by se měla pohybovat v rozmezí 37 - 40 °C. Zároveň teplota v místnosti, kde se dítě bude koupat, by měla být nad 25° C bez otevřených dveří. Správná teplota koupele má pozitivní vliv na relaxaci a celkové zklidnění dítěte (Fendrychová, 2010, s. 126). Novorozenec by měl být ve vodě ponořen až po ramena, aby nedošlo k jeho prochladnutí. Stejně tak na riziko prochladnutí dbáme i po koupeli, kdy se doporučuje dát dítěti teplé oblečení i čepici. Pro koupel se doporučuje používat přípravky na bázi olejových emulzí s neutrálním pH, které brání vysušování pokožky. K ochraně kůže lze po koupeli nanést ještě emolienca, která podporují obnovu kůže a zároveň mají zjemňující účinky. Při nanášení jakýchkoliv látek na kůži novorozence je ovšem nezbytné aplikovat pouze omezené množství, maximálně 1,5 mililitru, a to z důvodu nepoměru velikosti kůže a hmotnosti dítěte, tudíž může velmi snadno dojít k intoxikaci (AWHONN, 2013). Obecně by se měly matky vyhnout kupování přípravků, které obsahují konzervační látky, alkoholy nebo parfémů. Mezi škodlivé látky, často obsažené v kosmetických přípravcích pro novorozence, patří kyselina boritá a kyselina salicylová, jód, lidokain, lokální kortikosteroidy nebo barviva jako je methylenová modř (Fendrychová, 2015, s. 277).

3.4. Propuštění z nemocnice

Běžná doba poporodního pobytu v nemocnici je dle doporučení České neonatologické společnosti stanovena na 72 hodin. V rámci pobytu v nemocnici mohou být zachyceny změny v adaptaci novorozence, které se nemusí nikterak závažně projevit. V České republice vzniká tendence od této délky v nemocnici ustupovat. Dle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví České republiky matky mohou v porodnici strávit méně než 72 hodin, a to dle svého vlastního uvážení. Péče o novorozence a riziko zanedbání adaptačních změn se přesouvá

z nemocnice na praktického lékaře pro děti a dorost. V současnosti je i stoupající tendence návratu domácích porodů (Kuběnová, Canibal, Kobsa, 2014, s. 141).

Jedním z rizik v domácí péči je novorozenecká žloutenka. Všechny matky i ty, které se rozhodnou dodržet standardní dobu pobytu v nemocnici, musí být edukovány o této problematice. Žloutenka je definována jako zvýšení bilirubinu nad 25 $\mu\text{mol/l}$ v krvi. U novorozenců nastupuje druhý až třetí den po porodu a svého vrcholu dosahuje pátý den. Projevuje se žlutým zabarvením kůže a sklér a je důležité ji sledovat, aby nedošlo k jejímu rozvoji a poškození mozku vlivem bilirubinové encefalopatie. Zdravotnický personál proto edukuje rodiče o sledování barvy kůže dítěte, spánkového režimu, zdali dítě při kojení není spavé nebo neprobuditelné na kojení. Pro přesnější zjištění zvýšené hladiny bilirubinu se ve zdravotnických zařízeních používá transkutánní ikterometrie nebo bilirubinometrie. Při hodnotách bilirubinu vyšších než 320 $\mu\text{mol/l}$ u novorozenců starších 72 hodin se léčba začíná fototerapií (Černá, 2015, s. 372). V souvislosti s dřívějším propuštěním novorozenců do domácího prostředí se zvyšuje výskyt dětí s postižením mozku z důvodu bilirubinové encefalopatie (Kuběnová, Canibal, Kobsa, 2014, s. 141).

Matky po propuštění musí také sledovat odchod smolky u novorozenců. Pokud smolka neodchází a současně je přítomno zvracení, nadměrné říhání nebo vzedmuté břicho, může se jednat o obstrukci v gastrointestinálním traktu. Samotné zvracení ale nemusí znamenat pouze obstrukci gastrointestinálního traktu. V kombinaci s třesem, záškuby, bledostí a zrychleným dýcháním může být příznakem hypoglykemie, což je nízká hladina cukru. V některých případech může být zvracení v kombinaci s teplotní nestabilitou, intolerancí stravy a zažloutnutím kůže příznakem počínající sepse (Kuběnová, Canibal, Kobsa, 2014, s. 141).

Před propuštěním z nemocnice do domácího prostředí se provádí všem novorozencům série screeningových vyšetření, jejichž cílem je včasná diagnostika chorob. Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky se od roku 2009 provádí celoplošný laboratorní novorozenecký screening, pomocí kterého bylo možné odhalit třináct vrozených nebo dědičných chorob. V roce 2016 tento počet vzrostl na osmnáct chorob. Mezi tyto choroby se řadí snížená funkce štítné žlázy jinak také označovaná jako kongenitální hypothyreóza, vrozená porucha funkce nadledvin, cystická fibróza a fenylketonurie. Z metabolických onemocnění se tam řadí například hyperfenylalaninemie, leucinóza a další. Před samotným odběrem je nutné edukovat matku novorozence o významu tohoto screeningu a jeho důležitosti v následujícím životě jedince (Machová, Brabcová, 2010, s. 398). Pro větší psychickou pohodu matky je vhodné

jí povolit přítomnost při odběru. Matka tak má vše pod kontrolou a může konejšit své dítě v průběhu výkonu. Liu a kolektiv poukazují na vhodnost nenutričního sání právě při tomto odběru, protože je pro dítě velmi bolestivý (Liu et al., 2010, s. 1605). Samotný odběr vzorku se dělá z vnitřního nebo zevního okraje paty. Je vhodnější odběr provádět po koupeli, kdy je kůže novorozence omytá a prokrvená, tudíž krev lépe teče a není nutné ji vymačkávat. Sestra, všeobecná či dětská, provede vpich pomocí lancety a první kapku krve otře sterilním čtverečkem. Následně zaplňuje předtěstěnou kartu kapkami krve, které musí být dostatečně velké, aby prosákly kartu na druhou stranu. Krev by neměla být odebírána za pomoci mačkání paty z důvodu možnosti nabrání tkáňového moku, což může vést ke zkreslení výsledků. Matky by také měly být edukovány o možnosti rescreeningu neboli opakovaném provedení screeningu v případě neidentifikovatelných výsledků (Machová, Brabcová, 2010, s. 399).

Dle statistik se v České republice každý rok narodí 600 - 1200 dětí se sluchovou vadou, z nichž 60 % je vrozených a zbytek vzniká v průběhu prenatalního a perinatálního období. Poškození sluchu je velmi vážné, neboť negativně ovlivňuje další rozvoj dítěte hlavně v oblasti řeči. Za rozvoj řeči se totiž nepovažuje pouze její aktivní používání, ale i naslouchání slovům a rozlišování různých typů řeči a tónů. Pro přirozený vývoj dítěte je nutná včasná diagnostika sluchových vad, a proto se provádí screening sluchu u novorozenců. Na rozdíl od laboratorního screeningu, tento screening ještě není Ministerstvem zdravotnictví stanovený jako celoplošný, i když se o to v posledních letech usiluje (Sekeráková, Skybová, 2011, s. 45).

Screeningové vyšetření sluchu je neinvazivní, bezbolestivé a časově nenáročné. Vyšetření se provádí třetí den po porodu. Je založené na měření otoakustických emisí, kdy pro jejich správné vybavení je nutná nenarušená funkce buněk obsažených v hlemýždi, středouší a zvukovodu. Samotné měření probíhá pomocí přístroje zvaného EchoScreen, kdy se dítěti vloží na okraj zvukovodu sonda, která vysílá zvuky směrem do vnitřních částí ucha. Přístroj následně vyhodnotí, zdali je na zvuk přirozená odpověď nebo ne a výsledek zobrazí na obrazovce přístroje. V některých případech může být výsledek falešně pozitivní. Tento fakt může způsobit hluk v místnosti nebo zbytky mazu v uchu novorozence. Je nutné matky ujistit, že vyšetření lze provést opakovaně a že tento výsledek ještě nemusí znamenat sluchovou vadu (Sekeráková, Skybová, 2011, s. 47).

Mezi běžně prováděná vyšetření patří i screeningové vyšetření zraku, jehož cílem je diagnostika vrozeného zákalu oční čočky. Vyšetření očního pozadí, stejně jako vyšetření sluchu, je neinvazivní a bezbolestivé pro novorozence. Vyšetření se provádí pomocí oftalmoskopu,

kterým se zkoumá výbavnost červeného reflexu u novorozence. Před propuštěním je každému dítěti provedeno také ultrazvukové vyšetření ledvin k vyloučení vrozených vývojových vad urogenitálního traktu (Kuběnová, Canibal, Kobsa, 2014, s. 143).

Součástí edukace matek před propuštěním by měly být i základní informace o syndromu náhlého úmrtí kojenců, spánkové apnoe a základech resuscitace. Syndrom náhlého úmrtí kojenců je charakterizován jako náhlá a neočekávaná smrt dítěte mladšího jednoho roku během spánku. Incidence úmrtí tohoto typu má v posledních dvaceti letech klesající charakter. I přesto je důležité matky varovat, že sdílením postele s novorozencem významně zvyšují riziko vzniku náhlého úmrtí kojence. Dalším ovlivnitelným faktorem vzniku náhlého úmrtí je také spánková poloha dítěte, kdy není vhodné dítě ukládat do pronační polohy. Doporučuje se zvolit polohu na zádech nebo na boku (Adams et al., 2015, s. 778). U některých novorozenců se mohou objevit opakované stavy bezdeší, které se označují jako spánková apnoe. Fyziologicky se objevují apnoické pauzy trvající ne více než dvacet sekund. Pokud se objeví delší stav bezdeší, který je doprovázený změnou barvy kůže, zvýšenou srdeční akcí a svalovou hypotonií, jedná se o abnormální apnoickou pauzu, kdy je nutné zahájit resuscitaci (Štěrbová, 2015, s. 157). Z tohoto důvodu je důležité matky poučit alespoň o základech resuscitace. Pokud je dítě neprobudivelné a nedýchá, tak jako první je nutné zavolat zdravotnickou záchrannou službu. Jestliže novorozenec není v poloze na zádech, tak je vhodné jej do ní umístit. Resuscitace u dětí začíná pěti iniciálními vdechy. U novorozenců je důležité si uvědomit jejich velikost, a proto se při provádění vdechů překryjí ústa i nos dítěte zachraňovanou osobou. Vdech by měl trvat asi jednu sekundu. Při vdechování vzduchu se doporučuje zaujmout takovou pozici, aby bylo při vdechnutí do dítěte možné sledovat, jestli se zvedl hrudník nebo ne. Dle doporučených klinických postupů se iniciální vdechy opakují pětkrát. V případě, že se novorozenci nezačne samovolně zvedat hrudník, začíná se s nepřímou srdeční masáží. Palce obou rukou se přiloží v úrovni hrudní kosti. Pro větší citlivost zachraňované osoby se doporučuje obemknout tělo dítěte ostatními prsty a podpírat jimi jeho záda. Následuje patnáct stlačení hrudníku, které se střídá se dvěma vdechy. Resuscitace by neměla být přerušena ani ukončena dříve, než dorazí záchranný tým, nebo dříve, než dojde k úplnému vyčerpání osoby provádějící resuscitaci (Maconochie et al., 2015, s. 225).

3.5. Význam a limitace dohledaných poznatků

Téma pediatrie spadá do kompetence dětských sester, proto limitujícím faktorem práce bylo celkové pojetí tématu. Dle aktualizace vyhlášky č. 55/2011 Sb. v roce 2016 došlo ke změnám kompetencí všeobecných sester, díky čemuž jsou všeobecné sestry kompetentní provádět péči u novorozenců pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializací nebo dětské sestry.

Limitujícím faktorem pro posouzení edukačních lekcí u matek žijících na území České republiky je existence hodnotícího nástroje, pomocí kterého by bylo možno posoudit kompetentnost všeobecných sester k provádění edukace. V České republice nechybí pouze hodnotící nástroje, ale také validní výzkumy týkající se nejnovějších postupů ve specifické péči o fyziologické novorozence.

Doporučení pro praxi tedy vychází z potřeby výzkumů týkající se péče o novorozence v našich podmínkách. Pro sestry je důležité uvědomit si význam role, kterou zastávají při edukaci matek. Správná a přínosná edukace může zabránit vzniku rizikových faktorů, infekčních onemocnění a dalších komplikací, které by vedly k hospitalizaci novorozence.

Závěr

V bakalářské práci jsem se soustředila na sumarizaci aktuálních poznatků, které se týkají edukace matek v péči o fyziologického novorozence. Vzhledem k aktualizaci vyhlášky č. 55/2011 Sb. je nyní péče o novorozence také součástí kompetencí všeobecné sestry, avšak pouze pod odborným dohledem sestry se specializací nebo dětské sestry.

Prvním dílčím cílem přehledové bakalářské práce je předložení aktuálních publikovaných poznatků o edukaci matek v šestinedělí. Dohledané studie potvrdily důležitost správné edukace, která neovlivňuje pouze matku samotnou, ale i budoucí přístup, který zaujme v péči o svého novorozence. Česká republika oproti některým jiným zemím prozatím nemá hodnotící nástroj, kterým by se dala zhodnotit kompetentnost sester v provedení edukace. Nicméně výzkumy je doloženo, že s vyšším věkem sester a množstvím jejich zkušeností se zvyšuje i kvalita provedené edukace. V našich podmínkách je nejvíce osvědčenou metodou edukace ústní formou, při níž sestry provádí výkon, o němž edukují matky. Ty tak mají možnost vidět i praktické provedení, které vede k lepšímu zapamatování dané problematiky. Správně provedená edukace má pozitivní vliv i na míru těhotenské deprese, která často pramení ze strachu, co bude následovat po porodu. Edukace také snižuje pocit úzkosti u matek prvorodíček, které se obávají manipulace s dítětem a toho, jak vše budou schopny zvládnout v domácím prostředí. Výsledky kvalitně provedené edukace jsou patrné například na snížení novorozenecké úmrtnosti v celosvětovém měřítku.

Druhým dílčím cílem této přehledové bakalářské práce je sumarizace dohledaných aktuálních poznatků, které se týkají péče o fyziologického novorozence. Z důvodu sledování správné poporodní adaptace novorozence Ministerstvo zdravotnictví ČR doporučuje matkám pobyt v nemocnici po porodu 72 hodin. Trendem současnosti je zkracování délky hospitalizace na co nejkratší dobu. U poporodní hospitalizace tomu není jinak, a tak u fyziologického novorozence, u nějž porod proběhl bez komplikací je možné pobyt zkrátit pouze na 48 hodin. U nás je průkopníky tohoto zkrácení poporodní hospitalizace například brněnská nemocnice.

Součástí péče po porodu v nemocnici je možnost provedení bondingu, který pozitivně ovlivňuje vztah mezi matkou a jejím narozeným dítětem. Bonding může být prováděn i otcem dítětem, díky čemuž se otec lépe dokáže připravit na roli, kterou bude plnit v životě dítěte. V České republice se s bondingem můžeme setkat v nemocnicích, které nesou označení Baby Friendly Hospital.

V rámci poporodního pobytu v nemocnici zdravotnický personál edukuje matky o správných postupech při manipulaci a přebalování novorozence. Na odděleních jsou matkám k dispozici i laktační poradkyně, které jim pomohou s výběrem vhodné kojící polohy a získání jistoty v kojení tak, aby byly doma schopny kojení až do šesti měsíců dítěte, což je doporučená délka kojení. Součástí práce všeobecné sestry je i edukace matek ohledně koupání novorozence, které provádí jako názornou ukázkou toho, jak by to měly matky provádět v domácím prostředí.

Důležitou roli hraje všeobecná sestra i ve screeningových vyšetřeních odhalujících vrozené vývojové vady novorozence. Běžně provádí odběr krve z patičky, který se posílá na rozbor k potvrzení či vyvrácení některé z osmnácti metabolických a dědičných chorob jako je například cystická fibróza nebo fenylketonurie. Dále všeobecné sestry provádí vyšetření sluchu pomocí otoakustických emisí, vyšetření zraku a srdce a asistují lékaři při ultrazvukovém vyšetření ledvin.

Informace sumarizované v této bakalářské práci by mohly poskytnout ucelený přehled neustále se měnících specifik v péči o fyziologické novorozence pro zdravotnický personál. Použité výsledky většinou pocházejí ze zahraničních studií, protože v České republice prozatím nebyly provedeny. Navrhovala bych tedy provedení vlastních výzkumu týkající se péče o novorozence v našich podmínkách.

Referenční seznam

ADAMS, MD. Stephen M., DO. Chad E. WARD a MD. Karla L. GARCIA. Sudden Infant Death Syndrome. *American Family Physician*. 2015, 91 (11), 778 - 783.

ANDERSON, Clare-Marie, MD. Rosie MONARDO, MD. Reni SOON MPH., MD. Jennifer LUM, Mary TSCHANN MPH. a MD. Bliss KANESHIRO MPH. Patient communication, satisfaction and trust before and after use of a standardized birth plan. *HAWAII JOURNAL OF MEDICINE & PUBLIC HEALTH*. 2017, 76 (11), 305 - 309.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2013). Neonatal Skin Care (Third Edition) – Evidence Based Clinical Practice Guideline.

ÇEBER, Esin, Nerimar SOĞUKPINAR, Birsen KARACA SAYDAM, Rabia EKTİ GENÇ, Hafize ÖZTÜRK CAN, Zehra BAYKAL AKMEŞE a Gülsün ÖZENTÜRK. MOTHER AND NEWBORN HOME CARE EDUCATION PROGRAM THE EFFECTS OF “MOTHER AND NEWBORN HOME CARE EDUCATION PROGRAM (MNHCEP)” ON MOTHER AND PERSONS PROVIDING CARE OF MOTHER/NEWBORN. *Balikesir Health Sciences Journal*. 2013, (2), 22 - 28.

DOI: 10.1089/bfm.2009.0050. ISSN 1556-8253. Dostupné také z: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2009.0050>

DOLEŽEL CSC., prof. MUDr. Zdeněk, MUDr. Jan PAPEŽ a MUDr. Dan WECHSLER. Fyziologické kožní nálezy novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, 14(2), 140.

FENDRYCHOVÁ PHD., Mgr. Jaroslava. Adaptovaný klinický doporučený postup: Péče o kůži novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2015, 16 (4), 275 - 278.

FENDRYCHOVÁ PHD., Mgr. Jaroslava. Bezpečnost ošetrovatelských postupů – koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. 2010, 11 (2), 126 - 128.

FENDRYCHOVÁ PHD., Mgr. Jaroslava. Proces adaptace klinického doporučeného postupu v péči o kůži novorozenců. *Pediatric pro praxi*. 2014, 15 (6), 366 - 370.

GREGORA, Martin. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0060-3.

HANZL, MUDr. Milan. Doporučené postupy České neonatologické společnosti. *Česká gynekologie*. Praha - Česká lékařská společnost Jana Evangelity Purkyně, 2013, 78. ISSN 1210-7832.

CHEN, Er-Mei, Meei-Ling GAU, Chieh-Yu LIU a Tzu-Ying LEE. Effects of Father-Neonate Skin-To-Skin Contact on Attachment: A randomized controlled trial. *Nursing Research and Practice*. 2017, 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/8612024>

CHRÁSKOVÁ, Jana a Mária BOLEDOVIČOVÁ. Význam edukace v oblasti kojení (studentský příspěvek). *Profese online*. 2015, 8 (1), 39 - 46. ISSN 1803 - 4330.

IP, Stanley, Mei CHUNG, Gowri RAMAN, Thomas A. TRIKALINOS a Joseph LAU. A Summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's Evidence Report on Breastfeeding in Developed Countries. *Breastfeeding Medicine*. 2009, 4 (1), 17 - 30.

JANG, Haena, Nam-Ju LEE a Mojtaba VAISMORADI. Patient safety competency and educational needs of nursing educators in South Korea. *PLOS ONE*. 2017, 12 (9). DOI: 10.1371/journal.pone.0183536. ISSN 1932-6203. Dostupné také z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0183536>

KARÁSKOVÁ, MUDr. Eva. Umělá mléčná kojenecká výživa - současná doporučení. *Praktické lékařství*. 2016, 12 (5), 186 - 189.

KŘIVOHLAVÁ, Mgr. Romana. Používání šidítka z pohledu laktační poradkyně. *Pediatric pro praxi*. 2015, 16 (6), 423 - 426.

KUBĚNOVÁ, MUDr. Kateřina, MUDr. Hynek CANIBAL a MUDr. Miroslav KOBSA MBA. Rizika novorozence po propuštění z porodnice do domácí péče. *Pediatric pro praxi*. 2014, 15 (3), 141 - 143.

KUČEROVSKÁ, MUDr. Marie, MUDr. Petra HANÁKOVÁ a doc. MUDr. Hana OŠLEJŠKOVÁ PhD. Vývojové vyšetření novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, 14 (4), 231-234.

Laktační liga [online]. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: www.kojeni.cz

LIŠKA, MUDr. Karel. Resuscitace a poporodní adaptace novorozence - nová doporučení. *Neonatologické listy*. 2016, 22 (1), 1-11.

LIU, Mei-Fang, Kuan-Chia LIN, Yi-Hung CHOU a Tzu-Ying LEE. Using non-nutritive sucking and oral glucose solution with neonates to relieve pain: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, 19 (11-12), 1604-1611. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03014.x. ISSN 09621067. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2009.03014.x>

MACONOCHIE, Ian K., Robert BINGHAM, Christoph EICH, Jesús LÓPEZ-HERCE, Antonio RODRÍGUEZ-NÚÑEZ, Thomas RAJKA, Patrick VAN DE VOORDE, Daid A. ZIDEMAN a Dominique BIARENT European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*. 2015, 95 (3), 223-248. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.028. ISSN 03009572. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957215003408>

MACHOVÁ, Mgr. Alena a Ing. Iva BRABCOVÁ. Úloha dětské sestry při laboratorním screeningu novorozenců. *Pediatric pro praxi*. 2010, 11 (6), 398 – 399

MEI, BS. Jenny Y., MD. Yalda AFSHAR PHD., MD. Kimberly D. GREGORY a ESAKOFF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth Issues in Perinatal Care*. 2016, 43 (2), 144 - 150.

Ministerstvo zdravotnictví ČR - Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod, tisková zpráva [online]. Praha, 12. prosince 2013 [cit. doplňte datum ve tvaru 2019-03-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-_8532_2778_1.html

MOCKOVÁ, MUDr. Alice, MUDr. Veronika NOVÁKOVÁ, MUDr. Zuzana LUCKOVÁ a doc. MUDr. Jiří DORT PHD. Deprese a antidepressivní terapie matek z pohledu neonatologa. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, 13 (3), 188 - 192 [cit. 2019-04-09].

MYDLILOVÁ, Anna. Kojení donošených novorozenců. *Česká gynekologie*. 2013, 78, 95 - 97.

NAGY, Ildikó a Viktorie VINKLEROVÁ. Význam kojení ve výživě dítěte. *Časopis lékařů českých*. 2011, 150 (2), 94 - 96.

O'DONNELL, MaryJane, Ruth ELIO a Debra DAY. Carpal Tunnel Syndrome. *Nursing for Women's Health*. 2010, 14 (4), 318-321. DOI: 10.1111/j.1751-486X.2010.01562.x. ISSN 17514851. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751485115305110>

PÁNEK, Ing. MUDr. Martin. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, 14 (6), 363-366.

PAULOVÁ, Marie. Doporučené postupy České neonatologické společnosti. *Česká gynekologie*. Praha - Česká lékařská společnost Jana Evangelity Purkyně, 2013, 78. ISSN 1210-7832.

PETRONILLA, Ojukwu Chidiebele, Mbada Chidozie EMMANUEL, Udegbunam Ibuchukwum BERNICE, Anekwu Emelie MORRIS a Ikele CHIOMA. Knowledge and Practice of Suitable Breastfeeding and Infant Carrying Positions among Nigerian Nursing Mothers. *Archives of Physiotherapy & Global Researches*. 2017, 21 (4), 35 - 47.

ROHOVÁ, PharmDr. Iveta. Prevence a léčba opruzenin. *Pediatric pro praxi*. 2012, 13 (3), 199 - 202.

RYBA, MUDr. Luděk, Věra ADAMOVÁ a prof. MUDr. Jan JANDA CSC. Šátkování (nošení dětí v šátku) - 1. část. *Pediatric pro praxi*. 2012, 13 (2), 135-137.

RYBA, MUDr. Luděk, Věra ADAMOVÁ a prof. MUDr. Jan JANDA CSC. Šátkování (nošení dětí v šátku), 2. část. *Pediatric pro praxi*. 2012, 13 (3), 208 - 210.

SAFARI, Kolsoom, SAEED, Awaz Aziz, Shukir Saleem HASAN a Lida MOGHADDAM-BANAEM. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding body temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal*. 2018, 13 (32), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>

SEKERÁKOVÁ, Marie a Jana SKYBOVÁ. Screening sluchu u novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2011, 12 (1), 45 - 47.

SHARP, Andrew N., Sarah J. STOCK a Zarko ALFIREVIC. *Outpatient induction of labour in the UK: a survey of practice*. 2016, 204, 21-23. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.06.023. ISSN 03012115. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211516303050>

SHRESTHA, Sharmila, Kumiko ADACHI, Marcia A. PETRINI, Sarita SHRESTHA a Bina RANA KHAGI. Development and evaluation of a newborn care education programme in primiparous mothers in Nepal. *Midwifery*. 2016, 42, 21-28. DOI:10.1016/j.midw.2016.09.006. ISSN 02666138.

Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613816301589>

SCHÖNBAUEROVÁ, Andrea a Mária BOLEDOVIČOVÁ. The role of paediatric nurse in home visiting of newborns and infants in the past – literary survey. *Kontakt*. 2015, 17 (4), 211-218. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.09.003. ISSN 12124117. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1212411715000562>

ŠTEMBERA DRSC., prof. MUDr. Zdeněk a Prim. MUDr. Petr VELEBIL CSC. Rodička a novorozenec 2014 - 2015. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2017, , 1 -

215 [cit. 2019-04-09]. ISSN 1213-2683. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/en/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/novorozenci>

ŠTĚRBOVÁ, MUDr. Katalin. Abnormální události v noci u dětí. *Pediatric pro praxi*. 2015, 16 (3), 156 - 159.

ŠULOVÁ, Lenka a Tomáš FAIT. Chování novorozence a jeho psychosociální potřeby. *Praktická gynekologie*. 2015, 19 (2), 131 - 135.

TAKÁCS, Lea. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*. 2012, 77(1), 15 - 21.

VAISMORADI, Mojtaba, Mahvash SALSALI a Patricia MARCK. Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International Nursing Review*. 2011, 434 - 443.

World Health Organization (WHO) (2010) A brief synopsis of patient safety. Dostupné z:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf

World Health Organization, Ten steps to successful breastfeeding highlighted during World Breastfeeding Week, Geneva, 2010.

Zákon č. 391/2017 Sb., zdroj: SBÍRKA ZÁKONŮ ročník 2017, ze dne 29. 11. 2017

ZINSSER, Laura A. Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping. *Women and Birth*. 2018, 31 (2), e73-e76. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.08.127. ISSN 18715192. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519217304730>