

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Tereza Kozlová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÉČE O NOVOROZENCE V HISTORII A DNES

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza KOZLOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0013P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Péče o novorozence v historii a dnes**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ. Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5719-3.
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3940-3.
- DORT, Jiří. Ošetrovatelské postupy v neonatologii. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011. ISBN 978-807-0439-449.
- LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- CAPPLEMAN, Julia. Community neonatal nursing work. Journal of Advanced Nursing [online]. 2004, 48(2), 167-174 [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03184.x. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2004.03184.x>.

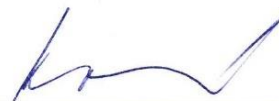
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

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

V Plzni dne 27. 3. 2021



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kozlová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o novorozence v historii a dnes

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Počet stran – číslované: 42

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: novorozenec, péče o novorozence, bonding, kojení, socialismus, péče o novorozence v poválečném období, porodní asistentka do roku 1968, pediatrie, fyziologické funkce

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o novorozence v historii a dnes. Celá práce je teoretická a je psána historicko-srovnávací metodou. Jako první popisují potřebné pomůcky k ošetření novorozence, prvotní ošetření po porodu. Dále se zaměřují na péči o novorozence v prvních dnech života a na kojení. Každé téma je porovnáváno ve třech zvolených časových obdobích od válečné a poválečné péče až po současnost. V diskuzi a závěru jsem se zaměřila na srovnání jednotlivých oddílů práce. Zaměřila jsem se především na bonding, péči o pupeční pahýl a kojení a přístup k němu.

Abstract

Surname and name: Kozlová Tereza

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Newborn care in history and today

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Number of pages – numbered: 42

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 30

Keywords: newborn, newborn care, bonding, breastfeeding, socialism, newborn care in the post – war period, midwife until 1968, pediatrics, physiological functions

Summary:

This bachelor thesis deals with the care of newborns in history and today. The whole work is theoretical and is written by historical - comparative method. I am the first to describe the necessary aids for the treatment of the newborn, the initial treatment after birth. I also focus on the care of newborns in the first days of life and breastfeeding. Each topic is compared in three chosen time periods from war and post-war care to the present. In the discussion and conclusion, I focused on the comparison of individual sections of the work. I focused mainly on bonding, umbilical stump care and breastfeeding and access to it.

Předmluva

Podnětem pro tuto bakalářskou práci pro mě byl velký zájem o novorozence a neonatologii obecně. Současně se zajímám i o historii a považuji za příhodné tato témata spojit dohromady. Před začátkem jsme si společně s vedoucí práce stanovily hlavní cíl a odvodily od něj dílčí cíle. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo pomocí vyhledaných relevantních zdrojů a volně dostupných dat poskytnout přehled o vývoji péče o novorozence od válečného období až po současnost

Poděkování

Děkuji PhDr. Kristině Janouškové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, trpělivost a skvělou spolupráci. Dále bych chtěla poděkovat oslovené dětské sestře a dětské doktorce za nápomocné a užitečné poznatky, které obohatily tuto bakalářskou práci a obohatí i porodní asistentky a dětské sestry v praxi. Za velkou podporu chci poděkovat i rodině i kamarádům, kteří mi dodávali sílu.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD	14
1 METODIKA PRÁCE.....	15
2 VÁLEČNÉ OBDOBÍ.....	18
2.1 Pomůcky k 1. ošetření novorozence	18
2.2 Primární ošetření ve III. době porodní	19
2.3 První ošetření novorozence.....	19
2.4 Dětská poradna	21
2.5 Péče o novorozence v prvních dnech života	21
2.5.1 Dýchání	21
2.5.2 Péče o pupečník.....	22
2.5.3 Teplota	22
2.5.4 Tep	22
2.5.5 Délka a váha.....	23
2.5.6 Novorozenecká žloutenka.....	23
2.5.7 Polykání a sání	23
2.5.8 Vylučování.....	24
2.6 Kojení.....	24
2.6.1 Polohy ke kojení.....	25
2.6.2 Kojná.....	26
2.7 Povinná vyšetření novorozence	26
2.8 Očkování	27
3 SOCIALISTICKÉ A POREVOLUČNÍ OBDOBÍ.....	28
3.1 Pomůcky k 1. ošetření novorozence	28
3.2 Primární ošetření ve III. době porodní	28
3.3 První ošetření novorozence.....	29
3.4 Dětská poradna	30
3.5 Péče o novorozence v prvních dnech života	31
3.5.1 Dýchání	31
3.5.2 Péče o pupečník.....	31
3.5.3 Teplota	32
3.5.4 Tep	32
3.5.5 Délka a váha.....	32

3.5.6	Novorozenecká žloutenka.....	33
3.5.7	Polykání a sání	33
3.5.8	Vylučování	33
3.6	Kojení.....	34
3.6.1	Polohy ke kojení.....	35
3.7	Povinná vyšetření novorozence	35
3.8	Očkování	36
4	SOUČASNOST	37
4.1	Pomůcky k 1. ošetření novorozence	37
4.2	Primární ošetření ve III. době porodní	38
4.3	První ošetření novorozence.....	38
4.4	Dětská poradna	39
4.5	Péče o novorozence v prvních dnech života	40
4.5.1	Dýchání	40
4.5.2	Péče o pupečník.....	40
4.5.3	Teplota	41
4.5.4	Tep	41
4.5.5	Délka a váha.....	41
4.5.6	Novorozenecká žloutenka.....	42
4.5.7	Polykání a sání	43
4.5.8	Vylučování	43
4.6	Kojení.....	43
4.6.1	Polohy ke kojení.....	45
4.7	Povinná vyšetření novorozence	46
4.8	Očkování	46
	DISKUZE.....	48
	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56
	PŘÍLOHY	57
	SEZNAM LITERATURY	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Prisma.....	17
-------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Porovnání zjištěných dat – péče bezprostředně po porodu	49
Tabulka 2 Porovnání zjištěných dat – péče v prvních dnech	51

SEZNAM ZKRATEK

PKU: fenylketonurie

TBC: tuberkulóza

VDK: vrozená dysplazie kyčlí

ÚVOD

Od počátku života je nedílnou součástí role matky péče o dítě. Již v pradávných dobách poskytovaly matky svému dítěti péči, která se zajisté lišila od té dnešní. Postupem času docházelo k evolučnímu vývoji, a proto i trendy a dostupná péče o dítě, potažmo novorozence se začaly měnit. Analýza počítá s tím, že historické milníky a časové období mají velký vliv na poskytovanou péči. Dříve, když probíhaly porody především v domácím prostředí, přebírala okamžitou péči o novorozence sama matka nebo porodní bába, která byla u porodu přítomna. S přesunem do porodnic přecházela poporodní péče o novorozeně na vyškolený zdravotnický personál. V určitých obdobích se jinak mohlo přistupovat ke kojení, manipulaci s novorozencem, k péči o pokožku a jiné poskytované péči novorozenci. Danými podmínkami se péče o novorozence měnila a prošla rozhodně velkým zlepšením. Dnes jsme schopni pomocí kvalitního lékařského a zdravotnického vzdělání a moderních technologií zachránit i předčasně narozené děti. Dříve toto možné nebylo, proto je zajímavé vidět posun v péči o novorozence v čase, a odhalit tak tajemství dané doby a posuny v péči a přístupu ošetřujícího personálu.

V této bakalářské práci bychom chtěly hlouběji prozkoumat péči o novorozence v historii a porovnat se současnou situací a novými trendy.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo pomocí vyhledaných relevantních zdrojů a volně dostupných dat poskytnout přehled o vývoji péče o novorozence od válečného období až po současnost. Pro získání kvalitní historické literatury a odborných pramenů v daném tématu, jsme čerpaly z dostupných zdrojů v knihovnách, archivech. Také jsme informace dohledávaly na internetových zdrojích pomocí Google Scholar. Další informace jsme získaly polostrukturovaným rozhovorem s dětskou sestrou a dětskou lékařkou, pracující mnoho let v oboru, které nám byly schopny poskytnout přínosné informace v delším časovém horizontu.

1 METODIKA PRÁCE

Formulace problému

Péčí o novorozence se společnost zabývá po celá staletí. Tato péče nejprve patřila do rukou pouze matek a rodiny. S rozvojem medicíny a ošetrovatelství tuto pozici přebíraly porodní asistentky a dětské sestry. Momentálně hraje porodní asistentka či dětská sestra důležitou roli, ať už v poskytování péče novorozencům, ale hlavně v edukaci a podpoře rodičů. Hlavním cílem je poskytnout přehled o vývoji péče o novorozence od válečného období až po současnost. Se zaměřením na historii bych ráda poukázala na tehdejší přístup k ošetřování novorozence, několik způsobů péče, jež byla poskytována. Podrobně se zaměřit na pozitiva minulých let, které by mohly inspirovat zdravotníky, ale i laickou veřejnost.

Hlavní cíl:

Cílem práce bylo pomocí vyhledaných relevantních zdrojů a volně dostupných dat poskytnout přehled o vývoji péče o novorozence od válečného období až po současnost.

Dílčí cíle:

- Odhalit jaká péče byla poskytována porodní asistentkou či dětskou sestrou v jednotlivých časových obdobích.
- Zjistit, zda a jak probíhal bonding bezprostředně po porodu.
- Nastudovat si rozdílnosti a praktiky k prvnímu přiložení k prsu.
- Objasnit si praktiky koupání po porodu.
- Detailně prostudovat péči o novorozence bezprostředně po porodu a péči v domácím prostředí poskytovanou porodní asistentkou.
- Zaměřit se na podvaz pupečníku a následnou péči o něj.
- Nalézt informace o diagnostice a následné léčbě novorozenecké žloutenky.
- Zjistit jaké byly k dispozici a jaké jsou dnes povinná vyšetření pro novorozence.

- Nasbírat informace, které se vztahují k očkování novorozenců.

Metodika práce

K vypracování bakalářské práce jsme zvolily teoretickou formu výzkumu. Použily jsme metodu, pro niž je důležitý systematický postup, při kterém odhalujeme historické poznatky pomocí analogie. Při použití této metody je důležité si ujasnit a vyřešit několik okruhů problémů. Musíme si zde také určit cíle, které budeme pomocí komparace sledovat. (Zwettler, Vaculík a Čapka, 1996, s. 90-91).

Pro získání kvalitní historické literatury a odborných pramenů na dané téma jsme čerpaly z dostupných zdrojů v knihovnách, archivech. Také jsme informace dohledávaly na internetových zdrojích pomocí Google Scholar. Další informace jsme získaly polostrukturovaným rozhovorem s dětskou sestrou a porodní asistentkou pracujícími mnoho let v oboru, které nám byly schopny poskytnout přínosné informace v delším časovém horizontu.

Klíčová slova: novorozenec, péče o novorozence, bonding, kojení, socialismus, péče o novorozence v poválečném období, porodní asistentka do roku 1968, pediatrie, fyziologické funkce

Zařazovací kritéria

Pro tuto bakalářskou práci jsme hledaly zdroje, které se zaměřují především na péči o novorozence. Důležitou prioritou pro výzkum byla historická díla od roku 1930. Konkrétně pro nás byly podstatné zdroje od českých autorů, většinou neonatologů.

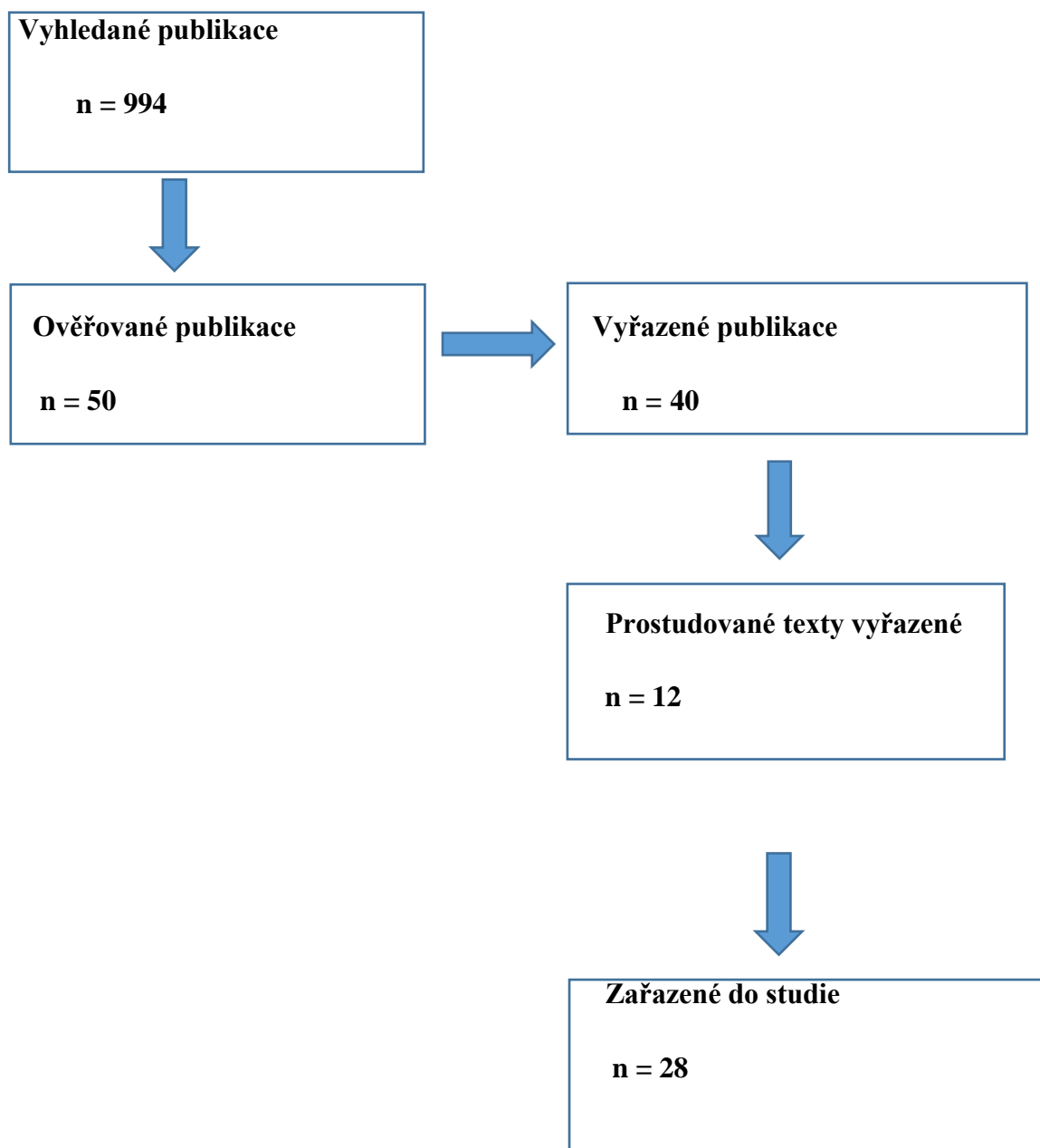
Proces sběru dat

Sběr informací a hledání dobových dokumentů započaly v září roku 2020. Informace byly získávány jednak hledáním a pročítáním dobové literatury, jednak z polostrukturovaného rozhovoru s dětskou sestrou a dětskou lékařkou, které nám daly plný souhlas se zveřejněním informací. Obě mají dlouholeté zkušenosti s péčí o novorozence, přičemž dětská sestra se věnovala své práci i v období socialismu. Také jsme informace

dohledávaly na internetových zdrojích pomocí Google Scholar. Pro naši práci byly tyto informace velice přínosné.

Dle klíčových slov bylo v databázi Google Scholar a v dostupných knihách nalezeno 994 studií. Po důkladnějším prostudování abstraktů bylo do naší analýzy zařazeno 50 souborů. Relevantních studií bylo 40, které byly následně podrobně prostudovány. Pro nesplnění daných kritérií bylo vyřazeno 12 souborů. Pro naši studii bylo ve výsledku použito 28 souborů.

Graf č. 1 - Prisma



Zdroj: vlastní

2 VÁLEČNÉ OBDOBÍ

Válečné období vztahujeme na léta od počátků nepokojů až po jejich důsledky, kdy byl svět obklopen obrovskou mlhou nevědomosti a strachem, kdy tu panovala 2. světová válka. Toto období též nemalou měrou zasáhlo porodnictví. V těchto dobách poskytovala péči především porodní asistentka, která byla schopna zasahovat i u rizikových porodů, jelikož neměla na vybranou. Porodnictví se většinou vykonávalo u rodičky doma, kam byla porodní asistentka zvolána. Nefungovala žádná pravidelná předporodní péče, tudíž nebyl ojedinělý porod mrtvého plodu, porod postiženého dítěte apod. Pod povinností porodní asistentky spadala péče jednak o ženu a dítě, jednak o celou domácnost ženy. V tomto období spatřuji nejen hrůzy, ale i naději a velkou schopnost porodní asistentky, která toho měla na svých bedrech tolik, kolik by v dnešní době málokdo zvládl.

2.1 Pomůcky k 1. ošetření novorozence

Porodní asistentka je přivolána k porodu v 95 % případů, kdy porod běží fyziologicky a není potřeba volat lékaře, tudíž se sama stará o rodící ženu a následně i o narozené dítě. K porodu musí porodní asistentka dorazit s potřebnými pomůckami, které budou potřeba jednak k péči o rodící ženu, ale i k 1. ošetření novorozence. V této době chodí porodní asistentka s plně vybavenou brašnou, jež obsahuje předměty dle úředních instrukcí. Brašna obsahuje tyto pomůcky: 2 široké bílé plátěné zástěry, čepeček na hlavu, 2 ručníky, 1 m nepropustné látky, klíšťky a pilníček na nehty, 2 kartáčky na ruce, 2 páry sterilních gumových rukavic, holicí strojek se 6 zásobními čepelemi, kovový irigátor zevně i uvnitř poniklovaný na 1 litr obsahu k zavěšení, k němu 2 hadice z bezvadné gumy, červenou hadici na oplachy rodidel, černou hadici na klystýr. (Černá hadice je uzavřena ve zvláštním pouzdře, aby nemohla přijít do styku s jinými předměty v brašně a znečistit je. Každá hadice musí mít svoji svorku.), skleněnou rourku poševní s jedním otvorem, 2 skleněné řitní rourky, jednu větší pro dospělé, druhou malou pro kojence, 1 balonkový dětský irigátor, 2 gumové řitní rourky, větší pro dospělé, malou pro kojence. 1 kovovou cévku, 1 gumovou cévku, nůžky na pupečník, musí být niklované nebo z nerezavějící oceli, 6 bílých tkaniček na pupečník (20 cm dlouhých) ve váčku z nepropustné látky, vysavač hlenu pro novorozence, (gumová část vysavače musí být před použitím vyzkoušena na pevnost), anatomickou pinzetu 20 cm dlouhou, maximální teploměr, lázeňský teploměr, krejčovský centimetr,

mincíř na vážení dětí, dřevěné porodnické sluchátko, skleněnou odměrku, zkumavku v dřevěném nebo plechovém pouzdru, zásobu desinfekčního prostředku, 250 g lihu v lahvičce, lahvičku s 25 g Hoffmanských kapek, několik ampulek s roztokem stříbrné soli, 4 balíčky sterilní vaty po 25 g, 10 m hydrofilové sterilní gázy, 2 kaliková 10 cm široká obinadla, úředně předepsaný deník, sazebník a instrukce, předepsanou učebnici.

Všechny tyto předměty musí být uloženy v porodnické brašně, ale i v plechové poniklované krabici, ve které musí být předměty uspořádány dle daných předpisů. Tato krabice také slouží k vyvaření potřeb, u nichž je to potřeba. Víko této krabice se v nouzi může použít jako umyvadlo. Tato krabice by měla být pokaždé v plné výbavě připravena v domácnosti porodní asistentky, aby ji bylo možno ihned použít. (Pachner–Bébr, 1932, s. 123–125)

2.2 Primární ošetření ve III. době porodní

Po porodu plodu pokládá porodní asistentka dítě mezi ženiny nohy. Uloží ho bříškem k rodidlům, aby byla pupeční šňůra volná a aby dítě nemohlo aspirovat plodovou vodu. V tomto čase se dítě poprvé nadechne a začíná křičet. Pokud křičet nezačne, podnikají se úvodní kroky. Těmi většinou jsou fouknutí dítěti do obličeje, lehké zacloumání s ním nebo lehké poplácání po zádech miminka. Dokud tepe pupečník, nechá porodní asistentka dítě ležet u nohou matky, mezitím mu potře oči gázou s borovou vodou a pobízí dítě ke křiku. Jakmile do tepe pupečník, podváže ho porodní asistentka sterilními tkaničkami. Jedna se zaváže přibližně 4 prsty od pupku a druhá se zaváže těsně k rodidlům. Mezi těmito tkaničkami asi ve vzdálenosti 3 cm od první tkaničky se nůžkami pupeční šňůra přestříhne. Nůžky se odloží do desinfekčního roztoku. Podvaz pupečníku u dítěte i matky musí být pevně uvázán, aby z pupečníku nemohlo dítě ani žena vykrvácet. Z podvázaného konce pupečníku se vytlačí přebytečná krev a pupečník i okolí pupku se osuší sterilní gázou. Osušené dítě se zabalí do čisté pleny a nahřátého flanelu. Prozatím, než se porodí plodové lůžko, se dítě odloží na bezpečné místo na bok, porodní asistentka na něj musí po celou dobu dobře vidět. Občas se na něj podívá, aby si byla jista, že dítě nekrvácí z pupečníku. Pokud by došlo u dítěte ke krvácení z pupečníku, musela by porodní asistentka znovu sterilní tkaničkou podvázat pupečník blíže k pupku. (Pachner–Bébr, 1932, s. 152–153)

2.3 První ošetření novorozence

V celém tomto procesu se nejprve věnuje čas ženě, po obstarání ženy – matky přichází na řadu péče o dítě. Prvním krokem bývá vykoupání dítěte. Tento proces se provádí

ve vaničce. Teplota vody by měla být vlažná, přibližně 27-28 °C, a je měřena teploměrem. Pokud porodní asistentka není vybavena teploměrem, teplotu vody ověří ponořením loktu do vody. (Vyšín, 1888, s. 118) Porodní asistentka si připraví teplou lázeň, přibližně 38 °C, kterou je potřeba změřit teploměrem. Koupel trvá nejdéle 5–10 minut. Na dno vaničky se položí čistá látková plena, aby se o dno novorozenec neodřel. (Pachner–Bébr, 1932, s. 160–161) Dítě se otírá vatovým tampónkem nebo malou rouškou. Pokud je dítě hojně pokryto mázkem, je zapotřebí tato místa potřít olejem, čerstvým máslem nebo sádlem, čímž se mázek lehce setře. Při koupeli má porodní asistentka možnost zkontrolovat, zda nemá dítě nějaké vrozené chyby, například neprůchodný řitní otvor, srostlý cíbel – močovou trubici, srostlé prsty, více prstů nebo zaječí pysk – rozštěp rtu. Poté se dítě osuší, zkontrolují se a posuzují nepravidelnosti, pokud se porodní asistence cokoliv nezdá a vybočuje z normálu, povolá vždy lékaře. Při vážných obtížích může být dítě zachráněno okamžitou operací. (Vyšín, 1888, s. 129).

Po vyndání dítěte z vaničky se dítě řádně osuší v nahřátém huňatém ručníku. V záhybech na krčku a mezi stehýnky se často tvoří opruzeniny, proto se musí tato místa dobře osušit a po osušení zasypat dětským pudrem. (Pachner–Bébr, 1932, s. 162). Také je zapotřebí si poradit se zbytkem pupeční šňůry. Stávající pupeční pahýl se přehne do poloviny a ještě jednou se blíže k úponu podváže v takzvaný *suk*. Tento pahýl je poté zabalen do fáče namočeného do karbolového glycerinu nebo do pupeční (Gulardovy) vodky. (Vyšín, 1888, s. 129). Po řádném vydezinfikování a osušení rukou porodní asistentka překryje pupeční pahýl sterilní gázou, kterou dvakrát přehne a uloží vedle pupku. Přes sterilní gázu ještě lehce ovine břicho sterilním gázovým obvazem. Porodní asistentka kontroluje i hlavičku, může narazit na porodní nádor na hlavičce, toto ale není žádná nepravidelnost, jde pouze o přízpusobením hlavičky porodním cestám. Jednotlivé kosti lební se podsouvají, aby prošly snáze porodním kanálem. Hlavička dítěte se v jednom ze svých průměrů protáhne a ve druhém směru se zúží, takže po porodu má tvar lehce šišatý. Tímto procesem se hlava konfigurovala. Tato konfigurace hlavičky za 1–2 týdny vymizí. Následujícím krokem je ošetření očí. Dítě je položeno na stůl a porodní asistentka vydá pokyn, aby někdo podržel dítěti hlavu. Prsty levé ruky rozevře oční víčka při vnitřním koutku, protože zevní koutek víčka se snadno trhá. Do každého oka vkápne na rohovku z nahřáté fíolky 2–3 kapky roztoku stříbrné soli. Dítě po aplikaci kapek většinou silně zavře oči a může plakat, tudíž se kapky dostanou ven i v jeho slzách, proto je dobré vytrít oči ještě jednou novým chomáčkem vaty. Když je dítě prohlédnuto, okoupano, pupečník je zaopatřen, přechází se ke změření a zvažení

dítěte. Porodní asistentka dítě oblékne do vyhřáté košilky a kabátku a zabalí jej do peřinky s nepromokavou vložkou. Uloží jej do postýlky opět na bok, aby mohly hlenu z úst dítěte snáze vytéct. Lůžko s dítětem se postaví co nejbližší kámen, aby bylo v dostatečném teple. Dávat dítě do postele k matce je velice nebezpečné, protože matka je po porodu unavená a mohla by své dítě zalehnout. (Pachner–Bébr, 1932, s. 161–163)

2.4 Dětská poradna

Po porodu by měla šestinedělka zůstat na lůžku po dobu 9 dnů, během nichž by měla odpočívat a neměla by být ničím a nikým rušena. Porodní asistentka je povinna se o šestinedělku a novorozence starat minimálně čtrnáct dní po porodu. Z počátku za šestinedělkou dochází dvakrát denně a sleduje nejen její stav, ale i novorozence. Nejprve se kontroluje novorozenec, a to proto, aby porodní asistentka nezanesla infekci od matky k dítěti. (Pachner–Bébr, 1932, s. 172–173).

2.5 Péče o novorozence v prvních dnech života

Novorozence nazýváme *novorozencem* pouze, dokud neodpadne pupečník a pupek se neuzavře. Posléze novorozence označujeme za *kojence*. Tyto dny se považují za jedny z nejdůležitějších pro další vývoj dítěte. V tomto období probíhají největší změny v tělesném hospodářství. Po celou dobu intrauterinního vývoje bylo dítě příživníkem matky. Dostávalo od matky výživu, bylo chráněno, mělo stabilní teplotu, a to se rázem změnilo po přestřihnutí pupečníku. (Pachner–Bébr, 1932, s. 353).

2.5.1 Dýchání

V dýchání je velký rozdíl oproti intrauterinnímu přívodu kyslíku přes placentu. Před placentu plod spotřebovával poměrně malou část kyslíku, po dotepání pupečníku a následném přestřihnutí se mění poptávka novorozence po kyslíku. V jeho krvi se ihned začne tvořit oxid uhličitý, který buňkami všech ústrojí podráždí centrum v mozku a míše, načež dítě poprvé vdechne. Pro první vdech je důležité též podráždění kůže chladem a dotykem. První nádech provází ve většině případů silný křik, což je důležité pro roztáhnutí plic. Pokud dítě po porodu nekřičí, přechází porodní asistentka k iniciálním krokům. Poplácáním dítěte, fouknutím do obličeje, pokropením studenou vodou může přimět dítě k prvnímu nádechu. Po prvotním rychlém náběhu oxidu uhličitého dítě může lehce zmodrat, ale po několika prvních vdeších nastupuje růžová fyziologická barva. Novorozenec dýchá oproti dospělému člověku o poznání rychleji, a to přibližně 40 vdechů za minutu. V prvních dnech i dosti

nepravidelně, povrchově. Dítě nemělo nijak chrčít či chrápat. (Pachner–Bébr, 1932, s. 353–354).

2.5.2 Péče o pupečník

Pupeční šňůra, která byla důležitým vyživovacím a výměnným aspektem pro plod po celou dobu těhotenství, je nyní už nepotřebná. Po přestříhnutí pupeční šňůry zůstává u novorozence pouze krátký pahýl, který postupem času zasychá a mění se v tuhý, rohovitý provazec. K jeho odloučení dochází samovolně, většinou koncem prvního týdne života dítěte. Jemným zánětem se od kůže odloučí a odpadne. Zbylá plocha po odpadnutí ještě několik dní mokvá, ale tento jev během několika dní zmizí. Poté se plocha pokryje již stávající pokožkou a zatáhne se do hloubky, tudíž zde postává důlek v tom místě, kde byl pupek, a nyní je tam po něm zachována jizvička. Při každém ošetřování dítěte, musí porodní asistentka pupek zkontrolovat, zda nezapáchá či nemokvá. Pokud pupek ještě není odpadlý či mokvá, nesmí být dítě koupano, ale jen omýváno. (Pachner–Bébr, 1932, s. 354).

2.5.3 Teplota

Teplota novorozence se od dospělého člověka nepatrně liší. Teplota novorozence se pohybuje okolo 37 °C. Liší se od dospělého také tím, že při stejné péči a při stejném oblékání teplota novorozence nepatrně kolísá. Během noci a ráno bývá teplota zpravidla nižší, naopak během odpoledne má tendenci stoupat. Děti, které jsou plně kojeny, mají tělesnou teplotu stálou na rozdíl od dětí nekojených. Čím je dítě mladší, tím méně má vyvinutou termoregulační schopnost, tudíž dítě snadněji prochladne nebo se přehřeje, pokud není správně ošetřováno. To je zapotřebí brát na zřetel hlavně při převlékání a při koupeli. U novorozence tudíž nemůžeme ihned přemýšlet o nějakém vážnějším onemocnění, když dítěti náhle stoupne tělesná teplota. (Pachner–Bébr, 1932, s. 354–355)

2.5.4 Tep

Po narození má dítě lehce nižší tepovou frekvenci, než mělo během intrauterinního vývoje. Přibližně okolo 120 tepů za minutu. Tep dítěte je proměnlivý a závisí na okolnostech. Například když se dítě začne nadměrně pohybovat, plakat, lekat se, může tep dítěte dosáhnout až 190 tepů za minutu, ale zase se rychle vrací do normálu. Proto se porodní asistentka rozhoduje vždy podle tepu, který změří dítěti ve spánku. Tep měříme klasicky na zápěstí dítěte, pokud zde nemůžeme tep nahmatat, přikročíme k měření tepů v krajině srdeční. (Pachner–Bébr, 1932, s. 355)

2.5.5 Délka a váha

Mezi úkony porodní asistentky patří měření a vážení dítěte, které může být využito i jako jedno specifikum pro určení otcovství. Novorozenec se nejčastěji měří pomocí speciálního polo válcovitého měřítka anebo jednodušeji pomocí krejčovského metru změříme vzdálenost mezi patami a temenem. Zralý donošený plod by měl v termínu porodu vážit 3000–3500 g a měl by být průměrně 50 cm dlouhý. Zde dochází k pohlavní rozdílnosti, přičemž chlapci bývají delší a mívají větší hlavu. Váha dítěte je pro porodní asistentku signál prospívání, dítě by mělo být jednou týdně váženo. Pokud je váženo každodenně měla by mít porodní asistentka na mysli, že dítě během prvního týdne více ubere a pak přibere. Tento kolísavý přírůstek se do týdne po porodu vyrovná. Dítě fyziologicky ubere 8–10 % ze své porodní váhy, přibližně tedy 200–300 g. Během 10 dnů se tato ztráta vyrovná a dítě začíná přibírat na váze. Dítě musí být váženo ve stejnou dobu a ve stejném oblečení nebo nahé. V novorozeneckém období by mělo dítě přibývat na váze přibližně 30–35 g denně. (Pachner–Bébr, 1932, s. 359,361–364)

2.5.6 Novorozenecká žloutenka

Skoro u tří čtvrtin novorozenců se okolo 2. – 3. dne po porodu jejich kůže zbarví do žluta. Největší zbarvení je patrné na obličeji nebo na hrudi novorozence. Největší stagnace trvá do 5. dne a poté mizí. V druhém týdnu novorozence již není patrná. Příčiny zežloutnutí nejsou dosud známy. Tato žloutenka nijak dítě neohrožuje, pouze je dítě více spavé a pomaleji přibývá na váze. (Pachner–Bébr, 1932, s. 358–359)

2.5.7 Polykání a sání

Po několika nasáních mateřského mléka dítě toto mléko spolkne. Polykání patří taktéž mezi iniciální reflexy novorozence. Rychlost a kvalitu polykání poznáme podle dolní čelisti. A to zejména podle pravidelnosti a rychlosti polykání. K přesvědčení, že dítě nesaje naprázdno, ale saje mateřské mléko, poslouží dva prsty, které položíme na krček dítěte. Pod těmito prsty ucítíme po několika savých pohybech mírné poskočení hrtanu, na důkaz že dítě polklo. Tudíž čím častěji dítě polyká, tím více mateřského mléka se mu dostává. Nasátá potrava se dostává jícnem do žaludku, který je u čerstvého novorozence poměrně malý. Prostor žaludku má okolo 50 cm³. Tento prostor ale není limitem pro to, aby dítě nemohlo přijmout více potravy. Žaludek novorozence je velmi roztažitelný a velmi rychle se vyprazdňuje, často již během přijímání mateřského mléka. (Pachner–Bébr, 1932, s. 355)

2.5.8 Vylučování

Vylučování je u novorozenců obdobné jako u dospělých, kdy je potrava posunována peristaltikou. Neupotřebované látky jsou z těla vylučovány močí a stolicí. První 2–3 dny odchází smolka, což je tmavozelená mazlavá hmota, nahromaděná ve střevech. Nejčastěji je tvořena spolykanou plodovou vodou, buňkami střev a žlučovými kyselinami, tato hmota ve střevech zůstává a až po porodu ji 3–4krát denně vypouští a 4. den již nastupuje stolice zlatožlutá, která bude přítomna po celou dobu kojení. Zdravý novorozenec mívá 2–4 stolice za den, kdy současně se stolicí odcházejí také plyny. Močení se vyskytuje často již za porodu nebo ihned poté, kdy ještě novorozenec nepřijímá žádnou potravu. Dítě močí velmi často, a to až 20–30krát za den. Toto vysoké číslo je způsobeno především výlučně tekutou stravou a neschopností ovládat svaly močového měchýře. (Pachner–Bébr, 1932, s. 357–358)

2.6 Kojení

Nejlepší potravu, kterou dítěti můžeme nabídnout, je mateřské mléko. Dítě přikládáme k prsu na kojení přibližně 3–4 hodiny po porodu, a to kvůli tomu, aby se šestinedělka a dítě stihly spánkem zotavit. (Vyšín 1888, s. 131). První přiložení po porodu bývá nejprve za 12–24 hodin, dříve to není nutné, protože v prsu není ještě plné mléko, nýbrž pouze mlezivo. Nepřijímání potravy během prvního dne po porodu je pro novorozence prospěšné, jelikož se jeho zažívací ústrojí může očistit. Porodní asistentka během prvního poporodního dne přikládá dítě k prsu šestinedělky přibližně 2–3krát. První potravou novorozence je přibližně první tři dny mlezivo, které se tvoří již během těhotenství. Mlezivo je průhledná, žlutavá, lekce zakalená, lepkavá tekutina. (Pachner–Bébr, 1932, s.181, 356) Pouhým okem můžeme v mlezivu vidět tukové kapky a hojné množství bílých krvinek, které obsahují drobná tuková zrníčka. Mlezivo se liší složením od plného mléka, a to zejména ve vyšším obsahu bílkovin, ale naopak obsahuje méně cukru nežli plné mateřské mléko. Z výživového hlediska dítě mlezivo zasytí méně nežli plné mléko, ale má značnou hodnotu. Při sání vytéká z prsu na vyvíjený tlak od novorozence ve velkých krůpějích a dítě během jednoho kojení vypije přibližně 10 – 20 cm³. Mlezivo má také vliv na vylučování, díky němu se ze střev vylučuje smolka. (Vyšín, 1888, s. 131) 3–4 den po porodu se mění mlezivo v plné mateřské mléko. Pozmění se složení, zejména ubyde bílkovin a přibude více cukru. Tuk se zde rozdělí v malé tukové kapky a bílé krvinky vymizí z mléka úplně. Mléko obsahuje okolo 6–7 % cukru, 3–4 % tuku a pouze 1–2 % bílkovin, málo soli a zbytek tvoří pouze voda. Vedle těchto důležitých složek obsahuje mléko, stejně jako ostatní čerstvé potraviny, také vitaminy. Vitaminy jsou v této době prozatím svým chemickým složením ještě

neobjasněny. Je ale jisté, že jsou pro život nezbytné a nedostatek vitaminů má špatný vliv na zdraví jedince. Mateřské mléko se liší dle potřeb dítěte a o jakosti mléka rozhoduje množství a poměr všech obsažených látek. Potrava kojící matky má pouze nepatrný vliv na jednotlivé složky mléka, tudíž může jíst kojící matka domácí stravu, na kterou byla zvyklá. Značně se liší složení mléka matky, která žije v dobrých poměrech, a matky, která žije v nouzi. (Pachner– Bébr, 1932, s. 356) Určitý vliv na složení a kvalitu mléka má věk matky a její zdravotní stav. Starší matky, ale naopak i velmi mladé matky mívají méně výživnější mléko než matky v prostředních letech. Pokud je matka zdravá není potřeba jiné potravy do 5 měsíců věku dítěte. Dobré je dítě po porodu k prsu přikládat každé 2 hodiny, když je dítě starší tak každé 3 hodiny. Dobré je toto dodržet, aby si dítě zvyklo na nějaký denní režim. V noci se dítě přikládá k prsu nejprve dvakrát za noc, poté stačí pouze jednou za noc. Také je důležité, aby žena nakojila dítě z obou prsou. (Vyšín, 1888, s.131, 182) Mléka není v obou prsou stejně, většinou je jedno prso bohatší na obsah mléka. Sáním dítěte se odměšování podporuje, a proto by se hladové dítě mělo vždy přikládat k tomu slabšímu prsu. (Pachner– Bébr, 1932, s. 183) Po kojení se dítěti vytře pusinka plenou namočenou ve vlažné vodě. Pláč a mrzutost miminka může být varovným signálem toho, že šestinedělce ubývá mléko. (Vyšín, 1888, s. 132). V prvních třech dnech dítě saje pouze mlezivo, které není výživově tolik vydatné, tudíž dítě ubývá na váze. Až od 4. dne, kdy se mlezivo přemění na plné mléko, dítě začíná přibývat na váze. Během týdne dožene ztráty prvních dní a dostane se na svou porodní hmotnost. Pokud se porodní asistence nezdá přibývání novorozence, může se přesvědčit nejspolehlivější metodou čili dítě zváží před a po kojení. Po napití se dítěti otřou ústa a uloží se do lůžka hlavičkou na stranu a pod bradičku se mu dá čistý šátek, kvůli případnému blinkání. Dítě je po kojení unavené a často může usnout i během kojení. (Pachner– Bébr, 1932, s. 182–183)

2.6.1 Polohy ke kojení

V prvních dnech žena zaujímá polohu na jedné straně boku a dítě drží na lokti, druhou rukou se snaží nastartovat prsní bradavku a dává bradavku dítěti do úst. Tou samou rukou oddaluje prso od nosu dítěte, aby mohlo dítě bezpečně dýchat. Později už žena kojí na lůžku nebo v sedě, přičemž drží dítě napříč. (Vyšín 1888, s. 131-132) Šestinedělka se uloží do polosedu a natočí se do strany podle toho, z jakého prsa bude kojit. Opře se o loket spodní ruky a stejnou rukou uchopí dítě zabalené v peřince. Šestinedělka by měla ležet pohodlně, aby se zbytečně neunavovala. To samé platí o dítěti, mělo by ležet co nejpohodlněji tak, aby jeho ústa ležela právě u bradavky. Vždy musíme kontrolovat, aby hlavička miminka byla

výše než tělíčko. Novorozenec má tendenci ke zvracení, když má hlavičku níže, čemuž předcházíme vyvýšením hlavičky. Druhou volnou rukou matka uchopí vrcholek prsu, a aniž by se dotkla bradavky, zasunuje bradavku dítěti do úst. (Pachner–Bébr, 1932, s. 181–182)

2.6.2 Kojná

Nejlepší, nejprospěšnější a také nejprostší a nejlevnější výživa pro novorozeně je mléko vlastní matky. Nemůže-li matka z lékařova nařízení sama kojiti, jest nejlepší náhradou kojná. (Pachner–Bébr, 1932, s. 365)

Nejlepší náhradou mateřského mléka pro novorozence je výživa mlékem kojné. (Pachner–Bébr, 1932, s. 371) Nemůže-li matka kojit ze zdravotních důvodů, je pro dítě tato metoda nejlepší volbou. (Vyšín, 1888, s. 132) Dobrá kojná musí splňovat nejrůznější podmínky, aby mohla být porodní asistentkou vybrána a doporučena šestinedělce. Musí mít tolik mléka, kolik novorozenec potřebuje. Zpravidla se dobrá jakost mléka posuzuje podle velikosti prsu a dle množství mléka. Dobrá porodní asistentka také pozná množství podle posouzení žlázatosti prsou. Čím více žlázatější prs žena má, tím více mléka bude při zatlačení nebo při kojení vytékat. Správné zhodnocení je vhodnější dělat po kojení. Při správné mlékotvorné schopnosti by měla být teplota prsu o 0,3–0,7 °C vyšší než teplota v podpaží. Taktéž musí mít bradavka správný tvar, protože ženy se zapadlými nebo plochými bradavkami se na kojné nehodí. Rozhodné pro kvalitu mléka je to, jak prospívá novorozenci. (Pachner Bébr, 1932, s. 371). Dalším bodem pro výběr správné kojné je věk. Ženě by mělo být mezi 20–30 lety. Měla by být zcela zdravá, což by se mělo důkladně prověřit. Také se dává přednost ženě z vesnice před ženou z města. Podstatná je pro výběr kojné rovněž skutečnost, zda už žena alespoň jednou porodila, protože zkušená matka ví, jak s dítětem zacházet. Nejlepším obrazem toho, zda je kojná dobře živená a má dostatek mléka, je její dítě. Jestli je její dítě dobře živené a vypadá zdravě, předpokládá se, že žena bude dobrou kojnou. (Vyšín, 1888, s. 132-133)

2.7 Povinná vyšetření novorozence

Povinností porodní asistentky je být informována o možných vývojových vadách a jiných onemocnění, které mohou být patrné záhy po porodu. Při pravidelných návštěvách novorozence kontroluje fyziologický průběh, pokud je někde nějaká odchylka, tak ve většině případů povolá lékaře. Častou nemocí je vrozená syfilis, která se u dítěte projevuje celkovou slabostí. Dítě je bledé, slabé, hubené. Jako příznak se též může objevit přetrvávající rýma, bolavé rty a konečník, žloutenka, krvácení do kůže. Všechny tyto příznaky musí porodní

asistentku upozornit na možnost vrozené syfilis u dítěte a je to podnět k přivolání lékaře, který musí toto onemocnění přeléčit. Toto onemocnění je vysoce infekční, a proto se takové dítě musí ošetřovat v rukavicích a dítě by mělo být kojeno pouze matkou, protože je jisté, že matka má syfilis též. Povinně porodní asistentka kontroluje dítěti oči, kvůli možnému výskytu hnisu. Pokud se hnis objeví, povolá se lékař, který zabráni šíření hnisu aplikací podkožní injekce mléka. Pozor se musí dávat i na zvláštní druh křečí, které se vyskytují nejčastěji ve druhém týdnu života. Jedná se o tzv. strnutí neboli tetanus. Strnutí nejprve postihuje svaly v obličeji a postupně postihuje celé tělo. Příčinou tetanu je bakterie nazývaná tetanovým bacilem, který nejčastěji vzniká se špatně očištěného pupku. Povoláním lékaře se může zmírnit průběh onemocnění podáním protitetanového sera. V popředí pozorování by měla mít porodní asistentka na mysli extrémně rozšířené onemocnění – křivici (rhachitis). Toto onemocnění propuká v prvních týdnech života a je zřejmě způsobená nedostatkem vápenatých solí v potravě novorozence. Na toto onemocnění by mohl poukazovat status nekojených, špatně živených nebo překrmovaných dětí, u kterých je toto onemocnění mnohem častější. Ukazatelem je i velmi malý přírůstek na váze. Velkým úkolem pro porodní asistentku je tuto nemoc odhalit a správným léčením ji zastavit. Léčí se úpravou výživy, především doplněním vitaminů a podáváním léků. (Pachner, Bébr, 1933, s. 423, 427–429, 449-451 Důležitým úkonem porodní asistentky je vyčistit oči ihned po porodu jako prevence vzniku očního zánětu, což může mít za následek oslepnutí. (Vyšín, 1888, s. 251)

2.8 Očkování

Očkování v této době nebylo zcela běžné a povinné pro populaci dětí ihned po narození. Mezi prvními vakcínami, které se na území České republiky dostaly do oběhu, byly vakcíny na plané neštovice, proti kterým se očkovalo od r. 1919. Poměrně brzy poté byla dostupná vakcína proti TBC. V 50. letech byla možnost očkovat i proti tetanu a záškrtu. (Němcová, 2010, s. 14)

3 SOCIALISTICKÉ A POREVOLUČNÍ OBDOBÍ

Socialistické období nebylo pro porodnictví a následnou péči o novorozence zcela příznivé. Veškeré kompetence a péče porodní asistentky či dětské sestry byly podřízeny režimu. Byla zde patrná snaha o tovární výrobu ve všech segmentech, a to i v péči o novorozence. Vše bylo striktně dodržováno dle tabulek a předpisů, nebyl brán ohled na individualitu každé ženy a novorozence. Vše bylo poskytováno v jednom měřítku pro všechny. Ale i tato doba nás něčím obohatila, a poskytla nové směry a nová zamyšlení.

3.1 Pomůcky k 1. ošetření novorozence

Prostor k ošetření dítěte, nazýván *dětským boxem*, je místo, které je součástí porodního sálu, ale povětšinou izolováno od jeho zbylých částí. Podmínkou je tepelná regulace a dostatečný počet zdravotníků. Teplota porodního boxu by měla dosahovat 24–26 °C. Mezi nejzákladnější vybavení dětského boxu patří přebalovací stůl, jenž je dobře omyvatelný, důležitá je u přebalovacího stolu přítomnost zahřívacího tělesa a světla. V blízkosti přebalovacího stolu se nacházejí pomůcky, které jsou nezbytně nutné k ošetření dítěte ihned po porodu. Veškerý materiál je sterilní, např. mulové čtverce, štetičky, balíček pro novorozence obsahující tkanici, či svorku na podvázání pupečníku, sterilní plena, číslo na označení novorozence, dezinfekce, barevný roztok na označení dítěte, O-Septonex na vykapání očí, fonendoskop, teploměr, dostatečné množství nahřátých plen, zařízení pro ohřívání a zvlhčování medicínálních plynů, kojenecká váha a míra, odsávačka s několika cévkami, kyslík připojený na křísící vak, v případě nutnosti resuscitace musí být přítomné i resuscitační lůžko s plnohodnotnými potřebami. (Saxlová, Najmanová, 1996, s. 22- 23)

„Mezi pomůckami, které jsme si připravili, byly pleny, osušky, košilka, mulové čtverce, leukoplast, líh na čištění pupku a tampony,“ doplňuje výčet pomůcek dětská sestra pí. Krsová.

3.2 Primární ošetření ve III. době porodní

Po porodu plodu se novorozenec pokládá mezi končetiny rodičky napříč postele a to tak, aby se pupečník zbytečně nenatahoval. Jako první úkon porodní asistentka provádí otření obličejů, čímž vytlačí hlen z nosu a úst. Dále přechází k péči o oči, přičemž oči vytírá borovou vodou. Poté následuje úkon, při němž dětská nebo ženská sestra odsaje hlen z nosohltanu a dýchacích cest za pomoci porodníka. Po odsátí hlenu se přistupuje k podvázání pupečníku. Pupečník podvážeme dvěma ligaturami tkanicemi, z nichž bližší dáme přibližně 4–5 cm od úponu a druhou 7–8 cm a mezi těmito tkanicemi přestříháme.

Pro bezpečnost novorozence se kryjí hroty nůžek, aby nebyl poraněn. Tímto končí péče ve III. době porodní a dítě se předává ve sterilní roušce dětské sestře, která ho přenáší na přebalovací stůl k prvnímu ošetření. (Macků, 1987, s. 122-124)

3.3 První ošetření novorozence

Po prvotním ošetření novorozence u matky (přerušení pupečníku, vytření očí a odsátí) přenáší dětská nebo ženská sestra novorozence na přebalovací stůl, nad kterým je tepelný zdroj kvůli prevenci prochladnutí dítěte. Pokud se jedná o fyziologického novorozence, je v řádu minut po porodu ošetřen. Stav novorozence se posuzuje v 1., 5., 10. minutě po porodu podle hodnocení skóre dle Apgarové. Dle tohoto skóre určujeme stav novorozence podle určitých markerů, podle kterých dítěti přidělujeme body. Za každý posuzovaný prvek dostane maximálně 2 body, tudíž celkový maximální počet je 10 bodů. Pokud je novorozenec fyziologický, dostane nejvyšší počet bodů. Čím nižší má skóre, tím větší je šance, že byl novorozenec v nějaké tísní. Hodnotíme zde srdeční akci, dýchání, barvu, reakci na podráždění a svalový tonus. Po prvotním zhodnocení skóre připevníme dítěti identifikační štítek s číslem, který je shodný se štítkem matky. Poté provedeme očistnou koupel, při níž zbavíme dítě nečistot, které získalo průchodem porodních cest, např. smolka, krev. Ochranný štít čili *mázek* z dítěte nestíráme. Dále pokračujeme v ošetření pupečníku, přičemž dotáhneme podvaz, který byl udělán ihned po porodu. Odstříhnutý konec pupečníku se vydezinfikuje a pokryje se sterilním mulem. Novorozenec se zváží, změří a ještě identifikuje popsáním na stehno, poté se zaváže do peřinky. Jako poslední úkon v 1. ošetření se provede vykapání očí, tzv. *kredeizace*. Tento úkon je povinný a slouží jako prevence kapavčitého zánětu spojivek, který se může přenést z rodidel matky. Dříve byl tento zánět příčinou slepoty. Aplikujeme jednu kapku 1% roztoku octanu nebo dusičnanu stříbrného nebo nyní už užívaného Ophthalmo-Septonexu do spojivkového vaku každého oka. (Macků, 1987, s. 137– 138) Součástí prvotní péče je i okoupaní dítěte za účelem odstranění zbytku mázku. Na koupel používáme mulové čtverce nebo měkkou plenu a na promazání po koupeli rostlinný olej. Za důležité se zde považuje stále udržovat dítě v teple, tudíž musíme zvýšit teplotu ovzduší. Nejčastěji dítě koupeme pod zdrojem tepla a teplota vody by měla mít 37°– 38 °C. (Saxlová, Najmanová a spol., 1996, s. 29) Tímto končí primární ošetření novorozence dětskou sestrou a dítě vyšetří ještě lékař. Po prohlédnutí lékařem je novorozenec uložen do drenážní polohy, tj. s hlavou níže, do postýlky a kontroluje se jeho zdravotní stav. (Macků, 1987, s. 138) Mezi úkony prováděné lékařem patří kontrola hlavičky, na níž může být způsobena změna především kvůli průchodu

miminka porodními cestami. Nejčastěji se vyskytuje porodní nádor, který se projevuje otokem měkkých tkání kolem vedoucího bodu, tento otok většinou do druhého dne zmizí. Další změnou na hlavičce způsobenou porodem je zevní kefalhematom neboli krevní výron pod periost lebečních kostí. Tento jev je způsoben tlakem tvrdých porodních cest na hlavičku. (Macků,1989, s. 139)

„My jsme na porodním boxu dítě převzaly, otřely jsme ho, ošetřily pupek, zvážily, změřily délku a obvod hlavy a předaly lékaři, který dítě vyšetřil. Po ošetření a oblečení dítěte se novorozenec ukázal matce, ale k žádnému fyzickému kontaktu nedocházelo. Poté se dítě předávalo na novorozenecké oddělení, pokud se jednalo o fyziologického novorozence, při patologickém nálezů se dítě převezlo na neonatologii k potřebné léčbě,“ vzpomíná na ošetření paní Marie Krsová.

3.4 Dětská poradna

Důležitým mezníkem této doby je pravidelné navštěvování dětské poradny, doporučované nejdéle 14 dní od porodu. V prvních třech měsících návštěvy poradny probíhají každých čtrnáct dní, a to hlavně aby matka posbírala cenné informace o krmení, spaní, vyměšování. Poradna je bezplatná a pro všechny. Dříve byly dětské poradny raritou a vyskytovaly se spíše ve větších městech a byly zpoplatněny nemalou částkou. Kromě dětských poraden, zde funguje i dětská sestra ze zdravotnického střediska, která navštěvuje matku s novorozencem doma a poradí se vším, co se novorozenec týče. (Klímová-Fugnerová, 1971, s. 109– 110) Nedělnka je propuštěna z nemocnice tehdy, když je schopna se postarat o sebe a umí se postarat o novorozenec, většinou 6. – 8. den po porodu. Vždy je z porodnice zaslána zpráva obvodnímu gynekologovi za ženu a dětskému středisku za novorozenec. Obvodní ženská sestra nebo dětská sestra navštěvuje šestinedělku s novorozencem již do 24 hodin po propuštění z nemocnice. Zde edukuje šestinedělku a kontroluje její stav i stav novorozenec, dohlíží na péči o novorozenec a radí matce ohledně kojení. Pokud je vše v pořádku navštěvuje sestra nedělnku jedenkrát týdně po dobu celého šestinedělí. (Macků, 1987, s. 143)

„K novorozenému miminku jsme chodili ihned po propuštění z porodnice. Na návštěvu chodil pediatr a dětská sestra či porodní asistentka. Kontrolovali jsme snesení pupečníku, zarudnutí bradavek u matek, koukali na kojení. Do roka dítěte jsme těchto návštěv museli mít 10, to už jsme chodily samy bez pediatra. Při návštěvách jsme nejčastěji sledovaly psychomotorický vývoj dítěte. Vzpomínám na to ráda, protože jsme si tyto děti a

rodiny pamatovaly. Děti i samozřejmě chodily do poradny. Ve 3 a 6 týdnech, a pak dále po 3 měsících do 1 roka,“ dodává paní Krsová.

3.5 Péče o novorozence v prvních dnech života

Po přerušení pupečníku u novorozence a následném přizpůsobení se novým podmínkám mluvíme o tzv. *poporodní adaptaci*, kdy u novorozence dochází k několika změnám. Nejrazantnější jsou změny v dýchání a krevním oběhu, jelikož v intrauteriním vývoji veškerou výměnu krevních plynů a ostatní funkce zabezpečuje matka. U dítěte se sleduje a hodnotí několik parametrů, které ovlivňují správné prospívání dítěte. Ihned po narození je dítěti založena zdravotní dokumentace, do které se všechny parametry a úkony spjaté s péčí o novorozence zapisují. (Klíma a kolektiv, 2003, s. 90–92)

„Při hospitalizaci jsme sledovali tělesné funkce, váhu, kontrolovala se váhová křivka, eventuelně se dávaly umělé dokrmy. Po porodu matky neměly dítě u sebe, vozily se pouze na kojení. Docházely na oddělení, kde se učily péči o dítě včetně koupání, ošetření pupku, krmení umělou výživou,“ říká dětská sestra pí. Krsová.

3.5.1 Dýchání

Jelikož jsou plíce během intrauterinního vývoje nevzdušné a relativně málo prokrvené, jsou již připraveny na život po porodu tekutinou – *surfaktantem*, který se při průchodu porodními cestami vytlačuje mimo plíce. Právě po porodu je surfaktant spolu s chladem, podrážděním kůže, klesajícím kyslíkem a stoupajícím oxidem uhličitým nejdůležitějším faktorem pro stimul k prvním dechům. Těmito mechanismy se plíce provzdušní a novorozenec začne pravidelně dýchat. Díky dostatečné zásobě surfaktantu u zralého, fyziologického novorozence plicní sklípky nekolabují, jelikož surfaktant snižuje povrchové napětí a tím zamezuje kolapsu sklípku. Zdravý novorozenec dýchá frekvencí 40 dechů/minutu, křičí jasně a hlasitě. (Klíma a kolektiv, 2003, s. 90)

„Dech se kontroloval průběžně, tehdy žádné dechové monitory nebyly,“ uvádí dětská sestra.

3.5.2 Péče o pupečník

O pupeční pahýl pečuje lékař nebo porodní asistentka, dokud pahýl nezaschne a neodpadne. V nemocničním zařízení tuto starost obstarávají právě výše zmínění, tudíž tato péče není úkolem matky. Pahýl se zakrývá sterilním krytím, mulem kolem břicha, dokud pahýl nezaschne. Dítě se v tomto období nesmí koupat, pouze jen oplachovat vyjma pupečního pahýlu. (Klímová-Fugnerová, 1971, s. 114). Mumifikovaný pahýl se nechává

buď spontánně odpadnout nebo dle zvyklosti porodnice se pupeční pahýl snáší. Snesení pupečního pahýlu se nejčastěji provádí 24 hodin před plánovaným propuštěním. Po snesení pahýlu se pupek kryje sterilní tamponem a sledujeme, zda pupek nekrvácí. V den snesení pupečního pahýlu se dítě nekoupe. (Saxlová, Najmanová, 1996, s. 54)

„Pupečník jsme kontrolovali vždycky při první návštěvě, nejčastějším problémem bylo zarudnutí. Na zarudnutí jsme nejčastěji doporučovali Framykoin,“ říká dětská sestra.

3.5.3 Teplota

Mezi každodenní úkony patří měření teploty. Teplota se měří pravidelně, a to zpravidla ráno a večer, pokud lékař nestanoví jinak. Můžeme měřit buď rektálně, nebo měřením na kůži. Nejčastěji se používá tzv. rychloběžka. S rektálním měřením musí být provádějící osoba seznámena, jelikož by se při nesprávné manipulaci mohl poškodit nervus vagus. Při samotném měření drží sestra či porodní asistentka jednou rukou pevně nohy mírně nad podložkou a druhou rukou zavádí teploměr s mastí pro šetrnější zavádění do rekta. Po změření se teplota zapisuje do chorobopisu dítěte. Každý novorozenec musí mít svůj teploměr, který se po použití nakládá do dezinfekčního roztoku. (Saxlová, Najmanová, 1996, s. 28)

„Teplota se měřila klasickou rychloběžkou,“ dodává dětská sestra.

3.5.4 Tep

Tep u novorozence kontrolujeme, abychom si byli jisti správnou poporodní adaptací. Tep u fyziologického novorozence v klidu je přibližně 130–160/minutu. Tep musí být dobře hmatný symetricky na obou končetinách a ve slabině. (Klíma a kolektiv, 2003, s. 90) Ve spánku může být frekvence nižší, naopak při křiku bude frekvence vyšší. Je dobré mít na paměti, že bychom puls měli měřit před měřením teploty, protože je pravděpodobné, že na něj bude novorozenec reagovat křikem. (Leifer, 2004, s. 256, 335)

3.5.5 Délka a váha

Dítě se během prvotního ošetření na porodním sále měří a váží. Za průměrnou délku novorozence je považována délka v rozmezí 46–56 cm. Váha se lehce liší s pohlavím, kdy děvčata jsou zpravidla lehčí než chlapci. Váha se pohybuje mezi 2700–4000 g. Během prvních dnů života novorozence dochází k fyziologickému hmotnostnímu úbytku, který nepřesahuje 10 % porodní hmotnosti. Tento jev je způsoben nynější absencí mateřských hormonů, odchodem stolice a moči, změnou tekutinového režimu. Tento úbytkový spád se během 3–4 dnů normalizuje, a to především nástupem plné laktace. Novorozenci

v porodnici se váží každý den ve stejnou dobu, a to především v ranních hodinách. (Leifer, 2004, s. 336) Přibývání na váze by mělo být rovnoměrné, bez velkých výchylek a v číslech je vyčísleno na 15–30 g denně. (Klímová-Fugnerová, 1971, s. 113)

„Děti jsme vážili vždy pouze v poradně, pokud se nám přírůstek nezdál, tak jsme na příští návštěvu pozvali matku v čase před kojením, kdy jsme dítě zvážili před kojením, matka před námi nakojila a poté jsme dítě opět zvážili. Pokud byl u dítěte přírůstek malý nebo žádný, tak jsme doporučili matce dokrm. Nejčastěji jsme doporučili Feminar,“ vzpomíná dětská sestra Krsová.

3.5.6 Novorozenecká žloutenka

Třetí nebo čtvrtý den po porodu se u některých fyziologických novorozenců objeví žloutenka. Projevuje se lehkým pomerančovým zabarvením kůže po celém tělíčku, oční bělmo má též lehce žlutý nádech. Tento jev je fyziologický a neškodný, protože souvisí s nedostatečnou funkcí jater a s velkým rozpadem erytrocytů. Červené krvinky, které byly důležité v hojném počtu k okysličování krve v nitroděložním vývoji, nyní po porodu prudce klesají, protože už nejsou v takovém počtu potřebné. Doba trvání fyziologické žloutenky je přibližně 2 dny až 2 týdny. Pokud trvá déle, je nutno se poradit s lékařem o dalším průběhu. (Klímová-Fugnerová, 1971, s. 114– 115).

„V poradně jsme sledovali žloutenku jenom u dětí, který byly sledovaný i v porodnici. Hodnoty jsme tehdy museli kontrolovat hladiny pouze přes krevní náběry, protože žádná Minolta nebyla. Doporučovalo se dávat dítě k oknu, aby denní světlo přispělo k ústupu novorozenecké žloutenky. To už se dnes nedělá,“ dodává sestra Krsová

3.5.7 Polykání a sání

U zdravého fyziologického novorozence jsou přítomny reflexy. Mezi ty nejokřivnější patří právě polykání a sání. Sestra je schopna rozpoznat, že dítě při kojení polyká, což svědčí o tom, že dítě jí a matka má rozběhlou laktaci. To, že má dítě plně vyvinut reflex sání, je předpoklad pro dobrý průběh kojení. (Borek a kolektiv, 2001, s. 261)

3.5.8 Vylučování

První odchod moči zaznamenáváme u novorozence často v průběhu porodu nebo bezprostředně po něm. Dítě by se během poporodní adaptace mělo do 24 hodin vymočit. Obdobně je to i s odchodem smolky, která může odejít za porodu a může být známkou

porodní asfyxie. Nejčastěji odchází během 48 hodin po porodu, kdy by odejít měla. Smolka je černozeleňá dehtovitá hustá hmota vazké konzistence. Dalším aspektem, který musí být porodní asistentkou či dětskou sestrou kontrolován, je ublinkávání, které je většinou nezávažné a vyskytuje se často po kojení. Pozor je potřeba dávat na nadměrné zvracení, které by mohlo způsobit aspiraci. Všechny tyto údaje se zapisují do dokumentace. V pleně novorozence se mohou 2. – 3. den objevit urátové skvrny, kdy je moč zabarvena do červena, je to způsobeno vylučováním urátů. Během těchto dnů přechází smolka v přechodnou stolici, ta je řídká a světlejší. S nástupem plné laktace se stolice mění ve stolicu kojeného dítěte, která je žlutá, kašovitá, různé konzistence. (Saxlová, Najmanová. 1996, s. 27,30)

„Vylučování se sledovalo dobře, protože se používaly pouze látkové pleny, jiné nebyly k máni,“ říká dětská sestra.

3.6 Kojení

První přiložení dítěte k prsu probíhá za 12 až 14 hodin po porodu, prvních dvanáct hodin se dítě k prsu zpravidla nepřikládá. K prvnímu přiložení si důkladně umyjeme ruce a prsní bradavku a dvorec otřeme bórovou vodou. Pokud dítě křičí, je možné dítěti podat několik lžiček vlažného lehce oslazeného čaje. První dva až tři dny po porodu matčin prs obsahuje mlezivo. Toto prvotní mléko obsahuje dostatek bílkovin a solí a málo cukrů. Potřeba tohoto mléka je pro dítě významná v prvních dnech, kdy žaludek novorozence je malý a potřeba bílkovin velká. Třetí den nastupuje mléko žlutavé barvy, které je bohaté na tuky, ale ještě to není zralé mléko. Zralé mléko se objevuje postupně a je posléze přítomno po celou dobu kojení. Zralé čili definitivní mléko již není tak žluté, ale spíše vodnaté. Obsah tuků je též bohatý, mléko jich obsahuje jich právě tolik, kolik novorozenec potřebuje, tj. asi 4 %. V nemocnici si ke každému kojení matky berou plátěnou ústenku na obličej, kterou si přiloží přes ústa a nos. V nemocnici s ústenkou k dítěti přistupují všichni. Pokud matka ví, že je zcela zdráva, může si masku odložit. Nejprve přikládáme dítě třikrát až pětkrát denně, druhý den po porodu už můžeme dítě přikládat častěji, a to nejlépe každé 3 hodiny přes den a v noci po šesti hodinách. Důležité je zachovat denní režim, jemuž dítě přivykne. Důležitým faktorem je hlídání dítěte po celou dobu kojení, protože by se mohl zabořit nos dítěte k prsu a dítě by mohlo přestat dýchat. Dítěti ale jeho reflex nedovolí přestat dýchat, proto dítě samo odklání hlavičku, aby se mohlo nadechnout. (Klímová-Fugnerová, 1971, s. 122-123) Podle psychologů je dobré dítěti moc neustupovat a stanovit si tak nějaký řád, na který si dítě navykne. Pokud dítě zaspí kojící čas, je dobré ho rozbalit, tím se dítě většinou vzbudí a začne

se samo hlásit o jídlo. Pokud to situace vyžaduje, např. jeli dítě nemocné, přikládáme k prsu častěji. (Matoušek, 1973, s. 20)

„Kojení dítěte se matce názorně ukázalo, sledovala se technika, průběžně se prováděly kontroly kojení, protože v mezidobí novorozenci nebyli u svých matek. V poradně jsme nejčastěji vídali matky, které buď kojit nechtěly nebo kojily většinou jen krátce, třeba 2– 3 měsíce. Většina byla na umělém mléce a pro většinu to bylo normální. Nikdo moc kojení neřešil. Samozřejmě jsme taky museli dělat statistiky ohledně kojení, kolik žen kojí, kolik žen dokrmuje apod,“ analyzuje dětská sestra Krsová.

3.6.1 Polohy ke kojení

Při prvním přiložení dítěte se doporučuje poloha matky na boku, při níž je dítě přiloženo rovnoběžně vedle ní. Musí být položeno tak, aby samo dosáhlo ústy na prsní bradavku. Většinou při prvním přiložení nenastává žádný problém, protože novorozenecké reflexy okamžitě umožní dítěti sát. Pokud je zde narušen sací reflex, zkouší žena vytlačit dítěti pár kapek mléka na ústa a vloží dítěti bradavku i s dvorcem do úst. V tomto ohledu musí být matka trpělivá a musí zkoušet postup opakovat několikrát denně. (Klímová, Fugnerová, 1971, s. 123)

3.7 Povinná vyšetření novorozence

Každému novorozenci po porodu se v rámci celoplošného screeningu provádí několik vyšetření, která jsou povinná. Všechny tyto vyšetření probíhají již za dobu hospitalizace novorozence po porodu. Nejdříve 4. den po porodu, když už je dítě zatíženo mlékem se provádí odběr kapilární krve na screening onemocnění PKU a hypotyreózy. Odběr je prováděný vpichem na patičce novorozence a krev vytéká na speciální filtrační odběrový papírek. Druhým onemocněním zahrnujícím screening je hypotyreóza, která je nejčastější endokrinní onemocnění. Proto je důležitý včasný záchyt této nemoci, kdy při včasné zjištění je zahájena léčba substituční terapií. Před propuštěním domů musí mít novorozenec screening kolonizace, které se provádí stěrem z ucha, pupku a axilárního prostoru. Toto vyšetření zjišťuje a dává informace o osídlení cizím agens, které dítě získalo při porodu nebo při pobytu na novorozeneckém oddělení. Vedle screeningového vyšetření probíhá u novorozence i vyšetření ortopedické, které má odhalit případné vrozené vady kyčelních kloubů. Toto vyšetření se provádí od r. 1977. (Lebl, 2012, s. 24) Při propuštění se u dítěte měří obvod hlavy a hrudníku. Povinným je též očkování proti TBC u všech

novorozenců, které probíhá 4. den po porodu a aplikuje se injekčně do levého ramínka. (Saxlová, Najmanová, 1996, s. 48-49, 53-55)

3.8 Očkování

Očkování dětí patří mezi nejlepší opatření k vzniku přenosných nemocí, kde je nutné dodržet předepsané lhůty, aby riziko nákazy a šíření bylo nejmenší. Aby dítě bylo zdravé, je nutnost dítě nechat naočkovat povinnými vakcínami. Mezi povinné očkování patří očkování proti tuberkulóze, záškrtu, černému kašli, neštovicím, tetanu a dětské obrně. Po těchto očkování může mít dítě nežádoucí příznaky v podobě zduření místa vpichu nebo může lehce vzrůst teplota. Po očkování proti neštovicím vzniká zarudlý pupen, který po zaschnutí a odpadnutí vytvoří malou jizvu. Proti obrně se používají živé Sabinovy vakcíny, které snížily skoro na minimum výskyt dětské obrny. Je nutno uvést, že na infekční onemocnění umírají ve většině případů děti, které nejsou naočkované. (Klímová-Fugnerová, 1971, s. 185-186)

4 SOUČASNOST

V dnešní době je medicína na špičkové úrovni, a to ve všech odvětvích. Není tomu jinak ani v neonatologii. Pro záchranu novorozenců existuje několik přístrojů, které jsou schopny novorozence zachránit, a to především pro předčasně narozené děti. V České republice v neonatologii patříme ke světové špičce. Péče o novorozence se mění v čase, ale v několika ohledech se opět vracíme k praktikám spíše starším. Jedná se v první řadě o kontinuální kontakt dítěte s matkou. Snažíme se, aby nedocházelo k separaci dítěte od matky. V dnešní době je nejvyšší prioritou kojení, které řeší matky, porodní asistentky, dětské sestry, laktační poradkyně. Je to nejjednodušší, ale zároveň ten nejtěžší úkon, jehož zvládnutí vede ke spokojenosti na obou stranách. Též je to nejpřirozenější věc, která spojuje matku s dítětem dohromady, díky níž fungují jako jedna společná jednotka. Právě toto fungování je cílem péče o novorozence. Fungování matky a novorozence jako společná jednotka.

4.1 Pomůcky k 1. ošetření novorozence

Pro novorozence jsou neprodleně po porodu důležité jednoduché úkony, které novorozence udržují v klidu a bezpečí. Mezi těchto několik úkonů patří udržování v teple, adekvátní péče, přísátí k prsu a kontakt s matkou. První ošetření ještě na porodním sále provádí porodní asistentka nebo dětská sestra. Důležité jsou pomůcky, které musí být na porodním sále vždy přítomny. Na porodním sále se nachází ošetrovací stůl se zdrojem tepla, vyhřátý inkubátor nebo vyhřívané lůžko, fungující odsávací zařízení, přívod plynů (kyslíku a vzduchu), fonendoskop, stopky, odsávací cévky (několika průměrů pro odsátí HCD, cévky se dvěma otvory pro odsátí žaludku), dále přímo pro potřeby novorozence jsou připraveny sterilní pleny, přičemž by měla být možnost jejich nahřátí, váha, míra, kapky k ošetření očí (nejčastěji O-Septonex), sterilní mulové čtverce, prádlová guma nebo svorka k ošetření pupečníku, pomůcky k označení totožnosti novorozence, zavinovačka, peřinka, oblečení pro novorozence, příslušná dokumentace. Pokud by bylo nutné resuscitovat novorozence ihned po porodu, měly by být přítomny na porodním sále i tyto pomůcky: jako je samorozpínací resuscitační vak, sada masek pro novorozence, endotracheální kanyly, laryngoskop s rovnou lžící a léky určené k resuscitaci novorozence. Před každým porodem je nutné, aby porodní asistentka ověřila přítomnost potřebných pomůcek, popřípadě doplnila a zkontrolovala jejich stav. (Sedlářová a kolektiv, 2008, s. 53)

4.2 Primární ošetření ve III. době porodní

Po porodu plodu nejčastěji pokládáme dítě ihned matce na hrudník, a tím podporujeme kontakt *skin to skin*, který je důležitý jak pro dítě, tak pro matku. (Gregora, Dokoupilová, 2016, s. 8–11) V této poloze necháme dotepat pupečník, jež následně podvážeme ve vzdálenosti přibližně 6 cm od břišní inzerce a pod ochranou ruky pupečník přestříhneme. Tento pahýl novorozence podložíme sterilní rouškou. Po kontaktu *skin to skin* s matkou předáváme dítě do péče porodní asistentky či dětské sestry k 1. ošetření. Z placentárního pahýlu pupečníku se posílá krev na laboratorní vyšetření hladiny krevních plynů a acidobazické rovnováhy z pupečnickové arterie a vény. Tímto vyšetřením jsme přesně informováni, společně s hodnocením dle Apgarové, o výchozím stavu novorozence. S tímto vyšetřením se současně odebírá krev na syfilis a na určení krevní skupiny plodu u Rh negativních matek. Jsme schopni zjistit krevní skupinu novorozence, která je důležitá pro další průběh léčení matky anti-D globulinem. (Hájek, Čech a kolektiv, 2014, s. 192–193)

4.3 První ošetření novorozence

Prvním úkolem porodní asistentky ihned po porodu plodu je zamezit ztrátám tepla u novorozence. Novorozence po přerušení pupečníku a proběhlém *skin to skin* kontaktu přesuneme na predehřáté vyhřívací lůžko. Pokud neprobíhá kontakt *skin to skin* a je nutné dítě z nějakého důvodu neprodleně vyšetřit, tak přebíráme dítě ve sterilní roušce a přenášíme rovnou na vyhřevné lůžko v Trendelenburgově poloze. Dítě důkladně osušíme, tím krom samotného osušení stimulujevitální projevy novorozence. Dobrým znamením je, že má dítě růžovou barvu, silně křičí, čile se pohybuje a hluboce dýchá. Odsávání z úst a nosu se u fyziologických novorozenců neprovádí, protože je s ním spojených několik negativních důsledků. (Sedlářová a kolektiv, 2008, s. 54) Za dostatečnou taktální stimulaci považujeme osušení dítěte od plodové vody, při němž dotekem aktivujeme dýchací centra. Jelikož teplota dítěte po porodu je stejná nebo jen mírně vyšší než teplota matky, je též možno provést první ošetření na kůži matky, v tomto případě se dítě osuší a překryje dekou. Při probíhajícím prvním kontaktu s matkou necháváme dotepat pupečník, přičemž hovoříme o odloženém podvazu pupečníku. Ideální je podvázat pupečník až za 2–3 minuty po porodu plodu. Tento jednoduchý proces s pupečníkem má nevyčíslitelnou hodnotu u novorozence, jelikož během těchto minut stoupá objem krve až na 100 ml/kg. S tímto množstvím krve novorozenec získává velkou zásobu železa, která slouží především jako prevence anémie. Po dotepání pupečníku se pupečník podváže gumou nebo plastovou svorkou ve vzdálenosti cca 2–3 cm od úponu. Pahýl se překryje gázou a je ponechán spontánní mumifikaci. Dítě je pouze lehce

osušeno, jelikož jeho tělo je kryté mázkem, který má na kůži blahé účinky, protože udržuje kůži hydratovanou. Na porodním sále se dítě nijak nekoupe ani neoplachuje. Koupel se provádí nejdříve za 6 hodin po porodu. V prvotních úkonech je dítě zváženo a změřeno, ale od měření délky se už v několika porodnicích ustupuje a vyčkává se až na spontánní uvolnění flexe dolních končetin. Nynější trend je měřit dítě až v odstupu několika hodin po porodu nebo až při propuštění domů z porodnice, jež probíhá standardně po 72 hodinách. Po zvážení se dítě musí dostatečně označit. Nyní se nejčastěji používají nerozpojitelné plastové náramky, které obsahují informace o dítěti i matce. K plastovým náramkům se dále připojuje označení přímo na kůži novorozence. K dokončení prvního ošetření patří ještě kredeizace očí Ophthalmo-Septonexem jako prevence novorozenecké konjunktivitidy. Pro předcházení rizika vzniku krvácivé nemoci u novorozence se provádí aplikace vitamínu K, nejčastěji ve formě i.m., ale v dnešní době čím dál častěji i ve formě kapek. Vitamin K by měl být aplikován nejpozději do 2 hodin po porodu. (Pánek, 2013, s. 363– 366)

4.4 Dětská poradna

Po propuštění z porodnice je první prohlídka novorozence prováděna v poradně praktického dětského lékaře nebo přímo v domácím prostředí dětským lékařem a dětskou sestrou, nejpozději 48 hodin po propuštění z porodnice. Lékař se sestrou na novorozence pohlíží komplexně a hodnotí několik aspektů. Dítě se zváží, zhodnotí se jeho celkový stav, barva a charakter kůže, pupečník, genitál, reflexy a je zhodnocen psychomotorický vývoj. Rovněž je zjišťováno a pozorováno, zda žena kojí. V souvislosti s kojením dětská sestra nebo lékař matku edukuje o správné technice, praktických polohách. Edukuje též matku o správné péči o novorozence. Zápis se provádí po každé návštěvě do zdravotnické dokumentace dítěte. (Vejrostová, 2006, s. 99) Další prohlídky probíhají většinou již v ordinaci praktického lékaře ve 14 dnech věku, v 6 týdnech a dále pak ve 3, 4, 6, 8, 10 měsících a následně v roce života. Nepravidelné kontroly probíhající ještě ve 2. a 5. měsíci slouží k potřebě očkování. (Stožický, 2015, s. 27)

„Většina fyziologických novorozenců je propuštěna do domácí péče standardně po 72 hodinách, kdy jsou provedena všechna screeningová vyšetření na novorozeneckém oddělení. Stále častěji se však setkáváme s ambulantními porody a předčasným propuštěním na žádost rodičů. U těchto dětí je pak nutné doplnit screeningová vyšetření cestou nás, praktických lékařů. První návštěva novorozence, který byl propuštěn z porodnice ve standardní době a ukončil hmotností spád je plánována většinou do 48 hodin od propuštění z porodnice, u dětí propuštěných dříve většinou do 24 hodin. Během návštěvy ve 14 dnech

a 6 týdnech se edukují rodiče ohledně péče, předepisuje se vitamin D, případně vitamin K v závislosti na jeho podání po porodu,“ dodává Mudr. Pečenková.

4.5 Péče o novorozence v prvních dnech života

Přizpůsobení novorozence okolnímu světu, jinému než tomu uterinnímu, bývá složitý proces a je pro dítě náročné. Dochází k několika změnám a úpravám v tělesných systémech. Tyto děje nazýváme hromadně jako *poporodní adaptace*. Postnatální adaptace probíhá většinou 6–24 hodin. U většiny novorozenců se jedná o hladký průběh. Po přesunu na novorozenecké oddělení se u dítěte ještě po dobu 24 hodin provádí observace, a to i u fyziologických novorozenců. Protože probíhá adaptace, a tudíž můžeme sledovat, nebo i odhalit nějakou odchylku od fyziologie. Novorozenec je ošetřován společně s matkou na pokoji, tzv. *rooming in*. Standartní délka pobytu na novorozeneckém oddělení je 72 hodin. (Hájek, Čech, 2014, s. 219– 220)

4.5.1 Dýchání

Během porodu dochází k stlačení hrudníku a vyplavení plicní tekutiny, surfaktantu. Po narození je potřeba nejen surfaktant, ale i okolní vjemy, jako je chlad, světlo, hluk, bolest. Dýchání u novorozence bývá povětšinou ve spánku nepravidelné, ale naopak v bdělém stavu je klidné. Počet dechů se pohybuje mezi 40–60 dechy za minutu. Vlivem neúplné zralosti všech systémů, může být patrný pískot při nádechu. Tento jev je způsoben nezralostí hrtanových chrupavek. (babyweb.cz, 2010, s. 102)

„Na posuzování dýchání nám slouží tabulky, zohledňujeme nějaké patologie či RDS,“ dodává lékařka Pečenková.

4.5.2 Péče o pupečník

Péči o pupeční pahýl je potřeba věnovat větší pozornost, jelikož může dojít ke krvácení z pupečníku. Kontroluje se jeho krytí, které nesmí prosakovat. V České republice se během 3. nebo 4. dne po porodu pupek chirurgicky snáší. Tento způsob se dobře jeví v rychlejší hojení a má též údajně lepší kosmetický efekt. (Hrodek, 2002, s. 70) Na rozdíl od chirurgického snášení pupku se v zahraničí a dnes stále častěji i u nás nechává pupeční pahýl zaschnout a čeká se na samovolný odpad. Ošetřování pupečního pahýlu a následné jizvy se provádí denně, šetrným čištěním dezinfekčním prostředkem, nejčastěji lihem. V prvních dnech by se mělo vyhnout koupání i kvůli pupečnímu pahýlu, aby pahýl mohl dobře zaschnout a zhojit se. (Pařízek, 2009, s. 528)

„Po porodu ošetřujeme pupek svorkou, někde i gumičkou. V následujících dnech pupek mumifikuje a pak se, nejdříve po 48 hodinách po porodu sterilně seřezává skalpelem a sterilně se kryje. Někdy se nechává spontánně odpadnout. Často se přihlíží k přání rodičů, zda chtějí pupeční pahýl odstranit nebo ponechat,“ objasňuje Mudr. Pečenková.

4.5.3 Teplota

K udržení správné teploty dítěte je nutné zajistit dostatečnou teplotu na oddělení. Ideální teplota vzduchu by měla být 22–26 °C. Též je dobré se dítěte dotýkat teplými rukama a připravené pomůcky mít zahřáté. Pro rutinní měření teploty u dítěte používáme běžné teploměry. Nejideálnější místo pro měření je v axile, protože pro novorozence je nejméně invazivní, bezpečné a jednoduché. Suchý teploměr držíme v podpaží a lehce tiskneme ramínko dítěte. Teplota může být ovlivněna vyšším výskytem mazu a tím pádem i vyšším metabolismem hnědého tuku. Pokud dítě měříme v rektu, teploměr nejprve lubrikujeme a zavádíme max. do hloubky 2 cm. Zde z naměřené hodnoty nic neodečítáme, jako je tomu u starších dětí. Fyziologická teplota dítěte by neměla překročit 37,4 °C. (Fendrychová, 2019, s. 326– 330) Při propouštění domů by již dítě mělo být schopno si stálou tělesnou teplotu udržet, pokud je dítě dostatečně oblečené. Na udržení stálé teploty je zapotřebí dostatek energie, proto nezbyvá dostatek na přibývání na váze. Proto by se měla doba, kdy je dítě vysvlečené omezit na minimum. (Waterston, 2011, s. 94) „Nejčastěji při prvním měření teploty provádíme měření v rektu se současnou aspekci análního otvoru. Ale na většině pracovišť se teplota měří axilárně. Vyšší teplota nás může upozornit na případnou dehydrataci,“ říká Mudr. Pečenková.

4.5.4 Tep

Oproti dospělému je tep u novorozence nápadně rychlejší. Počet fyziologických tepů u novorozence se pohybuje kolem 120 tepů za minutu, ale rychlost srdeční akce je relativně proměnlivá. (babyweb.cz, 2010, s. 102) Srdeční frekvence je ovlivněna pohybovou aktivitou novorozence. Při měření krevního tlaku by hodnoty fyziologického novorozence měly být v rozmezí 50– 75 mmHg systolického tlaku a 30– 45 mmHg diastolického tlaku. (Michalová, 2013, s. 20)

4.5.5 Délka a váha

U novorozence je patrná váhová křivka, kdy dítě oproti porodní hmotnosti ubude na váze, sledujeme tedy propad váhy. Pokud je váhový úbytek 10–15 % z porodní váhy, jedná se o fyziologický pokles, který většinou dosahuje svého maxima kolem 4. dne života dítěte. Záhy na to křivka stoupá a dítě začíná přibývat na váze, to především díky nástupu

plné laktace. Své porodní váhy dítě dosáhne většinou kolem 10. dne života. Váhový přírůstek se pohybuje kolem 100–200 g za týden. (Hrodek, 2002, s. 71)

„Pokud se jedná o eutrofického novorozence, je možné první vážení provést až v době po přejezdu z porodního boxu. Měření se dnes již bezprostředně po porodu neprovádí, ale odkládá se až na 2., případně 3. den po porodu. V průběhu hospitalizace se děti váží minimálně jedenkrát denně při ranní vizitě. Hodnotí se velikost úbytku, kdy za fyziologický považujeme úbytek do 10 % porodní hmotnosti. Nejčastější příčinou nepřibývání na váze je pomalejší nástup laktace u matky. Pokud je váhový úbytek vyšší, je potřeba zhodnotit hydrataci, frekvenci močení a optimalizovat perorální příjem. Důležité je též vyloučit i jiné závažnější příčiny neprospívání,“ dodává dětská lékařka.

4.5.6 Novorozenecká žloutenka

U asi 50 % novorozenců se objevuje fyziologická žloutenka. Novorozenecká žloutenka neboli *ikterus* bývá viditelná až u hodnot kolem 85 $\mu\text{mol/l}$ z krve. Ikterus vzniká z důvodu velkého rozpadu erytrocytů a nedostatečné fce jater, při níž játra nejsou schopna vysokou hladinu bilirubinu odbourávat. U posuzování a sledování novorozence je proto nutné kontrolovat vzniklý kefalhematom po porodu, který může být příčinou vzniku ikteru. Také nás může upozornit pozdní odchod smolky nebo nějaká známka infekce, důležitá je již anamnéza, která nám může napovědět, že ke vzniku ikteru může dojít v důsledku inkompability krve matky a dítěte. Chceme-li odhalit či prokázat žloutenku, řídíme se jednak pohledem, ale především specifitějšími testy, jako je transkutánní měření nebo nejlépe stanovení celkového a konjugovaného bilirubinu z krevního séra. Nejvyšší hladiny bilirubinu jsou 2. – 3. poporodní den, kdy hladina bilirubinu může být až 205 $\mu\text{mol/l}$. K poklesu dochází během 1. týdne. Žloutenka většinou u fyziologicky prospívajícího novorozence odezní sama v průběhu několika dní. (Hrodek, 2002, s. 74–75) Jako nejlepší prevence novorozenecké žloutenky se jeví neomezované kojení. Jelikož při častém kojení dochází k rychlejšímu odchodu smolky, která je velkou zásobárnou bilirubinu a současně rychlejšímu nástupu přechodné stolice. (Pařízek, 2009, s. 526) Novorozenecká žloutenka ve vyšších dávkách, která je indikována k léčbě, se léčí nejčastěji fototerapií. Při této léčbě se využívá schopnosti bilirubinu přijmout foton a tím pádem změnit svou strukturu. V průběhu prvních dnů je potřeba sledovat vývoj ikteru, zejména u dětí matek s Rh nebo AB0 inkompatibilitou. U dětí matek krevní skupiny 0 a Rh negativních je vyšetřován pupečnickový bilirubin. V dnešní době jsou standartně využívány transkutánní ikerometry, které při dobré

kalibraci minimalizují nutnost žilních odběrů u dětí. Na některých pracovištích je možné stanovovat bilirubin i ze vzorku kapilární krve. (Dort, 2013, s. 67)

4.5.7 Polykání a sání

Sací reflex je u novorozence velmi silný ihned po narození, proto je doporučováno první přiložení ihned na porodním sále. Pro dobrý polykací reflex musí být bradavka i celý dvorec zasunutý co nejhlouběji do úst dítěte. Pro ověření sání je možné zasunout do úst dítěte prst, přičemž prst stimuluje sání. Jako ověření dobrého sacího reflexu nám slouží i patrné pohyby spánků a uší dítěte. K odhalení skutečného polykání mléka slouží pohyb brady, který pro polknutí udělá patrnou pauzu. Velmi dobře je sací reflex patrný u hladového dítěte, které si intenzivně saje svoje ručičky. (Sedlářová a kolektiv, 2008, s. 53)

4.5.8 Vylučování

Během poporodní adaptace je diuréza malá a postupně se zvyšuje až s přísunem potravy, tj. mateřského mléka. První močení by mělo být zaznamenáno do 24 hodin po porodu. První odchod smolky nastává většinou dříve než močení, smolka nejčastěji odchází během prvních 48 hodin po porodu. Pokud odchod smolky stagnuje, můžeme zaznamenat vzedmuté břicho či zvracení. Smolka jako první stolice mívá černou barvu a vazkovitou konzistenci. S postupným nástupem laktace se objevuje tzv. přechodná stolice, která už je zelenočerná a je řidší. S plnou laktací nastupuje již trvalá stolice, jež je žlutá, řidší a připomíná míchaná vajíčka. Frekvence stolic u dítěte je proměnlivá, může být několikrát za den, ale i pouze jednou a stále se jedná o fyziologické vylučování. (Hrodek, 2002, s. 70) „Při aktuálním trendu bondingu se občas stává, že první močení proběhne na porodním sále při skin to skin a přes edukaci nebývá 100 % zachyceno,“ objasňuje Mudr. Pečenková

4.6 Kojení

Nejpřirozenější a nejideálnější výživou pro novorozence a posléze i kojence je kojení, jelikož mateřské mléko obsahuje optimální výživové vzorce a přísun živin, které jsou optimální pro dobrý růst dítěte. Kojení a mateřské mléko můžeme považovat také za zdravotně preventivní, imunitní a ekonomické. Důležitý je rovněž psychologický aspekt kojení, a to především pro psychologický vývoj dítěte. Při kojení se u matky i dítěte navozuje pocit bezpečí a prohlubuje se mezi nimi emoční vazba. Celkový vývoj mléčné žlázy je podřízen hormonům, tj. prolaktinu, který zabezpečuje kaskádu tvorbu mléka, a oxytocinu, který se aktivuje, když dítě saje a tím vyplavuje mléko ven. Mléko se mění v čase a podle nároků dítěte, tomu odpovídá i jeho odlišné složení. V prvních dnech po porodu se vyskytuje mlezivo neboli kolostrum. Toto prvotní mateřské mléko obsahuje hodně bílkovin, méně tuků

a sacharidů, velkou výhodou je velké množství sekrečního IgA. Celkově má mlezivo nižší energetický obsah. Během nástupu laktace, obvykle 2. až 3. týden, nastupuje mléko přechodné. Přechodné mléko je více tučné a obsahuje více sacharidů, naopak obsah bílkovin je nižší. V plném rozběhu laktace je mléko zralé, které se objeví 3. týden po porodu a je energeticky nejbohatší a složením podobné mléku přechodnému. Z hlediska energetického přísunu jsou nejpodstatnější tuky. Mléko rozdělujeme na mléko přední a zadní. Zadní mléko obsahuje až 4–5krát více tuku než přední. V mateřském mléce je důležitý probiotický efekt, který chrání dítě před patogeny. K dobrému kojení a celkově dobrému průběhu laktace jsou zapotřebí správné iniciační kroky. Nejdůležitější je časně zahájení kojení a přiložení k prsu do 1 hodiny po porodu, rovněž podávání výhradně mateřského mléka. Důležité je kojit dítě podle jeho potřeby, dítě by nemělo být omezováno frekvencí a časem stráveným u prsu. (Lebl, 2012, s. 116–119) Platí zde zákon nabídky a poptávky. Za správnou techniku kojení mají největší zodpovědnost porodní asistentky či dětské sestry na novorozeneckém oddělení. Za nejdůležitější je považovaná správná vzájemná poloha matky a dítěte. Dítě se přikládá k tělu matky, nikdy ne matka k dítěti. Ústa novorozence by měla být v úrovni bradavky. Při podráždění pusinky miminka se u něj vyvolá hledací reflex, správnou reakcí je otevření úst a následné uchopení bradavky spolu s co největší částí dvorce. Matka by měla přidržovat prs, a to tak, že prsty zespod pozvedávají prs a palec jej přidržuje shora, ale prsty by prs neměla od dítěte odtahovat. Při správné poloze dítě volně dýchá. Při správném přísátí k prsu se brada a nos dítěte dotýká prsu, ústa dítěte jsou plně otevřena a většina dvorce je v ústech dítěte. Dolní ret je ohrnut směrem ven a jazyk jej přesahuje. Při sání jsou patrné pohyby spánků a uší dítěte. (Pařízek, 2009, s. 606–618) Hovoříme zde o asymetrickém přísátí, při němž spodní ret miminka pokrývá větší část dvorce, naopak horní ret pouze část. Brada by měla být zabořena do prsu, ale nos by měl být volně, aby mohlo dítě dobře dýchat. Nejlépe se dosáhne asymetrického přísátí, když zadeček a tělíčko miminka jsou co nejbližší k tělu matky. Jelikož se snažíme dítě krmit na jeho vyžádání, posuzujeme správný čas vhodný ke kojení. Když dítě začíná otáčet hlavičku, otevírá pusinku, saje si ručičku, přísává se k prstům matky, objevují se u něj sací pohyby naprázdno, mrčení, nespokojenost, všechny tyto podněty můžou být dobrým podnětem k zahájení kojení. Doba, kterou by měla maminka kojit dítě je zcela individuální. Jelikož délka kojení není podstatná, protože ani dlouhé kojení nesvědčí o dostatečném příjmu mléka. Pro příjem mléka je podstatné skutečné pití z prsu, jelikož dítě u prsu nemusí pouze pít, ale např. si reguluje činnost srdce, reguluje dýchání, potřebu se uklidnit, potřebuje kontakt s matkou apod. Proto by se nemělo doporučovat pravidelné kojení po určitých hodinách s daným intervalem, ale dávat dítě častěji k prsu a

pít menší dávky. K odhalení, že dítě skutečně pije, slouží pomůcka, která spočívá ve sledování pauzy během pohybu brady, čím větší pauza, tím více dítě pije. (Poloková, 2011, s. 32– 33, 53– 55)

„Zásadním úkolem personálu novorozeneckých oddělení je podpora maminek při kojení. Zejména u prvorodiček je důležitá edukace, častá asistence při prvních příkládáních k prsu, edukace péče o bradavky, nácvik různých poloh a psychická podpora maminek. Dnes již nejsou striktně dodržovány intervaly mezi kojením, dítě je krmeno tzv. dle chuti, opět zde však hraje důležitou roli edukace ohledně frekvence, délky přiložení atd. Novorozenec by měl být krmen zhruba ve tříhodinových intervalech, což odpovídá přibližně 8 krmením za den. Hlavně zpočátku je příkládání častější. Často se dnes setkáváme s nadužíváním kloboučků, které si již maminky přinesou do porodnice. Správnou edukací a nácvikem se však většina novorozenců kojí bez nutnosti jejich použití,“ upozorňuje dětská lékařka.

4.6.1 Polohy ke kojení

K úspěšnému kojení patří užití správné polohy. U prvního přiložení na porodním sále bývá nejčastěji užívaná poloha vleže. Poloha by měla být pro matku co nejpřirozenější. Zde platí jediné a zároveň nejdůležitější pravidlo: vždy přikládáme dítě k prsu, ne prso k dítěti. Ve správné poloze musí být jak dítě, tak i matka. Dítě by mělo být v jedné linii (ucho, rameno, kyčle). K dobrému sacímu reflexu potřebuje dítě klid, tudíž by nemělo být rušeno nadměrným dotykem matky. Správná poloha z hlediska dítěte je rozpoznatelná lehce, protože dítě je v klidu, nešpulí rty, saje, volně dýchá. U matky můžeme o správné poloze mluvit, pokud je matka relaxovaná, tkáň prsu se nenapíná a pokud po skončení kojení je prs vyprázdněný. Porodní asistentka či dětská sestra matku edukuje o možných polohách ke kojení. Měla by umět doporučit tu správnou polohu, která matce bude vyhovovat, a pokud je žena po císařském řezu, měla by tuto skutečnost porodní asistentka nebo dětská sestra zohlednit. První polohou je poloha vleže, při níž dítě i matka leží na boku, hlava matky je vypořádkována polštářem a dítě leží v ohbí její paže. Poloha vsedě je charakteristická tím, že dítě leží v ohbí matky, její předloktí podpírá dítěti záda, jedna ruka přidržuje dítě za hýždě a druhá ruka přidržuje prs. K dokonalému provedení této polohy by měla mít žena vyvýšené nohy, nejlépe na stoličce. Pro ženy s velkými prsy nebo pro ženy s plochými bradavkami nebo i po císařském řezu je nejideálnější poloha tzv. *na fotbalistu*. Jde o polohu, kdy dítě leží na předloktí matky, která podpírá rukou ramínka. Jedna ruka dítě drží zespodu a druhá přidržuje hlavičku. Nohy dítěte jsou nataženy podél boku matky a měly by být volně, neměly

by se o nic opírat. V nejlepším případě je předloktí matky vypodloženo polštářem. (Pařízek, 2009, s. 610– 615)

4.7 Povinná vyšetření novorozence

Mezi povinná vyšetření patří několik úkonů, které probíhají ještě za pobytu novorozence na novorozeneckém oddělení. U všech novorozenců se provádí povinný screening tzv. suchá kapka, z níž se vyšetřují endokrinní onemocnění (hypotyreóza, adrenální hyperplazie, cystická fibróza), dále několik dědičných onemocnění, jako je např. fenylketonurie a dalších 9 dědičných poruch. Tento odběr z patičky novorozence se provádí v rozmezí 48– 72 hodin po porodu. Tyto odběry jsou nanášeny na speciální filtrační papír a jsou odesílány ke zpracování do laboratorních center k tomu určených. (Lebl, 2012, s. 23– 24) U novorozence se také provádí vyšetření k odhalení vrozené dysplazie kyčelní, tzv. VDK. V tomto případě dochází ke změnám v postavení acetabula a hlavice femuru. Toto vyšetření je schopno zjistit toto vrozené onemocnění a provádí se u všech novorozenců v prvních 3 dnech života. (Janota, Straňák, 2013, s. 504) Pokud nebylo vyšetření provedeno v porodnici, dochází k vyšetření ve 14 dnech věku dítěte. (Pařízek, 2009, s. 529) Pokud byl nález fyziologický, další vyšetření je ve 4–6 týdnech i s důkladnějším ultrazvukovým vyšetřením. Dalším povinným vyšetřením v porodnici je screening kongenitální katarakty, při němž je u novorozence vyšetřen červený reflex v zornici za pomoci oftalmoskopu. Do výčtu vyšetření spadá ještě vyšetření sluchu, které se provádí metodou tranzientně evokovaných otoakustických emisí. Zde jde o to, že zevní buňky hlemýžďe reagují na příjem zvukových vln. Vyhodnocení probíhá pomocí počítače. Důležitost má tento screening právě záhy po narození, protože díky časnému zjištění je možno tuto situaci řešit. (Lebl, 2012, s. 24– 25)

4.8 Očkování

V České republice je dán povinný očkovací kalendář, jemuž podléhají všichni novorozenci. Dále je také rodičům u PLDD nabízeno několik očkovacích dávek, které nejsou povinné, ale jsou pouze doporučované. Během 1. roku života se povinně očkuje všem novorozencům hexavakcína, pod níž spadá očkování proti 6 nemocím. Mezi tyto nemoci patří záškrt, tetanus, dáivý kašel, Haemophilus influenzae B, hepatitida B, poliomyelitida. Touto vakcínou jsou novorozenci očkováni ve třech dávkách, aplikace probíhá intramuskulárně do levého stehna. První dávka je možna od 9. týdne života, dále následuje přeočkování vždy po měsíci od předchozí dávky. Z povinného očkování bylo vyřazeno

v roce 2010 očkování proti tuberkulóze a nyní se očkují pouze děti, které mají vysoké riziko vzniku této nemoci. Mezi nepovinné očkování v tomto věku je rodičům nabízena vakcína proti pneumokokovým onemocněním, výhodou tohoto očkování je proplacení zdravotní pojišťovnou. Očkovací schéma je totožné jako u hexavakcíny a většinou bývá očkováno souběžně. (Stožický, Sýkora, 2015, s. 29) Po doporučení nebo rozhodnutí rodičů mohou být dítěti naočkovány vakcíny, jako jsou např. vakcíny proti chřipce, meningokokovi, rotavirům, varicelle, hepatitidě A. (Klíma, 2016, s. 256)

DISKUZE

Téma novorozenců a péče o ně je hojně zkoumáno a také popisováno různými odvětvími medicíny, a to jak pro odborníky, tak především pro laickou veřejnost. Upřímně řečeno jsem nenarazila na žádnou práci pojednávající o péči o novorozence, která by zahrnovala porovnání a pohled na tuto tematiku v několika časových rovinách. Sháněla jsem potřebnou literaturu, která odpovídá mým zvoleným časovým obdobím. Pro větší autentičnost daných témat jsem zvolila také zařazení rozhovorů se ženami z oboru, které mají zkušenosti a praxi v daném oboru a byly schopny mi k daným tématům říct hodně praktických informací. Obstarání literatury a dostupných zdrojů bylo ke každému z období odlišně náročné. K válečnému období jsem měla k dispozici relevantní pouze omezené zdroje, které zachycovaly potřebné informace k této bakalářské práci. Při srovnání socialistických a porevolučních zdrojů se současnou literaturou mě překvapilo, že za dob socialismu bylo mnoho knih koncipovaných jako příručky s radami pro matky, jak o dítě pečovat, nežli nové podněty sepsané lékaři či profesionály v oboru. V dnešní době je k dispozici mnoho knih, které jsou vydávány lékaři, sestrami, a lidmi, kteří se pohybují v okolí dětí. Též je dnes k dispozici mnoho cizojazyčných knih, kterých je nepřehledné množství a pojednávají o rozličných tématech, jež jsou často nahlížena z nové perspektivy.

Abychom mohli přijímat nové poznatky v péči o novorozence, musíme znát i její minulost a je dobré se na toto téma zaměřit ze široka, protože nám historie může poskytnout cenné rady a zkušenosti. V prvním zkoumaném období byla v centru naší pozornosti válečná a poválečná péče o novorozence. V těchto dobách byla péče o novorozence, která se pojí s porodem, byla situována do domácího prostředí. Z dostupné historické knihy porodní asistentka přejímala starost o ženu i novorozence během porodu a pečovala o ně i v celém šestinedělí, o dítě i déle. Což mělo velký přínos pro matku i dítě. V této době nefungoval kontakt matky a dítěte bezprostředně po porodu, neboť dítě bylo ošetřeno zvlášť. Ale stále vše probíhalo v domácím prostředí v jedné místnosti. Porodní asistentka měla za úkol dítě detailně prohlédnout, a pokud bylo vše v pořádku, bylo dítě uloženo do postýlky. (Pachner–Bébr, 1932, s. 173) Dítě se v této době matce k prsu nebo ke kontaktu nedávalo, protože podle zkušeností byla žena po porodu unavená, a proto by se o dítě nemohla postarat. Novým překvapením zde bylo řešení novorozenecké žloutenky, která ještě nebyla probádána, a netušilo se, proč dítě žlutne. Porodní asistentka ale věděla, že během několika dní žluté zbarvení ustoupí. V nynějších dobách posuzujeme novorozence jednak i pohledem, ale především specifitějšími testy, jako je měření ikterometrem a stanovení celkového

konjugovaného bilirubinu z krevního séra. Také nyní víme, jak tuto novorozeneckou žloutenku léčit, už se neřídíme radami vystavovat dítě slunečnímu záření, nýbrž se uplatňuje léčba fototerapií. (Hrodek, 2002, s. 74–75), (Dort, 2013, s. 67) V tomto období se dbalo spíše na selský rozum a jednání se řídilo hlavně zkušeností. Takže například časové limity, které se dávají dítěti např. na odchod smolky, močení, nebyly dány a nebyl evokován žádný strach ani u porodní asistentky, ani u matky. Další odlišnost byla pozorována u přikládání k prsu, které probíhalo za 4 až 24 hodin po porodu, což se dnes už většinou nestává. Techniky a kroky ke kojení nebyly také tak propracované jako nyní, dítě se třeba přikládalo k prsu spíše vleže a hlavně v peřince. Dnes se praktikuje brzký kontakt s matkou a přiložení k prsu, ale dříve byl osvědčený postup jiný. Dítě se přiložilo klidně až za 24 hodin, protože v prsu nebyla ještě potřebná výživa pro dítě, ale jen mlezivo. (Pachner–Bébr, 1932, s. 181) Ale v tomto období mi byl sympatický přístup té porodní asistentky k dítěti i matce, kde ženy byly hodně edukovány o péči a sledovány jednou porodní asistentkou po dobu několika let.

Tabulka 1 Porovnání zjištěných dat – péče bezprostředně po porodu

	poválečné období	socialismus a porevoluční období	současnost
bonding	primární bonding neprobíhal	primární bonding neprobíhal, časná separace matky a dítěte	bonding bezprostředně po porodu
přiložení k prsu do 2 hodin po porodu	dítě se přikládalo nejprve za 3–4 hodiny po porodu	dítě se přikládalo nejprve za 12–14 hodin po porodu	dítě se přikládá k prsu do 2 hodin po porodu
koupání novorozence po porodu	dítě je koupáno ihned po porodu	koupání součástí 1. ošetření novorozence	dítě se koupe nejdříve za 6 hodin po porodu
porod a návštěvy porodní asistentky	porod doma, návštěvy minimálně 14 dní po porodu	porod v nemocnici, návštěvy dětské sestry po celé šestinedělí	porod v nemocnici, první návštěva dětské sestry doma, poté v poradně

Zdroj: vlastní

Za socialismu se péče lišila jak od doby předešlé, tak i od té nynější. Hlavním aspektem v péči o novorozence byla separace matky a dítěte. Takže péče o novorozence připadla personálu novorozeneckého oddělení. Po porodu nedocházelo vůbec k žádnému fyzickému kontaktu mezi matkou a novorozencem. Slovo bonding zde nebylo vůbec známo, dítě se po porodu ošetřilo a pouze ukázalo matce již zabalené v peřince a převáželo se na novorozenecké oddělení. Za velký minus zde považuji podporu kojení a kojení obecně. Z výzkumného experimentu vyplývá, že ženy opravdu kojit nechtěly. Jedním z důvodů také mohla být propagace umělé stravy a brzký návrat do zaměstnání. Ženy i kvůli izolaci od novorozence nekojily, ba ani dokonce kojit nechtěly a kojení odmítaly. (Lehečková, 2018, s. 59) Za válečného období a socialismu bylo automatické dítě po porodu ihned vykoupat, což bylo prvním krokem v ošetření novorozence. (Vyšín, 1888, s. 118) Naproti tomu stojí názor, kdy je doporučováno dítě vykoupat nejprve za 6 hodin po porodu. (Pánek, 2013, s. 363–366) Co považuji za dobrý krok v této době byla dětská poradna, kdy dětská sestra většinou po propuštění dítěte z porodnice navštěvovala novorozence doma. Probíhala klasická prohlídka novorozence, ale dětské sestry se hodně zaměřovaly na vývoj dítěte a sledovaly sociální stránku celé rodiny, která měla velký vliv na péči o novorozence i jeho vývoj. Dominuje tady komplexnost porodní asistentky, která poskytuje péči novorozenci i šestinedělce. Je možnost využít tuto péči čerpáním přes zdravotní pojišťovnu, pokud s ní má porodní asistentka smlouvu nebo si péči hradí sama matka. Bohužel tato péče není dnes dostatečně využívána. (Ziminová, 2015, s. 29–30) Též zde spatřuji velký rozmach v zavedení povinných vyšetření u novorozence a povinnosti očkovat. Zavedení povinného screeningu na odhalení vrozených metabolických onemocnění roku 1977 přispělo k časnému odhalení a léčbě dědičných nemocí. (Lebl, 2012, s. 24) Očkování proti TBC bylo samozřejmé za socialismu a byly povinně očkovány všechny děti. (Saxlová, Najmanová, 1996, s. 53–55) Naopak v dnešní moderní době se od očkování upustilo a od roku 2010 toto očkování připadá pouze na novorozence s velkým rizikem rozpuku onemocnění. (Stožický, Sýkora, 2015, s. 29) K tomuto období jsem zachytila cenné informace od dětské sestry, která mi zodpověděla mé otázky, především o praxi. Praktické informace se většinou shodovaly s informacemi, jež jsem objevila v knihách.

Tabulka 2 Porovnání zjištěných dat – péče v prvních dnech

	poválečné období	socialismus a porevoluční období	současnost
pozdní podvaz pupečníku	dotepání pupečníku	bezprostřední podvaz pupečníku po porodu plodu	dotepání pupečníku
novorozenecká žloutenka	samovolný odstup, nedostatečné informace	kontrola přes krevní náběry	kontrola přes transkutánní ikterometri
povinná vyšetření	povinné pouze vykapání očí	kyčle, vyšetření moči, vyšetření na PKU a hypotyreózu, stěr kolonizace, obvod hlavy a hrudníku	kyčle, screening metabolických vad, screening sluchu, kongenitální katarakta, obvod hlavy
očkování	žádný povinný očkovací kalendář	striktní očkovací kalendář, povinné očkování proti TBC	povinný očkovací kalendář

Zdroj: vlastní

Informací k současné době bylo nalezeno dostatečně, takže bylo důležité vybrat ty cenné zdroje, které byly pro výzkum přínosné. Každý zdroj a kniha obsahuje lehce odlišné informace a bylo zajímavé vyhledat právě ty informace, které se během výzkumu ukážou jako užitečné. V současnosti je péče odlišná od předešlých časových rovin. Klade se zde důraz na brzký kontakt dítěte s matkou, takže ihned po porodu probíhá bonding, kontakt skin to skin. S tím souhlasí i výzkum ohledně kojení, který říká, že každé miminko potřebuje kontakt, dotek, teplo a další podněty. Brzký kontakt je důležitý pro vývoj mozku a správný začátek kojení. Dbá se na přiložení k prsu ihned na porodním sále a poté časté přikládání dle potřeby dítěte. (Poloková, 2012, s. 9) Dobrým krokem zpět do minulosti je dotepání pupečníku, který za socialismu praktikován nebyl. Výhodu to má především pro novorozence, přičemž po úplném dotepání pupečníku získává novorozenec cenné zásoby železa, které slouží jako prevence anémie. (Pánek, 2013, s. 363– 366) Novorozenecké oddělení se snaží o podporu matky s dítětem, takže většina vyšetření probíhá při kontaktem s matkou. Co je v této době odlišné, je to, že na většinu úkonů jsou tvořeny tabulky, které by fyziologický novorozenec měl splňovat, což někdy vede k dalším úkonům ze strany zdravotnických zaměstnanců a stresu matky. I k tomuto období jsem měla k dispozici

praktické pojetí od lékařky novorozeneckého oddělení a současně i praktické lékařky pro děti a dorost. Tyto informace mi opět pomohly poukázat na vývoj péče o novorozence a na to, jak jsou informace z knih aplikovány v praxi – zda se shodují, anebo jsou odlišné.

Považuji za velice přínosné, že jsem mohla prozkoumat toto téma, které mi připadá užitečné pro nějaký výstup péče o novorozence pro porodní asistentky, dětské sestry, ale i maminky novorozenců. Je zajímavé zaměřit se na historický vývoj v této oblasti, jak péče probíhala a jak probíhá teď. Poukazuje na věci, které nám mohou dát nějaké podněty ke změně, ale i myšlenku toho, že za dobu čítající skoro celé století došlo k několika změnám, jež vedly k lepšímu jak pro novorozence, tak pro matku i ošetřující personál. Velkou vypovídající hodnotu pro tuto práci mají i osobní výpovědi dětské sestry a dětské lékařky.

Všeobecná doporučení pro praxi vytvořená na základě poznatků z teoretické části a výpovědí odborných respondentek:

- Zvýšit povědomí o pravidelných návštěvách porodní asistentky nebo dětské sestry v domácnosti po porodu. Zde si můžeme vzít příklad z poválečného, ale i socialistického období, kdy skvěle fungovala poporodní péče o novorozence v domácím prostředí.
- V předchozích zmiňovaných obdobích byla větší podpora i erudovanost matek v péči o novorozence. Tato propagace by měla být ženám poskytována na novorozeneckých odděleních nebo by měla být matka informována od dětského praktického lékaře. Další možností je rozvoj komunitních asistentek v terénu, které by tyto služby mohly poskytovat.
- Podporovat matky v kojení, podávat informace. Nadále poskytovat bezprostřední kontakt s matkou, první přiložení k prsu. Poskytovat nejlepší péči v oblasti kojení, brát ženu a dítě jako jednu společnou jednotku.
- Nadále poskytovat co nejlepší péči v ošetřování novorozenců. Zajistit, aby dítě nemuselo být separováno od matky na povinná i jiná vyšetření v porodnici.
- Pokračovat nadále v pozdním podvazu pupečníku, jako tomu bylo i za válečného období.

UVEDENÍ LIMITŮ

Pro zhodnocení bakalářské práce z mé strany, bych dodala několik limitů, které práce obsahuje. K úplnosti bakalářské práce bych se snažila dohledat více relevantních zdrojů vztahující se k válečnému období. Také mě mrzí, že nebyla možnost zprostředkovat rozhovor s porodní asistentkou, která pracovala v poválečném období, protože tyto informace by byly cenné pro objektivitu této bakalářské práce. Zpětně bych se zaměřila i na jiné aspekty péče a zařadila i péči o předčasně narozené děti.

SEBEREFLEXE

Výběrem tohoto tématu jsem byla spokojená, jelikož toto téma mě více propojilo s mým budoucím povoláním. Též mě to přesvědčilo pro výběr místa mého povolání, které bych ráda vykonávala na novorozeneckém oddělení. Bavila mě práce s historickými zdroji a porovnávání se současnými trendy v péči. Rozhodně vidím přínos této bakalářské práce pro připomenutí a objasnění péče o novorozence v různých časových rovinách. Specificky pro mě to mělo velký přínos, jelikož budu vědět jaká péče byla a jaký posun udělala až doposud.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat péči o novorozence v historii a dnes. Mezi mé vybrané časové úseky jsem si zvolila válečné a poválečné období, socialismus a současnost. Celá bakalářská práce je teoretická se vsuvkou přímé řeči od žen pohybujících se v oblasti péče o novorozence. Pro lepší orientaci jsem strukturovala kapitoly o jednotlivých obdobích do několika podkapitol. První podkapitola pojednává o přípravě pomůcek pro první ošetření novorozence. Další kapitola je zaměřena na prvotní ošetření novorozence ve III. době porodní. Třetí kapitola pojednává podrobněji o prvním ošetření novorozence po porodu, přičemž se zaměřuji na způsob provedení. Další kapitola je věnována dětské poradně, kde kladu důraz na způsob a časovou náročnost péče. V další kapitole je detailně probrána péče v prvních dnech po porodu, zaměřuji se zde na péči o pupeční pahýl, dýchání, tep, teplotu, váhu, novorozeneckou žloutenku, vylučování. Poslední kapitola je zaměřena na kojení v širokém smyslu. Je zde popsána fyziologie laktace, ale hlavně nástup laktace, obsahové složení mléka a doporučené postupy v kojení v jednotlivých obdobích. Dílčí podkapitolu představují polohy ke kojení, z nichž se pokouším popsat všechny doporučené polohy.

Poznatky z bádání shrnuji v diskuzi, která obsahuje i zamyšlení pro praxi. Po zhodnocení jsem dospěla k závěru, že péče o novorozence prošla velkou změnou a má dva velké milníky. Prvním milníkem této doby je ústup péče v domácím prostředí, ta se v dnešní době oproti minulosti vyskytuje minimálně. Druhým je celkový přístup k péči o novorozence, kdy v dnešní době je ošetřovatelství na vysoké úrovni a je kladen důraz na brzký kontakt novorozence s matkou a posléze dodržování nepřerušovaného kontaktu.

V této bakalářské práci jsem objasnila rozdílnost poskytované péče ve třech časových obdobích. Detailně jsem prostudovala odlišnosti poskytované péče novorozencům během prvních dnů po porodu, která je v rukou porodních asistentek nebo dětských sester. Objevila jsem velký progres v přístupu k prvnímu přiložení k prsu po porodu. Dříve se přikládalo až za několik hodin po porodu, naproti tomu se dnes přikládá k prsu ihned na porodním sále. Též jsem zaznamenala vývoj povinného vyšetření novorozence, který v dnešní době obsahuje několik úkonů, které musí novorozenec absolvovat. Z hlediska očkování jsem poukázala na ústup očkování proti TBC, které se v dnešní době neočkuje, protože riziko propuku nemoci je dnes minimální. V práci je i zaznamenán vývoj k povinnému očkování novorozence, který dnes obsahuje i několik nepovinných vakcín,

takže je tu možnost dát rodičům na výběr a ukázat možnosti, které tu dnes jsou. To považuji také za velký posun.

Z této bakalářské práce vznikl jednotný dokument, který obsahuje informace ze třech časových rovin. Tyto informace můžou být přínosné k objasnění a porovnání poskytované péče o novorozence v historii a dnes. Doufám, že tato práce bude přínosná pro porodní asistentky, studentky, dětské sestry, ale i pro laickou veřejnost a obohatí je o cenné informace.

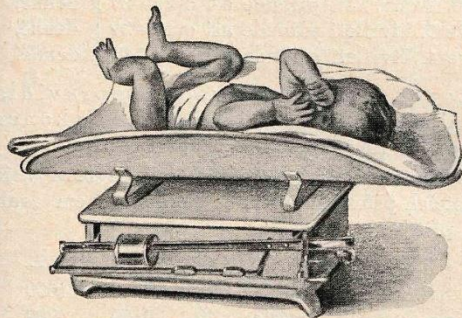
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – vážení dítěte v období válečném	57
Příloha č. 2 – ukázka měření dítěte v období válečném.....	58
Příloha č. 3 – ukázka měření teploty za socialismu	59
Příloha č. 4 – očkovací kalendář za socialismu	60
Příloha č. 5 – ukázka prvního přiložení v současnosti.....	61
Příloha č. 6 – ukázka kojení ve válečném období.....	62
Příloha č. 7 – ukázka kojení za dob socialismu	63
Příloha č. 8 – Informovaný souhlas č. 1	64
Příloha č. 9 – Informovaný souhlas č. 2	65

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – vážení dítěte v období válečném

velmi užitečné, je-li dítě v pravidelných lhůtách, nejméně jednou týdně, váženo. Váží-li por. asistentka dítě každodenně, nesmí zapomenouti, že některý den dítě na váze nahodile ubere, jiný den naopak neobyčejně přibere, anebo se jeho



Obr. 218. Vážení dítěte.

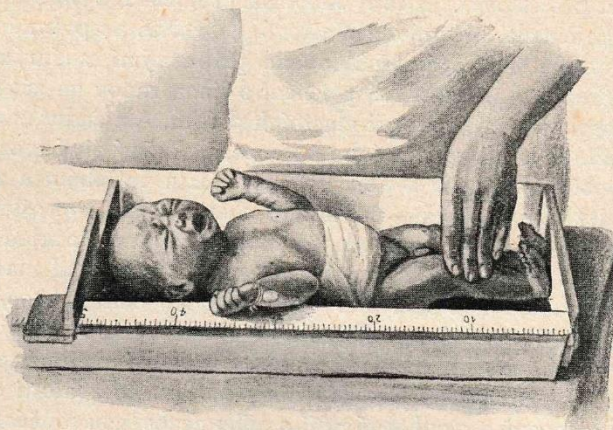
váha nezmění. Do týdne se zpravidla průměr přírůstku vyrovná. Vážiti se musí vždy za stejných poměrů, tedy na př. po raní koupeli, před pitím a vždy ve stejných šatečkách. Nejlépe se váží dítě nahé. (Obr. 218.) Kde není v domácnosti dětská váha nebo aspoň váha kuchyňská, z níž vhodnou úpravou se dá snadno dětská váha pořídit, může býti dítě váženo mincířem (obr. 219.), anebo v poradně pro kojence, jichž je všude už dostatek. Datum a váhu dítěte si vždy por. asistentka poznamená, neboť podle tabulky váhy lze nejlépe posouditi prospívání dítěte, ačkoliv i u dítěte správně na váze přibývajícího není vznik nějaké choroby, zvláště křivice (str. 450.), vyloučen. Jest



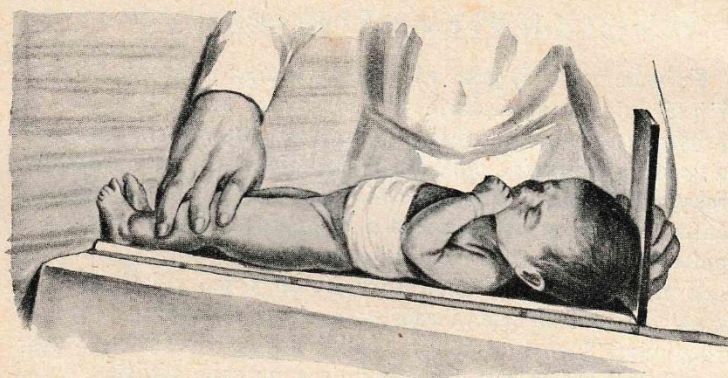
Obr. 219. Vážení dítěte.

Zdroj: PACHNER, František, BÉBR, Richard, 1932. Učebnice pro porodní asistentky. Praha: Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, s. 363.

i když prospívá špatně, ba dokonce i když na váze ubývá. Podle délky dítěte je sice možno skoro vždy přibližně rozhodovati o jeho stáří, nikoliv však o jeho prospívání.



Obr. 216. Měření délky dítěte.

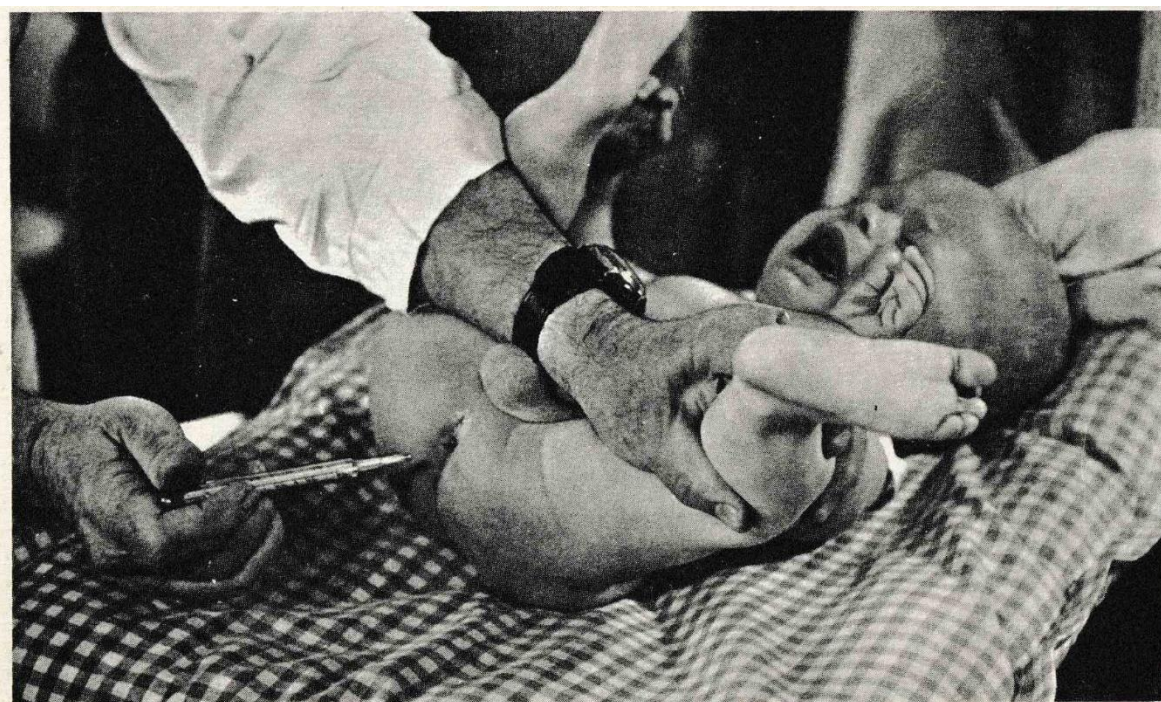


Obr. 217. Měření délky dítěte.

Váha
kojence.

Prospěch dítěte daleko lépe ukazuje *přírůstek na váze*. Váha tělesná ukazuje, zdali potrava, již dítě dostává, jest dostatečná jak množstvím, tak jakostí, a současně, zdali ji dítě náležitě zužitkuje. Je tedy přibývání na váze nejdůležitějším měřítkem kojencova prospěchu a zdraví. Proto jest

Příloha č. 3 – ukázka měření teploty za socialismu



36. Měření teploty.

V leže na zádech držíme pevně pod kolínky nožičky přitisknuté k bříšku, abychom mohli zabránit náhlému nečekanému pohybu. Řitní rýha se při tom rozevře, takže teploměr lze snadno zavést do řitního otvoru.

Zdroj: MATOUŠEK, Miroslav. První rok života. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha, 1973. ISBN 08-065-73, obr. 36.

Příloha č. 4 – očkovací kalendář za socialismu

Očkovací kalendář vašeho dítěte

Proti	Očkujeme	Přeočkováváme
Tuberkulóze	4. den až 6 týdnů po narození	6., 10., 15., 19., 25. a 30. rok života a kdykoli je toho třeba, podle výsledků provedených zkoušek
Záškrtu, dávivému (černému) kašli a tetanu (v jedné smíšené injekci)	1. injekce 3. až 5. měsíc 2. injekce za 6 týdnů po první injekci 3. injekce za půl roku po druhé injekci	ve 3., 5. a 8. roce
Neštovicím	6. až 11. měsíc života (mezi 2. a 3. injekcí proti záškrtu atd.)	v 7. a 14. roce
Dětské obrně	od 2. měsíce, látkou, která se podává po kapkách do úst	Podle určení Ústavu národního zdraví, do 15 let.

Pamatujte, že očkování a přeočkování musí být provedeno ve stanovených lhůtách, má-li poskytnout trvalou ochranu.

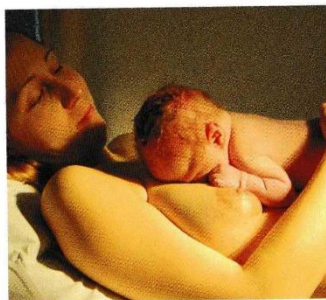
36

Zdroj: KLÍMOVÁ- FÜGNEROVÁ, Mirka. Naše dítě. 13. nezměněné vydání. Praha: Avicenum, 1971. ISBN 08-010-71, s. 186

Příloha č. 5 – ukázka prvního přiložení v současnosti.



Oliver při položení na hrudník matky v kontaktu kůže na kůži



dělá typické pohyby, které můžeme pozorovat po nemedikovaných porodech – odráží se nožičkami směrem k prsu,



používá krční a šíjové svalstvo k tomu, aby se zvednul,

Zdroj: POLOKOVÁ, Andrea, 2012. Praktický návod na dojčenie. Praha: Slovart. 128 s. ISBN 9788055607511, s. 16.

dlně položit na klín (obr. 220.). V první době kojení se přikládá dítě zavínuté. Má to tu výhodu, že ručky, jež dítě stále dává před obličej, při kojení nepřekáží, a kromě toho, je-li dítě před kojením už do sucha převinuto a při pití únavou usne, může býti bez převinování uloženo. Později, když dítě



Obr. 220. Kojení.

již lépe ovládá své svalstvo, samo drží hlavičku a u prsu již zdomácnělo. přikládá se nezavínuté. Vždy po jídle musí býti dítě v klidu uloženo, ježto některé děti snadno zvracejí a pohyby se zvracení vyvolává.

Hlavička dítěte musí býti na straně prsu, z něhož dítě dostane pítí, trochu výše než tělíčko, a nesmí býti příliš zvrácena dozadu, protože se tak dítěti hůře polyká. Při kojení musí matka dbáti, aby dítě mělo stále volný nosík a nemuselo dýchat ústy, čímž by bylo v ssání rušeno, a aby v ústech mělo s bradavkou také

část dvorce, čímž se vyprazdňování mlékovodů usnadňuje. Některé dítě pije tak hltavě, že se naloká vzduchu, který je pad nadýmá. Dítě přestane pítí, je neklidné a křičí. Tu stačí je zdvihnouti hlavičkou vzhůru, vzduch vyhrkne a dítě může pítí dál. Po celou dobu pítí musí matka dítě stále pozorovati a nesmí usnouti. Zvláště v první době kojení, kdy dítě neovládá svých svalů, mohla by je spící matka snadno prsem udusiti.

V první době podává matka při každém kojení oba prsy, začínajíc střídavě pravým a levým, později, když už kojení je v plném proudu, podává při každém kojení jen jeden prs a pravidelně prsy střídá. Jest to proto nutné, že skoro nikdy nebývají prsy stejné ani co do velikosti ani co do tvorby

Příloha č. 7 – ukázka kojení za dob socialismu

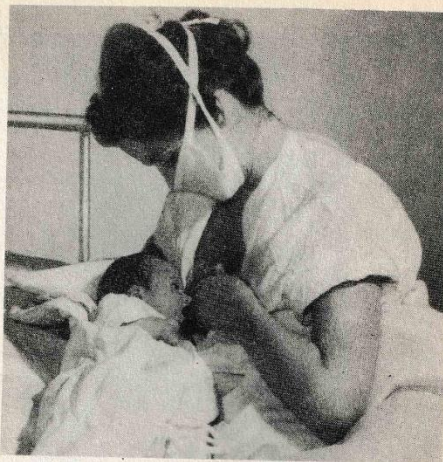
ústa. Dokud ležíte v ústavu, dotud mají všichni masku při zacházení s dítětem. Jste-li zdravá, můžete později masku odložit; vždy si ji vezměte, máte-li onemocnění dýchacích cest. Masku si ušijete podle návodu na str. 81.

Při kojení na lůžku si matka lehne poněkud na stranu, tak aby dítě, ležící rovnoběžně vedle ní, dosáhlo ústy prsní bradavky (viz obrázek). Zpravidla nečiní první přiložení dítěte k prsu žádné starosti; dítě se samo „shání“ otevřenou pusou po potravě a po uchopení bradavky hned saje. To znamená, že má normálně vyvinutý sací reflex. Nechce-li nebo nedovede-li bradavku uchopit, nalákáme dítě několika kapkami mléka vytlačenými na ústa a tím, že bradavku i s dvorcem vnoříme děcku do úst. Po několika trpělivých pokusech, které klidně opakujeme třeba celý den, naučí se dítě sát. Napoprvé přiložíme dítě třikrát až pětkrát za den, příští den můžeme již přikládat každé tři hodiny s šestihodinovou noční přestávkou, tedy sedmkrát za dvacet čtyři hodiny.

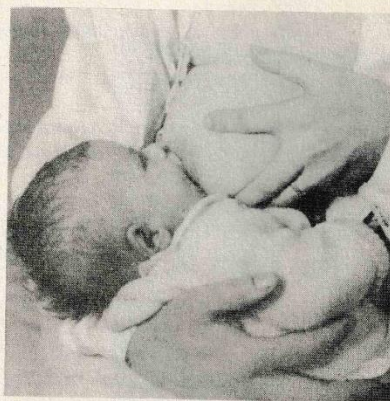
Prakticky se osvědčily tyto hodiny: 6, 9, 12, 15, 18, 21. To jsou denní hodiny, které pokud možno zachováváme. Po deváté hodině večer až do šesti hodin ráno kojíme jenom jednou a tato hodina již není tak přesně stanovena. Je pohyblivá a záleží pouze na dítěti, kdy se v této noční přestávce probudí.

Samozřejmě nesmí být matka otrokyní udané hodiny; vyžaduje-li to změněný stav dítěte (např. nemoc) nebo nějaká jiná zvláštnost, o které rozhodne lékař, přizpůsobí těmto okolnostem denní režim dítěte.

Pečujeme o to, aby dítě nezabořilo nos do plného prsu tak, že by nemohlo dýchat. Tím by se kojení přerušovalo, ba dítě by se mohlo napříště kojení i bránit. Dítě ostatně samo odklání hlavičku, aby se mohlo nadýchnout. Sledujeme dítě po celou dobu kojení a rukou zatlačujeme prs nazpět, kde by snad naléhal na nosík děčka.



Kojení vleže s maskou



Matka přidržuje prs, aby nenaléhal na nosík dítěte

Zdroj: KLÍMOVÁ- FÜGNEROVÁ, Mirka. *Naše dítě*. 13. nezměněné vydání. Praha: Avicenum, 1971. ISBN 08-010-71, s. 123.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE O NOVOROZENCE V HISTORII A DNES

STUDENT

Tereza Kozlová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
terezkakozlova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE


Cílem studie je podrobně prozkoumat a prohloubit znalosti druhu péče o novorozence v několika časových liniích. Jak se poskytovaná péče o novorozence změnila a jaký nám dává odkaz.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie. Pokud je to možné, bude uvedeno Vaše jméno v prospěchu sdělených informací k bakalářské práci.


Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já, Marie Krsová
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace budou spojené s mým jménem.

Podpis účastníka výzkumu: 

Datum: 10.2.2021

Podpis studenta: 

Datum: 10.2.2021

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE O NOVOROZENCE V HISTORII A DNES

STUDENT

Tereza Kozlová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
terezkakozlova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je podrobně prozkoumat a prohloubit znalosti druhu péče o novorozence v několika časových liniích. Jak se poskytovaná péče o novorozence změnila a jaký nám dává odkaz.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie. Pokud je to možné, bude uvedeno Vaše jméno v prospěchu sdělených informací k bakalářské práci. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já, Kamila Pečenková
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace budou spojené s mým jménem.

Podpis účastníka výzkumu:



Datum: 10.2.2021

Podpis studenta:



Datum: 10.2.2021

SEZNAM LITERATURY

1. ZWETTLER, Otto, Jaroslav VACULÍK a František ČAPKA. Úvod do studia dějepisu a technika historikovy práce. Brno: Masarykova univerzita, 1996. ISBN 80-210-1366-4.
2. PACHNER, František, BÉBR, Richard, 1932. Učebnice pro porodní asistentky. Praha: Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy
3. VYŠÍN, Vojtěch. Babictví, učebná kniha o porodnictví pro báby porodní. Olomouc: Vojtěch Vyšín, 1888.
4. NĚMCOVÁ, Monika. Očkovací kalendář – historie, současnost a budoucnost. Praha, 2010. Bakalářská práce. 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Jana Dáňová, Ph.D.
5. Neonatologický edukační program. Modul II. / ediční rada: P. Zoban ... [et al.], Praha ; Bratislava : [s.n.], 1996
6. MACKŮ, František. Gynekologie a porodnictví. 1989. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-021-89.
7. KLÍMOVÁ- FÜGNEROVÁ, Mirka. Naše dítě. 13. nezměněné vydání. Praha: Avicenum, 1971. ISBN 08-010-71.
8. KLÍMA, Jiří. Pediatrie: [učebnice pro zdravotnické školy]. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-86432-38-6.
9. LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
10. BOREK, Ivo. Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetřovatelské péče. Vyd. 2. dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-338-4.
11. MATOUŠEK, Miroslav. První rok života. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha, 1973. ISBN 08-065-73.
12. LEBL, Jan. Klinická pediatrie. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-772-1.

13. SEDLÁŘOVÁ, Petra. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
14. GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ. Péče o novorozence a kojence: maminčin domácí lékař. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024757193.
15. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
16. PÁNEK, Martin. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, **14**(6), 363-366.
17. VEJROSTOVÁ, Eva. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi*. 2006, (2), 99.
18. STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA. Základy dětského lékařství. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2997-1.
19. Babyweb do ruky. Praha: Media Park, 2010. ISBN 978-80-270-8683-2.
20. HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC. *Pediatric*. Praha: Galén, c2002. ISBN 8072621785.
21. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte]. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
22. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Adaptovaný klinický doporučený postup: Termomanagement u novorozenců. *Pediatric pro praxi*. 2019, **20**(5), 326-330.
23. WATERSTON, Tony. Péče o dítě: od narození do tří let. Praha: Ikar, 2011. ISBN 978-80-249-1516-6.
24. MICHALOVÁ, Veronika. Management ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence s využitím klasifikačních systémů NANDA, NIC a NOC. Č. Bud., 2013. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

25. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. Neonatologie. 2., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2253-8.
26. POLOKOVÁ, Andrea, 2012. Praktický návod na dojčenie. Praha: Slovart. 128 s. ISBN 9788055607511
27. JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK. Neonatologie. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2994-0.
28. KLÍMA, Jiří. Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
29. LEHEČKOVÁ, Aneta. *Péče o ženu a dítě v šestinedělí v historii a dnes*. Plzeň, 2018. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hendrych Lorenzová.
30. ZIMINOVÁ, Kristýna. *Péče o novorozence v domácím prostředí*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kristina Janoušková.