



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Úloha dětské sestry v komunitní péči o novorozence

Vypracovala: Bc. Radka Brožíková
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá úlohou dětské sestry v komunitní péči o novorozence. Klade si za cíl zjistit, jak a jestli vůbec probíhá péče o dětského pacienta v domácím prostředí, jakou roli v ní hraje právě dětská sestra. Východiskem pro výzkum této problematiky je jeden z hlavních cílů stanovených členskými státy WHO pro zdraví celé populace v jednadvacátém století, kterým je právě rozvoj komunitní péče. Její podstatou je přenést poskytování zdravotní péče blíže k lidem v jejich přirozeném prostředí.

V teoretické části se věnujeme definici komunitní péče a její historii v České republice. Zaměřujeme se zejména na to, jakým způsobem byla domácí péče poskytována dítěti v minulosti. Navazujeme popisem současné situace v péči o novorozence a jeho matku v prvních týdnech po porodu u nás i ve světě. Hodnotíme úlohu dětské sestry při uspokojování potřeb novorozence a zkoumáme role, které plní jako poskytovatelka ošetrovatelské péče v rámci ordinace, rodiny i komunity. Pro získávání údajů využíváme dostupné české i zahraniční literární zdroje a svá zjištění doplňujeme platnou legislativou.

Pro naši práci jsme si stanovily dva cíle a pět výzkumných otázek. Prvním cílem bylo zjistit, s jakými problémy v péči o novorozence v domácím prostředí se matky potýkají a jak je řeší. Cílem druhým bylo prozkoumat, jakým způsobem se dětské sestry podílejí na komunitní péči o novorozence.

Pro výzkumnou část práce jsme zvolily kvalitativní metodu. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Témata k dotazům byla předem připravena, konkrétní podoba otázek se odvíjela od situace a směru, kterým se rozhovor ubíral tak, abychom získaly informace odpovídající výzkumným otázkám. Následně byla provedena kvalitativní analýza a kategorizace zjištěných dat.

V první fázi výzkumu byly vytvořeny dva výzkumné vzorky. Jeden tvořily matky novorozenců, tedy dětí od narození do 28. dne života. Ve druhé skupině byly dětské sestry, které pracují v ambulancích praktického lékaře pro děti a dorost. Ve druhé fázi byla oslovena dětská sestra pracující v novorozenecké poradně, která je provozována dětským oddělením nemocnice. Všechny respondentky žijí nebo pracují v okrese Rokycany.

Výsledkem naší práce je zjištění, že komunitní péče provozovaná dětskou sestrou v terénu, v přirozeném prostředí a za spolupráce celé rodiny a komunity tak, jak je definována, téměř neexistuje. Dlouho zavedený systém primární péče směřuje veškeré ošetrovatelské úkony do ordinací praktického lékaře pro děti a dorost, v domácím prostředí probíhá pouze první návštěva novorozence, a to ne ve všech případech. Tento systém nestačí pokrývat všechna specifika v péči o dítě, potřeby novorozenců a jejich rodičů jsou stále naléhavější a matky během prvních týdnů po porodu jen pomalu získávají zdravé sebevědomí a sebedůvěru ve své mateřské schopnosti a potřebují individuální přístup a podporu ve správné péči o dítě. Pociťují nedostatek informací, neví, jak si poradit s běžnou ošetrovatelskou péčí o novorozence a jeho potřeby. Jako vůbec nejproblematičtější oblast popisují problematiku kojení. Stejný názor mají i oslovené sestry, které považují kojení za nejčastější ohnisko svého zásahu, a tím za nejdůležitější součást svojí práce.

Zjistily jsme, že schopnosti a kompetence dětských sester jsou dostačující k tomu, aby dětská sestra mohla být platným článkem v komplexní péči poskytované novorozenci i v rámci komunity. Intervence poskytované dětskou sestrou jsou plnohodnotnou součástí pediatrického ošetrovatelství, své místo zaujímají v oblasti primární, sekundární i terciální prevence. Rodiče novorozenců by podle našeho šetření návštěvu zdravotníků v domácnosti upřednostňovali, zejména jedná-li se o vůbec první kontakt s dítětem a jeho rodinou. V ambulantní péči není dostatek času ani prostoru věnovat se běžným ošetrovatelským problémům, proto jsou domácí návštěvy nezbytnou součástí péče, která by měla být matce a dítěti nabídnuta. Komunitní sestra by svojí činností pomohla nejen ke koordinaci služeb poskytovaných rodinám, ale zároveň by svými intervencemi mohla vyřešit ošetrovatelské problémy, se kterými se matky v prvních týdnech života dítěte setkávají a nedokáží je samy řešit, a to v přirozených podmínkách jejich rodiny a domova. Dětská sestra by se tak rodičům stala partnerem ve společné snaze o zdravý vývoj jejich dítěte.

Komunitní péči o novorozence, potažmo dětského pacienta, je třeba brát vážně a myšlenkou na její rozvoj se nadále zabývat, neboť rozvoj komunitních služeb může být

vhodným řešením současných potíží ekonomických i personálních a je výzvou pro poskytovatele zdravotní péče a tvůrce politiky.

Klíčová slova: komunitní péče, dětská sestra, novorozenec, kojení.

Abstract

This diploma thesis examines the role of paediatric nurses caring for newborns in the community. It aims to determine if and how newborn care in the home environment takes place and the role of the paediatric nurse. The research is based on one of the primary objectives set out by the member states of the WHO to improve the health of the entire population in the twenty-first century with the focus on community care and its development. Its essence is to bring healthcare services closer to the public in their natural environment

The theoretical part is dedicated to the definition of community care and its history in the Czech Republic. We initially focus on how childcare at home was provided in the past. This is followed by a description of the current situation regarding care of a newborn and the mother during the first weeks following birth, both here and abroad. We evaluate the role of the paediatric nurse in terms of nursing care for newborns and research the duties that the nurse carries out within the clinic, family, and community. The information was obtained from available Czech and foreign literary sources and the findings are supported by applicable legislation.

We have set out two objectives and five research questions. The first objective was to identify nursing care problems encountered by mothers at home and how they solve these problems. The second objective was set out in order to explore how nurses become involved in the community care of a newborn.

We have chosen a qualitative method for the research part of the thesis. Data was collected through semi-structured interviews. Topics for questions were prepared in advance; the specific form of the questions was derived from the situation and the direction the conversation proceeded in, in order to obtain information corresponding to the research questions. Subsequently, a qualitative analysis and categorization of collected data was conducted.

Two research sample groups were created in the first phase. The first consisted of mothers with newborns, i.e. children from birth to 28 days. The second group consisted of paediatric nurses who work in outpatient care with children and adolescents.

The second phase of the research addressed paediatric nurses working in the neonatal clinic, which is run by the hospital's paediatric department. All respondents live or work in the Rokycany District.

The result of our thesis is the finding that community care provided by the paediatric nurse in the field, in a natural environment and with the cooperation of the entire family and community, as defined, is almost nonexistent. The long-established system of primary care directs all nursing work into the surgeries of the paediatric practitioner, and only the first visit to the newborn, but not in all cases, is conducted at home. This system is insufficient to cover all the specifics of childcare. The needs of the newborns and their parents are becoming more urgent and in the first weeks following the birth the mothers only very slowly begin to gain healthy self-esteem and confidence in their maternal abilities, hence the need for an individual approach and help in the proper care of their baby. They feel there is a lack of information and they do not know how to deal with the needs of their newborn. The most problematic issue described is breastfeeding. The addressed nurses are of the same opinion and also consider breastfeeding as the most common focus of their intervention, and therefore, the most important part of their work.

We have discovered that the skills and competencies of the paediatric nurses are sufficient to enable them to become a relevant element in the comprehensive care of newborns within the community. The interventions delivered by the nurse are fully integrated into paediatric nursing and occupy their place in primary, secondary and tertiary prevention. The parents of newborns would, according to our survey, prefer a home visit from health professionals, particularly if it concerns the first contact with the baby and family. The out-patient care does not provide enough time and space to pursue common nursing issues, therefore, home visits are an essential part of the care that should be offered to the mother and baby. Community nurses would help to coordinate the services provided to families as well as help solve the nursing issues that mothers encounter in the first weeks of their child's life and are unable to handle by themselves, via interventions carried out in the natural conditions of their family and home. A paediatric nurse would, therefore, become a partner to the parents in a joint effort to ensure the healthy development of their child.

The community care of newborns and paediatric patients should be taken seriously and this idea should be further addressed given that the development of such care may be an appropriate solution to the current economic and staffing issues and is a challenge to healthcare providers and policy makers.

Keywords: community care, pediatric nurse, newborn, breastfeeding.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2016

.....

Bc. Radka Brožíková

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její čas, cenné rady a trvalou podporu. Její láska k profesi pro mne byla obrovskou inspirací.

Velké poděkování patří mojí dceři Valerii, za trpělivost a lásku, kterou mi prokazovala po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod.....	14
1 SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Komunitní ošetřovatelství.....	16
1.1.1 Historie komunitní péče	17
1.1.2 Současná situace v komunitní péči	18
1.1.3 Primární péče	19
1.1.4 Komunitní péče o novorozence ve světě	20
1.1.5 Komunitní ošetřovatelství a legislativa.....	22
1.1.6 Etika v komunitní ošetřovatelské péči	24
1.1.7 Ošetřovatelský proces v komunitě	26
1.2 Novorozenec	28
1.2.1 Adaptace novorozence	29
1.2.2 Výživa novorozence.....	31
1.2.3 Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS).....	32
1.2.4 Vztah matka - dítě.....	34
1.3 Role dětské sestry při uspokojování potřeb novorozence	37
1.3.1 Potřeba čistoty - hygienická péče o novorozence	37
1.3.2 Potřeba výživy - kojení	39
1.3.3 Potřeba spánku	44
1.3.4. Potřeba bezpečí	45
1.3.5. Potřeba lásky a přijetí	46
1.4 Role dětské sestry v komunitním ošetřovatelství	48
1.4.1 Role dětské sestry v rámci ordinace dětského lékaře pro děti a dorost ...	48
1.4.2 Role dětské sestry v péči o novorozence v domácím prostředí	49
1.4.3 Role dětské sestry v komplexní péči o rodinu	51
1.4.4 Role dětské sestry jako edukátorky a poskytovatelky informací.....	52
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	56

2.1 Cíle práce	56
2.2 Výzkumné otázky	56
3 METODIKA VÝZKUMU	56
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	57
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	59
4.1 Výsledky rozhovorů s matkami	59
4.2 Výsledky rozhovorů s dětskými sestrami	75
4.3 Shrnutí rozhovorů s matkami	96
4.3.1 Zdroje informací	96
4.3.2 První kontakt	97
4.3.3 Ošetrovatelské problémy	98
4.3.4 Způsob řešení ošetrovatelských problémů	100
4.3.5 Komunitní péče	101
4.4 Shrnutí rozhovorů s dětskými sestrami	102
4.4.1 První kontakt a opakovaná návštěva	102
4.4.2 Ošetrovatelské problémy	104
4.4.3 Ošetrovatelské intervence	105
4.4.4 Komunitní péče	106
4.5 Shrnutí rozhovoru s dětskou sestrou z novorozenecké poradny	106
5 DISKUZE	107
Závěr	119
Seznam zdrojů	121
Seznam příloh	130

Seznam použitých zkratk

apod.	a podobně
a kol.	a kolektiv
BCG	vakcína proti tuberkulóze
BHF	prestižní ocenění nemocnic podporujících kojení
BFHI	Nemocnice přátelská dětem (The Baby Friendly Hospital Initiative)
cm	centimetr
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ESPGHN	Evropská pediatriká společnost pro gastroenterologii a výživu (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)
et al.	a kolektiv
EU	Evropská Unie
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)
M (1)	matka (1)
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NANDA	Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association)
např.	například
OMAHA	Klasifikační systém pro ošetrovatelskou diagnostiku v komunitní péči (Omaha Nursing Classification System for Community Health)
OZSR	Ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách
pH	vodíkový exponent vyjadřující kyselost či zásaditost
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
př. n. l.	před naším letopočtem
Sb.	sbírka

SIDS	Syndrom náhlého úmrtí kojence (Sudden infant death syndrome)
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů (The United Nations Children's Fund)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHA	Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

Ošetrovatelství prošlo v naší zemi dlouhým vývojem a má své kořeny již v 10. století, kdy vznikaly první hospice. Od té doby se mnohé změnilo, ošetrovatelské péče na celém světě jde mílovými kroky kupředu. Její současná podoba vyžaduje vzdělané sestry - profesionálky, které se orientují v komplexní péči o nemocného se všemi jeho bio - psycho - sociálními a spirituálními potřebami, a jejich znalosti sahají až k psychologii, sociologii a etice. Neustále stoupají nároky na jejich vzdělávání, kvalitu a odbornost. Především jsou to ale sebevědomé, citlivé a empatické bytosti, které se rozhodly pomáhat lidem k životu ve zdraví a pohodě.

Přestože současná medicína dosahuje mnohých dříve nepředstavitelných úspěchů, nesmíme zapomínat na to, že její nedílnou součástí je i nemocem předcházet. Význam prevence ve všech oblastech lidského zdraví stoupá. V pediatrii je preventivní zaměření považováno za základní rys ošetrovatelské péče. Nezbytným článkem péče poskytované dítěti byla a je dětská sestra, která spolu s lékařem - pediatrem pečuje o děti až do devatenácti let jejich věku. Jejich práce začíná v okamžiku narození dítěte a právě novorozenecké období vyžaduje velmi specifický přístup. Úlohou sestry v péči o novorozence je komplexní péče o jeho potřeby a psychomotorický vývoj, podpora matky při adaptaci na mateřskou roli, při kojení, hygieně a ošetrování dítěte, řešení případných problémů v souvislosti se zdravotní a ošetrovatelskou péčí. Současné trendy v péči o novorozence směřují k praxi založené na důkazech a jsou vesměs návratem k přirozenému šestinedělí bez zbytečných intervencí. Znalosti a možnosti současné medicíny a ošetrovatelství jsou stále na vyšší úrovni, přesto se mnohem více navracíme k individuálnímu přístupu k člověku v jeho přirozeném prostředí. Takovým prostředím pro novorozence jsou jeho rodiče, rodina, komunita.

Rozvoj komunitní péče představuje jeden z hlavních cílů stanovených členskými státy WHO pro zdraví celé populace v jednadvacátém století. Jeho podstatou je přenést poskytování zdravotní péče blíže k lidem v jejich přirozeném prostředí. Otázkou zůstává, zda jsou tyto cíle naplňovány i v pediatrickém ošetrovatelství, zda je novorozenci a jeho blízkým poskytována péče v rámci komunity, tedy mimo zdravotnickém zařízení, doma

v přirozeném prostředí. Ptáme se, zda je taková péče pro dítě přínosem a rodiče o ni mají zájem. Zajímá nás, jak mohou dětské sestry efektivně uplatnit svoje znalosti a schopnosti v péči o novorozence a jeho rodinu v prostředí jejich domova. Na to všechno bychom si chtěly odpovědět prostřednictvím našeho výzkumného šetření.

1 SOUČASNÝ STAV

Komunitní péče je velmi univerzální metoda, pomocí které lze řešit mnohé problémy charakteru sociálního, zdravotního, etnického, vzdělávacího a vztahového. Této metody využívá i komunitní ošetřovatelství, kdy osoby nějakým způsobem vyžadující pomoc a podporu zůstávají ve svém prostředí - komunitě a jsou v něm podporovány uvnitř i z prostředí vně komunity (Matoušek, 2013).

1.1 Komunitní ošetřovatelství

Komunitní ošetřovatelství je souhrn zdravotních, sociálních, psychologických, paliativních, duchovních a jiných služeb poskytovaných zdravým i nemocným jednotlivcům, skupinám a rodinám určité komunity. Primární, sekundární i terciální péče je zde integrována, je komplexní a holisticky pojatá (Sikorová, 2012). Definice komunity jsou rozmanité, shodují se ale na třech společných prvcích, které ji tvoří. Jsou to lidé (obyvatelé nebo členové komunity), místo (geografické nebo časové určení) a funkce (zájmy, cíle a aktivity komunity). Jedná se o faktory, které mají vliv na interakci mezi komunitou a okolím, tudíž i na případnou ošetřovatelskou praxi prováděnou v komunitě. Světová zdravotnická organizace definuje komunitu již v roce 1974. Popisuje ji jako sociální skupinu determinovanou geografickými hranicemi nebo společnými zájmy a hodnotami. Členové takové skupiny se vzájemně znají a ovlivňují (WHO, 1974).

Obecné principy komunitní péče by měly umožnit poskytování služeb a podpory ve správný čas, ve správné podobě a na správné úrovni. Vostřáková již v roce 2000 shrnula tyto principy do několika základních bodů. Zásadní je čtyřadvacetihodinová dostupnost základní pomoci v místě vzniku potřeby (doma), snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, návaznost, kontinuita a propojení péče, multidisciplinární spolupráce a koordinace, možnost výběru služeb, individuální přístup a diskrétnost. Z ekonomického hlediska je podstatná také účelnost nákladů.

Komunitní ošetřovatelská péče je oborem, který se zabývá ošetřovatelskou péčí v komunitě. Zaměřuje se na nemocného člověka v domácím prostředí, jeho rehabilitaci

a edukaci, péči o zdravotně postižené, chronicky a nevléčitelně nemocné. Směřuje ke zvyšování odpovědnosti občana v péči o vlastní zdraví. Její cíle vycházejí z potřeb komunity, orientují se na prevenci, upevňování a podporu zdraví, výchovu ke zdraví (Sikorová, 2012). Podstatou poskytování péče v domácím prostředí je umožnit co možná nejdéle setrvání člověka v komunitě. K tomu je potřeba participace všech zúčastněných - klienta a jeho blízkých, rodiny, komunity, profesionálů z oblasti zdravotnictví a sociální péče, dobrovolníků, poskytovatelů, zřizovatelů. Jedině tak dochází k integraci zdravotních a sociálních služeb na základě potřeb klientů (Jarošová, 2007).

Komunitní ošetrovatelskou péči zajišťuje komunitní sestra - profesionál, který pracuje samostatně, musí se samostatně rozhodovat, pružně reagovat a řešit problémy. Jsou na ni kladeny vysoké nároky. Převážnou část zdravotních služeb, které jsou komunitě poskytovány, tvoří právě péče ošetrovatelská. Sestry jsou tudíž podstatnými členy multidisciplinárních týmů, které se na zajišťování péče podílejí. Jejich role jsou v této oblasti rozmanité a vycházejí z různých aktivit, které vykonávají. Tou nejpodstatnější je role zprostředkovatele zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunity a poskytování specifických ošetrovatelských intervencí. Neméně významné jsou pak role edukátorky, koordinátorky, manažerky a profesionálního partnera (Špirudová, 2015).

1.1.1 Historie komunitní péče

Prvopočátky komunitní péče úzce souvisejí s vývojem ošetrovatelské péče jako takové. Již v dávné minulosti se o nemocné pečovalo v jejich domovech. Jednalo se o neprofesionální péči, kterou poskytovaly osoby blízké, především ženy. V českých zemích tento způsob ošetrování přetrvával až do příchodu křesťanství. Křesťanská víra utvrzovala domněnku, že služba člověku je vlastně službou Bohu. V tomto období, kolem 4. století, začaly vznikat první kláštery a později špitály, v nichž se o nemocné starali mniši a jeptišky. Mluvíme o takzvaném charitativním ošetrovatelství. Protestantská církev se oproti tomu orientovala na pomoc jedinci v terénu, v rodině a komunitě. Pečovatelkami zde byly „diakonky“, které docházely za nemocnými do domácností. Tato návštěvní služba byla uplatňována zejména při infekčních onemocněních. Ještě na počátku 19. století probíhalo ošetrování nemocných především v domácím prostředí,

starali se o ně buď členové rodiny, nebo takzvaní „opatrovníci“, kteří své znalosti získávali od starších spolupracovníků. Značný vliv na rozvoj ošetrovatelství měla až válečná období (Jarošová, 2007).

Zatímco ve světě se komunitní práce rozvíjí již více než 60 let, v České republice dosáhlo komunitní ošetrovatelství své nejvyšší úrovně právě v meziválečném období, kdy se nejvíce projevilo propojení teorie s praxí. První ošetrovatelskou péčí zaměřenou přímo na komunitu byla v té době činnost sester Československého červeného kříže. Byla směřována především na děti, chudé a staré nemocné, poskytována byla zejména preventivní péče v oblasti hygieny, oblékání a stravování. V tomto období byla také poprvé realizována systematická ošetrovatelská a zdravotní péče v rodinách. Další vývoj byl však narušen jak politickými změnami, tak snahami o institucionalizaci, po druhé světové válce došlo k masivnímu rozvoji ústavní péče a ošetrovatelství se posunulo spíše do sekundární zdravotní péče. Organizovaná práce v komunitě se pak začíná znovu rozvíjet až v devadesátých letech minulého století, a to především v souvislosti s rozvojem domácí péče (Jarošová, 2007).

Pediatrické ošetrovatelství se začíná prosazovat spolu s rozkvětem dětského lékařství na přelomu 19. století. Prvopočátky komunitní péče o děti lze pozorovat současně se vznikem profese dětské sestry, která postupně začala působit kromě lůžkových a ambulantních zařízení také v terénu. V roce 1929 vznikla Ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách (OZSR), kterou vedly diplomované sestry, jejichž činnost se mimo jiné zaměřovala na oblast školní a venkovské hygieny. Součástí OZSR byly poradny ochrany matek a kojenců, poradna „Našim dětem“, poradna pro těhotné ženy, školní a zubní poradna, poradna pro mladé lidi, dispenzář pro TBC a venerologický dispenzář. Tato služba nebo jí podobné aktivity v rámci komunitní péče o dítě v současné době již neexistují (Tóthová, 2011).

1.1.2 Současná situace v komunitní péči

V rámci českého zdravotnictví a sociální péče se komunitní práce více rozvíjí až v posledních letech. Nutnost zaměření zdravotní a ošetrovatelské péče na komunity vzrůstá s novými trendy současné společnosti, jako jsou měnící se rodinné struktury,

aktivní a informovaní příjemci zdravotní péče, kteří prosazují svá práva a dožadují se jejich dodržování, rozvoj zdravotnické techniky a ošetrovatelských metod, které umožňují poskytování služeb v domácím prostředí, ale také globální stárnutí populace a nedostatek profesionálních sester (Jarošová, 2007). Na komunitní péči se podílejí různé typy institucí, které poskytují služby zdravotní a sociální. Patří mezi ně zejména ambulance praktických lékařů pro děti a dorost, gynekologické ambulance, stomatologické ambulance, lékařské služby první pomoci, stacionáře a centra pro specializovanou péči. V oblasti sociální péče jsou to hlavně pečovatelské služby, služby osobní asistence, centra denních služeb, azylové domy, nízkoprahová zařízení, respitní péče, komunitní centra, rodinná komunitní centra, pracoviště rané péče. Nejvýznamnější místo v komunitní péči má ale vždy rodina (Sikorová, 2012).

Komunitní péče má před sebou do budoucna obrovské možnosti v případě, že bude dostatek kvalitních komunitních sester. Její rozvoj souvisí se změnami poskytovaných služeb, zejména s přesunem péče instituční do komunit. Sestry v terénních službách budou mít řadu dovedností, na jejichž základě získají patřičné kompetence, stanou se klíčovými pracovníky týmu a vnesou do péče kontinuitu (Kalvach, 2011).

1.1.3 Primární péče

V české ošetrovatelské praxi není primární péče jasně diferencována od komunitní, termín „primární“ je chápán spíše jako péče poskytovaná při prvním setkání nemocného se zdravotnickým systémem. Měla by být poskytována co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta, respektovat jeho potřeby, musí být všeobecně dostupná, odborná a kvalitní (Jarošová, 2007). Primární péče má obrovský potenciál ke zlepšení zdraví populace, včetně chronických onemocnění a mortality, pro její možnost včasného zásahu a koordinace poskytované péče. Efektivní systém primární péče je spojována se stále se zvyšujícími požadavky na kvalitu a ekonomičnost (Seifert, 2012).

Náplní primární péče jsou činnosti související s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetrováním. Vždy se jedná o komplexní zdravotně - sociální péči poskytovanou na základě dlouhodobého kontinuálního přístupu k jednotlivci. Seifert (2012) upřesňuje, že pokud má zdravotnický systém silnou primární

péči, je mnohem více ekonomicky efektivní a dosahuje lepších výsledků. Dochází k včasnému odhalení závažných onemocnění, snižuje se množství akutních ošetření mimo pracovní dobu, množství hospitalizací, snižují se náklady na diagnostiku a je poskytováno mnohem více prevence.

Není jednoduché stanovit v podmínkách primární péče hranici mezi službami zdravotními a sociálními. Proto je současným evropským trendem integrovaná komunitní péče, kde se tyto služby prolínají a vytvářejí koordinovaný systém (Seifert, 2012).

1.1.4 Komunitní péče o novorozence ve světě

Ve vyspělých evropských zemích je systém komunitní péče rozvinutý mnohem lépe než u nás. Například ve **Švédsku** je domácí návštěvní služba jednou z hlavních priorit v péči o dětské zdraví. Tato služba je poskytována i novorozencům a jejich rodičům. Nezbytností jsou kompetentní sestry, které mají komplexní znalosti na takové úrovni, aby mohla být rodině poskytnuta profesionální pomoc a podpora. Rodiče samozřejmě očekávají vstřícný postoj a přátelské chování, vyžadují, aby s nimi bylo jednáno s respektem, aby byla sestra schopna navázat otevřený vztah s matkou a byla připravena sdílet její pocity a zkušenosti (Wilsson a Adolfsson, 2011).

Podle Arnolda (2015) je však kontinuita v poporodní péči nedostatečná. Velké procento matek navštívilo nemocnici nebo pohotovost již v prvních dvou týdnech po porodu v důsledku problémů týkajících se poporodních komplikací, kojení nebo zdraví dítěte. Příčinou problémů nebylo brzké propuštění z porodnice, zásadní se jeví nedostatek profesionální podpory po porodu a jistota kontinuity péče. Matky nevědí, na koho se obrátit v případě problémů, shledávají mezery v řetězci péče a představovaly by si užší spojení předporodní, poporodní a pediatrické péče a větší informovanost. Zároveň potvrzují, že potřebují podporu, a tak vyhledávají informace o různých aspektech péče o novorozence, zejména týkající se zdravotních problémů, hygienické péče, oblékání a výživy.

Jednou z oblastí, kterou se domácí péče o novorozence ve Švédsku zabývá, je kojení a problémy s ním spojené. Ministerstvo zdravotnictví vydává směrnice a nařízení týkající se této problematiky, které musí každá sestra respektovat. Instrukce dávají přesné

informace pro jednotlivé situace, které mohou nastat. Tyto dokumenty zdůrazňují roli sestry v podpoře matek novorozenců bez ohledu na to, zda svoje dítě kojí či krmí náhražkou mateřského mléka a nabádají k tomu, aby se personál vyhýbal moralizujícímu přístupu (Wilsson a Adolfsson, 2011).

Ve **Finsku** je podpora rodin s dětmi součástí základních služeb jim poskytovaných. Nicméně i tyto služby jsou výsledkem různých reorganizací na základě zkušeností z různých projektů zaměřených na prevenci a podporu zdraví těhotných žen a rodin s malými dětmi. Finské sestry působící v péči o zdraví dětí jsou vzdělanými odborníky a jako takové jsou rodiči vysoce ceněny. Jejich síla spočívá ve znalostech a schopnostech správně definovat a určit sociální problémy a jejich potenciální řešení. Rodiče vnímají pozitivně domácí návštěvy zdravotníků a cení si dobře fungujícího vztahu s odborníky, neboť ten posiluje jejich roli rodiče, schopnost rozhodování, porozumění problémům a napomáhá lepší organizaci rodinného soužití. Předpokladem dobré spolupráce s rodinou jsou vzájemná důvěra, otevřenost a motivace (Rautio, 2013).

Velká Británie patří mezi státy s nejlépe rozvinutou komunitní péčí v Evropě. Ministerstvo zdravotnictví Spojeného království v roce 2004 reagovalo na potřeby žen v mateřství a vydalo jedenáct doporučení, která se týkají poskytování služeb primární péče v mateřství. Mezi hlavní body patří poskytování postnatální pečovatelské služby, která identifikuje a reaguje strukturovaným a systematickým způsobem na individuální fyzické, psychické, emocionální a sociální potřeby matky a dítěte, a který je založen na nejlepších dostupných důkazech. Toho by mělo být dosaženo prostřednictvím multidisciplinárního týmu s koordinačním zdravotním odborníkem, který má příslušné klinické dovednosti, aby bylo zajištěno, že se matkám a dětem dostane poporodní péče, kterou potřebují. Současná komunitní poporodní péče s rutinními návštěvami porodní asistentky probíhala prvních deset až čtrnáct dnů po porodu a běžný dohled nad mateřskou péčí šest až osm týdnů. To se zdálo jako příliš krátká doba pro úplné vyhodnocení zdravotních potřeb s ohledem na dlouhodobý charakter mnoha zdravotních problémů, které se mohou vyskytnout. V souladu s tím je vhodné zajistit péči pro matku a její dítěte po dobu nejméně jednoho měsíce po narození nebo propuštění z nemocnice, a do tří měsíců nebo déle, v závislosti na jejich individuálních potřebách. Podobné doporučení

vydalo i Velšské národní shromáždění o rok později. Ihned po porodu je jmenován konkrétní profesionál, obvykle porodní asistentka, která je zodpovědná za přehodnocení individuálních potřeb a koordinaci postnatální péče o ženu a dítě. K jejím službám mají přístup matky, děti a jejich rodiny po dobu až 28 dní po narození. Na návštěvu zdravotníka v domácnosti pak mají nárok deset až čtrnáct dní a na zapojení dalších odborníků dle posouzení individuálních potřeb (Clinical Guidelines, 2006).

Ve **Spojených státech amerických** existuje návštěvní program Nurse - family partnership, který je prvním pomocníkem těhotným ženám a matkám s malými dětmi, a to především sociálně a ekonomicky znevýhodněným. Jeho cílem jsou intervence vedoucí k bezproblémovému průběhu těhotenství, podpoře duševního zdraví a správného vývoje dětí. Podle výzkumů probíhajících poslední tři desetiletí došlo na základě tohoto programu ke zlepšení prenatálního chování budoucích maminek, snížení kólemprodních komplikací a zlepšení zdraví dětí. Návštěvy sestry v rodinách se ukázaly jako nejlepší prevence týrání a úrazů dětí, v jejich důsledku došlo ke snížení zbytečných úmrtí. Poklesla také četnost návštěv na dětské pohotovosti. Následně došlo k přizpůsobení tohoto programu rozdílným podmínkám poskytování zdravotní péče v jiných zemích a k jeho zkušebnímu zavedení do praxe například v Kanadě a Velké Británii. Mimo jiné je tento návštěvní program vhodnou strategií na podporu odborníků z různých odvětví primární péče v jejich úsilí o zlepšení veřejného zdraví v souladu s potřebami dětí a jejich rodin, zejména těch ohrožených (Jack, 2015).

1.1.5 Komunitní ošetřovatelství a legislativa

Do vzdělávání sester v České republice bylo komunitní ošetřovatelství zařazeno v podstatě až s platností zákona č. 96/2004. Dle Věstníku 9/2004 je rozvoj komunitního ošetřovatelství prioritou Světové zdravotnické organizace. V současné době již existuje specializační studium pro všeobecné sestry Komunitní ošetřovatelská péče, jehož absolvováním se získává odbornost komunitní sestry. V její kompetenci je pak analýza zdravotní a sociální situace jednotlivce nebo skupiny občanů ve vlastním sociálním prostředí z hlediska koordinace poskytované zdravotně - sociální péče, analýza zdravotní

a sociální situace pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče a realizace poradenství za podpory odpovědných orgánů (Sikorová, 2012).

Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky jsou vytvořeny dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Cílem specializačního vzdělávání v oboru „Komunitní ošetrovatelská péče“ je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti „Komunitní sestra“ osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou. Podmínkou pro zařazení do specializačního studia je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry, vstupují do něj tedy sestry vykonávající své povolání v příslušném oboru, a tím dochází k úzkému propojení jejich teoretických a praktických dovedností. Vzdělávací instituce a zdravotnická zařízení, která se na výuce podílejí, musí být akreditovány dle ustanovení § 45 zákona č. 96/2004 Sb., a tím splňovat všechny odborné, provozní, technické a personální předpoklady. Učební plán je rozdělen do několika odborných modulů, které se skládají z teoretické výuky a odborné praxe, jeho součástí je seznam výkonů, které musí účastník splnit, aby si danou problematiku osvojil po všech stránkách. Některé z modulů jsou přímo zaměřené na péči o rodinu a dítě, jsou tedy vhodnou součástí vzdělání dětské sestry pracující v komunitní péči. Patří sem zejména tyto moduly: Komunitní péče o rodinu, Komunitní péče o dítě a Komunitní péče v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost. Každý absolvent specializačního vzdělávání v oboru Komunitní ošetrovatelská péče by měl být schopen a oprávněn provádět, zajišťovat a koordinovat základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou praxi ve všech oblastech komunitního ošetrovatelství (Věstník MZČR, 2015, částka 11).

Kompetence komunitní sestry jsou stanoveny vyhláškou č. 55 z roku 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků. Dle této vyhlášky může komunitní sestra vykonávat činnosti podle §54 při poskytování primární, integrované a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny v jejich vlastním sociálním prostředí. Tato skupina je charakterizována společným sociálně - kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory. Bez odborného dohledu

a indikace lékaře analyzuje komunitní sestra zdravotní a sociální situaci z hlediska poskytování zdravotní, sociální a ošetrovatelské péče těchto skupin nebo jednotlivců a koordinuje následně poskytovanou integrovanou péči, realizuje poradenství a spolupracuje s odpovědnými orgány. Na základě indikace lékaře nebo jiného odborníka v podpoře a ochraně veřejného zdraví vypracovává hodnocení zdravotních rizik jednotlivce nebo skupiny ve vlastním sociálním prostředí a sestavuje priority při jejich řešení, organizuje a zajišťuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování. Také dětská sestra dle § 57 v rámci svých kompetencí vykonává činnosti v oblasti komunitní péče. Poskytuje ošetrovatelskou péči dítěti v domácím prostředí, provozuje návštěvní službu, spolupracuje se zdravotně - sociálním pracovníkem a dalšími odborníky (Vyhláška 55/2011).

1.1.6 Etika v komunitní ošetrovatelské péči

Etika je soubor hodnot a norem, které si společnost sama vytvořila, a které mají převládat v chování a jednání lidí této společnosti. V komunitním ošetrovatelství se setkáváme s etikou medicínskou, která je podporována zákonem a vytváří systém hodnot a norem morálního chování zdravotnických pracovníků při interakci s pacienty a také s etikou komunitního zdraví, která se týká hodnot a společenské morálky směřující ke zdravé populaci. Dodržování těchto norem umocňuje poskytování co nejkvalitnější komunitní ošetrovatelské péče (Hanzlíková, 2007).

Za nejstarší etický kodex uplatňovaný ve zdravotnictví je považována známá Hippokratova přísaha. Přestože byla napsána téměř 400 let př. n. l., je v kruzích odborných i laických doposud přijímána. Obsahem jsou některé její části již překonány, ale obecný akcent na profesní mravnost zůstává platný. I když byla Hippokratova přísaha původně určena pouze pro lékaře, pokud se jedná o ostatní nelékařské profese, pak tato etika nemůže být jiná, protože kodexy pro ostatní zdravotníky vycházejí z téže tradice a téhož vztahu. Nesmíme ale zapomínat, že sestra je dnes samostatně pracující a odborný pracovník odpovědný za svá rozhodnutí a jednání, a tedy i ona musí při své práci brát v úvahu všelidské morální hodnoty, které tvoří osu morálního jednání zdravotníka. Tou

nejdůležitější je úcta k člověku, bez níž by jakákoliv etika přestala být etikou (Bužgová, 2009).

Smyslem medicíny je prospět pacientovi a ochránit jej před poškozením a nespravedlností. Novorozenec není schopen o sobě rozhodovat, proto za něj riziko a prospěch váží rodiče. Ti by měli společně s lékařem rozhodovat podle standardu nejlepších zájmů. Lékař by měl respektovat hodnoty rodičů, i když s nimi nemusí vždy souhlasit, a společně by měli hledat řešení nejlepší pro dítě. K tomu přispívá pravdivé a citlivé podávání informací. Rodiče nesou za své dítě zodpovědnost, jejich právo rozhodovat však není absolutní, neboť lékař má za úkol prospívat svému pacientovi, a tím je právě novorozenec. Je tedy třeba respektovat jeho budoucí autonomii (Ptáček, 2011).

Dětská sestra je ze všech zdravotníků s dítětem a jeho rodiči v kontaktu nejčastěji. V jejich společném zájmu je vytvoření vyváženého profesionálního vztahu, který bude v rodině vzbuzovat důvěru, ale i respekt k práci sestry a ostatním členům týmu. Sestra by měla rodiče uznávat jako partnery v péči o potomka, naslouchat jim a povzbuzovat je, cílem jejich vztahu musí však vždy zůstat starost o dítě. V některých případech to znamená i to, že musí obětovat své vlastní hodnoty a zájmy v jeho prospěch (Heřmanová, 2012).

V České republice jsou práva dětí zajištěna zejména Úmluvou o právech dítěte, kterou je zavázána dodržovat od 1. 1. 1993, tedy od prvního dne svého vzniku. Úmluva je součástí sbírky zákonů, je zde zakotvena jako zákon č. 104/1991 Sb. a její znění má přednost před zákony ČR, pokud ty stanovují něco jiného. Úmluva se vztahuje na všechny děti bez rozdílu, jejím předním hlediskem je vždy zájem dítěte. Pro zdravotníky důležitou součástí tohoto zákona je přirozené právo na život, právo na nejvýše dosažitelnou úroveň zdravotního stavu a na možnost využití léčebných a rehabilitačních zařízení (Zákon č.104/1991 Sb.).

V roce 1993 byla Centrální etickou komisí MZ ČR schválena Charta práv hospitalizovaných dětí (Příloha 1). Jejím cílem je zajištění zdravotnické péče všem dětem v prostředí, které odpovídá jejich specifickým potřebám a za podpory osob jim blízkých. Listina uvádí právo na kontakt s rodiči, právo na informace a vlastní názor, právo na důstojnost a soukromí a na prostředí odpovídající potřebám dítěte. Pokud to zdravotní

stav dovoluje, je vždy upřednostňována péče v domácím prostředí. Jak říká první bod charty, do nemocnice mají být děti přijímány pouze v případě, že péče, kterou potřebují, nemůže být v domácím prostředí poskytnuta stejně dobře (Heřmanová, 2012).

1.1.7 Ošetřovatelský proces v komunitě

Ošetřovatelský proces, jako způsob poskytování ošetřovatelské péče, lze využít i při poskytování péče komunitní. Komunita je pak akceptována jako klient, kterému je tato péče určena. Jako každý jiný ošetřovatelský proces zahrnuje pět fází - posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci, vyhodnocení.

Při **posuzování** komunitního zdraví získáváme relevantní údaje, které následně třídíme a analyzujeme. Jsou to zejména demografická data, podmínky bydlení, socioekonomický stav, vzdělání, zaměstnanost, sociální a ekonomické faktory, vyznání, etnická příslušnost, životní úroveň, životní styl, systém a dostupnost zdravotních služeb a další. Získáváme i údaje o vědomostech, hodnotách, normách, potřebách a problémech, které danou komunitu charakterizují. Pokud je identifikován problém, musíme pátrat po jeho příčině a ovlivňujících faktorech. Často je třeba sestavit tým, sestávající se z pracovníků různých oborů, kteří se identifikací a analýzou zabývají společně (Hanzlíková 2007).

Problémy v ošetřovatelském procesu vyjadřujeme pomocí ošetřovatelských diagnóz. Diagnózy podle systému NANDA se zaměřují spíše na individuum než na komunitu, je tedy vhodné vytvořit formu diagnózy použitelnou pro vyjádření komunitního ošetřovatelského problému, která bude zahrnovat i identifikaci a charakteristiku komunity. Jedním ze systémů, které lze použít ve fázi diagnostiky je OMAHA - systém zdravotních problémů v komunitní péči. Jedná se o ošetřovatelskou klasifikaci, která se selektivně orientuje na komunitní zdraví. Nabízí relativně jednoduchá, snadno srozumitelná, na výzkumu založená a počítačovou metodou organizovaná a měřená data o provedených činnostech u nemocného. Systém je založen na dynamické a interaktivní povaze ošetřování nebo procesu řešení problémů, vztahu pacient - zdravotník a konceptu diagnostického usuzování, klinického závěru a zlepšení kvality. Současný systém představuje výzkumem doloženou taxonomii, která je konstruována ke generaci

významných dat obvyklé nebo rutinní dokumentace o poskytované péči. Sestává ze tří komponent (relačních, reliabilních a validních), mezi něž patří schéma klasifikace problémů, schéma intervencí, škálování výsledků. Komponenty poskytují strukturu k dokumentování klientových potřeb a sil ve vztahu ke klinickým intervencím a ve vztahu k měření klientových výsledků jednoduchým a srovnatelným způsobem. Při současném užívání těchto tří komponent je v rámci OMAHA systému možné využít propojení dat klinických s daty demografickými, ekonomickými, administrativními a personálními. Systém je nejen uživatelsky přívětivý, ale generovaná data mohou být sdílena s pacienty a jejich rodinami a umožňují poskytovatelům zdravotní péče jejich analýzu a výměnu. Je využitelný na mezinárodní úrovni (Martin, 2011).

Ve druhé fázi procesu - **plánování** určujeme cíle, výsledná kritéria a intervence. Každému identifikovanému problému je přiřazena priorita. Na procesu jejich určování by se měli podílet i členové komunity. Princip participace je důležitý ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Sestry musí podporovat členy komunity při vyjadřování požadavků a názorů, pomáhat odstraňovat bariéry, které brání ochotě spolupracovat. Někdy je potřeba, aby sestra při plánování spolupracovala i s poradci z dalších oborů. Následně je vytvořen plán komunitní ošetrovatelské péče, kam jsou zaznamenávány jednotlivé činnosti, úkoly, náklady, ale i stanovená zodpovědnost. Součástí plánu je také systém komunikace s komunitou a jejími představiteli a dalšími pracovníky komunitního týmu. Očekávané výsledky vycházejí z důsledného hodnocení a přesné diagnostiky, jsou měřitelné a dosažitelné a zajišťují kontinuitu péče (Jarošová, 2007).

V rámci **realizace** se vykonávají naplánované intervence, dochází k realizaci jednotlivých výkonů a přímých i nepřímých ošetrovatelských zásahů. Mezi nejčastější realizované činnosti v rámci komunity patří koordinace a organizace péče, monitoring, poradenství, edukace, vykonávání ošetrovatelských úkonů, spolupráce s rodinnými příslušníky a institucemi. Uplatňován je jak tradiční přístup péče o zdraví, tak i přístup psychologický, který zdůrazňuje osobní zodpovědnost jedince za chování související se zdravím.

I při **hodnocení** účinnosti naplánovaných a realizovaných aktivit je vhodné zapojit do této fáze procesu členy komunity, aby mohli vyjádřit své názory, spokojenost nebo

nespokojenost. V případě neúspěchu realizovaných ošetrovatelských aktivit je nutné vyhledat příčiny selhání a změřit se na nalezení reálného řešení (Hanzlíková, 2007).

1.2 Novorozenec

Novorozenecké období je v České republice definováno jako čas od okamžiku narození do dvaceti osmi dnů života dítěte. V tomto relativně krátkém období se odehrávají děje, se kterými se v životě jedince již nikdy nesetkáme (Fendrychová, 2011). Abychom mohli definovat fyziologického novorozence, používáme parametry, kterými je charakterizován, a to gestační věk, porodní hmotnost a jejich vzájemný vztah. Normální gravidita trvá 40 týdnů od prvního dne poslední menstruace. Donošený fyziologický novorozenec je narozený v předpokládaném termínu, tedy tři týdny před až dva týdny po termínu (37+0 až 41+6), s normální porodní hmotností 2500 až 4499 g, a jeho hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří. Po narození je každý novorozenec prohlédnut pediatrem nebo neonatologem, který zhodnotí poporodní adaptaci, porodní poranění a případné vývojové vady. Součástí vyšetření je také posouzení všech anamnestických dat. Diagnostický závěr pak určí, zda se jedná o novorozence fyziologického nebo byly objeveny patologie, které vyžadují následnou péči na pracovišti intermediální nebo intenzivní péče (Dort, 2011)

V souvislosti s porodem a poporodní adaptací mohou vzniknout různé patologie či odchylky od normálního stavu, které mohou být patrné ihned, ale také zjistitelné až během dalších hodin a dnů života novorozence. Mezi ty častější patří poranění měkkých tkání hlavy a krku, a to zejména porodní nádor, kefalhematom nebo zhomždění tkání po instrumentálním porodu. Mohou to být také zlomeniny klavikuly a fisury lebních kostí, případně parézy periferních nervů. Novorozence s porodním poraněním je vždy nejdůležitější pečlivě pozorovat. Léčení vyžadují jen vážnější poranění nebo jejich komplikace (Dort, 2011).

Závažnější problém podle Velemínského (2005) představují infekce plodu a novorozence, jež mohou vzniknout kongenitálně, perinatálně i postnatálně. Bývají častou příčinou fetálního a neonatálního úmrtí, mohou poškozovat orgány a zanechávat

trvalé následky a významně zhoršují poporodní adaptaci. Jejich prognóza je i v dnešní době nepříznivá, mortalita je až 25 %. Nejvíce ohroženi jsou silně nedonošení novorozenci.

Nejběžnější změnou v prvních dnech po porodu je novorozenecká žloutenka. Fyziologická hyperbilirubinémie patří mezi nejčastější nálezy i u zcela zdravých novorozenců. Je nekonjugovaná a nehemolytická a je vyvolána změnami v rámci postnatální adaptace, zejména ukončením placentární clearance bilirubinu a sníženou eliminační schopností jater. Současně dochází ke zvýšené zátěži bilirubinem z důvodu kratšího přežívání erytrocytů, nebo jeho hromadění z jiného zdroje. Fyziologická žloutenka se objevuje kolem druhého dne života a mizí do jednoho týdne. Zvláštní případ představuje hyperbilirubinémie kojených dětí, která je vyvolána schopností mateřského mléka některých rodiček inhibovat neznámým způsobem glukuronyltransferázu. Hladina bilirubinu v tomto případě dosahuje vrcholu zhruba ve dvou týdnech a ustupuje až do dvanácti týdnů. Psychomotorický vývoj novorozence ale nijak neovlivňuje (Dort, 2013).

Novorozenecká žloutenka, stejně jako jiné adaptační změny, může však znamenat prodloužení pobytu matky s dítětem na novorozeneckém oddělení. Česká neonatologická společnost dnes doporučuje hospitalizaci fyziologického novorozence v porodnici do dokončených 72 hodin života dítěte. Společně s matkou je uložen na pokoji rooming in, a tím je zajištěn jejich nepřetržitý kontakt. V rámci této krátké hospitalizace neonatolog a dětská sestra sledují jeho poporodní adaptaci, zajišťují kontakt s oběma rodiči, vyšetření pediatrem, screeningová vyšetření, ošetření pupečního pahýlu a spojivkového vaku, aplikaci K vitamínu jako prevenci krvácivé choroby, nácvik a podporu kojení, osvětlu a nácvik péče o dítě. Nedílnou součástí jejich práce je právě časná detekce odchylek od fyziologického stavu (Roztočil, 2008).

1.2.1 Adaptace novorozence

První týden života dítěte se někdy označuje za časné novorozenecké období, které je dobou časné adaptace. Během prvních hodin a dní se musí novorozenec adaptovat na postnatální prostředí, které je zcela jiné než v prostředí v děloze. Roztočil (2008) uvádí, že za normálních fyziologických podmínek u zdravého donošeného novorozence probíhá

adaptace velmi rychle. Bezprostředně po porodu je dítě čilé a aktivní, má dobře vybavený sací reflex a je schopno sání. Pohyblivost je spontánní a zdánlivě neúčelná, tonus mírně zvýšený, pokles teploty minimální. Brzy se normalizuje srdeční a dechová frekvence, prokrvuje se periferie. Velmi časně dítě začíná močit a odchází smolka. I v dalších týdnech novorozenec reaguje především reflexivně a na základě vrozených způsobů chování, které mu usnadňují přežití. Mezi nejdůležitější reflexy, které můžeme pozorovat ihned po porodu, patří reflex pátrací, sací a polykací. Dále je to reflex Moorův, úchopový, vybavení plovacích pohybů, plazivý nebo Babinského reflex. Pokud dítě držíme vzpřímeně nad podložkou, můžeme pozorovat automatickou reflexní chůzi. Uchopení je také výlučně reflexním pohybem, uzavřená ručka s ohnutým palcem je normálním projevem bdícího novorozence. Reflexivní chování novorozence mizí během druhého trimenomu a je nahrazeno reakcemi, které si již dítě uvědomuje a řídí je vlastní vůlí (Hellbruge, 2010).

V psychomotorickém vývoji dítěte během prvního měsíce, pokud probíhá normálně, se v určitých stádiích setkáváme vždy se stejnými typickými vývojovými znaky tělesných a funkčních schopností. Konkrétní znaky jsou charakteristické pro konkrétní období (Hellbruge, 2010). Ke zdárnému vývoji přispívá raná stimulace dítěte, tedy dostatek podnětů z okolí. K těmto podnětům není novorozeně pasivní, naopak některé přijímá aktivně a jiné odmítá (Zacharová a Šimíčková - Čížková, 2011). Zdravý novorozenec leží na zádech, pohybuje se pomocí náhodných a zdánlivě neuvědomělých pohybů, otáčí hlavou ze strany na stranu a v poloze na bříšku se jí snaží zvednout. Držení hlavy v poloze na břicho může být ještě asymetrické. Pohyb se rozvíjí především díky získaným zkušenostem, k jeho vývoji je potřeba dostatek vjemů a podnětů z okolí. (Vojta a Peters, 2010).

Zrakové vnímání v tomto období je omezeno na rozlišení světla a tmy, přibližně na vzdálenost 20 - 30 cm, dítě velmi brzy začíná upřednostňovat lidský obličej. Sluchové vnímání se rozvíjí již v prenatálním období, každý zvuk podobný tomu, co slyšel v období před porodem, je mu příjemný, uklidňující a navozuje pocity bezpečí. Na rozdíl od zraku má sluch velmi rozvinutý, slyší i poměrně vysoké tóny, tato schopnost se ale v pozdějším věku ztrácí. Komunikačním projevem je křik a pláč a různé hrdelní zvuky, které

charakterizují takzvanou. předřečovou fází. Pláč a křik jsou v tomto věku jediným způsobem, jak dát najevo svou nelibost, nesouhlas, jak si říci o uspokojení potřeb. Po čase se právě ti nejbližší, většinou matka, naučí rozpoznat i různé druhy pláče a reagovat na s ním spojené potřeby (Kiedroňová, 2005).

1.2.2 Výživa novorozence

Přirozenou výživou novorozence je kojení. Světová zdravotnická organizace doporučuje výhradně kojit do šesti měsíců věku dítěte a společně s vhodnými příkrmy v kojení pokračovat až do jeho dvou let. Na zasedání WHA v roce 2001 byla tato doporučení rozšířena o požadavek na vzdělávání zdravotníků a zvýšení informovanosti a komunikace o zdravé výživě. V roce 1991 vznikla celosvětová iniciativa Baby Friendly Hospital Initiative, jejímž cílem je zvýšit podíl výlučně kojených dětí na mezinárodní úrovni. Český národní výbor UNICEF inicioval vznik novorozeneckých oddělení přátelských dětem (BHF), jejichž hlavním úkolem je podpora a přirozená motivace žen ke kojení. Podmínkou vzniku BHF je uplatňování Deseti kroků k úspěšnému kojení (Příloha 2), ve kterých WHO/UNICEF shrnulo faktory, kterými zdravotníci ovlivňují úspěšnost kojení. Těmito kroky se řídí zdravotnický personál dotyčných novorozeneckých oddělení (Dort, 2013).

V České republice působí nezisková organizace Laktační liga, jejímž hlavním posláním je podpora, osvěta a propagace kojení v České republice. Ve spolupráci s UNICEF podporou Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) v ČR, což jsou nemocnice dodržující 10 kroků k úspěšnému kojení, vytvářejí speciální laktační centra v regionech, školí laktační poradce z řad zdravotníků a matek, vyučují laktační specialisty v managementu kojení a organizují poradenskou a konzultační činnost pro kojící matky a v neposlední řadě provozují Laktační centrum s Národní linkou kojení. V rámci své činnosti vydávají zdravotně výchovné příručky a časopisy a provozují webové stránky www.kojeni.cz a www.mamita.cz. Na nich mimo jiné vyzývají laickou veřejnost a všechny odborné společnosti, sdružení, nadace a odpovědné státní instituce, aby napomáhaly svými programy a činnostmi vytvářet pozitivní atmosféru vedoucí k podpoře, ochraně a prosazování kojení (Laktační liga, 2015).

Umělá výživa by měla být indikována až po selhání všech snah o zahájení a udržení kojení nebo v případě kontraindikací kojení, jako jsou vrozené poruchy metabolismu dítěte, závažná onemocnění nebo farmakoterapie matky. Výhradně mléčná umělá strava se pak podává do čtyř měsíců věku dítěte (Dort, 2013). Výroba kojenecké výživy se v rámci Evropské unie řídí doporučením Evropské komise pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHN). Formule pro umělou výživu se připravují adaptací kravského mléka. Přestože se technologie výroby stále zlepšují a mléka se přizpůsobují specifickým požadavkům při různých patologických stavech, nedosahují všech výhod mléka mateřského. Vždy se jedná o nedokonalou náhražku, zejména z hlediska imunologického, psychologického a sociálního (Boledovičová, 2013).

1.2.3 Syndrom náhlého úmrtí kojence (SIDS)

Syndrom náhlého úmrtí kojence je definován jako nevysvětlené úmrtí kojence vyplývající z neznámé lékařské abnormality a je obvykle klasifikováno jako přirozená smrt. Oproti tomu náhodné udušení je smrt v důsledku úplného nebo částečného zablokování dýchacích cest s následkem smrti z nedostatku kyslíku a zvýšení oxidu uhličitého. Ve většině případů úmrtí kojenců souvisejících se spánkem je nemožné rozlišit, zda se jedná o SIDS nebo náhodné udušení. Pitevní nálezy jsou podobné a místa úmrtí často odhalí možné faktory, které mohly způsobit dušení, bez jasných důkazů o zablokování dýchacích cest. Nemluvnata umírají nepředvídatelně a náhle, během spánku. Nejčastěji ve věku dvou až čtyř měsíců, deset procent případů tvoří novorozenci do jednoho měsíce a devadesát procent případů se objeví do šestého měsíce věku. Syndrom se objevuje spíše v zimních měsících nežli v letních, častěji postihuje chlapce než děvčata (Krous, 2014).

Jednoznačná příčina tohoto jevu zatím nebyla prokázána, etiologie je předmětem mnohých výzkumů a stále zůstává tajemstvím. Neexistuje ani žádný důkaz o vlivu genetické zátěže na SIDS, nicméně byly pozorovány genetické změny, které mohou zvyšovat citlivost k jeho vzniku. Janov (2012) uvádí, že náchylnost ke vzniku SIDS vzniká spojením několika různých odchylek, které samy o sobě nepředstavují větší problém. Některé průzkumy naznačují například to, že rizikové děti mohly být poškozeny již v děloze. Jedním z rizikových faktorů je prenatální expozice cigaretovému kouři. Jiné

důkazy spojují SIDS s kyslíkovou deprivací a s přehřátím. Starší děti jsou schopny ve spánku změnit svoji pozici tak, aby získali dostatečné množství kyslíku. U novorozenců a kojenců nejsou tyto schopnosti dostatečně rozvinuty, pokud tedy spí na bříšku, tlak na žaludek může omezovat dýchací cesty a způsobovat nebezpečný pokles kyslíku. Kromě toho termoregulační systém nedosáhl zralosti a děti nejsou schopny regulovat svoji teplotu pocením, každé přehřátí způsobené nadměrným oblékáním, balením, ale i okolní teplotou prostředí zvyšuje riziko vzniku SIDS (Arnold, 2015).

Prevence vzniku syndromu zahrnuje několik intervencí. Jednou z nejdůležitějších je kojení. Německá studie pro kontrolu SIDS zjistila, že výlučné kojení v prvním měsíci života dítěte snižuje riziko vzniku na polovinu. Důvodem není ani tak kojení samotné, jako různé faktory s ním spojené. Z toho vyplývá, že kojení je jednoznačně doporučováno. Naprostou samozřejmostí by měl být pobyt dítěte v nekuřáckém prostředí. Již ženy v těhotenství by se měly vyhnout jak kouření aktivnímu, tak pasivnímu, neboť kouření ovlivňuje porodní váhu novorozence i jeho poporodní adaptaci. Z výzkumů zaměřených na rizikové faktory náhlého úmrtí vyplývá, že kouření rodičů významně zvyšuje nebezpečí jeho vzniku, i když přesné důvody nejsou známy. Riziko roste zejména v kombinaci kouření a užívání alkoholu nebo omamných látek (Krous, 2014).

Dle Moonové (2011) je jedním z vhodných preventivních opatření užívání dudlíku během spánku. Mechanismus tohoto ochranného účinku není jasný, uvažuje se o vlivu na autonomní nervový systém a zachování průchodnosti dýchacích cest. Užívání dudlíku nemá nepříznivý vliv na kojení, proto jej lze doporučit. Po šestém měsíci věku ale může zvyšovat riziko vzniku otitid nebo nepříznivě ovlivňovat vývoj dentice, proto je potřeba jeho používání v tomto věku již zvážit.

Nejdůležitější intervencí je bezesporu poloha dítěte ve spánku. Novorozence a kojence ukládáme ke spánku pokaždé na záda až do té doby, než začne svoji polohu samo měnit. Ani poloha na boku není vhodnou alternativou, neboť se z ní může snadno přetočit na bříško. V postýlce je vhodná dostatečně pevná matrace překrytá těsně sedícím prostěradlem. Měkké materiály pod spící dítě nikdy neumistujeme, všechny polštáře a měkké hračky před spánkem odstraníme. Nevhodný je také spánek kojence na

společném lůžku s rodiči. Dítě má mít samostatnou postýlku, která je umístěna poblíž rodičů, aby mohli miminko snadno krmit a utěšovat (Moon, 2011).

Doporučuje se také věnovat pozornost tepelnému komfortu nemluvněte a vyvarovat se jeho přehřátí. Existují důkazy o tom, že je riziko SIDS spojeno s nadměrným oblékáním a přikrýváním kojence a teplotou prostředí. Je jasné, že novorozenci, kteří spí na břiše, mají vyšší riziko přehřátí než děti větší. Velmi nevhodná je také přikrývka hlavy při spánku. Dobře vyvětraná místnost by měla být samozřejmostí. Po mnoho let se také věřilo, že vhodnou strategií bude používání domácích monitorů dechu. Přestože monitoring může být užitečný pro novorozence ohrožené na životě různými patologiemi, jako strategií k prevenci syndromu náhlého úmrtí se používání „baby – senzoru“ nedoporučuje (Moon., 2011).

Velký efekt při předcházení nebezpečí spojených s náhlým úmrtím mají vzdělávací a intervenční kampaně. Pomáhají zmírnit obavy rodičů i ošetřujícího personálu z dušení a aspirace, podávají informace o bezpečném spánku nemluvněte. Iniciativu k informovanosti by měli vyvíjet zejména poskytovatelé primární péče (Moon, 2011).

1.2.4 Vztah matka - dítě

Význam raného kontaktu a následné vytváření vazby mezi matkou a dítětem byly dlouho jen pouhou teorií. Janov (2012) ale dokazuje, že novorozenci bez dostatečného fyzického kontaktu s matkou trpí stresem. Pro popis rozvoje emočního spojení mezi pečovatelskou osobou s dítětem se vžil termín bonding. V jeho důsledku pociťuje matka vůči dítěti silné pozitivní city a je připravena o něj pečovat i na úkor svých vlastních potřeb. U dítěte se vytváří vazba neboli připoutání k pečovateli, která mu dodává pocit jistoty a umožňuje zdravý psychický vývoj. Teorie bondingu má dvě roviny. V první se jedná o neonatální navazování kontaktu a je prezentován zejména technikou přikládání novorozenců matkám na břicho ihned po porodu. Druhým východiskem k definování bondingu je teorie vazby, na jejímž základě dochází k emočnímu připoutání dítěte k matce. Nesporným přínosem bondingu je humanizace porodnictví, neboť intimní kontakt matky s dítětem je rodiči preferován a přináší spoustu výhod. Nicméně příliš horlivé prosazování bondingu může matku vystrašit, vyvolat pocit nejistoty nebo narušit intimitu nově

vzniklého mateřství. Je tedy třeba nahlížet na vývoj pouta mezi dítětem a rodičem z různých úhlů a podpořit rodiče v tom, aby prožili toto období podle svých představ a přesvědčení (Thorová, 2015).

Na vytváření láskyplného vztahu má vliv mnoho faktorů ze strany matky i ze strany dítěte. Velmi významnou složku hraje psychika matky v šestinedělí. Poporodní psychické poruchy jsou nejčastěji výsledkem emociálního stresu souvisejícího s porodem dítěte, fyzickou bolestí, vyčerpáním a hormonálními změnami. V různé formě se vyskytují u 15 - 84 % rodiček (Andraščíková a kol., 2010). **Poporodní blues** je tou nejlehčí formou. Nastupuje 3 - 4 den po porodu a projevuje se různou škálou příznaků, jako jsou plačtivost, úzkost, nespavost, dráždivost. Stav většinou odezní sám, není třeba žádné terapie. **Poporodní deprese** se objevuje nejčastěji v období kolem propuštění z porodnice nebo v prvních dnech pobytu mimo ni. Projevem je bezmoc, neschopnost postarat se o dítě, ale zároveň obava o zdraví vlastní i zdraví novorozence. Zde může hrozit i nebezpečí poškození sebe i dítěte. Nejzávažnější poruchou je **poporodní psychóza**. Dříve používaný pojem laktační psychóza se dnes již nepoužívá, neboť víme, že se jedná o amentní, manickou nebo schizofrenní psychózu v puerperiu, která se v šestinedělí manifestuje jako následek poruchy sekrece neurotransmiterů. Často se projeví u žen s psychiatrickou anamnézou nebo podobnou zátěží v rodině. Taková pacientka musí být léčena zásadně na psychiatrickém oddělení a je vždy třeba myslet i na riziko suicida (Takács, 2015).

Z opačné strany se na vytváření emoční vazby podílí sám novorozenec. Novorozeně je lidská bytost, která má velmi citlivý a silně reaktivní nervový systém, jehož některé části jsou při porodu již plně vyvinuté a funkční a jiné ne nebo jen částečně. Zásadní je, že je schopné vnímat a zaznamenávat spoustu informací. Ihned po porodu by mělo být každé dítě chováno a laskáno, mělo by nepřetržitě vnímat teplo matčina těla, jinak může po celý svůj další život trpět nedostatkem dotyků. V této fázi vývoje má totiž lidská bytost určité potřeby, které je nutné naplnit ihned, jinak to už nebude možné. Dle Janova (2012) sem patří zejména potřeba dotyků a potřeba sát. Uspokojování těchto základních potřeb má také vliv na vývoj osobnosti dítěte. Ten nastává již v tom nejranějším stádiu, podle Freuda orálním, a odehrává se doslova i obrazně právě v mateřském náručí. Dítě si

osvojuje základní důvěru (basic trust), nebo dle Eriksona naději, která je celoživotním základem citových vztahů k těm, na jejichž péči je člověk odkázán. V budoucnu pak z takto získaných základů čerpá sílu k překonání všech nezdarů a pochybností o vlastní hodnotě. Pokud dítě v této důvěře nenalezne hluboký pocit bezpečí, je jeho duševní a osobnostní vývoj ohrožen nejvážnějšími duševními poruchami, jako jsou deprese a paranoi, mnohdy je ohrožen i vývoj tělesný (Thorová, 2015).

Bohužel, existuje řada faktorů, které ovlivňují vytvoření zdravého citového pouta. Jsou to opakované změny osob, které o dítě pečují, odkládání nebo umístění do ústavní péče, depresivní nebo příliš úzkostná matka, týrání, zneužívání, zanedbávání, nesprávné reakce na potřeby dítěte a další. Je jisté, že pokud nejsou z těchto důvodů průběžně naplňovány potřeby dítěte se zájmem a láskou, nemůže jisté citové pouto vzniknout a dítě se nebude normálně psychicky vyvíjet (Vrtbovská, 2010).

1.3 Role dětské sestry při uspokojování potřeb novorozence

Z holistického hlediska lze lidské potřeby rozdělit na biologické, psychické, sociální a spirituální. V praktické rovině se však jednotlivé úrovně vzájemně prolínají. V novorozeneckém věku se setkáváme spíše s potřebami nižšími, ostatní se objevují postupně s vývojem dítěte. Nejdominantnější je v tomto raném období, kromě těch fyziologických, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti (Sikorová, 2011).

1.3.1 Potřeba čistoty - hygienická péče o novorozence

Způsob péče o kůži novorozence se v průběhu doby mění. Stále ale platí, že pokožka tvoří ochrannou bariéru proti infekci, a tak je důležité věnovat péči o ni náležitou pozornost obzvláště v novorozeneckém věku. Podle nejnovějších poznatků není třeba koupat dítě každý den, stačí mu pouze omývat obličej a perineum. Celková koupel je vhodná dva až třikrát týdně. Technika koupele závisí na preferenci a zkušenosti koupajícího. Vhodnou metodou může být sprchování, mydlení na přebalovacím pultu nebo v domácnostech nejvíce oblíbené ponoření do vaničky či kyblíku. Ideální teplota vody by měla být taková, aby se dítě v průběhu koupání nepodchladilo, nepřehřálo, nebo horkou vodou neopařilo, doporučuje se v rozmezí 37 - 40 ° Celsia. Citlivější pokožku myjeme jen vodou bez mýdla, jinak lze použít mýdlo s neutrálním pH nebo olejovou koupel. Častější koupání může způsobovat vysušování pokožky kosmetickými přípravky, změnu pH kůže a následně větší riziko infekcí nebo alergií. (Fendrychová, 2010)

Koupání má být pro dítě bezpečným a příjemným zážitkem. Kromě očistné funkce pomáhá zavést určitou rutinu či rituál v jeho životě. Aby bylo koupání klidné a příjemné, je nutné vytvořit tu správnou atmosféru. Zajistit správnou teplotu místnosti, napustit vaničku vodou vhodné teploty a připravit si všechny pomůcky k ruce. Nikdy nenechávat novorozeně bez dozoru! Při samotné koupeli podpírat dítěti hlavičku a neustále mu povídat o tom, co se s ním děje. Po koupání jej zabalit do připravené osušky a pochovat, a tím nenarušit pocit bezpečí (Hogg, 2014).

Součástí pravidelné hygieny je přebalování a péče o oblast genitálií. Okolí perinea je potřeba nejprve očistit od zbytků stolice nejlépe vodou, případně čistícími ubrousky. Dbáme přitom na to, abychom nezanесли infekci do močové trubice nebo pochvy. Po očištění je vhodné chránit pokožku použitím masti nebo pasty, velmi prospěšné je také nechat při přebalování zadeček dítěte volně na vzduchu větrat. Pleny jsou dnes otázkou volby rodičů, zda používat jednorázové nebo látkové záleží na jejich preferenci. Látkové pleny jsou k zadečku jemnější a ekologičtější. Vhodné je jejich používání zejména u těch dětí, kterým jednorázové pleny nevyhovují a dráždí jim kůži. Látkové pleny se ale musí častěji kontrolovat, aby nebyly mokré (Gregora a Velemínský, 2011). Když miminku měníme plínky, snažíme se s ním neustále konverzovat. Skloníme se nad ně, aby nás dobře vidělo, a povídáme mu o tom, co se chystáme udělat. Je vhodné mít všechny pomůcky při ruce, abychom od dítěte neodbíhali. Možná bude trvat nějakou dobu, než si osvojíme ten správný „grif“, časem si ale najdeme ten nejvhodnější způsob (Hogg, 2014).

Součástí hygienické péče je také ošetřování pupečního pahýlu. V současné době se pupečník přerušuje po jeho dotepání, optimálně mezi druhou a třetí minutou po porodu. Podvaz se provádí svorkou nebo gumou ve vzdálenosti 2 - 3 cm od úponu pupečníku, pupeční pahýl se udržuje v suchu a čistotě. Během tří až čtyř dnů pupeční pahýl zasychá a je možné jej chirurgicky odstranit (Pánek, 2013). Vzhledem ke zkracování doby hospitalizace novorozence v porodnici je trendem současné doby ponechat zbytek pupečníku zaschnout a samovolně odloučit. To trvá někdy až čtrnáct dní. Na ošetřování pahýlu jsou rozdílné názory, ale je třeba vědět, že může být vstupní branou možné infekce. Pokud je mumifikovaný pahýl zcela v pořádku, postačí udržovat jej v čistotě a dokud se jizva nezahojí, není potřebná žádná další speciální péče o něj. Používání alkoholu, zásypů a mastí se rovněž nedoporučuje, dezinfikovat je potřeba pouze ruce osob, které se pahýlu dotýkají, nikoliv pahýl samotný. Projevem případných komplikací při hojení může být zarudnutí, otok nebo sekrece z jizvy. V tom případě je třeba zásah lékaře (Gregora a Velemínský, 2013; Fendrychová, 2011).

U některých novorozenců se druhý nebo další den po porodu objeví výtok z očí a zduřelá víčka. Většinou se jedná o běžný zánět spojivkového vaku, který se rychle vyléčí očními kapkami. Profylaxe se provádí již na porodním sále v rámci prvního

ošetření novorozence, používají se oční kapky Ophthalmo - septonex, dle doporučení České pediatrické společnosti. Protože vývoj slzných kanálků pokračuje ještě v dalších dvou až třech měsících života, může být spojivkový vak vlivem horší drenáže náchylnější k infekci a zánět se může opakovat i po propuštění z porodnice. V tom případě je namístě zásah očního lékaře. Ke zlepšení průchodnosti slzných kanálků často postačí masáž vnitřního očního koutku u kořene nosu prstem, další možností je pak proplach kanálků, ke kterému se přistupuje až kolem třetího měsíce věku dítěte (Gregora a Velemínský, 2011).

1.3.2 Potřeba výživy - kojení

Kojení je nejvhodnější způsob výživy jak pro dítě, tak pro matku. Mateřské mléko je vždy dostupné, má optimální složení, ideální teplotu, je ekonomicky výhodné. Zásadním pozitivem jsou imunologické faktory, prevence civilizačních chorob a hlavně vytváření pevné vazby matka – dítě, a tím podpora zdravého vývoje dítěte (Dort, 2013). Samozřejmě existují situace, kdy žena kojit nemůže. Absolutní kontraindikací je závažné onemocnění matky, například tuberkulóza nebo srdeční selhávání, relativní kontraindikací je infekce HIV. Kojení znemožňuje také agalactie, stav, kdy se mateřské mléko netvoří, ta se ovšem objevuje jen minimálně. Velkým problémem mohou být psychiatrická onemocnění, těžké deprese, které si někdy vyžadají i zástavu laktace, ale i čerstvě vzniklé změny nálad. Ze strany dítěte jsou největší překážkou některé metabolické poruchy, zejména galaktosémie. Kojení může být znemožněno závažnými vývojovými poruchami, anomáliemi obličejové části hlavy nebo gastrointestinálního traktu, poraněním mozku nebo krvácením do mozku a jeho následky (Boledovičová, 2013).

Laktace je přirozený děj, na který se mléčná žláza připravuje po celou dobu těhotenství. Mléko se po porodu začne tvořit pod vlivem prolaktinu podporovaným stimulací prsních bradavek sáním dítěte. Ačkoliv se jedná o fyziologický proces, kojit se musí každá matka naučit. Správná technika je nezbytným základem k úspěšnému kojení a není vždy jednoduché si ji osvojit (Dort, 2013). Nejdůležitějším předpokladem úspěšného kojení je kromě zdraví matky a dítěte a správné hormonální výbavy, což má

95 - 97 % matek, časté a volné přikládání dítěte podle jeho potřeb. Přikládání je třeba provádět správně, tak, aby bylo jednoduché, přirozené a pohodlné pro matku i dítě. I zde platí zákon „nabídky a poptávky“. Čím je dítě hladovější, tím více saje, pokud mu to umožníme, a tím více mléka se tvoří (Laktační liga, 2015).

Novorozence kojíme tak často a tak dlouho, jak si žádá. Zpočátku je vhodné kojení vleže, postupně se přechází i na polohy vsedě. Tělo dítěte je bříškem přitisknuto k tělu matky, hlavička je položená na matčině paži, ústa jsou v úrovni bradavky. Prs je vhodné zespu podepírat prsty a shora palcem vytvářet tvar písmene C, následně jím dráždit okolí úst dítěte, které se otevrou a uchopí prs. Dásně musí obepínat co největší část dvorce a bradavka musí být až za čelisti a směřovat vzhůru k patru. Nos dítěte se volně dotýká prsu, není třeba jej odtahovat, tělíčko je ještě více přitaženo k matce a nožičky se dotýkají jejího břicha (Dort, 2011). O správném přísátí novorozence svědčí poloha jazyka, který přesahuje dolní ret, pohybuje se ve vlnách a současně je slyšet hlasité polykání. Pohyb dolní čelisti doprovází pohyby ušních lalůček. Následkem nesprávného přiložení a přísátí mohou být nejen poškozené bradavky, ale hlavně neprospívající dítě a nespokojená matka (Boledovičová, 2013).

V současné době se kojícím matkám nedoporučuje žádná zvláštní péče o prsy ani bradavky. Nejšetrnějším způsobem ošetřování bradavek je kromě běžné hygieny potírání vlastním mlékem a zaschnutí na vzduchu. Přesto se velká část matek potýká s různými potížemi. Nejčastějším problémem jsou ragády prsních bradavek. Objevit se mohou potíže s malými nebo vpáčenými bradavkami, problémy s retencí mléka, v horších případech až mastitidou (Dort, 2013). Jako prevence plochých nebo vpáčených bradavek jsou nejvhodnější formovače, které lze používat již během těhotenství nebo lze ke kojení používat tzv. klobouček, který se přikládá na dvorec a dítě přes něj lépe saje. Hlavním důvodem ke vzniku ragád je špatná technika kojení, ragády jsou bolestivé a odrážejí maminky od častého přikládání. Pomůže krátkodobá lokální léčba obklady s řepíkem či pantenolem, zásadní je však správný způsob přikládání a změny kojících poloh. Tady přichází opět na řadu pomoc a edukace laktačního poradce. V případě, kdy dochází k retenci mléka a prs je bolestivý, zarudlý a tuhý, je třeba věnovat péči řádnému vyprázdnění prsů buď častým kojením, nebo odstříkáváním mléka. Někdy tento problém

provází i subfebrílie, je tedy vhodné podávat antipyretika. Pokud nastane horečka a problém se prohloubí až v zánět prsu, je někdy nutné nasadit i léčbu antibiotiky. Ani mastitida však není důvodem k přerušení kojení (Dort, 2013).

V dnešní době je většina nastávajících matek rozhodnuta svoje dítě kojít. Toto jejich rozhodnutí je potřeba podporovat prostřednictvím informací a praktické pomoci. Taková podpora by měla pocházet od zdravotníků vzdělaných a znalých nejnovějších poznatků o výživě, technice kojení a faktorů, které jej mohou ovlivnit. S přípravou budoucí matky je potřeba začít již v prenatálním období a pokračovat péčí o ni a její dítě během porodu i po něm (Boledovičová, 2013).

Aby kojení úspěšně pokračovalo i po propuštění matky s dítětem z porodnice, je důležité sdělovat jí ty správné informace, odpovídat na otázky, poskytnout pozitivní psychickou podporu. Jak uvádí Boledovičová (2013), i při dobrém fyzickém zdraví může matka prožívat různorodé negativní emoce, případně podvědomé záporné postoje ke kojení, které mohou laktaci komplikovat nebo dokonce znemožňovat. Velmi výrazně může tento stav ovlivnit i sociální zázemí rodiny, vzájemné vztahy, postoje partnera a okolí nebo ekonomická situace rodin. Jedním z nejdůležitějších intervencí sestry je v tomto případě úspěšná komunikace s kojící maminkou. Vytvořením přátelského prostředí, trpělivostí a vlídným přístupem může sestra docílit pocitu bezpečí, povzbuzením a pochvalou pak zlepšit psychický i celkový zdravotní stav matky. Pozornost musí být zaměřena současně i na novorozence, jeho psychiku a chování. Veškeré ošetrovatelské a terapeutické výkony musí být prováděny v interakci s matkou tak, aby pocítila skutečnou účast a zájem zdravotníka, a o to lépe mohla navázat kvalitní citový vztah ke svému dítěti. Efektivní komunikace je vždy známkou vysoké odborné úrovně dětské sestry (Boledovičová, 2013).

Nejen všechny matky ale i jejich rodiny by měly být edukovány a informovány o pozitivních účincích kojení na zdraví kojence i jich samotných. S přípravou by se mělo začít již v období gravidity, neboť motivace je v tomto období obrovská, a vše, co si v tomto období ženy osvojí, mohou úspěšně použít ihned po porodu. Bezprostředně po porodu totiž psychický stav rodiče neumožňuje učit se něčemu novému, neboť se okamžitě zaměří na vnímání potřeb dítěte. Pokud je však připravena a poučena předem,

snadněji pak zvládá náročnější situace a případné komplikace, které mohou nastat (Boledovičová, 2013).

Edukace rodiček je však důležitá i v období šestinedělí, a to nejen v rámci pravidelných návštěv pediatra, ale i v domácím prostředí. Konkrétní témata, kterými se sestry při edukaci kojících zabývají, jsou zejména techniky kojení, délka jednotlivých kojení, střídání poloh, vzhled a frekvence močení a stolic, „ublinkávání“, meteorismus a žízeň. Někdy je třeba řešit problematiku spavého dítěte, jak jej probudit a udržet bdělé, nebo techniku kojení u slabě sajícího dítěte. Důležité je poučení matek o správné péči o prsy a bradavky, řešení problémů s plochými či vpáčenými bradavkami, vzniklými ragádami, s retencí mléka nebo mastitidami. I odstříkávání mateřského mléka a správný způsob jeho uchovávání a podávání kojenci alternativním způsobem bývá jedním z edukačních témat. Nesmíme zapomínat ani na výživu a životosprávu samotné matky (Dort, 2011).

Zažívací potíže

Již v novorozeneckém věku se setkáváme se zažívacími potížemi, mezi něž patří škytavka, „ublinkávání“, bolesti břicha až koliky a zácpa. Škytavka vzniká podrážděním bránice roztažením žaludku větším obsahem potravy nebo odříhnutím, je u kojenců poměrně častá a většinou přejde sama. Častým jevem je i „ublinkávání“, kdy po napití a odříhnutí nebo při změně polohy dítěte odeče část mléka samovolně koutkem úst. Pokud dítě prospívá, není potřeba se znepokojovat, důležité je však ošetřovat jej tak, abychom zmírnili návrat potravy ze žaludku do jícnu a vyvarovali se tak případné možnosti aspirace. Důležité je dostatečné odříhnutí, v případě nutnosti i během krmení, dítě ukládáme do postýlky a kočárku ve zvýšené, takzvané antirefluxní poloze, krmíme jej častěji a v menších dávkách. U nekojených dětí lze podávat antirefluxní mléka, která jsou více zahuštěná, mateřské mléko lze také zahustit přípravky k tomu určenými. Běžné „ublinkávání“ je nutné odlišit od zvracení, které je oproti tomu příznakem nemoci (Gregora a Velemínský, 2011)

Se zácpou se u kojených dětí setkáváme zřídka, neboť mateřské mléko zajišťuje přítomnost správné mikroflóry ve střevě. Kojené děti mohou mít stolici několikrát denně,

nebo ji nemusí mít několik dní i déle, aniž by se jednalo o zácpu. Při přechodu na umělou stravu se můžeme setkat s objemnějšími a tuhými stolicemi, proto je vhodné upravovat zažívání vhodnými probiotiky a prebiotiky.

Velmi problematickou oblastí jsou kolikovitě bolesti břicha. Jejich příčina není úplně objasněna, jejich maximální výskyt je kolem šesti týdnů a klesá až po třetím měsíci věku dítěte. Projevem jsou náhlé stavy neklidu, podrážděnosti, neutišitelného pláče a křiku, dítě má napnuté břicho, je zarudlé v obličejí a bledé kolem úst. Bolesti se objevují v různou denní dobu, nejčastěji odpoledne a večer, trápí asi dvacet procent kojenců. Pokud je známá příčina, např. nesnášenlivost kravského mléka, pomůžeme dítěti odstraněním této příčiny. Jinak jsou možností léčby zejména režimová opatření (Gregora a Velemínský, 2011). Úprava intervalů kojení, důsledné odřívání, masáže břicha, teplé obklady a chování v úlevové poloze mohou někdy potíže zmírnit, v některých případech pomůže úprava stravy matky nebo podávání probiotik a prebiotik, v případě plynatosti pomohou přípravky proti nadýmání. V každém případě je nutná velká trpělivost rodičů a podpora ostatních členů rodiny (Bajerová, 2014).

Nejzávažnějším problémem, se kterým se v oblasti výživy setkáváme, je neprospívání. Neprospívání je definováno jako stav nedostatečné výživy dítěte. V novorozeneckém věku to znamená nedosahování očekávaných váhových přírůstků, a tento problém je celkem častý. Obtíže s krmením jsou obecně častější u dětí s perinatálními riziky, s nízkou porodní váhou, u dětí vývojově opožděných nebo postižených. Při zjištění problému s výživou je nutné zmapovat složení stravy, počet dávek, chování dítěte u jídla, „ublinkávání“, nadýmání, případně pátrat po projevech alergií, zvážit intoleranci konkrétního mléčného přípravku. Následně zvolené intervence je třeba kontrolovat, a pokud nepřinesou úspěch, pátrat po jiných příčinách, jako jsou metabolické vady nebo onkologické diagnózy. V úvahu musíme brát i riziko non adherence k doporučením lékaře. Pokud však vyloučíme organickou příčinu, původ poruchy je nejčastěji interakční. Roli zde hraje řada různě se kombinujících faktorů, odvíjejících se od chování rodičů, jako je například neadekvátní technika krmení, jejich chybné postoje a názory na správnou výživu nebo kvalita celkové péče o dítě a situace celého rodinného systému. Nebo jsou to faktory na straně dítěte - dráždivost, sociální

reaktivita a podobně. Stav výživy a celkový zdravotní stav dítěte posuzuje lékař. Pokud dojde k hospitalizaci, u většiny dětí se váhový deficit rychle upravuje. Bez intervence zaměřené na rodinu ale patologický styl interakce většinou přetrvává a tím se problém s krmením dítěte opakuje. (Bajerová, 2014).

1.3.3 Potřeba spánku

Novorozenec spí až 20 hodin denně. Nezná rozdíl mezi dnem a nocí. Neví, že i jeho matka potřebuje odpočívat, aby mu pak mohla věnovat svoji energii. Proto mu musíme při vytváření spánkového režimu pomoci. I dítě se potřebuje před spaním zklidnit. Musí se při usínání cítit bezpečně a jistě, potřebuje rodiče, aby je utišili, když se cítí stísněně. Velmi vhodnou metodou ke zklidnění je například večerní koupel. Poté je vhodné uložit je do postýlky ještě před usnutím. Tím rozvíjíme jeho schopnost usnout samo.

Když dítě nemůže usnout, může být přetažené. Jedním ze způsobů jak mu pomoci usnout, je zamezit zrakovým podnětům. Světlo nebo pohybující se předměty jeho zrak stimuluji, proto je vhodné zatemnit pokoj. Také uklidňující zvuky, které jsou podobné těm, které znalo z dělohy, mohou být prospěšné. Je možné děťátku tiše šeptat nebo broukat. V případě nutnosti lze také použít dudlík. Dudlík nahrazuje ústní stimulaci, kterou novorozeně zažívá u prsu matky. Jeho používání zamezí tomu, aby dítě dumlalo prs jen jako uklidňující pomůcku bez sání a pocitu hladu (Hoog, 2014).

Velmi vhodnou metodou ke zklidnění miminka je zavinutí. Před 18. stoletím byla metoda zavinutí dítěte do pleny univerzálně používána po celém světě. I když tato technika vypadá zastarale, je to jeden z nejosvědčenějších způsobů, jak miminko uspat, potvrzený i moderními výzkumy. Studie mimo jiné potvrzují, že kombinace zavinutí a spánku na zádech významně snižuje riziko SIDS. Zavinovačka zabraňuje dítěti převalení se do nebezpečných poloh, riziko by naopak hrozilo, pokud by zavinuté miminko spalo na břiše. Ukazuje se, že poloha na zádech spolu se zavinutím a odkrytou hlavičkou a obličejem jsou nejvhodnějším způsobem pro udržování termoregulace (Hogg, 2014).

V posledních letech se objevují názory dětských ortopedů, kteří používání zavinovaček nedoporučují a kritizují. Dle jejich názoru potřebuje novorozenec a kojeneček

volný pohyb končetin, který umožňuje jejich flexi do fyziologické polohy, správné postavení kyčelních kloubů a potřebný rozvoj svalů. Praktické zkušenosti z neonatologických oddělení však ukazují, že se po zabalení neklidné dítě ztiší a během několika minut usne. Je tedy otázkou, zda právěčasné uvolnění pohybu neznamena pro dítě ztrátu pocitu bezpečí. Pokud dítě není v přímém kontaktu s matkou, může právě pocit bezpečí a jistoty rychle ztráct. Mateřskou náruč je tedy třeba nahradit jiným vhodným hnízdečkem. Novorozenec nepotřebuje a neumí využít neomezenou svobodu pohybu a volný prostor, na jehož konec nedosáhne a jenž způsobuje jeho neklid a nejistotu. Přitom jistota je z psychologického hlediska pro zdárný vývoj dítěte zásadní. Řešením mohou být i různé druhy polohovacích peřinek nebo takzvané pelíšky, které jsou hypoalergenní a termostabilní, zajišťují tedy děťátku tepelný komfort, umožňují potřebnou fixaci končetin ke zdárnému vývoji kyčelních kloubů a poskytují tolik potřebný pocit bezpečí (Čapková a Hak, 2007).

1.3.4. Potřeba bezpečí

Rodina je úplně prvním místem, které by měl být poskytnut člověku pocit bezpečí. To platí pro dítě již od narození. Pokud mu jej rodiče poskytnou, získá dostatečnou sebejistotu, toleranci a schopnost akceptace i do budoucna. Pokud rodiče dítě citově nepřijmou, nepotvrdí mu, že svět je bezpečné místo. Dítě pak bude v celém životě očekávat odmítavé reakce i od všech ostatních, bude se cítit ohrožené a bude se bránit nebezpečí nepřiměřeným chováním (Šamánková, 2011).

Jedním z projevů dítěte, které se cítí ohrožené, je pláč. Pláč je přirozený a zdravý, je spolu se sáním sebeuklidňující schopností nemluvněte. Mívá různé formy a chvíli trvá, než je matka rozpozná. Může znamenat, že má dítě hlad, že je unavené, je mu horko nebo zima, je příliš rozrušené, něco ho bolí nebo jen potřebuje obejmout. Pozornost je třeba zvýšit, pokud pláč trvá více než dvě hodiny u jinak spokojeného dítěte nebo je naopak slabý a kvilivý, případně jej provázejí další změny jako horečka, křeče, ochablost, kožní vyrážky a modřiny. Normální miminko nepláče ze stejných důvodů jako dospělí. Nechce rodičům zkazít večer, pomstít se jim nebo je zmanipulovat. Je to jen jeho způsob jak říct, že něco potřebuje (Hogg, 2014). Úlohou sestry je vysvětlit matce možné příčiny pláče

a podpořit její trpělivost. Plačící dítě neznamena, že je špatný rodič! Aby se miminko uklidnilo, je v první řadě nutné, aby byla klidná matka. Každá žena má právo nevědět co udělat, jak si s něčím poradit, zlobit se, být unavená. V pořádku však není, pokud svoji úzkost či hněv na dítě přenáší.

1.3.5. Potřeba lásky a přijetí

Během prvního měsíce jsou interakce mezi matkou a dítětem předmětem vzájemného poznávání. Matka se učí, jak reagovat na podněty dítěte, postupně se v nich dobře orientuje a naučí se na ně odpovídat tak, aby efektivně uspokojila jeho potřeby. Zároveň se sama cítí schopnější a sebejistější (Gregora a Velemínský, 2011). Vývoj dítěte je ovlivněn zejména tím, co jej bude obklopotvat, jaké péče a interakce se mu dostane od jeho nejbližších. Jeho bezmoc a neschopnost uspokojit samostatně svoje potřeby ho činí zcela závislým na jeho rodičích. Má však schopnost pomocí emocí a pocitů zažívat dobré a uklidňující zkušenosti jako krásné, hodnotné a významné a k jejich zdroji si tak vytvořit dlouhodobý pevný vztah. Podílení se a sdílení těchto příjemných zkušeností je jádrem citového pouta, které se vytváří mezi dítětem a rodičem (Vrtbovská, 2010).

Jedním z nejdůležitějších úkolů dětské sestry je podpora rodičovské role a posilování vzájemných vztahů matka - otec - dítě. Ačkoli se zdá, že se důležitost mateřské role v dnešní době dostává do pozadí, aby umožnila vést svobodnější život a budování kariéry bez zodpovědnosti za jiného člověka, role matky je z mnoha hledisek stále jednou z nejdůležitějších v životě ženy. Zejména v počátečním období lidského života je nezastupitelná, a to z hlediska biologického, psychologického, emocionálního, sociálního a výchovného (Biermann, 2006). Novorozenec se stává středem života matky, její postavení se pojí s novými povinnostmi a odpovědností. Žena se musí vyrovnat nejen s fyzickou únavou a labilní psychikou, ale také s přijetím nového člena rodiny, který je na ní naprosto závislý a svoji libost či nelibost projevuje pouze křikem. Základním předpokladem pro vznik vazby k nové bytosti je synchronicita v interakci s ním, a ta je ovlivňována právě připraveností na mateřství, osobní zralostí ženy, psychickou pohodou či nepohodou, sebedůvěrou, kvalitou partnerského vztahu a také sociálním a ekonomickým zázemím (Bowlby, 2010).

Ztotožnění se s rolí matky a její přijetí nemůže být nijak vynuceno. Může nastat situace, kdy žena vystupuje ve společnosti jako vzorná matka, ale vnitřně není s touto rolí smířena, což nerozpozná nikdo jiný, než právě její dítě. Téměř všechny matky procházejí různými fázemi nejistoty a psychické přijetí nové role přichází postupně. Přijetí dítěte musí vycházet z jejího přesvědčení, a přestože zásadní úlohu hraje podpora rodiny a partnera, nedokáže změnit vnitřní nastavení ženy. Pokud se jí nepodaří přijmout některý z aspektů mateřství, nastává nutně pocit psychické nepohody, který může vést až k závažnějším psychickým problémům (Biermann, 2006).

Muži mají po dobu těhotenství a následné péči o novorozence jinou roli než je matčina. Všechno se pro ně mění. Vztah k partnerce, vztah k dítěti, organizace volného času, zodpovědnost. I otcové jsou spoluzodpovědní za fyzický, psychický a emocionální vývoj dítěte. To, jak otec vnímá rodičovství, jak se podílí na zvládnání společných situací a potíží v období po porodu, může ovlivnit i kvalitu partnerského vztahu. Je potřeba brát tatínky jako hlavní oporu žen a novorozenců, zdůrazňovat důležitost jejich role pro matku a dítě, povzbuzovat je, aby se podíleli na všech oblastech péče o dítě. Určitým způsobem mohou být zapojeni i do problematiky kojení. Zároveň nesmíme zapomínat na jejich vlastní potřeby, jejichž uspokojováním se posilují vztahy v rodině (Andraščíková a kol. 2010). To, zda se otec aktivně zapojí do péče o dítě v prvních šesti týdnech po porodu, závisí mimo jiné na tom, jak intenzivně a pozitivně prožívá období těhotenství. Již v této době potřebuje získat pocit zodpovědnosti, účasti a osobní významnosti (Redshaw a Henderson, 2013). Ne každému muži se ale podaří přijmout roli otce a prožívat otcovství aktivně, angažovaně a se zájmem. Pro někoho se může tato situace stát natolik náročnou, že může vést až k rozpadu nově vzniklé rodiny (Pihalakoski et al, 2013).

Jak dobře budou muži připraveni na svoji roli otce a jak ji zvládnou, se odvíjí také od jejich přípravy na novou situaci. Ta by mohla probíhat podobně jako u budoucích maminek v rámci prenatální přípravy. Vhodné jsou také návštěvní služby v domácnostech a setkávání se s porodními asistentkami. I budoucím otcům by mělo být umožněno klást otázky a účastnit se aktivit spojených s porodem a s péčí o novorozence (Bauer, 2013).

1.4 Role dětské sestry v komunitním ošetřovatelství

U sestry pracující v oblasti komunitní péče o děti a rodiče se předpokládají a vyžadují určité specifické vlastnosti. Důraz je kladen na charakter, etické a profesionální chování, emoční a sociální inteligenci. Neméně důležité jsou profesní znalosti z oblasti medicíny, psychologie a pedagogiky, v neposlední řadě pak komunikační schopnosti, interpersonální a poradenská zručnost. Pozitivní vztah k dětem, umění zvládat jejich neočekávané reakce a dokázat je i ve správnou chvíli pohladit a povzbudit hraje zásadní roli při získávání důvěry nejen malého pacienta, ale i jeho rodičů (Sikorová, 2012).

1.4.1 Role dětské sestry v rámci ordinace dětského lékaře pro děti a dorost

V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost je týmová spolupráce ve složení lékař a dětská sestra nezbytná, jejich činnosti se doplňují. Sestra zajišťuje plynulý chod praxe, podílí se na organizačních, administrativních a odborných činnostech. Vytváří podmínky pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče, a to primární, preventivní i speciální (Sikorová, 2012)

Preventivní opatření zaměřená na novorozence rozdělujeme klasicky na prevenci primární, sekundární a terciální a zahrnujeme pod ni péči o správný průběh novorozeneckého období včetně adaptačních procesů, podporu kojení, ochranu před infekcí, zvýšenou péči o hypotrofní a nedonošené novorozence a včasné odhalení a léčbu vrozených vývojových vad. Dětská sestra se podílí na aktivitách na všech úrovních preventivní péče. **Primární prevence** zahrnuje podporu správného růstu a vývoje dítěte, ochranu jeho zdraví a předcházení nemocem, podporu pozitivních vztahů v rodině. **Sekundární prevence** se zaměřuje na ulehčení péče a léčby již existujících zdravotních problémů dítěte a eliminaci možných komplikací, organizaci dispenzarizace. **Terciální prevence** vytváří opatření k podpoře a adaptaci dítěte na chronický stav, usiluje o zabránění opakování problémů a dalšího zhoršování zdravotního stavu (Andraščíková a kol. 2010).

Prevence je základem nejlepší lékařské péče. Pravidelné kontroly, očkování, screeningová vyšetření, výchova k péči o zdraví a osvěta jsou základem boje proti

nemocem. Systém pravidelných preventivních prohlídek je v ČR velmi dobře propracovaný, jejich obsah a časové rozmezí uvádí Předpis č. 3/2010 Sb. Do devatenácti let věku je praktický lékař pro děti a dorost povinen vykonat devatenáct preventivních prohlídek, z nichž se téměř polovina uskuteční v prvním roce života. První prohlídka a vyšetření proběhne po návratu domů z porodnice. Pokud vše probíhá bez komplikací, následují další dvě návštěvy pediatra v novorozeneckém období, a to ve čtrnácti dnech a v šesti týdnech věku. Do roka pak dítě absolvuje dalších šest prohlídek (Gregora a Velemínský, 2011).

Všechny aktivity, které jsou součástí pravidelných prohlídek, vyžadují úzkou spolupráci pediatra a dětské sestry. Obsahem prvních návštěv je založení a vedení dokumentace při převzetí dítěte do komplexní péče, získání anamnestických dat rodičů a ostatních členů rodiny, fyzikální vyšetření včetně posouzení stavu růstu, výživy a psychomotorického vývoje, zjišťování a posouzení zdravotních a sociálních rizik. Následuje diagnostická rozvaha a její závěr, poučení a edukace rodičů o výživě, režimových a preventivních opatřeních, případně psychoterapeutický rozhovor, jedná-li se o dítě z nepříznivého rodinného nebo jiného sociálního prostředí, případně o dítě ohrožené poruchami zdravotního stavu. První prohlídka by měla proběhnout do dvou dnů po propuštění dítěte z porodnice, a to nejlépe v jeho domácím prostředí, aby bylo možné posoudit vliv rodiny a prostředí na zdárný vývoj novorozence (Sikorová, 2012).

1.4.2 Role dětské sestry v péči o novorozence v domácím prostředí

Péče o novorozence v podmínkách komunity by mělo být jednou z nejvýznamnějších složek pediatrické péče. Jejím základem je poskytování kvalitních služeb zejména pro rizikové skupiny, upevňovat, udržovat a rozvíjet tělesné a duševní zdraví dětí (Andraščíková a kol., 2010).

Dětská sestra pracující v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost se podílí na komplexní léčebně - preventivní péči o novorozence. Součástí jejich aktivit jsou domácí návštěvy, kde vykonává preventivní péči v klíčovém období vývinu dítěte, jehož součástí je péče o správnou výživu a hygienu, sledování optimálního psychosomatického vývoje dítěte, hodnocení jeho zdravotního stavu, sledování doporučených

léčebně - preventivních opatření a vedení zdravotnické dokumentace. Zásadní je edukace matky a ostatních členů rodiny ve správném ošetřování dítěte a podpora přirozené výživy kojením (Boledovičová, 2010). V domácím prostředí je třeba novorozenci zajistit příčinné prostředí ke zdravému růstu a vývoji. Úlohou dětské sestry přicházející do domácího prostředí je nejen monitorovat, ale aktivním přístupem přispívat k vytváření ideálního zázemí pro matku a dítě. Vlastní návštěva rodiny je zpravidla uskutečněna na doporučení zdravotnické nebo sociální organizace. V některých situacích si tuto službu vyžádá rodina sama, v případě narození dítěte by měla být iniciována samotnou sestrou. Další návštěvy pak vyplývají z aktuální situace rodiny a bývají výsledkem dohody mezi ní a sestrou. Nejčastějšími důvody takových návštěv bývá případový management, posuzování potřeb a problémů, poradenství, výuka ke zdraví, vykonání lékařských indikací, kontrola pokračování v nasazené léčbě a péči (Jarošová, 2007).

Doba pobytu matky s novorozencem v porodnici se v posledních padesáti letech stále zkracuje. Tento trend přináší několik výhod, jako je lepší navázání vztahu matka - dítě v domácím prostředí, snížení rizika iatrogenních infekcí a snížení nákladů na péči ve zdravotnických zařízeních. Existují ale i obavy z předčasného propuštění, neboť řada problémů souvisejících s adaptací novorozence vyvstává dva a více dní po narození. Patří sem hlavně problematika kojení, které se plně rozvíjí až třetí den. Špatná výživa, úbytek hmotnosti nebo jiné problémy s krmením jsou nejčastějším důvodem následného přijetí novorozence k hospitalizaci. To vyvolává otázku, zda se kojícím matkám dostává v tak krátkém čase dostatečné podpory a pomoci při kojení a péči o dítě (Kotwal a Anodiyil, 2008).

Přestože má posouzení zdraví a vývoje dítěte v domácím prostředí nezastupitelný význam, dětské sestry docházejí v současné době do rodin minimálně. Důvodem může být neexistence standardizovaných postupů jak třídit a interpretovat údaje získané při těchto návštěvách. Jistým problémem bývá také nedůvěřivost rodiny nebo její neochota k odkrývání soukromí. To je v dnešním světě normální jev, se kterým musí sestra počítat a rytmus sblížení přizpůsobit jejím potřebám (Sikorová, 2012).

1.4.3 Role dětské sestry v komplexní péči o rodinu

Pojem rodina není v současné době jednoznačně definovatelný. Přestože ji stále považujeme za základní sociální jednotkou společnosti, dalo by se spíše mluvit o rodinném soužití. Jedná se o skupinu lidí, kteří se podílejí na společné charakteristice a různým způsobem jsou závislí jeden na druhém. Plní funkci reprodukční, ochrannou, výchovnou, kulturní, společenskou a ekonomickou. Jádrem tohoto soužití je ale především vazba citová (Matoušek, 2013). Stále častěji se kromě klasické nukleární rodiny objevuje soužití nesezdaných partnerů, single rodičovství nebo homosexuální partnerství. Rodičovské pouto je možné pokládat za významnější než partnerství, protože biologické rodičovství nelze zrušit, to je na rozdíl od partnerského pouta definitivní. Komunitní sestra se při své práci setkává s různými typy rodin a soužití a měla by být schopna přizpůsobit se charakteristice a různorodosti těchto sociálních skupin. (Jarošová, 2007).

Domácí návštěvy byly v minulosti zaměřené právě na těhotné ženy, novorozence a děti. Působení sestry přímo v rodině a komunitě umožňovalo přizpůsobit péči skutečné situaci v konkrétní rodině a naplnit tak hlavní cíl - podporu zdraví rodiny (Jarošová, 2007). V rodinném prostředí je úlohou dětské sestry hodnotit a podporovat efektivní uspokojování potřeb dítěte v oblasti fyziologické, psychosociální a duchovní, chránit zdraví a předcházet zdravotním problémům v rodině a podporovat a upevňovat pozitivní vztahy mezi rodičem a dítětem. Sestra se nejprve zaměřuje na rodinu jako celek, potom na dítě jako její součást. Svým působením na jednoho člena rodiny obvykle ovlivňuje rodinu celou a naopak (Sikorová, 2012). Konkrétní intervence vykonává v součinnosti s rodinou, ale vždy ve prospěch novorozence. Nemůže členy rodiny oprostít od jejich povinností, ale měla by je podpořit a pomáhat při snaze o zvládnutí náročné péče o nového člena rodiny a vcítění se do role rodiče (Andraščíková, 2010).

Služby, které může komunitní sestra rodině nabídnout v období příchodu nového člena do rodiny, se zaměřují na zvládnutí celého poporodního období posilováním vzájemných vztahů v rodině a snahou o udržení krátkodobého i dlouhodobého dobrého stavu rodičů, dítěte a celé rodiny. Sestra posuzuje vývoj rodičů týkající se výchovy dítěte, životních změn, přizpůsobování se novým situacím a jejich zvládnutí a vliv fyzických,

psychosociálních a dalších faktorů na tento vývoj. Pomáhá budovat blízký fyzický a emocionální vztah matky s dítětem, posuzuje kvalitu interakce mezi nimi a bezpečnost vzájemné vazby. Podněcuje rodiče ke spolupráci a dělení se o povinnosti při péči o dítě, zapojuje ostatní členy rodiny do činností spojených s narozením dítěte a hodnotí jejich reakce. Organizuje a podporuje edukační programy a aktivity nabízející výměnu informací a v neposlední řadě kontroluje dlouhodobé výsledky rodin (Andraščíková, 2010).

1.4.4 Role dětské sestry jako edukátorky a poskytovatelky informací

Nedílnou součástí práce sestry je poskytování informací v rámci kompetencí a edukační činnost. Aby byl způsob podávání informací efektivní, musí sestra disponovat výbornými komunikačními schopnostmi. **Komunikace** má ve zdravotnictví zásadní úlohu při vytváření důvěry pacienta k možnostem medicíny a ošetřovatelství, předchází nespokojenosti a zabraňuje stížnostem. Může žádoucím způsobem urychlit a zkvalitnit proces léčby. Mezi nejdůležitější požadavky na zdravotníky patří důsledné dodržování etických aspektů komunikace, úcta a respekt k lidské důstojnosti, ochrana soukromí a respekt k názorům klienta a jeho životu (Bužgová, 2009).

Komunikace s rodiči dítěte, potažmo novorozence, patří mezi nejnáročnější a má svá specifika. Mezi ta nejdůležitější patří zvolit vhodný způsob podání informací, umožnit rodině aby se dostatečně vyjádřila, kontrolovat, zda informaci přijala a pochopila, sledovat reakci a odezvu na ni, vyjádřit pochopení a podporu. Dětské sestry mají v kontaktu s rodiči nezastupitelnou úlohu, mají většinou dobrý přehled o individuálních potřebách dítěte a o kvalitě rodinného prostředí. Mohou včas zachytit signály o možných problémech v rodině, poskytnout doplňující informace o potřebách dítěte a odpovědět na otázky týkající se péče o zdraví. Vzájemná výměna názorů provázená trpělivostí, ochotou a zájmem vede ke vzájemnému uspokojení ze spolupráce (Vitoň a Velemínský, 2014).

Mercer (2006) tvrdí, že každá matka je ovlivněna v tom, co chce vědět, svými vlastními životními zkušenostmi a charakteristikami svého kojence. Informace se k maminkám dostávají z různých zdrojů. Pokud se při péči o dítě nesetkávají se závažnějšími problémy, pak jejich různorodost a nepřesnost nepředstavuje problém.

Prvotní informace pocházejí nejčastěji od přátel a rodiny, jejichž podporu a povzbuzení matka potřebuje, ale ani rodina nemusí představovat vhodný zdroj pro informace a diskuzi. Neformální zdroj emocionální a fyzické podpory představuje zejména otec dítěte, nicméně jako rádce při péči o děti jej ženy neshledávají příliš užitečným (Sink, 2009).

Stále významnějším zdrojem informací se stávají média, a to zejména internet. Jeho výhodou je anonymita, okamžitý přístup a množství služeb, které nabízí. Není proto divu, že jej ženy hojně využívají. Masivní množství informací může být ale na škodu, některé z nich jsou chybné nebo zastaralé, je tedy potřeba jejich důsledné třídění (Romano, 2007).

Formálním zdrojem informací jsou samozřejmě odborníci, lékaři a sestry. Mnohé matky vnímají jako užitečnější získávání informací již v prenatálním období, například formou předporodních kurzů, podobnou potřebu mají ale i před propuštěním z porodnice, kdy jim personál musí poskytnout příležitost pro diskuzi a odpovědět na jejich otázky. Mezi nejžádanější témata k diskuzi patří kojení, péče o úzkostné dítě a režim spánku. Po propuštění z porodnice hrají důležitou roli kontakty s dětskou sestrou, ať už telefonické nebo prostřednictvím domácích návštěv. Sestra hraje důležitou roli v poskytování informací, pomoci a výuce v prvním týdnu po porodu, pomáhá rodičům identifikovat problematické otázky, řeší aktuální problémy a poskytuje pocit jistoty. Některé maminky však nerady obtěžují zaneprázdněné zdravotníky a raději se svými dotazy vyčkají do další pravidelné návštěvy pediatra (Sink, 2009).

Další příležitostí pro poskytování informací o péči o dítě po porodu by mohl být rozvoj komunitních center, která vzdělávají a podporují těhotnou ženu a následně i novou rodinu. Tento typ prostředí by mohl být interdisciplinární a poskytovat komplexní služby od početí, přes porod až k péči o kojence (De Vries, 2007).

Stále více se rozvíjející oblastí ošetrovatelské péče je edukační činnost sestry. Pojem edukace je v českém jazyce vyjádřen slovy výchova a vzdělávání, která se navzájem prolínají a nelze je oddělovat. Jde v podstatě o soustavný proces ovlivňování myšlení a chování jedince tak, aby se navodily pozitivní změny v jeho postojích a dovednostech. V případě komunitního ošetrovatelství se zdravotníci zaměřují na tzv. cílovou

uživatelskou skupinu, které je edukace plánována individuálně na základě její potřeby (Juřeniková, 2010).

Pozitivní změny u jednotlivce nebo skupiny edukátor dosáhne, využije-li výchovně - vzdělávací stránku edukace, která je součástí didaktiky ošetrovatelství. Ta je zaměřena na obsah, metody, formy, didaktické prostředky a jejich využití ve výchovně - vzdělávacím procesu. Mezi základní didaktické zásady patří zásada komplexního rozvoje studenta, zásada názornosti, přiměřenosti a soustavnosti, zásada individuálního přístupu, zásada vědeckosti, zásada spojení teorie s praxí, zásada uvědomělosti a aktivity, zásada operativnosti (Taliánová a Řeřuchová, 2011).

Významnou roli v edukaci rodiny novorozence hraje osobnost edukátora. Na základě jeho přístupu by mělo být dosaženo zvýšené edukační a evaluační úrovně, což ovlivní erudici klienta. Mezi edukátorem a edukantem vzniká během edukace vztah založený na jejich vzájemné interakci, jejímž předpokladem je dodržování zásad sociální komunikace. Vztahy během edukace ovlivňuje psychostruktura, která se týká osobnosti edukátora a edukanta a zároveň jejich vzájemných vztahů v rámci sociokultury (Kuberová, 2010). Kromě osobnostních předpokladů musí ovšem sestra - učitelka disponovat také předpoklady profesními. Základem jsou hluboké odborné znalosti daného tématu, komunikační schopnosti, motivační, prezentační a organizační dovednosti, kreativnost, samostatnost a angažovanost, pedagogické a psychologické dovednosti (Sikorová, 2012).

Aktivity sestry v rámci edukačního procesu jsou vymezeny Vyhláškou 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle této vyhlášky edukuje všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace pacienty a jiné osoby v ošetrovatelských postupech včetně přípravy informačních materiálů. Dětská sestra edukuje rodiče nebo jiného zákonného zástupce v ošetrovatelské péči a výchově dítěte v jeho jednotlivých vývojových obdobích, a to zejména ve výživě a kojení, hygieně, preventivních prohlídkách a dispenzární péči. Porodní asistentka může podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence včetně kojení a předcházení komplikacím s ním spojeným. Komunitní sestra nemá touto vyhláškou konkrétně vymezeny edukační činnosti, nicméně mezi její kompetence patří integrovaná a preventivně zaměřená péče

o jednotlivce a skupiny ve vlastním socio - kulturním prostředí dle §54, a mezi ně můžeme edukaci spolehlivě zařadit (Vvhláška 55/2011).

Edukace, jakožto výchova a vzdělávání, má výsostné postavení mezi aktivitami dětské sestry v primární a komunitní péči. Cílem edukace je utváření a formování uvědomělého chování a konání jedince i skupiny vedoucí k podpoře zachování nebo obnovení zdraví. K úspěšné edukaci musí mít setra odborné kompetence, profesní a pedagogické předpoklady a společensky vysoký morální profil a žádoucí hodnotovou orientaci (Sikorová, 2012).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, s jakými problémy v péči o novorozence v domácím prostředí se matky potýkají a jak je řeší.

Cíl 2: Prozkoumat, jakým způsobem se dětské sestry podílejí na komunitní péči o novorozence.

2.2 Výzkumné otázky

- 1.** Jaké oblasti péče při ošetřování novorozence považují matky za problematické?
- 2.** Jakou podobu komunitní péče o novorozence matky preferují?
- 3.** V jakém rozsahu poskytují dětské sestry ošetrovatelskou péči novorozenci po propuštění z porodnice?
- 4.** Ve kterých oblastech ošetrovatelské péče o novorozence pocítují dětské sestry nedostatky?
- 5.** Jaký způsob komunitní péče považují sestry za efektivní?

3 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní metoda. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor je metoda založená na ústním způsobu výměny informací mezi výzkumníkem a respondentem, uskutečňovaným na základě určitého plánu a prostřednictvím otázek. Umožňuje shromažďování údajů při přímém kontaktu výzkumného pracovníka s respondentem (Boledovičová a Matulay, 2007).

Rozhovor obsahoval deset otázek, které byly zaměřeny na problematiku domácích návštěv poskytovaných dětskou sestrou. Zajímaly nás preference matek novorozenců ohledně poskytování ošetrovatelské péče a poradenství v rodinách i názory dětských sester na jejich možnosti v této oblasti. Kromě věcných položek jsme zjišťovali i demografické údaje ohledně věku, vzdělání, bydliště a způsobu porodu u respondentek z řad matek, u sester nás pak kromě věku a vzdělání zajímala také dětská specializace, délka praxe v ordinaci PLDD a účast na laktačním poradenství.

Témata k dotazům byla předem připravena, konkrétní podoba otázek se pak odvíjela od situace a směru, kterým se rozhovor ubíral tak, abychom získali informace odpovídající výzkumným otázkám. Následně byla provedena kvalitativní analýza a kategorizace zjištěných dat.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

V první fázi výzkumu byly vytvořeny dva výzkumné vzorky. Jeden tvořily matky novorozenců, kritériem zařazení byla péče o dítě do 28. dne života. Celkem bylo osloveno devět matek, z nichž dvě se rozhodly výzkumu nezúčastnit. Ostatní byly ujistěny o tom, že získané údaje budou použity pouze pro účely této práce.

Ve druhém výzkumném vzorku byly dětské sestry, které pracují v ambulancích praktického lékaře pro děti a dorost. Kritériem pro jejich výběr byla praxe v ordinaci trvající alespoň rok a ochota spolupracovat. Šetření se zúčastnilo šest sester z okresu Rokycany, všechny byly rovněž ujistěny o anonymitě.

Ve druhé fázi jsme oslovili také dětskou sestru pracující v novorozenecké poradně, která je provozována dětským oddělením nemocnice v Rokycanském okrese. Během rozhovorů s matkami vyšlo najevo, že některé z nich navštěvovaly právě tuto poradnu, proto bylo důležité zjistit, jak významnou úlohu hraje činnost této ordinace v propojení péče o novorozence z ošetrovatelského hlediska.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující části diplomové práce prezentujeme výsledky výzkumu. Uvádíme přehled identifikačních údajů respondentek jednotlivých výzkumných vzorků a analýzu rozhovorů s respondentkami.

4.1 Výsledky rozhovorů s matkami

Tabulka 1 Identifikační údaje matek

Respondentka/ matka	Věk	Vzdělání	Bydliště	Dítě	Porod
M1	25 let	vyšší odborné	venkov	první	přirozený
M2	38 let	středoškolské	město	první	přirozený
M3	31 let	vysokoškolské	město	první	sekcí
M4	24 let	středoškolské	město	první	přirozený
M5	29 let	středoškolské	město	první	sekcí
M6	34 let	vysokoškolské	venkov	druhé	přirozený
M7	41 let	středoškolské	město	druhé	přirozený

Zjistili jsme, že ve vzorku matek se věk pohyboval od 24 do 41 let a průměrný věk byl 31,71 let. Podle vzdělání mělo pět respondentek středoškolské vzdělání, jedna vyšší odborné a jedna vysokoškolské. Ve městě žilo pět respondentek a na venkově dvě respondentky. Ze sedmi dětí bylo pět prvorozených a dvě byly druhorozené. Způsob porodu byl u pěti respondentek přirozený vaginální a ve dvou případech sekcí.

Rozhovor – matka 1 (M1)

První oslovenou matkou byla pětadvacetiletá prvoroďička, absolventka vyšší odborné školy. Je vdaná, žije s manželem na venkově. Jejím prvním dítětem byl chlapec, který se narodil donošený, v termínu a bez komplikací. Rozhovor probíhal v poklidné, téměř přátelské atmosféře.

Na první otázku ohledně informací o zdravotní péči poskytované novorozenci po propuštění z porodnice odpověděla velmi stručně. Věděla o tom, že první návštěvu udělá její pediatr doma a dále bude s dítětem častěji docházet na kontroly na středisko. Četla o tom v brožuře, kterou získala od gynekologa, něco si zjistila na internetu, ale přesnou představu o tom, co ji čeká, neměla. V porodnici strávila tři dny a na otázku „*Jaká je podle vás ideální délka pobytu matky a novorozence v porodnici?*“ odpověděla, že by stačilo i 48 hodin, pokud by se nevyskytly nějaké problémy. „*Já jsem měla problémy s kojením, ale myslím, že to, jak dlouho jsem byla v porodnici, na to nemělo žádný vliv.*“

Po narození dítěte se nejvíce bála toho, aby bylo dítě zdravé a aby mohla kojit. „*Všude kolem mě se mluvilo o tom, jak je to pro dítě dobré a já chtěla kojit hrozně moc.*“ Největším problémem v prvních týdnech života novorozence byl pro ni nakonec právě nedostatek mateřského mléka, takže řešila nejdříve dokrmování a nakonec úplný přechod na umělé mléko. „*V podstatě celý první měsíc se točil jen kolem kojení a jídla, na nic jiného jsem neměla čas ani myšlenky*“ říká matka. Právě kvůli nedostatku mateřského mléka byla respondentka v telefonickém kontaktu s laktační poradkyní. Doporučila ji kamarádka, která je zdravotní sestra, a společně doufaly, že to kojení nakonec nějak zvládnou. Poprvé poradkyni zavolala matka a pak se dvakrát ozvala poradkyně sama. Radila, jak zjistit, jestli má dostatek mléka, protože chlapec stále plakal a vypadalo to, že má hlad. Nakonec si domů pořídili váhu a zjistili, že mléka je opravdu málo a je potřeba začít dokrmovat. Pak se to celkem rychle zlepšilo a postupně úplně přešli na umělou stravu. „*Mrzelo mě hrozně, že nekojím, ale syn byl konečně klidný a spokojený, tak jsem se uklidnila i já.*“

S prvním kontaktem s pediatrem byla respondentka velmi spokojená. Prohlídka proběhla v domácím prostředí, lékařka přijela k nim domů i se sestrou po telefonické domluvě. Novorozence prohlédla, poučila rodiče o kojení a příkrmování, o péči o pupík

a kůži a o koupání. Návštěva byla dostatečně dlouhá, lékařka věnovala patřičnou pozornost všem dotazům. Na další prohlídku si pak pozvala dítě s matkou do ordinace. „*To jsem ale ještě s kojením neměla takový problém*“ nezapomněla matka podotknout.

K otázce ohledně zdravotní péče o dítě v prvních týdnech po narození se vyjádřila velmi rozhodně, že první návštěva lékaře by měla probíhat doma, ale vhodné by bylo mnohem více návštěv v domácnosti, protože by se zamezilo kontaktu s nemocnými dětmi v poradně. Přesto, že je lékařka zvala do poradny na čas, kdy tam neměly nemocné děti být, stejně se kontaktu s nimi úplně nevyhnuli. „*Hlavně by to možná znamenalo víc času na to, abychom probraly všechno, co by mě zajímalo.*“ dodala.

O poradenství a návštěvní službě poskytované dětskou sestrou v rámci komunity si matka myslí, že by rozhodně nebyla na škodu a ona sama by určitě uvítala, kdyby ji sestra navštívila a při kojení poradila. Sama měla laktační poradkyni pouze na telefonu a jako prvorodička byla hodně nespá a nejistá. To, co jí ukázaly sestry v porodnici, jí k úplnému klidu nestačilo. Kromě toho potíže s kojením se vystupňovaly právě až doma. Domnívá se, že úplně ideální by bylo, kdyby dětská sestra pracující v ordinaci praktického lékaře mohla zároveň chodit na návštěvy domů a byla by i laktační poradkyní. Tím by se všechno propojilo, dobře by znala celou rodinu a mohla nejlépe poradit.

Závěrem nás zajímal názor na existenci center, kde by se matky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra. „*Možnost docházet k dětské sestře pro radu bych také uvítala, ale v prvních měsících života miminka raději individuálně, než skupinově.*“ řekla respondentka. Nedovede si ale představit, jak by to fungovalo v reálu, protože bydlí na vesnici, a tam by se asi takové centrum neuplatnilo. Dojíždět s novorozencem do města jí připadá náročné. „*Každopádně jakákoliv možnost poradit se se sestrou, ať už v nějakém centru, doma nebo někde jinde, je určitě skvělá věc, hlavně když nastane nějaký problém, se kterým si nevíte rady. Důležité by ale bylo, aby taková pomoc byla dostupná pořád, nejlépe 24 hodin denně.*“

Rozhovor – matka 2 (M2)

Druhou respondentkou byla osmatřicetiletá matka, která ve 37. týdnu porodila svoji první dceru. Má středoškolské vzdělání, žije v okresním městě se svým partnerem, vdaná není. Rozhovor probíhal při několika sezeních, neboť respondentku vždy velmi rozrušil a bylo potřeba nechat ji odpočinout. Nakonec však byla ráda, že jí povídání pomohlo utřídit myšlenky.

Nejprve jsme hovořily o tom, jaké informace o zdravotní péči poskytované novorozenci po propuštění z porodnice měla před porodem, a kde je získala. Dle svých slov se matka domnívala, že přestože čeká první dítě, je jí již 38 let, takže „*tak nějak*“ už všechno ví. Třeba od kamarádek a také od své sestry, která má dvě malé děti. *„Informace jsem získávala na internetu, koupila jsem si také nějaké knížky o péči o dítě a odborné časopisy. Ale stejně to nakonec bylo všechno jinak“* řekla na úvod.

Jaká je ideální doba pobytu v porodnici nedokázala posoudit. Gynekolog ji informoval, že tam bude asi tři dny a nakonec jich bylo jedenáct. Dcera se narodila o tři týdny dřív, měla žloutenku a nepřibývala na váze, takže se hospitalizace prodloužila. *„Byla to pro mě neuvěřitelně dlouhá doba, strašně jsem chtěla domů, byla jsem nešťastná, ale nedalo se nic dělat“* popisuje situaci.

Když jsme se zeptaly, čeho se čerstvá matka po narození dítěte nejvíce obávala, musela nad otázkou chvíli zapřemýšlet. Do poslední chvíle se prý neobávala ničeho konkrétního. Dítě se narodilo o tři týdny dříve, a v tu chvíli měla strach o jeho zdraví. *„Nečekala jsem to, myslela jsem si, že všechno vím, na všechno jsem připravená.“* přiznává.

V prvním měsíci po narození byla největším problémem novorozenecká žloutenka. Už v porodnici proběhla léčba světlem a pak si dítě pozvali do novorozenecké poradny na kontrolu bilirubinu. Ten bohužel stoupl, takže musely zůstat v nemocnici, a tak se to opakovala ještě jednou. Bylo to hodně stresující období pro matku i dítě, režim, na který si doma začaly zvykat, se v nemocnici okamžitě vytratil. Přestože respondentka chápala, že se to jinak řešit nedá, snášela to velice špatně. *„S mojí psychikou to dělalo úplně kotrmelce.“* Novorozeneckou žloutenku provázela také zvýšená spavost novorozence a neochota sát, takže dítě nepřibývalo na váze a bylo třeba řešit i tento problém.

V domácím prostředí měla matka pocit, že je všechno v pořádku, že dcera saje pěkně a je spokojená. Když ji však při kontrole v poradně zvažili a prohlédli, zjistili, že neprospívá a je potřeba jí dokrmovat. „*Dokrmování jsem se hrozně bránila, chtěla jsem pouze kojit*“ říká matka. Jenže lékaři na ni tlačili, neboť při žloutence je obzvlášť důležité, aby dítě mělo dostatečný příjem, a tak se trochu dohadovali, jak to vyřešit. „*Byla jsem nejdřív vzteklá, trvala si na svém, dokonce jsem brečela. Přečetla jsem si toho hodně o žloutence a myslela si, že všichni přehánějí. A pak za mnou přišla jedna dětská sestřička, udělala mi čaj, sedla si ke mně a povídala si se mnou. Zase jsem brečela, ale hrozně mi to pomohlo, konečně jsem měla pocit, že mi někdo rozumí a domluvily jsme se i na tom, jak zvládnout to kojení.*“ Doma se opakovaly ty samé problémy, a tak matka při další návštěvě v poradně vyhledala tu samou sestru, které již důvěřovala, a tentokrát už nepochybovala a dala na její rady. Laktačního poradce ale nekontaktovala, nemyslela si, že by to mělo nějaký smysl.

Dále jsme se vyptávaly na první kontakt s pediatrem, který měl následně o dítě pečovat. V porodnici matka nevěděla, kam budou s dcerkou chodit k dětskému lékaři, vůbec netušila, že se o to má starat dopředu. Někoho jí doporučili a dali telefonní číslo, tak lékařce zavolala, jestli bude možné k ní chodit. Po dohodě si zavolaly hned v den propuštění a domluvily si návštěvu v ordinaci na druhý den. Lékařka dítě prohlédla, zeptala se na všechno kolem porodu, probraly vše kolem žloutenky a domluvily se, že dokud budou docházet do novorozenecké poradny, tak na středisko nemusí, pokud nebudou nic potřebovat. Co se týče práce sestry v ambulanci, dotazovaná si pamatovala pouze to, že sestra novorozence zvažila a změřila, jinak žádnou její aktivitu nezaregistrovala.

Ohledně dotazu na návštěvy v domácím prostředí se matka vyjádřila v tom smyslu, že jí nikdo žádnou návštěvu doma nenabídl. Na první prohlídku byla pozvaná do ordinace na přesnou hodinu a i na další kontroly chodily tam. „*Je tedy pravda, že jsem dostala číslo na mobil paní doktorky, ale stejně mi bylo řečeno, že kdybych měla nějaký akutní problém, mám se obrátit na dětskou pohotovost.*“ Myslela si ale, že alespoň na první návštěvu by měl přijít pediatr domů. Zvlášť, když je dítě nedonošené, má žloutenku nebo

jiný problém a nesmí chodit ven. V téhle konkrétní situaci by návštěvy doma uvítala. Pokud by bylo všechno v pořádku, tak ale nevidí problém v tom, chodit na středisko.

Dotaz na názor ohledně poradenství a návštěvní službu poskytovanou samotnou dětskou sestrou v rámci komunity byl trochu problematický, neboť respondentka nevěděla, co si pod pojmem komunitní péče představit. Po vysvětlení, že se jedná o návštěvy dětské sestry v rodině, v domácím prostředí, připustila, že kdyby je navštěvovala taková dětská sestra, která jí pomohla v nemocnici, byla by moc ráda. *„Cítila jsem z ní takový klid a zájem, kdybych věděla, že je někde připravená přijít a pomoci mi, tak bych i já byla klidnější.“* Takže kdyby existoval podobný typ služeb, nejspíš by je využila, i když s ohledem na to, jaká by byla konkrétní sestra. *„Kdyby mi nasedla, tak bych o její pomoc nestála.“*

K poslední otázce ohledně existence center, kde by se matky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra, se vyjádřila váhavě. *„Myslím si, že tohle by měla řešit právě sestra na středisku. Ale jak jsem si všimla, ta je tam spíš za administrativní pracovníci.“* Kromě měření a vážení řeší s rodiči všechno lékař. Jestli se dítě správně vyvíjí, co by mělo umět, zda je plně kojené a podobně. Matka si nedovede představit, co by se v takovém centru dělalo jiného. *„Spíš už by se mi líbilo mít nějakou sestřičku na telefonu, a když bych potřebovala nějakou radu, tak že bych se na ní mohla obrátit.“* opět zopakovala respondentka a neopomněla dodat, že by k takové sestře musela mít naprostou důvěru.

Rozhovor – matka 3 (M3)

Matka (M3) je jednatřicetiletá žena s vysokoškolským vzděláním. Žije v bytě v okresním městě se svým manželem. Před čtyřmi týdny porodila sekcí v termínu zdravou dceru, která je jejím prvním dítětem.

Informace o zdravotní péči poskytované novorozenci po propuštění z porodnice získala zejména od své starší sestry, která už dítě měla. Jinak pro ni byly hlavním zdrojem časopisy, internet. Už před porodem se registrovala u dětské lékařky, která jí řekla, ať zavolá, až se dítě narodí, že si je pozve na středisko.

Za ideální délku pobytu matky a novorozence v porodnici považuje maximálně tři dny. „*Co nejkratší, jak to dovolí zdravotní stav matky a dítěte. Nemocniční prostředí je pro mě stresující, nechtěla bych tam být ani o minutu déle, než je nutné.*“

Na dotaz, čeho se po narození dítěte nejvíce obávala, odpověděla, že v podstatě úplně všeho. Nejen toho, jak všechnu tu péči kolem bude sama zvládat, ale také kojení. Nakonec rodila císařským řezem, takže přišly obavy, jestli bude moci hned po porodu všechno dělat tak jako dřív. Dcera měla žloutenku a moc nepřibírala na váze, tak se bála, aby nemusely být dlouho v nemocnici nebo se dokonce nemusely vracet. „*A chtěla jsem kojít, tak jsem se obávala, abychom nemusely krmit z láhve.*“

V prvních týdnech po porodu řešila novorozeneckou žloutenku. Bylo nutné chodit opakovaně na kontroly a odběry krve, novorozeně také nepřibývalo na váze. „*Takže jsme zahájily maraton odstříkávání, odsávání, dokrmování stříkačkou, buzení dítěte po 2 až 3 hodinách i v noci, opakovaných kontrol u lékaře, vážení a tak podobně, a stále v tom pokračujeme*“ říká matka. Pomoc laktační poradkyně ale nevyhledala. „*Byly jsme od porodu pod kontrolou v novorozenecké poradně při nemocnici, ve které jsem rodila, a kam si nás pan doktor zval, dokud se neupravila ta žloutenka a váha.*“ Tam byly pravidelně zvány, mimo to absolvovaly také prohlídky u pediatra na středisku. Laktačního poradce nevyhledala proto, že rady, které dostávala v poradně, jí připadaly dostačující.

Když jsme se zeptaly, jak proběhl první kontakt pediatra a dětské sestry s novorozencem, myslela si matka, že nás zajímá ten úplně první kontakt v porodnici. „*Protože jsem nerodila přirozeně, tak mi miminko akorát ukázali a pak jsem dceru viděla až na pokoji.*“ Nicméně s péčí ošetřujícího lékaře byla spokojená, staral se o ně dobře, pečlivě. U sester záleželo na tom, která byla ve službě. „*Osobně jsem ocenila spíše sestry typu stará škola, než mladé bezdětné se spoustou informací vyčtených z knížek.*“ Když jsme vysvětlily, že máme na mysli první kontakt s praktickým lékařem pro děti a dorost a jeho sestry, tak se rozpovídala. První kontakt byl po telefonu, matka zavolala, že je právě propustili z porodnice a domluvili se, kdy mají přijít. Do ordinace šly druhý den, protože byla zrovna poradna pro zdravé děti. Nejprve s nimi lékařka mluvila o tom, že by přišla na návštěvu domů, ale pak řekla, že když je poradna hned druhý den, ať přijdou

rovnou tam. V ordinaci novorozeně vyšetřila, zvažila, zeptala se, zda matka kojí a jestli bude chtít nějaké další očkování kromě povinného. Konkrétně se ptala na rotaviry a pneumokoka. Pak se zajímala, jestli mají nějaké otázky a zda něco nepotřebují. A pak si je pozvala na příště. „*Nic mi neukazovala*“ podotkla matka, ale dodala, že kdyby si řekla, asi by jim vysvětlila a ukázala, co by bylo potřeba. „*Sestra dcerku pouze zvažila a změřila a jinak se nám nevěnovala, pouze zorganizovala termín další návštěvy.*“

Respondentka byla ohledně zdravotní péče o dítě v prvních týdnech po narození spokojená se zavedenou praxí. Myslí si, že byla dcera hlídána a kontrolována dostatečně často, neměla pocit, že by péče o dítě byla nedostatečná. Jediné co by ocenila, by byl telefonní kontakt na dětskou sestru, na kterou by se mohla v případě problémů obrátit. „*Nebo nějakou „hot line“ pro zavolání kdykoliv, když si nebudu s něčím jistá.*“ Sestra u pediatra jim žádnou pomoc mimo ordináční hodiny nenabídla, všechno okolo dítěte v podstatě řešila lékařka a vyvolala tím dojem, že je to tak naprosto běžné.

Názor na poradenství a návštěvní službu poskytovanou dětskou sestrou v rámci komunity měla respondentka spíše negativní. „*Já bych asi nechtěla, aby sestra chodila k nám domů.*“ Radši si prý všechno doma udělá sama a k sestře či lékaři dojde. Také pociťuje komunikační bariéru, není pro ni jednoduché jen tak s někým navázat vztah a důvěřovat mu. „*Jako vhodnou alternativu bych viděla právě telefonický kontakt.*“ Nicméně si myslela, že pro některé matky by bylo přínosem, aby dětská sestra chodila za nimi domů. Minimálně zvažít dítě, zkontrolovat pupíček, pomoci s koupáním, kojením. Obzvláště prvorodičky, které nemají oporu v nějaké ženě v rodině, by to mohly ocenit.

Centrum, kde by se maminky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra v případě, že by jim nevyhovovaly návštěvy sestry v domácnosti, si představit dokáže, ale osobně upřednostňuje individuální přístup a vyhovuje jí péče tak, jak je nastavená teď. Ale znovu zopakovala, že si dokáže si představit, že by to některým matkám mohla vyhovovat a dokonce i pomoci. Asi hlavně v tom, by si mohly popovídat, s někým probrat případné problémy. Také aby se necítily ostrčené od společnosti, což se některým ženám na mateřské dovolené stává.

Rozhovor – matka 4 (M4)

Čtvrtou dotazovanou matkou je čtyřiadvacetiletá středoškolačka žijící v rodinném domě ve městě, vdaná. Jejím prvním dítětem je dcera narozená v termínu, s normální poporodní adaptací, kojená a prospívající.

Informací o tom, jaké péče se jí a jejímu dítěti dostane po porodu, měla hodně málo. „*Všechno, co jsem věděla, mi řekl můj gynekolog, něco moje mamka a jinak jsem byla jak Alenka v říši divů*“. Nenapadlo ji, že by si měla něco zjišťovat, dopředu o tom nepřemýšlela, zabývala se jen svým těhotenstvím, tím, jak jí bylo neustále špatně. Na dítě se ale těšila. „*Když jsem přijela domů z porodnice, sedla jsem si v obýváku na gauč, miminko v náruči a nevěděla jsem, co s ním má dělat. Nebyť manžela, tak tak sedím do dnes*“ pronesla naprosto vážně. V těch prvních dnech to byl právě její manžel, kdo jí byl největší oporou. Staral se o manželku i o dceru, nic mu nebylo na obtíž. Matka si teprve postupem času plně uvědomila, co všechno obnáší starat se o novorozence. Manžel zařídil i návštěvu pediatra, vybral toho, ke kterému jako dítě sám chodil. Hrál totiž fotbal a jeho pediatr byl zároveň sportovní lékař, takže se dobře znali. Ten seznámil rodiče s těmi nejzásadnějšími instrukcemi ohledně péče o dítě. Teprve potom si matka sama začala zjišťovat nějaké další informace, začala pátrat na internetu a vyptávat se. Cítila se však depresivně, každou chvíli plakala, bylo to pro ni těžké období.

Problémem bylo pro matku téměř všechno. V porodnici ji naučili, jak má kojit, to jí šlo docela dobře, ale jinak si nevěděla s ničím rady. „*Nevěděla jsem, jestli mám holčičku chovat nebo ji položit do postýlky, jestli má být v zavinovačce, co jí mám dát na sebe, jak a kdy s ní může jít ven, když plakala, tak jsem nevěděla, co chce, a kolikrát jsem plakala i sní. Připadala jsem si jako ve snu, normální život úplně zmizel a bylo tam jen to miminko a já jsem ani nevěděla, jestli ho mám ráda.*“ Dnes se za své pocity trochu stydí, tehdy ale nedokázala přemýšlet „normálně.“ Naštěstí novorozeně bylo naprosto v pořádku, nemělo žádné problémy ani zdravotní komplikace, takže nebylo potřeba řešit nic zásadního, jenom to zvládat hodinu za hodinou, den za dnem. Přestože se matka ve své nové roli necítila zcela dobře, žádnou odbornou pomoc nevyhledala. Nenapadlo ji, že by měla, že to, jak se cítí, není úplně v pořádku. Manžel vzal si v práci volno a o všechno se postaral. Naštěstí to trvalo jen asi tři týdny, pak se její psychický stav začal zlepšovat.

Také začala chodit ven mezi kamarádky, a tam, když slyšela, jak jsou na tom ostatní, tak se trochu uklidnila.

První kontakt pediatra s dítětem proběhl bez přítomnosti sestry. V porodnici matce řekli, že se musí do 48 hodin ohlásit u dětského lékaře. Manžel tedy zavolal pediatrovi, když je pustili z nemocnice, a ten ještě ten den přijel na návštěvu. „*Myslela jsem si, že jenom ze známosti, teprve později jsem zjistila, že jezdí domů za každým miminkem.*“ Dcerku prohlédl, řekl, že je úplně v pořádku, že je moc hezká, a pak jim povídal o kojení. Následně odpověděl na otázky ohledně vycházek, koupání a oblékání. Lékař byl hodně trpělivý, všechno podrobně vysvětlil, i když si z toho maminka moc nezapamatovala. Na návštěvu domů pak přijel ještě dvakrát, asi po týdnu a všechno znovu zopakoval. „*Řekl mi také, že vypadám unaveně, ptal se, jak spím, jestli dostatečně jím a abych hodně odpočívala, bylo vidět, že má opravdu zájem.*“ Byla s jeho přístupem naprosto spokojená.

Dětská sestra na návštěvu nikdy nepřijela, vždy to byl lékař sám. Také dal rodičům telefonní číslo, kdyby něco potřebovali. „*Nikdy jsem mu ale nevolala, přišlo mi to trapné, obtěžovat ho ve volném čase.*“ Se sestrou se setkali až na středisku, kam šli poprvé, když byl novorozenci téměř měsíc. Sestra byla moc milá, povídala si s nimi, chtěla vědět, jestli něco nepotřebují, ukazovala jim, jak mají s dítětem cvičit, jak mu polohovat hlavičku, jak jej chovat. Proč nejezdila s lékařem i na návštěvy domů, rodiče netušili.

Zeptaly jsme se na to, jaký způsob zdravotní péče o dítě v prvních týdnech po narození by matce připadal ideální. „*Mně se líbilo, že k nám jezdil pan doktor domů, stresovat se hned od začátku někde v čekárně by mi asi vadilo.*“ Později, když už se cítila lépe, byla spokojená s tím, jak to je. To, že mateřství zpočátku snášela hůř, považovala za svoji chybu. Myslela si, že se mohla lépe připravit, možná chodit do nějakých kurzů, aby věděla, jak se má o dítě starat. „*Že by k nám mohla chodit sestřička, to mě vůbec nenapadlo*“ přiznává respondentka. Všechny její problémy padly na manžela, ale kdyby tam nebyl, byla by vděčná za každou radu a pomoc. Určitě by jí pomohlo, kdyby sestra přišla, všechno vysvětlila, ukázala. A nejen to, nejvíce by se jí líbilo, že by si o všem mohla popovídat s nějakou ženou, muži mají na věc trochu jiný pohled. Dodává ale, že by s ní taková sestra musela mít velkou trpělivost, všechno stále opakovat, protože se

cítila opravdu „nemožná“. *„Ale musela bych vědět, že něco takového existuje, nevím o tom, že by dnes sestřičky chodily k někomu domů.“*

Existenci center, kde by se maminky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra, si matka moc představit nedokáže, zvláště ne pro takhle malé děti. Mnohem víc by preferovala návštěvy sestry v domácnosti, a to opakovaně. V případě, že by bylo všechno v pořádku, tak by chodit domů nemusela, když by naopak nastal problém, tak by po telefonické domluvě přišla častěji. *„Chodit do nějakého centra mi přijde stejně jako chodit na středisko. Když už bych měla někam jít, tak rovnou za lékařem, tam se s miminkem stejně musí, tak proč ještě do nějakého centra“* podotkla na závěr.

Rozhovor – matka 5 (M5)

Matka (M5) je samoživitelka, 29 let, středoškolačka, žijící v okresním městě. Přes bezproblémové těhotenství ale nepostupující porod nakonec porodila sekci zdravou holčičku. Rozhovor proběhl při procházce s kočárkem, žena působila velmi klidně a vyrovnaně.

Na své první dítě se velmi těšila, pečlivě se připravovala na porod, chodila na předporodní kurzy, kde získala základní informace, studovala literaturu. Porod sekci ji přesto velmi zaskočil, věřila, že porodí přirozeně. Po komplikovaném porodu byla natolik vyčerpaná, že za ni první kontakt s pediatrem vyřizovala mladší sestra. Domluvila první schůzku v ordinaci lékařky a čerstvou matku s dcerou tam doprovodila. *„Nevěděla jsem, co po nás budou v ordinaci chtít, na nic jsem se neptala, prostě jsem je nechala, aby malou prohlédly, a zase jsem si ji odnesla domů“* vypráví. Velmi rychle se vzpamatovala, nadšení z nového života jí dalo rychle zapomenout na to, co prožila a další soužití s novorozencem probíhalo podle jejích slov úplně přirozeně. Žádné problémy v péči o dítě nepocítovala, připadalo jí úplně normální o novorozence pečovat a věnovat mu všechn svůj čas. Jen se cítila stále velmi unavená, na všechno byla sama.

První návštěva pediatra proběhla v ordinaci a i na další byly pozvány na středisko. Sestra je doma také nenavštívila. *„Nepadla ani zmínka o tom, že by se na dceru přišly podívat domů.“* vzpomíná matka a dodává, že si sama ještě pamatuje na dětskou sestru,

kteřá v době jejího dětství chodila do domácností. „*Všechny děti ze sídliště jsme tuhle sestřičku znali, všichni jsme se s ní setkávali doma a na středisku, byla moc milá, dodnes ji vidím před sebou.*“ Něco takového by sama určitě uvítala. Přestože nepotřebovala žádnou konkrétní pomoc, chyběl jí pocit, že se o ně někdo zajímá, ujištění, že to všechno dělá dobře.

Když byl dítěti asi týden, začalo pravidelně každý večer plakat. Matka vyzkoušela všechno, a přestože dítě bylo přebalené, vykoupané, najezené a v teple, pláč se opakoval každý večer. Trval i několik hodin, matka byla velmi unavená. „*Trápilo mě hlavně to, že nevím, proč brečí, a tak jí nemůžu pomoci. Byly chvíle, kdy jsem si nepřála nic jiného, než aby přestala.*“ O pomoc nebo radu se nikam neobrátila, nevěděla, kam. Z literatury vydedukovala, že by mohlo jít o novorozeneckou koliku, takže se snažila upravit stravování a využít masážních technik, dítě často chovala a stav se postupně zlepšil.

S péčí svého pediatra a dětské sestry nebyla respondentka příliš spokojená. Přestože uběhlo teprve pár týdnů od narození dítěte, uvažovala o změně. Představovala si úplně jiný přístup zdravotníků. Množství preventivních prohlídek jí připadá dostačující, ale ráda by, aby na ni a její dítě bylo víc času. „*Je to jak na běžícím pásu. Malou zváží, změří, otočí na břicho, zeptají se, zda kojím a šup šup, už jsme zpátky v čekárně.*“ Chápe, že takových prohlídek musí stihnout lékař hodně, ale obzvláště u novorozence jí takový přístup připadá zcela nevhodný.

S kojením naštěstí tato respondentka problémy neměla, dítě pilo dobře a přibývalo na váze. Proto neměla důvod kontaktovat laktačního poradce. „*Ráda bych kojila alespoň půl roku, pokud půjde všechno dobře*“ řekla. Pokud by ale bylo třeba, nemá problém s tím přejít na umělou stravu, nesleduje prý kampaně na podporu kojení ani módní trendy, důležitá je pro ni spokojenost dítěte.

Zeptaly jsme se na to, zda by dotazovaná uvítala centra, ve kterých by pracovaly dětské sestry a byly zde k dispozici matkám, které by vyhledávaly radu nebo pomoc s péčí o dítě. „*Pokud by to byla služba, kde by se nám někdo plně věnoval a měl na nás čas, pak bych to viděla jako ideální řešení*“ souhlasila nadšeně. Preferuje individuální přístup k dítěti. Ráda by si s někým popovídala o tom, co všechno je v průběhu vývoje čeká, jak novorozence nejlépe stimulovat. Uznává názory odborníků, internet pro ni není

řešením, spíše dá na dobrou zkušenost. Velmi by se jí líbilo znát dobře sestru, která bude o její dítě pečovat, která je bude provázet po celé dětství a s tou se setkávat ať už doma nebo v nějakých podobných centrech.

Rozhovor – matka 6 (M6)

Matka (M6) je sebevědomá čtyřiatřicetiletá žena, vysokoškolačka, pracující v oblasti managementu, a to i v době mateřské dovolené. Je vdaná, má tříletého syna, nyní šestitýdenního chlapečka. Na rozhovor si vyhradila přesný čas, v jeho průběhu oba chlapce hlídala chůva.

Protože čekala již druhé dítě, věděla, co všechno ji čeká a co je potřeba zřídit. Některé věci se za posledních pár let sice změnilo, ale doufala, že jenom k lepšímu. Nové informace získávala zejména na internetu a také od kamarádek, které měly malé děti. Chodila na předporodní kurzy, takže o porodu měla znalosti dostatečné, ale přednášky týkající se ošetřování a péče o novorozence jí tam chyběly. Zajímaly ji například zásady první pomoci a také jaké léky může u takhle malého dítěte podávat, pokud by bylo nemocné. *„Můj první syn prodělal těžkou laryngitidu, když byl úplně maličký, museli jsme volat záchranku, protože jsme se báli, že se udusí. Bylo to nejhorších několik minut v mém životě.“* Začali se s manželem zajímat o to, jak se může laická veřejnost naučit něco o tom, jak poskytnout první pomoc dítěti v různých situacích. Dokonce o tom napsali článek do novin. *„Domnívám se, že by informace o tom, jak dítěti poskytnout první pomoc, měly být součástí předporodní přípravy.“*

S prvním dítětem strávila v porodnici čtyři dny, nyní to byly tři. Myslí si, že to bylo *„tak akorát“*. U prvního dítěte by preferovala delší dobu, aby si na novorozeně stačila zvyknout a naučila se kojit. Teď byly tři dny úplně ideální, zejména proto, že doma čekal sourozenec.

Již během těhotenství se obávala zejména toho, aby bylo dítě zdravé. Od prvního porodu, kdy se jen strašně těšila na své dítě, přehodnotila priority, nyní jí zajímalo jen to, aby vše proběhlo bez komplikací. Naštěstí se narodil krásný zdravý chlapec. Žádné závažné problémy v prvních týdnech po narození neřešili. Dítě prospívalo, chovalo se optimálně. Pak si ale lékař všiml predilekce hlavičky, takže se museli zaměřit na její

pečlivé polohování. Matku to zpočátku vyděsilo a navštívila fyzioterapeuta. Ten jí naštěstí uklidnil, problému se dle jeho instrukcí plně věnovala a již po prvních týdnech vidí zlepšení. Pravidelně s dítětem cvičí a polohuje je. Zarazilo ji nejvíce to, že o tomto problému nikdy dříve neslyšela.

Pediatra rodiče vybírali velmi pečlivě a dali na různá doporučení, nakonec zvolili ordinaci LSPP skoro třicet kilometrů od jejich bydliště, v krajském městě. Vzdálenost pro ně není problém, oba řídí, záleželo jim na tom, aby lékař splňoval jejich požadavky. *„Na první návštěvu jsme byli pozváni přímo do ordinace.“* Nejprve se jim věnoval pediatr, zjišťoval rodinnou anamnézu, vyptával se na průběh těhotenství a porod a také na zdraví ostatních členů rodiny. Poté novorozence prohlédl, poslechl a pak jej předal sestře. Ta chlapce zvážíla a změřila a pak ho chovala, aby si mohli rodiče v klidu s lékařem povídat. Ten je seznámil s tím, co je v dalším období čeká a odpověděl na otázky, které měli připravené. *„Protože máme druhé dítě, věděli jsme tentokrát přesně, na co se chceme zeptat, byli jsme připraveni, nechtěli jsme nic ponechat náhodě. Měli jsme cílené otázky a chtěli přesné odpovědi.“* Když došlo na problematiku kojení, lékař ochotně přenechal slovo dětské sestře. *„Sestřička byla naprosto skvělá, stačilo jen naznačit a přesně věděla, co mám za problém.“* chválila si matka. *„Bojovala jsem s plochými bradavkami, takže jsem musela kojit přes kloboučky.“* Technicky to pro ni bylo obtížnější, a tak chtěla poradit „nějaké ty figle“, jak to sama nazvala. Sestra byla zkušená a poradila jí dobře. *„Laktačního poradce nám nedoporučila, s mým problémem se vypořádala velmi rychle a jednoduše sama.“* Ani sama matka pomoc poradce nevyhledala.

Návštěvní službu dětské sestry považuje matka za velmi vhodnou aktivitu, kterou by jistě uvítala řada matek, zejména s prvním dítětem. Ona sama vůbec netušila, co všechno jí čeká, a tak její péče byla spíše *„pokus a omyl.“* S druhým dítětem už přesně ví, co chce a jak si o to říct, takže neví, zda by této službě nyní využila. Velké plus vidí ale v možnosti získávat tímto způsobem potřebné informace. Ohledně center pro matky s novorozenci, kde by jim mohly být podobné služby poskytovány, se ale vyjádřila spíše negativně. Nevidí rozdíl v tom, jestli bude dětská sestra pomáhat doma nebo v nějaké instituci. Spíše se obává, že by se taková snaha časem zvrhla ve formalitu. *„Dnes všemu*

vládnou papíry a předpisy a obávám se, že i tady by se brzy vytratil zájem o toho malého tvorečka. I když by se setry sebevíc snažily, časem by je ten systém zákazů a doporučení nejspíš převálcoval. Domácí návštěvy bych viděla jako vhodnější a osobnější alternativu.“

Rozhovor – matka 7 (M7)

Další respondentkou je čtyřicetiletá žena, která žije se svojí rodinou v krajském městě. Má středoškolské vzdělání. První dceři je již třináct let, nyní se jí narodil syn. Je vdaná.

Informací o tom, co je s novorozencem čeká, moc neměla. Od doby, kdy rodila poprvé, uplynula už dlouhá doba a předpokládala tedy, že se spousta věcí změnila. Očekávala ale, že se včas vše potřebné dozví od ošetřujícího lékaře. Péče o dítě se nebála, věřila, že když to zvládla jednou, podruhé už to může být jen lepší. Jediné, co ji trápilo, byl její vyšší věk, bála se, aby dítě bylo zdravé. Absolvovala genetické vyšetření a po celé těhotenství se snažila žít zdravě, obavy však přetrvávaly až do porodu. Nastudovala spoustu věcí z odborné literatury a na internetu, snažila se připravit na variantu, že by mohly nastat nějaké komplikace. Chlapec se narodil zdravý, takže se mohla začít radovat.

Brzy po narození začal novorozenec zvracet. Nejdříve to vypadalo, že se jen napolykal plodové vody, ale zvracení pokračovalo i v dalších dnech. *„Po každém jídle se pozvracel, zpočátku to bylo jen takové to ublinkávání, ale pak se to množství zvětšovalo.“* Matka měla strach, aby dítě neaspirovalo. Ještě v porodnici ji poučili, jak s ním správně zacházet, aby riziko co nejvíce eliminovala. Když však problém přetrvával i doma, poslala je lékařka na sonografické vyšetření. Tam se potvrdil reflux, jiné anomálie se však naštěstí neprokázaly. Léčba spočívala jen v režimových opatřeních a prevenci. *„Protože naše paní doktorka je velmi mladá, teprve na obvodě začíná a nemá moc zkušeností, doporučila nám laktační poradkyni, která by nám mohla poradit co nejlepší způsob krmení a další péče o miminko s ohledem na to zvracení“* uvádí respondentka. Lékařka laktační poradkyni sama zavolala a dohodla první setkání s matkou. Té se velmi ulevilo. Poradkyně jí navrhla vhodné polohy pro kojení, dohodly se také na používání zahušťovadla. Stav se zatím úplně neupravil, nicméně chlapec prospívá a přibírá na váze. Matka je s poradkyní stále na telefonu a je ráda, že její služby využila.

„Na první návštěvu přijela paní doktorka k nám domů, ale sama, bez sestřičky.“ vypráví matka. Byla velmi pečlivá. Přivezla seznam všeho, co by měli mít ve výbavičce dítěte, včetně kosmetiky, léků na teplotu a třeba odsávačky, kdyby mělo dítě ucpaný nos. Dokonce nechyběly ani značky doporučených výrobků. Prohlédla si zázemí, které měli pro novorozence připravené, a pak chlapce prohlédla. Počkala si i na kojení, aby sama viděla, jak dítě *„ublinkává“* a edukovala rodiče v předcházení aspiraci například zvýšenou polohou a odříháváním i během jídla. Poté navrhla pomoc laktační poradkyně. Na další návštěvu si je pozvala již do ordinace, kde se jim věnovala i dětská sestra. *„Sestřička si všimla, že má velmi suchou a olupující se kůži, tak nám vysvětlovala, jak správně koupat, jak často a jak pečovat o pokožku. Také se ptala, jestli dáváme miminko na břicho a pak nám ukázala, jak ho správně otáčet a polohovat hlavičku“* říká respondentka a protože nabyla dojmu, že má sestra spoustu zkušeností, neváhala se jí zeptat na další podrobnosti ohledně spánku a denního režimu.

Na otázku ohledně komunitní péče o matku a novorozence nám maminka odpověděla se zájmem. Netuší sice, jak mají sestra a lékař rozdělené úlohy, co kdo má na starosti, ale návštěvy doma považuje za důležité. *„Asi by mi bylo jedno, jestli přijde doktor, sestra nebo laktační poradkyně, hlavně když nám pomůžou, když to bude děťátko potřebovat.“* Prostředí v ordinaci považuje za neosobní, vadí jí také plná čekárna čekajících lidí. Myslí si, že alespoň v prvních týdnech po narození potřebuje dítě klid. *„Bylo by skvělé domluvit si návštěvu na přesnou hodinu, když budu vědět, že maličký nebude zrovna spát, aby se mu nenarušoval režim.“* dodává matka. Také by uvítala, kdyby u toho mohl být otec dítěte, takže by se návštěvy mohly přizpůsobit jeho pracovní době. Že by docházela s novorozencem do nějakého centra, kde by poradenství poskytovaly pouze dětské sestry, si dovede také představit. Pokud by potřebovala poradit, popovídat si. Hlavní plus by viděla v tom, že by na ně měl někdo dostatek času. Líbilo by se jí, kdyby v takovém centru byly i laktační poradkyně. Kdyby se všechny služby rodině vzájemně propojily. *„Nebylo by od věci, kdyby byly sestřičky na telefonu. Třeba by se mohly střídat. Pro maminky by to znamenalo takovou jistotu, že je vždycky někdo po ruce, když by byly v nesnázích.“* Na základě telefonické domluvy by se pak podle respondentky mohly uskutečňovat návštěvy toho, koho by dítě či matka potřebovali.

4.2 Výsledky rozhovorů s dětskými sestrami

Tabulka 2 Identifikační údaje sester

Respondentka	Věk	Vzdělání	Obor vzdělání	Délka praxe u PLDD	laktační poradce
S1	46 let	středoškolské	dětská sestra	11 let	ne
S2	38 let	středoškolské	dětská sestra	7 let	ne
S3	43 let	středoškolské	dětská sestra	8 let	ne
S4	40 let	vysokoškolské	dětská sestra	5 let	ne
S5	50 let	středoškolské/ specializace	dětská sestra	6 let	ne
S6	26 let	vyšší odborné	všeobecná sestra	1 rok	ne

Zjistili jsme, že věk sester ve vzorku se pohyboval od 26 do 50 let a jejich průměrný věk byl 40,5 let. Tři respondentky měly středoškolské vzdělání, jedna středoškolské se specializací, jedna vyšší odborné a jedna vysokoškolské. Všechny respondentky byly dětskými sestrami, pouze jedna z nich byla všeobecná sestra, která si právě specializaci v oboru dětská sestra doplňuje. Jejich praxe u PLDD se pohybovala od 1 roku do 11 let, průměrná doba praxe byla tedy 6,33 roky. Ani jedna z dotazovaných nebyla laktační poradkyní.

Rozhovor – sestra 1 (S1)

První oslovenou respondentkou byla šestačtyřicetiletá dětská sestra se středoškolským vzděláním na střední zdravotnické škole. Pracovala 10 let v tehdejším kojeneckém ústavu, nyní je jedenáctým rokem u PLDD. Za jejího působení se v ordinaci vystřídal dvě lékařky.

„*Jak ve vaší ordinaci probíhá první setkání s novorozencem, kterého přebíráte do péče?*“ zněla naše první otázka. „*Na první prohlídku chodíme za novorozencem domů*“ odpověděla respondentka. Buď v den propuštění, nebo ten následující. Správně by měla jeden den jít lékařka a ten další samotná sestra. „*My chodíme na první návštěvu společně, vyhovuje nám to tak víc.*“ Na místě kontrolují zázemí pro novorozence, jaké mají nachystané vybavení, postýlku, oblečení, kosmetiku. Rodičům předají předem připravený edukační materiál o tom, jak novorozence ošetřovat. Lékařka dítě prohlédne a sestra si s matkou povídá o koupání, o kojení, jak pečovat o pupík a podobně.

V domácím prostředí probíhá pouze první návštěva. Pouze pokud je dítě nedonošené, nebo je nějak jinak nemocné a není vhodné, aby chodilo ven nebo na středisko, tak se návštěva doma opakuje, na kontrolu chodí lékařka nebo sestra, podle potřeby. V tomto případě si sestra s sebou vozí i váhu, aby zkontrolovala, jak dítě přibývá na váze. Je to sice časově náročnější, ale pro rodinu novorozence mnohem vhodnější, nehledě na to, že se doma cítí mnohem jistěji než na středisku.

Mezi nejčastější problémy, se kterými se matky na zdravotníky obracejí, patří podle sestry kojení a jídlo celkově. Matky nejvíc zajímá, jestli nemají mléko slabé, jestli ho mají dost, jestli mají kojít častěji a podobně. Také se hodně starají o to, co mají jíst samy. „*Velmi častým problémem v tomto raném věku jsou „prdíky“ a bolesti břicha.*“ Stále častěji se také rodiče přicházejí s tím, dítě stále brečí a oni nevědí, co s tím. Dle respondentky si prostě jen „*nevědí s miminkem rady.*“ „*Potřebuji někoho, kdo by je uklidnil, řekl jim, že je normální, když miminko občas pláče a poradil jim, jak jej utišit*“ říká. „*Dříve tohle zvládly babičky, dnes si matky hledají informace na internetu a zapomínají používat selský rozum.*“

Tato respondentka není laktační poradkyně. A není ani nijak urputná, co se kojení týče. „*Nejsem jím posedlá. A nesouhlasím s tím názorem, že v podstatě každá žena může kojít.*“ řekla nám. Setkává se prý s matkami, které strašně chtějí kojít, mají pocit, že je to ta nejdůležitější věc na světě, a pak, když to náhodou nejde, tak se z toho hrotí. Jsou nevyspalé, pořádně nejí, nešťastné, nešťastný je i manžel a dítě je hladové. „*Radši ať se dítě nakrmí umělým mlékem a všichni jsou v pohodě, než to za každou cenu hrotit.*“ Samozřejmě, že si s matkami o kojení povídá a snaží se jim pomoci. Pokud se někdo

o laktační poradkyni zajímá, tak je to jeho volba a nemá nic proti tomu. Matky, se kterými se setkává, však pomoc poradkyně vyhledávají jen minimálně. Dodala jeden konkrétní případ. *„Jedna maminka poradkyni vyhledala, ta jí prý jen ohmatala prsa, řekla, že mléka má dost, a tím to skončilo. Nakonec dítěti začali dávat mléko umělé.“*

Zajímalo nás, v jakých oblastech péče o novorozence je respondentka schopna samostatně poskytnout kvalitní a komplexní poradenskou a ošetrovatelskou péči. *„Všechno, co dělám a říkám rodičům během návštěv na obvodě, jsem schopna zvládnout sama, k tomu bych lékaře nepotřebovala.“* Lékařka jí plně důvěřuje, na tom, co rodičům doporučují, se shodují. Samostatně řeší hygienickou péči, oblékání, vycházky, kojení. Spíš je to předávání informací, zkušeností a odpovídání na otázky. Poslední dobou se hodně řeší také očkování. Stále více rodičů nechce svoje děti očkovat nebo se snaží očkování oddálit. Hned od první návštěvy o tom diskutují.

Že by docházelo k větším změnám v souvislosti se zkracováním pobytu matky a novorozence v porodnici si nemyslí, ani nemá pocit, že by byly rodičky propouštěny z porodnice dřív. Dodržuje se většinou 72 hodin po porodu. U nich na středisku se zatím nestalo, že by byl nějaký novorozenec propuštěný předčasně a museli ho převzít do péče. Setkávají se spíše s dětmi narozenými doma, a tam je pak komplikované všechno. Od komunikace s rodiči až k jakémukoliv zásah vůči dítěti.

Názor na potřebu rozvoje komunitní péče o novorozence a jeho rodinu v současnosti nemá úplně jasný. *„Já si tak úplně nedokážu představit, co by komunitní péče měla obnášet.“* Pokud jde o návštěvy sester v domácím prostředí, přiznala, že by do domácností sama chodit nechtěla. Současní rodiče mají spoustu informací, které nejsou vždycky ty správné, a je těžké přesvědčit je o opaku. Když jdou na návštěvu dvě, spolu s lékařkou, mají jedna v druhé zastání. Myslí si, že některým rodičům by se také asi vůbec nelíbilo, že k nim chodí častěji, mohli by si připadat, že je sledují. Jiné by to asi bylo, kdyby tyto návštěvy byly vyžádané. To by jí nevadilo jít do rodiny a spolupracovat s ní.

O existenci center, kde by se matky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra, nikdy neuvažovala. Podle jejích slov je v současné době spousta takzvaných. *„moderních*

matek“, které moc času doma netráví a určitě by se rády někde scházely a družily a probíraly všechno dokola. Ale ty mají také spoustu věcí načtených z internetu a není jisté, jestli by je zajímaly názory sestry. Pokud řeší nějaký opravdový problém, tak jdou k lékaři. *„Většina lidí si pořád myslí, že sestra je jen takový pomocník doktora.“* Obává se, jestli by takové centrum bylo dostatečně využité nebo že informace, které by tam maminky dostávaly, by se mohly lišit od toho, co se jim říká na obvodě a pak by z toho byly zmatené. A i kdyby byly nějaké sjednocené postupy nebo dobrá spolupráce, tak by to byla dvojí stejná práce. Lékař chce mít o dítěti komplexní přehled a vědět o všem. Každé dítě je jiné, zrovna tak každá rodina. Dle této sestry by samotní rodiče preferovali hlavně individuální přístup. *„Abychom byli kdykoliv připraveni jim na cokoli odpovědět a s čímkoliv poradit.“* Nicméně většina rodičů ví, jak současný systém funguje, jak probíhají prohlídky a co je tam asi tak čeká. A respektují to.

Rozhovor - sestra 2 (S2)

Druhou oslovenou sestrou byla osmatřicetiletá maturantka ze střední zdravotnické školy. Pracovala 10 let u lůžka na dětském oddělení, kde stále slouží jako brigádnice. Hlavní pracovní poměr má již 7 let u PLDD.

První položená otázka se týkala průběhu prvního setkání s novorozencem, kterého přebírají do péče v jejich ordinaci. Informace o jejich ordinaci PLDD rodiče získávají většinou na internetu. Budoucí matky si vybírají pediatra podle místa bydliště a podle referencí nebo podle toho, co kdo nabízí za služby. Často pak přicházejí ještě před porodem, jestli se mohou zaregistrovat. Ale oficiální registraci nelze udělat dřív, než se dítě narodí, čeká se, až dostane rodné číslo. Takže jim je vysvětleno, aby zavolaly, až se dítě narodí, a teprve potom se domlouvá první kontakt. V současné době má zdejší ordinace hodně novorozenců a stále přibírá další. Většina rodičů volá už v den propuštění, v propouštěcí zprávě mívají napsáno, že se mají hlásit u PLDD do 48 hodin. První návštěva probíhá různě. Někdy si je pozvou do ordinace, někdy jezdí paní doktorka k nim domů. Je to tak půl na půl. *„Lékařka jezdí na první návštěvu sama, já s ní jezdím jen někdy, například když se narodí dvojčata nebo když se ví, že jde o nějak problematickou rodinu“* odpovídá sestra. Zjišťují zejména sociální situaci, prostředí, do

kterého dítě přichází, jestli mají topení, teplou vodu, výbavičku pro novorozence, a pak se řeší to samé, jako když přijdou poprvé do ordinace. Sestra dítě zváží, změří jeho délku a obvody. Pak si dítě prohlédne lékařka a povídá rodičům o hygieně, oblékání, polohování, vycházkách, jaké pomůcky by si měli pořídit, jakou kosmetiku a podobně. Pak se zaměřuje na kojení. „*Řekla bych, že dnes téměř všechny matky kojit chtějí a tak 80 až 90 % jich určitě alespoň v prvních měsících opravdu kojí.*“ Návštěva doma trvá asi půl hodiny, v ordinaci je to podobné, novorozence si zvou do poradny pro zdravé děti a berou je přednostně. Někdy si zvou na návštěvy i otce, hlavně na první návštěvy nebo u dvojčat, aby víc lidí postřehlo co nejvíc informací. Matky v šestinedělí bývají dost psychicky nevyrovnané a spoustu věcí si neuvědomí nebo zapomenou. Doporučují jim mimo jiné, ať si doma píšou poznámky o všem, co je napadne, aby to mohli prodiskutovat, až přijdou příště.

Samotná sestra chodí na návštěvy jen výjimečně. Například v době dovolené lékařky, nebo když je novorozenců hodně a časově se to nedá jinak zvládnout. A to pouze v případě první návštěvy. Ale to se nestává příliš často. Probíhá to úplně stejně, kromě interního vyšetření a poslechu, to sestra sama neprovádí. „*Proberu s rodiči jen ošetrovatelskou péči, zkontroluji pupek, fontanelu, genitál a zeptám se na kojení.*“ Pokud shledá, že je vše v pořádku, pozve je na příště do ordinace. Opakované návštěvy probíhají jen ve výjimečných případech, když je dítě hodně nedonošené, nebo když jsou to dvojčata, ale opravdu to bývá jen velmi sporadicky. V tom případě chodí lékařka sama a ve svém volném čase. Je to v podstatě taková nadstandardní služba.

Edukovat a informovat rodiče o běžné ošetrovatelské péči by sestra určitě zvládla sama. „*Je pravda, že u nás si všechno dělá lékařka většinou sama, chce to tak, já se starám spíš o administrativu.*“ Ale koupání, oblékání, polohování a kojení, to všechno by zvládla řešit sama a asi by i měla, ale dělá to jen tehdy, když lékařka nemůže. Prostě to je tak zaběhlé. „*Mezi problémy, se kterými se maminky na mě nejčastěji obracejí, dominuje kojení*“ říká respondentka. To se v podstatě řeší úplně celý první rok. Čerstvé matky nepoznají, jestli už je dítě dost nasycené, jestli pláče hlady nebo je bolí břicho. Trvá jim nějakou dobu, než se sžijí a najdou nějakou společnou cestu, režim. Těch šest týdnů řeší kojení stále dokola. Hodně častou komplikací bývá v poslední době i to, že

dítě překrmují. „*Takové ty názory, že miminko samo ví, kdy má dost, nám zrovna nevycházejí jako pravdivé.*“ říká sestra. Spousta dětí „*ublinkává*“, je třeba vysvětlovat i systém „*odřihávání*“ a polohování. Matky si pořizují váhu, aby si mohly kontrolovat, kolik dítě vypije. Jsou tak naučené z porodnice, tak o tu váhu opravdu stojí, cítí pak větší jistotu, když ví, že nakojily tolik, kolik mají. Ordinance kojenecké váhy dokonce zapůjčuje. Dalším bodem k diskuzi jsou pak monitory dechu a s nimi spojené problémy. Asi tak polovina domácností si určitě monitor pořídí. Pokud si nekoupí nový a půjčují si ho mezi sebou, tak se stává, že zapomínají na pravidelné revize, protože to je přístroj, který má určitou životnost. Potom se stává, že jim monitor alarmuje bezdůvodně, rodiče to vyděsí a o dítě se bojí. „*Někdy si myslím, že je lepší monitor nemít, s ním je to spíš stresující. Několikrát jsme zažili, že monitor začal alarmovat, rodiče ani nezkontrolovali jak dítě vypadá a hned volali záchranku. Dítě bylo naprosto v pořádku, přístroj alarmoval například proto, že se podložka sesunula mimo dítě nebo došly baterie.*“

Respondentka není laktační poradkyně. Velkou zkušenost s jinými laktačními poradci nemají a cíleně je ani nedoporučují. Kojení řeší v ordinaci hodně, lékařka i sestra mu věnují dostatečnou pozornost. Na zdravotní průkazce dítěte mají matky nalepený z porodnice kontakt na laktační poradnu a občas oznámí, že tam zavolaly a na něco se zeptaly. Příliš často to ale nebývá. „*Snad jenom jednou nám maminka řekla, že ji poradkyně navštívila doma, jinak jsou to vždy jen telefonické rady.*“ doplňuje sestra.

K zásadním změnám v rámci péče poskytované v souvislosti s časnějším propouštěním novorozenců z porodnice se v této ordinaci nepřistoupilo. Nedochozí k tomu, že by matky odcházely s novorozenci z porodnice dřív. Ve zdejší spádové porodnici se dodržuje 72 hodin, v jiných porodnicích v okolí je to podobné. Jednou se například setkali s dítětem propuštěným druhý den po porodu, ale to šlo o cizince a byl to celkově komplikovaný případ, který se řešil individuálně. Jinak vše probíhá jako dopsud.

„*Myslím si, že kromě té první návštěvy doma v podstatě žádná komunitní péče neexistuje.*“ odpovídá sestra na otázku ohledně potřeby rozvoje komunitní péče o novorozence a jeho rodinu v současnosti. A domnívá se, že je to škoda. Netuší, zda by se to dalo zvládnout časově, asi by na to byla potřeba ještě jedné sestry navíc, ale ušetřilo

by to dost práce. Obává se však, jaký názor by na to měli pediatři. „*Moje lékařka je zvyklá dělat si všechno sama, musela by respektovat, že sestra na to má kompetence, že ví, co má dělat, a důvěřovat jí.*“ Je pravda, že některé matky stále volají kvůli každé maličkosti, opakovaně potřebují s něčím poradit, a to by určitě sestra zvládla. Často se jedná o naprosté banality, kolikrát si prostě jen s dítětem nevědí rady. Neví jak je vůbec chytit, otočit, chovat, bojí se, aby mu neublížily. Zdejší lékařka jim dává číslo na svůj mobil a je k dispozici prakticky kdykoliv, ale musí to být někdy dost obtěžující, a pokud si není po telefonu jistá, tak doporučí návštěvu na pohotovosti. A co se týče návštěv doma, určitě by je ocenily zejména matky, které bydlí daleko, třeba na vesnici. Ani v současné době nemá každý auto, nebo neřídí, nebo je partner celý den v práci, a dostat se na středisko s novorozencem může být někdy opravdu problém.

Na závěr jsme se zeptaly, zda si respondentka dokáže si přestavit existenci center, kde by se matky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra. „*Vzhledem k tomu, že dnešní tzv. moderní matky mají dítě už ve čtrnácti dnech přihlášené na cvičení a na plavání, tak bych si myslela, že by jim mohlo vyhovovat chodit do nějakého centra.*“ Pamatuje si na doby, kdy byl novorozenec do šesti týdnů doma, nechodily tam žádné návštěvy, zatímco dnes se rovnou z porodnice jezdí do nákupního centra. Nikdo neřeší, že nejsou děti očkované a jsou náchylnější k infekcím. Není si ale jistá, jestli by matkám stačila přítomnost sestry nebo sester, jestli by se o všem nechtěly raději radit s lékařem. „*Já mám dojem, že lidi vůbec nechápu, že dnešní sestra už není jenom uklízečka a krmička, ale že zvládne spoustu odborných věcí sama.*“ Byla by potřeba větší osvěta a podpora ze strany pediatrů. Problém by viděla i v organizační stránce věci. Jak by takové centrum fungovalo, kdo by byl zřizovatel, jak by taková služba byla zaplacená, jestli třeba pojišťovnou nebo samotnými rodiči. Možné by dle jejího názoru bylo nějaké spojení dětské sestry, porodní asistentky a fyzioterapeutky. Budoucí matky by zde mohly navštěvovat již předporodní kurzy, potom třeba řešit problémy s kojením nebo absolvovat cvičení s miminkem. To by pro ně mohlo být zajímavé.

Rozhovor - sestra 3 (S3)

Dětská sestra, absolventka střední zdravotnické školy, 43 let. Deset let pracovala na oddělení kojenců a batolat v nemocnici, pak strávila šest let na mateřských dovolených. Nyní je v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost již osmým rokem.

Nejprve nám popsala první setkání s novorozencem, kterého přebírají do péče. Matka většinou zavolá do ordinace, že je propuštěna domů z porodnice. Někdy volá už z porodnice, že jí ten den pustí, v tom případě ji ale poprosí, aby se ozvala znova, až bude skutečně doma. Opakovaně se totiž stávalo, že se domluvili na návštěvu doma, ono se jim v porodnici něco zkomplikovalo a pustili je až druhý den. Takže po příchodu do domácnosti zjistili, že je novorozenec doma třeba jen dvě hodiny. První den matka sama neví, jak to bude zvládat, nemá žádné otázky, je ještě neorientovaná. Proto se snaží, aby byla alespoň jednu noc doma. Při tom prvním telefonátu se pak domluví na přesném termínu návštěvy. *„V rámci naší ordinace chodíme na první návštěvu k miminku společně já i lékařka“* říká sestra. Další prohlídka následuje již v ordinaci, a to ve čtrnácti dnech věku dítěte, v poradně pro zdravé děti. Pokud jsou však jakékoli komplikace, domlouvají si dřívější termín dle potřeby.

„Mým úkolem při první návštěvě v domácím prostředí je například kontrola postýlky dítěte. Zda nejsou polštářky v postýlce, zda mají domácí monitoring dechu, jestli mají rodiče kočárek na dítě, vhodné oblečení a pomůcky“ popisuje respondentka. Dále se domlouvá s matkou o tom, kam zajít pro rodný list, potom s rodným číslem na zdravotní pojišťovnu, aby dítě bylo na další prohlídku v ordinaci již pojištěné. Sestra informuje rodiče o ordinačních hodinách ordinace, kdy mají přijít na preventivní prohlídku, jak bude probíhat, co si vzít s sebou a podobně. *„Také poskytují informace o pohotovostní službě, aby matka věděla, kam se má obrátit, pokud potřebuje vyřešit něco důležitého ohledně dítěte v době, kdy my nejsme v ordinaci, to znamená večer, v noci nebo o víkendu.“* Často mají matky připravené dotazy, které se nejvíce týkají kojení, *„odříhávání“* dítěte, oblékání dítěte a teploty v bytě. Pokud jde sestra na návštěvu k novorozenci bez lékařky, což se stává zřídka, kontroluje u dítěte pupek, u novorozenců je důležité předcházet hnisání a zánětu pupku, dále barvu kůže a sklér. Některé matky mají v pokoji u dítěte zatažené žaluzie, což při doznívající novorozenecké žloutence není

dobře, proto jim radí, aby odsunuly postýlku blíže k oknu. Při závěru návštěvy vždy matku povzbudí, jak dobře pečuje o dítě, případně i otce, který se snaží hodně pomáhat a někdy má dotazů více než matka. *„Když mamince říkám, jak se jim děťátko povedlo a jak je pěkné, hned „zradostní“, což považuji za velmi důležité, hlavně v prvních dnech doma.“*

Nejčastější problémy, které matky řeší, se týkají kojení, příkrmování, „odříhávání“ a jak dítě vážit. Dále chtějí vědět, kterých jídel se při kojení vyvarovat. Zajímá je také vhodná teplota v bytě, ale také jaký koupit teploměr pro miminko, jak dítě oblékat, hodně rodičů se snaží dětem oblékat čepice a rukavičky i na doma. Časté dotazy jsou také na mastičky, kterými mazat zadeček, případně opruzeniny, zda koupat dítě denně či méně, jakou používat kosmetiku na kůži dítěte. Někteří rodiče už u první návštěvy začínají s otázkami o očkování dítěte, což hodnotí jako předčasné, takže podávají jen základní informace s tím, že podrobnosti vysvětlují v kojenecké poradně až při šestitýdenní prohlídce.

„Laktačního poradce nedoporučujeme, možná spíše působíme i jako poradci sami, protože o kojení mluvíme snad při každé návštěvě, radíme i s technikou kojení, odpovídáme na i otázky ohledně umělé výživy.“ Sestra neměla ani v nejmenším pocit, že by si s problematikou kojení neporadila. Dokonce se ani neseťkává s tím, že by se matky na laktačního poradce vyptávaly, pokud mají nějaký problém s kojením, řeší ho s lékařkou nebo sestrou.

Respondentka si byla jista i svými schopnostmi ohledně ošetrovatelské péče. *„Samozřejmě jsem matce i dítěti schopna poradit v oblasti kojení, v technice, délce, různých polohách, odříhávání, popřípadě umělé výživy, zejména orientovat se v počátečních formulích kojeneckých mlék, v oblasti hygieny dítěte, koupání, péči o genitál, vyprazdňování, péči o kůži, ošetřování pupku.“* Samostatně edukuje rodiče v oblasti denního režimu, preventivní péče, jako jsou pády z lehátek a kočárků. Za důležité považuje také prevenci aspirace.

Další naše otázka se týkala změn, ke kterým došlo v rámci péče poskytované novorozencům v souvislosti s časnějším propouštěním z porodnice. *„V první řadě mají matky v hlavě „zmatek“, protože během 72 hodin se u jejich miminka vystřídá velký počet*

zdravotnických pracovníků a bohužel ne všechny informace, které dostávají, se shodují“ odpovídá respondentka. Podle jejích zkušeností mají sestřičky každá na některé věci jiný názor, a tím pádem poradí odlišně. V porodnici dochází k různým nutným zdravotnickým úkonům s dítětem, takže ne vždy si matka dobře zvykne na péči o dítě, protože ho nemá u sebe nepřetržitě. *„Také se mi stalo, že si matka myslela, že to budu já, kdo jí bude dítě koupat a učit jí to, což v dnešní době opravdu není možné.“* Jinak se poslední dobou občas stává, že po praktickém lékaři porodnice žádá zopakovat screening novorozence, který chce s odstupem, ale dítě už propustí. V posledním roce museli několik dětí poslat zpět k přijetí na dětskou kliniku už během prvního týdne života kvůli zdravotním komplikacím. Což znamená, že když jsou děti časněji propouštěny z porodnice, musí se jim věnovat důslednější péče, aby nedošlo k problémům souvisejícím s adaptací.

V této oblasti by mohla dobře zafungovat právě komunitní péče, o které si respondentka myslí, že je rozvinutá velmi dobře. Problém vidí v tom, že se k rodině novorozence nedostávají potřebné informace o tom, jaké služby a v jaké situaci by mohla využít. *„Myslím si, že právě v oblasti podávání informací, dostupnosti informací, jednotě a kontinuitě při podávání informací je potřeba zlepšení, a tam by se mohla komunitní péče rozvíjet více a pružněji.“* Kromě této oblasti je sestra přesvědčena o tom, že současná péče o novorozence a jeho matku je nastavena správně a je dostačující. *„Samotní rodiče by možná preferovali péči nepřetržitou, protože se občas stává, že chtějí telefon, na který se dovolají kdykoli.“* Někteří lékaři takové nabízejí, dle jejího názoru to ale není správné vůči jim samotným. Ohledně těchto situací je zřízena dětská pohotovost.

Za maximálně přínosné považuje respondentka návštěvy v domácnosti, prostředí dítěte vnímá jako zásadní pro jeho zdravý vývoj, při návštěvách je možnost největší individuality. Dokáže si však představit poradnu pro matky novorozenců, kde by dětská sestra radila s péčí, pouze však individuální.

Rozhovor – sestra 4 (S4)

Čtyřicetiletá dětská sestra, vystudovala střední zdravotnickou školu, při zaměstnání si pak dodělala vysokoškolské vzdělání – bakalář. U lůžka na kojeneckém oddělení

pracovala 12 let, 1 rok na oddělení fyziologických novorozenců, nyní je 5 let dětskou sestrou u PLDD.

Ordinace PLDD, ve které působí tato respondentka, funguje v rámci nemocnice, jejíž součástí je i porodnice. Občas se tedy stává, že se matky informují o možnosti registrace již během pobytu v porodnici. Ostatní přicházejí většinou na doporučení někoho, kdo je s dítětem již navštěvuje a je s péčí spokojený. První návštěvu domlouvají s každým individuálně, na konkrétní den i přesnou hodinu, aby se dítěti i matce mohli plně věnovat. Podle situace k prvnímu kontaktu dojde do 48 hodin po propuštění z porodnice. *„Snažíme se, aby na první návštěvu přišel i tatínek, abychom viděli, jak to v rodině funguje.“* Stále častěji se totiž objevují i otcové, kteří o dítě pečují lépe než matky, a také třeba plánují zůstat na rodičovské dovolené. Lékařka novorozeně důkladně prohlédne, vyzkouší reflexy, sestra je změří, zváží, zkontroluje, zda není opružené a přitom se ptá, jestli již koupali, jakou kosmetiku používají, jak miminko oblékají, jestli už byli venku, prostě se snaží získat co nejvíce informací, aby věděli, jak se k péči staví samotní rodiče, než jim budou něco povídat. Věnují jim dostatek času, volí individuální přístup. *„Dnes jsou rodiče hodně poučení, předem se o všem informují, mají různé vlastní názory, které musíme respektovat a pokud chceme něčeho dosáhnout, musíme hlavně získat jejich důvěru.“*

Na návštěvy do domácností běžně nejezdí, pouze výjimečně, když si to vyžaduje zdravotní stav dítěte. Naposledy to byl případ, kdy se dítě narodilo ve 28. týdnu. Tam jezdila lékařka opakovaně, ale sama, bez sestry. Nicméně tím, že umožňují rodičům novorozenců návštěvu v ordinaci po domluvě prakticky kdykoliv, jim určitě návštěvní službu vynahrazují.

V oblasti ošetrovatelské péče se nejčastěji setkávají s problémy kolem kojení a také stále častěji řeší pláč dítěte. *„Dnešní maminky nechápou, že miminko neumí komunikovat jinak než pláčem a ptají se, co mají dělat, aby už konečně plakat přestalo.“* Většinou si myslí, že má hlad, tak je překrmují, děti pak bolí břicho, mívají koliky, propláčou několik hodin denně a rodiče jsou vyčerpání a nevědí, co s tím. Sestra jim radí zajistit klidné prostředí, ticho, přítmi, dítě zavinout, správně jej pochovat, polohovat a hlavně

zachovat klid. „Protože pracuji občas i na LSPP, tak vím, že se rodiče na lékaře obracejí i tam, když dítě pláče, že už to nemůžou vydržet, abychom s tím konečně něco udělali.“

Sestra nepůsobí jako laktační poradce, i když přiznává, že o tom již několikrát uvažovala. Ráda by si kurz udělala, ale zatím k tomu nenašla dostatek času. „U nás v nemocnici na novorozeneckém oddělení jsou některé sestry laktační poradkyně, a když už si opravdu s něčím nevím rady, tak je poprosím o pomoc a ony dojdou do ordinace a s maminkou se domluví na nějaké spolupráci, nebo jí alespoň ukáží nějaké techniky a polohy.“ Uznává, že většina dnešních matek kojení řeší hodně, takže je potřeba jim umět poradit. Největší problém vidí v tom, že se informace, které dostávají od různých lidí, včetně zdravotníků, od sebe často hodně liší, a to je pak mate.

Když jsme hovořily o komplexní poradenské a ošetrovatelské péči, kterou poskytuje sestra samostatně, domnívá se, že zvládá všechny běžné ošetrovatelské intervence, které jsou potřeba. „Při návštěvách v ordinaci si ale s maminkami hlavně hodně povídám. Mám pocit, že je to pro ně důležité, mají spoustu otázek, a také potřebují povzbudit, pochválit“ popisuje respondentka. A nebaví se jen o novorozenci, ale i o tom, co ostatní sourozenci, jak jim pomáhají nebo nepomáhají babičky, jestli jsou unavené. Radí jim, jak si co nevíce ulehčit, jak odpočívat. Nezřídka se stává, že se matka i rozpláče a potřebuje slyšet, že je to normální a že to všechno zvládne. Taková podpora je podle sestry v tomto období velmi důležitá.

Pokud jde o časnější propouštění novorozenců z porodnice, nedochází v rámci této ordinace k zásadním změnám v poskytované péči. Doba tří dnů v porodnici se víceméně stále dodržuje. Po příchodu domů však mívají někteří rodiče problémy s běžnou péčí o dítě. „Když maminky bývaly v porodnici třeba pět dní, stihly se v klidu pořádně „rozkojit“, naučily se s dítětem lépe zacházet, koupat ho.“ To se teď téměř vůbec nestihá, i když se sestry snaží, nedá se za tak krátkou dobu zvládnout všechno a rodičky si pak doma nevědí rady. Domácí prostředí je samozřejmě lepší než porodnice, jen chybí následná péče poskytovaná rodinám doma. Asi dvakrát se respondentka setkala s tím, že bylo dítě propuštěno z porodnice dříve, a to na žádost rodičů. Potom musel pediatr předem souhlasit s převzetím do péče a hlavně dodělat všechny screeny. U takových

děti je třeba ještě pečlivěji hlídat, jak probíhá poporodní adaptace, jak dítě prospívá a přibývá na váze a sledovat například možný rozvoj žloutenky.

Dotazovaná dětská sestra nám povyprávěla i o svých zkušenostech s péčí o novorozence a jeho rodinu v Anglii, která je jí známá, neboť tam má příbuzné. Komunitní péče je tam hodně rozšířená, ale záleží na samotných rodičích, jestli ji využijí a jak. A pokud ne, tak tam zdaleka není tak dobrý systém prohlídek a kontrol u dětského lékaře jako u nás, což může být někdy i na škodu. Myslí si, že náš systém preventivních prohlídek je velmi dobrý, kojeneček je kontrolován minimálně desetkrát za rok, a tak se může včas předejít zdravotním komplikacím. *„Uznávám, že kdyby se více chodilo do domácností, tak by se možná včas odhalily i jiné problémy, jako týrání nebo zanedbávání péče, setra by s rodinou mohla navázat lepší vztah a mohla by se i více propojit spolupráce se sociálními pracovníky“* přemýšlí setra. Neví ale, jak by se to líbilo samotným rodičům. Některé matky by možná byly rády, kdyby jim někdo přišel poradit, něco ukázat, některé by asi naopak domů setru nepustily. Co by viděla jako velmi vhodné, je telefonická poradna. *„Rodiče volají pořád, do poradny, na pohotovost, dokonce na záchranku, určitě by se jim líbilo, kdyby mohli mít 24 hodin na telefonu nějakou erudovanou sestru, která by jim poradila co dělat s běžnými problémy a dokázala zhodnotit, kdy už je potřeba obrátit se na lékaře.“*

Pokud jde o názor na poradenská centra, kde by působily dětské sestry, není si respondentka jistá, jak by mělo takové centrum vypadat a jestli by tam matky chodily. Dle jejího názoru by bylo vhodnější, kdyby taková sestra fungovala v rámci střediska a měla nějaké svoje ordinační hodiny. Tak by se maminky mohly obrátit v jednom místě jak na lékaře, tak na sestru. Záleželo by ale i na tom, jestli by dokázali odlišit, či péči zrovna potřebují. A pokud by jim to vyhovovalo, tak si se sestrou domluvit i návštěvu doma. Každopádně by preferovala péči individuální, zejména v tomto specifickém novorozeneckém období.

Rozhovor - sestra 5 (S5)

Sestra (S5) je velmi milá padesátiletá žena, která vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru dětská sestra. Posléze si dodělala specializaci ve výchovné péči o děti v NCO NZO v Brně. Pracovala v jeslích a po jejich zrušení na oddělení větších dětí v nemocnici. Zde působila po dva roky i jako staniční sestra. Nyní je zaměstnána již 6 let u PLDD. Chvillemi působila velmi unaveným až „vyhořelým“ dojmem, přesto byla velmi ochotná podělit se o své zkušenosti.

První položená otázka se týkala převzetí novorozence do péče. Ještě v porodnici musí každá matka nahlásit jméno lékaře, ke kterému se bude po propuštění s dítětem hlásit. Pokud to nemá domluvené dopředu, volá ještě z porodnice do ordinace, kterou si vybrala, aby měla jistotu, že ji pediatr přijme. V některých případech volají i ošetřující lékaři z porodnice, a to zejména pokud se jedná o dítě nedonošené, s nějakým zdravotním problémem nebo pokud si myslí, že by byla vhodná důslednější kontrola rodinného zázemí nebo sociální šetření. Do osmačtyřiceti hodin pak lékařka navštíví novorozence doma. Jezdí ke každé prvorodičce, v případě druhého a dalšího dítěte je to pak na domluvě, nebo na rozhodnutí lékařky, zda je taková návštěva potřeba. „*Na první návštěvu jezdí naše paní doktorka vždycky domů a bere mě s sebou*“ říká respondentka. Někdy se stane, že je potřeba dítě znovu převážít, zkontrolovat matku jak kojí nebo třeba jen udělat namátkovou kontrolu v domácnosti, v tom případě jede rodinu navštívit opakovaně většinou jen sestra. „*Dřív jsem jezdila na návštěvy častěji, teď jen výjimečně. Někteří rodiče mě ani nechťejí pustit dovnitř, myslí si, že jsem něco jako sociálka. Když je to nezbytně nutné, tak jedeme radši ve dvou*“ podotýká.

Nejčastěji v domácím prostředí kontroluje váhu novorozence a samozřejmě stravu. Zda matky kojí nebo ne, jak často, jestli nemají nějaké potíže. „*Hodnotím také barvu kůže a zornic, kvůli možné novorozenecké žloutence, jak se hojí pupek a případná porodní poranění.*“ Je nutné zkontrolovat i výbavičku, pomůcky ke koupání, postýlku. Častým nešvarem mladých matek jsou polštáře v postýlkách, takže edukace na tohle téma je vhodná. Sestra také zodpoví případné dotazy rodičů, poučí je o zásadách bezpečného zacházení s dítětem, a pokud je všechno v pořádku, pozve je na další návštěvu po čtrnácti dnech.

Mezi nejčastější problémy, které sestra s rodiči řeší, patří například správná poloha dítěte. V současné době je doporučována pouze poloha na zádech, což většina matek ví, ale dítě pro správný vývoj potřebuje občas ležet i na bříšku a také polohovat hlavičku, a tak rodičům vysvětlují, jak a kdy novorozeně na bříško dávat. S tím souvisí i rizika aspirace a syndromu náhlého úmrtí, na která se zejména vzdělanější rodiče také informují, Více než polovina rodin si dnes pořizuje monitory dechu, které sice mohou být v určitých situacích prospěšné, při nesprávném používání ale spíše stresují. „*S čím jsme se ale dříve neselekávali a dnes je celkem častým problémem, je pláč dítěte.*“ Rodiče přicházejí s tím, že dítě pláče a oni nevědí, co s ním. Pokud je to krátkodobá záležitost, nejčastější příčinou bývají kojenecké koliky. Ty se pak řeší různým polohováním, masážemi nebo farmakologicky. Stále rostoucími případy jsou ale neklidné dědi, děti přetažené nebo jen takové, kterým chybí správný dotyk. „*Jako by se někde vytratila ta schopnost matek dítě přivinout, pohoupat, utišit.*“ uvádí respondentka. Už i novorozencům se nabízí tolik hraček a stimulů, že je pro ně obtížné se zklidnit a usnout.

Kojení samozřejmě řeší také, ale to respondentce připadá naprosto přirozené, zvláště teď, když je kojení všude velmi propagováno. Jako laktační poradce nepůsobí, ale má kontakt na dvě laktační poradkyně z okolí, které matkám doporučuje, pokud uzná, že na jejich problémy sama nestačí. Někdy prý postačí jedna návštěva, jindy je potřeba dlouhodobější spolupráce, zatím ale neslyšela žádné negativní ohlasy.

V ostatních ohledech si s péčí o novorozence poradí sama. „*Velkou součástí mojí práce tvoří edukace, a to zejména v oblasti hygieny a ošetřování kůže, koupání, vycházek a spánku dítěte.*“ Samozřejmě je i organizace návštěv na středisku, očkování a dalších případných vyšetření. „*Důležité je také si s maminkami popovídat. Zeptat se na partnery a pokud možno je do péče o dítě zapojit.*“ Dnešní tátové se snaží zapojit do všech aktivit, ale najdou se i tací, kteří to považují za čistě „ženskou práci“. Ti by měli být svým rodinám alespoň psychickou oporou.

V rámci této ordinace komunitní péče alespoň do určité míry probíhá. Sestra i lékař do rodiny docházejí, i když ne v každém případě. „*Rozhodně souhlasím s tím, že komunitní péče by se měla rozvíjet. V rámci mojí práce to ale víc nejde. Chtělo by to víc času, ale také víc sester, které by se tomu mohly věnovat.*“ říká respondentka. Věřící tomu,

že rodiče by ocenili především individuální přístup. Návštěvní službě v rodinách by dala větší prostor a rozhodně by ji upřednostnila před možnými centry, kam by rodiče s dětmi za sestrami docházeli. *„Novorozenci je nejlépe doma, mezi svými blízkými a ve svém prostředí. Proto bych preferovala návštěvy právě tam“* uzavřela rozhovor.

Rozhovor - sestra (S6)

Diplomovaná specialistka v oboru všeobecná sestra, 26 let, svobodná, bezdětná. Vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru zdravotní asistent a následně vyšší odbornou školu v oboru všeobecná sestra. V současné době si doplňuje specializační vzdělávání v oboru dětská sestra, proto jsme ji do výzkumného vzorku zařadily. Dva roky pracovala na dětském lůžkovém oddělení, nyní 15 měsíců u praktického lékaře pro děti a dorost.

Na první návštěvu k nově narozenému dítěti jezdí v tomto případě lékařka spolu se sestrou do rodiny. U prvního dítěte je tomu tak vždy, v případě druhého a dalších dětí je to vždy na zvážení lékařky a také na situaci konkrétní rodiny. *„Pokud jde o fyziologického novorozence, který je z porodnice propuštěn v dobrém stavu, a víme, že maminka je schopná, tak si je dovolíme pozvat rovnou do ordinace“* říká respondentka. *„Pokud však je však nějaký problém, zejména dítě s nižší porodní váhou, nebo víme, že jde o problematickou rodinu ze sociálního hlediska, jdeme na návštěvu i v případě, že se nejedná o první dítě.“* Ač se to nezdá, kontrola prostředí, do kterého rodina novorozence přivádí, je i v současné době dost důležitá. Stává se, že některé sociálně slabé rodiny nebo matky samoživitelky bydlí na ubytovnách nebo u příbuzných. Někde nemají ani teplou vodu, natož vaničku pro miminko. Je potřeba zkontrolovat, zda je v bytě dostatečné teplo a čím topí, jaké mají pro dítě oblečení, postýlku. V případě, že je prostředí pro novorozence nevyhovující, musí se kontaktovat sociální pracovníci. Pokud je vše v pořádku, pediatr dítě prohlédne, zkontroluje, jak se hojí pupeční jizva, jaký je stav kůže, fontanely, poslechne srdeční činnost a pak si s rodiči povídá o tom, co je v rámci prevence čeká v prvním roce dítěte. *„Já miminko zvážím, změřím délku, obvod hlavy a hrudníku. Pak si s maminkou povídám o koupání“* popisuje sestřička. Dnes se

nedoporučuje koupat každý den, ale někteří rodiče to berou jako rituál, takovou rodinnou událost, a tak s nimi probírá, co je pro dítě nejlepší ohledně péče o pokožku.

Sestra není laktační poradkyní. Zatím o tom ani neuvažovala. V ordinaci se kojením a výživou zabývá i zdejší lékařka. Navštěvuje různé semináře na téma výživy a často bere sestru s sebou, má zájem na tom, aby se také vzdělávala. „*Mám přehled o různých formulích a speciálních výživových doplňcích, které maminkám doporučujeme v případě nějakých problémů, jako je například intolerance laktózy. Sleduji, co nového je na trhu, abych mohla poradit.*“ Samotné kojení je ale doménou lékařky. Sestra má sice teoretické znalosti, ale sama ještě nemá děti a tudíž ani zkušenosti s kojením, takže se prozatím snaží jen přihlížet a získávat zkušenosti. Protože se ještě nesetkala s prací laktační poradkyně, nedokáže posoudit, zda by mohla být pro matky přínosem. Jako nejčastější problém související s kojením udává strach maminek, zda mají dostatek mléka. Zejména v prvních týdnech, kdy ještě nemají nastavený nějaký režim a miminka se budí nepravidelně nebo často. To se však velmi brzy upraví, důležitá je trpělivost a hlavně klid. Klidná matka znamená klidné dítě.

Dalšími problémy, se kterými rodiče přicházejí pro radu, jsou bolesti břicha, neklid a pláč dítěte. Často se řeší četnost a barva stolic, někdy i příměsí krve ve stolici nebo ve zvratkách. I to většinou souvisí se špatnou technikou kojení, neboť maminky mají popraskané bradavky a dítě pak napolyká s mlékem i krev. Maminky pak bývají vyděšené a plné obav. „*S čím se také setkáváme již při prvních návštěvách je problematika očkování*“ říká respondentka. Přestože se začíná očkovat až později, rodiče, a to i tatínkové, se chtějí informovat od první chvíle. A to ze dvou důvodů. Buď se snaží očkování vyhnout, nebo jej alespoň odsunout, vyptávají se na vedlejší účinky a diskutují o obchodních strategiích farmaceutických firem. Anebo naopak žádají o očkování všeho možného, v těch prvních dnech zejména o vakcínu proti tuberkulóze. Obávají se o možnou nákazu v souvislosti s migrací obyvatel. Problematika očkování BCG vakcínou je v současnosti trochu komplikovaná, takže každý takový požadavek je řešen individuálně.

V rámci ošetrovatelské péče a edukace by si sestřička představovala větší uplatnění. „*Ještě sice nemám tolik zkušeností, ale myslím si, že technika kojení, péče o hygienu*

a všechny ostatní základní ošetrovatelské činnosti jsou v kompetenci sestry a já bych se jim ráda věnovala. V nemocnici to bylo běžné, na středisku je to nastavené jinak, takže všechny své schopnosti a názory tady úplně rozvíjet nemůžu, ale snažím se.“ I v této ordinaci se velkou měrou zabývá sestra administrativou, které stále přibývá.

Názor respondentky na možnosti rozvoje komunitní péče nás překvapil. *„Vím o tom, že dnes již existuje studijní obor pro sestry v komunitní péči, ale nikdy jsem se v praxi s takovou sestrou nesetkala.“* Určitě fungují sestry v terénu, které se starají o seniory, ale v péči o dítě nic podobného nezaznamenala. *„Mně by se to moc líbilo. Mít svůj „rajón“, svoje rodiny a děti, kterým bych se mohla věnovat, za kterými bych mohla jezdit a pomáhat jim. Mohla bych tam uplatnit všechno, co umím, poskytnout jim individuální přístup a práci si zorganizovat podle svých i jejich možností“* byla sestřička nadšená. Pak začala uvažovat, jak by se to dalo zorganizovat prakticky včetně plateb od pojišťoven a různých povolení. *„Když domácí péče funguje u seniorů, proč by nemohla i u novorozenců a kojenců“* uzavřela to nakonec. Uznává však, že taková setra by musela mít nejen dostatečné vzdělání, ale i zkušenosti z praxe. Jak by se to líbilo samotným rodičům, tam by to asi nebylo jednoznačné. Pokud by pomoc sestry potřebovaly, tak by pro ně taková služba byla ideální. A pokud ne, pokud by vše zvládali sami a neměli žádný problém, tak by ji prostě nevyužili. Bylo by to čistě na jejich rozhodnutí.

Pokud jde o možnou existenci center, kam by mohli rodiče s dětmi docházet za dětskými sestrami, ani tady jsme se nesetkaly s velkým ohlasem. *„Myslím si, že takovou tu preventivní péči plní obvodní pediatr velmi dobře, náš systém je dobře propracovaný“* uvádí respondentka. Další podobné zařízení jí připadá zbytečné. To, co by se tam řešilo, by měla podle ní řešit právě dětská setra v ordinaci, případně pak právě komunitní sestra, za niž by se přimlouvala spíš.

Tabulka 3 Dětská sestra v novorozenecké poradně

Respondentka	Věk	Vzdělání	Obor vzdělání	Délka praxe	Laktační poradce
S7	35 let	středoškolské /specializace	dětská sestra	2 roky v novorozenecké poradně	ano

Zjistili jsme, že respondentce je 35 let, má středoškolské a specializační vzdělání, je dětskou sestrou. V novorozenecké poradně pracuje dva roky a je také laktační poradkyní.

Rozhovor - sestra (S7) - novorozenecká poradna

Při nemocnici v Rokycanském okrese byla zřízena novorozenecká poradna před dvěma lety. Zdravotnický tým, který zde působí, tvoří několik pediatrů a dětská sestra. Je jí pětatřicetiletá žena, která má několikaletou praxi na novorozeneckém oddělení. Vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru všeobecná sestra a pak si dodělala specializační vzdělání v NCO NZO v Brně v oboru ošetrovatelská péče v pediatrii. V současné době se věnuje práci v poradně a nadále příležitostně slouží na oddělení fyziologických novorozenců.

Důvodem ke zřízení poradny byla potřeba zajištění návaznosti péče u novorozenců s nějakým problémem. Praktičtí lékaři mají na starost spoustu dětí a jejich časové možnosti jsou omezené. „*My si zveme novorozence tak, abychom na ně měli nejen dostatek času, ale aby se jim mohl věnovat jak lékař, tak sestra zvlášť. Každý má svoji oblast, které se věnuje a za kterou si zodpovídá*“ vyzdvihuje výhody sestry. Velkým plusem poradny je i možnost okamžitých laboratorních vyšetření nebo zobrazovacích metod.

Na otázku, jak se k nim do poradny novorozenci dostanou, odpověděla, že matky dostávají doporučení již v porodnici. V propouštěcí zprávě mají přesný termín návštěvy zapsaný a jsou poučeny, aby chodily na čas, aby nemusely čekat. Pokud se dítě narodí v jiné porodnici, pak si návštěvu domlouvají telefonicky. Někdy se stane, že konzultaci v poradně doporučí praktický lékař pro děti a dorost, v tom případě většinou zavolá sám, aby oznámil, s jakým problémem dítě posílá.

„Úplně nejčastějším problémem, se kterým novorozence zveme, je protrahovaná novorozenecká žloutenka“ uvádí respondentka. Protože doba hospitalizace v porodnici je velmi krátká, stává se, že dítě odchází domů s hladinou bilirubinu na hranici léčby. Takové dítě je potřeba zkontrolovat, a to opakovaně. Několik dní po propuštění, pak po čtrnácti dnech. Po třech měsících pak ještě dochází ke kontrole krevního obrazu, aby se ohlíдалo, zda novorozeně není anemické. Občas se stane, že hladina bilirubinu stoupne natolik, že je potřeba dítě znovu přijmout na léčbu fototerapií. *„Dalším častým důvodem ke kontrole v poradně je nějaká asfyktická příhoda při porodu.“* V takovém případě se sleduje adaptace dítěte po porodu, rozvoj reflexů, případně se doporučují další speciální vyšetření. Jedním z důvodů pro návštěvu je také provedení screeningu otoakustických emisí, který z nějakého důvodu neproběhl již v porodnici. *„Tohle je čistě moje práce, jsem na to vyškolená a sama si problematiku vývoje sluchu sleduji“* upřesnila nám respondentka.

Zajímalo nás, zda mezi problémy, se kterými rodiče přicházejí, patří také kojení. *„Já působím také jako laktační poradkyně, takže kojení samozřejmě řešíme“* odpověděla sestra. I když kojení jako takové ale není primární příčinou, pro kterou jsou děti do poradny zvány, bývá velmi častým problémem. Většinou se řeší v souvislosti s neprospíváním nebo zažívacími potížemi, žloutenkou nebo u nedonošených dětí. *„Pokud vidím, že má maminka s kojením nějaký závažnější problém, pozvu si ji extra a věnujeme se pak spolu jen tomu kojení. Pokud o to tedy maminka má zájem.“* Zeptaly jsme se, zda v takovém případě dojíždí poradkyně i do domácností. Bohužel jsme se dočkaly záporné odpovědi. Dle sestry by to bylo nad její časové možnosti. Dříve matkám dávala na sebe telefonní číslo, ale stávalo se jí, že ji opakovaně budily i v noci. Od té doby jim dává číslo do poradny a zve si je pouze v rámci ordinčních hodin. *„Nemyslím si, že by poradkyně neměla jezdit k maminkám domů. Jen si myslím, že se to nedá dělat ve volném čase.“* Domnívá se, že by taková služba měla být zaplacená jako každá jiná domácí péče, sestra by se tomu pak mohla věnovat naplno a hlavně by na to měla dostatek času. Pokud by byla plně rozvinutá komunitní péče o matku, dítě a potažmo celou rodinu, mohlo by laktační poradenství probíhat v rámci této služby. Opět by ji ovšem musely

vykonávat dětské sestry jako samostatnou činnost, ke které by měly kompetence a byly za ni zaplacené.

Zeptaly jsme se, jaké další problémy sestry řeší s matkami samostatně. „*Vždycky se najde něco, co maminky trápí, s čím si nejsou jisté a co by chtěly prodiskutovat. Pokud se to týká běžné ošetrovatelské činnosti, tak většinou stačí pár minut navíc během prohlídky, kdy se jim věnuji*“ říká sestra. Řeší tak běžné záležitosti jako je přebalování, koupání, vycházky. Když je to ale problém, který vyžaduje více času, pozve si je opakovaně. Nechtějí ale poradnu zahltit spoustou drobných problémů, které by měla řešit ordinace PLDD, zakládají si na individuálním přístupu a hlavně na dostatku času, který rodinám věnují.

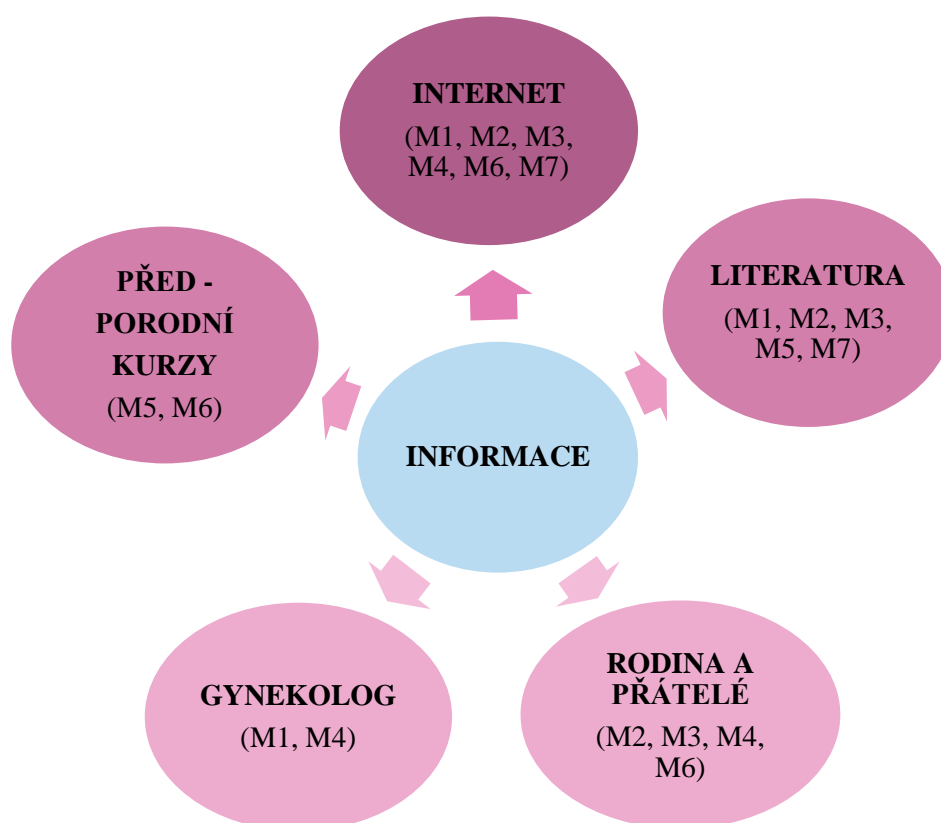
Neopomněly jsme prodiskutovat ani možnost existence center, kde by dětské sestry působily samostatně. „*My jsme v podstatě něco jako poradenské centrum. Já se věnuji problematice ošetrovatelské péče a lékař si hlídá to svoje*“ říká sestřička. V poradně se ovšem řeší hlavně zdravotní problémy novorozenců a teprve potom ty ošetrovatelské, které se od nich odvíjí. Naprosto zdravé děti tam tedy většinou nepřijdou. Do takových center by nejspíš chodily matky s jakoukoliv maličností, se kterou by si nevěděly rady, a ke které by nepotřebovaly lékaře. „*To by ale mohly zvládnout právě ty komunitní sestry*“ říká respondentka. Připadá jí zbytečné budovat další instituce s dalším personálem a administrativou, když práce v terénu by byla rychlejší a jednodušší. Zda by ji uvítaly samotné matky, netuší, myslí si ale, že současná doba si vyžaduje hlavně individuální přístup s ohledem na různé zvláštnosti každého člověka.

4.3 Shrnutí rozhovorů s matkami

4.3.1 Zdroje informací

Informace o tom, jak pečovat o novorozence a jaké zdravotní péče se jemu a matce dostane v prvních týdnech po porodu, získávaly matky zejména na internetu. Mimo jedné (M5) čerpaly z internetových stránek všechny. Pět ze sedmi matek si potřebné údaje vyhledalo v literatuře (M1, M2, M3, M5, M7) v časopisech nebo letáčích a pro čtyři (M2, M3, M4, M6) byli hlavním zdrojem rodinní příslušníci, zejména matka a kamarádky. Pouze dvě informoval do jisté míry gynekolog (M1, M4) a dvě navštěvovaly předporodní kurzy (M5, M6).

Schéma 1 Zdroje informací

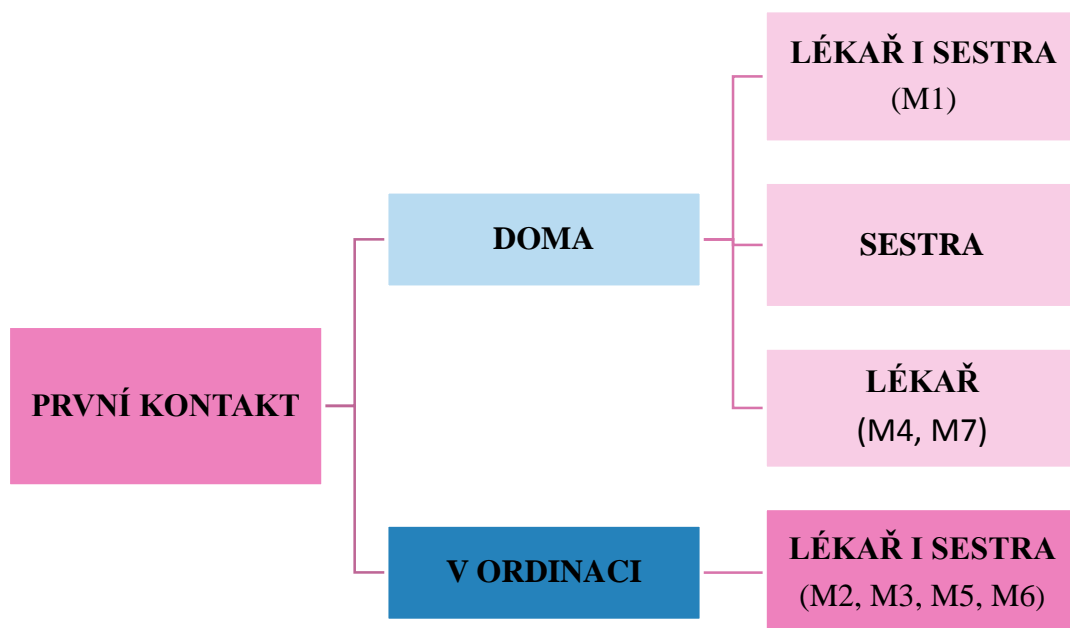


Zdroj: vlastní

4.3.2 První kontakt

První kontakt zdravotníků s novorozencem po propuštění z porodnice proběhl ve čtyřech případech v ordinaci PLDD (M2, M3, M5, M6). Ve dvou případech navštívil lékař dítě doma sám (M4, M7) a v jedenkrát s dětskou sestrou (M1). Samotná sestra nenavštívila rodinu ani jedné respondentky. V jednom jediném případě (M4) uvedla matka opakovanou návštěvu pediatra v domácnosti, vždy však bez přítomnosti sestry.

Schéma 2 První kontakt

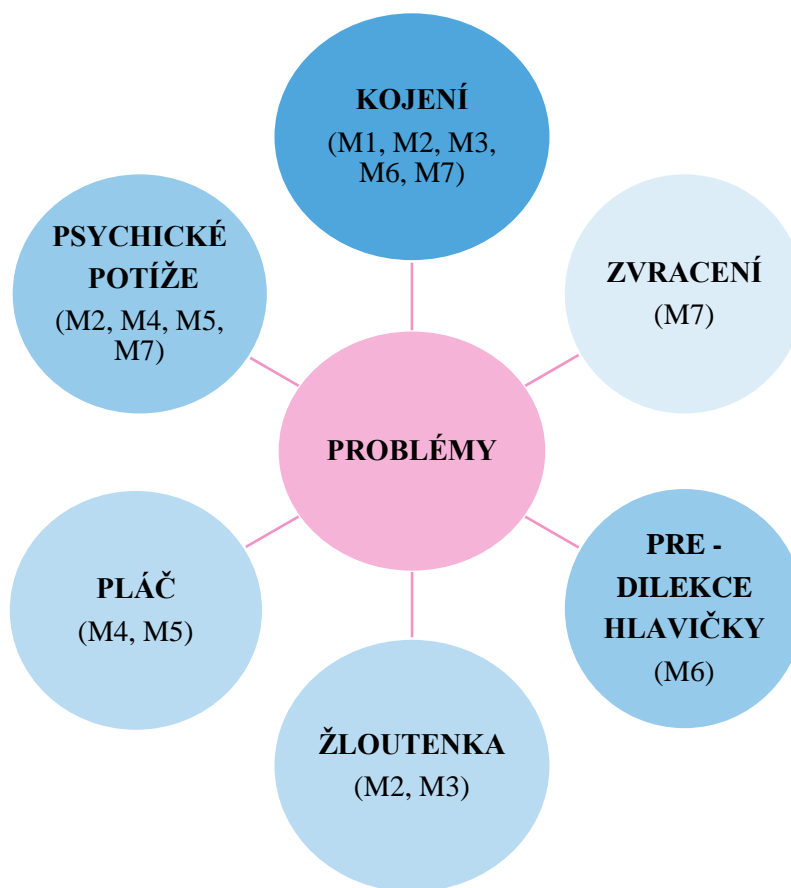


Zdroj: vlastní

4.3.3 Ošetrovatelské problémy

Mezi nejčastější problémy, se kterými se matky obracují na sestru nebo lékaře, patří kojení. Potvrzuje to pět ze sedmi respondentek. Zvracení řešila jedna matka (M7) a dvě (M2, M3) řešily problémy v souvislosti s novorozeneckou žloutenkou. Čtyři respondentky (M2, M4, M5, M7) pociťovaly psychické potíže, zažívaly pocity strachu o své dítě nebo se cítily v depresi. Jedna z matek (M6) řešila problematiku predilekce hlavičky a následně polohování, dvě (M4, M5) trápil neutišitelný pláč novorozence.

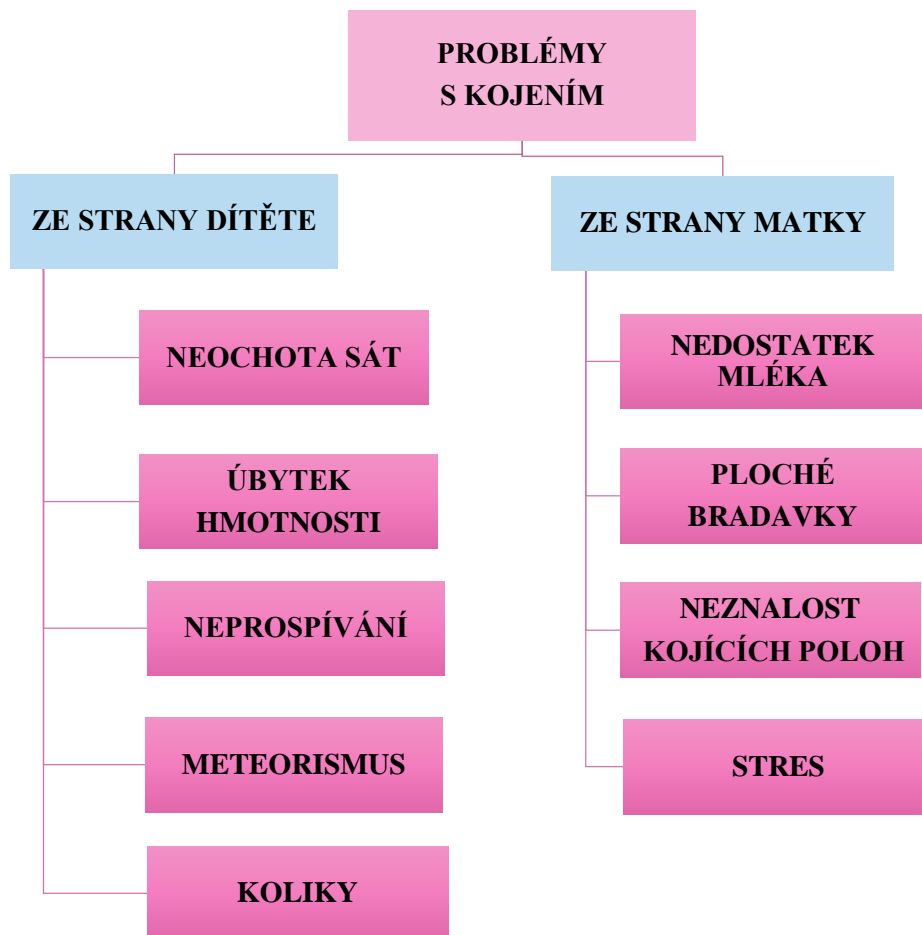
Schéma 3 Ošetrovatelské problémy



Zdroj: vlastní

Většina nejčastěji uváděných problémů souvisela s problematikou kojení. Ze strany dítěte to byla neochota sát, úbytky na váze a neprospívání, plynatost, koliky. Ze strany matky byl zmiňován hlavně nedostatek mateřského mléka, ploché bradavky, neznalost polohování. Tyto problémy řešily matky pouze ve dvou případech s laktační poradkyní (M1, M7) a ve dvou případech (M2, M6) s dětskou sestrou.

Schéma 4 Problémy s kojením

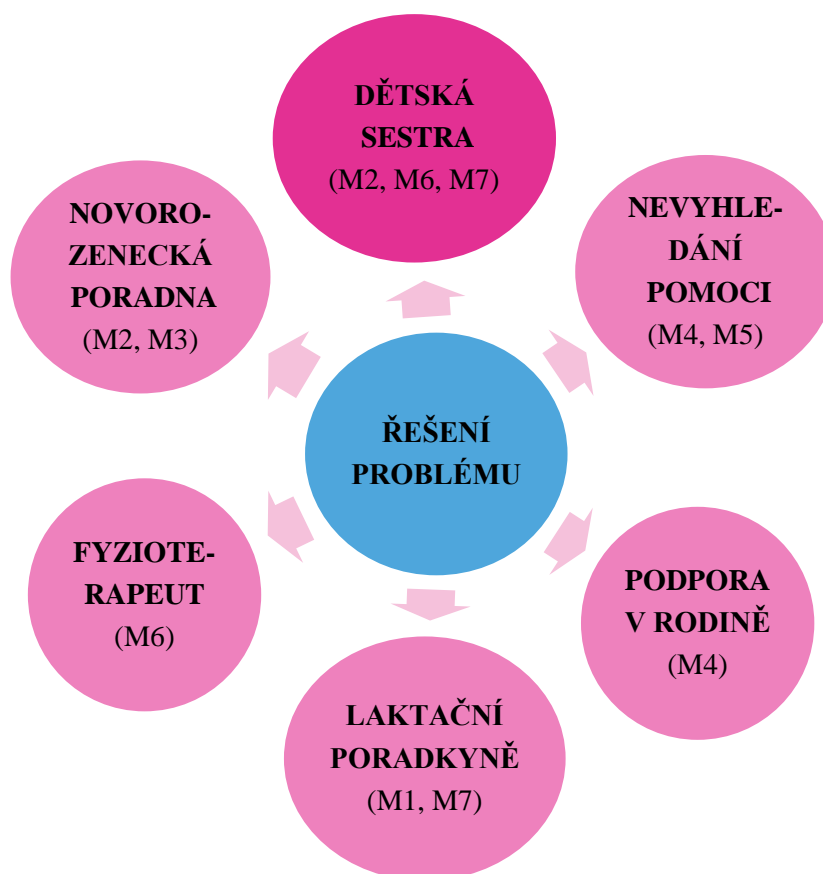


Zdroj: vlastní

4.3.4 Způsob řešení ošetrovatelských problémů

Matky se při řešení problémů, které se vyskytly v souvislosti s péčí o novorozence, obrátily ve dvou případech (M1, M7) na laktační poradkyni, z toho jedenkrát (M1) se jednalo pouze o kontakt telefonický. Ve třech případech jim pomohla dětská sestra. U dvou matek to bylo v souvislosti s kojením (M2, M6), jedna řešila péči o pokožku, spánek a denní režim (M7). Jedna respondentka (M6) navštívila fyzioterapeuta z důvodu predilekce hlavičky a dvě novorozeneckou poradnu kvůli novorozenecké žloutence (M2, M3). Dvě dotazované nevyhledaly žádnou pomoc, ačkoliv si nevěděly rady s pláčem dítěte (M5) anebo měly psychické potíže (M4).

Schéma 5 Řešení problémů

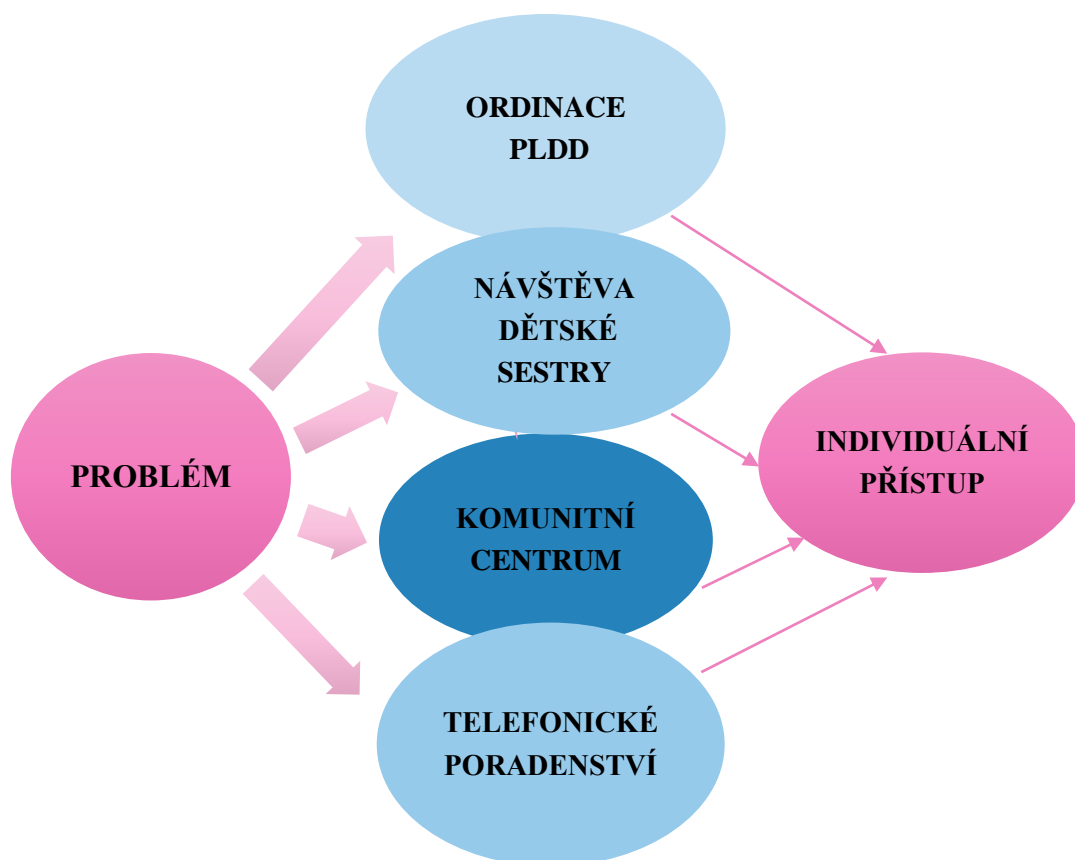


Zdroj: vlastní

4.3.5 Komunitní péče

Návštěvy dětské sestry v domácnosti by uvítalo šest ze sedmi matek. Pouze jedna (M3) uvádí, že by si nepřála, aby k ní sestra chodila domů. Existenci center, kde by s péčí o novorozence pomáhaly dětské sestry, si dokáží představit čtyři respondentky, z toho jen jedna (M7) jako skupinovou službu, zbylé tři pak pouze jako individuální (M1, M3, M5). Čtyři matky (M2, M3, M4, M7) by ocenily telefonické poradenství dětské sestry, a to nejlépe dvacet čtyři hodin denně. Všechny respondentky kladou důraz na dostatek času a hlavně individuální přístup dle potřeb dítěte a jeho rodiny.

Schéma 6 Řešení problémů a komunitní péče



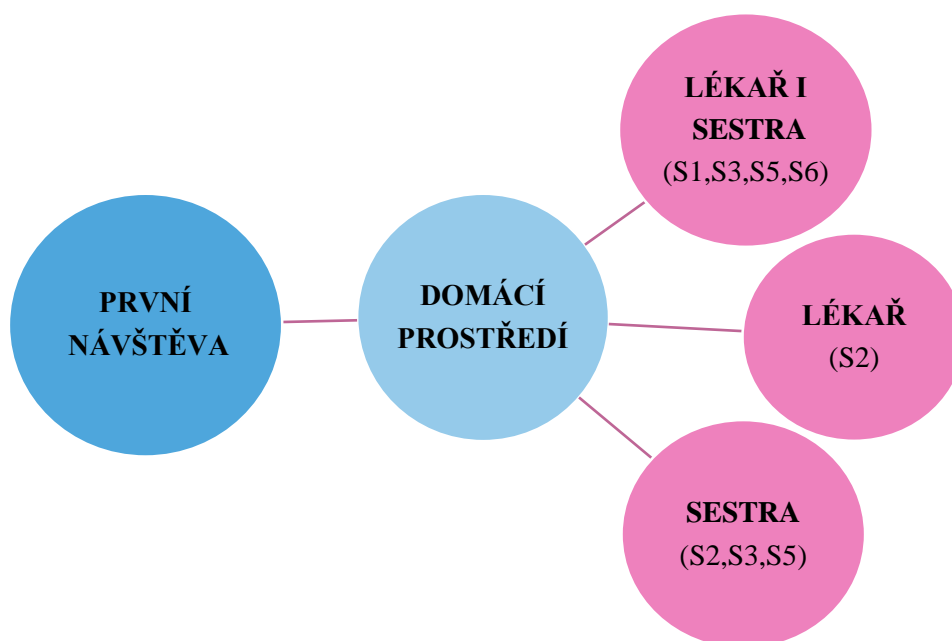
Zdroj: vlastní

4.4 Shrnutí rozhovorů s dětskými sestrami

4.4.1 První kontakt a opakovaná návštěva

První kontakt s novorozencem a jeho matkou provádí v domácím prostředí ve čtyřech případech za šesti vždy lékař se sestrou (S1, S3, S5, S6). V některých situacích navštěvuje rodinu dětská sestra sama (S2, S3, S5), v jednom případě jedí do domácnosti lékař sám (S2). Jedna respondentka (S4) uvádí, že do domácností na první návštěvu dojíždějí jen ve výjimečných situacích a v tom případě pak jezdí lékař sám.

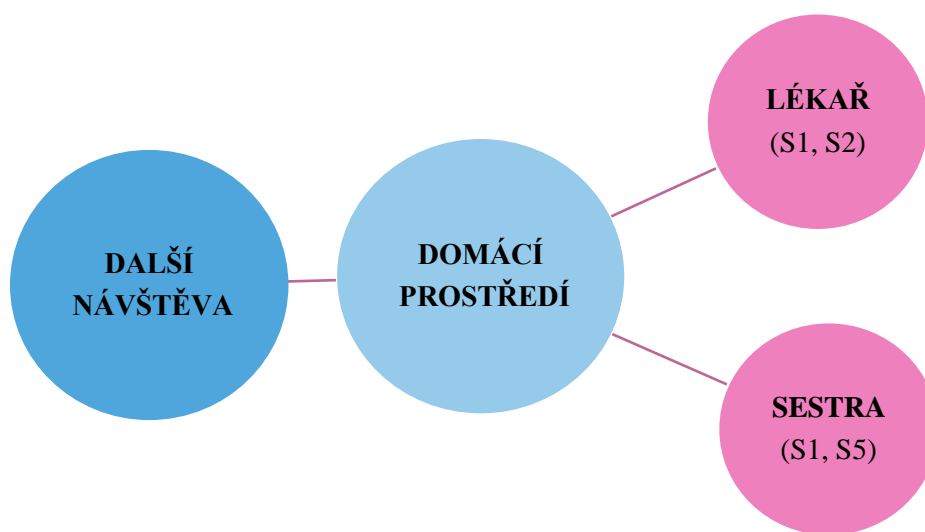
Schéma 7 První návštěva



Zdroj: vlastní

Pokud dojde k opakovaným návštěvám v rodině novorozence, což se stává zřídka, navštěvuje domácnost buď samotný pediatr (S1, S2) nebo samotná sestra (S1, S5). Ani v jednom z případů nenavštívili rodinu společně.

Schéma 8 Opakované návštěvy

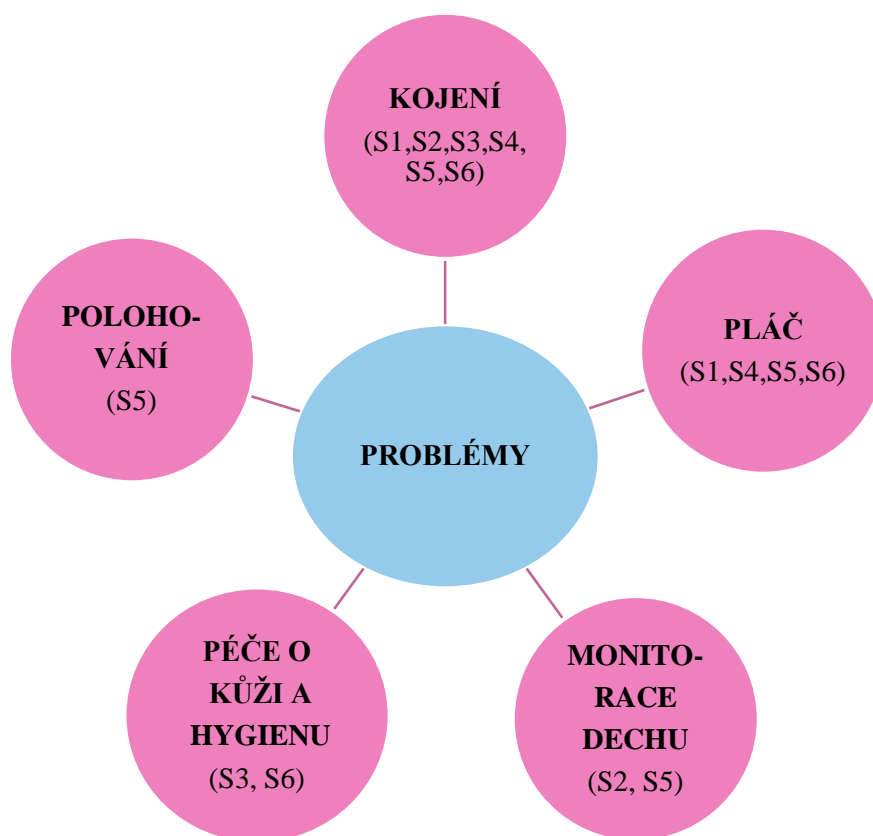


Zdroj: vlastní

4.4.2 Ošetrovatelské problémy

Problémy, se kterými dle sester rodiče novorozenců vyhledávají pomoc zdravotníků, se týkají nejčastěji kojení. Uvádí to všech šest respondentek. Čtyři sestry se velmi často setkávají s problematikou plačícího dítěte (S1, S4, S5, S6), monitorací dechu se pravidelně zabývají dvě respondentky (S2, S5). Péči o kůži, koupání, oblékání hodnotí jako problém dvě sestry (S3, S6), jedna (S5) se setkává s problematikou polohování dítěte.

Schéma 9 Ošetrovatelské problémy

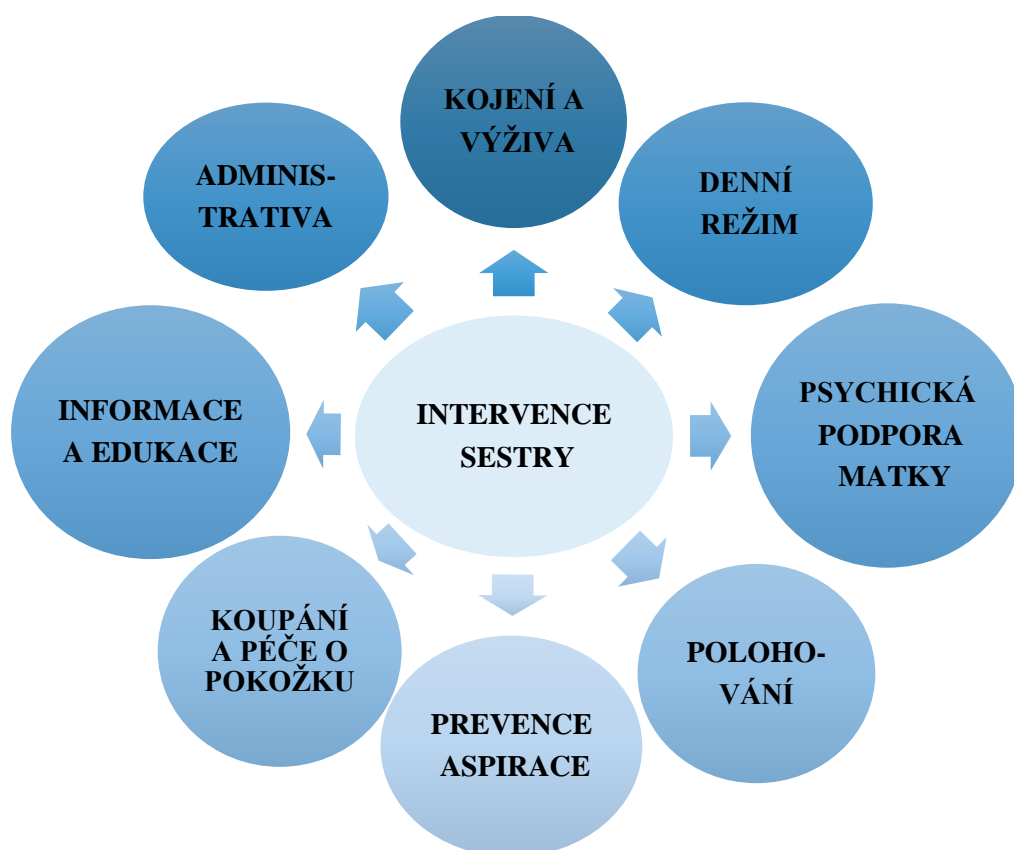


Zdroj: vlastní

4.4.3 Ošetrovatelské intervence

Ošetrovatelské činnosti dle kompetencí zvládají sestry samostatně ve všech případech. Kromě edukace jako takové je to také podávání informací a odpovídání na otázky, což konkretizují dvě sestry (S1, S3). Možnost samostatně poskytovat péči a edukaci v oblasti koupání a péče o pokožku a pupek udává pět dětských sester. Polohování, chování a zavinutí je součástí intervencí u třech respondentek (S2, S4, S5), denní režim včetně spánku a vycházek u dvou (S1, S5). Převážně administrativní činnost pak uvádějí dvě dotazované (S2, S6). Oblast kojení a výživy je hlavní součástí práce všech sester, prevenci aspirace uvádějí dvě (S3, S5). Tři dotazované (S3, S4, S5) zdůrazňují komunikaci a psychickou podporu matek.

Schéma 10 Ošetrovatelské intervence



Zdroj: vlastní

4.4.4 Komunitní péče

Rozvoj komunitní péče o novorozence formou domácí péče upřednostňuje pět sester ze šesti. Pouze jedna respondentka (S2) si dokáže představit existenci center, kde by se matky mohly skupinově setkávat s dětskými sestrami. Další dvě (S1, S3) by taková centra ocenily, ale pouze s individuálním přístupem. Jedna dotazovaná (S4) pohlíží pozitivně na možnost telefonického poradenství. Jako ideální se jeví možnost, kdy by komunitní sestra zasahovala v rodině intervencemi dětské sestry a zároveň poskytovala služby laktační poradkyně (S2).

4.5 Shrnutí rozhovoru s dětskou sestrou z novorozenecké poradny

Nejčastější problémy, které vedou matky s novorozenci do poradny, jsou medicínského charakteru. Protrahovaná novorozenecká žloutenka, následky asfyktických příhod a screening otoakustických emisí. Sestra sama pak řeší zejména problematiku kojení. Na posledním místě jsou běžné ošetrovatelské intervence, jako je péče o pokožku a koupání, vycházky. Největší důraz je v poradně kladen na individuální přístup a dostatek času. Sestra je schopna edukovat rodiče novorozenců ve všech oblastech ošetrovatelské péče a v rámci svých kompetencí se jim věnovat, ale ani taková snaha nenahradí osobní přístup, spolupráci s celou rodinou a další možnosti, které by mohla poskytnout sestra v terénu. Proto i ona by preferovala existenci dětských sester v komunitní péči.

5 DISKUZE

Každý zdravotník pečující o děti by měl kromě důkladných vědomostí a odborných schopností oplývat živým zájmem o děti a trvalou snahou jim porozumět. Dítě není malý dospělý. Je to jedinečná osobnost, která již od narození přináší svým blízkým spoustu radosti, ale nemusí tomu tak být vždy. Stále se zkracující doba hospitalizace novorozence v porodnici, která je v dnešní době trendem, znamená zároveň méně času na identifikování problémů, jak zdravotních, tak ošetrovatelských, které se mohou během adaptace dítěte po narození objevit. Ženy se musejí rychleji ztotožnit se svojí novou rolí matky a naučit se o své dítě postarat. Je tedy nezbytně nutné, aby byl systém následné péče o matku a dítě důsledně propracován. V současné době je hlavním článkem primární péče ordinace praktického lékaře pro děti a dorost, kde pracuje tým složený z pediatra a dětské sestry (Sikorová, 2012). Domníváme se ale, že pro kontinuitu a návaznost péče není činnost ordinace dostačující. Důvodem je mimo jiné nedostatek pediatriů v praktickém lékařství, jehož následkem jsou přeplněné čekárny a na pacienty stále méně času. Dle ÚZIS ČR bylo například v roce 2013 pouhých 0,9 % ošetření dětí provedeno v návštěvní službě. Dalším z důvodů jsou omezené ordinace hodiny, víkendy a svátky, kdy rodiče s dětmi vyhledávají pomoc v ambulancích první pomoci nebo ve zdravotnických zařízeních. Je otázkou, zda by spojovacím článkem mezi těmito institucemi mohla být komunitní sestra, která by svojí činností pomohla nejen ke koordinaci služeb poskytovaných rodinám, ale zároveň by svými intervencemi mohla vyřešit ošetrovatelské problémy, se kterými se matky v prvních týdnech života dítěte setkávají a nedokáží je samy řešit, a to v přirozených podmínkách jejich domova, rodiny, komunity.

Prostřednictvím naší diplomové práce jsme chtěly zjistit, jaká je úloha dětské sestry v komunitní péči o novorozence. Zvolily jsme si dva základní cíle. Za prvé jsme chtěly zjistit, s jakými problémy v péči o novorozence v domácím prostředí se matky potýkají a jak je řeší. Druhým cílem bylo prozkoumat, jakým způsobem se dětské sestry podílejí na komunitní péči o novorozence. K získání informací jsme použily metodu rozhovorů, a to jak s matkami novorozenců, tak s dětskými sestrami, které o novorozence

pečují. Naším zájmem bylo zjistit skutečné názory na to, zda komunitní péče poskytovaná dětskou sestrou v současnosti skutečně funguje, a jakým způsobem. Zvolily jsme rozhovory polostrukturované, abychom se držely daného cíle, většina respondentek se ale rozhovořila a otevřeně vyjadřovala své názory na danou problematiku, což nám umožnilo, abychom na problém pohlédly z různých úhlů a nenechaly se ovlivnit naším subjektivním názorem.

Pro realizování našeho výzkumného šetření bylo nutné vytvořit dva vzorky respondentů. Všechny oslovené ženy žijí nebo pracují v okrese Rokycany. Matky jsme vybíraly při jejich pobytu v porodnici a naším jediným kritériem byla ochota spolupracovat. Následně jsme je kontaktovaly přibližně čtyři až pět týdnů po porodu a rozhovory uskutečnily s ohledem na jejich čas a možnosti. V některých případech jsme se musely sejít opakovaně, ale všechny dotazované byly vesměs rády, že si mohou popovídat a vyjádřit své názory. Obávaly jsme se, že při výběru sester pracujících v ordinacích PLDD bude situace složitější. Schönbauerová a Boledovičová (2015) popisují změny v systému vzdělání, které přinesly i nedostatek kvalifikovaných dětských sester, a tak ne všechny sestry pracující v těchto ordinacích mají specializaci v pediatrii, což pro nás bylo jedno z hlavních kritérií. K našemu překvapení však šest ze sedmi respondentek bylo dětskými sestrami, pouze jedna byla sestra všeobecná, a ta si momentálně specializaci doplňuje. Nám se tedy tyto závěry nepotvrdily, alespoň v naší zvolené oblasti výzkumu. Závěrem jsme oslovily dětskou sestru pracující v novorozenecké poradně zřízené při nemocnici v okrese Rokycany, neboť nás činnost této ambulance zajímala z hlediska návaznosti péče o novorozence v tomto regionu.

V rámci naší práce jsme si položily pět výzkumných otázek, které by nás měly dovést ke stanoveným cílům. Nejprve jsme se zaměřily na matky novorozenců, protože nás zajímalo, jaké oblasti péče při ošetřování svého dítěte považují za problematické. Matky shledávají, že péče o novorozence je sice krásná, ale často náročná a přináší mnohá úskalí. S něčím si poradí samy a žádnou pomoc nevyhledají, případně jim poradí někdo z rodiny, s některými problémy se ale musejí obrátit na odborníka. Vůbec nejčastější příčinou vyhledání pomoci je problematika kojení. Následuje neutišitelný pláč dítěte, ať v souvislosti s kolikami nebo z jiné příčiny, novorozenecká žloutenka, problematika

polohování dítěte, koupání, oblékání a hygienická péče. Velmi podobné výsledky udávají i Schönbauerová a Boledovičová (2015), které mezi nejčastější ošetřovatelské problémy řadí zejména kojení, dále pak oblékání, hygienu a péči o pupeční pahýl a kojenecké koliky, z lékařského hlediska pak neprospívání, kožní problémy a žloutenku. S tímto výčtem problematických oblastí souhlasí i oslovené sestry.

Zdaleka největší problém, se kterým se matky novorozenců obracejí na zdravotníky, je kojení. Hovoří o tom všechny dotazované respondentky z řad sester a většina dotazovaných matek. Právě v souvislosti s kojením by považovaly intervence sestry v domácnosti za velmi přínosné, obzvláště pokud by komunitní sestra byla zároveň laktační poradkyní. Tento výsledek koresponduje se studií realizovanou ve Spojených státech v letech 2007 až 2010, která se zabývala intervencemi sester prováděnými v rámci standardní prenatální péče rozšířením o domácí návštěvy do 48 hodin po porodu. Během této studie bylo zjištěno, že častější a delší domácí návštěvy vedou k navázání vztahu matka - sestra, který následně výrazně ovlivňuje rozhodnutí žen o zahájení kojení a jeho následnému trvání. Mimoto zmírnily obavy matek, které kojit odmítaly, a to z důvodu opětovného návratu do zaměstnání, péče o ostatní malé děti nebo kvůli negativním zkušenostem z předchozího kojení (Karp et al., 2012). I podobná studie z Dánska s cílem posoudit, zda domácí návštěvy matek po porodu ovlivní délku kojení, došla ke shodnému výsledku. Matky, u nichž neproběhla domácí návštěva, měly významně zkrácenou dobu plného kojení oproti těm, které zdravotníci navštívili (Kronborg, 2012). Z porovnání těchto studií vyplývá, že snaha zdravotníků o pochopení faktorů ovlivňujících kojení a jeho podpora formou intervencí v domácím prostředí musí nadále pokračovat. Domníváme se, že právě kojení je natolik zásadní pro zdraví dítěte a tvoří nedílnou součást jeho vztahu s matkou, že si zaslouží plnou pozornost zdravotníků. V ambulantní péči není dostatek času ani prostoru, proto jsou domácí návštěvy nezbytnou součástí péče, která by měla být matce a dítěti nabídnuta. Dětská sestra by měla být pomocníkem a rádcem, který v přirozeném prostředí rodiny a domova působí jako partner ve snaze o přirozenou výživu dítěte kojením.

Zajímavou informací byla pro nás skutečnost, že si rodiny pořizují kojenecké váhy, aby mohly kontrolovat, zda kojeneček přibývá na hmotnosti. Některé sestry dokonce nosí

váhu s sebou, pokud do rodiny docházejí. Dle našeho názoru je taková činnost zbytečná a jeví se spíše jako módní záležitost. Pravidelné vážení dítěte v rámci preventivních prohlídek je dostatečné, pokud je dítě plně kojeno, není třeba sledovat jeho hmotnost denně. Pokud se vyskytnou jiné potíže v rámci kojení, pak je důležitější intervencí zásah dětské sestry nebo laktační poradkyně.

Jako velký problém, se kterým se čerstvé matky potýkají, a který vyvstal z našeho výzkumu hned na druhém místě po kojení, je jejich psychický stav. Matky prožívaly pocity strachu o své dítě, cítily se neschopné nebo osamocené, některé dokonce depresivní. Dle Andraščíkové a kol. (2010) se psychické změny v různé formě vyskytují až u 84 % rodiček, což zcela odpovídá námi zjištěným údajům. Bohužel žádná z oslovených žen nevyhledala v souvislosti se svými pocity pomoc zdravotníka. Dotazované dětské sestry si uvědomují, že je zájem a péče o duševní stav matky v šestinedělí velmi zásadní, a psychickou podporu, povzbuzení a empatii považují za nedílnou součást své práce. Oproti tomu Yonemoto (2014) při porovnávání randomizovaných kontrolovaných studií zjistil, že některé výsledky šetření zkoumající mateřské deprese naznačují, že ženy, které více využívaly domácích návštěv, měly zvýšené riziko deprese. Důvody tohoto zjištění nejsou jasné, předpokládá se ale, že matky, které měly častější kontakty se zdravotníky, byly více ochotné sdělovat své pocity. To by samo o sobě mohlo znamenat, že je mnohem více těch, které mají nějaké psychické potíže, jen se s nimi nikomu nesvěří. Tím se duševní stav žen v šestinedělí stává ještě významnější oblastí, na kterou je potřeba se zaměřit v rámci komplexní péče o rodinu novorozence.

S tím souvisí i další komplikace, kterou respondentky hodnotí jako negativní zkušenost, a to pláč novorozence. Hogg (2014) popisuje pláč jako normální fyziologickou záležitost, jako komunikační projev dítěte, které nedokáže jiným způsobem upozornit na neuspokojené potřeby. Z našeho výzkumu vyplynulo, že pláč dítěte často souvisí s novorozeneckými kolikami, ale také se sníženou schopností matek správně dítě zabalit, pochovat a utišit. Mnohem hůř zvládají dětský pláč matky trpící depresivními a úzkostnými pocity. Pokud porovnáme naše zjištění s výzkumem Sikorové a Plačkové (2015), které zaznamenaly vyšší počet dětí s expresivním pláčem

u dysfunkčních rodin a u matek se zvýšenou depresivitou, úzkostností a stresem, můžeme říci, že se naše zjištění shodují.

Když jsme identifikovaly nejčastější ošetrovatelské problémy, donutilo nás to zajímat se i o způsob jejich řešení, který rodiče zvolili. Zda věděli, na koho se obrátit, kde hledat pomoc a informace. Překvapilo nás, že některé budoucí rodičky před porodem vůbec netušily, jak bude o jejich dítě postaráno, na co mají nárok, kam se obrátit o radu. Většina z nich hledala na internetu nebo v literatuře, přestože takové informace nemusejí být vždy validní. Tvrdí to i Romano (2007), který ze stejného důvodu doporučuje důsledné třídění získaných poznatků. Vhodnou alternativou k získání informací by mohly být předporodní kurzy, ty však bývají zaměřené na porod a matku jako rodičku, samotné péči o dítě se věnují jen minimálně. De Vries (2007) vidí příležitost pro poskytování informací v rozvoji komunitních center, která by mimo ošetrovatelských zásahů také vzdělávala jak matky, tak i celé rodiny.

V rámci našeho šetření jsme mimo jiné zjišťovaly, v jakém rozsahu poskytují dětské sestry ošetrovatelskou péči novorozenci po propuštění z porodnice. Velmi zásadní pro nás bylo odhalit, zda k návštěvám v domácnostech vůbec dochází a jak často a zda vůbec se na těchto návštěvách dětské sestry podílejí. Proto jsme pátraly po tom, jak probíhá první kontakt s novorozencem po propuštění z porodnice, zda se odehrává formou domácí návštěvy, případně jestli jsou tyto návštěvy opakované. Podle Vincentové (2007) probíhá první prohlídka do 48 hodin po propuštění dětskou sestrou v domácím prostředí. V rozporu s tím z našich zjištění vyplynulo, že první návštěva neprobíhá ve většině případů v domácím prostředí, ale v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Pokud se návštěva uskutečnila v domácnosti, tak jen lékařem, případně lékařem se sestrou. Samotná sestra však nenavštívila ani jednu rodinu! Dětské sestry v rozporu s těmito údaji hovoří o tom, že první návštěva ve většině případů probíhá doma a účastní se jí jak lékař, tak sestra, v některých specifických případech ji provádí i sestra sama. V tomto bodě se tedy zjištěné údaje získané od matek zásadně liší od informací sester. Rodiče by podle našeho šetření návštěvu zdravotníků v domácnosti upřednostňovaly, zejména jedná-li se o vůbec první kontakt, někteří by uvítali návštěvy opakovaně, především pokud by se vyskytl nějaký problém, který by nepotřeboval zásah lékaře.

Podle Sikorové (2012) je komunitní péče poskytovaná dětskou sestrou plnohodnotnou součástí pediatrického ošetrovatelství. Své místo zaujímá v oblasti primární, sekundární i terciální prevence. Přestože návštěvní služba je v kompetencích dětské sestry dle Vyhlášky 55/2011 sb., ve skutečnosti k ní dle Sikorové (2012) téměř nedochází, a to zejména z organizačních důvodů. Naše zjištění tomuto modelu zcela odpovídají. Péče, kterou poskytují námi dotazované dětské sestry, směřuje mimo jiné také do oblasti prevence, nicméně je ve většině případů poskytována v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Do domácností za novorozencem docházejí sestry jen na první návštěvu, a to zdaleka ne pokaždé. Opakovaně pak navštěvují novorozence jen v případě, že je nějakým způsobem indisponován, například jde-li o nedonošené dítě nebo dvojčata. Podle zahraničních studií jsou na rozdíl od nás návštěvy sester v domácím prostředí v zahraničí rozvinuty mnohem více. Dobré zkušenosti mají zejména v severských zemích. Jak uvádějí Wilsson a Adolfsson (2011), ve Švédsku je domácí návštěvní služba poskytovaná novorozencům a jejich rodičům jednou z hlavních priorit v péči o dětské zdraví. Také ve Finsku je podpora rodin s dětmi součástí základních služeb jim poskytovaných (Rautio, 2013).

Zda je otázka domácích návštěv v současné době aktuální a dětská sestra nachází v této oblasti péče o dítě uplatnění, se zabývá nejen výzkum. Jedním z nich je projekt, který vznikl jako součást Grantu NS 9608–3 „Začlenění sestry do komunitní péče zdravotnického systému ČR, srovnání se situací ve státech EU“. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda laická i odborná veřejnost vnímá možnosti pro uplatnění samostatné komunitní sestry v péči o dětskou komunitu. Z výzkumu vyplynulo, že odborná i laická veřejnost většinou podporuje ustavení samostatné komunitní sestry v oblasti péče o dětskou komunitu v ČR. Lékaři a sestry řadí na první místo působení takové sestry v terénu. Sestry přikládají rovněž velký význam působení komunitní sestry v domácnosti, lékaři preferují domácnost méně, a nejméně souhlasí všichni s vlastní ordinací komunitní sestry (Tóthová a kol. 2011). Z našeho šetření vyplynulo, že dětské sestry by rozvoj komunitního ošetrovatelství v péči o novorozence uvítaly. Nejvhodnější by podle nich bylo působení v domácnostech, nejméně preferovaná jsou komunitní centra. Tato zjištění se shodují s výsledky výše uvedeného výzkumu. Přestože ten nebyl zaměřen konkrétně

na novorozence, jasně ukazuje, že sestry se shodují v názorech na prospěšnost komunitní péče v pediatrickém ošetrovatelství jako takovém. Náš výzkum nebyl směřován na názory lékařů, přesto z našich rozhovorů s dětskými sestrami, které pracují v ambulancích PLDD vyplynulo, že postoj pediatriů se v této oblasti od postoje sester poměrně liší. Lékaři se zabývají činnostmi, které by samostatně zvládla dětská sestra. Tyto intervence může vykonávat na základě kompetencí, kterých dosáhla náležitým vzděláním a praxí. Všechny sestry se shodly v tom, že se lékaři věnují kojení, hygienické péči o dítě a dalším činnostem, pouze však na informativní úrovni. Zeptají se, zda matky kojí nebo ne, jestli pečují o kůži a jak často chodí ven, podrobnostmi se však nezabývají. Techniku kojení, péči o pokožku, přebalování a další specifika, na které nezbyvá příliš času, považují sestry za svoji doménu, svoje dovednosti a zkušenosti však nemohou v rámci ordinace uplatnit v plné míře.

Chtěly jsme zjistit, jakou podobu komunitní péče preferují matky a zda by návštěvní službu v domácnosti uvítaly. Zároveň nás zajímalo, jaký způsob komunitní péče by považovaly za efektivní dětské sestry. Podle výsledků výzkumu mají matky pozitivní názor zejména na návštěvy sestry v domácnosti. Negativně se k této problematice stavěla pouze jediná, která se obávala narušení soukromí. To odpovídá i výsledkům zahraničních výzkumů. Například Rautio (2013) zjistil, že ve Finsku vidí laická veřejnost domácí návštěvy zdravotníků velmi pozitivně a cení si dobře fungujícího vztahu s odborníky. I z odpovědí dětských sester je jasné, že by byla rozvinutá komunitní péče v této oblasti přínosem, ovšem za splnění určitých organizačních podmínek. K tomu se přiklání i Kronborg (2012) a apeluje na zdravotníky, aby si uvědomili, že postnatální vedení potřebují dle jeho zjištění zejména prvorodičky.

Při pátrání po tom, jaký způsob péče o dítě v poporodním období by matky upřednostňovaly, nás překvapila poptávka po telefonickém poradenství, které u nás nepatří mezi standardní služby, jako v jiných zemích. Naše respondentky z řad matek považují telefonický kontakt se sestrou za jednu z nejlepších služeb, kterou si dokáží představit. Nejraději by byly za nepřetržitou možnost telefonického spojení, aby se mohly obrátit pro radu kdykoliv, když si nebudou vědět s něčím rady. V případě, že by byla taková pomoc nedostatečná, pak by se domluvily na osobním kontaktu. Sink (2009)

během shromažďování údajů ke své studii získal zkušenost zcela jinou, a to takovou, že matky samy nechtěly obtěžovat zdravotníky po telefonu, ale pokud je jako první kontaktovala sestra, měly na ni mnoho dotazů. Otázkou tedy zůstává, zda by případná telefonická služba byla dostatečně využívána, přestože ji naše respondentky preferují. Tuto preferenci potvrzují i další zahraniční studie, možnost telefonického kontaktu se porovnávala i s dnes moderním poradenstvím prostřednictvím emailu, telefonický kontakt však suverénně zvítězil. Tomu odpovídají i zjištění Yanga (2012), který říká, že ne všem matkám, které potřebují poporodní pomoc, je nutné zajistit přímou komunitní péči, ale i jiné metody, a to zejména telefonní hovory, pro ně mohou být stejně účinné.

Zajímavé názory jsme vyslechly při dotazování na možnou existenci center, ve kterých by pracovaly dětské sestry, a kam by mohly matky přicházet se svými dětmi řešit komplikace s kojením a péčí o novorozence, které by se mohly v prvních týdnech po porodu vyskytnout. Domnívaly jsme se, že pokud některým matkám nevyhovuje představa zdravotníka, který by přicházel do jejich domácnosti, mohlo by být takové centrum vhodnou alternativou. Jejich názory na takové středisko péče se různily. Některé si dovedly představit, že by takové zařízení navštívily, pokud by to znamenalo individuální přístup a dostatek času jim věnovaný. Pozitivně by nahlížely na to, kdyby jim v takovém centru mohla být poskytnuta multidisciplinární péče, nejlépe intervence dětské sestry, laktačního poradce, fyzioterapeuta a dalších odborníků. Podobné názory měli i odborníci z Kanady, kteří provedli kontrolovanou studii s cílem zhodnotit komplexní poporodní péči v komunitě ve srovnání s péčí nemocničního zařízení (Laliberté a kol., 2016). V rámci této studie se zaměřili na zlepšení postnatálních problémů včetně kojení tím, že navrhli model poporodní péče pro matky a novorozence, který obnášel návštěvy v zařízení na komunitní bázi, kde se jim věnovali odborníci z oblasti porodnictví, dětského ošetřovatelství a laktačního poradenství. Výsledkem jejich činnosti bylo zvýšení počtu výlučně kojících matek, ale hlavně zlepšení úrovně spokojenosti s touto péčí. Výsledky studie tedy ukazují na to, že zkušenost s multidisciplinárním přístupem v komunitním centru hodnotí matky pozitivně. Naše respondentky ale takovou zkušenost nemají, jejich názory se odvíjejí pouze od jejich představivosti. Na rozdíl od nich hodnotí možnost komunitních center dětské sestry

převážně negativně. Považují je v současném systému za zbytečná a nevěří, že by se uplatnila. I ony upřednostňují zejména individuální přístup k dětskému pacientovi a jeho rodině.

Jedním z bodů, na který jsme hledaly odpověď, byly oblasti péče, ve kterých sestry pociťují nedostatky. Jak již bylo řečeno, problémy s péčí o dítě, kvůli kterým matky vyhledávají pomoc zdravotníků, se shodují s těmi, které uvádějí sestry jako nejčastější ohniska svého zásahu. To však považují za normální a běžnou součást svojí práce. Praktická pomoc, poradenství a edukace jsou pro ně samozřejmostí. Jako nedostatek v komunitní péči o novorozence tedy nehodnotí tuto praktickou stránku věci, vidí jej spíše v nedostatečné informovanosti laické veřejnosti o této problematice. Také rodiče obvykle netuší, že by jejich dítě mohla dětská sestra navštěvovat doma, nikdo jim takovou službu nenabízí. Neznají kompetence, kterými současné sestry disponují, stále je považují za pomocníky lékaře, případně za administrativní pracovníce. Tento jejich postoj je, bohužel, v mnohých případech podporován i samotnými pediatry. Ti si obstarávají veškeré činnosti spojené s péčí o novorozence sami, sestry mohou uplatnit své schopnosti jen okrajově. Přestože se všechny respondentky shodly na tom, že dokáží poskytovat ošetrovatelskou péči samostatně a jsou si svými schopnostmi jisté, možností k jejich uplatnění nemají mnoho. To by mohla změnit právě návštěvní služba, kterou by provozovaly samostatně, v rámci svých kompetencí. Při rozhovorech se sestrami jsme nabyly dojmu, že je trápí nedůvěra k jejich schopnostem, která pramení právě z nedostatečné informovanosti a vůbec povědomí lidí o tom, co profese dětské sestry v současném systému obnáší. Opakovaně upozorňují na to, že k tomu, aby mohly pracovat samostatně, musí získat důvěru jak rodičů dětí, tak i lékařů.

Náš výzkum se nezabývá tím, jak by funkce dětské sestry v komunitní péči o novorozence, potažmo dětského pacienta, byla financována, přesto je potřeba tuto stránku zmínit, neboť na ni poukazují i oslovené sestry. Pokud by dětská sestra nepracovala pod hlavičkou praktického lékaře pro děti a dorost a vykonávala by ošetrovatelské intervence v rámci návštěvní služby naprosto samostatně, musela by být její činnost finančně ohodnocena. Podle Kronborga (2012) mohou být domácí návštěvy zdravotníků zaměřené na intervence k pokrytí postnatálních potřeb a podporu rodiny

relativně levnější ve srovnání se službami nemocnic nebo praktických lékařů. V péči o seniory je taková praxe již samozřejmostí, existují různé agentury domácí péče a činnost takových agentur je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. ÚZIS uvádí, že v roce 2013 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče u svých pacientů celkem 5,9 milionů návštěv, což potvrzuje, jak hojně je tato péče využívána. Dětská sestra má dle Vyhlášky 55/2011 kompetence k poskytování ošetrovatelské péče dítěti v domácím prostředí a k provozování návštěvní služby. Hrazení těchto služeb je ale sporné, víme, že plně hrazena pojišťovnou je jen první návštěva novorozence doma. Výsledky našeho výzkumného šetření naznačují, že sestry si tento problém uvědomují a finanční zajištění služeb komunitní sestry považují za podmínku k tomu, aby taková služba vůbec mohla být realizována. Matky naopak hrazení této péče neřeší, dle našeho názoru spíše z toho důvodu, že laická veřejnost se ve financování zdravotnických služeb příliš nevyzná. Seifert (2012) ale potvrzuje, že pokud má zdravotnický systém silnou primární péči, jejíž součástí je i komunitní ošetrovatelství, je mnohem více ekonomicky efektivní a dosahuje lepších ekonomických výsledků. Naše zdravotnictví prochází krizí z nedostatku personálu, a to jak z řad lékařů, tak sester. Efektivní využití jejich sil je nezbytné. President ČLK MUDr. Milan Kubek v březnu 2016 upozornil ve svém tiskovém prohlášení na to, že příčinou této krize je mimo jiné i nedostatek financí ve zdravotnictví (Kubek, 2016). A tady vyvstává otázka pro odborníky, zda by větší rozmach komunitní péče v pediatrii, ale i v jiných oborech, mohl přispět k řešení této situace po stránce ekonomické nebo personální.

Jaká je tedy úloha dětské sestry v komunitní péči o novorozence? Na tuto otázku nelze odpovědět jednoznačně. Pokud považujeme komunitní ošetrovatelství za součást primární péče (Sikorová, 2012), pak je hlavní úlohou sestry podílet se na komplexní léčebně - preventivní péči o dětského pacienta, včetně edukace a podpory jeho rodiny, to vše ale v rámci ordinace PLDD. Tato praxe je v současné době velmi propracovaná, dalo by se říci, že systém preventivních prohlídek je u nás na vysoké úrovni. Pokud bychom ale za komunitní péči považovaly práci sestry v terénu, v přirozeném prostředí a za spolupráce celé rodiny a komunity tak, jak je definována, dalo by se na základě našeho výzkumného šetření tvrdit, že taková péče téměř neexistuje. Ani první návštěva

novorozence v domácím prostředí neproběhne ve všech rodinách a samotná sestra se jí účastní jen ve specifických případech. Následné kontakty pak směřují už jen do ordinace. Dlouho zavedený systém sice funguje dobře a veřejnost je na něj zvyklá, nestačí ale pokrývat všechna specifika v péči o dítě. Matky během prvních týdnů po porodu jen pomalu získávají zdravé sebevědomí a sebedůvěru ve své mateřské schopnosti a potřebují individuální přístup a podporu ve správné péči o dítě (Schonbauerová a Boledovičová, 2015). Schopnosti a kompetence dětských sester jsou k tomu dostačující, a proto by dětská sestra mohla být platným článkem v komplexní péči poskytované novorozenci i v rámci komunity.

Když se kriticky zamyslíme nad vším, co jsme se během našeho výzkumného šetření dozvěděly, musíme přiznat, že otázka působení dětské sestry v komunitním ošetrovatelství není vůbec jednoduchá. Přestože matky i sestry jsou v tomto směru zajedno, názory na to, jakou formou by taková služba měla být poskytována, jak by měla být organizována a kým financována, už jednoznačné nejsou. Přesto se domníváme, že komunitní péči o novorozence, potažmo dětského pacienta, je třeba brát vážně a myšlenkou na její rozvoj se nadále zabývat. Zejména v době, kdy je financování zdravotnictví předmětem neustálých diskuzí, v době, kdy se uvažuje nad změnami vzdělávání lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků, v době, kdy dochází ke zvýšené migraci obyvatel, má podle nás úloha komunitní sestry velkou perspektivu. Náš názor na tuto problematiku pramení z osobních zkušeností a praxe v pediatrickém ošetrovatelství a je podpořen výsledky studií především ze zahraničních, kde se komunitním ošetrovatelstvím zabývají nejen ve výzkumu, ale tento způsob péče o děti a rodiny je tam mnohem více a rychleji rozvíjen. Například Barimani (2015) považuje kontinuitu a organizaci zdravotních služeb za důležitý úkol a najít nejlepší způsob, jak poskytovat co nejvhodnější péči matce a novorozenci v domácím prostředí, jako výzvu pro poskytovatele zdravotní péče a tvůrce politiky.

Výsledky, ke kterým jsme došly, vyplynuly ze zkušeností a názorů matek a sester z námi zvoleného vzorku respondentů. Ten byl příliš malý na to, abychom jejich názory mohly zobecňovat. Přestože jsme se s jejich pomocí snažily proniknout hluboko do jádra této problematiky, nemusí se jejich závěry shodovat s názory matek a sester z jiných

regionů. Proto je naším návrhem do budoucna ověřit zjištěné údaje pomocí kvantitativního výzkumu na dostatečně velkém a reprezentativním vzorku respondentů z řad matek a dětských sester z ostatních oblastí naší republiky. Získané údaje by mohly potvrdit či vyvrátit potřebu rozvoje funkce dětské sestry v komunitním ošetrovatelství a také rozšířit povědomí o této problematice, která v souvislosti se změnami v současném zdravotnictví začíná být nanejvýš aktuální, mezi odbornou i laickou veřejností.

Doporučení pro praxi:

- Apelovat na obnovení studijního oboru dětská sestra v rámci bakalářského studia.
- Aktivizovat profesionály směrem k profesní seberelizaci v komunitní péči.
- Propagovat výhody komunitního způsobu poskytování péče u odborné i laické veřejnosti.
- Rozšířit povědomí o kompetencích dětských sester v rámci ošetrovatelství.
- Zlepšit kontinuitu péče o matku a dítě po porodu - propojení služeb dětské sestry, laktační poradkyně, fyzioterapeuta.
- Pojmout domácí návštěvy sester jako možnost efektivního řešení běžných ošetrovatelských problémů.
- Zařadit laktační poradenství jako běžnou součást péče o novorozence - zlepšit informovanost matek o laktačním poradenství, podporovat kojení.
- Rozšířit předporodní přípravu budoucích rodičů o oblast ošetrovatelské péče o novorozence.
- Uvážit možnost telefonického poradenství dětskou sestrou.
- Zdůrazňovat důležitost domácí péče pro zdravý vývoj dítěte, psychiku matky a pohodu rodiny.
- Rozvíjet myšlenku komunitního ošetrovatelství jako nástroje k efektivnímu poskytování zdravotních služeb.
- Navrhnout rámec pro financování komunitních služeb.

Závěr

Náš výzkum byl zaměřen na problematiku poskytování ošetrovatelské péče novorozenci v rámci komunity. Chtěly jsme zjistit, jakou úlohu v ní hraje dětská sestra, v jakých oblastech péče může uplatnit své znalosti a schopnosti. Zajímalo nás, zda je schopna samostatně uspokojit potřeby novorozenců a matek po propuštění z porodnice v domácím prostředí, v rámci rodiny a komunity. Pomocí rozhovorů jsme nacházely odpovědi na naše výzkumné otázky a zjištěné údaje nám pomohly vytvořit si obrázek o skutečném stavu komunitní péče o novorozence.

Současná situace v poskytování komunitní péče dětskou sestrou není jednoznačná, názory na ni se různí, a to jak mezi odbornou, tak i laickou veřejností. Matky by péči zdravotníků v domácím prostředí ve většině případů přivítaly a dětské sestry v ní vidí velké plus nejen pro podporu rodiny, ale také jako možnost pro uplatnění svých odborných kvalit. Přestože je komunitní péče rychle se rozvíjejícím oborem po celém světě, u nás se s ní setkáváme spíše výjimečně. Náš názor, podpořený výzkumem i literaturou, je nakloněn individuálnímu přístupu ke každému člověku v rámci jeho přirozeného prostředí, domova a komunity. Proto považujeme rozvoj komunitního ošetrovatelství za žádoucí, a to i v případě péče o novorozence. Není nic přirozenějšího, než narození dítěte a jeho láskyplné přijetí rodinou. A není nic důležitějšího, než zdraví tohoto dítěte. Úlohou dětské sestry je podpora zdraví a předcházení nemocem, ale také podpora rodiny v péči o nového člena, upevňování vazby mezi dítětem a jeho matkou, posilování pocitu bezpečí a sounáležitosti, který je v prvních dnech pro všechny tím nejdůležitějším. Sestra je odborník schopný pomoci s problémy, které se mohou zdát banální, ale pro matku v nesnázích nepřekonatelné. A tím se stává nepostradatelným členem v systému péče o dětského pacienta.

Ošetrovatelská praxe je celosvětově vysoce ovlivňována sociálními, politickými a ekonomickými faktory. Hovoří se o transformaci, zvyšování kvality, efektivity, prestiže. Součástí těchto změn je ve vyspělých zemích i rozmach komunitní péče. Pokud se budeme chtít poučit z jejich zkušeností a začít rozvíjet tento způsob ošetrovatelské péče i u nás, čeká nás ještě hodně práce. Věřme ale, že tento návrat k tradici péče

o nemocné v domácím prostředí je krokem kupředu, neboť je orientována na člověka jako jedinečnou lidskou bytost.

Seznam zdrojů

ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. a kol. (2009). *Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky: učební text pro porodní asistentky v komunitní péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 125 s. ISBN 978-80-7013-500-6.

ARNOLD C. (2015). New risk factor for SIDS? Peaks in cot deaths associated with heat waves. *Environ Health Perspect.* [online] **123**(7), pp. 123-185; DOI:10.1289/ehp.123-A185. [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4492255/>.

BAJEROVÁ, K. (2014). Problémy s výživou v prvním roce života. *Pediatric pro praxi*, **15**(4), s. 202-204. ISSN 1213-0494.

BARIMANI M. et al. (2015). Support and continuity during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* [online] **29**(3), pp. 409–417. DOI: 10.1111/scs.12144. [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com>.

BÁRTLOVÁ, S. a kol. (2009). *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.

BIERMANN, Ch. a RABEN R. (2006). *Maminkou ve čtyřiceti?* 1. vyd. Praha: Portál, 178 s. ISBN 80-736-7075-5.

BOLEDOVIČOVÁ, M. (2011). *Pediatrické ošetrovatelstvo: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. 3. vyd. Martin: Osveta, 208 s. ISBN 80-806-3211-1.

BOLEDOVIČOVÁ, M. (2009). *Community nursing for nurses: textbook for nurses in community care*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 157 s. ISBN 978-80-7013-497-9.

BOLEDOVIČOVÁ, M. (2008). *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 103 s. ISBN 978-80-8063-246-9.

BOLEDOVIČOVÁ, M. a MATULAY, S. (2007). *Výskum v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Nitra: FSVaZd, UKF Nitra, 122 s. ISBN: 978-80-89245-03-1.

BOWLBY, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. 1. vyd. Praha: Portál, 360 s. ISBN 978-80-7367-670-4.

BUŽGOVÁ, R. (2009). *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 103 s. ISBN 80-7368-501-0.

YANG C. and CHEN C. M. (2012). Effects of post-discharge telephone calls on the rate of emergency department visits in paediatric patients. *Journal of Paediatrics and Child Health*. [online] **48**(10), pp. 931–935. DOI: /10.1111/j.1440-1754.2012.02519.x [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.2012.02519.x>.

Clinical Guidelines and evidence review for postnatal care: *Routine postnatal care of recently delivered women and their babies*. London: National collaborating Centre for primary care and Royal College of general practitioners (UK), 2006.

ČAPKOVÁ, J. a HAK J. (2007). Ošetrování kojence v zavinovačce. *Pediatric pro praxi*. **8**(1), s. 52-53. ISSN 1213-0494.

DEMOTT, K. et al. (2006) Postnatal Care: Routine postnatal care of recently delivered women and their babies. *NICE Clinical Guidelines, No. 37*. London: National collaborating Centre for primary care and Royal College of general practitioners (UK), 393 p.

De VRIES, A. Ch. a De VRIES, G. R. (2007) Childbirth education in the 21st century: An immodest proposal. *Journal of perinatal education*, [online] **16**(4), pp. 38-48, [cit. 2015-12-10]. DOI:10.1624/105812407x244958.

DORT, J. a kol. (2013). *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.

DORT, J. a kol. (2011) *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. Plzeň: ZČU v Plzni, 238 s. ISBN 978-80-7043-044-9.

FENDRYCHOVÁ, J. (2011). *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. 1 vyd. Praha: Grada, 189 s. ISBN 978-80-247-3940-3.

FENDRYCHOVÁ, J. (2010). Bezpečnost ošetrovatelských postupů - koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. **11**(2), 126-128 s. ISSN 1803-5264.

GREGORA, M. a VELEMÍNSKÝ M. ml. (2011). *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-3081-2.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. (2007). *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 272 s. ISBN 978-80-8063-357-1.

HELLBRUGGE T. a kol. (2010). *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 8024734575.

HEŘMANOVÁ, J. a kol. (2012). *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

JACK, S. M. et al. (2015). British Columbia Healthy Connections Project process evaluation: a mixed methods protocol to describe the implementation and delivery of the

Nurse-Family Partnership in Canada. *BMC Nurs.* [online] **14**(47). DOI: 10.1186/s12912-015-0097-3. [cit. 2015-11-14] Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/14/47>.

JANOV, A. (2012). *Prvotní otisky a jejich vliv na život člověka*. 1. vyd. Praha: Maitrea, 437 s. ISBN 80-872-4928-3.

JAROŠOVÁ, D. (2007). *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

JUŘENÍKOVÁ, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAFKOVÁ, V. (1992). *Z historie ošetrovatelství*. 1. vydání, Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 807013-123-3.

KARP, S. M. et al. (2013) Breastfeeding initiation in the context of a home intervention to promote better birth outcomes. *Breastfeeding medicine*. **8**(4), pp. 381-387. ISSN: 1556-8253.

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

KRONBORG, H. (2012). The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public Health Nursing*. [online] **29**(4), pp. 289-301. [cit. 2015-11-14] DOI: 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x.

KROUS, H. (2014). Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI) and Sudden Unexplained Death in Childhood (SUDC). In: Collins, Kim A. a Roger W. Byard. *Pathology of Infancy and Childhood*. New York: Springer, pp. 193-206. ISBN 978-1-61779-402-5.

KOTWAL, F. et al. (2008). Klinikal audit on babies admitted to paediatrics unit at crosshouse hospital within 7 days of birth. *British journal of medical practioners*. **1**(2), pp. 38-41. ISSN: 1757-8515.

KUBEK, M. (2016). Zdravotnictví volá o pomoc. *Tempus medicorum*. **25**(4), s. 2-4. ISSN 1214-7524.

LALIBERTÉ, C. a kol. (2016) A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother-baby dyads. *PLoS One*. [online] **11**(2). [cit. 2015-11-10] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752489/>.

MARTIN, K. S. (2011). The omaha system and meaningful use: Applications for practice, education, and research. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. [online] **29**(1), pp. 52-58. [cit. 2015-11-23] DOI: 10.1097/NCN.0b013e3181f9ddc658. Dostupné z: http://journals.lww.com/cinjournal/Fulltext/2011/01000/The_Omaha_System_and_Meaningful_Use__Applications.11.aspx#.

MATOUŠEK, O. a kol. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

MOON, R. Y. (2011). SIDS and other sleep – related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, **128**(5), pp. 1341-1367. ISSN 0031-4005.

MUNTAU, A. C. (2014). *Pediatric*. 6. vyd. Praha: Grada, 608 s. ISBN 978-34-374-3391-7.

O LALI. *Laktační liga* [online]. 2015 [cit. 2015-11-10] Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/liga/>.

PÁNEK, M. (2013). Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. **14**(6), s. 363 - 366. ISSN 1213-0494.

PIHLAKOSKI, L. (2013). Do antenatal and postnatal parental psychological distress, and recognized need of help predict preadolescent's psychiatric symptoms? The Finnish Family Competence Cohort study. *Child Psychiatry Hum Dev*. [online] **44**(2), pp. 305 - 319; [cit. 2015-11-23]. DOI:10.1007/s10578-012-0326-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10578-012-0326-x>.

PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAUTIO, S. (2013). Parents' experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [online] **27**(4), pp. 927-934. DOI: 10.1111/scs.12006. [cit. 2015-11-23]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12006/pdf>.

ROMANO, A. M. (2007). A changing landscape: Implications of pregnant women's Internet use for childbirth educators. *The Journal of Perinatal Education*. [online] **16**(4), pp.18–24. DOI: 10.1624/105812407X244903. [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174387>.

ROZTOČIL, A. (2008). *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

SEIFERT, B. a kol. (2012). *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum Press, 194 s. ISBN 978-80-246-2082-4.

SCHÖNBAUEROVÁ, A. a BOLEDOVIČOVÁ, M. (2015) The role of paediatric nurse in home visiting of newborns and infants in the past – Literary survey Original Research Article, *Kontakt*, **17**(4), pp. 241-248. ISSN 1212-4117.

SINK, K. K. (2009). Seeking newborn information as a resource for maternal support. *Journal of perinatal education*. [online], **18**(3): pp. 30–38. [cit. 2015-08-16] DOI: 10.1624/105812409X461207. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730900/>.

SIKOROVÁ, L. (2012). *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.

SIKOROVÁ, L. (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 223 s. ISBN 978-802-4735-580.

SIKOROVÁ, L. a PLAČKOVÁ, S. (2015). Souvislost mezi expresivním pláčem kojence a rodinnými faktory. *Pediatric pro praxi*, 2015, **16**(5), s. 348-350. ISSN 1213-0494.

ŠAMÁNKOVÁ, M. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.

ŠPIRUDOVÁ, L. (2015). *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 144 s. ISBN 978-802-4799-643.

TAKÁCS, L. a kol. (2015). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-2479-715-1.

TALIÁNOVÁ, M. a ŘEŘUCHOVÁ M. (2011). *Vybrané kapitoly z didaktiky ošetrovatelství*. 1.vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-389-8.

THOROVÁ, K. (2015). *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

TÓTHOVÁ V., MACHOVÁ A. a VAISOVÁ V. (2011). Komunitní sestra v péči o děti. *Kontakt*, **13**(1), s. 18-21. ISSN 1804-7122.

ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE. New York: OSN, 1989. Dostupné také z: <http://www.osn.cz/knihovna/dokumenty/>.

ÚZIS (2013). Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech. ISSN: 1211-2585.

VINCENOVÁ, D. (2007). Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči. *Pediatric pro praxi*, **2**(8), s. 116-118. ISSN 1214-0494.

VITOŇ, J. a VELEMÍNSKÝ M. st. (2014). *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí – jeho reflexe v umělecké literatuře*. 1. vyd. Praha: Triton, 58 s. ISBN 978-80-7387-844-3.

VELEMÍNSKÝ, M. (2005). *Infekce plodu a novorozence*. Praha, Triton, 414 s. ISBN 80-7254-614-7.

VOJTA, V. a PETERS, A. (2010). *Vojtův princip*. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-2710-3.

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Komunitní ošetrovatelská péče. *Věstník MZČR*, 2015, částka 11.

WHO. *Zdraví 21. Zdraví do 21. století. Osnova programu pro všechny v Evropském regionu SZO*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001. 147 s.

WILSSON, M. a ADOLFSSON A. (2011). Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit an interview study. *Open Journal of Nursing*. [online] **1**, pp. 51-58. [cit. 2015-11-10]. DOI:10.4236/ojn.2011.13007. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/OJN>.

ZACHAROVÁ, E. a ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Seznam příloh

Příloha 1 Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha 2 Deset kroků k úspěšnému kojení

Příloha 3 Otázky pro rozhovor s matkami

Příloha 4 Otázky pro rozhovor s dětskými sestrami

DESET KROKŮ



K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ

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

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



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

Zdroj: Laktační liga

Příloha 2

Charta práv hospitalizovaných dětí

1, Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

2, Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

3, Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

4, Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

5, S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

6, Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

7, Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

8, O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

9, Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

10, Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj: Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Příloha 3

Otázky pro rozhovory s matkami

- 1, Jaké informace o zdravotní péči poskytované novorozenci po propuštění z porodnice jste měla před porodem, a kde jste je získala?
- 2, Jaká je podle vás ideální délka pobytu matky a novorozence v porodnici?
- 3, Čeho jste se po narození dítěte nejvíce obávala?
- 4, Jaké problémy s péčí o dítě v prvním měsíci života jste řešila?
- 5, Vyhledala jste pomoc lékaře, sestry nebo laktačního poradce?
- 6, Jak probíhala spolupráce s dětskou sestrou nebo laktačním poradcem?
- 7, Jak proběhl první kontakt pediatra a dětské sestry s vaším novorozeným dítětem?
- 8, Jaký způsob zdravotní péče o dítě v prvních týdnech po narození byste preferovala?
- 9, Jaký je váš názor na poradenství a návštěvní službu poskytovanou dětskou sestrou v rámci komunity?
- 10, Pokud by vám nevyhovovaly návštěvy sestry v domácnosti, dokážete si představit existenci center, kde by se maminky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra?

Zdroj: vlastní

Příloha 4

Otázky pro rozhovory s dětskými sestrami

- 1, Jak ve vaší ordinaci probíhá první setkání s novorozencem, kterého přebíráte do péče?
- 2, Navštěvujete vy sama, jako dětská sestra, novorozence v domácím prostředí, a jak tyto návštěvy probíhají?
- 3, S jakými problémy se na vás maminky nejčastěji obracejí?
- 4, Působíte také jako laktační poradce?
- 5, Doporučujete matkám při problémech s kojením spolupráci s laktačním poradcem?
- 6, V jakých oblastech v péči o novorozence jste vy, jako dětská sestra, schopna samostatně poskytnout kvalitní a komplexní poradenskou a ošetrovatelskou péči?
- 7, K jakým změnám došlo v rámci péče poskytované vaším týmem v souvislosti s časnějším propouštěním novorozenců z porodnice?
- 8, Jaký je váš názor na potřebu rozvoje komunitní péče o novorozence a jeho rodinu v současnosti?
- 9, Pokud by vám nevyhovovaly návštěvy sestry v domácnosti, dokážete si představit existenci center, kde by se maminky setkávaly, individuálně nebo i skupinově, a kde by jim s problémy souvisejícími s péčí o dítě radila a pomáhala dětská sestra?
- 10, Jaký přístup by podle vás preferovali samotní rodiče?

Zdroj: vlastní