

PRVNÍ PRÁZDNÁ STRÁNKA – DLE MANUÁLU

DRUHÁ STRÁNKA – ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Pavλίna Kubásková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

VLIV OPERATIVNÍHO PORODU NA KOJENÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 03. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Kašové za odborné vedení práce, konzultace, poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

OBSAH

OBSAH.....	6
ANOTACE.....	7
ANNOTATION.....	8
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 KOJENÍ.....	11
1.1 Bonding.....	14
1.2 Techniky kojení.....	16
1.3 Komplikace kojení.....	17
1.4 Kontraindikace, omezení a překážky kojení.....	20
1.5 Laktační poradkyně.....	21
1.6 Organizace a podpůrné skupiny kojení.....	23
2 ŠESTINEDĚLÍ A LAKTACE PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU.....	25
2.1 Separace a jiná poporodní traumata.....	25
2.2 Mobilizace po porodu.....	27
2.3 Vliv anestezie na dobu během porodu a po porodu.....	27
2.3.1 Epidurální analgezie během porodu.....	28
2.3.2 Císařský řez v celkové anestezii.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3 FORMULACE PROBLÉMU.....	31
3.1 Výzkumné cíle a předpoklady.....	31
4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	32
5 METODIKA SBĚRU DAT.....	33
6 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	34
6.1 Pilotní studie.....	34
6.2 Analýza, prezentace a interpretace údajů hlavního výzkumu.....	38
7 DISKUZE.....	65
8 ZÁVĚR.....	68
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM PŘÍLOH	
Příloha 1 - Deset kroků k podpoře raného kontaktu – bondingu	
Příloha 2 - 10 kroků k úspěšnému kojení dle WHO 1991	
Příloha 3 - DOTAZNÍK	
Příloha 4 – Povolení sběru informací	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Kubásková Pavlína

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv operativního porodu na kojení

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran – číslované: 69

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: císařský řez - bonding - laktace - kojení - výživa novorozence

Souhrn:

Označení operativní porod, znamená porod, kdy je zesílena nebo nahrazena vypuzovací síla matky. Jedná se například o porod porodnickými kleštěmi, vakuumextrakci nebo porod císařským řezem. V mé bakalářské práci, jsem se zabývala problematikou laktace u matek pouze po porodu císařským řezem. V teoretické části, jsem popsala kojení, základní pojmy a specifika kojení po porodu císařským řezem. V praktické části jsem se snažila zmapovat problémové oblasti ošetrovatelské péče o matku a dítě po císařském řezu. Jak porod císařským řezem vnímají matky, zda pociťují nějaká omezení a nakolik byly informovány o samotném výkonu a následné ošetrovatelské péči. Pokusila jsem se zjistit, zda porod císařským řezem ovlivňuje nástup laktace a zahájení kojení a v jakých oblastech.

ANNOTATION

Surname and name: Kubásková Pavlína

Department: Department of nursing care and labour and birth assistance

Title of thesis: Influence of surgical delivery on breastfeeding

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages – numbered: 69

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 30

Keywords: cesarean section delivery - bonding - lactation - breast-feeding

Summary:

The term "surgical delivery" means the labour in which mother's pushing-out force is strengthened or substituted. It is for example a forceps delivery, vacuum extraction or cesarean section. In my work, I focused on the topic of lactation of mothers after cesarean section. In the theoretical part of my work I described breastfeeding, basic terms and specifications of breastfeeding after cesarean section. In the practical part, I tried to describe problems of nursing care about a mother and her baby after the cesarean section delivery: The way mothers feel during the cesarean section delivery, whether they feel any limitations and to which extent they are informed about the intervention and the subsequent nursing care. I also tried to find out if and how the cesarean section delivery influences the start of lactation and breastfeeding.

ÚVOD

Označení operativní porod, znamená porod, kdy je zesílena nebo nahrazena vypuzovací síla matky. Jedná se například o porod porodnickými kleštěmi, vakuumextrakci nebo porod císařským řezem. V mé bakalářské práci se budu zabývat problematikou laktace u matek pouze po porodu císařským řezem.

V teoretické části bude popsáno kojení, základní pojmy a specifika kojení po porodu císařským řezem.

V praktické části se budu snažit zmapovat problémové oblasti ošetrovatelské péče o matku a dítě po císařském řezu. Jak porod císařským řezem vnímají matky, zda pociťují nějaká omezení a nakolik byly informovány o samotném výkonu a následné ošetrovatelské péči.

Pokusím se zjistit, zda porod císařským řezem ovlivňuje nástup laktace a zahájení kojení a v jakých oblastech.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOJENÍ

Je tu den „D“, narozením dítěte přichází mimo jiné i spousta otázek. Jednou z nich je otázka, co je nejlepší potravou pro vaše miminko? Kojit či nekojit? Nahradí plnohodnotně umělá strava mateřské mléko?

„Kojení je nejlepší“, tak zní prohlášení Americké pediatrické akademie (American Academy of Pediatrics – APP). To je názor odborníků a je potvrzen mnoha studiemi. Každý z nás ví, jak to funguje v přírodě, že mláďata savců sají mléko od svých matek, které je nejlepší pro jejich růst a vývoj. Tak proč by ta lidská mláďata měla být výjimkou?

„Prsa jsou složité orgány, schopné přeměnit krev v tu nejdokonalejší potravu pro děťátko, pak ji vyloučit a dodat dítěti, jež je naprogramováno ji přijmout. Prsa jsou natolik schopná, že dokáží složení mléka přizpůsobit gestačnímu věku miminka při narození nebo teplotě a vlhkosti vzduchu podle místa, kde se v daném okamžiku nacházíte.“ (Gaskinová, 2011, str. 31).

Kojení se může přizpůsobit tedy každé ženské tělo, pokud není kojení kontraindikováno. Změny, které nastávají v ženském těle vlivem měnící se hladiny hormonů, ovlivňují přístup a postavení ženy ke kojení a mateřství.

Úspěšnost při kojení je ovlivněna anatomickou výbavou a fyziologickými procesy, především hormonálními. Růst a vývoj alveolů i žlázových lalůček je řízen progesteronem. Placentární laktogen se rovněž podílí na jejich stimulaci, dále pak na syntéze kaseinu, laktalbuminu a laktoalbuminu. Estrogeny způsobují změnu žlázové tkáně. Přibližně v polovině těhotenství se z předního laloku hypofýzy začne uvolňovat hormon prolaktin, odpovědný za produkci mléka. Prolaktin svoji funkci začne plnit při poklesu estrogenů, tedy až po porodu. Prvotně uvolněný prolaktin spustí vodnaté nažloutlé mlezivo (kolostrum).

Kolostrum je první nápoj dítěte. Kolostrum je bílkovinami nabitě mléko, které se za dva až čtyři dny po narození dítěte přetváří v mléko mateřské. Je plné protilátek, imunitních faktorů, enzymů a jiných živin. Částečně působí jako projímadlo, které dítěti pomáhá vyloučit tmavou smolku (první stolici dítěte). Zaživací ústrojí dítěte se tak připraví přijímat větší množství mléka. Tvorba mléka je zahájena automaticky, nezávisle na porodu. Pokud matka nemůže své dítě k prsu přikládat, k zahájení tvorby mléka přesto dojde, ale udrží ho jen stimulace bradavek. K nástupu produkce mléka může dojít jak dříve, tak i později. Většina žen je schopna vytvářet mnohem více mléka, než dítě

potřebuje. Tvorba mléka záleží na odběru a frekvenci odebírání, přizpůsobuje se tedy potřebám dítěte. Žena je proto schopna kojit jedno i dvě děti. (Gaskinová, 2011, str. 39–42).

Celý proces je závislý na ejekčním reflexu, nazývaný uvolňovací a někdy také „let-down“. Trvá od počátku sání několik minut a zprostředkovává dítěti také tzv. zadní mléko s větším obsahem tuku, které je uvolňováno po řidším předním mléku, které spíše tiší žízeň. Když dítě saje prs, hladina prolaktinu v krvi stoupne a udrží se ve vyšší hodnotě, více než půl hodiny. Prolaktin navíc stimuluje příslušné buňky v prsou k tvorbě mléka. Poté nastupuje vliv oxytocinu, který způsobí stažení buněk obklopujících žláznatou prsní tkáň, jež produkuje mléko. Nově utvořené mléko je tak posouváno do systému kanálků a z těla ven. (Gaskinová, 2011, str. 42–43).

Mateřské mléko splňuje nejen výživové parametry, ale má velký přínos i pro obranyschopnost organismu dítěte. Tato ochrana, která je přijímána v mateřském mléce je nezbytná pro období adaptace po porodu, kdy dítě opustí bezpečné sterilní prostředí dělohy matky a je vystaveno mnoha vlivům vnějšího prostředí. Žádné umělé mléko neobsahuje živé buňky. Pro zdravý vývoj dítěte a jako prevence některých chorob (jako je například astma, dermatitidy, nebo potravinové alergie) je za optimální délku výlučného kojení považováno prvních šest měsíců jeho života. Mnoho studií potvrzuje, že kojené děti jsou méně náchylné k nemocem. Dokonce existuje studie, která prokázala, že kojené děti mají vyšší inteligenci, než děti krmené umělým mlékem. Pouze mateřské mléko však není zárukou zdravého, šťastného a inteligentního jedince. Pro zdravý vývoj dítěte je nutné dát jim lásku a péči, kterou si zaslouhují. (Gaskinová, 2011, str. 17–22).

Vliv kojení má i zdravotní výhody pro matku. Jedna z nejdůležitějších výhod souvisí s úlohou přírodního hormonu oxytocinu, který hypofýza matky uvolňuje během porodu. Při kojení dítě stimuluje prsa dotykem obličeje, olizováním bradavky nebo sáním, v těle matky se tak uvolňuje oxytocin. Díky němu se děloha dále stahuje, což umožňuje rychlejší návrat k původní velikosti. Uvolněním oxytocinu je méně pravděpodobné, že by matka v šestinedělí více krvácela. Kojící ženy se obvykle vrátí ke své původní váze rychleji, než ženy, které nekojí. Kojení má na ženu dlouhodobý pozitivní dopad v podobě prevence rakoviny prsu a vaječníků. (Schneidrová, 2005, str. 22–23).

Jen asi 3% matek nejsou schopny kojit své děti. Je tedy naprosto logické a přirozené, že není-li možné krmit dítě mlékem vlastní matky, je nejvhodnější alternativou lidské mléko jiné zdravé ženy. I naši předkové jednali instinktivně a obstarávali svým

dětem kojné. Byla i období, kdy bylo kojení zatlačováno umělou výživou. Dnes však žijeme v době renesance kojení. (Klen, 1987, str. 7.).

Poznatky v oblasti výživy kojence a péče o kojící matku se v průběhu 20. století velmi změnily. Na začátku 90. let byl na naši odbornou scénu uveden program Světové zdravotnické organizace (WHO) a Dětského fondu Organizace spojených národů (UNICEF), „Baby-friendly Hospital“ s cílem prosadit strategii 10 kroků na podporu kojení v péči o matku a dítě. V roce 1993 byl ustanoven Národní výbor pro podporu kojení koordinovaný Českým výborem pro UNICEF, který neustále prosazuje nejnovější poznatky v oblasti kojení a výživy kojence, a program „Baby-friendly Hospital“ v České republice.

Z Valného shromáždění z května roku 2001, vzniklo doporučení, podporovat výlučně kojení po dobu šesti měsíců a dále zavádět vhodné a bezpečné příkrmy a pokračovat v kojení do věku okolo dvou let nebo déle. A v tomto období, mezi 6, 18 a 24 měsíci věku dítěte, přejít od výlučného kojení k rodinné stravě. (Schneidrová, 2005, str. 11–23).

Přestože se neustále pracuje na zlepšování složení náhrad mateřského mléka, žádný z těchto výrobků nedokáže plně nahradit mateřské mléko. Mateřské mléko je tekutina unikátní a přitom naprosto proměnlivá. Složení se neustále mění podle potřeb dítěte, a to nejen v průběhu jeho života, ale dokonce i během jediného krmení. Mateřské mléko se dokáže přizpůsobovat aktuálním potřebám natolik, že dvojčata kojená každé ze „svého“ prsu dostávají různé mléko odpovídající potřebě protilátek, ale také živin (menší dvojče dostává mléko s vyšším obsahem bílkovin). Průmyslově vyrobená výživa samozřejmě nikdy nemůže být vyrobena dítěti „na míru“. (Paulová, 2000, str. 3).

Mléko je zdrojem energie a nutričních látek, ale také vody, která je pro dítě nezbytná. Mléko dále obsahuje tuky, sacharidy a bílkoviny, jsou nositeli energie. Dále lidské mléko obsahuje minerální látky, vitamíny, hormony a imunitní protilátky.

Jednotlivé složky mateřského mléka ovlivňují vývoj mozku, absorpci vápníku, podporují množení střevních bakterií, které umožňují, syntézu některých vitamínů skupiny B.

Obsah tuku je nejnižší v mlezivu, stoupá v mléce přechodném a relativně konstantní hodnoty má mléko zralé.

Obsah bílkovin se s dobou laktace významně snižuje. Na změny ve složení mléka má ovšem také velký vliv výživa matky.

Mateřské mléko obsahuje širokou paletu hormonů, hormony štítné žlázy, steroidní hormony, oxytocin, prolaktin, tyreotropní hormon, inzulin a jiné, z nichž každý má svou úlohu pro správný vývoj dítěte.

Lidský organismus potřebuje sedm základních minerálních prvků - vápník, hořčík, sodík, draslík, fosfor, síru a chlór.

Kojení má také velký sociální, ekonomický a ekologický přínos pro společnost. Má vliv na snížení nákladů na zdravotní péči, díky nižší nemocnosti a úmrtnosti dětí. (Schneidrová, 2005, str. 11–23).

1.1 Bonding

Bonding lze z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání čili sepejetí. Jedná se o proces, během kterého se tvoří vztah mezi matkou a dítětem. Vztah mezi matkou a dítětem se vyvíjí během celého těhotenství již před porodem. Budují se základy emočních vazeb, základy pro láskyplný vztah na celý život, který naplno exploduje v hormonální extázi při porodu. A na společnosti je, tento proces podpořit všemi dostupnými prostředky.

V bezprostředním postnatálním období se spouští imprinting, vtisknutí obrazu matky včetně vůně, hlasu, rytmu, rysů obličeje v několika minutách po porodu je jeden z nejvýznamnějších procesů interakce mládě-matka. Zůstane uložena v podvědomí a stává se nevědomou součástí osobnosti, a navazuje na paměť těla matky z dělohy. Na imprinting navazuje bonding, tělesná vazba. A na bonding navazuje attachment, citové navázání. Pro tento zásadní děj je důležitá délka prvního kontaktu, mělo by se jednat o desítky minut, časnost lépe bezprostřednost. U dítěte se vždy spouští takzvaná proto-sociální chování, pokud chybí odezva okolí, signály dítěte vyznívají naprázdno. (Langmeier, Matějček, 1986). Raný kontakt dítěte s matkou bezprostředně po porodu startuje, intuitivní mateřské chování, chuť matky se o dítě starat, upevňuje vazby mezi nimi. Podporuje iniciaci laktace a kvalitní vstup do života.

Porodní sál a podpora bondingu. Je nutná změna praktik. Kontakt skin-to-skin v první hodině po porodu zvyšuje počet kojených dětí. Není možné přiložit takzvaně břicho na břicho, což má velký význam pro odloučení placenty při přirozeném porodu, ale je možné přiložit dítě na hrud' matky, kožní kontakt zajistí sekreci oxytocinu, oční kontakt pro podporu bondingu, zlepšuje bakteriální osídlení novorozence a zajistí mu tepelný komfort,

stabilizuje vitální funkce, podporuje sání dítěte a iniciuje laktaci, uklidňuje dítě, posiluje matku, a upevňuje jejich vztah.

V prvních hodinách po porodu má matka i dítě spoustu endorfinu (hormonu štěstí). Díky jeho uklidňujícímu účinku se matce i přes poporodní únavu obnovují síly a je schopná se z prvního setkání se svým potomkem radovat. “ Matky jsou tolerantnější a lépe zvládají stres spojený s mateřstvím, ale hlavně cítí větší radost při kontaktu s dítětem. “ V mnoha českých porodnicích si už sice zvykli přikládat novorozence po porodu na matčino břicho, ale jen málokde mají matky možnost zůstat s ním aspoň pár desítek minut. Správně probíhající bonding má podle psycholožky velký význam pro fyziologii matky a dítěte i zásadní psychologické důsledky, s nimiž se matky a jejich děti mohou potýkat v dalších letech. Nejznámější z nich je u dítěte separační úzkost (panický strach ze vzdálení se matky od něj v dětském věku), neurotické poruchy, poruchy osobnosti s narušeným vztahem k matce. U matek se může vyskytnout poporodní deprese, porucha výchovné kompetence, čili buď pevná až patologická, nebo naopak rozvolněná vazba k dítěti. (Mrowetz, 2011, str. 47–67).

Porod se v mnoha případech stává bolestivou a stresující záležitostí, kde je pouze strach a nezbyl prostor pro radost. Bolest k porodu patří. Ale i bolest lze vnímat různě. Bolest má u porodu svůj význam. Bolest pomáhá rodičce najít nejvýhodnější polohu, pomáhá jí najít cestu jak spolupracovat s dítětem, které se tak usilovně snaží dostat na svět. Pokud je bolest vnímána jako smysluplná, nevyvolá v nás ochromující strach a stává se tak produktivní. Medicínské pojetí porodu a rutinní postupy, které oddělovaly děti od matek, ukradly těmto ženám radost z porodu.

Tato radost není jen příjemným emočním prožitkem, je to moudrý přírodní mechanismus, jenž pomáhá matce zvládnout náročnou péči o dítě. Je silou, je energií, která probouzí a buduje základy toho nejdůležitějšího vztahu na světě, vztahu mezi matkou a jejím dítětem. Poporodní separace sebrala několika generacím žen zážitek radosti z porodu, primární potřeba sdílení jim však zůstává. Ženy si předávají různé zkušenosti, mnoho z nich stále pokládá radost z porodu jako nadstandard, jako luxus. Jiné si však uvědomují význam porodní radosti, sdílejí toto poznání a chtějí ho předávat dál. K porodní radosti se často dostáváme skrze bolest a je to velice složitá cesta. (Mrowetz, str. 9–11).

Dítě patří k matce. Rooming-in je naštěstí již standardní záležitostí ve většině našich porodnic. Matka zůstává 2 hodiny po porodu na porodním sále, již zde je možnost, pokud je novorozenec bez zdravotních potíží, že zůstává v náruči své matky. Poté jsou spolu převezeni na pokoj roaming-in, kde jsou neustále spolu a mohou si tak budovat láskyplný

vztah na celý život. Systém roaming-in, rovněž zajistí možnost kojení kdykoliv má dítě zájem a po dobu po kterou kojení vyžaduje. Umožnit kojení kdykoliv dítě projeví zájem je nesmírně důležité jak pro dítě samotné, tak pro podporu laktace.

1.2 Techniky kojení

Kojení by mělo matce a jejímu dítěti přinášet pocity štěstí a mělo by být oběma příjemné. Tyto chvíle naprostého souznění, intimity a bezpečí jsou jedinečné a naprosto nezbytné pro zdravý psychický a fyzický vývoj dítěte.

Masáž prsů

Nejjednodušší podporou po zpuštění laktace a dále podpory tvorby mléka je masáž prsů. Lze ji také využít jako řešení při zatvrdnutí nalitých prsů, pro uvolnění mléčných žláz, aby mohlo dítě snadněji sát. Před masáží se doporučuje prsy nahřát teplou sprchou a prohřát oblast mezi lopatkami. Masáž se provádí tak, že prs uchopíme mezi dlaně a válíme jej oběma směry. Prsy postupně masírujeme mezi dlaněmi z různých úhlů. Jiný způsob masáže se provádí kruživými pohyby nataženými prsty jedné ruky po celém obvodu prsu. Nikdy nezasahujeme do oblasti dvorce a nemasírujeme prsní bradavku.

Odstříkávání mateřského mléka

Provádíme za účelem podpory laktace, na uvolnění tvrdých nalitých prsů nebo v případě, že miminko z nějakého důvodu nemůže sát přímo od matky a mateřské mléko je mu podáváno jedním z alternativních způsobů. Nejšetrnější způsob je manuální odstříkání mléka matkou. Prs uchopíme palcem a ukazovákem, které držíme do tvaru písmene C, prsty jsou vždy za dvorcem, prsty zmáčkeme prs. Odstříkání provádíme šetrně, abychom neporanily bradavku a její okolí. Lze také použít manuální či elektrické odsávačky, kterých je na trhu velké množství. (Paulová, 2000, str. 21–23).

Podle Schneidrové a kol, Kojení nejčastější problémy a jejich řešení, používáme tyto nejčastější polohy a techniky při kojení:

Přísátí a poloha při kojení

Dotykem úst dítěte a bradavkou vyvoláme hledací reflex. Matka počká, až dítě zešíroka otevře ústa jako při zívání a v tom okamžiku si přivine dítě k prsu. Dítě musí mít v ústech nejméně dva a půl centimetru dvorce. Úhel záklonu hlavičky dítěte musí umožnit volné dýchání a není nutné odtahovat prs od nosíku dítěte. Rty jsou ohrnuty zevně a uvolněné. Během sání se spánky a uši dítěte pohybují, není slyšet srkavý zvuk a tváře

nevpadávají dovnitř. Po vyvolání spouštěcího reflexu je slyšet polykání dítěte pokaždé jednom či dvou sacích pohybech. Spouštěcí reflex se v průběhu kojení objevuje několikrát. Matka by měla slyšet polykání minimálně po dobu pět až deset minut z každé strany.

Poloha při kojení

Matka se usadí pohodlně, má podepřené paže, záda a chodidla. Nenaklání se nad dítě. Dítě v náručí má břicho na břichu matky a kolínka směřují také k matce. Ucho, rameno a kyčel dítěte jsou v rovině. Matka přidržuje prs palcem nad dvorcem a ostatní prsty jsou pod dvorcem. Dítě má do prsu zanořenou bradu, tvář a nos se také dotýkají prsu.

Poloha vsedě

Matka má polštářů podepřené záda i ramena tak, aby byly uvolněné svaly těchto partií a kojící matka se cítila pohodlně. Jakmile se dítě přisaje, maminka se uvolní a pohodlně se opře do polštáře za zády.

Boční „fotbalové“ držení

Tato poloha se doporučuje ženám s velkými prsy nebo plochými bradavkami. Dále po porodu císařským řezem, u spavých dětí, nebo u dětí které se učí sát s obtížemi

Poloha vleže

Matka s velkými prsy může v této poloze kojit dítě nejdříve ze spodního prsu a nakloní-li se, tak i z horního prsu aniž by musela měnit polohu svoji nebo dítěte. (Schneidrová, 2002, str. 15–19).

1.3 Komplikace kojení

Výzkumy přinesly zjištění, že zhruba 40% matek má potíže s kojením v porodnici a zhruba 30% matek má potíže s kojením po propuštění z porodnice do domácího prostředí. Je tedy naprosto nezbytné podporovat matky, aby kojily své děti, všemi dostupnými prostředky. U nás tuto pomoc poskytují především lékaři, porodní asistentky a zdravotní sestry v porodnicích, které získaly mezinárodní ocenění Světové Zdravotnické Organizace UNICEF „Baby-friendly Hospital“ to znamená, nemocnice přátelsky nakloněná dítěti, ale také matce a kojení. Tito zdravotníci často pomáhají matkám s problémy s kojením i po propuštění z porodnice, pokud nenaleznou pomoc u dětského lékaře. (Schneidrová, 2005, str. 44–46).

Většina problémů s kojením je důsledkem nedostatečné informovanosti a nedostatkem praktických zkušeností matek. Bohužel potíže začínají již v úplném počátku

tak přirozeného procesu jako je kojení lidského mláděte. Pokud matka úspěšně zvládne překonat potíže, které nastaly v poporodním období, zvýší se její sebedůvěra a zmírní se její obavy, zda je schopna správně pečovat o své dítě a dostatečně ho vyživovat z vlastních zdrojů. Matka získá ztracenou sebedůvěru a naučí se naslouchat svým instinktům.

Velkou chybou, je příliš včasné použití příkrmu pomocí lahve s dudlíkem. Nastává otázka, jestli se liší sání z lahve a z prsu. Ano, liší. Aby dítě správně uchopilo prs, musí široce otevřít ústa. U prsu dítě saje nejdříve rychle, aby vyvolalo „spouštěcí reflex“ a poté zpomaluje. Naopak při pití z lahve nepotřebuje tak široké otevření úst a toto pak způsobí, že při sání z prsu vezme do úst jen malou část prsu, dochází k poranění bradavky a prs není dostatečně stimulován tak, aby se plnil mlékem. Pokud je dokrmování opravdu nutné, je potřeba zvolit alternativní způsob dokrmování kojenců.

Matky s velkými prsy se mohou někdy bát, že své dítě zadusí, musíme je ujistit, že to není možné. Těmto matkám doporučíme fotbalové držení, nebo kojení vleže. Je také důležité, aby matka nosila vhodnou podprsenku či pevné tričko a pravidelně potírala prsy krémem jako prevenci strií.

Matky s malými prsy mohou mít obavy, že malá velikost prsu znamená málo mléka pro dítě. Je potřeba matce vysvětlit že velikost prsu je určena množstvím tukové tkáně, naopak tvorba mléka množstvím žlázové tkáně.

Spavé dítě

Jednou z podmínek, aby se dítě naučilo správně sát, je, že musí být bdělé. Matku musíme naučit jak dítě budit, pokud se samo nebudí každé 2–3 hodiny. Dítě musí pít 10–12 krát za 24 hodin, aby se spustila tvorba mléka a poté stabilizovala. Pokud je dítě spavé i během sání z prsu je nutné, aby ho matka průběžně budila i během celé doby kojení.

Poprvé by mělo dítě sát ihned po porodu na porodním sále, musíme mu dopřát dostatek času, někdy trvá až 30 minut, než projeví o sání z prsu zájem. Dlouhé sání je skvělý start kojení, dítě se unaví a upadá do hlubokého spánku a na další kojení se budí spontánně po 3-4 hodinách. Časté přikládání podporuje časnější nástup laktace a tím předcházíme velkému úbytku na váze dítěte i novorozenecké žloutence. Dítě se naučí sát včas a nemusí dojít k nalití prsů a následné bolestivosti prsů a obtížnému sání pro dítě.

Křičící dítě

Pokud dítě neustále pláče a to i během kojení a po něm, potřebuje maminka pomoc. Sledujeme kdy miminko pláče, co je příčinou problémů a pokusíme se je eliminovat.

Naučíme matku rychle reagovat na projevy dítěte, dříve než je neuklidnitelné. Seznámíme matku s technikami na uklidnění miminka jako jsou - zavinování dítěte, chování ve „fetální“ poloze, kojit na klidném místě, ztlumit světlo nebo pustit uklidňující hudbu. Doporučíme masáž břicha, teplé obklady či léky pro podporu odchodu plynů. Musíme ji podpořit a povzbuzovat, aby v kojení pokračovala. U dětí, které jsou kojené a trpí kolikami, se obvykle stav ještě zhorší, pokud jsou převedeny na umělou výživu.

Obtíže s bradavkami

Přílišný tlak, tah či poranění bradavek způsobují matce bolest a mohou ji od kojení odradit. Proto je potřeba zjistit jak a proč k poranění došlo. Následně odstranit příčinu a vyléčit poranění. V prvních dnech kojení jsou nepříjemné pocity, tlak a citlivost bradavek naprosto přirozené a vymizí, jakmile se spustí mléko. Poškození předejdeme správnou polohou a přísátím dítěte, péčí o bradavky, po kojení nechat bradavky oschnout na vzduchu, používat vhodné prádlo a kosmetiku.

Ploché nebo vpáčené bradavky lze tvarovat již během těhotenství takzvaným formovačem bradavek, doporučíme častější kojení již od prvního dne, aby se dítě co nejdříve naučilo správně uchopit bradavku a dobře sát, masáž prsů, před kojením odstříkat nebo použít odsávačku, aby dvorec změkkl a bradavka vystoupila. Poslední možností je použití vhodného silikonového kloboučku při kojení.

Retence mléka, ucpaný vývod

Může jej způsobit chyba v technice kojení, pokud dítě v noci spí a není kojeno, tandemové kojení (matka současně kojí starší i mladší dítě), příliš těsné prádlo nebo jiné části oblečení, častý a dlouhý spánek na břiše s nalitými prsy. Řešením je před každým kojením přiložit teplý obklad, provádět jemnou masáž postiženého prsu, častěji kojit.

Mastitida

Mastitida, infekce prsní žlázy, vyžaduje konzultaci lékaře a rychlou léčbu. Pokud má matka mírnou teplotu déle než 24 hodin, teplotu vyšší než 38 stupňů celsia nebo zarudlá místa na postiženém prsu, je nutná léčba antibiotiky. Dále doporučíme časté kojení a dbát na správnou techniku kojení.

Anatomické variace u dětí

Na kojení má vliv také tvar úst, brady a obličeje. Zkušený rádce je schopen pomoci matkám, modifikovat běžné postupy při kojení a umožnit tak kojení i u dětí s malou ustupující bradou, vysokým a úzkým patrem nebo například s rozštěpem patra nebo rtu.

Komplikací kojení je velké množství a tak dochází i k případům, kdy ani zkušený rádce nedokáže problém s kojením zvládnout. Je potřeba maminku opakovaně ujistit, že jsme vyčerpali všechny možnosti a že udělala vše, co bylo v její moci. (Schneidrová a kol, 2002, str. 13–69).

1.4 Kontraindikace, omezení a překážky kojení

Onemocnění dítěte

Ve většině případů se jedná o částečné či dočasné omezení v kojení. Komplikace ze strany dítěte mohou být způsobeny onemocněním dítěte, vrozenými metabolickými vadami, akutní virová nebo bakteriální onemocnění.

Galaktosemie

Je to onemocnění, při kterém dítě není schopno trávit mléčný cukr, což vylučuje kojení. Po požití se objeví intestinální potíže, například odmítání stravy, zvracení, průjemy. Dítě neprospívá, objeví se porucha funkce jater se žloutenkou, degenerativní neurologické změny s ataxií a hypotonií. K úmrtí dítěte může dojít během několika týdnů.

Fenylketonúrie

Dítě má deficit jaterního enzymu, fenylalaninhydroxylázy, ten přeměňuje aminokyseliny fenylalaninu na tyrosin, dochází k tvorbě meziproduktů. Tyto meziprodukty jsou pro tkáň dítěte toxické a to zejména pro mozek. Dítě má přísnou dietu, nesmí požívat potraviny obsahující tuto aminokyselinu. Dítě může být kojeno za přísné kontroly hladiny fenylalaninu v mateřském mléce. Pokud se hladina zvýší, musí být dítě převedeno na preparáty s nízkým obsahem fenylalaninu.

Onemocnění matky

Jsou to těžká onemocnění matky, jako jsou srdeční selhání, vážné onemocnění plic nebo jater. Onemocnění matky, které lze na dítě přenést kojením je více, ale ne všechny znamenají kontraindikaci kojení. Uvedu některá vybraná onemocnění. Infekce HIV virem. Dle WHO z roku 2001, by HIV pozitivní matka neměla své dítě kojit, přestože přenos viru mateřským mlékem nebyl definitivně prokázán. A přesto z doporučení světové zdravotnické organizace vyplývá, že kojení je potřeba podporovat bez ohledu na procento nakažených žen HIV ve všech zemích, hlavně v rozvojových zemích. V ostatních zemích by měla mít matka HIV pozitivní možnost plně informovaného rozhodnutí. Pokud existuje možnost bezpečné umělé výživy, doporučuje se ji využít.

Herpes simplex virus

Způsobí u novorozence těžké onemocnění. Kojení není kontraindikováno pouze v případě, pokud se dítě nakazí při průchodu porodními cestami. Genitální léze u matky před porodem, je indikací k císařskému řezu. Samozřejmostí je důkladná hygiena matky, aby zabránila přenosu z kůže nebo oblečení. Pokud se objeví léze na prsu, musí být během kojení kryta.

Virová hepatitida B

Novorozenec se nejčastěji nakazí během porodu, buď krví matky, nebo plodovou vodou. Ihned po porodu je nutné dítěti podat anti-HBs globulin a musí být očkováno. Pokud je dítě správně imunizováno, je kojení možné. (Schneidrová, 2002, str. 13–69).

Léky kontraindikované při kojení

U většiny léků, se dostává do mléka jen velmi malé množství. Přesto, že některé léky mají na dítě vliv, představuje to pro dítě menší újmu, než kdyby nebylo kojeno mateřským mlékem. U většiny léků je kontraindikace relativní. Léky kontraindikované při kojení. Patří sem například cytostatika, radiofarmaka, imunosupresiva a lithium.

Účinky návykových látek na novorozence a kojence.

- Alkohol - pravidelné požívání většího množství může způsobit, že dítě neprospívá.
- Kofein - káva a kofeinové nápoje v malém množství dítěti neškodí.
- Nikotin - v množství asi 5 cigaret za den přímo neškodí, ale dítě může být neklidné, nebo dokonce odmítat prs, pokud matka musí, měla by kouřit až po kojení.
- Drogy - marihuana, kokain, heroin jsou přísně kontraindikovány, mohou způsobit snížení hladiny prolaktinu a zároveň snižují schopnosti matky se o dítě starat. (Schneidrová, 2002, str. 80–102),

1.5 Laktační poradkyně

Vzhledem k tomu, že vysoké procento matek uvádí potíže s kojením již v porodnici, je řešením teoretická a praktická připravenost personálu v porodnici. Jedním ze stěžejních kroků je znalost správné techniky kojení a řešení potíží při kojení. První příložením dítěte k prsu, kvalitní praktická pomoc s technikou kojení, připravenost a znalost pomoci kojícím matkám s problémy v jejich počátku je zásadní. Matky, které uváděly potíže s kojením v porodnici, kojily významně kratší dobu.

Laktační poradkyně

Laktační poradenství vyžaduje proto další vzdělávání a praktické doškolení. Označení certifikovaný laktační poradce, mohou získat pouze zdravotníci a matky po absolvování kurzů, a úspěšným složením závěrečné zkoušky. Kurzy jsou akreditované WHO-UNICEF. Podmínkou pro posláním laktační poradkyně je ochota se vzdělávat. Kladný vztah ke kojení, dostatečné znalosti na zvládnutí akreditačního programu a plnění povinností s tím spojených. Vstřícnost a komunikační dovednosti jsou klíčové. Prosazuje, podporuje a ochraňuje kojení. Po absolvování kurzu je povinna se pravidelně účastnit přednášek a nadále se kontinuálně a celoživotně vzdělávat. (www.laktacniliga.cz).

Porodní asistentka

Je osoba se zdravotnickým vzděláním. Specializuje se na péči o ženu v průběhu nekomplikovaného, normálního těhotenství, během porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence a kojence. V roce 1972 vytvořily Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní konfederace porodních asistentek a Mezinárodní federace gynekologu a porodníků dokument nazvaný Definice porodní asistentky. Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990. Současné znění bylo přijato v roce 2005 na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek konaném v Austrálii.

Soukromé porodní asistentky poskytují například poradenství, kurzy předporodní přípravy, návštěvy v těhotenství, doprovod k porodu, porod mimo zdravotnické zařízení, návštěva po porodu, laktační poradenství. Podpora kojení, seznámení s fyziologií laktace, technikami kojení včetně praktického nácviku, kontrola prsů a bradavek. To vše je součástí předporodních kurzů ale také následné péče o matku a dítě. V různých centrech provozují například masáže kojenců nebo plavání kojenců.

Dula

Výraz, dula, pochází z řečtiny, označuje se jím speciálně vyškolená žena, která poskytuje psychickou, ale i fyzickou oporu rodičce. Dula nemá potřebné zdravotní vzdělání, proto ji nelze zaměňovat s porodní asistentkou. Hlavním zájmem duly, je doprovázení rodičů cestou k porodu, napomáhá jim naplnit jejich představy o porodu. Uvědomuje si, že způsob jakým žena a dítě porod prožijí, je pro oba v mnoha rovinách zásadní. Kvalifikace duly, zahrnuje rámcové znalosti z oboru psychologie, medicíny, legislativy, kojení a péče o dítě. Pečuje o matku i dítě, prosazuje kojení, pomáhá matce zvládat obtíže s kojením je jí rádcem v průběhu šestinedělí i déle. Registrované duly, jsou vázány etickým kodexem své organizace, a jsou pravidelně proškoleny a vzdělávány.

V České republice vznikla, v září 2001 organizace pro sdružení dul, s názvem Česká asociace dul. V roce 2009 vzniklo, občanské sdružení České dudy. Obě organizace poskytují, profesní výcvik dul a jsou vázány etickým kodexem.

1.6 Organizace a podpůrné skupiny kojení

Je mnoho organizací a skupin, které se zabývají kojením, jeho indikacemi i kontraindikacemi. Dostatečná informovanost kojících matek, je cílem jejich propagace. Konzultacemi a poradenskými službami, se snaží informovat celou širokou veřejnost. Provozují různá centra a jednotlivci individuálně školí matky, jak před porodem, tak i v období poporodním. Existuje mnoho internetových zdrojů, ve kterých se mohou matky dovědět více o daných úskalích spojených s kojením.

Laktační liga

Laktační liga se svou činností zaměřuje na konzultační a poradenské služby pro kojící ženy a zdravotníky, školení laktačních poradců a to jak zdravotníků, tak osob se zdravotním vzděláním. Provoz Laktačního centra s Národní linkou kojení. Organizuje školící akce s tematikou o výživě a péči o novorozence a kojence. Vydává letáky, brožury a další zdravotně výchovné příručky. Laktační liga propaguje Světový týden kojení (1. 8. – 7. 8.) Dále spolupracuje s UNICEF a podporuje Baby Friendly Hospital Initiative v České republice. Propaguje dodržování mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka. Vydává časopis MAMITA, který je určen jak pro rodiče, tak pro zdravotníky. Dále laktační liga provozuje Webové stránky www.kojeni.cz a www.mamita.cz. (www.laktacniliga.cz).

Mamila

Mamila je Slovenské občanské sdružení, které vzniklo dne 9. 8. 2002. Poskytuje matkám pomoc, poradenství a podporu po celou dobu kojení dítěte. Kojení znamená investici do zdraví matky i dítěte, do vzájemných vztahů, rodinných pout a do budoucí generace. Na území Slovenské republiky poskytuje toto sdružení poradenské služby a organizuje kurzy kojení pro budoucí laktační poradkyně i pro zdravotníky v nemocnicích. Vytváří tak síť vyškolených laktačních poradkyň. Dále provozuje internetové laktační poradenství, zakládá podpůrné skupiny kojících matek a přípravné kurzy kojení v těhotenství. (www.mamila.sk).

www.kojim.cz

Vzniklo po vzoru slovenského občanského sdružení Mamila. Jedná se o kolegium laktačních poradkyň, výživových poradkyň a porodních asistentek. Toto sdružení podporuje a šíří myšlenku správné a jednotné podpory kojení. Propaguje základy pro úspěšné kojení, patří sem, podpora samopřísátí děťátka, podpora kontaktu kůže na kůži, podpora dětí a společného spaní dětí s rodiči a podpora vazby mezi maminkou a děťátkem.

Na svých stránkách publikuje informace, postupy a zkušenosti, které vycházejí z doporučení občanského sdružení Mamila. Taktéž pracuje v souladu Mezinárodním kodexem marketingu náhrad mateřského mléka a v souladu s etickým kodexem Mamila o. z. (www.kojim.cz).

Baby Friendly Hospital (Iniciative)

Volný překlad z angličtiny znamená nemocnice přátelsky nakloněná dětem. Mezi prvními v České republice získala toto světové ocenění v roce 1992 městská nemocnice v Ostravě. Toto označení znamená, že pracuje podle doporučení Světové zdravotnické organizace, v praxi to znamená zasazovat se o to, aby maminky co nejvíce kojily své děti po co nejdélší dobu a vytvořit pro maminky a jejich děti vhodné podmínky. Změnit myšlení žen i personálu, změnit stávající postupy ošetřovatelek. Ve spolupráci s celým kolektivem naplnit takzvaně „Deset kroků k úspěšnému kojení“, zavést systém roaming-in, a získat akreditaci. Titulem Baby Friendly Hospital se v České republice pyšní přes dvacet pracovišť.

2 ŠESTINEDĚLÍ A LAKTACE PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Počet narozených dětí císařským řezem stoupá. Akutní císařský řez, je prováděn u komplikujícího se porodu, někdy superakutně je-li ohroženo zdraví nebo život matky či plodu, jedná se o zachraňující výkon. Elektivní císařský řez, je plánovaný, za určitých podmínek naprosto opodstatněný.

Císařský řez „na přání“ jde o výkon provedený na přání rodičky i v případě, že by mohla porodit přirozenou cestou vaginálně. Oficiálně tato indikace není možná, je považována za neetickou.

Ve srovnání s vaginálním porodem představuje císařský řez zvýšené riziko komplikací jak pro matku, tak i pro novorozené dítě. Je to zákrok, který si vybírá svou daň v tělesném i emočním prožívání rodící ženy, a který vrhá stín na zbytek jejího reprodukčního života. (Goer, 2002, str. 31–46).

2.1 Separace a jiná poporodní traumata

Separace neboli odloučení matky a dítěte bezprostředně po porodu vyvolává v matce pocity úzkosti, nedostatečnosti a selhání. Dostává se prostoru těm nejhorším obavám. Matka se ocitne v situaci, kdy neumí uspokojit potřeby dítěte. Separace narušuje vazby mezi matkou a dítětem, má dopad na psychiku matky a prožívání dítěte. A samozřejmě znesnadňuje iniciaci laktace. Kroky k iniciaci laktace při separaci jsou, časné a frekventní odsávání či odstříkávání mateřského mléka a to do dvou hodin po spontánním porodu, během čtyř hodin po císařském řezu.

Mezi rizikové faktory, které mohou způsobit opoždění nebo nedostatečnou tvorbu mateřského mléka patří stresující porod, plánovaný i neplánovaný císařský řez, psychosociální stres a bolest související s porodem. Porodní trauma je jev, ke kterému může dojít ve kterékoliv porodní fázi. Jako porodní trauma může žena vnímat i velké množství porodnických intervencí, nespokojenost s péčí během porodu, nebo například ztrátu kontroly nad situací. Takové trauma může u matky vyvolat potřebu osvědčit se jako matka a uspět při kojení, vynahradit tak dítěti jeho traumatizující příchod na svět. Pro matku může být kojení uklidňující po prožitém stresu. Někdy ale naopak prožité trauma vyvolá u matek pocity poškození a ztráty důstojnosti, ty pak mohou odmítat další poškozování jejich těla, a zejména prsů. Chtějí mít kontrolu nad svým tělem. Vzpomínky na prožité trauma během kojení může u těchto žen vyvolat pláč, dojde k rozrušení dítěte

a maminka může přestat kojit své dítě ve snaze najít pokoj a klid. V některých případech odcizení v souvislosti s traumatem se kojení může stát citově prázdnou záležitostí. Je nutné, aby si personál všímá projevy, které signalizují prožité trauma a jeho následky jako jsou odtažitost nebo nepřítomný pohled. Při pozorování kojící matky si všímáme, zda se nechová ke svému dítěti odtažitě či odcizeně.

Porod císařským řezem je spojen s řadou komplikací. Často se setkáme s běžnými pooperačními komplikacemi, které sice neohrožují matku ani dítě na životě, ale jsou příčinou obtížné péče o děťátko. Zmínila bych nauzeu, zvracení, malátnost, pooperační retenci moči, bolest operační rány, drenáž operační rány. Další negativní stránky jsou klid na lůžku, snížená mobilita, ztráta soukromí vzhledem k velkému počtu hospitalizovaných pacientek na dospávacím pokoji, sociální izolace, odtržení nejen od miminka ale také od rodiny. Na rozdíl od pokoje roaming-in, kam smí všichni členové rodiny, jsou na pooperační jednotce návštěvy zcela zakázány. Vážné a naštěstí velmi vzácné komplikace, jsou například infekce, tromboembolie, DIC (diseminované intravaskulární coagulopatie), anesteziologické příhody.

Bolest, ta způsobí stres. Separace od dítěte, strach o dítě, opět způsobí stres. Narušený bonding, negativní vliv na hladiny oxytocinu a prolaktinu. Tím vším narušená iniciace laktace. Nižší hladina protistresových hormonů způsobí matce obtíže v péči o dítě, pocity nejistoty a opět stres. Kroky k podpoře laktace jsou, umožnit zahájení kojení do jedné hodiny po porodu umožňuje li to stav matky a dítěte, zajistit skin-to-skin kontakt, odstříknout „něco“ kolostra a podat dítěti.

V psychologické rovině vnímají ženy obtížněji akutní císařský řez. Operaci vnímají jako osvobození od bolesti a utrpení a na druhé straně nenaplnění touhy porodit jako jiné ženy, objevují se u nich pocity sebeobviňování, sociální stažení, pocit podvedení. Ženy s operačním porodem mívají více psychosomatických symptomů, jsou na sebe více zaměřeny a cítí se méně schopny pečovat o dítě.

Dlouhodobý dopad porodu císařským řezem na matku, může vyvolat pocity selhání, může způsobit potíže s laktací. Bolest jizvy po výkonu a s tím spojené obtíže v péči o dítě. A v neposlední řadě také pozdní následky v další graviditě, matka je ohrožena rupturou dělohy v pooperační děložní jizvě.

2.2 Mobilizace po porodu

Po vaginálním porodu se objevuje mírná bolest v podbříšku, zejména v souvislosti s kojením. Je způsobena zavinováním dělohy vyplavením hormonů. Po císařském řezu je zvýšená bolestivost zejména v oblasti laparotomické rány. Bolest po císařském řezu daleko intenzivnější a je nutné jí pooperačně tlumit. Pokud je použita epidurální anestezie v průběhu císařského řezu, je výhodou zavedení epidurálního katetru pro pooperační analgezii. Bolest hodnotíme pomocí škály VAS. (Roztočil, 2009, str. 202–205).

Mobilizace matky v období šestinedělí hraje značnou roli. Organismus rychleji regeneruje a navíc cvičení zabraňuje poporodním obtížím, jako jsou například bolesti zad, problémy s udržením moči nebo sestup dělohy. Cílem cvičení je odstranit změny, které v těle ženy nastaly v průběhu těhotenství, při porodu a následně i v šestinedělí. Dnes již všechny porodnice upřednostňují včasné vstávání po porodu, a tak časnou mobilizaci.

První cvičení po vaginálním porodu probíhají na odděleních šestinedělí pod vedením fyzioterapeutů. Cvičit se začíná pozvolna, ne intenzivně, aby nedošlo k nepříjemné únavě. Nikdy by cvičení nemělo vyvolávat bolest. Před cvičením je nutné se vždy vymočit, lépe je cvičit po kojení, ne s plnými a těžkými prsy. Obecně lze říci, že oslabené svaly je třeba posílit a přetěžované uvolnit. Výhodu mají matky, které byly aktivní, v dobré fyzické kondici a cvičily již v průběhu těhotenství. Pravidelným cvičením se rychleji vrátí správné držení těla, má nejen estetický vliv, kdy se posílí a zpevní ochablé svaly, ale působí pozitivně i na psychiku matky.

Mobilizace matek po porodu císařským řezem je mnohem složitější, než u matek po vaginálním porodu. Žena po celkové nebo epidurální anestezii dodržuje v prvních hodinách po porodu klid na lůžku. Jakmile to stav matky dovolí, zahájíme mobilizaci, tak abychom zabránili napětí stěny břišní a následné bolesti, žena si podpírá oblast laparotomie rukama nebo polštářem. Návčik vstávání z lůžka, nejprve otočit na bok, poté nohy z lůžka a pomocí podepření o předloktí se posadit. Tím minimalizujeme zapojení břišního lisu.

2.3 Vliv anestezie na dobu během porodu a po porodu

Porod nabízí ženě příležitost odhalit své vnitřní zdroje, schopnosti a sílu, jakou by v sobě za jiných okolností nehledala. Taková zkušenost může být pro ženu velmi cenná. Ale je nutno chápat také to, že některé ženy si k porodu přinášejí, různé názory, zkušenosti a očekávání. Řada žen o přirozený porod nestojí, jsou předem rozhodnuté využít možnosti podání analgetik, epidurální analgezie, nebo si přejí porod císařským řezem v částečné

nebo dokonce celkové anestezii. Na nás není, abychom je soudili, ale pomohli jim nalézt cestu sama k sobě a svému dítěti. Jiné ženy si přirozený porod moc přejí, ale během porodu se rozhodnou jinak, neznamená to, že selhala. Nikdo z nás nedokáže předem odhadnout, jak dlouhý nebo bolestivý ten konkrétní porod bude. Každý z nás má určitou hranici, kdy řekne dost. Někdy k takovému rozhodnutí může přispět špatný přístup nemocničního personálu.

Mnoho žen toužících po přirozeném porodu, nakonec skončí s analgetickou medikací, protože se jim nedostalo dostatečné emocionální podpory nebo praktické pomoci od personálu, někdy dokonce ani od těch nejbližších, kteří neunesou pohled na to, jak jejich milovaná bytost trpí. (Goer, 2002, str. 180–194).

Spontánní porod má pro ženy pozitivní účinky. Bolest a stres při porodu jsou přirozené a mají význam pro matku i dítě. Nervy v děložním hrdle, pánevním dnu a pochvě přenášejí vjemy a napínání tkáně a bolest. Tyto vjemy putují do hypofýzy a ta vyplaví více oxytocinu. Oxytocin zintenzivňuje porod a ovlivňuje dilataci děložního hrdla a nutkání tlačit ve fázi, kdy hlavička tlačí na pánevní dno a pochvu. Bolest ženu vede. Polohy a aktivity, které jsou ženě pohodlné a příjemné, jsou zároveň nejlepší pro postup porodu a napomáhají dítěti zaujmout vhodnou polohu. Dále se vlivem bolesti vylučuje adrenalin a endorfin. Adrenalin vyvolává sílu a vytrvalost, endorfiny přirozeně tlumí bolest a zlepšují náladu. Také oxytocin příznivě ovlivňuje náladu a do určité míry i tlumí paměťové centrum. Stresové hormony, které se vyplavují během porodu, jsou prospěšné i dítěti, podílí se na konečné přípravě plic dýchat vzduch, mobilizaci zásobní energie, centralizaci oběhu, která chrání dítě během porodu před hypoxií. Ovšem panická úzkost či nepřekonatelný strach matky, může naopak způsobit omezení zásoby kyslíkem dítěte.

Rodící žena zažívá poměrně silnou bolest, přesto se zároveň těší z podpory a lásky svých nejbližších a prožívá explozi emocí a tvořivých sil, které proudí jejím tělem. Naopak žena s epidurální analgezií sice není trýzněna bolestí, ale přesto se cítí sklíčená a bezmocná. Za všechnu tu bolest a vynaložené úsilí je žena nakonec odměněna tím, nejvzácnějším darem, novým životem. (Goer, 2002, str. 195–200).

2.3.1 Epidurální analgezie během porodu

Jedná se o zákrok, který provádí anesteziolog. Do epidurálního prostoru zavede speciální katétr a jím podává anestetikum. Epidurální analgezie zabraňuje vnímání bolesti, ale také narušuje schopnost ovládat dolní končetiny a ovlivňuje i některé funkce autonomního nervového systému, například pocení. U těžkého porodu může mučivý

a bolestivý zážitek proměnit v prožitek pozitivní. Ale epidurální analgezie zpomaluje průběh porodu a je potřeba podat oxytocinové infuze, může vést k vyššímu počtu nástřihu hráze, klešťových porodů, vakuových extrakcí a císařských řezů a to hlavně u prvorodiček. Zavedení epidurální analgezie dále vyžaduje monitoraci miminka, infuzní terapii, zavedení močového katétru. Tato situace ani z daleka nepřipomíná přirozený porod, z porodu se stane čistě technická záležitost. Změní se pohled ženy na sebe sama i na porod samotný, ovlivní to i pocity partnera a lidí, kteří ženě při porodu pomáhají. Epidurální analgezie zvyšuje riziko porodu císařským řezem, na stranu druhou, pokud je potřeba přejít k porodu císařským řezem, anesteziolog využije epidurální katetr k podání anestetik. Je také s výhodou ponechat katetr i pooperačně k tlumení bolesti v souvislosti s operační ránou. (Goer, 2002, str. 189–193).

2.3.2 Císařský řez v celkové anestezii

Jedná se velmi často o akutní výkon. Tato skutečnost sebou přináší mnoho psychosociálních komplikací pro matku i dítě. Matka nemá dostatek času se na porod připravit. Není možný první kontakt skin to skin ihned po porodu, chybí oční kontakt, není možné samopřisátí novorozence ihned po porodu. Celková anestezie znamená pro ženu také pooperační komplikace ve smyslu nauzey, zvracení, malátnosti a navíc samozřejmě bolest operační rány a snížená mobilita. To vše opět negativně působí na spuštění laktace a úspěšné kojení dítěte.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Navzdory velké propagaci kojení v ČR je procento plně kojených dětí při propuštění z porodnice překvapivě nízké, vzhledem k tomu, že kojení je nejlepší a nejpřirozenější formou výživy dítěte. A o mateřském mléce by se dalo zároveň říci, že je i lékem. Důvody proč některé matky nekojí své dítě, jsou různé. Od banálních až po závažné kontraindikující stavy matky či dítěte. Vzhledem ke stoupající tendenci porodů císařským řezem, mě zaujal názor, že za to, že matka nekojí své dítě, může právě zmiňovaný porod císařským řezem. Z výše zmíněných důvodů jsem si jako téma a cíl své BP zvolila pokusit se zjistit, zda porod císařským řezem ovlivňuje nástup laktace u matky po porodu císařským řezem a následné kojení novorozence. A pokud ano, v jakých oblastech.

3.1 Výzkumné cíle a předpoklady

Cíl 1.

Hlavním cílem je zjistit, zda jsou rozdíly v nástupu laktace u matky po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem.

Předpoklad 1.

Předpokládám, že respondenti po porodu císařským řezem uvedou častěji opožděný nástup laktace oproti respondentům po vaginálním porodu.

Otázky vztahující se k výzkumnému předpokladu: č. 8, 9, 17, 18, 19, 23

Cíl 2.

Dílčím cílem je zjistit, co nejvíce ovlivňuje kojení po porodu císařským řezem.

Předpoklad 2.

Předpokládám, že nejvyšší počet respondentů uvede jako důvod problémů s laktací, separaci matky a dítěte po porodu císařským řezem.

Otázky vztahující se k výzkumnému předpokladu: č. 4, 5, 6, 10, 11, 14, 15, 20, 21

Cíl 3.

Dílčím cílem je zjistit, zda mají matky dostatek informací, které s kojením souvisejí.

Předpoklad 3.

Předpokládám, že nejvyšší počet respondentů považuje množství podaných informací za dostačující.

Otázky vztahující se k výzkumnému předpokladu: č. 7, 12, 13, 16, 22

4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Oslovila jsem matky po porodu Neonatologického oddělení FN Plzeň, konkrétně na oddělení fyziologických novorozenců.

Po kladném stanovisku Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Plzeň k provedení výzkumného šetření jsem provedla pilotní studii v počtu osobně rozdaných 20 kusů dotazníků. Pilotní studie se zúčastnilo celkem 20 respondentů, cíleně jsem oslovila 10 matek (50%) po vaginálním (přirozeném) porodu a 10 matek (50%) po porodu císařským řezem. Soubor tvořily z 50% (10) prvorodičky, 40% (8) druhorodičky a z 10% (2) multipary. Na této pilotní studii jsem si ověřila srozumitelnost a intelektuální nenáročnost otázek a ochotu respondentů dotazník vyplnit, byť je počet otázek hraniční. Návratnost byla 100%, po zhodnocení získaných údajů jsem upravila časové rozmezí v otázce č. 14, s ohledem na nutnost hospitalizace matek po císařském řezu na pooperační jednotce. Dotazníky z pilotní studie jsem nezařadila do celkového hodnocení studie.

Pro účely hlavního výzkumného šetření jsem oslovila opět matky po porodu na neonatologickém oddělení FN Plzeň, na oddělení fyziologických novorozenců. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Polovina matkám po vaginálním (přirozeném) porodu, a druhá polovina dotazníků matkám po porodu císařským řezem. Celkem se vrátilo 49 dotazníků od matek po císařském řezu, správně vyplněných, 45 dotazníků. Od matek po vaginálním (přirozeném) porodu se vrátilo 54 dotazníků, správně vyplněných 52 dotazníků. Soubor tvořily matky prvorodičky, i matky, které již dříve porodily.

5 METODIKA SBĚRU DAT

Zvolila jsem metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce ledna 2015 a měsíce února 2014. Pro sběr dat jsem použila nestandardizovaný, strukturovaný dotazník. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků, 60 matkám po porodu císařským řezem a 60 matkám po vaginálním (spontánním) porodu. Celkem bylo vráceno 49 dotazníků od matek po císařském řezu, z toho správně vyplněno 45 dotazníků, (návratnost 75%). Návratnost u matek po vaginálním porodu byla v počtu 54 dotazníků, správně vyplněno bylo 52 dotazníků (86,66%). Dotazník byl anonymní. Získané údaje relativní četnosti budou prezentovány v procentech, výsledky budou zaokrouhleny na dvě desetinná místa matematicky.

6 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

6.1 Pilotní studie

Pilotní studie se zúčastnilo celkem 20 respondentů, cíleně jsem oslovila 10 matek (50%) po vaginálním (přirozeném porodu) a 10 matek (50%) po porodu císařským řezem. Soubor tvořily z 50% (10) prvorodičky, 40% (8) druhorodičky a z 10% (2) multipary.

INTERPRETACE VÝZKUMNÝCH ÚDAJŮ

Hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou rozdíly v nástupu laktace u matky po vaginálním porodu a po porodu císařským řezem. K tomuto cíli se vztahuje jeden předpoklad. Při stanovení výzkumného předpokladu č. 1, jsem předpokládala, že respondenti po porodu císařským řezem uvedou častěji opožděný nástup laktace oproti respondentům po vaginálním porodu.

K předpokladu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 1, 2, 3, 8, 9, 17, 18, 19, 23

V otázce č. 1 na otázku způsobu porodu uvedlo 50% (10) matek vaginální porod a 50% (10) porod císařským řezem. V otázce č. 2 uvedlo dotazovaný porod jako 1. porod 50% (10) dotázaných matek, jako 2. porod jej uvedlo 40% (8) matek a 10% (2) uvedlo více než dva předchozí porody. V otázce č. 3 uvedlo 60% (6) matek po porodu císařským řezem, že jsou prvorodičky nebo jejich předchozí porod proběhl vaginální cestou, u 40% (4) byl předchozí porod také císařským řezem. V otázce č. 8 uvádí 80% (8) matek po porodu císařským řezem, že úspěšně přiložily miminko k prsu a sálo, během pobytu na pooperační jednotce a 20% (2) matek označilo svůj pokus za neúspěšný. V otázce č. 9 uvedlo 60% (6) matek svůj porod císařským řezem jako plánovaný a 40% (4) jej uvádí jako neplánované řešení vzniklé situace. V otázce č. 17 skupina matek po císařském řezu uvádí odchod mleziva v 50% (5) již před porodem, 10% (1) matek jej pozoruje do 6 hodin po porodu, 10% (1) matek pozoruje odchod mleziva do 24 hodin po porodu a 30% (3) označilo možnost déle než 24 hodin po porodu. Naproti tomu matky po vaginálním porodu pozorovali odchod mleziva v 60% (6) již před porodem, 10% (1) do 6 hodin po porodu a 30% (3) pozoruje odchod mleziva do 24 hodin po porodu. V otázce č. 18 odpovídaly na otázku, kdy pozorovaly změnu průhledného mleziva v bílé mléko. Matky po porodu císařským řezem uvádí 20% (2) 2. den po porodu, 70% (7) později než 2. den po porodu a 10% (1) matek tuto změnu nepozorovalo, naproti tomu matky po vaginálním porodu uvádí 20% (2) 1. den po porodu, 70% (7) 2. den po porodu a 10% (1) matek uvádí možnost

později než 2. den po porodu. V otázce 19. Na otázku, kdy pozorovaly známky spuštěné laktace, odpovídaly matky po porodu císařským řezem 10% (1) 1. Den po porodu, 90% (9) později, matky po vaginálním porodu uvedly, 10% (1) 0. den po porodu, 20% (2) 1. den po porodu a 70% (7) později. V otázce č. 23, na otázku jak živí své miminko při propuštění do domácí péče uvádí matky po císařském řezu 60% (6) plně kojí, a 40% (4) kojí plus umělá výživa, naproti tomu matky po vaginálním porodu uvádí, že 100% (10) plně kojí. Z výsledků šetření vyplývá, že u matek po porodu císařským řezem je opožděný nástup laktace oproti matkám po porodu vaginálním a při propuštění do domácí péče častěji dokrmují svá miminka umělou výživou.

Výzkumný předpoklad č. 1 se potvrdil.

Dílčím cílem č. 2, bylo zjistit, co nejvíce ovlivňuje kojení po porodu císařským řezem. K tomuto cíli se vztahuje jeden výzkumný předpoklad. Při stanovení výzkumného předpokladu č. 2, jsem předpokládala, že nejvyšší počet respondentů uvede jako důvod problémů s laktací, separaci matky a dítěte po porodu císařským řezem.

K předpokladu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 4, 5, 6, 10, 11, 14, 15, 20, 21

V otázce č. 4 na otázku anestezie během porodu uvedlo 90% (9) svodnou anestezii, při které viděly své miminko po porodu, a 10% (1) uvedlo celkovou anestezii. V otázce č. 5, jak dlouho byly hospitalizované na pooperační jednotce, uvedlo 30% (3) do 12 hodin, 60% (6) do 24 hodin a 10% (1) možnost déle. V otázce č. 6, zda jim přivezli miminko na pooperační jednotku, odpovědělo 80% (8) ano a 20% (2) ne. V otázce č. 10, kdy poprvé přiložily miminko k prsu, odpověděly matky po porodu císařským řezem 90% (9) do 6 hodin po porodu a 10% (1) déle, naproti tomu matky po vaginálním porodu uvedly 70% (7) ihned po porodu, 30% (3) do 1 hodiny po porodu. V otázce č. 11, kdy se miminko poprvé přisálo a sálo z prsu, odpověděly matky po porodu císařským řezem 90% (9) do 6 hodin po porodu a 10% (1) déle, matky po vaginálním porodu uvedly 60% (6) ihned po porodu, 30% (3) do 1 hodiny po porodu a 10% (1) déle než 6 hodin po porodu. V otázce č. 14 jak dlouho po porodu dostaly miminko na pokoj roaming-in, uvedly matky po porodu císařským řezem 100% (10) déle než po 6 hodinách po porodu a matky po vaginálním porodu uvedly 10% (1) po 2 hodinách po porodu, 70% (7) po 6 hodinách po porodu a 20% (2) déle. V otázce č. 15, zda se zajímaly o problematiku kojení v těhotenství, odpověděly matky po porodu císařským řezem 80% (8) ano, 20% (2) ne, matky po vaginálním porodu uvedly 70% (7) ano, 30% (3) ne. V otázce č. 20, zda má miminko zdravotní problém. Uvedly matky po císařském řezu 100% (10) ne a matky po porodu vaginálním 90% (9)

ne a 10% (1) ano. V otázce č. 21, zda pociťují nějakou překážku v kojení, u této otázky bylo možné označit více možností, matky po císařském řezu uvedly, 60% (6) ne a 20% neznalost techniky, 20% (2) bolest operační rány, 10% (1) velká psychická zátěž, 20% (2) jiné („špatné bradavky“) matky po vaginálním porodu uvedly 70% ne a 10% (1) neznalost techniky, 20% (2) nedostatek spánku.

Z výsledků šetření vyplývá, že důvodem problémů s kojením je především separace matky a dítěte, a tím narušený bonding. Vysoké procento matek, 90%, po porodu císařským řezem uvádí svodnou anestezii během porodu a možnost vidět své miminko, proto mě zaráží, proč zároveň uvádí tak pozdní první přiložení k prsu, uvádí nejdříve 6 hodin po porodu (90%). Matky po císařském řezu také uvádí více potíží při kojení, než matky po vaginálním porodu. A 25% dotázaných matek se před porodem o kojení nezajímalo vůbec, což by do jisté míry mohlo také negativně ovlivnit kojení dítěte po porodu.

Výzkumný předpoklad č. 2 se potvrdil.

Dílčím cílem č. 3, bylo zjistit, zda mají matky po porodu dostatek informací, které s kojením souvisejí. K tomuto cíli se vztahuje jeden výzkumný předpoklad. Při stanovení výzkumného předpokladu č. 3 jsem předpokládala, že nejvyšší počet respondentů považuje množství podaných informací za dostačující.

K předpokladu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 7, 12, 13, 16, 22

V otázce č. 7, zda matkám na pooperační jednotce pomohl personál přiložit dítě k prsu, uvedly 100% ano. V otázce č. 12, za jak dlouho od porodu navštívila a proškolila matky novorozenecká sestra, uvedly matky po císařském řezu 20% do 6 hodin po porodu, 50% do 24 hodin a 30% déle, matky po vaginálním porodu uvedly 70% do 6 hodin a 30% do 24 hodin. V otázce č. 13, jakou formou Vás novorozenecká sestra proškolila, u této otázky bylo možné označit více odpovědí, matky po císařském řezu uvedly, 90% (9) praktická ukázka, 20% (2) slovně, plus 40% (4) video, brožura, matky po vaginálním porodu uvedly 70% (7) praktická ukázka 30% (3) slovně, 10% (1) video, brožura. V otázce č. 16, která opatření pro podporu laktace používáte, u této otázky je možné označit více odpovědí, uvedly všechny dotázané matky 95% pravidelné přikládání miminka k prsu, 45% (9) stimulační masáž prsů, 45% (9) neustálý kontakt se svým miminkem, 40% (8) laktační čaj, 10% (2) homeopatický čaj a 5% (1) jiné (teplé obklady). V otázce č. 22, zda byly informace dostačující a srozumitelné, uvedly všechny dotázané matky 100% (20) ano.

Z výsledků šetření vyplývá, že matky po porodu považují množství podaných informací za dostačující.

Výzkumný předpoklad č. 3 se potvrdil.

6.2 Analýza, prezentace a interpretace údajů hlavního výzkumu

Rozřazovací otázky: č. 1., č. 2., č. 3.,

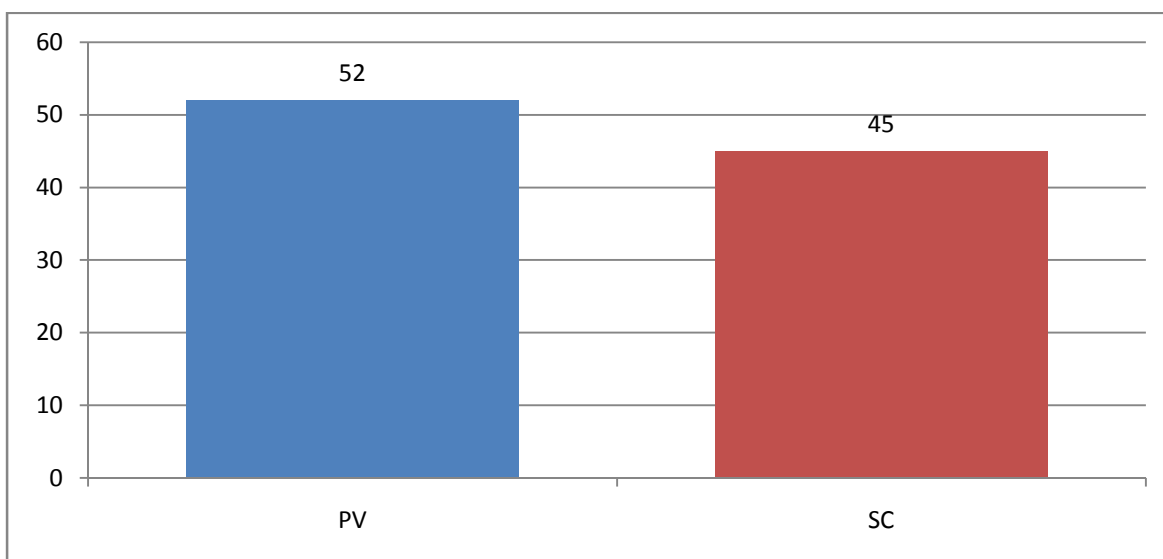
Otázka č. 1: Rodila jste?

TABULKA Č. 1 ZPŮSOB VEDENÍ PORODU.

1		Absolutní četnost
a	Vaginálně (přirozenou cestou) – partus vaginae PV	52
b	Císařským řezem - sectio caesare SC	45
	Celkem	97

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 1 ZPŮSOB VEDENÍ PORODU.



Zdroj: vlastní

V otázce č. 1 se nepřímo potvrdil předpoklad vyšší psychické zátěže u matek po porodu císařským řezem, což se projevilo menším počtem vrácených dotazníků.

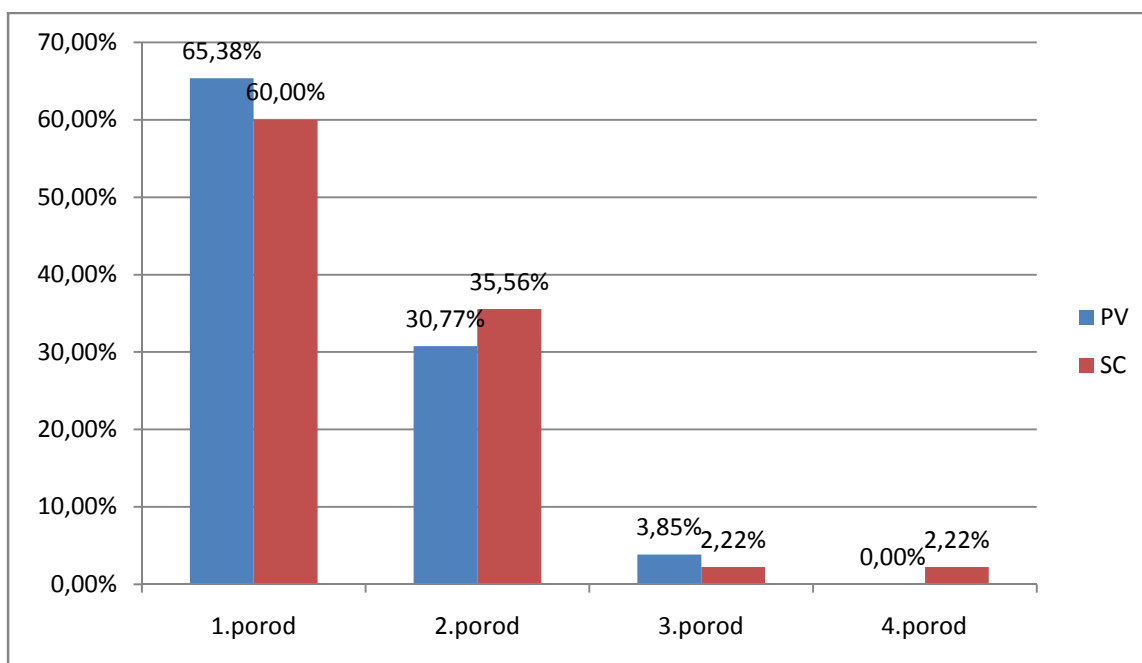
Otázka č. 2: Po kolikáté jste rodila?

TABULKA Č. 2 SOUVISLOST ZKUŠENOSTÍ S ÚSPĚŠNÝM KOJENÍM.

2.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přírozenou cestou)			
a	1. porod	34	65.38
b	2. porod	16	30.77
c	3. porod	2	3.85
d	4. porod	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	1. porod	27	60.00
b	2. porod	16	35.56
c	3. porod	1	2.22
d	4. porod	1	2.22
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č.2 SOUVISLOST ZKUŠENOSTÍ S ÚSPĚŠNÝM KOJENÍM.



Zdroj: vlastní

V otázce č. 2 se soubory výzkumného šetření rozdělily na skupiny podle počtu porodů, v nejvyšším počtu byly zastoupeny matky „prvorodičky“.

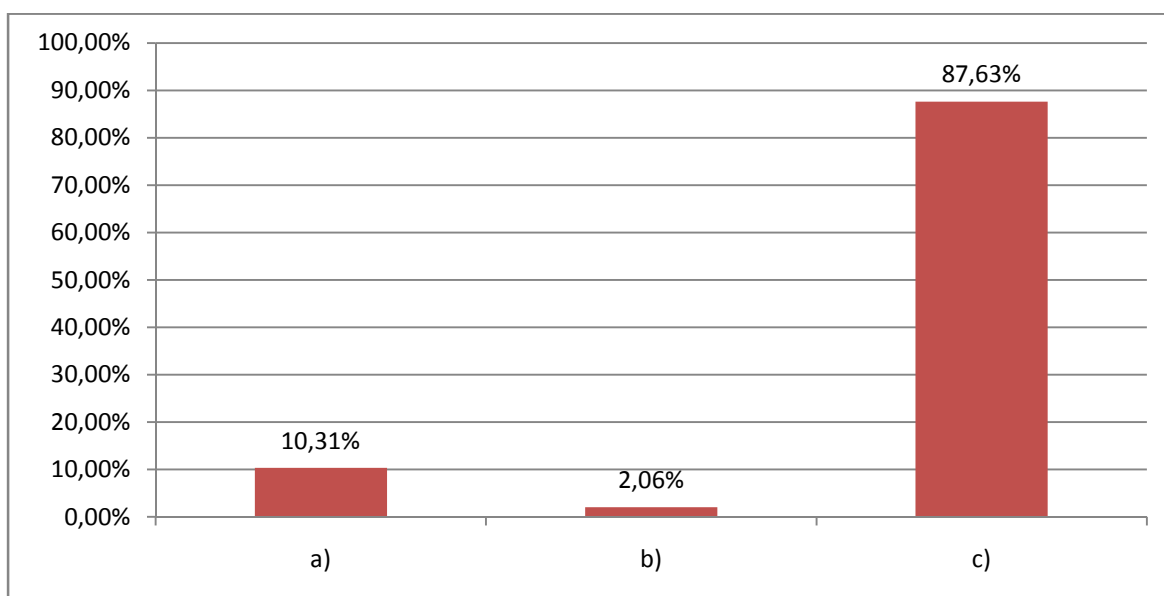
Otázka č. 3: Pokud jste již rodila, byl předchozí porod také veden císařským řezem?

TABULKA Č. 3 SOUVISLOST PŘEDCHOZÍHO PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM.

3.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	ano 1x	10	10,31
b	ano vícekrát	2	2,06
c	ne	85	87,63
	Celkem	97	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 3 SOUVISLOST PŘEDCHOZÍHO PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 3 odhalila skutečnost, že pokud matka již rodila císařským řezem, je větší pravděpodobnost, že i další porody budou též císařským řezem.

Předpoklad č. 1

Předpokládám, že respondenti po porodu císařským řezem uvedou častěji opožděný nástup laktace oproti respondentům po vaginálním porodu.

Otázky vztahující se k výzkumnému předpokladu: č. 8, 9, 17, 18, 19, 23

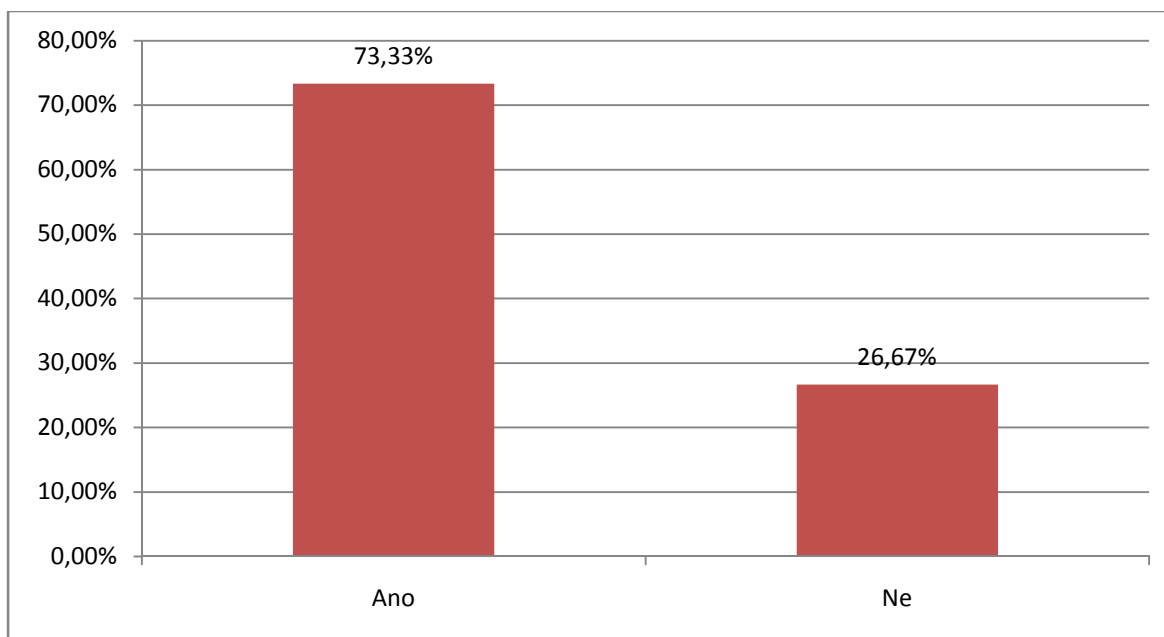
Otázka č. 8: Podařilo se Vám na pooperační jednotce přiložit miminko k prsu tak, že alespoň chvíli sálo?

TABULKA Č. 8 ČETNOST ÚSPĚŠNÉHO PŘILOŽENÍ NA POOPERAČNÍ JEDNOTCE.

8.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Ano	33	73.33
b	Ne	12	26.67
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 8 ČETNOST ÚSPĚŠNÉHO PŘILOŽENÍ NA POOPERAČNÍ JEDNOTCE.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 8 odhalila skutečnost, že téměř třetina matek nedokázala ve ztížených podmínkách pooperační jednotky efektivně přiložit dítě k prsu tak, aby sálo.

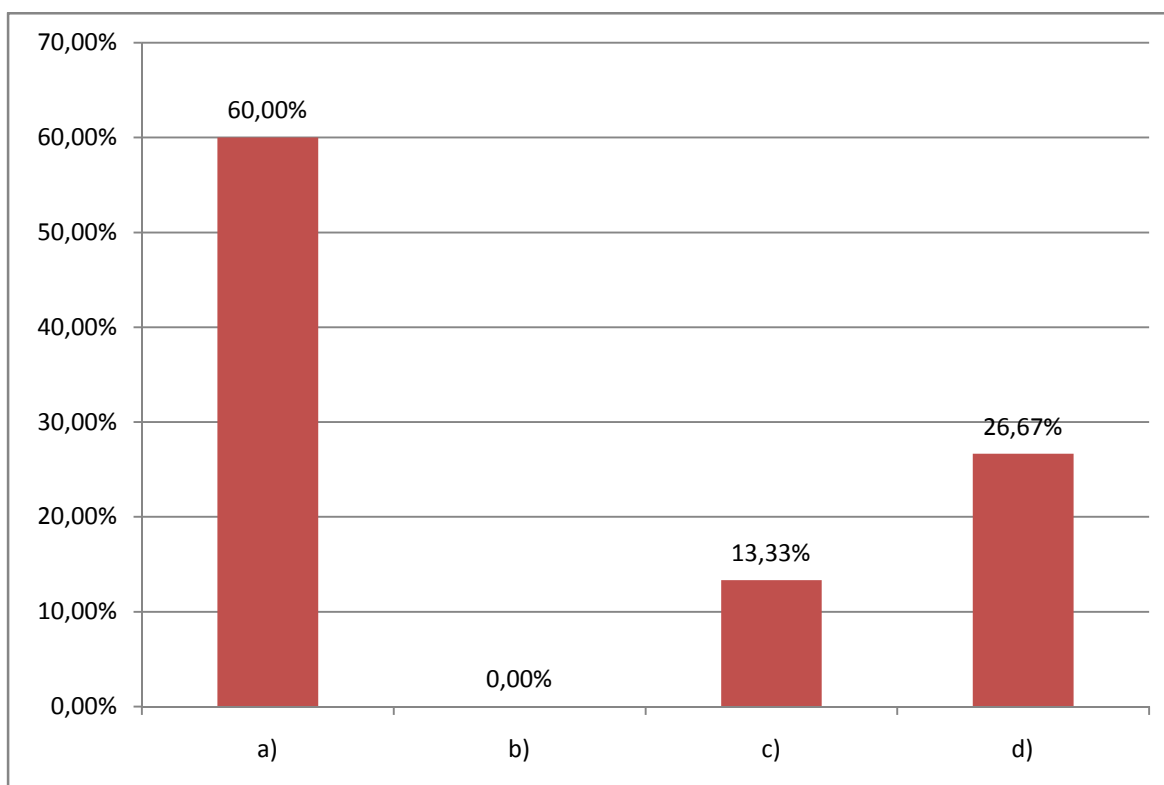
Otázka č. 9: Byl Váš porod císařským řezem plánovaný?

TABULKA Č. 9. SOUVISLOST S NENAPLNĚNÝMI PŘEDSTAVAMI O PORODU.

9.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Ano	27	60.00
b	Ne, ale přála jsem si ho	0	0.00
c	Ne, ale cítila jsem, že je to bezpečnější řešení pro mne i pro dítě	6	13.33
d	Ne, plánovala jsem přirozený porod	12	26.67
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 9. SOUVISLOST S NENAPLNĚNÝMI PŘEDSTAVAMI O PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 9 poukázala na nárůst plánovaných porodů císařským řezem. U třetiny dotázaných matek zanechal operativní porod pocit nenaplněné představy o přirozeném porodu.

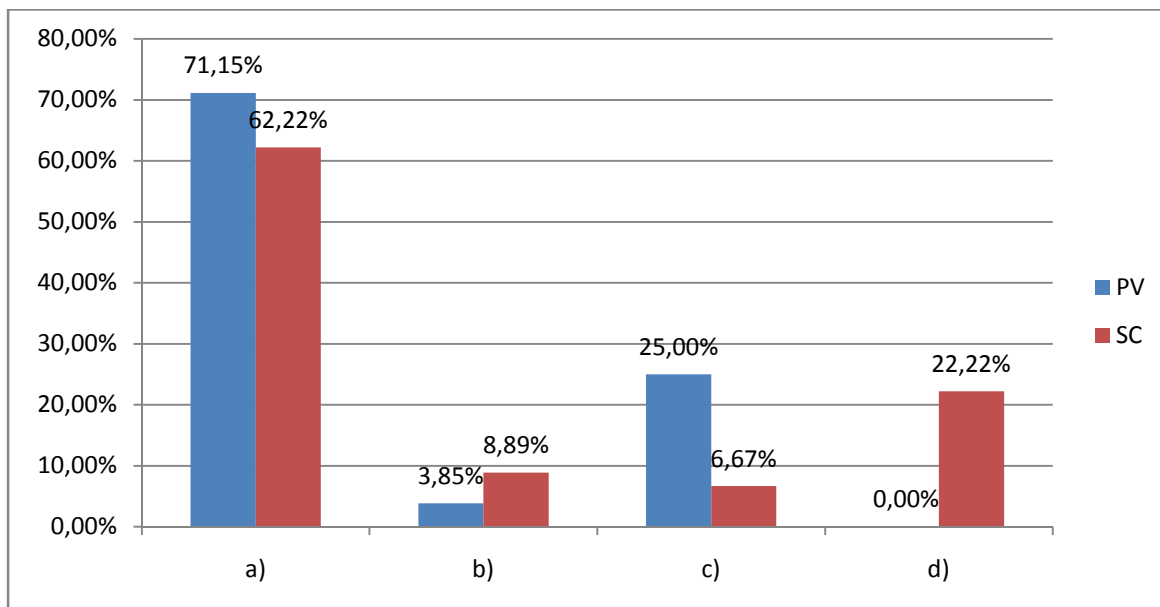
Otázka č. 17: Kdy jste pozorovala odchod mléka (počáteční mléko, světlé až průhledné, lehce zbarvené do žluta)?

TABULKA Č. 17. ČASOVÁ OSA TVORBY MLÉKA V SOUVISLOSTI S TYPEM PORODU.

17.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Již před porodem	37	71.15
b	Do 6 hodin po porodu	2	3.85
c	Do 24 hodin po porodu	13	25.00
d	Déle	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Již před porodem	28	62.22
b	Do 6 hodin po porodu	4	8.89
c	Do 24 hodin po porodu	3	6.67
d	Déle	10	22.22
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 17. ČASOVÁ OSA TVORBY MLÉKA V SOUVISLOSTI S TYPEM PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 potvrdila rychlejší nástup laktace u matek po spontánním (přirozeném) porodu. V době před porodem jsou údaje zkoumaných skupin srovnatelné.

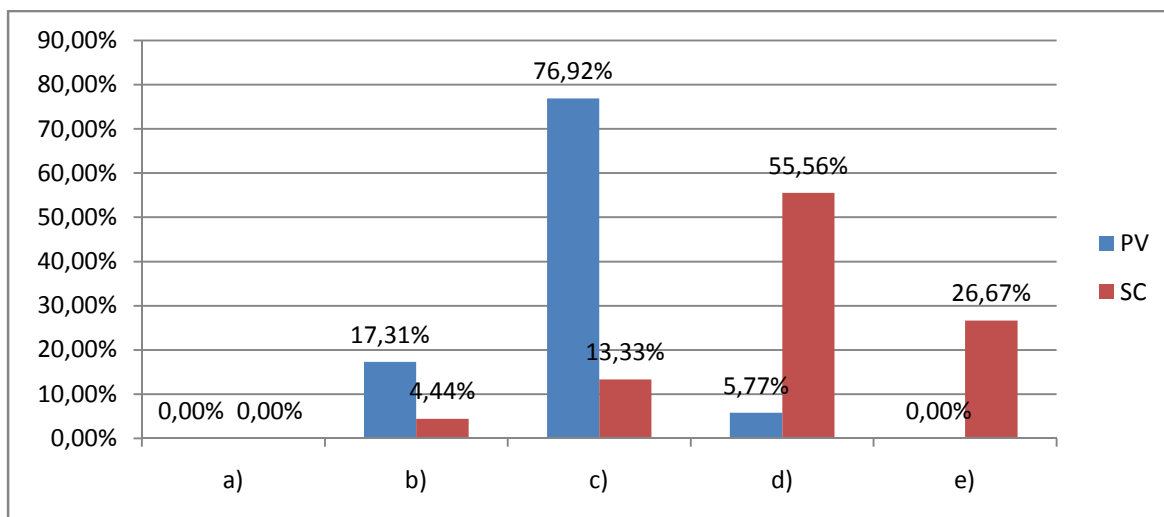
Otázka č. 18.: Kdy jste pozorovala, že se průhledné mlezivo změnilo na mléko?

TABULKA Č. 18 SOUVISLOST LAKTACE A ZPŮSOBU PORODU.

18.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Den porodu	0	0.00
b	1. den po porodu	9	17.31
c	2. den po porodu	40	76.92
d	Později	3	5.77
e	Nepozorovala jsem změnu	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Den porodu	0	0.00
b	1. den po porodu	2	4.44
c	2. den po porodu	6	13.33
d	Později	25	55.56
e	Nepozorovala jsem změnu	12	26.67
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 18 SOUVISLOST LAKTACE A ZPŮSOBU PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 18 potvrdila opožděný nástup laktace u matek po porodu císařským řezem oproti matkám po spontánním (přirozeném) porodu.

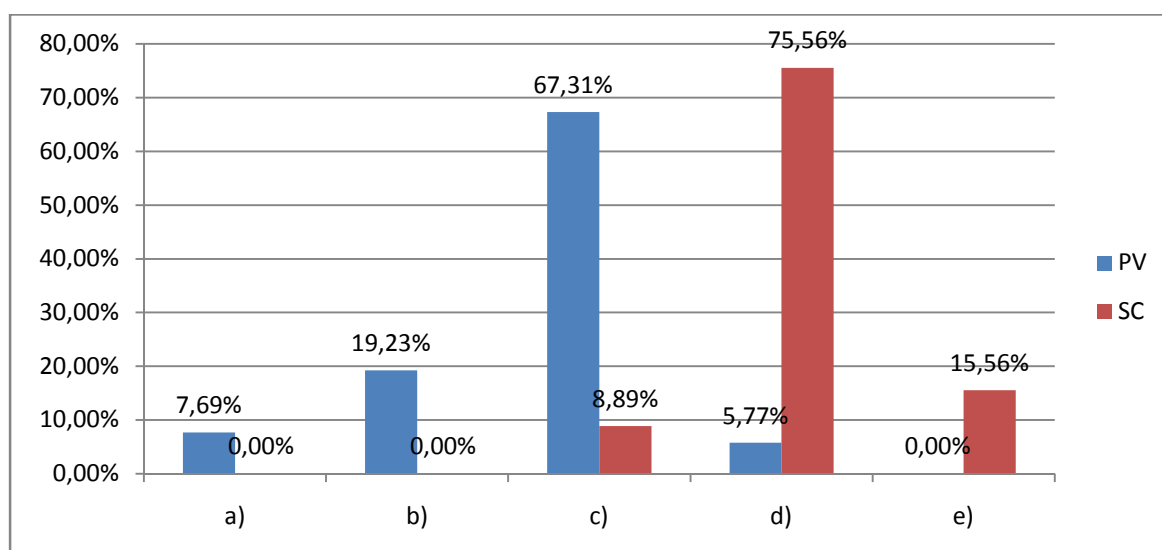
Otázka č. 19.: Kdy jste pozorovala nalití prsů, jejich zvětšení, pnutí, vyšší teplotu prsů, mírnou bolest, mírné tvrdnutí?

TABULKA Č. 19. SOUVISLOST PROJEVŮ LAKTACE A ZPŮSOBU PORODU.

19.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Den porodu	4	7.69
b	1. den po porodu	10	19.23
c	2. den po porodu	35	67.31
d	Později	3	5.77
e	Nepozorovala jsem změnu	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Den porodu	0	0.00
b	1. den po porodu	0	0.00
c	2. den po porodu	4	8.89
d	Později	34	75.56
e	Nepozorovala jsem změnu	7	15.56
	Celkem	45	100.01

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 19. SOUVISLOST PROJEVŮ LAKTACE A ZPŮSOBU PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 potvrdila opožděný nástup laktace u matek po porodu císařským řezem oproti matkám po spontánním (přirozeném) porodu.

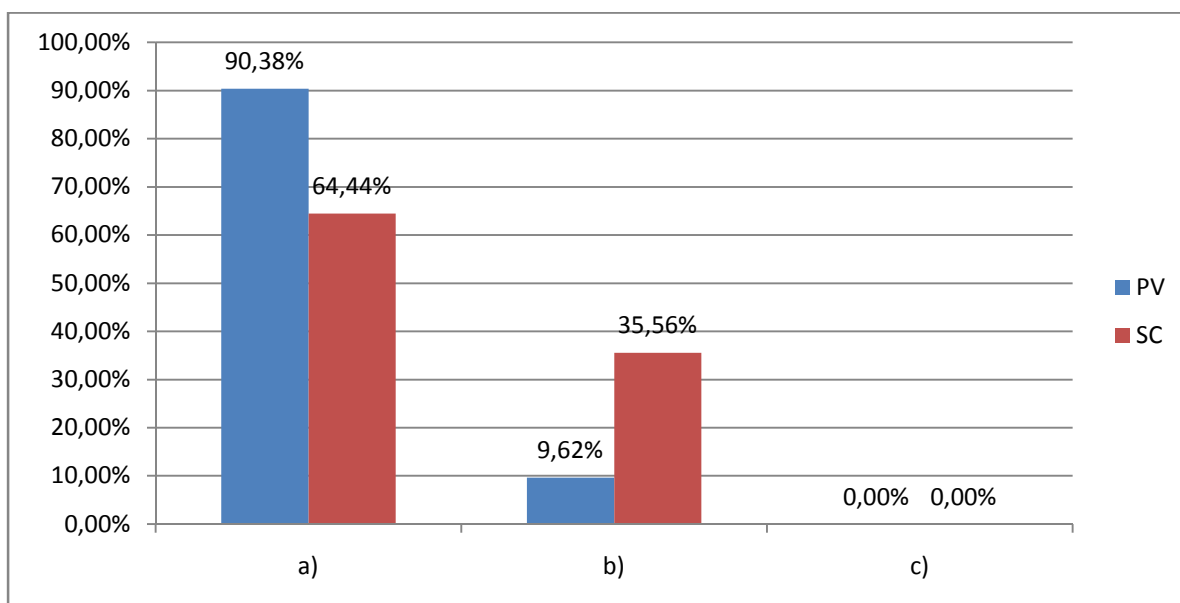
Otázka č. 23.: Při propuštění do domácí péče Vaše miminko:

TABULKA Č. 23. VÝŽIVA NOVOROZENCŮ PŘI PROPUŠTĚNÍ V SOUVISLOSTI SE ZPŮSOBEM PORODU.

23.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přírozenou cestou)			
a	plně kojíte	47	90.38
b	Kojíte + umělá výživa	5	9.62
c	Vaše miminko dostává pouze umělou výživu	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	plně kojíte	29	64.44
b	Kojíte + umělá výživa	16	35.56
c	Vaše miminko dostává pouze umělou výživu	0	0.00
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 23. VÝŽIVA NOVOROZENCŮ PŘI PROPUŠTĚNÍ V SOUVISLOSTI SE ZPŮSOBEM PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 23 odhalila nižší počet plně kojených dětí při propuštění z porodnice do domácí péče u matek po porodu císařským řezem.

Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 1.

- V otázce č. 8 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 9 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 17 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 18 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 19 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 19 se předpoklad potvrdil.

Celkově se výzkumný předpoklad č. 1 potvrdil.

Předpoklad č. 2

Předpokládám, že nejvyšší počet respondentů uvede jako důvod problémů s laktací, separaci matky a dítěte po porodu císařským řezem.

Otázky vztahující se k výzkumnému předpokladu: č. 4, 5, 6, 10, 11, 14, 15, 20, 21

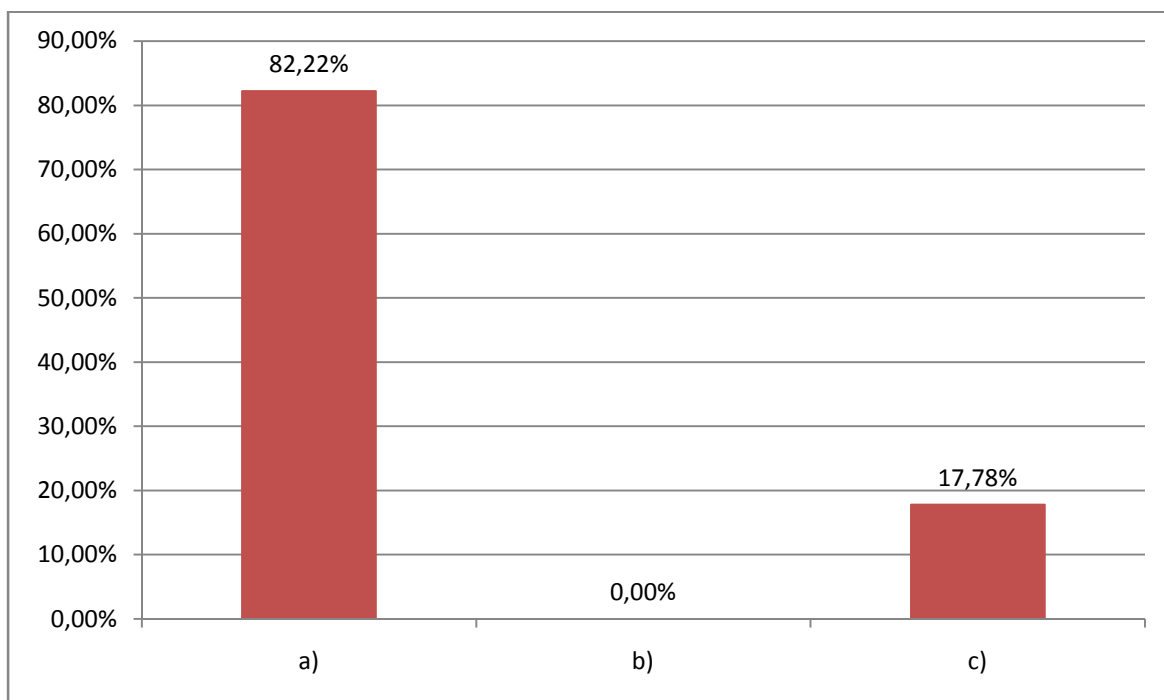
Otázka č. 4.: Jaká anestezie byla použita během porodu císařským řezem?

TABULKA Č. 4 SOUVISLOST TYPU ANESTEZIE S OPOŽDĚNÝM NÁSTUPEM LAKTACE.

4.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Svodná (bez komplikací)	37	82.22
b	Svodná (s komplikacemi)	0	0.00
c	Celková	8	17.78
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 4 SOUVISLOST TYPU ANESTEZIE S OPOŽDĚNÝM NÁSTUPEM LAKTACE.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 4 potvrdila svodnou anestezii, jako nejčastější možnost anestezie během porodu císařským řezem ve skupině respondentů mého výzkumného šetření.

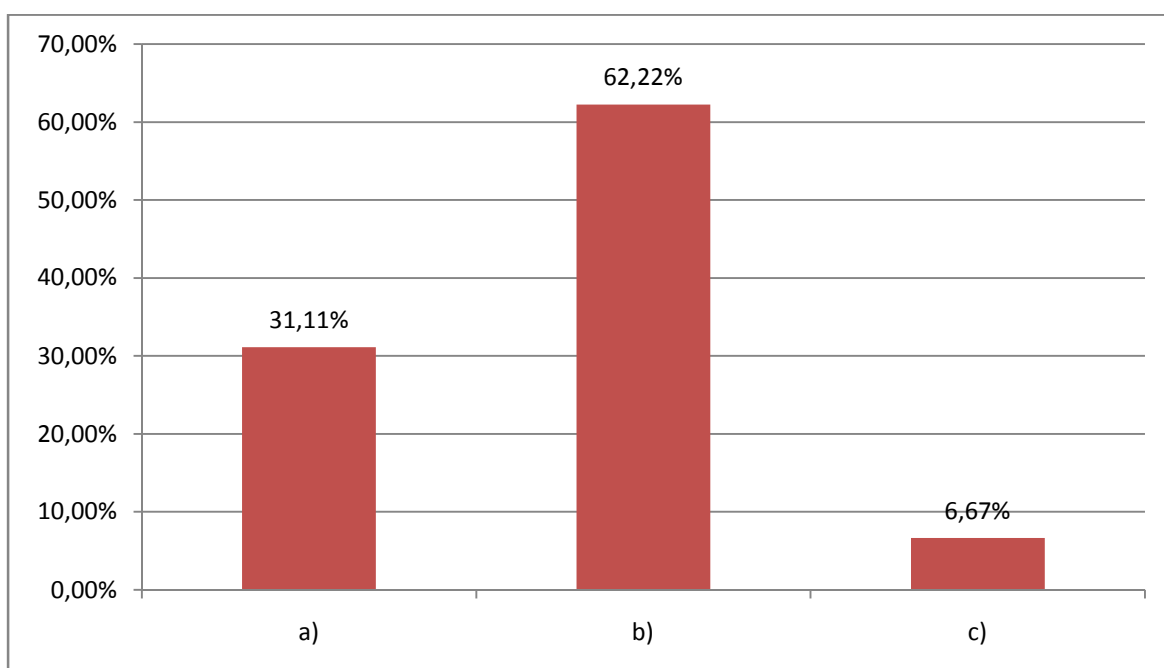
Otázka č. 5.: Jak dlouho po porodu jste byla na pooperačním oddělení?

TABULKA Č. 5 SOUVISLOST DÉLKY HOSPITALIZACE NA POOPERAČNÍ JEDNOTCE A SEPARACE MATKY A DÍTĚTE A NÁSLEDNÝ VLIV NA LAKTACI.

5.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Do 12 hodin	14	31.11
b	Do 24 hodin	28	62.22
c	Déle	3	6.67
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 5 SOUVISLOST HOSPITALIZACE NA POOPERAČNÍ JEDNOTCE A SEPARACE MATKY A DÍTĚTE A NÁSLEDNÝ VLIV NA LAKTACI.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 5 potvrdila dlouhou separaci matky a dítěte, průměrná doba hospitalizace na pooperační jednotce je 24 hodin.

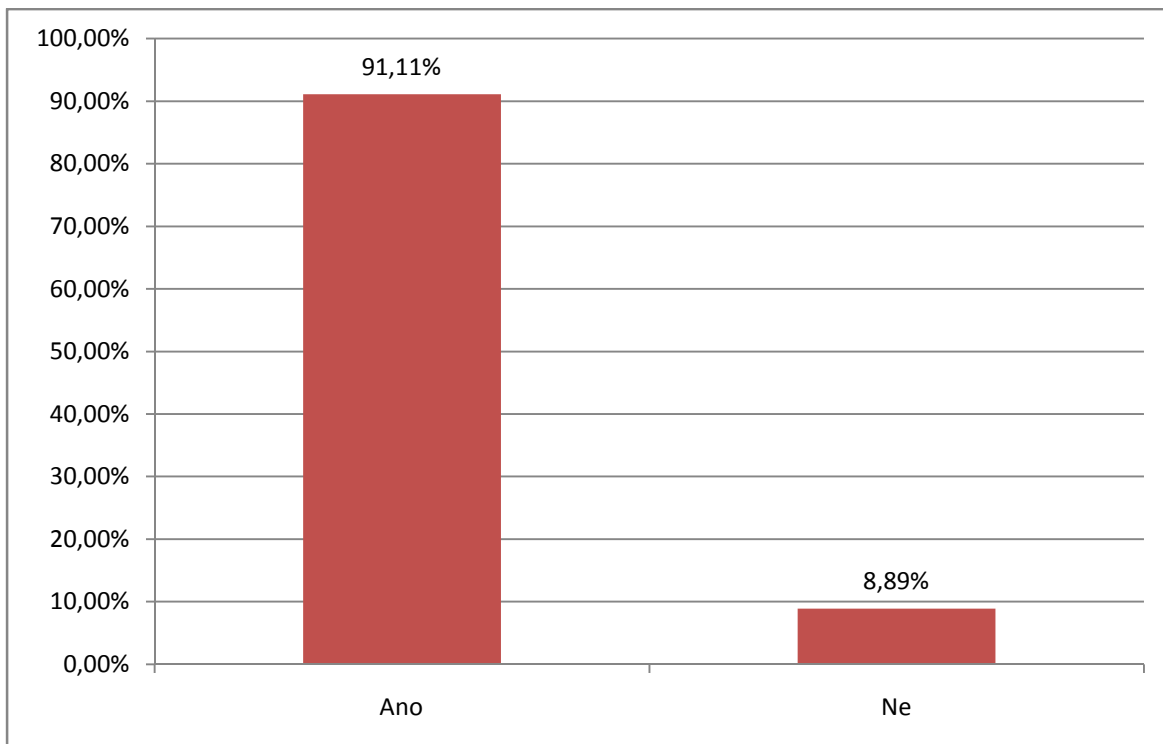
Otázka č. 6.: Přivezli Vám miminko na pooperační jednotku přiložit k prsu?

TABULKA Č. 6 MOŽNOST PŘILOŽENÍ DÍTĚTE K PRSU NA POOPERAČNÍ JEDNOTCE.

6.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Ano	41	91.11
b	Ne	4	8.89
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 6 MOŽNOST PŘILOŽENÍ DÍTĚTE K PRSU NA POOPERAČNÍ JEDNOTCE.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 potvrdila, že ve většině případů mají matky na pooperační jednotce možnost přiložit své dítě k prsu.

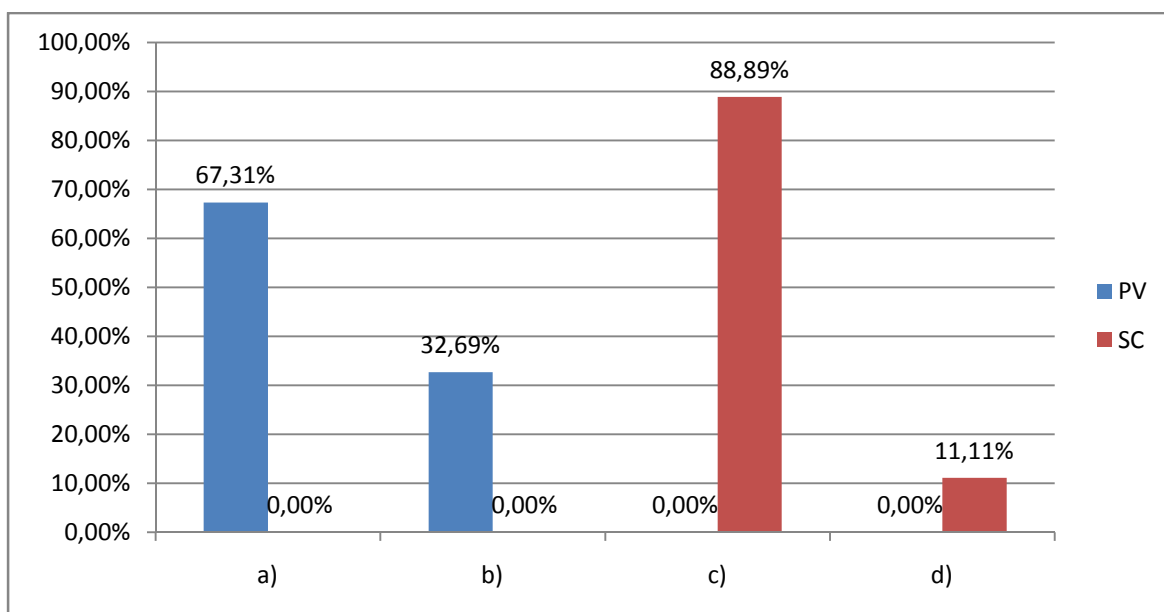
Otázka č. 10.: Kdy jste poprvé přiložila miminko k prsu?

TABULKA Č. 10 SOUVISLOST ČASOVÉ PRODLEVY PRVNÍHO PŘILOŽENÍ K PRSU S ÚSPĚŠNÝM KOJENÍM.

10.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	ihned po porodu	35	67.31
b	do 1 hodiny po porodu	17	32.69
c	do 6 hodin po porodu	0	0.00
d	déle	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	ihned po porodu	0	0.00
b	do 1 hodiny po porodu	0	0.00
c	do 6 hodin po porodu	40	88.89
d	déle	5	11.11
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 10 SOUVISLOST ČASOVÉ PRODLEVY PRVNÍHO PŘILOŽENÍ K PRSU S ÚSPĚŠNÝM KOJENÍM.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 10 poukázala na fakt, že na porodním sále po porodu císařským řezem není možnost přiložit dítě k prsu, a to i přesto, že většina matek je při narození dítěte při vědomí.

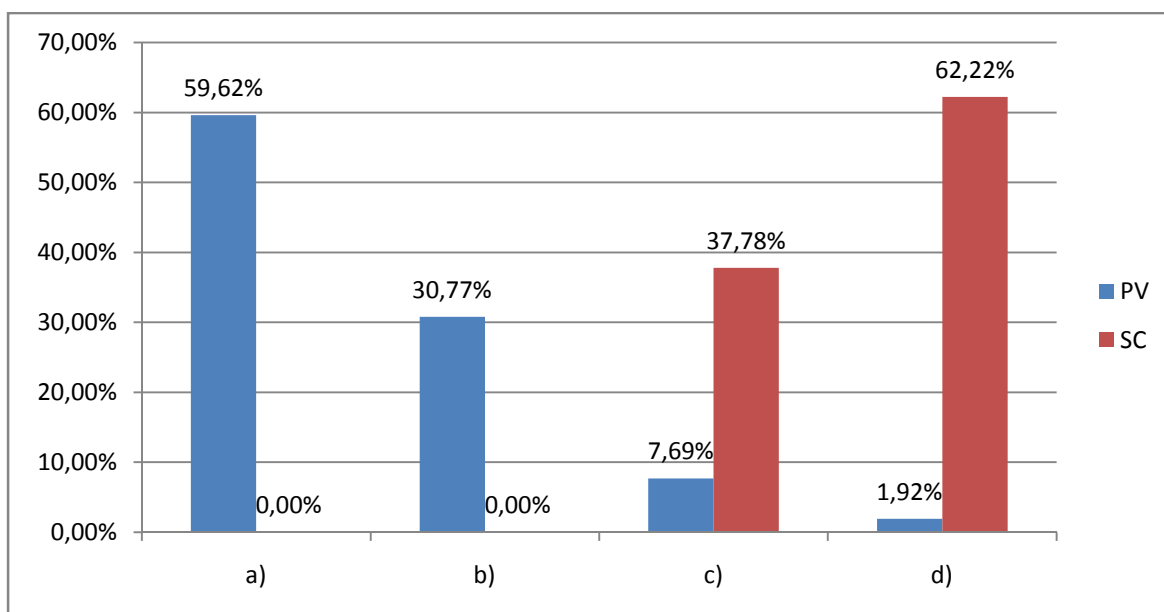
Otázka č. 11.: Kdy se Vaše miminko poprvé přisálo a alespoň chvíli sálo z prsu?

TABULKA Č. 11 SOUVISLOST ČASOVÉ PRODLEVY PRVNÍHO PŘISÁTÍ SE ZPŮSOBEM PORODU.

11.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	ihned po porodu	31	59.62
b	do 1 hodiny po porodu	16	30.77
c	do 6 hodin po porodu	4	7.69
d	déle	1	1.92
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	ihned po porodu	0	0.00
b	do 1 hodiny po porodu	0	0.00
c	do 6 hodin po porodu	17	37.78
d	déle	28	62.22
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 11 SOUVISLOST ČASOVÉ PRODLEVY PRVNÍHO PŘISÁTÍ SE ZPŮSOBEM PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 potvrdila posunutý start kojení u matek po porodu císařským řezem.

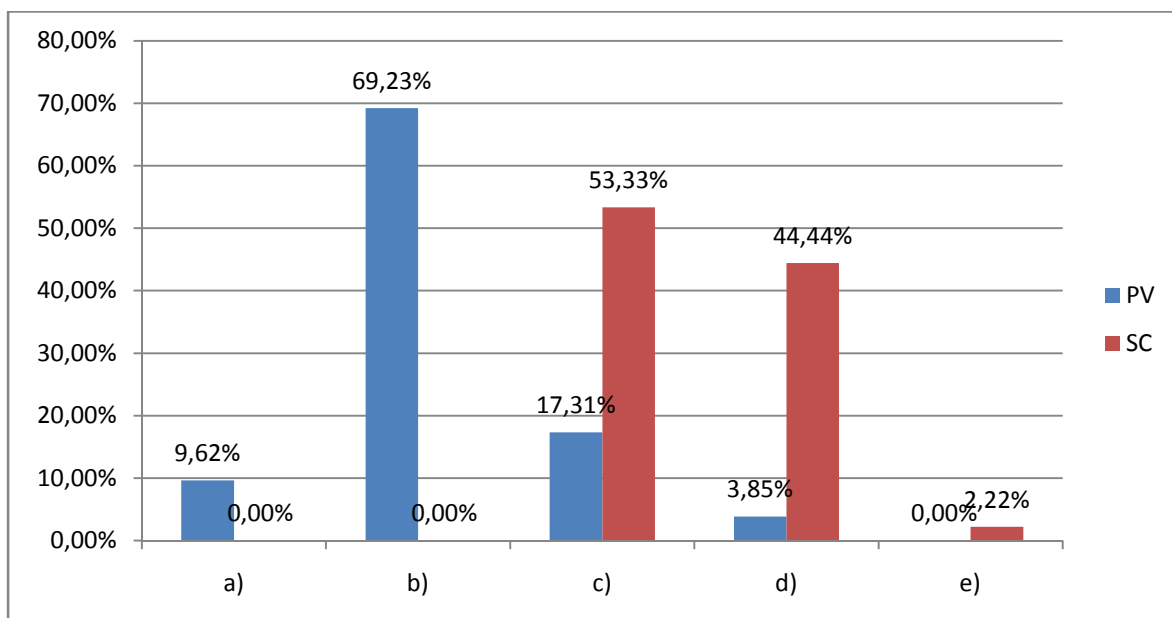
Otázka č. 14.: Jak dlouho po porodu jste dostala miminko na pokoj "rooming-in"?

TABULKA Č. 14 SOUVISLOST ZPŮSOBU PORODU S DÉLKOU SEPARACE MATKY A DÍTĚTE.

14.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Po 2 hodinách od porodu	5	9.62
b	Po 6 hodinách od porodu	36	69.23
c	Po 12 hodinách od porodu	9	17.31
d	Po 24 hodinách od porodu	2	3.85
e	Déle	0	0.00
	Celkem	52	100.01
Císařským řezem			
a	Po 2 hodinách od porodu	0	0.00
b	Po 6 hodinách od porodu	0	0.00
c	Po 12 hodinách od porodu	24	53.33
d	Po 24 hodinách od porodu	20	44.44
e	Déle	1	2.22
	Celkem	45	99.99

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 14 SOUVISLOST ZPŮSOBU PORODU S DÉLKOU SEPARACE MATKY A DÍTĚTE.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 14 potvrdila delší separaci matky a dítěte u porodu císařským řezem.

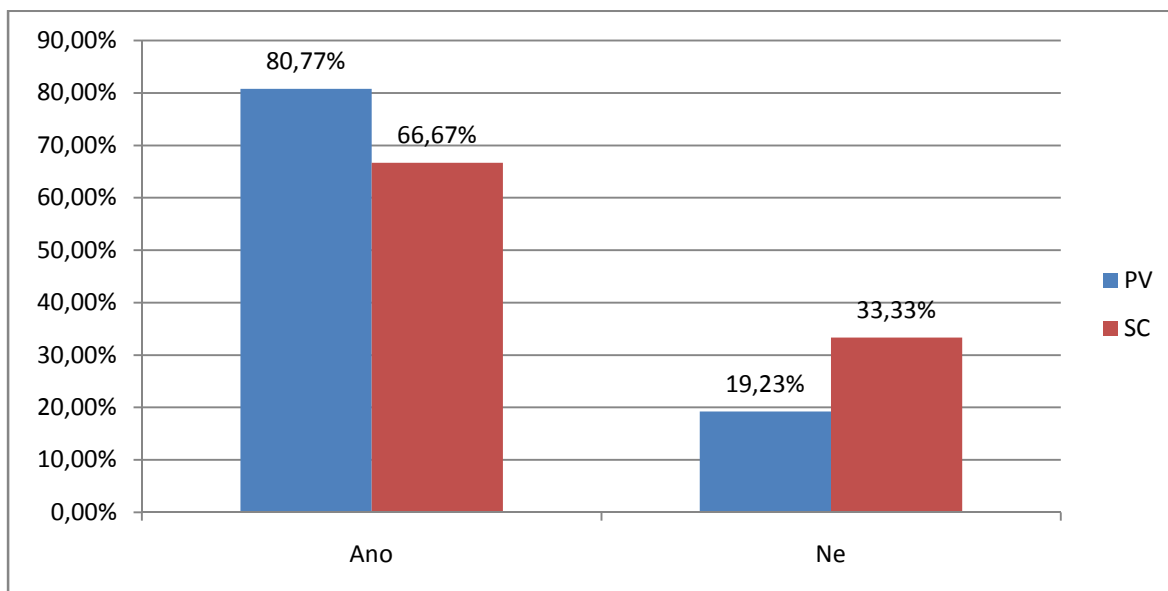
Otázka č. 15.: Zajímala jste se o problematiku kojení již v těhotenství?

TABULKA Č. 15A ZÁJEM MATEK O PROBLEMATIKU KOJENÍ PŘED PORODEM.

15a.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Ano	42	80.77
b	Ne	10	19.23
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Ano	30	66.67
b	Ne	15	33.33
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 15A ZÁJEM MATEK O PROBLEMATIKU KOJENÍ PŘED PORODEM.



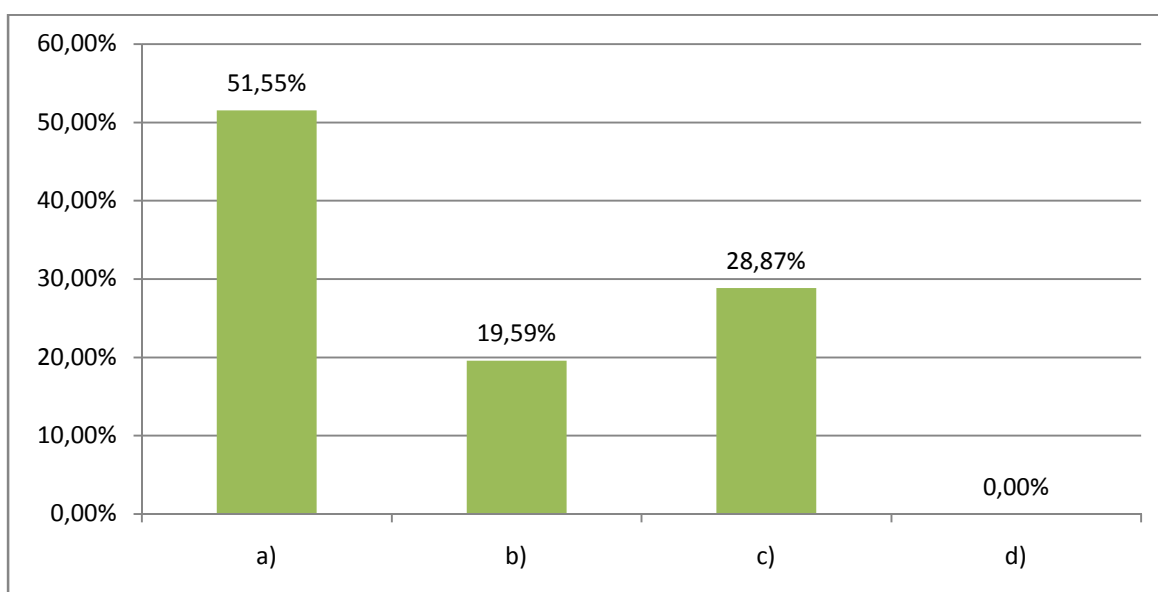
Zdroj: vlastní

GRAF Č. 15B NEJČASTĚJI VYHLEDÁVANÝ ZDROJ INFORMACÍ O KOJENÍ.

15b.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Odborná literatura	50	51.55
b	Předporodní kurzy	19	19.59
c	Webové zdroje	28	28.87
d	Jiné	0	0.00
	Celkem	97	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 15B NEJČASTĚJI VYHLEDÁVANÝ ZDROJ INFORMACÍ O KOJENÍ.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 15 odhalila skutečnost, že velké procento matek se o problematiku kojení v těhotenství vůbec nezajímalo. Nejčastěji uváděly literaturu.

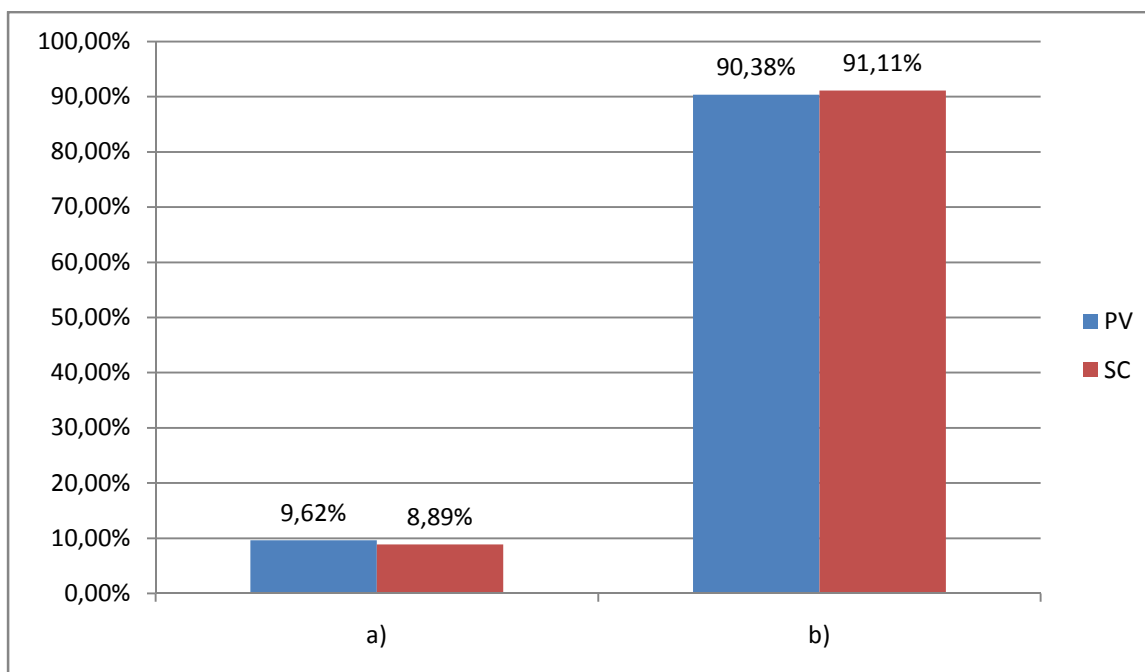
Otázka č. 20.: Má Vaše miminko například novorozeneckou žloutenku, či jiný zdravotní problém, který by mohl mít vliv na jeho ochotu sát?

TABULKA Č. 20 SOUVISLOST ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE S KOJENÍM.

20.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Ano, prosím uveďte	5	9.62
b	Ne	47	90.38
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Ano, prosím uveďte	4	8.89
b	Ne	41	91.11
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 20 SOUVISLOST ONEMOCNĚNÍ DÍTĚTE S KOJENÍM.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 20 potvrdila, že zdravotní komplikace dítěte nejsou v otázce kojení zásadní.

Otázka č. 21.: Pociťujete nějakou překážku, která Vám brání v kojení Vašeho dítěte?

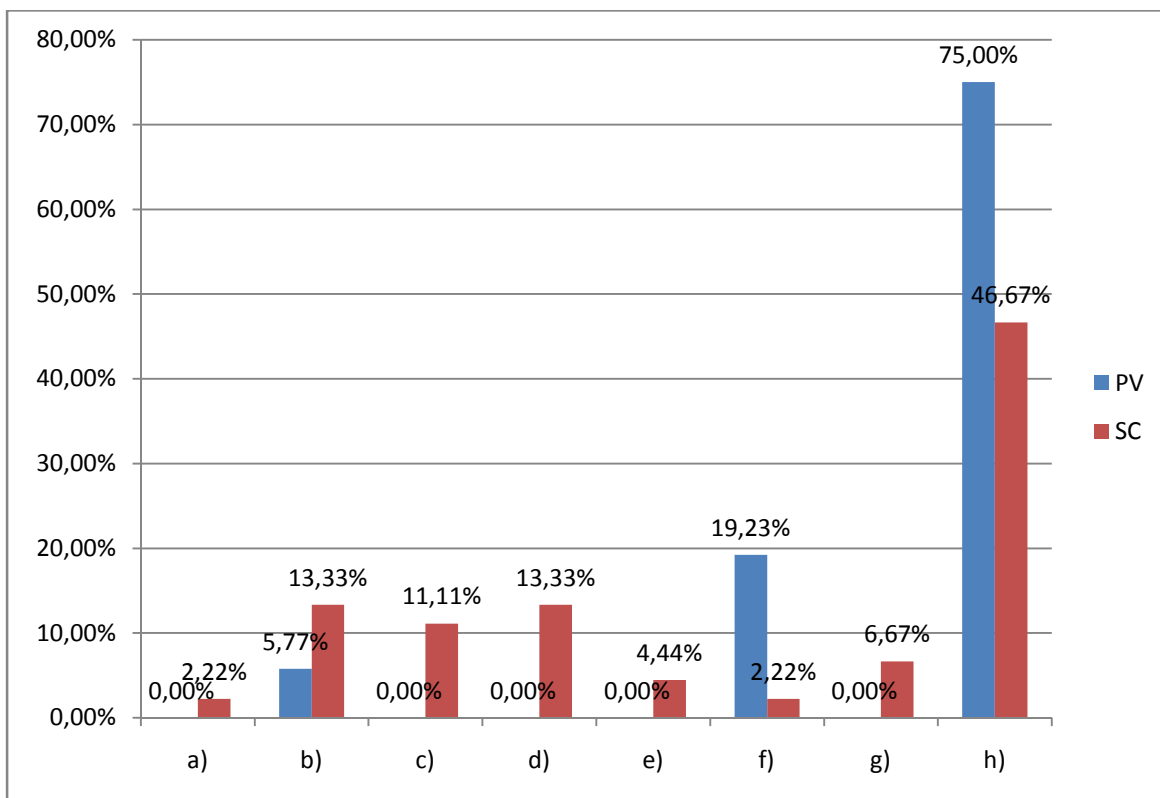
Uved'te pro Vás nejzásadnější.

TABULKA Č. 21 ČETNOST PŘEKÁŽEK V KOJENÍ NA STRANĚ MATKY V SOUVISLOSTI SE ZPŮSOBEM PORODU.

21.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Nedostatek informací o problematice kojení	0	0.00
b	Neznalost techniky	3	5.77
c	Bolest operační rány	0	0.00
d	Velká psychická zátěž	0	0.00
e	Nedostatek soukromí	0	0.00
f	Nedostatek spánku	10	19.23
g	Jiné	0	0.00
h	Ne	39	75.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Nedostatek informací o problematice kojení	1	2.22
b	Neznalost techniky	6	13.33
c	Bolest operační rány	5	11.11
d	Velká psychická zátěž	6	13.33
e	Nedostatek soukromí	2	4.44
f	Nedostatek spánku	1	2.22
g	Jiné	3	6.67
h	Ne	21	46.67
	Celkem	45	99.99

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 21 ČETNOST PŘEKÁŽEK V KOJENÍ NA STRANĚ MATKY V SOUVISLOSTI SE ZPŮSOBEM PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 21 potvrdila více překážek kojení u matek po porodu císařským řezem.

Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 2

- V otázce č. 4 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 5 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 6 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 10 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 11 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 14 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 15 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 20 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 21 se předpoklad potvrdil.

Celkově se výzkumný předpoklad č. 2 potvrdil.

Předpoklad č. 3

Předpokládám, že nejvyšší počet respondentů považuje množství podaných informací za dostačující.

Otázky vztahující se k výzkumnému předpokladu: č. 7, 12, 13, 16, 22

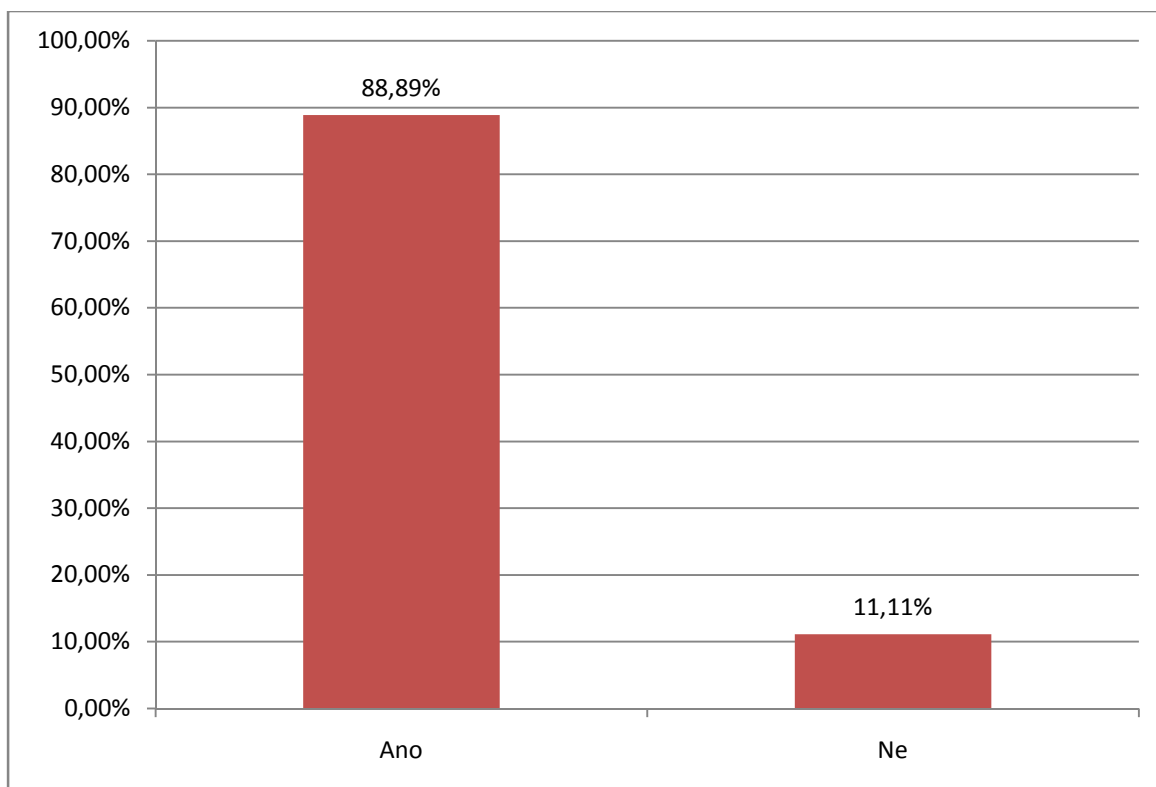
Otázka č. 7.: Pomohl Vám zdravotnický personál přiložit dítě k prsu?

TABULKA Č. 7 SOUVISLOST PODPORY ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM S ÚSPĚŠNÝM KOJENÍM.

7.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
a	Ano	40	88.89
b	Ne	5	11.11
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 7 SOUVISLOST PODPORY ZDRAVOTNICKÝM PERSONÁLEM S ÚSPĚŠNÝM KOJENÍM.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 potvrdila, že personál ve většině případů umožnil matkám na pooperační jednotce kontakt s dítětem a poskytl jim odbornou pomoc.

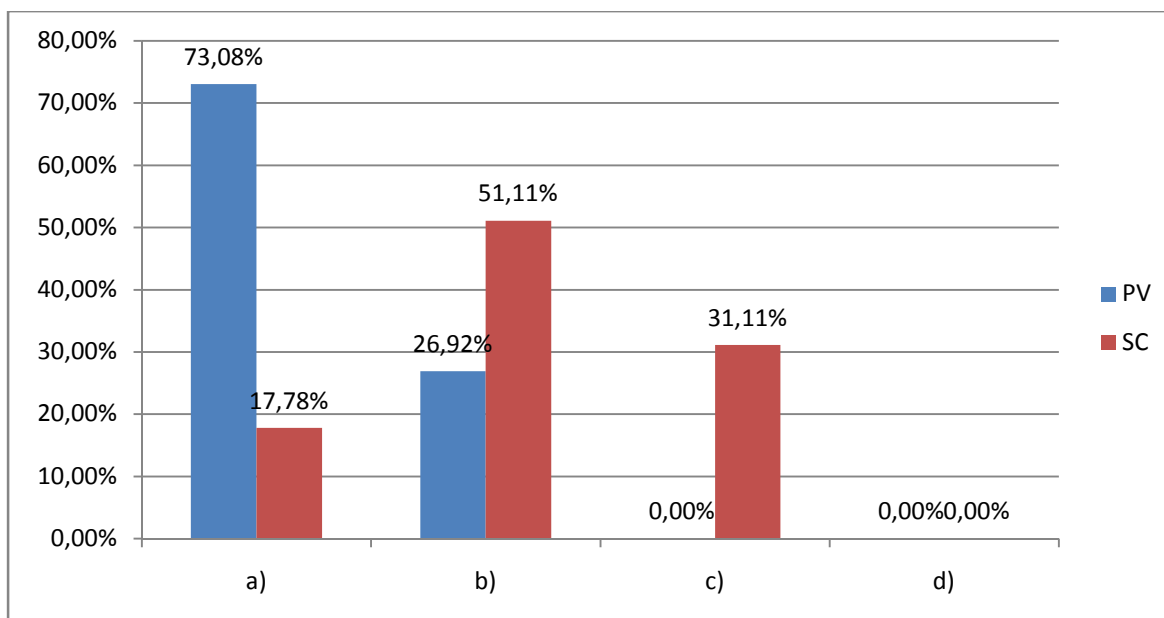
Otázka č. 12.: Za jak dlouho od porodu Vás navštívila novorozenecká sestra a proškolila Vás?

TABULKA Č. 12 ČASOVÁ OSA PROŠKOLENÍ V KOJENÍ V SOUVISLOSTI SE ZPŮSOBEM PORODU.

12.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přírozenou cestou)			
a	Do 6 hodin	38	73.08
b	Do 24 hodin	14	26.92
c	Déle	0	0.00
d	Nenavštívila Vás	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Do 6 hodin	8	17.78
b	Do 24 hodin	23	51.11
c	Déle	14	31.11
d	Nenavštívila Vás	0	0.00
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 12 ČASOVÁ OSA PROŠKOLENÍ V KOJENÍ V SOUVISLOSTI SE ZPŮSOBEM PORODU.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 12 potvrdila, že všechny matky jsou proškoleny v kojení během pobytu na novorozeneckém oddělení.

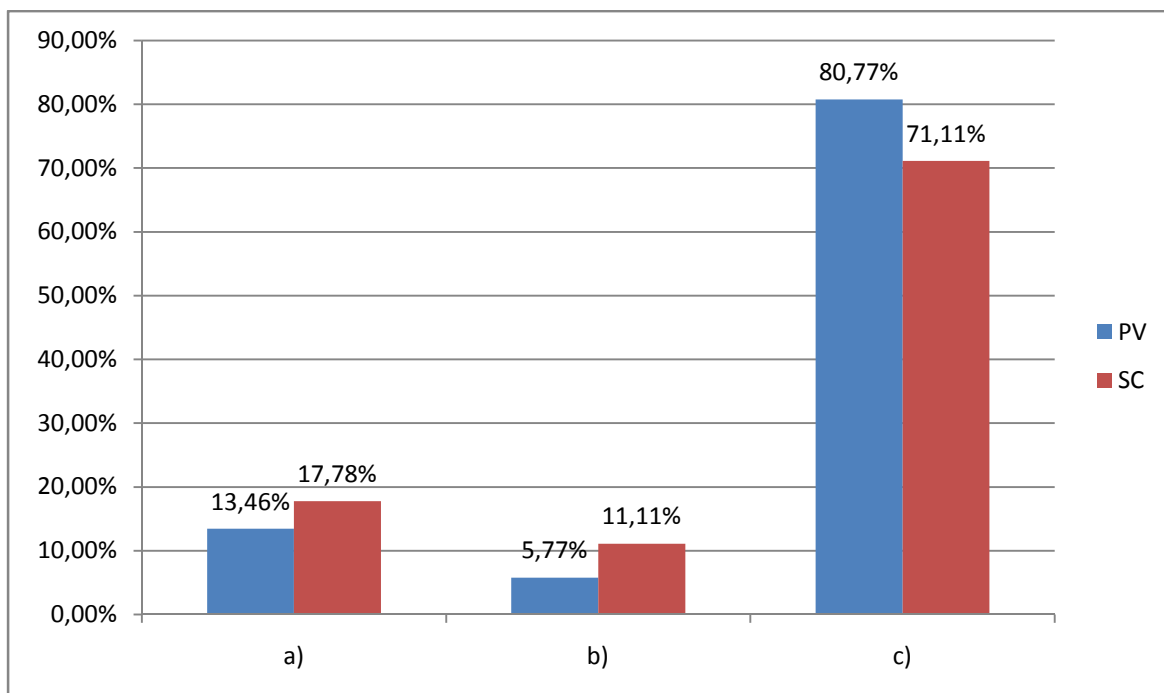
Otázka č. 13.: Jakou formou Vás novorozenecká sestra proškolila v kojení? Označte pro Vás nejefektivnější způsob.

TABULKA Č. 13 EFEKTIVITA METOD ŠKOLENÍ V KOJENÍ.

13.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přírozenou cestou)			
a	Slovně	7	13.46
b	Video, brožura	3	5.77
c	Praktická ukázka	42	80.77
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Slovně	8	17.78
b	Video, brožura	5	11.11
c	Praktická ukázka	32	71.11
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 13 EFEKTIVITA METOD ŠKOLENÍ V KOJENÍ.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 13 prokázala jako nejefektivnější způsob proškolení v kojení praktickou ukázkou.

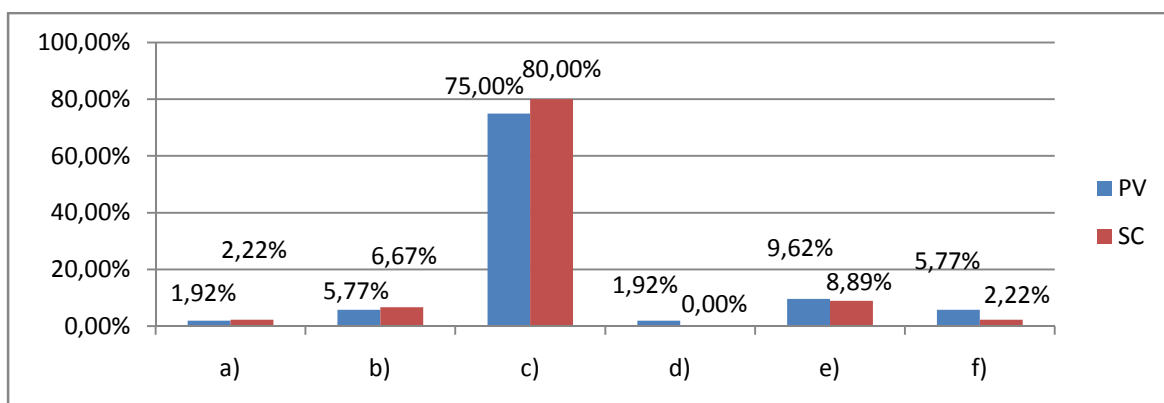
Otázka č. 16.: Která opatření pro podporu laktace používáte? Uved'te pro Vás nejefektivnější možnost.

TABULKA Č. 16 EFEKTIVITA PODPŮRNÝCH METOD LAKTACE.

16.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Laktační čaj	1	1.92
b	Stimulující masáž prsou	3	5.77
c	Pravidelné přikládání miminka k prsu	39	75.00
d	Homeopatické přípravky	1	1.92
e	Neustálý kontakt se svým miminkem	5	9.62
f	Jiné	3	5.77
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Laktační čaj	1	2.22
b	Stimulující masáž prsou	3	6.67
c	Pravidelné přikládání miminka k prsu	36	80.00
d	Homeopatické přípravky	0	0.00
e	Neustálý kontakt se svým miminkem	4	8.89
f	Jiné	1	2.22
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 16 EFEKTIVITA PODPŮRNÝCH METOD LAKTACE.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 16 potvrdila, že matky znají možnosti podpory laktace a za nejefektivnější považují pravidelné přikládání dítěte k prsu. Takzvaně „na požádání“.

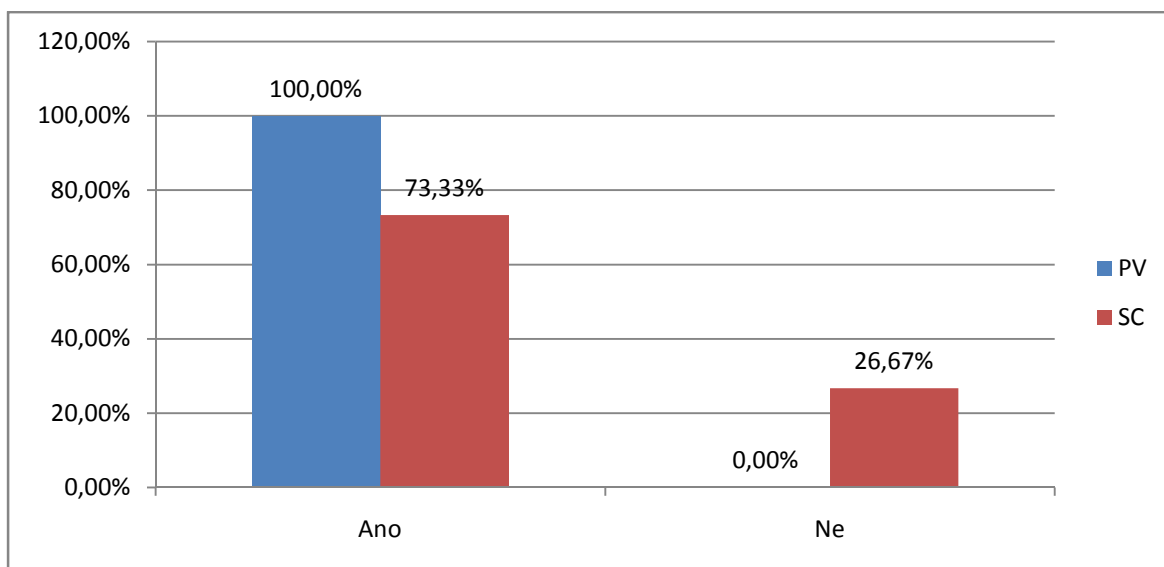
Otázka č. 22.: Byly pro Vás informace poskytované zdravotnickým personálem dostačující a srozumitelné?

TABULKA Č. 22 MÍRA INFORMOVANOSTI A SROZUMITELNOST POSKYTNUTÝCH INFORMACÍ.

22.		Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vaginálně (přirozenou cestou)			
a	Ano	52	100.00
b	Ne	0	0.00
	Celkem	52	100.00
Císařským řezem			
a	Ano	33	73.33
b	Ne	12	26.67
	Celkem	45	100.00

Zdroj: vlastní

GRAF Č. 22 MÍRA INFORMOVANOSTI A SROZUMITELNOST POSKYTNUTÝCH INFORMACÍ.



Zdroj: vlastní

Otázka č. 22 potvrdila, že většina matek považuje poskytované informace za dostačující.

Vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3

- V otázce č. 7 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 12 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 13 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 16 se předpoklad potvrdil.
- V otázce č. 22 se předpoklad potvrdil.

Celkově, se výzkumný předpoklad č. 3 potvrdil.

7 DISKUZE

Porod, dalo by se říci, že jde o naprosto přirozenou součást života většiny žen v produktivním věku, bohužel mnohdy je narušen, ať už se jedná o zdravotní komplikace ze strany matky či dítěte, nepochopení personálem nebo pokud si situace žádá lékařský zásah a operativní řešení komplikovaného porodu. Přibývá také porodů císařským řezem, takzvaně na vyžádání, oficiálně ovšem takový porod etika nepovoluje.

Matky po porodu jsou zvláštní skupinou hospitalizovaných klientů, nejedná se přímo o pacienty, nepřichází pro nemoc. Mohou však být ohroženy komplikacemi, které nastanou během porodu, nebo dokonce nešetrným jednáním ze strany ošetřujícího personálu. Všechny negativní prožitky spojené s porodem si matka nese do vztahu se svým novorozěným děťátkem, ovlivňuje psychosociální vývoj děťátka a schopnost matky se o dítě starat. Klinická psycholožka Michaela Mrowetz se ve své knize o bondingu zabývá různými aspekty narušeného bondingu, takzvaného sepětí matky a dítěte bezprostředně po porodu a v období po něm, a jeho dopadu na matku a dítě. Uvádí separaci matky a dítěte, která mimo jiné negativně působí na spuštění laktace u matky a schopnost matky své dítě kojit. Pokud mohu srovnat výsledky otázek týkajících se výzkumného předpokladu, zda mají matky po porodu císařským řezem opožděný nástup laktace v důsledku separace, tento předpoklad se mi potvrdil. Poprvé přiložily své miminko k prsu až po 6 hodinách po porodu (88,89%) některé dokonce déle (11,11%). Na otázku anestezie během operačního výkonu většina respondentů uvádí svodnou anestezii (82,22%), a v okamžiku vyjmutí dítěte z dělohy byli při vědomí. Přesto ani jedna z těchto matek nepřiložila své miminko k prsu ihned po porodu na operačním sále. Bylo by tedy vhodné zamyslet se nad tím jak těmto maminkám vyjít vstříc, umožnit jim kontakt skin to skin, oční kontakt, vzájemně se „očuchat“, a v neposlední řadě první samopřisátí miminka. Pokud tyto okamžiky z nějakého důvodu chybí, zanechají po sobě nezvratné stopy. V kompetenci porodní asistentky, která si od operátora přebírá novorozence, je mimo jiné vyhodnocení Apgar skóre. Pokud by tedy vyhodnotila fyziologického novorozence a ani matku by bezprostředně nic neohrožovalo na životě, proč nepřiložit novorozence na prsa matky, kde není sterilní operační pole, dopřát jim oční kontakt, nechat miminko „dolézt“ k prsu. Podle mě je to rozhodně téma k zamyšlení. Po operačním výkonu musí být matka hospitalizována na pooperační jednotce, podle mého výzkumu je většina matek na tomto oddělení dvanáct až dvacet čtyři hodin po porodu (62,22%). Většině matek (91,11%), jak

vyplývá z mého šetření, přivezli miminko na pooperační pokoj, pomohli přiložit a dopřáli matce a dítěti tolik potřebný kontakt, samozřejmě pouze po omezenou dobu. Pokud matce a dítěti umožníme kontakt na operačním sále, což doporučuje ve svých publikacích například Michaela Mrowetz, podpoříme jejich vztah, vybavení sacího a hledacího reflexu novorozence, dopřejeme dítěti čas na adaptaci na těle matky, skin to skin zajistí tepelný komfort, stabilizaci životních funkcí. Na operačním sále je k dispozici profesionální tým, který je schopen kdykoliv odborně pomoci, porodní asistentka kompetentní k péči o novorozence, jeho přiložení k prsu matky. Matka pak lépe zvládne stres z hospitalizace na pooperační jednotce bez dítěte, během kontaktu se vyplaví tolik potřebné hormony pro spuštění laktace a také takzvané hormony štěstí pro pohodu matky. Pokud shrnu všechny zmíněné výhody prvního přiložení na operačním sále, je nutné pracovat na tom, aby se stalo samozřejmostí.

Kojení, další naprosto přirozená a prostá záležitost. Proč je tedy pro spoustu matek tak složitá a není naprostou samozřejmostí. Gaskinová poukazuje na přirozenost kojení ve zvířecí říši savců. Bohužel savec člověk během svého vývoje pozbyl pudů a instinkty a nahradil je technickými vymoženostmi. Kojení se stává vědeckou záležitostí vyžadující zásah odborných poradců, kteří se snaží o znovuoživení ztracených pudů ženy. Dagmar Schneidrová ve své knize uvádí statistiky, kde asi 30% dětí, při propuštění do domácí péče nejsou plně kojeny, v mé studii se toto tvrzení potvrdilo. Díky tomu že jsem vyčlenila dvě výzkumné skupiny, zjistila jsem, že tuto skupinu tvoří z větší části děti matek po porodu císařským řezem (35,56%). A to i přes fakt že jsou hospitalizováni déle. Kojené děti jsou méně nemocné, a kojící matky jsou též v menší míře ohroženy například nádorovým onemocněním. Zdravější matky a děti znamenají nižší náklady na zdravotní péči. Kojení je tedy ekonomicky výhodné pro stát. Dagmar Schneidrová i Ina May Gaskinová ve svých publikacích uvádějí porod císařským řezem jako jeden z negativních vlivů na laktaci matek a následné kojení. V mé studii se mi také potvrdil pozdní nástup laktace u matek po císařském řezu oproti matkám po vaginálním (přirozeném) porodu. Dalším pro mě překvapujícím zjištěním byla skutečnost, že nemalá část matek se o problematiku kojení před porodem vůbec nezajímalo, přes to že více než polovina dotazovaných matek rodilo poprvé. Zde by asi stálo za zmínku, jak je důležitá mezioborová spolupráce, pokud matce doporučí odborník například tvarování bradavek u takzvaně plochých či vpáčených bradavek, již během těhotenství, ušetří si po porodu matka spoustu psychické i fyzické bolesti. Moje osobní zkušenost, kdy dětská lékařka mého ještě nenarozeného syna, vyžadovala osobní setkání, rozhovor, sama provedla kontrolu prsů, nabídla informace

prostor pro otázky, „manuál“ k péči o novorozence, na mě to mělo nesmírně uklidňující účinek. Bohužel to není běžná praxe. Zrovna tak, pokud bude matka obeznámena s možnými komplikacemi, snáze je vyřeší, eliminuje se stres, klidná a vyrovnaná matka je připravena se plně starat o své miminko. Z výzkumného šetření jsem dále zjistila, že pokud se matka o problematiku kojení zajímala již v těhotenství, jen 19,59% využilo předporodní kurzy. Domnívám se, že běžně dostupné kurzy nenabízejí to, co matky vyhledávají, většinou se jedná o cvičení pro těhotné a v rámci toho jim jsou sdělovány informace týkající se porodu. Informace jsou sdělovány ve velké skupině, není zachována intimita, matka se neotevře, nemá důvěru. Každý člověk během svého života prožije i mnoho negativního, takzvaná traumata si nese celý život, a v zátěžových situacích, jakou porod pro ženu jistě je, mohou ovlivnit její chování. Proto je tak důležité se na porod dobře připravit. Ina May Gaskinová považuje předporodní přípravu za samozřejmost, zmiňuje osoby pomáhající ženám s předporodní přípravou, doprovázejí matky k porodu a věnují se jim a jejich děťátku i v období šestinedělí. Jedná se o osoby se zdravotnickým vzděláním i bez něj, patří sem porodní asistentky, laktační poradkyně nebo duly. Dula je pro laickou veřejnost spíše novinkou, ale sama jsem zaznamenala články, které odhalují, význam dula i v neoborných časopisech. V době kdy je mnoho svobodných maminek, matky a dcery již k sobě nemají tak blízko jsou tyto vzdělané ženy potřebné. Dobře připravená matka s odbornou i psychickou podporou lépe zvládne porod a snižuje se tak riziko komplikací. Zjistila jsem, že matky po císařském řezu uvádí více překážek v kojení (53,33%), například zmiňují velkou psychickou zátěž (13,33%), neznalost techniky (13,33%), častěji také uvádí nedostatek informací (26,67%) či protichůdnost sdělených informací. Domnívám se, že na tom má svůj podíl právě zmiňovaná psychická zátěž. Za důkaz větší emocionální zátěže matky po porodu císařským řezem také považuji fakt, že v celkovém počtu vrácených dotazníků převažovaly dotazníky odevzdané matkami po vaginálním (přirozeném) porodu. V celkovém počtu dotázaných matek, ovšem většina uvádí množství podaných informací za dostatečné. Z průzkumu tedy také vyplývá, že matky po komplikovaném porodu vyžadují citlivější přístup. Je nutné přizpůsobit péči individuálním potřebám jednotlivé matky. Většina matek uvádí jako nejefektivnější formu proškolení v kojení praktickou ukázkou, zároveň také zmínily, že by uvítaly opakovaný praktický nácvik s odbornou dopomocí. Což je podle mého názoru spíše problém času, než neochota personálu.

8 ZÁVĚR

Pokusila jsem se zmapovat, zda a v jakých oblastech nejvíce ovlivňuje laktaci a kojení porod císařským řezem a zda mají matky o problematice kojení dostatek informací.

Teoretická část zmapovala historii porodu, vysvětlila principy bondingu a jeho pozitivní účinky, fyziologii laktace a kojení, techniky užívané při kojení, odborné poradce v oblasti kojení, organizace, které se o problematiku zajímají, popsala též jak je možné se tímto poradcem stát a získat potřebné znalosti a dovednosti, popsala komplikace a kontraindikace kojení. Dále jsem popsala vliv anestezie na matku a dítě během operativního porodu, zvláštnosti v péči o matku po porodu císařským řezem, specifika šestinedělí po porodu císařským řezem

Praktická část práce se zabývá provedeným výzkumným šetřením, prezentací údajů a srovnání výsledků s názory autorů, které jsem citovala. Své šetření pomocí dotazníků jsem prováděla po získání potřebného povolení, které příkládám v příloze, na Neonatologickém oddělení Fakultní nemocnice Plzeň

Z výsledků šetření vyplývá, že matky po porodu císařským řezem mají opožděnější nástup laktace ve srovnání s matkami po vaginálním (přirozeném) porodu, příčinou se zdá být separace matky a dítěte, chybí první kontakt skin to skin na operačním sále, chybí přiložení k prsu ihned po narození dítěte, dochází k narušení bondingu, velká psychická zátěž, kterou porod císařským řezem představuje, způsobí stres. Přičteme-li bolest operační rány, neznalost techniky, únavu a nedostatek soukromí je jasné, že se jedná o náročnou životní situaci, která vyžaduje podporu rodiny i odborníků, kteří o matku a dítě pečují.

Doporučení pro praxi.

Vytvořit standard pro péči o matku a novorozence bezprostředně po porodu císařským řezem na operačním sále. Pokud porodní asistentka vyhodnotí apgar skóre 10, 10, 10, pokud je matka ve svodné anestezii, při vědomí, a fyziologické funkce obou jsou stabilní, přiloží porodní asistentka novorozence na hrudník matky, pod svým odborným dohledem dopřeje oběma čas pro první kontakt a první přisátí k prsu ihned po porodu. Standard pro péči o matku a dítě na pooperačním oddělení. Novorozenecká sestra zajistí kontakt matky s dítětem a první přisátí k prsu ideálně do čtyř hodin po porodu, nejpozději však do šesti hodin po porodu, tam kde nebylo možné přiložit ihned na operačním sále. Součástí bude praktická ukázka a proškolení v kojení. Standard pro proškolení matek v kojení na

oddělení šestinedělí. Novorozenecká sestra opakovaně proškoluje matky včetně praktického nácviku kojení.

LITERATURA A PRAMENY

- ADAMUS, Milan a kolektiv. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd., Olomouc, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
- ČEPICKÝ, Pavel. *Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 14 s. ISBN 80-7071-244-9.
- ČEPICKÝ, Pavel. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.
- BIRČÁK, Ján, *Dojčenie*. Materiál WHO, překlad z anglického originálu. 1. vyd., Martin: Osveta, 1984. 37s.
- FURUHJELMOVÁ, Mirjam a kolektiv. *Čakáme dieťaťko : rozprávanie o živote pred narodením: praktické rady pre nádejných rodičov*. 2. vyd., Martin: Osveta, 1987. 159s.
- GASKIN, Ina May. *Průvodce kojením*. 1. vyd. Praha: Argo, 2011. 324 s. ISBN 978-80-257-0483-7.
- GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9.
- GREGORA, Martin. Paulová, Magdalena. *Výživa kojenců: mamiččina kuchařka*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 147 s. ISBN 80-247-1291-1.
- HENCI, Goer. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd., Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
- HOFHANZLOVÁ, Judita. *Miminko: Kojení, ošetřování, výživa, výchova*. 1. vyd. Jihlava: Calendula, 2007. 117 s. ISBN 978-80-903971-0-1.
- KLEN, Rudolf. *Lidské mléko, jeho složení a konzervace*. 1. vyd., Praha: Avicenum, 1987. 91 s.
- KUDLOVÁ, Eva. Mydlilová, Anna. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0.
- MROVETZ, Michaela. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* 1. Vyd., Praha: DharmaGaia, 2011. 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
- PAULOVÁ, Magdalena. *Kojení*. Praha: Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-194-5.
- LEBOYERr, Frederick. *Pôrod bez násilia*. Martin: Osveta, 1991. 149 s. ISBN 80-217-0276-1.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2006. 117 s. ISBN 978-802-4713-083.

SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v České republice*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 131 s. ISBN 80-246-0920-7.

WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-071-2.

ČLÁNKY A STATI:

ČERNÁ, Marcela. *Patologie kojení*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, roč. 18, č. 2, s. 197–201. ISSN 1211-1058.

Dopad porodního traumatu na schopnost žen kojít, Dvojí odezva. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 10, s. 27–32, ISSN 1801-464X.

JIRÁSKOVÁ, Vlasta. *Kojení po císařském řezu*. *Děti a my*. 2011, roč. 41, č. 11. ISSN 0323-1879.

MAKOVSKÁ MENOŠKOVÁ, Silvie. *Správný „kojící“ start je velmi důležitý*. *Miminko*. 2010, roč. 8, č. 9, s. 48-51. ISSN 1214-4576.

MYDLILOVÁ, Anna, ŠÍPEK, Antonín a WIESNEROVÁ, J. *Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004 v ČR*. *Československá pediatrie*. 2008, roč. 63, č. 4, s. 182-191. ISSN 0069-2328.

PAULOVÁ, Magdalena. *Jak a kde začíná přirozená výživa?* *Lékařské listy*. 2006, roč. 55, č. 10, s. 20–22.

ROZTOČIL, Aleš. *Šestinedělí a laktace po císařském řezu*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, roč. 18, č. 2, s. 202-205. ISSN 1211-1058.

WEBOVÉ ZDROJE:

www.Kojim.cz [online].[cit.2015-01-23]. Dostupné z <http://kojim.webnode.cz/>

Laktační liga [online].[cit.2015-01-9]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/liga.php>

MAMILA, o. z., [online].[cit.2015-01-23]. Dostupné z <http://www.mamila.sk/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Deset kroků k podpoře raného kontaktu – bondingu

1. Položení nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu. Při porodu sekci se pokládá nahý novorozenec na hrudník matky pod prsa. Osušení novorozence na těle matky, zabalení novorozence a matky jako jedné jednotky do teplých osušek a příkrývek. Odložené přerušování pupečnicku po jeho dotepání kvůli zajištění dostatečné placentární transfuze.
2. Všechna vyšetření a základní ošetření novorozence provádět na těle matky. Hodnocení Apgar skóre. Podvázání a přerušování pupečnicku. Ev. označení novorozence identifikačním náramkem.
3. Umožnění a podpora vizuálního kontaktu – pohled z očí do očí matky a novorozenec musí být v inkubátoru, pak ideálně zajistíme pobyt v jedné místnosti, vizuální kontakt mohou částečně nahradit fotografie, videozáznam a nejlépe přímý přenos web kamerou.
4. Samopřisátí – tzv. breast crawl. Novorozenci a matce necháváme dostatečný čas na seznámení v kontaktu kůže na kůži. 30–60 minut trvá, než je dítě připravené k prvnímu samopřisátí. Po medikovaných porodech i císařském řezu může být tato doba i mnohem delší, v řádu hodin. Novorozence necháváme se k prsu doplazít a samotného najít bradavku všemi smysly – zrakem, hmatem, sluchem, čichem, chutí. Novorozenci neotíráme ručky od plodové vody (plodová voda voní jako bradavka). Znamky připravenosti sát - dítě si strká pěstičky do úst, sliní, otvírá ústa, rukou ohmatává dvorec a bradavku, čímž připravuje bradavku ke kojení, má široce otevřené oči. Ideální je „bezdotyková“ forma pomoci, můžeme matce umožnit pohodlnější polohu, ukázat jí, jak podepřít prs a slovně poradit.
5. Matka a novorozenec jsou v kontaktu „skin to skin“ – kůže na kůži. Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2 hodiny po porodu, ideálně však 12 hodin či stále, matka s novorozencem se přesouvá z porodního sálu na oddělení šestinedělí společně v kontaktu kůže na kůži. Při porodu císařským řezem může matku zastoupit na nezbytně dlouhou dobu otec (při dokončování operace a přemísťování matky na lůžko), bakterie otce jsou pro dítě přirozené a přínosné, na rozdíl od bakterií ošetřujícího personálu.

6. Zajištění příjemného, klidného, vlídného a intimního prostředí ze strany zdravotnického personálu a zajištění pohodlí pro matku. Samostatné porodní pokoje, kde může být celá nová rodina pohromadě. K rodině vchází co nejméně personálu a nevyrušují je v seznamování.
7. Eliminace techniky – fotoaparátů, videokamer, mobilních telefonů. Tento jedinečný okamžik žádné fotografie ani videozáznam nenahradí
8. Veškerá vyšetření novorozence, odběry biologického materiálu, vizity apod. provádět za přítomnosti matky. Vyšetření a odběry je vhodné provádět v náruči matky, při kojení a v kontaktu kůže na kůži (eliminace vyplavování kortizolu).
9. Transport do jiného zařízení. Při nutnosti transportu novorozence je nutné podpořit matku a transportovat matku i novorozence dohromady dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu.
10. Při porodu mrtvého dítěte či úmrtí dítěte po porodu podpořit matku v kontaktu s jejím novorozencem. Matce a rodině musí být umožněno rozloučení se s dítětem – podpoření a zajištění místa (zákon) – podpoření kontaktu kůže na kůži, zajištění památky na dítě (podpořit rodiče v otištění ruky či nohy), podpořit rodiče v prohlédnutí si dítěte, vyfotit rodinu s dítětem. Matka a rodina mají k truchlení neomezený čas (etika), informovat o možnosti křtu po smrti a podpořit v organizaci pietního rozloučení s děťátkem. (Mgr. Michaela Mrowetz, www.pediatricpropraxi.cz)

Příloha 2 - 10 kroků k úspěšnému kojení dle WHO 1991

V roce 1989 vzniklo společné prohlášení Světové zdravotnické organizace a UNICEF Ochrana, prosazování a podpora kojení. Praktická doporučení byla shrnuta do deseti kroků k úspěšnému kojení. Každé zdravotnické zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo dodržovat tyto zásady (Mydlínová, národní laktační centrum, Přirozená výživa novorozence – hlavní zásady).

1. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je praktikována všemi členy zdravotnického týmu
2. Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a způsobech kojení
4. Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i v případě, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. Nepodávat novorozencům jinou výživu kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. Umožnit matkám a dětem zůstat spolu 24 hodin denně
8. Podporovat kojení podle potřeby dítěte, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu
9. Nedávat kojeným novorozencům dudlíky a šidítka
10. Povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice.

Příloha 3 - DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Pavlína Kubásková a studuji bakalářský obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé závěrečné práce.

Dotazník obsahuje 23 otázek a cílem mé práce je zmapovat problematiku kojení u žen po porodu císařským řezem, ve srovnání se ženami po vaginálním (přirozeném) porodu. Prosím Vás o pomoc prostřednictvím vyplnění tohoto dotazníku.

Moc Vám děkuji a velmi si cením Vašeho času a energie, kterou budete mému dotazníku věnovat. Dotazník je anonymní a je určen pouze pro účely mé bakalářské práce.

1. Rodila jste:

- a) Vaginálně (přirozenou cestou)
- b) Císařským řezem

2. Po kolikáté jste rodila? Prosím napište číslo:.....

Poznámka: pokud jste rodila vaginálně (přirozenou cestou) pokračujte u otázky č. 10.

3. Pokud jste již rodila, byl předchozí porod také veden císařským řezem?

- a) Ano 1x
- b) Ano vícekrát
- c) Prosím uveďte číslo:.....
- d) Ne

4. Jaká anestezie byla použita během Vašeho porodu císařským řezem?

- a) Svodná (na začátku jste byla při vědomí, viděla jste své miminko)
- b) Svodná (byla jste při vědomí, přesto jste miminko neviděla, důvodem byly zdravotní komplikace Vaše či miminka)
- c) Celková (po celou dobu operace jste nebyla při vědomí)

5. Jak dlouho po porodu jste byla na pooperačním oddělení?

- a) Do 12 hodin
- b) Do 24 hodin
- c) Déle

6. Přivezli Vám miminko na pooperační jednotku přiložit k prsu?

- a) Ano
- b) Ne

7. Pomohl Vám zdravotnický personál přiložit dítě k prsu?

- a) Ano
- b) Ne

8. Podařilo se Vám na pooperační jednotce přiložit miminko k prsu tak, že alespoň na chvíli sálo?

- a) Ano
- b) Ne

9. Byl Váš porod císařským řezem plánovaný

- a) Ano
- b) Ne, ale přála jsem si ho
- c) Ne, ale cítila jsem, že je to bezpečné řešení pro mne i pro dítě
- d) Ne, plánovala jsem přirozený porod

10. Kdy jste poprvé přiložila miminko k prsu?

- a) Ihned po porodu
- b) Do 1 hodiny po porodu
- c) Do 6 hodin porodu
- d) Déle

11. Kdy se Vaše miminko poprvé přisálo a alespoň chvíli sálo z prsu?

- a) Ihned po porodu
- b) Do 1 hodiny po porodu
- c) Do 6 hodin porodu
- d) Déle

12. Za jak dlouho od porodu Vás navštívila novorozenecká sestra a proškolila Vás?

- a) Do 6 hodin
- b) Do 24 hodin
- c) Déle
- d) Nenavštívila Vás

13. Jakou formou Vás novorozenecká sestra proškolila v kojení? Označte pro Vás nejefektivnější možnost.

- a) Slovně
- b) Video, brožura
- c) Praktická ukázka

14. Jak dlouho po porodu jste dostala miminko na pokoj „rooming-in“?

- a) Po 2 hodinách od porodu
- b) Po 6 hodinách od porodu
- c) Po 12 hodinách po porodu
- d) Po 24 hodinách po porodu
- e) Déle

15. Zajímala jste se o problematiku kojení již v těhotenství?

a) Ano

b) Ne

Pokud ANO, prosím označte pro Vás nejefektivnější zdroj informací:

odborná literatura

předporodní kurzy

webové zdroje

jiné (uveďte):.....

16. Která opatření pro podporu laktace používáte? Zaškrtněte pro Vás nejefektivnější možnost.

a) Laktační čaj

b) Stimulující masáž prsou

c) Pravidelné přikládání miminka k prsu

d) Homeopatické přípravky

e) Neustálý kontakt se svým miminkem

f) Jiné (uveďte):.....

17. Kdy jste pozorovala odchod mleziva (počáteční mléko, světlé až průhledné, lehce zbarvené do žluta)?

a) Již před porodem

b) Do 6 hodin po porodu

c) Do 24 hodin po porodu

d) Déle

18. Kdy jste pozorovala, že se průhledné mlezivo změnilo na mléko?

Uveďte den po porodu

- a) den porodu 0
- b) den po porodu
- c) den po porodu
- d) Později
- e) Nepozorovala jsem změnu

19. Kdy jste pozorovala nalití prsů, jejich zvětšení, pnutí, vyšší teplotu prsů, mírnou bolest, mírné tvrdnutí?

Uveďte den po porodu

- a) den porodu 0
- b) 1. den po porodu
- c) 2. den po porodu
- d) Později
- e) Nepozorovala jsem výše uvedené

20. Má Vaše miminko například novorozeneckou žloutenku, či jiný zdravotní problém, který by mohl mít vliv na jeho ochotu sát?

- a) Ano, prosím uveďte:
- b) Ne

21. Pociťujete nějakou překážku, která Vám brání v kojení Vašeho dítěte? Uveďte pro vás nejpodstatnější možnost.

- a) Nedostatek informací o problematice kojení
- b) Neznalost techniky
- c) Bolest operační rány
- d) Velká psychická zátěž
- e) Nedostatek soukromí

f) Nedostatek spánku

g) Jiné (uved'te):.....

h) Ne

22. Byly pro Vás informace poskytované zdravotnickým personálem dostačující a srozumitelné

a) Ano

b) Ne

23. Při propuštění do domácí péče Vaše miminko:

a) Plně kojíte

b) Kojíte + umělá výživa

c) Vaše miminko dostává pouze umělou výživu

Příloha 4 – Povolení sběru informací



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Pavλίna Kubásková

Studentka oboru Všeobecná sestra

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni - Fakulta zdravotnických studií

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti a v souladu se stanoviskem vrchní sestry *Neonatologického oddělení FN Plzeň*, Bc. Dany Špidlenové, Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše dotazníkové šetření mezi pacientkami *Neonatologického oddělení (NEON) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Vliv operativního porodu na kojení*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb.**, o zdravotních službách, v platném znění.
- Údaje o svém zdravotním stavu, které Vám pacientky sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- **Pacientky Neonatologického oddělení můžete oslovovat pouze v doprovodu Bc. Dany Špidlenové, vrchní sestry NEON nebo jí určené osoby, nesmíte se tedy pohybovat mezi pacientkami samostatně.**
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientek či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacientka pociťovala jako újmu či s dotazováním nevyslovila souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentek i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených pacientek / zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

23. 1. 2015