

Sdružená sesterská péče o matku a novorozence z pohledu
porodní asistentky

Bakalářská práce

Barbora Linková

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze

Mgr. Ludmila Cuřínová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Abstrakt

Jméno: Barbora Linková

Název bakalářské práce: Sdružená sesterská péče o matku a novorozence z pohledu porodní asistentky.

Škola: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci

Konzultant: Mgr. Ludmila Cuřínová, vedoucí Zdravotnického muzea Národní lékařské knihovny, Praha 2, 2008

Hlavním tématem bakalářské práce je sdružená sesterská péče o matku a novorozence z pohledu porodní asistentky, která je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou (průzkum). Teoretická část charakterizuje průběh fyziologického šestinedělí (anatomické a fyziologické změny a laktaci), kde je věnována pozornost jak péči v raném šestinedělí, tak i péči v pozdním období šestinedělí. Dále je zde uvedeno ošetřování novorozence bezprostředně po porodu, péče v průběhu šestinedělí a seznámení s takzvanou sdruženou sesterskou péčí o matku a novorozence. V neposlední řadě je zde kapitola o výživě novorozence a problematice kojení, která zahrnuje techniku kojení, problémy při kojení, kontraindikace kojení, propagaci a podporu kojení.

V empirické části je popsán průzkum, který je proveden pomocí dotazníků na 53 ženách. Hlavním cílem práce je zjištění, zda je pro čerstvé maminky jednodušší a příjemnější spolupracovat s jednou sestrou – porodní asistentkou, která má přehled jak o matce, tak o jejím dítěti. Dotazníky byly rozdány na oddělení šestinedělí v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze. Pro tento průzkum jsou stanoveny 3 hypotézy, které jsou popsány na začátku empirické části. Bakalářská práce je zakončena vyhodnocením a závěrem.

Klíčová slova: Šestinedělí, novorozenec, kojení, sdružená sesterská péče, porodní asistentka.

Abstrakt

Name: Barbora Linková

Bezeichnung der Bachelorsarbeit: Komplexe Schwesternbetreuung für Mutter und Neugeborenes aus dem Blickwinkel der Hebamme.

Schule: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. (Medizinische Hochschule in Prag GbR)

Grad der fachlichen Qualifikation: Bachelor in der Geburtshilfe

Konsultant: Mgr. Ludmila Cuřínová, Leiterin des Gesundheitsmuseums der Medizinischen Nationalbibliothek, Prag 2, 2008

Hauptthema der Bachelorsarbeit ist die komplexe Schwesternbetreuung für Mutter und Neugeborenes aus dem Blickwinkel der Hebamme, wobei die Arbeit in zwei Teile gegliedert ist, und zwar in einen theoretischen und einen empirischen Teil (Umfrage). Der theoretische Teil charakterisiert den Verlauf des physiologischen Wochenbetts (anatomische und physiologische Änderungen und Milchbildung), wo sowohl der Pflege im frühen, als auch im späten Wochenbett Aufmerksamkeit gewidmet wird. Weiterhin wird hier die Versorgung des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt, die Pflege im Verlauf des Wochenbetts und die Bekanntmachung mit der sogenannten komplexen Schwesternbetreuung für Mutter und Neugeborenes aufgeführt. Nicht zuletzt gibt es hier ein Kapitel über die Ernährung des Neugeborenen und die Problematik des Stillens, das die Stilltechniken, Probleme beim Stillen, Kontraindikationen beim Stillen sowie die Propagierung und Unterstützung des Stillens einschließt.

Im empirischen Teil ist eine Umfrage beschrieben, die mit Hilfe von Fragebögen unter 53 Frauen durchgeführt wurde. Hauptziel der Arbeit ist die Feststellung, ob es für frischgebackene Mütter einfacher und angenehmer ist, mit nur einer Schwester – der Hebamme zusammenzuarbeiten, die eine Übersicht sowohl über die Mutter als auch über ihr Kind hat. Die Fragebögen wurden in der Wochenbettabteilung in der Anstalt für Fürsorge für Mutter und Kind in Prag ausgeteilt. Für diese Untersuchung wurden 3 Hypothesen aufgestellt, die zu Beginn des empirischen Teils beschrieben sind. Die Bachelorsarbeit schließt mit der Auswertung und Schlussfolgerung ab.

Schlüsselbegriffe: Wochenbett, Neugeborenes, Stillen, komplexe Schwesternbetreuung, Hebamme.

Předmluva

Téma bakalářské práce vzniklo ve snaze více přiblížit sdruženou sesterskou péči, která se provádí v Ústavu pro péči o matku a dítě širšímu okolí nejen z řad odborníků, ale i laikům. Tato sdružená sesterská péče spočívá v péči jedné zaškolené porodní asistentky, která se stará jak o matku tak i o její dítě.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistentka a již samotným absolvováním zaškolení a následně prováděním této péče v praxi. Materiál jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých publikací.

Práce je určena nejen studentům porodní asistence, ošetrovatelství, odborným pracovníkům, ale i laické veřejnosti.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Ludmile Cuřínové za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

Úvod	11
1 Fyziologické šestinedělí	12
1.1 Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí.....	13
1.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů.....	13
1.1.2 Změny extragenitálních orgánů, celkové změny v organismu ženy.....	16
1.1.3 Laktace.....	19
1.1.4 Klinická péče v raném šestinedělí	20
1.2 Pozdní šestinedělí	22
1.2.1 Kontrolní vyšetření po šestinedělí	22
1.2.2 Gymnastika v šestinedělí	23
2 Novorozenec	24
2.1 Klasifikace novorozenců.....	24
2.1.1 Fyziologický novorozenec	25
2.1.2 Poporodní adaptace novorozence	26
2.2 První vyšetření a ošetření novorozence na porodním sále.....	26
2.2.1 Vyšetření novorozence na porodním sále.....	29
2.2.2 Ošetření fyziologického novorozence na porodním sále.....	30
3 Sdružená sesterská péče o matku a novorozence	31
3.1 Péče o novorozence v porodnici	32
3.1.1 Screeningová vyšetření	36
3.1.2 Propuštění novorozence do domácí péče.....	38
4 Výživa novorozence – kojení	40
4.1 Fyziologie kojení	40
4.1.1 Složení mateřského mléka	40
4.2 Technika kojení.....	42
4.2.1 Doplnky kojení	48
4.2.2 Problémy při kojení	49
4.2.3 Kontraindikace kojení.....	51
4.2.4 Propagace a podpora kojení.....	52

5 Metodika.....	54
5.1 Cíl a hypotézy	55
5.2 Vyhodnocení základní části dotazníku	56
5.3 Vyhodnocení druhé části dotazníku vztahující se k dané problematice	60
5.4 Vyhodnocení hypotéz	68
Závěr.....	70
Seznam literatury	71
Seznam příloh	72

Seznam tabulek:

Tabulka č.1 Věk dotazovaných žen	56
Tabulka č.2 Ukončené vzdělání dotazovaných žen	57
Tabulka č.3 Bydliště dotazovaný žen	58
Tabulka č.4 Po kolikáté žena rodí	59
Tabulka č.5 Kdo se o matku a dítě během toho pobytu stará	60
Tabulka č.6 Spokojenost matek s péčí sdružené porodní asistentky	61
Tabulka č.7 Spokojenost matek s péčí porodní asistentky a dětské sestry	62
Tabulka č.8 Orientovanost matek mezi sestrami v případě, že se o ně starají 2 sestry ..	63
Tabulka č.9 Zkušenost vícerodiček se sdruženou sesterskou péčí z předchozích pobytů v porodnici.....	64
Tabulka č.10 Názory žen z hlediska výhodnosti bez ohledu na to, která péče jim byla poskytnuta	65
Tabulka č.11 Spokojenost matek s kvalitou péče a informovaností v případě sdružené sesterské péče	66
Tabulka č.12 Která péče je podle žen pro ně jednodušší	67

Seznam grafů:

Graf č.1 Věk dotazovaných žen	56
Graf č.2 Ukončené vzdělání dotazovaných žen	57
Graf č.3 Bydliště dotazovaný žen	58
Graf č.4 Po kolikáté žena rodí	59
Graf č.5 Kdo se o matku a dítě během toho pobytu stará	60
Graf č.6 Spokojenost matek s péčí sdružené porodní asistentky	61
Graf č.7 Spokojenost matek s péčí porodní asistentky a dětské sestry	62
Graf č.8 Orientovanost matek mezi sestrami v případě, že se o ně starají 2 sestry	63
Graf č.9 Zkušenost vícerodiček se sdruženou sesterskou péčí u předchozích pobytů ...	64
Graf č.10 Jaká péče se zdá ženám výhodnější	65
Graf č.11 Spokojenost matek s kvalitou péče a dostatkem informací	66
Graf č.12 Která péče je podle žen pro ně jednodušší	67

Seznam zkratek:

BWR – Bordet-Wassermannova reakce (serologická reakce používaná ke screeningu syfilis)

CAH – screening kongenitální adrenální hyperplazie (jedná se o poruchu hormonů nadledvin)

HBsAG – Hepatitis B surface Antigen (protilátky infekční hepatitidy B)

HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus, který způsobuje AIDS)

PKU – Phenyl Keton Uria, screening Fenylketonurie

TORCH – imunologické vyšetření na přítomnost Toxoplazmozy, Rubeoly, Cytomegaloviru a Herpes viru

TSH – Tyreotropní hormon

UNICEF – (United Nations Children´s Fund). Dětský fond OSN – UNICEF je největší světovou organizací, která se celosvětově zabývá ochranou a zlepšováním životních podmínek dětí.

WHO – World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

Úvod

K výběru tématu bakalářské práce mě motivovala vlastní zkušenost s prováděním sdružené porodní asistentky v praxi. Proto jsem chtěla přiblížit péči, kterou provádí porodní asistentka, ale i pohled žen, jak jsou s touto péčí spokojeny.

V teoretické části práce popisují celý průběh fyziologického šestinedělí se všemi anatomickými a fyziologickými změnami, které matku v tomto období provázejí. Je zde zmíněna laktace, hygiena, gymnastika a kontrolní vyšetření po šestinedělí. Další kapitola je věnována novorozenci, jeho poporodní adaptaci, vyšetřením a ošetřením na porodním sále.

Kapitola sdružená sesterská péče o matku a novorozence vysvětluje pojem: „Sdružená sesterská péče“. Zabývá se péčí o novorozence v porodnici, screeningovými vyšetřeními a následným propuštěním matky a novorozence do domácí péče. Velmi důležitou kapitolou je výživa novorozence. Zabývá se samotným kojením, technikou kojení, eventuálními kontraindikacemi nebo problémy při kojení. Zmíněno je zde složení mateřského mléka a vitamínové doplňky.

Empirická část práce je věnována průzkumu spokojenosti matek s péčí. Cílem bylo zjištění, zda je pro čerstvé maminky jednodušší a příjemnější spolupracovat s jednou sdruženou sestrou než s porodní asistentkou a dětskou sestrou. K tomuto cíli jsou přiřazeny 3 hypotézy, které jsou vyhodnoceny v empirické části práce.

I. Teoretická část

1 Fyziologické šestinedělí

Mnoho fyziologických změn v organismu matky doprovází těhotenství. Většina z nich se objeví v průběhu časového období 40 týdnů, po porodu zhruba za jednu šestinu této doby většina z nich zmizí. Období, kdy tyto změny odeznívají, nazýváme šestinedělí (puerperium). Přes časové vymezení, které je obsaženo v jeho názvu, není šestinedělí přesně časově ohraničeno.

U většiny žen se rozprostírá v období 6-8 týdnů po porodu, kdy dochází k mateřské fyziologické adaptaci na novou situaci po porodu.

Ta je charakterizovaná návratem k netěhotnému stavu ženy, rozvojem kojení, ale také různými nepravidelnostmi, které se mohou v tomto období objevit. Je možno říci, že dochází jak k regresivním změnám (involutione pohlavních orgánů), tak k progresivním změnám (nástup laktace a návrat menstruačního cyklu).

Šestinedělí (puerperium) – je období po ukončení těhotenství a porodu, kdy anatomické a fyziologické těhotenské změny mizí a organismus se vrací do stavu jako před otěhotněním. Po porodu zahájí svou činnost mléčná žláza a období mateřství je dovršeno tvorbou mléka – laktací. Těhotenství a porod zanechávají v tělesné a psychické složce ženy dalekosáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy.

V poporodním období se v prvních 24 hodinách mohou objevit akutní poporodní nebo poanesteziologické komplikace. *Časně (rané) šestinedělí* zahrnuje prvních 7 dní po porodu, *pozdní šestinedělí* je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů, arbitrážně 42. dnem šestinedělí končí (Čech a kol., 1999).

1.1 Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí

V průběhu šestinedělí se postupně navracují těhotenské anatomické a funkční změny ženského organismu do fyziologické podoby.

1.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů

Involuce dělohy. Největší změny v šestinedělí probíhají v děloze, která se během gravidity téměř 11krát zvětšila a po porodu váží 1000 g. Již v prvním týdnu rychle involuje a na konci šestinedělí váží v průměru 80 gramů. Po vypuzení placenty nastávají hormonální změny, uvolňují se proteolytické enzymy, svalová vlákna se svrašťují, zmenšují se svalové buňky, ale jejich počet se nemění. Retrahovaná děložní svalovina anemizuje kontrakcemi hladkého svalstva, a stlačením stěn arterií má nedostatek výživy. V myometriu vzrůstá množství pojivové tkáně a elastinu a po 6 týdnech je děloha jen o něco větší než před těhotenstvím.

Po porodu má děloha oválný tvar, její stěny z tloušťky 1 cm zesílí na 3-5 cm, délka je přibližně 15 cm, šířka 12 cm a předozadní průměr 8-10 cm. V průběhu puerperia se mění hlavně její délka, kdežto šířka je relativně konstantní štěrbinovitá. Následkem zmenšeného obsahu děložní dutiny po vypuzení plodového vejce je v časném puerperiu vyšší myometrální a intrauterinní tlak, obnovuje se děložní činnost, intenzita kontrakcí je značně vysoká a je vnímána zvláště u vícerodiček první dny po porodu jako porodní bolesti. Bolestivost stoupá při kojení účinkem vyplaveného oxytocinu z hypofýzy. Intenzita, frekvence a pravidelnost poporodních kontrakcí klesá po 24 hodinách.

Při dobré involuci se fundus děložní snižuje, od 1. poporodního dne od pupku přibližně 1 prst (1 cm) za 24 hodin, po týdnů dosahuje 2-3 prsty nad horní okraj stydké spony a klesá do malé pánve, takže po 10 dnech není fundus zevně hmatný a stav involuce je možno posoudit gynekologickým vaginálním vyšetřením. Rychlost involuce závisí na některých porodnických situacích, může být zpomalen po protrahovaném

porodu, u multipar, po porodu dvojčat nebo polyhydramniu apod., nepříznivý vliv na involuční pochody má přeplněný močový měchýř nebo plné střevní kličky.

Involuce je tedy ovlivněna jednak retrakcí a kontrakcemi myometria, stlačením cév a snížením přívodu krve do dělohy, a jednak hormonálními změnami, kdy skončilo vylučování placentárních hormonů.

Změny v místě inzerce placenty. Bezprostředně po porodu placenty se místo inzerce zmenší na polovinu a způsobí kontrakci a uzavření cév. Placenta se odlučuje ve spongiózní vrstvě deciduy, která involucí dělohy dostává méně výživy, nastává hemostáza a nekróza deciduálně změněného endometria. V rané ploše nastávají regenerační procesy, ve sliznici se hromadí leukocyty, vytváří se tzv. *demarkační val*. Povrchová vrstva deciduy nekrotizuje a bazální vrstva, která souvisí s myometriem a obsahuje zbytky žlázek, je pak základem nového endometria. Regenerace endometria je skončena za 3 týdny, v místě inzerce placenty až za 6 týdnů. Z děložní dutiny odchází po porodu ranný sekret, očistky (*lochia*), obsahující krevní sraženiny, nekrotické cary deciduy, tkáňový mok, i sekrety z děložního hrdla, pochvy a vulvy. V prvních hodinách a dnech jsou červené, obsahují převážně krev – *lochia rubra*, po 3-4 dnech krve ubývá, přibývá tkáňového sekretu, jsou zahnědlé, sangvinolentní – *lochia fusca*. Cévy se postupně uzavírají a očistky dostávají žlutavou barvu, při převaze leukocytů jsou seropurulentní – *lochia flava*. Po týdnu žlutá barva mizí, vymizí erytrocyty i leukocyty, očistky jsou bělavé – *lochia alba*, posléze se mění v hlen – *lochia mucosa*. Hojné očistky jsou první týden, pak jich postupně ubývá. Očistky mají charakteristický nasládlý až mdlý zápach a alkalickou reakci, která mění kyselé prostředí poševní a tak se stává dobrou živnou půdou pro bakterie. Původně sterilní očistky z děložní dutiny odcházejí z pochvy infekční a jako s takovými se s nimi musí zacházet.

Změny děložního hrdla a dolního děložního segmentu. Po porodu je děložní hrdlo ochablé a tenkostěnné, s laceracemi na okrajích, prostupné pro dva prsty. Postupně se uzavírá, na konci prvního týdne je dilatováno do 1 cm, prostupné pro prst. Vnitřní branka se uzavírá rychleji než branka zevní, na konci 2. týdne je hrdlo délky 4 cm a vnitřní branka pro hrot prstu, po třech týdnech se hrdlo uzavírá a jen zevní

branka je prostupná pro prst. Na konci šestinedělí získává hrdlo cylindrický tvar, zevní branka má tvar příčné štěrbin, někdy s evertovaným cylindrickým epitelem, tzv. laceračním ektropiem. Kolposkopicky jsou po porodu na čípku patrné ulcerace, ekchymózy a lacerace. Reepitalizace trvá 6-12 týdnů, stromální edém a hyperplazie endocervikálních žlázek perzistuje 3 měsíce.

Dolní děložní segment se retrahuje a kontrahuje a na konci šestinedělí je formován do netěhotenského istmu.

Pochva. Po vaginálním porodu se pochva vrací do původního stavu za 3 týdny, zůstává však méně pružná, má vyhlazené slizniční řasy, stěny pochvy se snižují a vulva zeje. U astenických žen nebo při ochablém svalstvu může být pokles přední i zadní stěny poševní se zesláblým rektovaginálním septem příčinou pozdějšího descenzu pánevních orgánů (dělohy, poševních stěn). Hymen se při prvním porodu porušuje a *carunculae hymenales* se mění ve vroubkovité *carunculae myrtiformes*. Od 3. dne po porodu ascenzuje poševní bakteriální flóra do dutiny děložní.

Děložní přívěsy. Vejcovody, které byly v těhotenství vytažené podél děložních hran, prosáklé, síly prstu, klesají v šestinedělí do malé pánve, mají opět vodorovný průběh, svalové buňky se zmenšují a prosáknutí mizí. Vaječníky se rovněž zmenšují, sledují děložní fundus a spolu s vejcovody jsou opět uloženy v malé pánvi.

Vulva a pánevní dno. Po porodu se zmenšuje prokrvení zevních rodidel, mizí prosáknutí a pigmentace, případné varixy se zmenší nebo zcela vymizí. Svaly pánevního dna postupně získávají tonus a roztažené svaly diafragma urogenitale a diafragma pelvis se vracejí do původní polohy.

Břišní stěna. Vrací se elasticita stěny břišní a tonus přímých svalů, involuce trvá 6-7 týdnů. Diastáza přímých břišních svalů je patrná např. po porodu velkého plodu, vícečetného těhotenství nebo po polyhydramniu u vícerodiček. Dispenze břišní stěny v graviditě působí drobné trhlinky elastických vláken škáry, těhotenské pajizévky – *striae* mohou přetrvávat a stávají se stříbřitě šedými.

Hojení porodních poranění. Drobná poranění měkkých porodních cest se po porodu rychle zhojí. U větších trhlin pochvy, vulvy a hráze je předpokladem hojení správné ošetření za aseptických kautel s přesnou adaptací a přiložením okrajů. Hojí-li se poranění per primam, pak zůstává pouze úzká jizva. Nesprávné provedení sutury a infikované poranění se rozpadá, vzniká široká jizva po hojení per secundam (Čech a kol., 1999).

1.1.2 Změny extragenitálních orgánů, celkové změny v organismu ženy

Močový systém. Po porodu je sliznice močového měchýře edematózní, překrvená s hemoragickými sufuzemi, měchýř je rozepjatý, nedokonale se vyprazdňuje a první dny zbývá reziduální moč. Hypotonie a dilatace ureterů a ledvinných pánviček způsobené v graviditě progesteronem se během šestinedělí vrací k normálu. První hodiny po porodu jsou charakterizovány zvýšenou diurézou, často kombinovanou s útlumem nucení na močení.

Zvětšené ledviny involují pomalu i několik týdnů. Reziduální moč, snížení citlivosti měchýře na intravezikální tlak a snazší vezikoureterální reflux při hypotonii měchýře a ureteru má za následek častou infekci močových cest v šestinedělí. V močovém sedimentu mohou být po porodu leukocyty, erytrocyty i válce.

Klesá průtok ledvinami i glomerulární filtrace patrně vlivem poklesu steroidních hormonů, kreatininová clearance a glykosurie se normalizují asi týden po porodu. Následkem autolytických pochodů v děloze je vyšší hladina močoviny.

Trávicí ústrojí. Funkce trávicího ústrojí se rychle normalizuje, střevní kličky po vyprázdnění dělohy zaujmou svoji polohu, ale přetrvává obleněná peristaltika a potíže s vyprazdňováním. Upravuje se hyperacidita žaludeční šťávy a vrací se chuť k jídlu.

Metabolické změny. *Metabolismus vody a elektrolytů.* Po porodu je průměrný úbytek na váze 5 kg, v průběhu šestinedělí další 4 kg důsledkem ztráty vody a elektrolytů, nahromaděných v graviditě. Nejvíce vody, natria a chloridů ztrácí žena

v 1. týdnu po porodu z poklesu extracelulární tekutiny, po prvním týdnu puerperia se plazmatické hodnoty kationů a anionů vracejí k normálu.

Metabolismus bílkovin, tuků a glycidů. V průběhu šestinedělí klesá hladina sérových bílkovin, zvláště globulinů. Aminokyseliny, zvýšené první dny po porodu, se vracejí k normálním hodnotám. Volné mastné kyseliny se normalizují 2. den, rovněž cholesterol a triacylglyceroly vykazují signifikantní pokles bezprostředně po porodu, ale k normálním hodnotám se vracejí až po skončeném šestinedělí. Glykémie se výrazně snižuje 2.-3. den, u diabetiček rychle klesá potřeba vyšších dávek inzulínu. Z důležitých enzymů se hladina transamináz nemění, alkalická fosfatáza se vrací k normálu 3. týden, kreatinfosfatáza a laktikodehydrogenáza je v důsledku svalové aktivity za porodu několik dní zvýšená. Specifický těhotenský protein SP1 z oběhu mizí za několik dní, zatímco hladiny alfa1-fetoproteinu a oxytocinázy několik týdnů přetrvává.

Kardiovaskulární změny. Po porodu klesá bránice, příčně uložené srdce zaujímá svou dřívější polohu, hemodynamické změny se rychle vracejí k normálu v časném šestinedělí. Srdeční výdej poklesne o 28 % během 14 dní, zmenší se systolický objem a poklesne myokardiální kontraktilita. Plíce se rozepínají, neděлька má hlubší dýchání, klesá počet dechů i tepů. Reziduální kapacita plic vzrůstá, ale vitální a inspirační kapacita klesá.

Krevní změny. Celkový objem krve klesá z 5 až 6 litrů před porodem na 4 litry ve 3. týdnu šestinedělí. Objem krve, hodnoty erytrocytů a hematokritu jsou závislé na krevní ztrátě za porodu, která je kompenzována aktivací kostní dřeně a vyplavováním retikulocytů do oběhu. Po porodu mírně stoupá počet leukocytů, zvláště granulocytů. Hladina plazmatického železa klesá a od 5. dne se zvyšuje. Erythropoeza se vrací k normálu na konci šestinedělí.

Hemokoagulační faktory se po porodu rychle mění. Stoupá počet trombocytů i jejich adhezivita, fibrinogen klesá 1. poporodní den, ale 3.-5. den stoupá na předporodní hodnotu, 2. týden dosáhne vrcholu a během dalších 10 dnů klesá na hodnoty netěhotenské. Několik hodin po porodu nastává vzestup aktivátorů

plazminogenu, prodlužuje se trombofonový čas, stoupají štěpné produkty fibrinu a 3. – 5. den se hladina vyrovnává. V rovnováze s koagulačními faktory je fibrinolytický systém a fibrinolytická aktivita rychle po porodu vzrůstá. Vzestup koncentrace srážlivých faktorů během těhotenství je rezervou pro kompenzaci krevních ztrát. Jejich zvýšená aktivace však může být sledována tromboembolickými komplikacemi v šestinedělí, zvláště stoupne-li hladina fibrinogenu, faktoru VIII nebo trombocytů. Fibrinolytická aktivita je ochranným systémem a nedělky, které nemají schopnost aktivovat fibrinolýzu, jsou vysoce ohrožené trombózou i embolií.

Hormonální změny. Po porodu placenty rychle klesá hladina placentárních hormonů. Placentární laktogen (hPL) vymizí během několika hodin, choriový gonadotropin (hCG) se snižuje k nule do 11. – 16. dne, pomalejší pokles je po potratu v 1. trimestru nebo po vyprázdnění hydatidózní moly. Po porodu rychle klesá hladina estrogenů a progesteronu do 7. dne, jejich další vzestup je závislý na laktaci. U nekojících žen přibližně za 3 týdny dosáhne estradiol hodnoty folikulární fáze, u kojících za 60-80 dní, některé kojící ženy jsou hypoestrické až 180 dní. Podobně prolaktin u nekojících žen se rychle snižuje, u žen kojících je jeho hladina závislá na intenzitě kojení, prolaktin se uvolňuje při sání a při frekvenci kojení přibližně 6krát denně se vysoká bazální koncentrace udržuje déle než 1 rok. FSH a LH mají po porodu nízkou koncentraci, hodnoty folikulární fáze dosahují přibližně 3. týden. První menstruace po porodu následuje po anovulačním cyklu. Ovulace může nastat u nekojících žen u 10-16 % po skončeném šestinedělí, u 30 % do 90 dní. U žen kojících je vzácně ovulace před 10. týdnem po porodu, ale je třeba nedělkou upozornit, že kojení není spolehlivou antikoncepcí. Ve vyspělých státech je tzv. laktační sterilita kratší než v rozvojových zemích, kde přetrvává vlivem častého kojení a špatné výživy matky 1-2 roky (Čech a kol., 1999).

1.1.3 Laktace

Mléčná žláza. Na laktaci se připravuje v průběhu gravidity, kdy estrogeny působí proliferaci mlékovodů a progesteron stimuluje epitel alveolů. Na vývoj mlékotvorného aparátu se uplatňuje souhra tzv. laktogenního hormonálního komplexu, estrogenů, progesteronu, placentárního laktogenu, hypofyzárního prolaktinu, kortizolu i inzulínu. Po porodu pokles estrogenů a progesteronu stimuluje začátek laktace, ale základní pro tvorbu mléka je hypofyzární prolaktin. Intenzita tvorby mléka je stimulována kojením, kdy periferní nervové dráždění bradavky sáním přechodně zvyšuje výdej prolaktinu a současně neurohypofýza pulzativně zvyšuje výdej oxytocinu. Oxytocin působí kontrakce myoepiteliálních buněk a napomáhá sekreci mléka z alveolů a malých mléčných vývodů. Také správná involuce dělohy je závislá na vyplavovaném oxytocinu. První dny po porodu, tak jako v graviditě, lze z bradavek vytlačit hustou tekutinu – mlezivo (*colostrum*). Oproti mléku obsahuje více bílkovin, hlavně globulinů, více minerálních látek, zejména Mg, který zvyšuje střevní peristaltiku a urychluje vypuzení smolky, méně tuků a cukru. V mlezivu jsou přítomné protilátky – imunoglobuliny IgA. Kalorická hodnota kolostra postačí novorozenci první poporodní dny.

Mateřské mléko. Je nejdokonalejší stravou pro novorozence, má i optimální teplotu. Jeho hlavní složkou jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Proteiny – kasein, laktalbumin a laktoglobulin – jsou syntetizovány v alveolárních sekretorických buňkách, mnohé mléčné proteiny jsou zcela unikátní a jinde se nevyskytují. Syntéza laktózy z glukózy se děje rovněž v alveolárních sekretorických buňkách, k rychlému vzestupu koncentrace dochází za 2 dny po porodu. Laktóza částečně přechází do mateřského oběhu, je vylučována ledvinami a je možno ji detekovat v moči. Podobně i mastné kyseliny jsou v alveolech syntetizovány z glukózy. Mateřské mléko obsahuje vitamíny ve variabilním množství, kromě vitamínu K. Železa je malé množství, ale je lépe absorbovatelné než z mléka kravského. Podobně jako štítná žláza i mléčná žláza koncentruje jod. Z iontů jsou v mléce přítomny K, Na, Cl, Ca, Mg a P. Stejně jako v kolostru jsou v mléce protilátky IgA, které mají preventivní účinek na bakteriální adherenci k povrchu epiteliálních buněk. IgA působí proti *Escherichia coli* a je známé,

že kojené dítě má méně často střevní infekci – enterokolitidu. Protilátky IgG se v mléce neprokazují a do oběhu novorozence se nedostanou. Laktaci podporuje pravidelné přikládání novorozence k prsu a dokonalé vyprázdnění prsu po kojení (Čech a kol., 1999).

1.1.4 Klinická péče v raném šestinedělí

Po porodu nastávají v organismu ženy významné změny jak po fyzické, tak po psychické stránce. Nedělka pociťuje úlevu a radost nad narozením dítěte a vyčerpání tělesné i duševní navodí několikahodinový spánek. Bezprostředně po porodu dopřejeme matce klid a novorozence předáme na novorozenecké oddělení. Po převozu z porodního sálu na oddělení šestinedělí je žena uložena do čistě povlečeného lůžka, dostává čisté prádlo, nejlépe noční kabátek s rozepínáním vpředu, vhodný pro kojení a snižující možnost infekce bradavek přetahováním noční košile. Porodní asistentka se seznámí s nedělkou, s průběhem těhotenství a porodu, zkontroluje výšku děložního fundu, zevní krvácení, TK, pulz a teplotu, přesvědčí se o tom, zda se žena vymočila před převozem z porodního sálu a informuje ženu o hygienickém režimu oddělení. Nedělka je poučena o nutnosti častého sprchování, čistotě rukou, oplachu rodidel po každém močení a stolici, zvláště v prvních dnech, o infekčnosti očístků a používání sterilních vložek, které jsou na oddělení k dispozici. Preferuje se časně vstávání, přibližně 2 hodiny po porodu, které je prevencí tromboembolických komplikací a usnadňuje také vyprazdňování močového měchýře a střev i odchod očístků a zavinování dělohy.

Při denní vizitě lékař kontroluje celkový stav nedělky, výšku děložního fundu, typ a množství očístků, hojení poranění hráze, prsy a tvorbu mléka. Pravidelně třikrát denně je sledována tělesná teplota, jednou denně TK, pulz a další vyšetření podle průběhu těhotenství a porodu.

Po porodu může být ztížené močení pro hypotonii měchýře, kdy není pociťováno nucení na moč, jindy pro nezvyk močit v leže nebo obavou ženy před pálením při poranění zevních rodidel. Je úlohou porodní asistentky, aby sledovala pravidelné

vyprazdňování močového měchýře. Cévkování se provádí až po vyčerpání běžných prostředků, jako je oplach rodidel teplou vodou, teplá sprcha. Stolice je obvykle 2. poporodní den, při obstipaci se používají, podobně jako v graviditě, nepřiliš drastické prostředky, nejlépe glycerinový čípek, event. klyzma.

Na oddělení šestinedělí je vhodné tzv. cyklické obkládání pokojů, které usnadňuje denní poporodní režim a pečlivé vydezinfikování pokojů při propouštění žen do domácího ošetřování. Ženy po císařském řezu jsou pokud možno překládány na resuscitační pokoj tak jako po gynekologické operaci a intenzivně sledovány. Po 24 hodinách mohou být při normálním pooperačním průběhu společně s ostatními nedělkami a pomalu začínají s pohybovou aktivitou. Děti se jim pravidelně přikládají ke kojení po 3 hodinách.

Poporodní péče je prováděna dvojím způsobem. Klasicky jsou matky hospitalizovány na oddělení šestinedělí a děti na oddělení novorozeneckém. Tyto dvě oddělení sídlí po spolu a spolupracují. V posledních letech je téměř na všech porodnických odděleních zaváděn poporodní režim matka – dítě, tzv. *roaming-in*, kdy jsou oba společně na témže pokoji. Tento systém je buď 24hodinový čili trvalý nebo částečný, novorozenci jsou např. na noc odváženi na oddělení novorozenecké. *Roaming-in* má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem, způsobit rychlejší rozvoj biologických a psychických funkcí novorozence a v neposlední řadě naučí ženu starat se o dítě bezprostředně po porodu, krmit, koupat, přebalovat. Je pochopitelné, že oba jsou pod stálou kontrolou porodní asistentky, dětské sestry nebo jedné porodní asistentky (tzv. sdružené sestry), která je zaučena v péči jak o matku tak o dítě. O sdružené sesterské péči bude pojednáno ve 3. kapitole.

Návštěvy na pokoji šestinedělek by měly být omezeny jen pro nejbližší příbuzné a na kratší dobu pro nebezpečí infekce jak matky, tak novorozence. Do domácí péče je žena propuštěna po spontánním porodu 4.-5. den, po operačním porodu 5. den. Doba pobytu na šestinedělí se postupně zkracuje.

1.2 Pozdní šestinedělí

Po propuštění domů musí nedělka dodržovat všechny hygienické návyky tak, jak se je naučila na oddělení šestinedělí, to znamená denně se sprchovat, omývat rodidla po močení a stolici, denně měnit osobní prádlo, lůžkoviny co nejčastěji. Důležitá je péče o prsy, aby se vyvarovala infekci mléčné žlázy. Je dobře, má-li připravený dobře větratelný pokoj, kde alespoň první dny po propuštění může trávit v klidu s dítětem. O propuštění matky do domácí péče může žena kontaktovat soukromou porodní asistentku, která kontroluje děložní involuci, očistky, hojení porodního poranění a techniku kojení. V současné době, při zavedeném systému roaming-in je práce terénní porodní asistentky usnadněna, matka je personálem lůžkového oddělení o všem informována a poučena.

Výživa kojící matky má být bohatá na bílkoviny, minerální látky a vitamíny, smíšená a lehká. Nesmí být dráždivá, příliš kyselá nebo nadýmavá. Ve stravě má převládat ovoce a zelenina, nikoliv sladkosti, tučná a ostrá jídla.

Nikotin a alkohol přecházejí do mléka a nedělka se má vystříhat kouření a požívání alkoholických nápojů. Péče o močení a stolici jsou důležité i z důvodu dobrého zavínování dělohy.

1.2.1 Kontrolní vyšetření po šestinedělí

Po skončeném šestinedělí je pro ženy nutné podrobit se kontrolnímu gynekologickému vyšetření. Lékař se nejdříve informuje o celkovém zdravotním stavu, močení, stolici, kojení a případném krvácení. V případě některých komplikací zajistí i dříve další vyšetření příslušným odborným lékařem (internistou, nefrologem, diabetologem, kardiologem, ortopedem apod.). Vyšetření začíná inspekcí zevních rodidel, následuje zhodnocení hojení poraněné hráze, dále vyšetření v zrcadlech (poševní poranění, zhojení děložního hrdla).

Kolposkopickým vyšetřením je viditelná zevní branka tvaru příčné štěrbiny, po císařském řezu může být okrouhle špendlíkovitá. Po vaginálním porodu je zpravidla evertovaný cylindrický epitel kolem zevní branky. Lacerace hrdla a případné trhliny jsou po správném ošetření zhojené. Cytologický obraz není v této době zcela směřodátný, kompletní hojení a reepitalizace děložního hrdla trvá 6 – 12 týdnů, stromální edém a hyperplazie endocervikálních žlázek perzistuje i 3 měsíce. Palpačně lékař zjistí velikost a uložení dělohy, děloha je kulovitá, jen o něco větší než před těhotenstvím, volně pohyblivá. Dodržovala-li žena pokyny po porodu, je děloha uložená v anteverzi-flexi. Při nedokonalém vyprazdňování močového měchýře, nebo při ochabnutí závěsného a podpůrného aparátu, zůstává ve volné retroverzi-flexi. Děložní hrdlo je uzavřené, má cylindrický tvar. Při pozdějším kontrolním vyšetření je zhodnoceno pánevní dno a definitivní zhojení porodního poranění hráze.

1.2.2 Gymnastika v šestinedělí

Gymnastika v šestinedělí pomáhá tělu návratu do původního stavu, zpevňuje břišní stěnu a pánevní dno, podporuje děložní involuci, upevní a prokrví prsní svaly a zlepší výkonnost všech orgánů. Je také prevencí tromboembolických komplikací, močových a vyprazdňovacích obtíží. Cviky nesmějí být namáhavé, ale naopak mají působit ženě pocit osvěžení. Rehabilitační sestry na oddělení šestinedělí matky poučí o vhodnosti různých cviků podle způsobu porodu a průběhu časného poporodního období a pod jejich dohledem denně ženy cvičí. V gymnastice nedělka pravidelně pokračuje i doma alespoň 10-15 minut denně. Ženy po porodu císařským řezem a při větších poraněních mají první dny cvičení speciální.

Cviky spočívají v hlubokém dýchání, zvedání pánve a dolních končetin se stažením sedacích a břišních svalů, ve vytáčení ohnutých kolen vleže na obě strany. V kleku provádí kočičí hřbety, vestoje úklony se zpevněnými břišními svaly, v předpažení má ohnuté lokty a snaží se o intenzivní tlak zaklesnutých dlaní proti sobě a podobně.

2 Novorozenec

2.1 Klasifikace novorozenců

Každý novorozenec je charakterizován svým gestačním věkem, porodní hmotností a jejich vzájemným vztahem. Tyto parametry používáme k třídění novorozenců:

- podle gestačního věku,
- podle porodní hmotnosti,
- podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku. Gravidita normálně trvá 40 týdnů (počítáno od 1. dne poslední menstruace).

Podle délky gestace třídíme novorozence na :

- předčasně narozené, tj. nedonošené (gestační věk pod 38 týdnů),
- narozené v termínu (gestační věk mezi 38.-42. týdnem),
- přenášené (gestační věk nad 42. týdnem).

Podle porodní hmotnosti:

- novorozenci obrovští (makrosomie) 4500 g a vyšší,
- novorozenci s normální porodní hmotností 2500 g – 4500 g,
- novorozenci s nízkou porodní hmotností pod 2500 g,
- novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností pod 1500 g,
- novorozenci s extrémně nízkou porodní hmotností pod 1000 g.

Podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku:

- eutrofičtí novorozenci – hmotnost odpovídá dosaženému gestačnímu stáří,
- hypotrofičtí novorozenci – hmotnost je pod 5. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku (SGA – small for gestational age),

- hypertrofičtí novorozenci – hmotnost je nad 95. percentilem hmotnosti pro daný dokončený týden gestačního věku (LGA – large for gestational age), (Dort a kol., 2006).

2.1.1 Fyziologický novorozenec

Donošený fyziologický novorozenec:

- váží v průměru 3500 g a měří 50 centimetrů,
- má dobře vyvinutý tukový polštář,
- kůže je růžová a je kryta mázkem (*vernix caseosa*), což je bílý sekret mazových žláz složený z tuku, mastných kyselin a oloupaných buněk epidermis,
- na nose jsou patrné žlutobělavé tečky (*milia*), retenční cystičky mazových žláz,
- na kořeni nosu, víčkách a v záhlaví jsou znatelné teleangiektázie¹,
- na zádech mohou být zbytky *lanuga* (jemné plodové chmýří), charakteristické pro nedonošeného novorozence,
- vlasy bývají jemné,
- nehty přesahují konce špičky prstů, jsou dobře vyvinuté prsní areoly, rýhování plosek nohou je patrné po celé ploše,
- ušní boltce mají dobře vyvinutou chrupavku,
- genitál je zralý (sestouplá varlata u chlapců, labia majora kryjí labia minora u dívek), (Čech a kol., 1999).

¹ teleangiektázie – lokalizované nahromadění rozšířených drobných krevních cév

2.1.2 Poporodní adaptace novorozence

Po porodu musí projít každý novorozenec sérií adaptačních změn, kterými se přizpůsobuje existenci v podmínkách mimoděložního prostředí. Tento řetězec změn se jako celek nazývá poporodní adaptace novorozence. Nerušený proces poporodní adaptace umožňuje plynulý přechod z intrauterinního do extrauterinního prostředí. Postnatální adaptace může proběhnout v intervalu od 6 do 24 hodin. Nejdůležitější funkční změny se týkají dýchání a krevního oběhu. S prvním dechem je vytěšňována plicní tekutina vzduchem, zároveň se mění fetální typ cirkulace v postnatální, kdy se uzavírá tepenná důčej a foramen ovale.

U většiny novorozenců má poporodní adaptace hladký průběh, může však být narušena řadou prenatálních i postnatálních faktorů. I v dalších dnech probíhají fyziologické změny řady jiných orgánů. *Smolka* (první stolice dítěte) odchází zpravidla v prvních 24 hodinách, diuréza se objevuje během 36 hodin po narození. Fyziologická žloutenka novorozence bývá patrná 2.-3. den po narození, vyskytuje se až u 50 % donošených novorozenců. Je způsobena zvýšenou nabídkou bilirubinu z rozpadlých erytrocytů, nedostatečnou funkcí jater a zvýšením enterohepatálního oběhu. Přechod estrogenů z placenty na plod způsobí hormonální reakce novorozence. Jejím nejčastějším projevem je zduření prsních žláz (Halbanova reakce) a hlenový výtok z vulvy, obsahující Döderleinův laktobacil u děvčátek. Poporodní úbytek hmotnosti s maximem okolo 3. dne bývá v průměru 10-15 % (Čech a kol., 1999).

2.2 První vyšetření a ošetření novorozence na porodním sále

Cílem prvního ošetření novorozence je zabezpečení vhodných podmínek pro nerušený nástup jeho postnatální adaptace po vybavení a první lékařské zhodnocení stavu. Všechny výkony musí být prováděny s maximální šetrností. Fyziologického novorozence ošetřuje dětská sestra, popřípadě porodní asistentka. Patologického a nedonošeného novorozence ošetřuje dětská sestra a lékař – neonatolog nebo pediatr (Dort a kol., 2006).

Při posuzování stavu novorozence po porodu a pro následnou péči je pro pediatra velice důležité, aby byl podrobně obeznámen s anamnestickými údaji. Již prenatálně lze diagnostikovat řadu onemocnění či upozornit na významné rizikové faktory pro plod a novorozence. Proto je těsná spolupráce porodníka a pediatra v moderní perinatologii samozřejmostí. Informace, které porodník pediatrovi předává, se týkají osobní anamnézy matky a anamnézy rodinné (alergie, dědičné nemoci, vrozené vývojové vady, luxace kyčlí aj.), předchozí těhotenství (údaje o předchozích porodech, potratech, mrtvorozených a zemřelých novorozencích, vrozených vývojových vadách plodů).

Zásadní význam má pak znalost průběhu nynějšího těhotenství a porodu. Všechny údaje, zejména u rizikového těhotenství, zaznamenáváme do zdravotní dokumentace novorozence:

- onemocnění matky, která mohou mít negativní vliv na plod (např. diabetes mellitus může vést k diabetické fetopatii², gestóza ke chronické hypoxii³ a hypotrofii⁴ plodu),
- užívání léků a drog v průběhu těhotenství,
- vyšetření krevní skupiny a protilátek matky v těhotenství pro diagnostiku Rh-či ABO-izoimunizace,
- vyšetření BWR, HBsAg, HIV, popř. sérologické vyšetření TORCH (=toxoplasmóza, rubeola, cytomegalovirus, herpes virus) matky v těhotenství,
- ultrazvukové vyšetření plodu (důležité jsou zejména údaje o intrauterinní růstové retardaci, průtoku pupečnickem a vrozených vývojových vadách),
- výsledek amniocentézy, kordocentézy či choriové biopsie u podezření na genetické onemocnění,
- výsledek mikrobiálního vyšetření z hrdla děložního (zvláště pozitivita streptokoků skupiny B),

² fetopatie – porucha postihující plod v matčině těle

³ hypoxie – nedostatek kyslíku v tkáni

⁴ hypotrofie – nedostatečná výživa: omezení růstu orgánů nebo tkání

- odtok a kvalita plodové vody (smolkou zkalená plodová voda je jednou ze známek intrauterinní hypoxie plodu, předčasný odtok plodové vody či páchnoucí plodová voda mohou ukazovat na intraovulární infekci),
- přesné určení gestačního stáří plodu (podle poslední menstruace a podle ultrazvuku),
- L/S index, popřípadě podávání kortikoidů, u hrozícího předčasného porodu,
- podezření na intraovulární infekci (febrilie matky, zvýšené hodnoty CRP a počet leukocytů, popř. léčba antibiotiky),
- prolaps pupečníku, předčasné odlučování placenty, patologický kardiografický záznam (známky hypoxie plodu),
- způsob vedení porodu (spontánní, indukovaný, klešťový, císařský řez), způsob analgezie (Čech a kol., 1999).

V řadě porodnic je pediatr přítomen u všech porodů včetně fyziologických, není to však pravidlem všude. Existují však okolnosti, kdy lze očekávat horší poporodní adaptaci novorozence či nutnost resuscitace a kdy je přítomnost pediatra u porodu nezbytná. Jedná se o následující situace:

- předčasný porod (před 37. týdnem těhotenství a méně),
- klešťový porod,
- císařský řez,
- vícečetná těhotenství,
- abnormální polohy plodu,
- hypoxie plodu a mekoniem⁵ zkalená plodová voda,
- intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR),
- přenášení (42. týden těhotenství a více),
- Rh-, AB0-izoimunizace,
- prenatalně zjištěná vrozená vývojová vada,
- podezření na intraovulární infekci,
- závažná chronická onemocnění matky, která mohou negativně ovlivnit plod (např. diabetes mellitus),

⁵ mekonium – střevní obsah plodu

- užívání drog v těhotenství,
- podání tlumivých látek matce před porodem (sedativa, analgetika).

2.2.1 Vyšetření novorozence na porodním sále

Bezprostředně po porodu se doporučují tato vyšetření:

1. Vyšetření podle Astrupa z pupečnickové krve (nízké pH pod 7,1 BE pod - 12 jsou jednou ze známek intrauterinní hypoxie plodu).
2. Zjištění krevní skupiny, Coombsův test, vyšetření hladiny bilirubinu z pupečnickové krve u rizika Rh- či AB0-izoimunizace (tj. u matek krevní skupiny 0 nebo Rh-negativních matek).
3. Screeningové vyšetření BWR, HBsAg, HIV z pupečníku.
4. Při podezření na intraovulární infekci – kultivace plodové vody a histologické vyšetření placenty.

K vlastnímu hodnocení stavu novorozence používáme *skóre podle Apgarové*. Hodnotíme srdeční frekvenci, dýchání, svalový tonus, reakci na podráždění a barvu kůže. Každý příznak hodnotíme 0-2 body. Celkové skóre může být tedy 0-10 bodů. Hodnocení provádíme v 1., 5. a 10. minutě po porodu (viz. příloha 4).

Vyhodnocení skóre podle Apgarové slouží k vedení resuscitace a následné observaci novorozence dětským lékařem. Nízké skóre podle Apgarové (zvl. v 1. minutě) nemusí vypovídat o stupni intrauterinní hypoxie, může být například jen následkem medikamentózního útlumu novorozence. Nízké skóre podle Apgarové v 5. minutě a později jsou prognosticky závažnější (Čech a kol., 1999).

2.2.2 Ošetření fyziologického novorozence na porodním sále

Postup ošetření fyziologického novorozence:

1. Zabránit ztrátám tepla (ošetření ve vyhřevném lůžku či pod tepelným zářičem, osušit zahřátou plenou).
2. Krátce a šetrně odsát nosohltan (odsáváme jen při velkém zahlenění či při mekoinem zkalené plodové vodě).
3. Podvázat pupečník dvojitou ligaturou či použít speciální umělohmotnou svorku, dezinfekce pupečnickového pahýlu např. Cutaseptem.
4. Zvážit a změřit délku novorozence. Změřit tělesnou teplotu.
5. Zajistit identifikaci novorozence (na ruku se mu přiváže číslo shodné s číslem matky, na druhou ruku připevníme speciální pásku se jménem, číslem a datumem narození novorozence).
6. Kredeizace Ophtalmo-Septonexem k prevenci gonokokové infekce.
7. Po ošetření přikládáme dítě k matčině prsu k prvnímu přisátí ještě na porodním sále. V ideálním případě, pokud jsou vytvořeny dobré podmínky, lze přiložit novorozence na břicho matky (*skin to skin*) těsně po porodu. První přisátí stimuluje produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace a také se rychleji zavínuje děloha.

3 Sdružená sesterská péče o matku a novorozence

V tradičním uspořádání je péče rozdělena na část novorozeneckou a část péče o matku (šestinedělku), což se odráží i v organizaci rozdělení příslušných pracovišť: oddělení péče o novorozence a oddělení péče o matku po porodu.

Pro moderní ošetrovatelskou péči jsou charakteristické komplexní přístupy. Ty vyžadují radikální změnu v systému a v organizaci práce sester na poporodních odděleních.

„V roce 2002 byly v Ústavu pro péči o matku a dítě uskutečněny rozsáhlé organizační změny, a to s cílem zajistit komplexní přístup s okamžitým informačním propojením jinak oddělené péče. Hlavní změnou nebyly jen rozsáhlé stavební úpravy, ale především změny v myšlení a systému práce. Prostorově vzniklo jedno velmi rozsáhlé oddělení, organizačně rozdělené do tří úseků. O jednu skupinu pacientek a novorozenců se stará ve směně vždy jedna dětská sestra a jedna porodní asistentka (dva úseky skupinové péče). Ve třetím úseku pracuje porodní asistentka, která po nezbytném doplnění kvalifikace a doškolení pečuje současně jak o matku, tak novorozence. V každé směně tak společně pracují vždy dvě dětské sestry, dvě porodní asistentky a jedna univerzální sestra pro sdruženou péči (zaškolená porodní asistentka)“ (Janáková, 2007, s. 17).

„Bylo nezbytné, aby porodní asistentky dva měsíce pracovaly na úseku péče o novorozence pod odborným dohledem zkušených dětských sester – školitelek. Zde si osvojily ošetrovatelské postupy v péči o novorozence. Současně si samostudiem a konzultacemi se školitelkami rozšiřovaly teoretické znalosti v tomto oboru. Po uznání způsobilosti ze strany školitelek mohla porodní asistentka začít samostatně pracovat na úseku sdružené péče. Takové zaučené sdružené sestry se dnes komplexně starají o pět matek a pět novorozenců“ (Janáková, 2007, s. 17).

Podmínky sdružené péče:

- pacientky jsou většinou po fyziologických, spontánních porodech, některé i po operativním porodu (císařským řezem),
- zdravý novorozenec (donošený, s dobrou poporodní adaptací), výjimečně i novorozenci vyžadující zvýšenou péči,

Výhody sdružené péče o matku a novorozence

Vyšší vzájemná informovanost (všichni se pohybují v jednom prostoru a nemusejí přebíhat na druhé oddělení). Nový systém umožňuje stanovit jednotnou strategii ošetrovatelského plánu a jednotné (komplexní) řešení problémů péče o matku a dítě. Vzájemné předávání znalostí a zkušeností – nárůst ošetrovatelské kompetence a odbornosti, tím i vzájemné zastupitelnosti. To spoří také čas a urychluje rozhodnutí i ošetrovatelské procesy. Nárůst spokojenosti pacientek (obracejí se např. vždy jen na jednu sestru). Zlepšení zastupitelnosti sester, které se mohou v případě nedostatku personálu snadno vzájemně nahradit. V současné době je v kolektivu více než 50 % zaškolených sester schopných pracovat na tomto nově vytvořeném úseku. Tento typ komplexní péče navázal tak přirozeně na lékařský obor perinatologie (avšak nikoli před porodem, ale po porodu).

3.1 Péče o novorozence v porodnici

Ve většině českých porodnic je zaveden systém roaming-in, tedy společný pobyt matky a dítěte na pokoji. Tento způsob je všestranně výhodný, umožňuje optimální kojení dle potřeb miminka a umožňuje matce zácvik v péči o novorozence pod dohledem odborníků. První a nejdůležitější činností, kterou se matka učí je kojení dítěte a denní péče o miminko. Každá maminka je tak po příchodu na oddělení šestinedělí zaučena sdruženou sestrou v péči o své dítě. Po celý pobyt v porodnici sestra matce maximálně pomáhá a podporuje ji v péči o dítě a v kojení.

Přebalování a koupání

Matka je zacvičena ve správném způsobu přebalování miminka. Důležitá je zejména pravidelnost přebalování, to proto aby citlivá dětská pokožka nebyla dlouho vystavována agresivnímu působení moče a stolice. Pleny se snímají vždy zepředu dozadu, aby se zabránilo kontaminaci močové trubice stolicí. Stejným způsobem (tedy zepředu dozadu) čistíme genitál od zbytků moče a stolice pomocí kosmetických ubrousků nebo mokré pleny. Dbáme na pečlivé vysušení genitálu a všech kožních záhybů, vhodné je ponechat novorozence krátce rozbaleného. Na závěr aplikujeme na zadeček dětskou mast a dáme čistou plenu. Při každém přebalování kontrolujeme pupeční pahýl a dezinfikujeme jej.

První koupání respektive osprchování novorozence, které je spojeno s odstraněním mázku zpravidla provádí sestry. V dalších dnech se již sama matka učí, jak správně zvládnout očistu novorozence. Před vlastním koupáním je důležité si vše v klidu připravit, jak pomůcky, tak prostředí. Je třeba zvýšit teplotu v místnosti (na 22 °C) a připravit do vaničky vodu o teplotě 37 – 38 °C. Zejména pro méně zkušené maminky je dobrou pomůckou textilní podložka do vaničky. Nejprve očistíme genitál novorozence stejně jako při přebalování. Položíme dítě na podložku do vaničky. Čistou žínkou namočenou pouze v teplé vodě omyjeme obličej dítěte. Poté je možné do vody či na žínku přidat dětské mýdlo. Omyjeme nejprve vlasatou část hlavy, uši, krk, záda, hrudníček a břicho. Následně omýváme ruce směrem od konečků prstů k ramenům a také nohy opět směrem od konečků prstů k trupu. Následuje omytí genitálu směrem zepředu dozadu, naposled umýváme zadeček. Na závěr je vhodné ještě novorozence opláchnout či osprchovat čistou vodou. Při nošení novorozence dbáme vždy na bezpečné držení – tzv. držení přes dva klouby (ramenní a kyčelní). Novorozence z vaničky položíme na suchou podložku a jemně ale důkladně osušíme, zvýšenou pozornost věnujeme kožním záhybům. Zevně oťreme uši, dle potřeby vyčistíme nos. Po koupeli je vhodné promastit kůži neparfémovaným dětským olejem.

Močení a odchod stolice

Novorozenec je i v dalších dnech pečlivě sledován. Denně je prohlédnut pediatrem a opakovaně během dne kontrolován dětskou sestrou, která sleduje chování i somatické projevy novorozence. Novorozenec by měl močit nejpozději do 24 hodin po porodu. Dále se hodnotí, zda je množství moče přiměřené. Během 2. nebo 3. dne se mohou na plenách objevit oranžové skvrnky urátových krystalů. Taková situace matku často vyděsí, neboť se domnívá, že se jedná o krvácení. Nikoli, jedná se o zcela fyziologický jev při zvýšeném vylučování urátů.

První stolička dítěte je označována smolka, má černou barvu a je vazké konzistence. Měla by odejít během prvních 48 hodin. Tak jak dítě začíná pít větší množství mléka, začíná se smolka měnit v přechodnou stoličku (zelenočerná až žlutozelená, kysele páchnoucí) a následně v mléčnou stoličku (žlutá, kašovitá).

Hormonální reakce, kůže a péče o pupečník

V důsledku reakce na matčiny pohlavní hormony se může u novorozence objevit zduření prsních žláz. u holčiček se často objevuje hlenová sekrece z genitálu, vzácně i pseudomenstruační krvácení. Oba stavy odezní spontánně.

Kůže novorozence zejména během prvních 14 dnů je velmi citlivá a často se na pokožce objevuje novorozenecký exantém. V nekomplikovaném případě nevyžaduje léčbu. Zvýšená pozornost je vždy věnována stavu pupečníku jako rizikovému místu pro vstup infekce. Matka při každém přebalování pupečník dezinfikuje, ten postupně zasychá. Třetí den je možné odstřížení nekrotických zbytků pupečníku lékařem. Tento způsob ošetření zkracuje období hojení pupečníku a má i příznivější kosmetické výsledky oproti tomu, když se nechá pupeční pahýl spontánně odpadnout.

Novorozenecká žloutenka (icterus)

S určitým stupněm hyperbilirubinémie se setkáváme u každého novorozence. U 45 – 65 % zdravých novorozenců se hyperbilirubinémie projeví ve formě ikteru, tedy žlutého zabarvení kůže a sliznice. Fyziologický ikterus začíná 2. den po porodu, maxima dosahuje 3. – 4. den a ustupuje do konce prvního, maximálně do začátku druhého týdne. Fyziologický ikterus nevyžaduje léčbu, hodnoty bilirubinémie u kojených dětí nepřesahují 250 $\mu\text{mol/l}$. Příčinou novorozenecké žloutenky je nepoměr mezi zvýšenou tvorbou bilirubinu při zvýšeném rozpadu erytrocytů a jeho sníženou eliminací funkčně ještě nezralými játry a střevem. O patologickém ikteru hovoříme v případě, kdy hyperbilirubinémie přesáhne fyziologické rozmezí. Rozvojem patologického ikteru jsou ohroženy děti se zvýšenou hemolýzou (např. u Rh či AB0 izoimunizace), nedonošení, novorozenci s perinatální infekcí, porodním traumatem, s vrozenou metabolickou vadou. Patologický ikterus je charakterizován časným rozvojem, již během prvních 24 hodin, vysokou koncentrací nekonjugovaného bilirubinu a často protrahovaným průběhem. Takový ikterus vyžaduje léčbu. Novorozenci, u kterých lze předpokládat inkompatibilitu krevních skupin, mají ještě na porodním sále vyšetřenu krevní skupinu i Rh systém, je proveden přímý a nepřímý Coombsův test a stanoven pupečníkový bilirubin. U všech novorozenců je monitorována bilirubinémie neinvazivně fotometrickou metodou transkutánní bilirubinometrie. Při zvýšené hodnotě je dále proveden žilní odběr a hodnota ověřena biochemickým vyšetřením. Cílem léčby patologického ikteru je zabránit bilirubinu dosáhnout neurotoxické hranice. Je-li to možné na prvním místě vždy stojí kauzální léčba vyvolávající příčiny. Terapeutické možnosti snížení hyperbilirubinémie jsou v zásadě dvě. Fototerapie a výměnná transfuze. Principem fototerapie je světelná degradace bilirubinu v kůži na netoxické produkty, které jsou vylučovány z organismu nezávisle na funkci jater. Výměnná transfuze je rezervována pro závažné stavy hyperbilirubinémie a je prováděna na specializovaných pracovištích. Prevencí je také včasné a časté kojení bez dokrmování.

Kalmetizace

Již v porodnici čeká novorozence první očkování proti tuberkulóze. Očkovat lze zdravé, prospívající novorozence s hmotností nejméně 2500g. Lékař aplikuje intradermálně 0,1 ml očkovací látky do levého ramínka. Základní očkování proti tuberkulóze se provede nejdříve čtvrtý den a nejpozději do konce šestého týdne po narození dítěte. Ochranné očkování proti TBC je u nás nařízeno zákonem.

3.1.1 Screeningová vyšetření

Jsou to vyšetření, která se provádí u novorozenců za účelem včasného odhalení vrozené vývojové vady nebo nemoci, která by jinak vedla k ireverzibilnímu poškození dítěte. Jedná se o vady (nemoci) poměrně časté jejichž léčba je dostupná. Screeningová vyšetření jsou povinná ze zákona. V České republice se provádí následující screeningová vyšetření:

Lues⁶ kongenitální

Odebírá se pupečnicková krev a odesílá se na vyšetření RRR (rychlá reaginová reakce) a TPHA (treponema pallium hemaglutinace). Reakce má být také provedena u každé těhotné ženy v rámci prenatální péče. Léčba těhotné může zabránit přenosu infekce na plod.

Fenylketonurie (PKU – Phenyl Keton Uria)

Kapilární krev z patičky se odebírá na speciální kartu svého papíru a po zaschnutí se odesílá do referenční laboratoře. U zdravých donošených novorozenců se odběr provádí v rozmezí 72-96 hodin od narození. U nedonošených a patologických novorozenců se opakuje odběr 10-14 dní po narození. Vzorokry krve se vyšetřují Guthrieho metodou. Při zjištění zvýšené hladiny fenylalaninu v krvi se zahájí dietní

⁶ lues – syfilis, příjice

léčba s omezením příjmu fenylalaninu, řízená podle hladin v krvi. Tím se zabrání ireverzibilnímu poškození mozku. Těhotné ženy s hyperfenylalaninemií musí dodržovat dietu během celého těhotenství, jinak dojde k poškození mozku plodu.

Screening kongenitální hypothyreózy (SKH)

Výskyt kongenitální hypothyreózy (porucha funkce štítné žlázy) v ČR je 1:3500-4000. Odběr kapilární krve se provádí současně s odběrem na PKU. Ve vzorcích se stanovuje TSH. Při zvýšené hodnotě se provádí vyšetření hormonů ze žilní krve. Při potvrzené hypothyreóze se zahájí substituce tyroxinem do 2 týdnů po narození, aby se předešlo ireverzibilnímu poškození mozku dítěte.

Screening kongenitální adrenální hyperplazie (CAH)

Jedná se o poruchu hormonů nadledvin. Provádí se stanovením 17-OH-progesteronu z téže suché kapky krve jako SKH.

Dysplazie kyčelního kloubu

Vyšetření klinické a sonografické se provádí v porodnici, v 6 týdnech a ve 3-4 měsících věku. Včasná léčba zkracuje celkovou dobu léčení.

Screening vrozené katarakty

Vrozená katarakta se ještě nedávno v rozvinutých státech významně podílela na dětské slepotě. Je však dnes léčitelná, a pokud není spojena s dalším očním či systémovým postižením, lze včasnou operací a komplexní péčí dosáhnout v optimálních podmínkách normální zrakové funkce.

Screening sluchových vad

V české populaci je výskyt vad sluchu asi 2%. Vada sluchu se projevuje zejména opožděným vývojem řeči a myšlení, a proto je důležité včasné odhalení. Vzhledem k tomu, že sluchové vady se vyskytují asi 10 krát častěji u rizikových než fyziologických novorozenců, byl zaveden výběrový screening pro tuto rizikovou skupinu. Používá se metoda evokovaných otoakustických emisí (Dort a kol., 2006).

3.1.2 Propuštění novorozence do domácí péče

Základním předpokladem propuštění ze strany matky je její optimální zdravotní stav. Dále musí zvládat techniku kojení a základní péči o novorozence.

Podmínky propuštění z porodnice jsou následující. Novorozenec musí být zdravý, přibývajícím na váze, s kontrolovaným průběhem ikteru a dobře se hojícím sneseným pupečnícem. Před propuštěním mu musí být provedena všechna povinná screeningová vyšetření a měl by být kalmetizován. Podle konsenzu je propuštění matky s dítětem po fyziologickém porodu možné nejdříve za 72 hodin od porodu. Většinou se tedy jedná o 4. nebo 5. den. Ženy, které rodily císařským řezem, odchází při nekomplikovaném průběhu obvykle 5. – 6. den. Matka je před odchodem informována lékařem o doporučeních týkajících se domácí péče a je poučena o povinnosti co nejdříve přihlásit dítě u obvodního pediatra, který přebírá dítě do své péče. Odnáší si zdravotnickou dokumentaci miminka (Zdravotní a očkovací průkaz, Zprávu o novorozenci).

Další sledování dítěte obvodním pediatrem

Již před porodem by budoucí maminka měla mít pro své dítě vybraného obvodního dětského lékaře. Doporučuje se lékaře osobně navštívit a informovat ho o termínu porodu. Ještě v den propuštění z porodnice je vhodné pediatra kontaktovat a domluvit si první návštěvu, kterou lékař provádí u matky doma. Zpočátku jsou kontroly u dětského lékaře častější, s věkem dítěte se intervaly mezi kontrolami

prodlužují. Zdravé dítě by mělo absolvovat v prvním roce života nejméně 9 preventivních prohlídek. Úkolem pediatra je sledování růstu a prospívání dítěte, jeho psychomotorického vývoje, očkování, řešení obtíží dítěte, léčba chorob a další.

4 Výživa novorozence – kojení

Kojení je přirozenou formou výživy novorozence a kojence. 98% žen je schopno kojit své dítě. Čím více je známo o vlastnostech mateřského mléka, jeho optimálním složení, imunologických a dalších vlastnostech, tím jasněji je jeho nenahraditelnost ve výživě. Přípravky umělé kojenecké výživy by měly být vyhrazeny pro ty vzácné případy, kdy matka ze závažných důvodů kojit nemůže nebo nesmí. Všechny děti by měly být výlučně kojeny během prvních 6 měsíců. Následně jsou do výživy postupně zaváděny příkrmy, nicméně kojení pokračuje až do 2 roků i více věku dítěte.

- Výhody kojení:
1. optimální složení stravy,
 2. vytváření pevné vazby matka – dítě,
 3. imunologické faktory,
 4. prevence civilizačních chorob (ateroskleróza, diabetes mellitus)

4.1 Fyziologie kojení

Příprava mléčné žlázy na kojení probíhá po celou dobu gravidity pod hormonálním vlivem (estrogeny). Po porodu je odstraněn blokující vliv placenty a účinkem prolaktinu se začne tvořit mléko. Laktaci zvyšuje stimulace prsních bradavek sáním dítěte. Vypuzování vytvořeného mléka při kojení je způsobeno kontrakcí myoepiteliálních buněk mlékovodů účinkem oxytocinu (spouštěcí reflex), (Dort a kol., 2006).

4.1.1 Složení mateřského mléka

Složení mateřského mléka odpovídá měnícím se nárokům a potřebám novorozence. Mlezivo (kolostrum) se tvoří v malém množství v prvních dnech po

porodu. Je velmi bohaté na imunoglobuliny, obsah laktózy je nižší. Po několika dnech se mění ve zralé mléko. Kalorická hodnota mateřského mléka je cca 67 kcal/100 ml.

Cukry tvoří 40 % kalorické hodnoty (převážně laktóza, dále galaktóza a fruktóza). Obsah laktózy stoupá ze 4 % v kolostru na 7 % ve zralém mléku. Metabolizuje se na glukózu a galaktózu.

Tuky tvoří asi 50 % kalorické hodnoty. Jejich obsah se mění i v průběhu jednoho kojení. Tzv. „zadní mléko“ obsahuje 4-5 x více tuku než mléko „přední“. Velká část tuků je tvořena nenasycenými mastnými kyselinami, včetně vícenasycených mastných kyselin s dlouhým řetězcem (LCPUFA), které jsou nezbytné pro vývoj CNS a sítnice.

Bílkoviny jsou nejstálější složkou mateřského mléka (1,2-1,3 g/100 ml). Přes 70 % tvoří bílkoviny syrovátky (hlavní složkou je laktalbumin), zbytek je kasein. Některé bílkovinné součásti však procházejí trávicím traktem nestráveny (sekreční IgA, laktoferrin, lysozym), a tak nutričně dostupné bílkoviny je pouze 0,9 g/100 ml. Oproti dřívějším údajům je skutečný poměr bílkovin syrovátky a kaseinu v nutričně dostupném proteinu 40:60.

Vitaminy rozpustné ve vodě se nacházejí v mateřském mléce většinou v dostatečném množství. Obsah v tučných rozpustných vitamínů kolísá v závislosti na saturaci mateřského organismu. Množství vitamínu A a E dostatečně pokrývá potřeby novorozence. Obsah vitamínu D a K je nízký, a proto je třeba ho dítěti dodávat.

Imunitní faktory získané při kojení poskytují dítěti částečnou ochranu proti mikrobiálním patogenům. Sekreční IgA chrání sliznici střev proti invazi patogenů. Laktoferrin inhibuje růst střevních patogenů. Lysozym má proteolytické účinky na grampozitivní bakterie a některé viry. Celulární ochrannou složku tvoří mikrofágy, lymfocyty, neutrofilní granulocyty a epitelální buňky (Dort a kol., 2006).

4.2 Technika kojení

Správná technika je základem úspěšného kojení. Poloha matky při kojení závisí na její pohyblivosti, velikosti dítěte i prsů. Kojení je dovednost, kterou se matka i miminko musí naučit. Zejména zpočátku vyžaduje jak ze strany matky, tak ze strany zdravotnického personálu jistou dávku trpělivosti. Základním předpokladem časného nástupu laktace je časné přiložení dítěte k prsu, nejlépe do 30 minut – do 2 hodin po porodu. Prvním pravidlem úspěšného kojení je přikládání dítěte dle jeho chuti, tak jak se přihlásí. Během prvních dnů je to velmi často, i po hodině. Intervaly mezi kojeními se postupně prodlužují, tak jak se tvoří více mléka a dítě se více zasytí. Zpočátku je vhodné kojení z obou prsů během jednoho kojení, později kojí žena pouze z jednoho prsu a většinou dítě si samo určí, zda bude chtít ještě pít pouze z jednoho prsu. Prsy pravidelně střídá. Frekvenci i optimální délku jednoho kojení si řídí samo dítě, nikdy by ale nemělo přesáhnout 45 minut.

Při správné technice kojení nedochází k poškození bradavek, kojení nesmí matku bolet. První polohou, ve které žena začíná kojit je zpravidla poloha vleže. Matka leží uvolněně na boku, loktem se opírá o podložku. V ohbí její paže spočívá hlavička dítěte. Tělo miminka je přivráceno k tělu ležící matky „bříško na bříško“. Ústa novorozence jsou v úrovni bradavky. Důležité je správné držení prsu mezi palcem a ostatními prsty, přičemž prsty se nesmí dotýkat dvorce. Matka nejprve dráždí rty dítěte bradavkou. Dítě instinktivně široce otevře ústa, matka vsune co největší část prsního dvorce do úst dítěte, které se přisaje. Dásně dítěte musí objímat značnou část dvorce. Nos a bradička se dotýkají prsu. Při kojení nesmí dítě křičet, je potřeba ho nejprve uklidnit. Při kojení také nelze dítě hladit na hlavičce, představuje to pro něj falešný signál, který spouští hledací reflex a dítě se pouští prsu.

Kromě zmíněné polohy vleže existuje celá řada dalších poloh při kojení (vsedě, v polosedě, vertikální poloha dítěte, boční poloha dítěte, poloha „tanečníka“..). Každá žena si najde několik poloh, které jí vyhovují. Obecně lze říci, že střídání různých poloh při kojení je vhodné a lze tak předcházet obtížím spojeným s nedokonalým vyprazdňováním prsů. Celosvětově je kojení podporováno. V České republice existuje

organizace Laktační liga, která kojení propaguje. Toho času 52 českých porodnic nese titul „baby friendly hospital“⁷, což znamená, že dodržuje 10 kroků k úspěšnému kojení vyhlášené WHO/Unicef. V České republice působí také laktační poradci, vyškolené laktační ligou z řad zdravotníků a matek. Dále laktační centra plus podpůrné skupiny maminek.

Technika kojení

1. Správné držení prsu:

- prsty se nesmí dotýkat dvorce
- prs je podpírán zespodu všemi prsty kromě palce
- palec je položen vysoko nad dvorcem
- tlak palce na prsní tkáň umožní napřímení bradavky
- prs musí být dítěti nabídnut tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce (pro lepší představu viz. příloha 2)

2. Správná vzájemná poloha matky a dítěte:

Obrázky poloh při kojení viz. příloha 3.

Hlavní zásady:

- zvolit pohodlnou pozici pro matku i dítě
- dítě leží na boku, obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce
- ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii
- osy procházející uchem, ramenem a kyčelním kloubem u matky i dítěte mají být rovnoběžně
- matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku
- matka se nemá zbytečně dotýkat hlavičky ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu

⁷ baby friendly hospital – právo matky a dítěte na odpovídající péči před i po porodu včetně podmínek, které usnadňují kojení

- pokud se dotýká hlavy, prsty nepřesahují spojnicí ušní linie
- mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka
- matka nesmí odtahovat prs od nosu
- dítě přikládáme k prsu, nikoli prs k dítěti
- brada, tváře i nos dítěte se dotýkají prsu
- brada dítěte je v prsu hluboce zabořená
- dítě nesmí křičet
- kojení nesmí matku bolet

Známky správné vzájemné polohy matky a dítěte:

Matka:

- je relaxovaná
- nic ji nebolí – bradavka, ramena, záda, ruce
- tkáň prsu se před ústy dítěte nenapíná
- vypuzovací reflex je funkční
- bradavka není poškozená ani oploštělá
- po kojení je prs vyprázdňený

Dítě:

- nešpulí rty, nevpádávají mu tváře
- saje dlouhými doušky
- při sání nesrká
- dítě volně dýchá, špičkou nosu odtlačuje prsní tkáň
- je spokojené

Poloha vleže

- matka i dítě leží na boku
- matka má polštářem podloženou pouze hlavu tak, aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramen
- v zádech je lehce prohnuta dozadu
- dítě leží v ohbí paže
- matka se nesmí opírat o loket, ani horní končetina nesmí být zdvižena nad úroveň ramene

Poloha vsedě

- hlava dítěte leží v ohbí paže matky
- předloktí matky podpírá dítěti záda
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- druhou rukou matka přidržuje prs
- spodní ruka dítěte je kolem pasu matky
- chodidla matky podpírá stolička

Fotbalové boční držení

- je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu
- dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte
- prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte
- nožky dítěte jsou podél matčina boku
- chodidla dítěte se nesmí o nic opírat
- předloktí matky je podepřeno polštářem

Poloha tanečnicka

- poloha vhodná pro nedonošené děti nebo pro děti, které se špatně přisávají
- dítě leží na matčině předloktí
- ruka podpírá prs téže strany

Kojení v polosedě s podloženými nohama

- vhodné zejména pro matky po císařském řezu
- dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky
- polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu
- polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky

Kojení vleže na zádech

- vhodné pro ženy po císařském řezu a děti, které se špatně přisávají
- matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu

Vzpřímená vertikální poloha

- vhodná pro děti nedonošené a děti s malou bradou
- matka jednou rukou drží dítě, druhou prs
- dítě sedí obkročmo na levé dolní končetině matky
- její pravá ruka podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte
- levá ruka matky podpírá prs téže strany
- při kojení z pravého prsu jej podpírá pravá ruka, levá podpírá dítě

Kojení dvojčat

- kojit obě děti současně
- lze volit různé polohy: boční fotbalové držení, kojení vleže, poloha do kříže, paralelní poloha
- každé dítě může mít svůj prs

3. Správná technika přisátí:

- bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte
- drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex
- široce otevřená ústa dítěte jako při zívání jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět
- prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou
- všechny prsty kromě palce by měly být pod prsem
- matka nesmí prs odtahovat prsty
- dítě ve správné poloze může volně dýchat
- nepřikládat k prsu dítě křičící, jazyk je při křiku umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku

Známky správného přísátí k prsu:

- brada a nos dítěte se musí dotýkat prsu
- ústa jsou široce otevřená jako při zívání
- většina dvorce je v ústech dítěte
- více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi
- dolní ret je ohrnut ven
- bradavka i s dvorcem je na jazyku
- tváře dítěte nevpadávají dovnitř
- při sání se pohybují spánky a uši dítěte

4. Správná technika sání:

- jazyk přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy
- jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem
- bradavka i s dvorcem musí být uložena na jazyku
- dásně stlačují dvorec, bradavka se protahuje směrem k zadní části dutiny ústní dítěte
- tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce
- vlnovitý pohyb jazyka zředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte
- tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány
- vytlačené mléko pak dítě polkne

Výhody kojení:

Pro dítě:

- chrání před průjmami
- ochrana proti infekcím dýchacích cest, zánětu středouší
- nižší riziko cukrovky, alergie, obezity, anémie
- lepší vývoj duševních schopností
- méně často vyžaduje hospitalizaci
- silnější kosti v dospělosti a stáří

Pro matku:

- děloha se po porodu rychleji vrací do původního stavu
- poporodní ztráty krve jsou menší
- ženy trpí méně chudokrevností
- chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou
- rychlejší návrat postavy ke stavu před těhotenstvím
- podpora citové vazby matka-dítě

Zdravý novorozenec je vybaven reflexy pro příjem potravy (hledací, sací, polykací) a jejich vzájemnou koordinací od 32.-34. týdne gestace. Potřeba pití se postupně ustálí na cca 8 – 11 denních dávkách, tj. po 2-3 hodinách. Kojení by mělo být zcela individuální dle potřeb a chuti dítěte, a proto ani vyšší frekvence pití není na závadu, naopak zvyšuje produkci mléka. Délka kojení nemá při správné technice vliv na poškození bradavek a nemá být omezována.

Hmotnostní úbytek po narození nepředstavuje většinou více než 10 % hmotnosti a má se vyrovnat do 2 týdnů. Vážení dítěte se v porodnici provádí denně, dále již stačí dítě vážit při kontrolách v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

Močení nastupuje do 12 hodin po porodu, od 4. dne po narození je odrazem dostatečného přívodu tekutin cca 6-8 pomočených plen za den.

Smolka odchází většinou do 24 hodin po porodu, po začátku kojení přechází ve žluté kašovitě stolice, frekvence stolic může kolísat od několika za den až po 1x týdně.

Plně kojené dítě nepotřebuje do 6 měsíců žádný příkrm ani tekutinu. Jediným doplňkem kojení jsou tedy vitamíny D a K (Dort a kol., 2006).

4.2.1 Doplnky kojení

I když mateřské mléko obsahuje dostatečné množství vitamínu D je v našich podmínkách zvykem vitamin D podávat. Dalším zdrojem vitamínu D pro kojené dítě je

jeho endogenní tvorba, která je ovšem vázána na dostatek slunečního záření. Zejména v zimních měsících je riziko nedostatku vitamínu D velmi reálné. Vitamin D se podává od 2. týdne věku v dávce 1 kapka denně (Vigantol – cholekalciferol, 1 kapka = 666 IU, Infadin – ergokalciferol, 1 kapka = 800 IU).

Dalším důležitým vitamínem je vitamin K. Vitamin K (1mg) dostávají všichni novorozenci intramuskulárně ihned po narození jako prevenci krvácivé choroby. Kojené děti pak musí vitamin K dostávat dále, a to v 1. měsíci života 1 kapku týdně, dále pak 1 kapku (1 mg) 1x měsíčně až do věku 6 měsíců (Dort a kol., 2006). Poté je nezbytné množství vitamínu K již hrazeno v příkrmech, které jsou zařazovány do výživy kojence.

4.2.2 Problémy při kojení

Během kojení se mohou objevit obtíže, většinou nezávažné, které jsou-li správně řešeny v žádném případě kojení jako takové neohroží.

Nalítá prsa – jedná se o bolestivé nalítí prsou po porodu. Dochází k němu zejména u žen s menšími žlázami v období zvýšené tvorby mléka, tedy 3.-4. den po porodu. Vhodné je časté přikládání novorozence. Pokud přílišné napětí prsu brání přisátí dítěte, je vhodné před kojením prsa nahřát teplou sprchou a menší množství mléka odstříkat. Po kojení jsou naopak doporučovány studené obklady.

Pozdní nástup laktace – vzácně dochází k nástupu laktace až ke konci prvního týdne po porodu. Velmi důležitá je v takovém případě psychická podpora matky a vytrvalá stimulace mléčné žlázy sáním dítěte. Je však nutné zajistit novorozenci adekvátní příjem tekutin a zabránit nadměrnému váhovému úbytku. Dítěti je zpravidla podáváno cizí pasterizované mléko, a to alternativním způsobem (po lžičkách, kádinkou, stříkačkou). Způsob podávání výživy je důležitý proto, aby se nenarušila technika sání z prsu, která je zcela odlišná od sání z kojenecké lahve.

Retence mléka – jedná se o bolestivé zarudnutí a zatvrdnutí části prsu. Tento stav vzniká v souvislosti s blokádou mléčného vývodu. Retenci mléka může kromě

bolestivosti provázet i zvýšená tělesná teplota. Řešením je použití střídáním studených a teplých obkladů, masáž a také vhodná poloha při kojení. Obtíže odeznívají během dvou dnů.

Mastitida – je vzácná, ale závažná komplikace. Jedná se o bakteriální zánět mléčné žlázy. Branou vstupu infekce bývají nejčastěji poškozené bradavky. Symptomatologie mastitidy je zpočátku obdobná jako při prosté retenci. Objevuje se zarudnutí, otok, bolest a vysoká teplota. Pokud takové příznaky neodezní během dvou dnů měla by žena navštívit svého ošetřujícího gynekologa. Léčba mastitidy je antibiotická. Zánět jako takový a vhodně zvolená antibiotika nejsou překážkou kojení. Naopak protilátky v mateřském mléce pomáhají novorozenci v obraně proti původcům infekce, se kterými se tak jako tak při úzkém kontaktu s matkou setká. Dobrá drenáž prsu je zároveň základním předpokladem časného uzdravení matky.

Ragády na bradavkách – tato bolestivá afekce vzniká v důsledku špatné techniky kojení. Nejdůležitější je tedy správná technika kojení dítěte. Pokud již ragády na prsou vzniknou je třeba především odstranit vyvolávající příčinu. Hojení lze podpořit potřením bradavky vlastním mateřským mlékem nebo hojivou mastí (nejlépe s obsahem dexpanthenolu). Ragády se hojí během několika dnů. Vhodné je i použití chráničů bradavek.

Vpáčené bradavky – tento problém je vhodné řešit již v průběhu těhotenství. Existují speciální formovače bradavek, které se vkládají do podprsenky. Ale ani po porodu není ještě vše ztraceno. I v této době lze ještě úspěšně používat formovače bradavek. V případě, že vpadlá či vpáčená bradavka je překážkou v kojení, lze použít speciální silikonový klobouček, který koriguje anatomické nedostatky bradavky.

Laktační krize – jedná se o stav absolutního nebo relativního nedostatku mléka. Relativní nedostatek mateřského mléka může nastat v období tzv. růstových spurtů, kdy dítě výrazně zvyšuje své nároky na množství mléka. Absolutní nedostatek je stav přechodné hypogalaktie. Kojící žena by měla být informována o tom, že se jedná vždy o stav přechodný, který lze překonat častějším přikládáním dítěte k prsu, eventuálně

i kojením z obou prsů na jedno kojení. Při takové stimulaci dochází během několika dnů k opětovnému zvýšení tvorby mléka. Pokud je v tomto období podáván dokrm, je vhodné opět jeho alternativní podání. Laktační krize by neměla být důvodem k předčasnému ukončení kojení.

4.2.3 Kontraindikace kojení

Kontraindikací kojení není mnoho. Ze strany dítěte se jedná o stavy vrozených metabolických vad. Ze strany matky jsou kontraindikací kojení vážná onemocnění srdce, plic, ledvin či jater. Vzácně je kojení přerušeno z důvodu rozvoje laktační psychózy u matky. U ostatních kontraindikací se musí matka poradit s lékařem. HIV pozitivita matky je v rozvinutých zemích také kontraindikací ke kojení. Naproti výše uvedeným situacím je většina virových onemocnění matky kompatibilní s kojením. Předpokládá se vysoké riziko přenosu viru již vlastním blízkým kontaktem s matkou. Kojení zde naopak hraje pozitivní roli v předávání potřebných protilátek proti původcům infekce.

1. Vrozené onemocnění metabolismu:

- galaktozemie – ze stravy musí být vyloučena laktóza
- fenylketonurie a nemoc javorového sirupu – mateřské mléko obsahuje malé množství fenylalaninu, proto dítě může být kojeno, ale hladina fenylalaninu, respektive větvených aminokyselin (valin, leuci, isoleucin) musí být monitorována.

2. Onemocnění matky: srdeční selhání, onemocnění jater, ledvin, zřídka psychiatrická onemocnění – psychózy, laktační psychóza (tzv. postnatální deprese), kdy může být ohrožen život dítěte.

3. Infekční onemocnění matky: aktivní TBC, HIV (v Evropě)

4. Farmakoterapie matky: Obecně všechny léky více nebo méně přecházejí do mateřského mléka v závislosti na fyzikálních a chemických vlastnostech. Užívání většiny běžných léků není kontraindikací kojení, a to dokonce ani tehdy, je-li kojení na příbalovém letáku zakázáno. S možností nepříznivého ovlivnění stavu dítěte je však

nutné počítat vždy! Je proto třeba se vždy poradit s ošetřujícím lékařem nebo neonatologem o užívání léků během laktace.

Kontraindikovány jsou tyto léky: psychostimulancia, cytostatika, litium, námelové alkaloidy, radioizotopy, drogy – heroin, kokain. Podání radioizotopů a RTG kontrastních látek vyžaduje krátkodobé přerušování kojení. Alkohol, nikotin a kofein jsou relativně kontraindikovány (Dort a kol., 2006).

4.2.4 Propagace a podpora kojení

Kojení jako přirozený a nejvýhodnější způsob výživy novorozenců a kojenců by mělo být součástí obecného povědomí společnosti, aby ženy byly přirozeně motivovány ke kojení již od dospívání. V České republice podporuje kojení Český národní výbor UNICEF, který zahájil již v roce 1992 iniciativu za vznik nemocnic přátelských dětem (BFHI – **B**aby **F**riendly **H**ospital **I**nitiative). V roce 2002 je již 22 nemocnic nositelem titulu BFH. Laktační liga vydává populárně naučný časopis Mamita pro rodiče a provozuje webové stránky www.kojeni.cz. Národní linka kojení (261 082 424) zajišťuje telefonem pomoc při řešení problémů s kojením. Faktory, kterými zdravotníci nejvíce ovlivňují úspěšnost kojení, shrnulo WHO/UNICEF do Deseti kroků úspěšnému kojení. V současnosti je plně kojeno přibližně 90 % novorozenců při propuštění z porodnice. Podíl dětí, kojonych déle než 6 měsíců, v ČR stále stoupá, v současnosti činí asi 28 % (Dort a kol., 2006).

Deset kroků k úspěšnému kojení

Každé zařízení poskytující služby matkám a novorozencům by mělo:

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu,
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie,
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení,
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu,

5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí,
6. nedávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů,
7. praktikovat roaming-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 apod.,
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice.

II. Empirická část

5 Metodika

V empirické části bakalářské práce jsem provedla průzkum zaměřený na spokojenost matek se sdruženou sesterskou péčí v poporodním období. Průzkum se týkal matek na oddělení šestinedělí v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze, kde byly tázány prvorodičky i vícero dičky.

Při průzkumu byla využita metoda dotazníkového řešení.

Dotazník vlastní konstrukce:

Dotazník tvoří celkem 11 otázek rozdělených do 2 částí.

Část základní, která charakterizuje dotazované respondenty (věk, vzdělání, bydliště, kolikátý porod).

Část vztahující se k dané problematice (spokojenost matek se sdruženou sesterskou péčí).

Přesné znění dotazníku je k nahlédnutí v přílohách jako příloha 1.

Organizace průzkumu:

Dotazníky byly k dispozici na oddělení šestinedělí od října 2007 do konce ledna 2008. Při zpracovávání dat bylo využito číselného, procentuálního a grafického zpracování.

Rozdáno bylo celkem 70 dotazníků. Vrátilo se 53 dotazníků, což je 75,5 %.

5.1 Cíl a hypotézy

V empirické části práce jsem si za hlavní cíl stanovila zjištění, zda je pro čerstvé maminky jednodušší a příjemnější spolupracovat s jednou sdruženou sestrou – porodní asistentkou, než s porodní asistentkou a dětskou sestrou, která má přehled jak o matce tak i o jejím dítěti.

Před vyhotovením dotazníku jsem si stanovila tři hypotézy:

1. Předpokládám, že matkám bude více vyhovovat sdružená sestra – zaškolená porodní asistentka, která se stará jak o ně samotné, tak o jejich děti, protože má o obou ucelený přehled, který podpoří vznik důvěry a vzájemné spolupráce.
2. Očekávám pozitivnější hodnocení péče sdružené sestry ze strany vícerodiček, protože mají zkušenost z předchozích porodů s péčí sester z obou oborů. Myslím, že dokáží lépe porovnat zjednodušení kontaktu mezi matkou a personálem.
3. Myslím si, že prvorodičky tuto péči sice ocení, ale nebudou mít srovnání s péčí z předchozích porodů. Častěji budou odpovídat, že nevědí co je pro ně výhodnější.

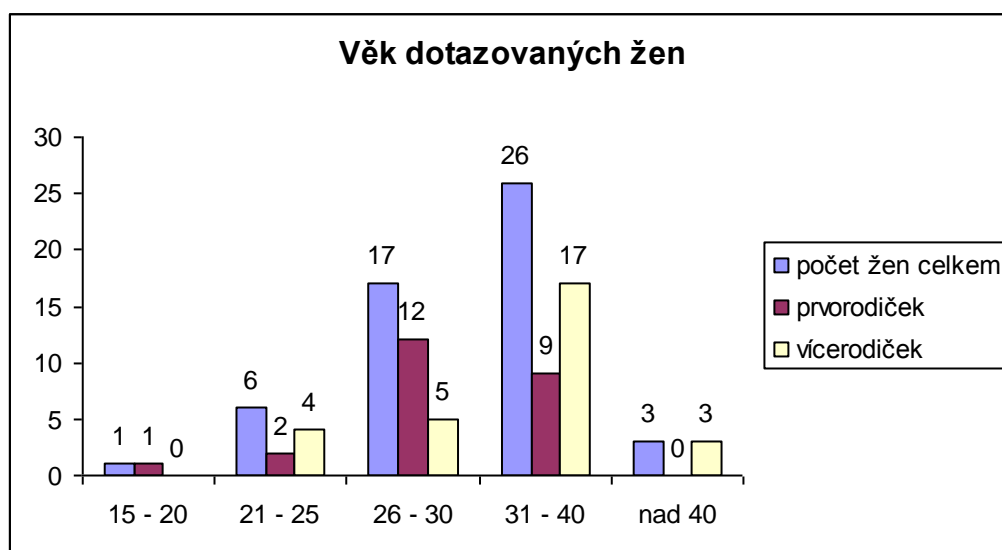
5.2 Vyhodnocení základní části dotazníku

Celkem bylo dotázáno 53 žen, z toho 24 prvorodiček a 29 vícerodiček. V základní části dotazníku jsou zvoleny otázky, které charakterizují vzorek dotazovaných žen. Odpovědi žen na jednotlivé otázky z dotazníku jsem zaznamenala do tabulek a grafů.

Tabulka č.1 Věk dotazovaných žen (dotazník otázka č.1).

Věk dot. žen	Počet dotazovaných žen		Z celkového počtu dot. žen je:			
	počet žen	počet v %	prvorodiček	prvorodiček v %	vícerodiček	vícerodiček v %
15 - 20	1	1,89	1	4,17	0	0
21 - 25	6	11,32	2	8,33	4	13,8
26 - 30	17	32,07	12	50	5	17,24
31 - 40	26	49,06	9	37,5	17	58,62
nad 40	3	5,66	0	0	3	10,34

Graf č.1 Věk dotazovaných žen.

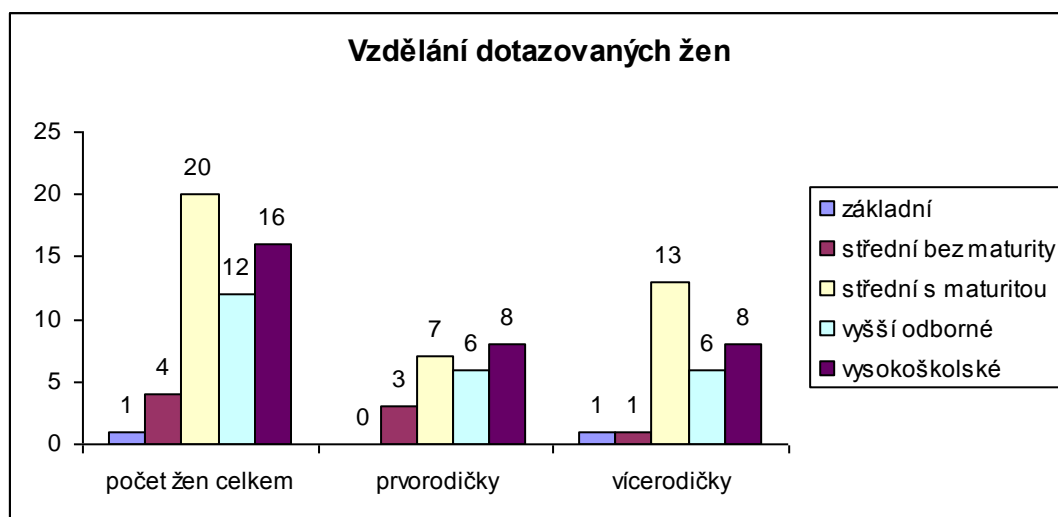


Pro tento průzkum jsem si nevybírala určitou věkovou skupinu. Z celkového počtu dotazovaných žen zde bylo nejvíce matek ve věkovém rozmezí 31 – 40 let. Nejméně ve věku 15 – 20 let. Z toho prvorodiček bylo nejčastěji ve věku 26 – 30 let a vícerodiček bylo nejvíce ve věkovém rozmezí 31 – 40 let.

Tabulka č.2 Ukončené vzdělání dotazovaných žen (dotazník otázka č. 2).

Vzdělání dot. žen	Počet dotazovaných žen		Z celkového počtu dot. žen je:			
	počet žen	počet v %	prvorodiček	prvorodiček v %	vícerodiček	vícerodiček v %
základní	1	1,89	0	0	1	3,45
střední bez maturity	4	7,55	3	12,5	1	3,45
střední s maturitou	20	37,73	7	29,17	13	44,82
vyšší odborné	12	22,64	6	25	6	20,7
vysokoškolské	16	30,19	8	33,33	8	27,58

Graf č.2 Ukončené vzdělání dotazovaných žen.

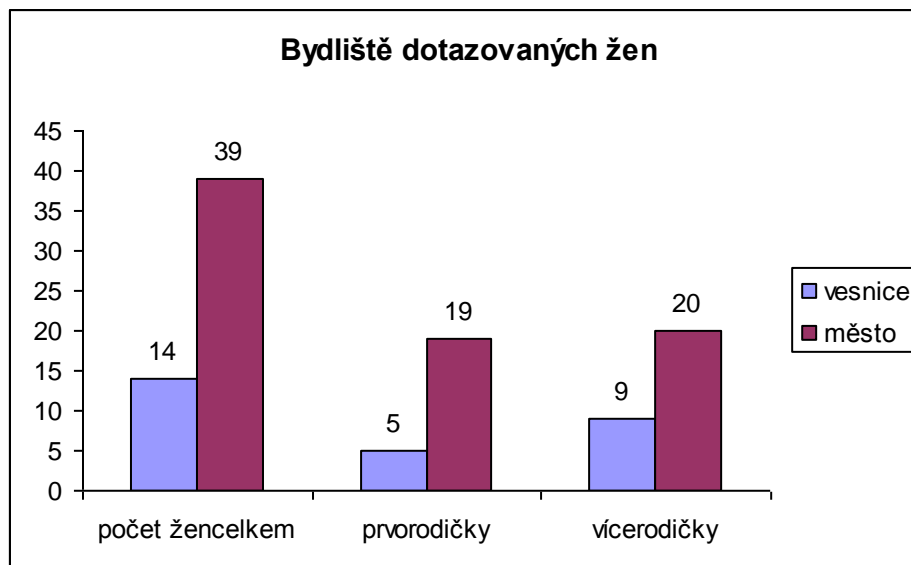


Tato tabulka znázorňuje ukončené vzdělání dotazovaných žen celkem. Z celkového počtu 53 žen mělo 20 matek vzdělání střední s maturitou a 16 žen vysokoškolské. Z tohoto počtu bylo prvorodiček nejčastěji se vzděláním vysokoškolským. Vícerodičky nejčastěji uváděly vzdělání střední s maturitou.

Tabulka č.3 Bydliště dotazovaných žen (dotazník otázka č. 3).

Bydliště dot. žen	Počet dotazovaných žen		Z celkového počtu dot. žen je:			
	počet žen	počet v %	prvorodiček	prvorodiček v %	vícerodiček	vícerodiček v %
vesnice	14	26,42	5	20,83	9	31,03
město	39	73,58	19	79,17	20	68,97

Graf č.3 Bydliště dotazovaných žen.

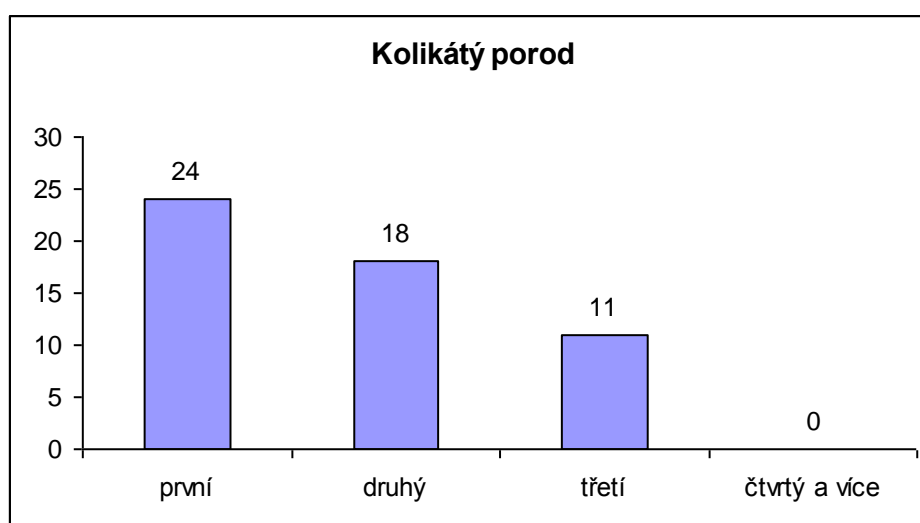


Zde tabulka ukazuje bydliště dotazovaných žen. Na výběr byly dvě možnosti, město nebo vesnice. Z 53 dotazovaných žen jich bydlí více ve městě a to 39 žen.

Tabulka č.4 Po kolikáté žena rodí (dotazník otázka č.4).

Kolikátý porod	Počet dotazovaných žen	
	počet žen	počet v %
první	24	45,28
druhý	18	33,96
třetí	11	20,76
čtvrtý a více	0	0

Graf č.4 Po kolikáté žena rodí.



V této tabulce a následně v grafu je možné vidět kolik z dotazovaných žen celkem bylo prvorodiček a kolik vícerodiček. Z 53 žen celkem bylo 24 prvorodiček a 29 vícerodiček.

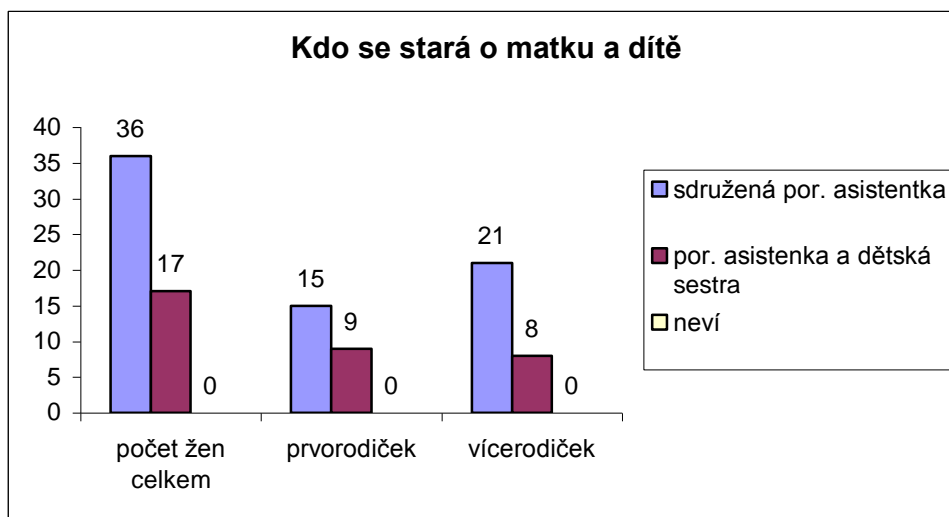
5.3 Vyhodnocení druhé části dotazníku vztahující se k dané problematice

V další části dotazníku byly pokládány otázky, které se vztahují k dané problematice a to zaměřené na spokojenost matek se sdruženou sesterskou péčí. Odpovědi jsou opět znázorněny v tabulkách a grafech.

Tabulka č.5 Kdo se o matku a dítě během tohoto pobytu stará (dotazník ot.č. 5).

Kdo se stará o matku a dítě	Počet dotazovaných žen		Z celkového počtu dot. žen je:			
	počet žen	počet v %	prvorodiček	prvorodiček v %	vícerodiček	vícerodiček v %
sdužená por. asistentka	36	67,92	15	62,5	21	72,41
por. asistentka a dětská sestra	17	32,08	9	37,5	8	27,59
neví	0	0	0	0	0	0

Graf č.5 Kdo se o matku a dítě během tohoto pobytu stará.



Tabulka č. 5 uvádí počet matek, které byly v péči sdružené porodní asistentky a počet žen v péči dvou sester, porodní asistentky a dětské sestry. Dotazníky byly rozdány všem ženám na oddělení bez ohledu na typ péče, která jim byla poskytována. Pro tento průzkum bylo z 53 žen dotazovaných celkem 36 v péči sdružené porodní

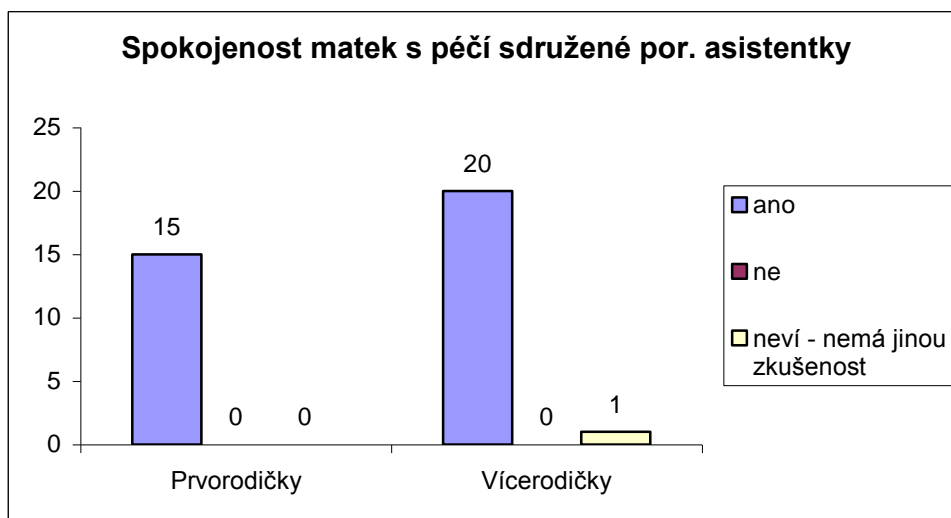
asistentky a 17 v péči porodní asistentky a dětské sestry. Z 24 prvorodiček mělo sdruženou sesterskou péči 15 žen a z 29 vícerodiček bylo v této péči 21 žen.

Tabulky č. 6 a 7 znázorňují spokojenost matek s danou péčí (dotazník ot. č. 6).

Tabulka č.6 Spokojenost matek s péčí sdružené porodní asistentky.

Spokojenost matek s péčí sdružené por. asistentky	Prvorodičky		Vícerodičky	
	počet	%	počet	%
ano	15	100	20	95,24
ne	0	0	0	0
neví - nemá jinou zkušenost	0	0	1	4,76

Graf č.6 Spokojenost matek s péčí sdružené porodní asistentky.



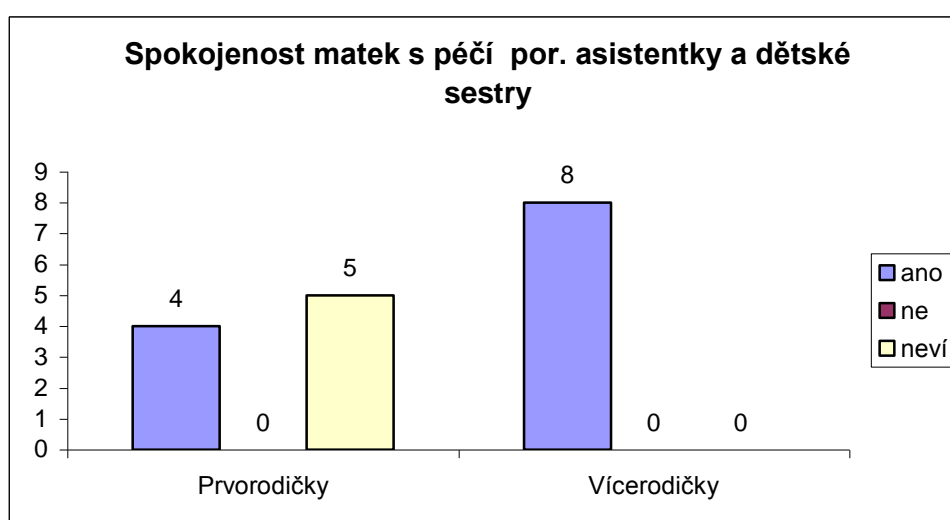
Z Dotazníku otázku číslo 6 (spokojenost matek s danou péčí) jsem si pro přehled rozdělila do 2 tabulek.

Tabulka č. 6 ukazuje spokojenost matek s péčí sdružené porodní asistentky. Pro připomenutí v této péči bylo 36 matek z 53 dotazovaných žen celkem (viz. tab. č. 5). Spokojeny s touto péčí byly všechny prvorodičky a kromě jedné maminky i všechny vícerodičky. Jedna maminka uvedla, že neví. Z této odpovědi předpokládám, že i u předchozího pobytu v porodnici byla v péči sdružené porodní asistentky.

Tabulka č.7 Spokojenost matek s péčí porodní asistentky a dětské sestry.

Spokojenost matek s péčí por. asistentky a dětské sestry	Prvorodičky		Víceřodičky	
	počet	%	počet	%
ano	4	44,44	8	100
ne	0	0	0	0
neví	5	55,56	0	0

Graf č.7 Spokojenost matek s péčí porodní asistentky a dětské sestry.

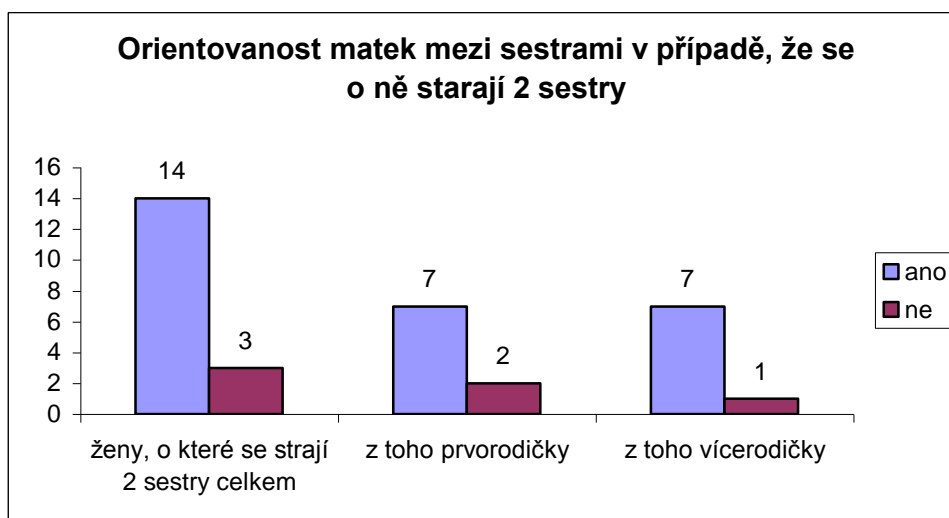


Tabulka č. 7 znázorňuje spokojenost matek s péčí dvou sester, porodní asistentky a dětské sestry. Z celkového počtu 53 dotazovaných žen bylo v péči dvou sester 17 žen (viz. tab. č. 5). Z toho 9 prvorodiček a 8 víceřodiček. Čtyři prvorodičky uvádí, že jsou s touto péčí spokojené a 5 maminek neví. Víceřodičky uvádí spokojenost všechny.

Tabulka č.8 Orientovanost matek mezi sestrami v případě, že se o ně starají 2 sestry (dotazník ot.č.7).

Pamatují si matky která sestra je por. asistentka a která dětská sestra	Ženy, o které se starají 2 sestry celkem		Z toho prvorodičky		Z toho vícerodičky	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	14	82,35	7	77,78	7	87,5
ne	3	17,65	2	22,22	1	12,5

Graf č.8 Orientovanost matek mezi sestrami v případě, že se o ně starají 2 sestry.

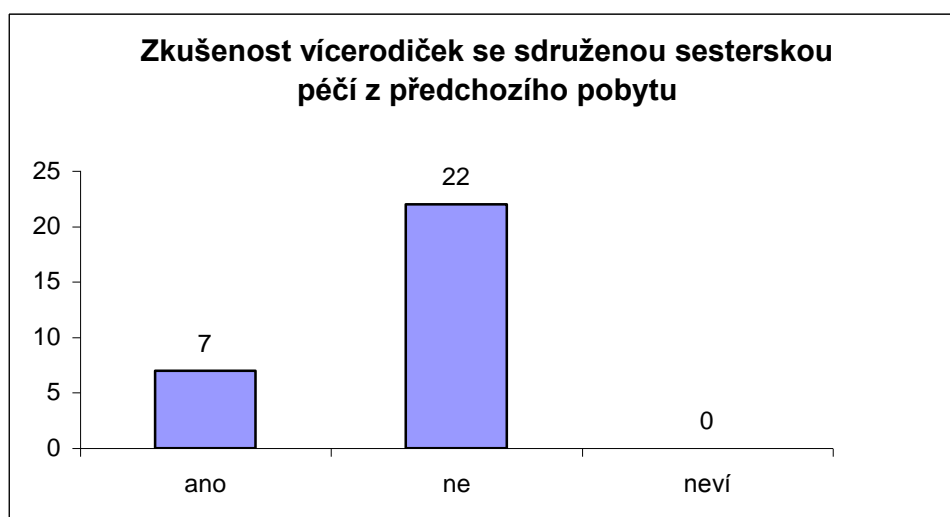


Zde jsem uvedla, zda si matky, které jsou v péči dvou sester pamatují, která sestra se stará o ně samotné a která o jejich miminko. Tabulka uvádí, že maminkám toto rozdělení sester problémy ve většině nečiní. Ze 17 žen, které jsou v péči dvou sester odpovědělo 14 maminek, že si pamatují která sestra je porodní asistentka a která je dětská sestra.

Tabulka č.9 Zkušenost vícerodiček se sdruženou sesterskou péčí z předchozích pobytů v porodnici (dotazník ot.č. 8).

Mají rodičky zkušenost se sdruženou sesterskou péčí z předchozího pobytu	Dotazované vícerodičky	
	počet	%
ano	7	24,14
ne	22	75,86
neví	0	0

Graf č.9 Zkušenost vícerodiček se sdruženou sesterskou péčí z předchozího pobytu.

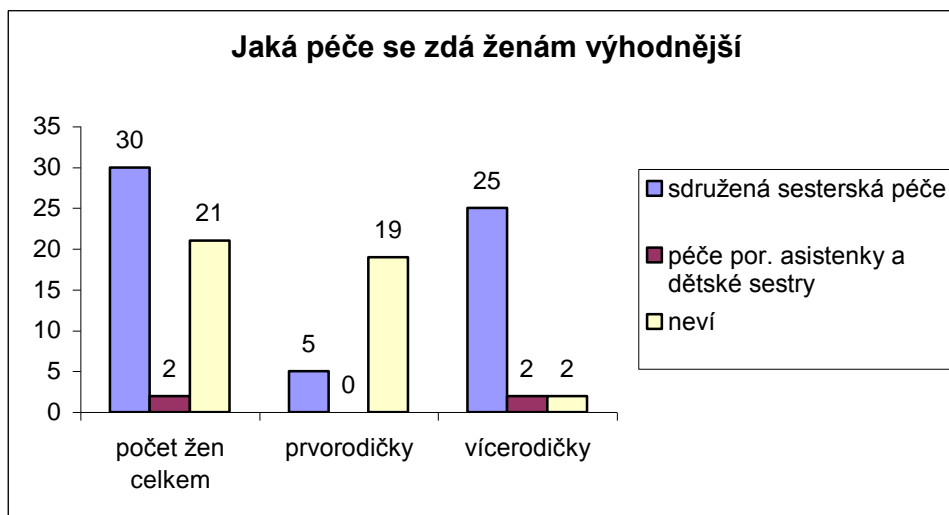


Zde jsem se zajímala o to, zda se vícerodičky již setkaly se sdruženou sesterskou péčí při předchozích pobytech v porodnici. Zjistila jsem, že z 29 dotazovaných se 22 maminek s touto péčí nesetkalo a 7 žen již zkušenost má. Z toho vyplývá, že většina vícerodiček má zkušenost spíše s péčí dvou sester, porodní asistentky a dětské sestry.

Tabulka č.10 Názory žen z hlediska výhodnosti bez ohledu na to, která péče jim byla poskytnuta (dotazník ot.č. 9).

Jaká péče se zdá ženám výhodnější	Počet dotazovaných žen		Z celkového počtu dot. žen je:			
	počet žen	počet v %	prvorodiček	prvorodiček v %	vícerodiček	vícerodiček v %
sdužená sesterská péče	30	56,61	5	20,83	25	86,22
péče por. asistentky a dětské sestry	2	3,77	0	0	2	6,89
neví	21	39,62	19	79,17	2	6,89

Graf č.10 Jaká péče se zdá ženám výhodnější.

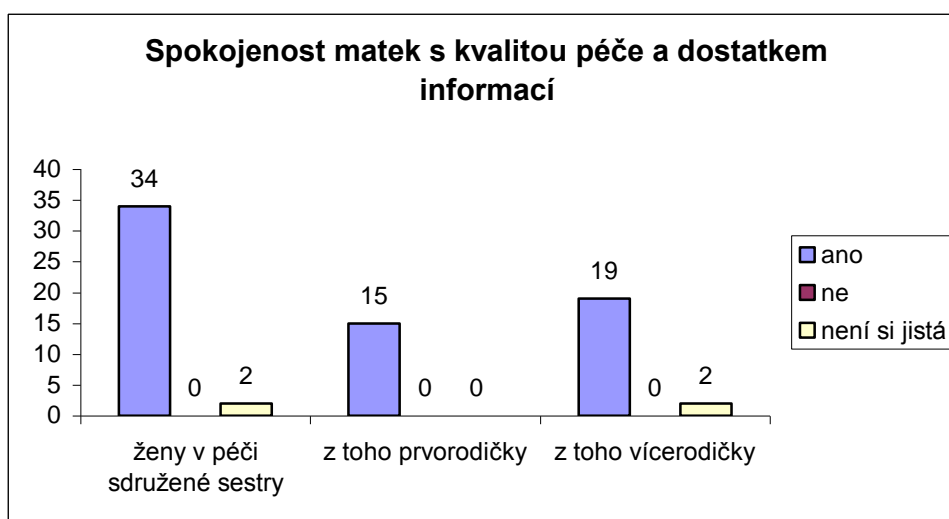


V této tabulce jsou znázorněny názory žen na péči z hlediska výhodnosti. Z celkového počtu 53 dotazovaných žen odpovědělo kladně 30 žen pro sduženou sesterskou péči. Z 24 dotazovaných prvorodiček bylo 5 kladných odpovědí a 19 matek neví. Zato z 29 vícerodiček odpovědělo kladně na sduženou sesterskou péči 25 maminek. Větší rozhodnost vícerodiček bych přisuzovala zkušenostem s péčí dvou sester z předchozích pobytů.

Tabulka č.11 Spokojenost matek s kvalitou péče a informovaností v případě sdružené sesterské péče (dotazník ot.č.10).

Spokojenost matek s kvalitou péče a dostatkem informací	Ženy v péči sdružené sestry		Z toho prvoroďičky		Z toho víceroďičky	
	počet	%	počet	%	počet	%
ano	34	82,35	15	77,78	19	87,5
ne	0	0	0	0	0	0
není si jistá	2	17,65	0	22,22	2	12,5

Graf č.11 Spokojenost matek s kvalitou péče a dostatkem informací.

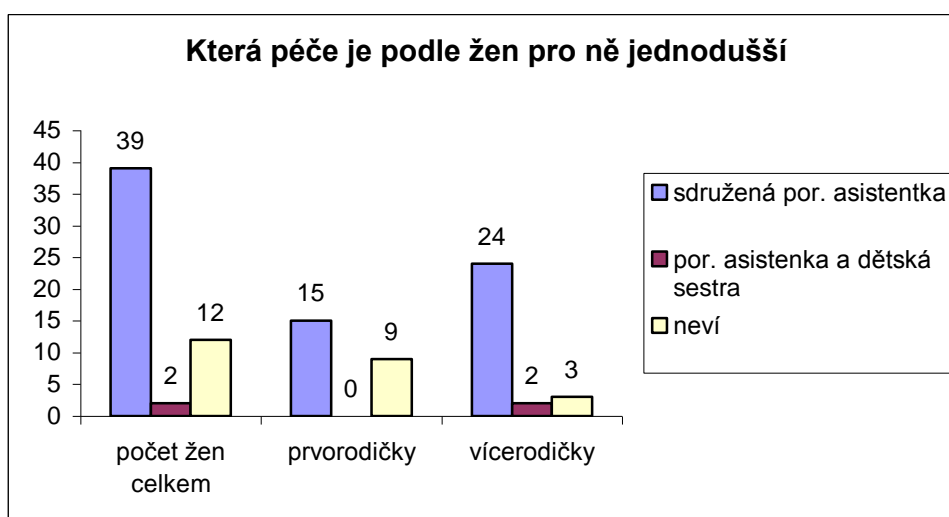


V dotazníku jsem také zvolila otázku, zda jsou maminky které jsou v péči sdružené porodní asistentky spokojeny s kvalitou péče a informovaností. Z 36 žen v péči sdružené porodní asistentky bylo spokojeno s kvalitou a informovaností 34 žen. Z toho bylo 15 prvoroďiček a 19 víceroďiček. Dvě víceroďičky odpověděli, že si nejsou jisté.

Tabulka č.12 Která péče je podle žen pro ně jednodušší (dotazník ot.č.11).

Která péče je podle žen pro ně jednodušší	Počet dotazovaných žen		Z celkového počtu dot. žen je:			
	počet žen	počet v %	prvorodiček	prvorodiček v %	vícero diček	vícero diček v %
sdužená por. asistentka	39	73,59	15	62,5	24	82,76
por. asistentka a dětská sestra	2	3,77	0	0	2	6,9
neví	12	22,64	9	37,5	3	10,34

Graf č.12 Která péče je podle žen pro ně jednodušší.



Poslední tabulka znázorňuje, která péče je podle dotazovaných žen jednodušší. Z celkového počtu 53 dotazovaných žen celkem zvolilo sduženou sesterskou péči 39 maminek. Dvě ženy si myslí, že je pro ně jednodušší péče porodní asistentky a dětské sestry a 12 žen neví. Z celkového počtu 24 prvorodiček zvolilo sduženou sesterskou péči 15 žen, a 9 žen neví. Z celkového počtu 29 vícero diček bylo po sduženou sesterskou péči 24 žen, 2 ženy pro porodní asistentku a dětskou sestru a 3 ženy neví.

5.4 Vyhodnocení hypotéz

Ke každé hypotéze se vztahují jedna nebo více tabulek, které jsou znázorněny v kapitole 5.2 a 5.3. Pro lepší představu je u tabulek znázornění i grafické.

Hypotéza č. 1:

Předpokládám, že matkám bude více vyhovovat sdružená sestra – zaškolená porodní asistentka, která se stará jak o ně samotné, tak o jejich děti, protože má o obou ucelený přehled, který podpoří vznik důvěry a vzájemné spolupráce.

Tuto hypotézu znázorňují tabulky č. 5, 6, 7, 10 a 12. Tabulka č. 5 představuje kolik žen z celkového počtu dotazovaných bylo v péči sdružené sestry a kolik žen v péči 2 sester, porodní asistentky a dětské sestry. Z 53 žen celkem bylo 24 prvorodiček a 29 vícerodiček.

Z další tabulky č. 6 vyplývá, že z 36 žen, které byly v péči sdružené sestry je jich 35 s péčí spokojeno. Ovšem tabulka č. 7 potvrzuje spokojenost i těch matek, které byly v péči dvou sester.

Dále je z tabulky č. 10 a 12 patrné, že matkám se sdružená sesterská péče zdá pro ně výhodnější a jednodušší bez ohledu na to, která péče jim byla poskytnuta.

Tato hypotéza se tedy potvrdila.

Hypotéza č. 2:

Očekávám pozitivnější hodnocení péče sdružené sestry ze strany vícerodiček, protože mají zkušenost z předchozích porodů s péčí sester z obou oborů. Myslím, že dokáží lépe porovnat zjednodušení kontaktu mezi matkou a personálem.

Tuto hypotézu potvrzuje tabulka č. 10. Sdruženou sesterskou péčí kladně hodnotí 5 z 24 dotazovaných prvorodiček a 25 z 29 dotázaných vícerodiček. Z toho vyplývá, že pozitivnější hodnocení sdružené sesterské péče je ze strany vícerodiček.

Tato hypotéza se také potvrdila.

Hypotéza č. 3:

Myslím si, že prvorodičky tuto péči sice ocení, ale nebudou mít srovnání s péčí z předchozích porodů. Častěji budou odpovídat, že nevědí co je pro ně výhodnější.

K této hypotéze se vztahuje tabulka č. 10 a 12. Z celkového počtu 24 dotazovaných prvorodiček jich odpovědělo 19 že nevědí, která péče se jim zdá výhodnější. Ale zároveň v tabulce č. 12 potvrzují, že se jim sdružená sesterská péče zdá být pro ně jednodušší.

Tato hypotéza se potvrdila.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala sdruženou sesterskou péčí o matku a novorozence z pohledu porodní asistentky a spokojenosti maminek. Svou prací bych chtěla více přiblížit sdruženou sesterskou péči nejen širšímu okolí z řad odborníků, ale i laikům. Proto jsem do ní zahrnula průběh fyziologického šestinedělí, péči o novorozence a soustředila jsem se na přehledný výklad pojmu: „Sdružená sesterská péče o matku a novorozence“.

Dotazníky v empirické části mé práce, mi pomohly zjistit spokojenost matek nejen s péčí sdružené sestry, ale i s dosavadní péčí dvou sester, porodní asistentky a dětské sestry. Z odpovědí matek však vyplývá i přes veškerou spokojenost, že je jednodušší spolupracovat s jednou sdruženou porodní asistentkou.

Domnívám se, že mnou stanovaný cíl byl splněn, ale je důležité si uvědomovat, že v péči o matku a novorozence je a bude stále co vylepšovat. Na základě provedeného průzkumu zaměřený na spokojenost matek mohu tuto sdruženou sesterskou péči doporučit i ostatním porodnicím.

Seznam použité literatury:

1. Borek, I. a kol. Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče. Brno : IDVZ, 1997. ISBN 80-7013-245-0.
2. Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B. a kol. Porodnictví. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-355-3.
3. Dort, J. a spolupracovníci. Neonatologie. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0790-5.
4. Farkašová, D. a kol. Výzkum v ošetrovatelství. 1. české vydání. SR : Vydavateľství Osveta, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-8063-229-4.
5. Gregora, M. Péče o novorozence a kojence. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0390-4
6. Janáková, S. Sdružená sesterská péče o matku a novorozence. Florence, 2007, č.1.17 s., ISSN 1801-464x
7. Klíma, J., Pajerek, J. Pediatrie. Praha : EUROLEX BOHEMIA s. r. o., 2003. ISBN 80-86432-38-6.
8. Laktační liga: Odborné texty [on line]. [cit. 5. ledna 2008]. Dostupné na WWW: www.kojeni.cz
9. Macků, F. Porodnictví. Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-290-7
10. Pharma News: Výživa a péče o novorozence. [on line]. [cit. 5. ledna 2008]. Dostupné na WWW: www.pharmanews.cz/2005_04/vyziva.htm
11. Roztočil, A. Porodnictví. Brno : IDVZP, 2001. ISBN 80-7013-339-2.
12. Světová zdravotnická organizace (WHO). Strategické dokumenty (3). Praktické příručky pro porodní asistentky. Praha : Edice bezpečné mateřství. MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5.
13. Světová zdravotnická organizace (WHO). Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (4). Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky. Praha : MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-23-3.
14. Světová zdravotnická organizace (WHO). Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2). Praha : MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-21-7.
15. Volejníková, H., Chlubnová, B. Rehabilitace v práci porodní asistentky. Brno : IDVPZ, 1993. ISBN 80-7013-150-0.

Seznam příloh:

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Držení prsu

Příloha 3 – Polohy při kojení

Příloha 4 – Skóre podle Apgarové

Příloha 1 – Dotazník

Vážené maminky,

Jmenuji se Barbora Linková a studuji 3. ročník vysoké zdravotnické školy, obor porodní asistentka. Prosím Vás o laskavé vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé závěrečné bakalářské práce na téma: Sdružená sesterská péče o matku a novorozence z pohledu porodní asistentky. Tato sdružená sesterská péče spočívá v péči jedné zaškolené porodní asistentky, která se stará jak o matku tak i o její dítě.

Dotazník je anonymní. Údaje z Vašeho dotazníku nebudou nikde zveřejněny!

Bude-li Vám některá otázka nepříjemná, nemusíte na ni odpovídat.

Předem Vám všem děkuji za spolupráci a za Váš čas.

Barbora Linková DiS.

1. Kolik je vám let?

- a) 15 – 20
- b) 21 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 40
- e) nad 40

2. Jaké je Vaše ukončené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Bydlíte:

- a) na vesnici
- b) ve městě

4. Kolikátý je to porod?

- a) první
- b) druhý
- c) třetí
- d) čtvrtý a více

5. Kdo se o Vás a o dítě během tohoto pobytu stará?

- a) sdružená porodní asistentka
- b) porodní asistentka a dětská sestra
- c) nevím

6. Vyhovuje Vám tato péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím – (nemám jinou zkušenost)

7. V případě, že se o Vás starají dvě sestry, pamatujete si, která sestra je porodní asistentka a která dětská sestra?

- a) ano
- b) ne

8. Setkala jste se při eventuelních předchozích porodech se sdruženou péčí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Jaká péče se Vám zdá z Vašeho pohledu výhodnější?

- a) sdružená sesterská péče (tzn. péče jedné zaškolené porodní asistentky)
- b) péče porodní asistentky a péče dětské sestry
- c) nevím

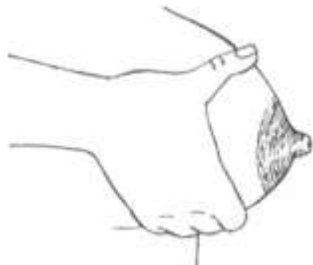
10. V případě, že se o Vás stará sdružená sestra, zdá se Vám péče o Vás a miminko dostatečně kvalitní? Poskytne Vám dostatek informací, které potřebujete?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistá

11. Která péče si myslíte, že by byla pro Vás jednodušší?

- a) sdružená sesterská péče (tzn. zaškolená porodní asistentka v péči o matku i dítě)
- b) jedna porodní asistentka a jedna dětská sestra
- c) nevím

Příloha 2 – Držení prsu



Správné držení prsu:



Špatné držení prsu:

Příloha 3 – Polohy při kojení



Poloha vleže:



Poloha vsedě:



Fotbalové boční držení:



Poloha tanečnicka:



Kojení v polosedě s podloženýma nohama:



Kojení vleže na zádech:



Vzpřímená vertikální poloha:



Kojení dvojčat:

Příloha 4 – Skóre podle Apgarové

Body	0	1	2
srdeční akce	žádná	pod 100 / min	nad 100 / min
dýchání	žádné	pomalé, nepravidelné	pravidelné, křik
svalový tonus	žádný	slabý	přiměřený
reakce na podráždění	žádná	grimasa	křik
barva kůže	celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová

Vyhodnocení skóre podle Apgarové:

0-3 body – těžká poporodní asfyxie

4-7 bodů – mírná nebo střední poporodní asfyxie

8-10 bodů – norma, dobrý stav