

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A VÝŽIVA
U NEDONOŠENÉHO DÍTĚTE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NURSING CARE AND NOURISHMENT OF PREMATURE BABY

A newborn baby isn't a little adult, a newborn baby is basically a defenceless creature demanding a very complex care that aims at creating secure conditions for its life. It requires love, tenderness and a lot of devotion for the whole period of 24 hours.

The bachelor's dissertation paper is dealing with the subject "Nursing care and nourishment of a premature baby" In the theory section the difference between a physiological and high risk newborn baby, the principles of care on the intermediary ward, the nourishment problems and the favourable consequences of breast feeding and breast milk not only on these children are described. Some of the aspects of the care are pointed out aiming at satisfying the basic needs of a baby.

Dissertation objective: The paper itself is engaged in finding out something about how well mothers of high risk newborn babies, who are hospitalized on intermediary wards in Jindřichův Hradec and České Budějovice, are informed on a suitable care and nourishment procedures in their children. It should find out how far they have gone with their knowledge of the way their children should be taken care of before they leave the hospital. It is supposed to highlight the drawbacks of the staff, to remove these drawbacks and thus to improve the quality of care.

Hypotheses: Two positive hypotheses were formulated referring directly to the particulars goals. **1/** The mothers who are hospitalized on the intermediary wards for newborn babies in Jindřichův Hradec and České Budějovice are aware of the necessity of properly nourishing the child. **2/** The mothers who are hospitalized on the intermediary wards for newborn babies in Jindřichův Hradec and České Budějovice are sufficiently informed about the proper care leading to meeting the needs of their children.

Data Collecting: The research mentioned above was carried out on the intermediary wards in Jindřichův Hradec and České Budějovice. A questionnaire was composed to collect the relevant data. There were 22 questionnaires handed out in each ward and the research group was set up including 37 mothers of the hospitalized children. The questions included in the questionnaire referred predominantly to how well the mothers are informed about the child's care and nourishing problems and they were supplemented with some identification. The gained information was properly processed and evaluated. The results were put in graphs. To get a more distinct picture of the results a pie chart was selected. The research results are assessed in the discussion and confronted with the hypotheses.

Conclusions: Both the nourishing care and the nourishment of a premature baby are a subject involving a lot of medical, psychological and social problems. A maternity ward nurse plays a very important and definite role in the care of a premature baby. Supported by her professional abilities she is able to initiate such a method of work that reacts immediately to the needs of a child in a positive way. The educational contact with the child's parents is equally important and plays a very precise role.

The fact how well mothers are informed is influenced by their age, by how much they are interested in getting information and its resources and how much they are willing to be educated by the medical staff on the intermediary wards in Jindřichův Hradec and České Budějovice where they are hospitalized with their children. The research results are very good.

Prohlášení:

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích:

.....

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při psaní mé bakalářské práce.

Děkuji mému manželovi za obrovskou trpělivost, pomoc a podporu v průběhu celého studia.

Obsah:

Úvod	3
1.Současný stav	5
1.1 Historie ošetrovatelské péče.....	5
1.2 Ošetrovatelská péče o novorozence.....	6
1.2.1 Ošetrovatelská péče v porodní místnosti.....	7
1.2.2 Každodenní péče o novorozence.....	8
1.2.3 Rooming –in.....	11
1.2.4 Klokaní péče.....	12
1.3 Potřeby nemocného novorozence.....	13
1.4 Klasifikace novorozence.....	14
1.4.1 Fyziologický novorozenec.....	15
1.4.2 Nedonošený novorozenec.....	16
1.5 Výživa nedonošených dětí.....	17
1.6 Kojení.....	19
1.6.1 Fyziologie laktace.....	19
1.6.2 Výhody kojení.....	21
1.6.3 Technika kojení.....	22
1.6.4 Složení mateřského mléka, druhy.....	24
1.6.5 Nevýhody, překážky, kontraindikace kojení.....	26
1.7 Umělá výživa.....	27
1.7.1 Fortifikace mateřského mléka.....	29
1.8 Enterální, parenterální výživa.....	29
2.Cíle práce a hypotézy	31
2.1 Cíl práce.....	31

2.2 Hypotézy.....	31
3. Metodika.....	32
3.1 Použité metody.....	32
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	32
4. Výsledky.....	33
5. Diskuse.....	77
6. Závěr.....	84
7. Seznam použité literatury.....	85
8. Klíčová slova.....	88
9. Přílohy.....	89

Úvod

Maminčin dar
František Hrubín

*Když narodí se maličký,
dar vidění má pod víčky,
dar slyšení má v něžném oušku,
dar chuti pozná v prvním doušku,
dar doteku má v prstíčkách,
dar vůně v jarních kytičkách.*

*Maminko, ty těm darům v krátku,
dar řeči přidáš nemluvnátku.*

Vypadají tak malinkatí, tito mini-lidé, kteří jako zázrakem vyjdou z nitra ženy. Z prostředí, které mělo stálou teplotu, tlumilo zvuky, světlo i nárazy, se najednou malý človíček, ještě ne zcela hotový, ocitne v relativním chladu, hluku a na světle. Musí samo dýchat a udržovat tělesnou teplotu. Můžeme jenom žasnout, že je všechno na svém místě a být vděční. Dítě, ale ještě není schopno samostatného života. Ano, z pohledu dospělých, ještě není zcela vyvinuto. Jeho ledviny a střevo musí svůj vývoj teprve dokončit. Musí se také nové situaci ve vnějším světě přizpůsobit.

S prvním nadechnutím jsou vyzkoušeny nové plíce a s prvním douškem mléka nové trávicí ústrojí. V bříšku to bylo tak snadné, dostat všechno přímo a zpracované od maminky. Tato námaha, stejně jako růst, spotřebuje mnoho energie. V poměru k tělesné váze je to dvakrát tolik než spotřebuje dospělý. Také spotřeba vody je vysoká. Prvním velkým úkolem novorozence na tomto světě je vzpamatovat se a vstřebat výraznou změnu způsobu života.

Člověk patří biologickým zařazením mezi savce. Již jeho biologické určení jasně napovídá, že základním způsobem výživy novorozence je kojení. U nedonošených dětí je významný příznivý preventivní vliv výživy mateřským mlékem. V prvních týdnech života významně snižuje riziko nekrotizující enterokolitidy a i v následujících měsících snižuje frekvenci závažných infekcí, zejména střevních a respiračních.

Příjem tekutin a kalorií může být v prvních dnech na totální parenterální výživě. Enterální výživa je často nejdříve zajišťována nazogastrickou sondou. Dítě pije samo po dozrání sacího a polykacího reflexu. Matka musí od prvního dne po porodu rozvíjet a udržovat laktaci odšťikáváním a začít s přikládáním k prsu co nejdříve v době, kdy dítě začíná být schopno

sát. Je zapotřebí trpělivosti s miminkem, které se „učí být kojené, stejně jako maminka se učí kojit“. Správná technika je základem úspěšného kojení. Ke správné technice kojení patří polohy při kojení, zásady správného přisátí dítěte k prsu, výživa matky v období laktace a péče o bříško kojence.

Pokud matka a personál novorozeneckého oddělení na snahu o kojení nerezignují a účinně v jeho podpoře spolupracují, může být úspěšnost vcelku dobrá. Někdy je vhodné k dosažení dostatečného vypitého objemu mléka kombinovat kojení s dokrmováním mateřským mlékem pomocí šálku, stříkačky nebo za pomoci laktačních pomůcek. V případě, že růst dítěte a přibývání na váze nejsou adekvátní a chceme-li zachovat kojení, je možné se pokusit situaci řešit obohacováním mateřského mléka fortifikačním přípravkem. To vyžaduje odstříkávání mléka, které je pak po rozpuštění instantního přípravku podáváno například stříkačkou. Pokud laktace matky ustala, pak je důležitá pomoc pediatra ve výběru vhodného mléka.

Po propuštění z nemocnice nastane mamince a celé rodině řada nových, náročných, ale i radostných povinností, které zcela změní dosavadní chod rodiny. Novorozenec se rázem stane středem pozornosti a osou, kolem které se všechno točí. Matka je pro tyto povinnosti vybavena vrozenými vlohami, které mohou být novou, stresující situací potlačovány. Matka (rodiče) potřebuje, aby jim někdo specializovanou péčí o dítě ukázal a aby si ji mohli sami vyzkoušet. Potřebují podporu.

Ošetřovatelská péče a výživa nedonošence, to je téma zahrnující mnoho problémů po stránce medicínské, psychické a také sociální. Důležité a nezaměnitelné postavení v péči o nedonošené dítě zastává dětská sestra. Se svými odbornými znalostmi je schopna vytvořit takový způsob práce, který reaguje pozitivně na potřeby dítěte. Nezastupitelnou roli zde hraje i její edukační činnost s rodinou dítěte. Tyto děti vyžadují hodně trpělivosti a každodenní soustavnou péči. Podaří-li se navázat tu správnou spolupráci mezi zdravotnickým personálem a matkou (rodiči) dítěte, pak můžeme docílit požadovaných výsledků a spokojenost lze očekávat na obou stranách.

1. Současný stav

1.1 Historie ošetrovatelské péče

Nejstarší záznamy o porodech pocházejí z egyptských papyrů (okolo roku 1550 př.n.l). Významné bylo působení řeckého lékaře jménem Soranus v Římě ve 2. století. Zachované, písemnosti z dob starověku se zmiňují o postupech ošetrování dětí, obsahují rady a doporučení, jak s dětmi zacházet (Mezopotámie, Indie). Vůbec nejstarší písemnou dochovanou zprávou jsou babylonské nápisy z druhého tisíciletí př.n.l., které obsahují „Pokyny kojným“. Řecký lékař Hippokrates (460 – 370 př.n.l) psal o nemocích vyskytujících se pouze u dětí. Výrazný vliv na péči o dítě mělo křesťanství . Na počátku 17. století založil sv. Vincent de Paul několik dětských útulků. Mnohé se později staly nemocnicemi, i když se jejich hlavní zájem obracel k opuštěným dětem. V antických spisech nalézáme již podrobnější řešení některých specificky dětských potíží, která popisují zdravotnické spisy Hippokratovy a Galény. V průběhu 18.století se Carl Credé (1819 – 1892) a Ignaz Semmelweis (1818 – 1865) zasloužili o snížení rizik a zdravotních komplikací matky a dítěte při porodu a po porodu. Credé v roce 1884 doporučil vkapávat 2% roztok dusičnanu stříbrného do očí novorozence jako prevenci oslepnutí následkem kapavky. Před rokem 1900 se většina dětí rodila doma. Morbidita a mortalita dětí a matek v nemocnicích byla vysoká, protože podmínky v nemocnicích byly stísněné a ošetřující personál byl často neškolený. S rozvojem medicíny se vytvářela silnější vazba lékařů na nemocnice. Tento vývoj způsobil příklon k nemocniční péči. Během padesátých let 20. století se porody v nemocnici staly běžnou praxí. Do nemocniční péče však nebyl přijat přístup orientovaný na rodinu. Po porodu bylo dítě na několik hodin od svých rodičů odloučeno. Tím se opožďovalo vytváření vazby mezi dítětem a rodičem. Postupně vznikaly organizace, které si kladly za cíl standardizaci porodního ošetrovatelství. Jednalo se o Americkou akademii sester a porodních asistentek (ACNM), Asociaci pro zdraví žen, porodnické a neonatální ošetrovatelství (AWHONN).

Za otce pediatrie je považován Abraham Jacobi (1830 –1919), který má v tomto oboru značné zásluhy. Vyčlenění pediatrického ošetrovatelství jako zvláštní specializace bylo doprovázeno vznikem kateder pediatrie na lékařských fakultách, vznikem dětských klinik a rozvojem zvláštních oddělení pro děti v kojeneckých ústavech a nemocnicích.

První dětská nemocnice byla založena v Paříži v r. 1802. První dětská nemocnice v Praze byla německá a byla založena v r.1842. První česká dětská klinika pak byla otevřena v r.1902.

V šedesátých letech 20.století už byla dětská oddělení v nemocnici běžná. Kontakt rodičů s dětmi byl však silně omezen návštěvními hodinami.

První Konference o dětech a mládeži v Bílém domě byla svolána prezidentem Rooseveltem v roce 1909. Konference o zdraví a ochraně dětí konaná v Bílém domě v roce 1930 přinesla návrh Dětské charty. Rok 1979 se stal Mezinárodním rokem dítěte. Jeho účelem bylo přivést pozornost ke zbledovanému stavu jedné a půl miliardy dětí na celém světě a inspirovat národy, organizace i jednotlivce na celém světě k úvahám, jak se starají o děti. (Americká komise pro Mezinárodní rok dítěte, 1980). Specializovaná výuka dětského ošetřovatelství navazovala na tradici ošetřovatelské školy pro dětské sestry, kterou při nemocnici v Praze-Krči roku 1922 založil a vedl MUDr. Q.Mann.

V současnosti se zájem o individuální potřeby každé rodiny, považuje za prvořadý. Technologický pokrok umožňuje přežití mnoha novorozenců, kteří by ještě před několika lety nejspíš zemřeli. Na prenatálních klinikách pro vysoce rizikové případy a na neonatálních jednotkách intenzivní péče se daří zachovat při životě i předčasně narozené děti o váze pod 500g. Děti se srdečními vadami jsou v péči dětských kardiologů. Pediatričtí chirurgové provádějí četné komplikované operace novorozenců s vrozenými vadami. Nemocniční laboratoře jsou často velmi dobře vybavené pro analýzu dětských vzorků. Identifikace a rodinné poradenství získaly díky chromozomálním studiím a biochemickému screeningu na důležitosti

(15,18)

1.2 Ošetřovatelská péče o novorozence

Do základní péče o novorozence patří zajištění termoneutrality prostřednictvím inkubátoru, tlumení světla, tišení hluku, šetrná manipulace a tišení bolesti. Samozřejmě také spolupráce s rodiči. Rodiče jsou povzbuzováni, aby se účastnili péče o dítě, což zvyšuje jejich důvěru v manipulaci s novorozencem. Pomáhá to matkám, které často mají strach a pocit viny, že se právě jejich dítě narodilo předčasně nebo nemocné. Na oddělení si je mohou zabalit, nakojit nebo nakrmit, vykoupat a pochovat. Je třeba nechat hovořit matky, odpovídat na jejich dotazy a podporovat je v jejich úsilí naučit se zacházet s dítětem. Maminky jsou potom klidnější a spokojenější. Nedonošené dítě se ošetřuje na tzv. oddělení intermediární péče, nejví-li známky onemocnění. V případě, že je nemocné na speciální jednotce intenzivní péče.

Čím nezralejší je novorozenec, tím více se oproti uvedenému standardnímu postupu ošetření vyhýbáme v prvních hodinách rušivým a odložitelným činnostem (vážení, měření,

popis, kredeizace) a pozornost se zaměřuje především na podporu efektivního dýchání a prevenci tepelných ztrát. Ošetrovatelská péče musí být velmi šetrná, musí se dodržovat přísný protiepidemiologický režim, používá se celá škála pomůcek, nástrojů atd. Novorozenec se ošetřuje v inkubátoru, nebo v tzv. otevřeném lůžku. Inkubátory pak rozlišujeme podle toho, zda je dítě v režimu intenzivní péče nebo v péči observační. Zvláštnosti další péče o nezralé novorozence vyplývají z potřeby podpořit funkční nezralost jednotlivých tělesných systémů. (3,15,28,29)

1.2.1 Péče v porodní místnosti

Důležitá je příprava novorozeneckého boxu – vytápěné lůžko, přehřáté přikrývky, odsávačka, pomůcky k resuscitaci, zamezit průvanu v místnosti aj. V porodní místnosti se v rámci péče provádějí úkony jako je udržování kardiopulmonálních funkcí, podpora termoregulace - udržování tělesné teploty novorozence je velmi důležité, neboť tělo čerstvě narozeného dítěte ještě nedokáže efektivně produkovat teplo a hypotermie může způsobit...hypoglykémii- pokud tělo novorozence používá glukózu k tvorbě tepla,...respirační obtíže – pokud zvýšený metabolismus spotřebovává více kyslíku. Dále sledujeme činnosti močového ústrojí - močení již na porodním sále je nutné zaznamenat do dokumentace. Identifikace novorozence - přidělení identifikační pásky matce a dítěti, identifikace personálu (vizitky). Vyhodnocuje se gestační stáří, abnormality viditelné ihned po porodu např. rozštěp rtu, spina bifida, porodní zranění.

Potom následuje úvodní péče o novorozence, kdy kontrolujeme životní funkce - kontrola respirační frekvence (30-60/min), srdeční frekvence (120-160/min), tělesné teploty, krevního tlaku, vážení a měření – délka, obvod hlavičky (v místě největšího průměru nad obočím), obvod hrudníku (ve výši prsních bradavek), sevření pupečníku plastickou svorkou, kontrola pupečníku (tři cévy AVA- arterie, vena, arterie), aseptické ošetřování pupíku, srážení krve - aplikace vitamínu K (přechodný nedostatek vitamínu K, neboť střeva novorozence jsou zpočátku sterilní), prevence infekce - obecná opatření (mytí rukou), ochrana očí před možnou infekcí od matky (gonorea, chlamydióza), hypoglykémie - zvýšené riziko nízké hladiny cukru u předčasně narozených dětí, přenášených dětí, u dětí diabetických matek, screeningové testy- fenylketonurie, hypotyreóza.

Pokud je dítě v inkubátoru, pak ho překryjeme rouškou kvůli šeru, do inkubátoru nestrkáme, neopíráme se o něj, na vrchní desku nic nepokládáme. S dítětem manipulujeme velmi šetrně, při přebalování nezvedáme dolní končetiny a zadeček výš než má hlavičku.

(4, 16, 18)

1.2.2 Každodenní péče o novorozence

Účast rodičů na péči je nejlepší způsob jak se jí naučit. Je nutné poučit rodiče o péči o novorozence, jak udržovat průchodnost dýchacího ústrojí za pomoci balónkové odsávačky, jak udržovat a sledovat tělesnou teplotu, předpokládané zvyšování frekvence močení, změny stolice, frekvence a způsob krmení, známky onemocnění, které je nutné hlásit, následné termíny prohlídek pro děti. Upozornit matky, aby nepokládaly děti do průvanu, nenechávaly je bez dohledu na přebalovacím pultu.

S poučováním jak bude vypadat péče o dítě po odchodu domů z nemocnice, nejlépe začít již při příjmu maminky. Základní témata jsou základní péče o dítě, včetně koupání, péče o pupečník, krmení a vylučování, bezpečnostní opatření, imunizace, podpůrné skupiny, pravidelné prohlídky v rámci řádné novorozenecké péče, telefonní číslo do nemocnice na novorozenecké oddělení, příznaky obtíží a koho je možné kontaktovat (například teplota nad 38°C – měřeno v axile, odmítnutí dvou krmení po sobě, dvě vodnaté zelené stolice, časté nebo nutkavé zvracení, absence močení nebo stolice). Ošetřující by měla rodiče vést k tomu, co mají dělat a jak se mají chovat. Poučit je, jak by měl vypadat vlastní prostor dítěte. Například jednoduché, trvanlivé zařízení, které se snadno čistí, postýlka s pevnou matrací, postranní příčky by měly vyhovovat bezpečnostním standardům, novorozenec nepotřebuje polštář, na koupání zvláštní vanička, plastové umyvadlo, tácek – teploměr, kartáč, hřeben, hygienické ubrousky, dětské oleje, masti a plenky se odkládají do kbelíku

Koupání je prostředek základní hygieny, výborná příležitost pro sledování chování, svalové aktivity a celkového stavu novorozence. Umožňuje kontrolovat opruzeniny, oblasti kůže, které přicházejí do vzájemného kontaktu (oblast na krku, za ušima, v podpaždí, v tříselech), vysoušet je. První koupel odstraňuje krev a nadbytečný mázek. Voda pro koupání má být teplá, tak aby nedošlo k opaření či popálení dítěte, nejlépe se zkontroluje loktem matky nebo speciálním teploměrem. Teplota vody by se měla pohybovat mezi 37,8 - 40,6°C. Pokojová teplota musí být taková, aby se dítě nenachladilo, asi 23,9 - 26,7°C, musí být zavřeny okna i dveře, aby nebyl průvan. Dítě nesmí prochladnout, kůže musí být růžová, dítě se nesmí třást, mělo by být spokojené, koupel by měla trvat 3-5 minut. V chladnějším období roku, dítě neotužujeme, dopřáváme mu dosti tepla, ale naopak ani novorozence nesmíme přehřívát. Pokud se dítě potí, pak ho přehříváme. Dítě se potí především na místech kde se stýkají protilehlé kožní plochy a mohou vznikat nepříjemné opruzeniny.

Nejprve se omývá obličej, a postupuje se kefalokaudálním směrem, hlavička se myje jako poslední, velká plocha těla je vystavena tepelné ztrátě. První dny po porodu dbáme, aby se nenamočil pupík. Namočí-li se, pak ho důkladně vyčistíme a zbytečně do pupeční jizvy

nesaháme. Dívčí genitál je třeba ošetřovat směrem odpředu dozadu, směrem ke konečníku, aby nedošlo k zanesení infekce. Pro koupání potřebujeme dvě žínky, které používáme zvlášť na obličej, zvlášť na tělo. Nosní dírky by se měly v případě potřeby jemně vytírat vatičkou, oči se vytírají tampóny směrem od kořene nosu ven, nehtíčky se stříhají rovně, aby nedošlo k poranění kůže, okolí konečníku a genitálu se promazává různými krémy či mastičkami. Při koupání je třeba především řádně omýt záhyby kůže, podpaží a oblast konečníku a pak je ošetřit masťou. Zvukovody je vhodné alespoň někdy jemně vytírat. Vysušení by se mělo týkat i oblasti za boltci.

Je nutné rodičům vysvětlit obecné principy koupání a správné techniky, které lze v domácím prostředí uplatnit. Koupání novorozence se provádí každý den, nejlépe večer, pokud možno ve stejnou dobu. Večerní koupání má tu výhodu, že dítě zbaví všech nečistot, které za den nasbíralo a zároveň teplá koupel dítě zklidní a připraví ke spánku. Zkušenost svědčí o tom, že je lepší, aby dítě bylo vykoupáno do 19 hodiny, protože lehčeji usíná a spánek je klidnější. Časové omezení je však dáno také dobou krmení. Je to čas, který dítě využije, ke zcela uvolněnému pohybu. Jakýkoliv chvat je nevhodný, jakákoliv netrpělivost negativně ovlivní náladu dítěte a eventuální spánek.

Pro koupání musíme mít volný stolek či přebalovací stůl s přebalovací podložkou, kde rozprostřeme osušky a kde budeme dítě po vykoupání ošetřovat. Dále se musíme rozhodnout, kam umístíme vaničku. Na vaničku existují speciální stojany, v nouzovém případě lze použít dvě stabilní židle, které se postaví blízko u stolu s potřebami na osušení. V běžné praxi se používají umělohmotné vaničky, které jsou lehké a dobře omyvatelné. Do vaničky je vhodná šikmá podložka.

Stolice - nejprve odchází smolka, má černou barvu, je vazká, někdy mírně lesklá. S nástupem kojení se objevuje tzv. přechodná stolice, která je řídkší než smolka a má zelenočernou barvu. Novorozenec může mít stolici i několikrát denně, ale plně kojené dítě může mít stolici i 1x za 7-10 dní (organizmus dítěte všechno stráví). Všeobecně se popisuje stolice kojeného dítěte jako stolice žlutá, vypadající jako smažené vajíčko, ale často je také stolice zelená a řídká. Není však jednoznačným příznakem průjmu. Stolice uměle živeného dítěte je jiná, většinou tužší, mazlavější a pestrobarevná. Zácpa v kojeneckém věku může být častá, cítí-li se dítě dobře, je nutné zvýšit příjem tekutin.

Močení - novorozenec v prvních dnech močí málo, protože málo pije, ale později má-li dostatek tekutin, močí alespoň 6x za den, prakticky při každém krmení. Důležitá je informace o prvním močení.

Krmení - kojí se dle chuti dítěte, tedy existuje jistá nepravidelnost. Většina dětí si jistou pravidelnost vytvoří. Pláče-li dítě, neznamená to vždy, že má hlad. Některé děti jsou spavější pro celkovou slabost (nízká porodní váha) a nemusí se k jídlu hlásit a proto je nutné děti budít.

Spánek - zdravý a plnohodnotný spánek je pro klidný vývoj dítěte velice důležitý, ale potřeba spánku je u dětí velmi rozdílná. Aby byl novorozenec klidný a mohl nerušeně spát, potřebuje být především nasycen a přebalen, musí být v optimální teplotě (20 -22°C), měl by mít řádně vyvětráno a neměl by být rušen příliš intenzivními vnějšími vlivy. Ke spánku potřebuje dítě pocit bezpečí na podkladě věcné a mezilidské jistoty. Jistota věcná je prakticky dána neměnitelností okolí. Dítě by se mělo probudit tam, kde usnulo a za stejných podmínek, ve stejném místě. Jistotu by mělo mít dítě i v mezilidských vztazích, tj. při probuzení by se mělo setkat se stejným úsměvem matky, otce a sourozence, kteří k němu přistoupí po probuzení. Obě tyto jistoty musí mít dítě vždy stoprocentně zajištěny. Dítě má pocit bezpečí v okamžicích, kdy se může spolehnout, že budou splněna jeho očekávání, tj. týž stejný člověk se stejně zabarveným klidným hlasem a úsměvem a stejným způsobem je bere do náručí. Dítě musí získat důvěru. Tato důvěra vychází již z pradůvěry děložní, kdy je dítě obklopeno stejným prostředím, stejnými pohyby atd. Důležitým momentem v děloze jsou také rytmické pohyby, které stimulují rovnováhu, kterou nejdříve řeší matka, ale po porodu musí postupně tento problém řešit dítě samo. Rovněž zvuková paměť dítě velmi dobře ovlivňuje. Po narození musí však dítě spoléhat na matčino bezpečné hnízdo.

Prostředí - ideální teplota v místnosti, kam přineseme dítě z porodnice je 21 - 25°C. V místnosti, kde dítě spí, postupně s jeho růstem teplotu snižujeme tak, že po 6. měsíci by neměla přesahovat 20°C. Novorozenci by neměli být též v blízkosti přímého tepla.

Oblečení je důležitou složkou správné péče o dítě. Vždy je lepší kupovat větší oblečení. Oblečení by mělo splňovat přísné hygienické a zdravotní normy, mělo by být pokud možno z přírodních materiálů, jako je bavlna, oděv by měl být vzdušný, padnoucí, volný a přiměřený teplotě doma či venku. Musí se snadno oblékat a svlékat. Je vhodné poučit rodiče, aby nové oblečení, povlečení přepírali (riziko podráždění pokožky). Nevhodné jsou noční úbory se šňůrkami, knoflíky musí být pevně přišity, plenkové kalhotky by neměly být těsné, zařezávat se, zásoba prádla závisí na možnostech praní. Oblečení musí dítěti poskytovat tepelnou a mechanickou ochranu, dítě se nesmí potit ani mu nesmí být zima, chodidla musí mít tepla. Oblečení nesmí omezovat pohyb dítěte. Převážně ležící dítě oblékáme tak, že mu dáme o jednu vrstvu více, než máme my a je nám příjemně, to platí pro pobyt doma. Venku záleží na teplotě vzduchu, v chladném počasí přidáváme čepičku, v horkém letním počasí

nezapomínejme, že kočárek funguje jako trouba, nemusí mít oblečení žádné, ale stále se vyhýbáme sluníčku.

Režim dne v létě - první vycházka ven po propuštění z nemocnice ,pokud je novorozenec zcela v pořádku, je postupně od druhého dne na půl hodiny a zpočátku nevystavovat přímému slunci, tím méně mezi 10-14 hodinou. Aby se dítě nepřehřívalo, raději nevycházet pokud je teplota přes 30°C. Dítě vyžaduje zvýšenou pozornost před přehřátím vzhledem k jeho zatím nedostatečně vyvinutému ochrannému mechanismu.

Režim dne v zimě – v zimě by neměli rodiče s novorozencem vycházet ven , pokud je teplota nižší než –5°C. Nechodíme ven za špatných klimatických podmínek, tím není míněn déšť nebo sníh, je to především vítr, smog. V prvních týdnech stačí, když miminko položíme na chvíli blízko otevřeného okna a penzum čerstvého vzduchu splníme. Ve velkých městech je vhodné sledovat zpravodajství, které se týká aktuální situace znečištění ovzduší. V nepříznivých podmínkách je lépe nechat dítě v místnosti a vyčkat doby zlepšení prostředí.

Ošetřování pupku je třeba věnovat patřičnou pozornost , aby se zabránilo vzniku omfalitidy a rozšíření infekce touto cestou. Po podvazu na porodním sále se pupeční pahýl překrývá sterilními mulovými čtverci s dezinfekčním roztokem (např.Cutasept F) až do snesení nebo odpadnutí pupečního pahýlu. Poté se pokračuje v čištění spodiny pupku dezinfekčním roztokem až do doby, kdy je spodina překryta kůží. Pokud není pupek zcela zhojen, bráníme jeho kontaktu s vodou.

(8,13,18,20,21,29)

1.2.3 Rooming-in

Narození dítěte se dotýká všech členů rodiny. Zainteresovanost rodiny v průběhu těhotenství a porodu je vnímána jako konstruktivní a naprosto nezbytná pro vytvoření vazby a pro podporu . Začátkem osmdesátých let se prosadilo neoddělování matky od dítěte, postupně se přecházelo ke zřizování nového systému ošetřovatelské péče novorozence. Systém rooming –in, lze volně přeložit jako „stále v místnosti“. Co si pod tímto pojmem představíme? Jedná se o novorozenecké jednotky, které umožňují matkám co nejtěsnější kontakt s dítětem již po porodu a dále se o něj mohou starat během celého pobytu v nemocnici, pokud to není z nějakého důvodu kontraindikováno.

Důležitou úlohu na takovýchto odděleních mají dětské sestry, jejichž náplní práce je kromě nezbytné asistence u vizit a plnění ordinací, také naučit matku během hospitalizace péči o dítě. Dětským sestřám začínají první povinnosti již s narozením dítěte, kterému je mnohdy přítomen i otec, aby nastávající maminku podpořil během porodu. Sestra může

zmírnit jejich napětí je-li dítě nemocné. Je nutné zvolit citlivý přístup, nevhodná poznámka může ovlivnit matku ve vztahu ke zdravotníkům i k dítěti. Matku se snažíme zapojit do ošetrovatelské péče. Jeli dítě neklidné , může je matka hladit, mluvit na ně. Také při přebalování nám může pomoci, lze jí svěřit i péči o kůži, zvládne masáž končetin pomocí masážního gelu, masáží břicha může podpořit peristaltiku střev. Dalším úkolem může být péče o dutinu ústní pomocí glycerínových štětiček. Pocit, že může pro své dítě něco udělat, pomáhá matce zachovat laktaci. Při krmení ventilovaného dítěte nemusí matka jen přihlížet jak sestra podává odstříkané mateřské mléko sondou. Může sama podržet stříkačku a nakrmit tak své dítě samospádem. Při polohování matka podkládá polohovací pomůcky podle instrukcí sestry, u koupání může zase podržet končetinu se zavedenou infúzí, aby nedošlo k jejímu namočení. Je třeba připomenout, že všechny úkony provádí pod dohledem sestry. Častý kontakt s dítětem zajišťuje psychickou pohodu jeho i matky.

Matky při odchodu domů jsou o své děti schopné se postarat ve všech směrech. Naučí se zde nejen dítě uchopit do rukou, přebalit , nakojit, zvážit a vykoupat, ale mnohem dříve dokáží svému dítěti porozumět, naučí se rozlišovat pláč hladového a pláč nespokojeného novorozence, kterého něco bolí. Dochází mezi nimi k pevnému svazku, dítě je tam, kde má být, u své matky.

(1,16)

1.2.4 Klokání péče

Klokání péče je metoda ,při které se využívá přímého dotyku kůže dítěte a rodiče. Tato metoda se začala praktikovat v roce 1979 v Bogotě (Kolumbie) jako určitý následek nedostatku inkubátorů a zdravotnického personálu a dnes je oblíbená i u nás. Dítě oblečené pouze do plenky a lehké čepičky spočívá na matčině nebo otcově nahé hrudi, kůže se prohřívá, dítě se zklidňuje a prohlubuje se vazba mezi rodičem a dítětem. Klokánkování neboli péče kůže na kůži je důležitá pro všechny děti.

Vztah nošení mezi matkou a dítětem začíná už v době před porodem. Dítě vnímá jednak nálady a pocity matky, tedy i krize a úzkosti, jednak mu rytmus kolébavých pohybů zprostředkovává pocit jistoty. Porod samotný prožívá dítě jako šok. Z bezpečí mateřského lůna přichází do cizího světa, ve kterém se všechny jeho dosavadní vjemy obrátí v opak. Temnota se stane světlem, teplo zimou. Teď potřebuje blízkost matky. Její dobře známý tlukot srdce mu může vrátit ztracenou důvěru. Nošené dítě pociťuje nejvyšší míru bezpečí a blízkosti. Z této jisté polohy může pozorovat život kolem sebe a učit se , než bude samo tak daleko, aby vykročilo do života. (12,18,29)

1.3 Potřeby nemocného novorozence

Každé dítě má své charakteristické, odlišné potřeby. Mezi potřeby nemocného novorozence patří *potřeba dýchání* - sledovat a hodnotit dýchání, uložit dítě do vhodné polohy, dbát o teplotu a vlhkost ovzduší, zajistit rychlou pomoc při poruše dýchání, znát správný postup při resuscitaci, znát správný postup při kyslíkové terapii, umět poskytnout umělou plicní ventilaci, *potřeba udržet si tělesnou teplotu* – zajistit přiměřenou teplotu a vlhkost v okolí dítěte, pečovat o podchlazené dítě, pečovat o dítě s horečkou, ovládat techniku studených a teplých zábalů, *potřeba výživy* - sledovat jak a kolik dítě vypije, hledat a odstranit příčiny nechutenství - eliminovat bolest a stres, zajistit krmení sondou, znát množství tekutin vzhledem k hmotnosti a stáří dítěte, znát zásady parenterálního podávání roztoků a jejich kompatibilitu, *potřeba vyprazdňování* – sledovat a hodnotit moč, stolici, pot, sputum, udržovat čistou a suchou pokožku, podat rektální rourku, asistovat při cévkování a suprapubické punkci, pečovat o stomie, *potřeba vhodné polohy a její změny* – uložit dítě do vyhovující polohy, zajistit pohodlí, polohovat jednotlivé části těla, uložit dítě do léčebné polohy, často měnit polohu dítěte, dodržovat vzorec pohybu, *potřeba odpočinku a spánku* – hledat a odstranit příčiny nespavosti – hluk, zápach, bolest, stresory, upravit prostředí, vyvětrat, dodržovat denní rytmus, respektovat spánek, sjednotit výkony (násilně nebudit), nesvítit přímo na dítě (zástěna, rouška, dál od okna), *potřeba vhodného oděvu* – oblečením vytváříme z dítěte osobnost, zahříváme jednotlivé části těla, pokud nelze dítě obléci, alespoň jej překryjeme dečkou, plenou, rouškou, *potřeba čistoty a upravenosti těla* - udržovat dítě čisté, koupel v inkubátoru, upravit vlasy, nehty, vyčistit oči, uši, nos, zkontrolovat kožní záhyby, ušní boltce, prevence opruzení a vzniku proleženin, *potřeba bezpečí* – aseptické postupy při zákrocích, správná manipulace s použitým prádlem a plenami, mytí a dezinfekce rukou personálu, ochranný oděv personálu, zabezpečení inkubátorů před otevřením, zabezpečit dítě před pádem, *potřeba sociálního kontaktu* – umožnit návštěvy rodičů a rodinných příslušníků, děti chovat, hladit a mluvit na ně i když jsou ještě v inkubátoru, obklopit je plyšovými hračkami nebo vložit do „vaku“, zajistit polohu v klubičku nebo v hnízdě.

Specifické potřeby předčasně narozeného dítěte - bezprostředně po porodu lékař hodnotí stav dítěte, okamžité očištění dýchacích cest novorozence a zajištění tepla. Dále se provádí péče o pupečník, oči a identifikace dítěte, někdy se ustupuje od vážení, dítě se pokládá nahé do inkubátoru a přemísťuje se do péče na novorozenecké oddělení. Ošetřovatelským cílem v péči o předčasně narozené děti je podpora dýchání, zachování tělesného tepla, šetření energie dítěte, prevence infekce, vhodná výživa a hydratace, správná péče o kůži, pečlivé

sledování novorozence, dokumentace pozorování, podpora a povzbuzení rodičů. Udržování stále tělesné teploty a prevence hypotermie či hypertermie pomocí inkubátoru, který je navržen tak aby udržoval teplo, vlhko, kyslík a mlhu, izoloval a chránil dítě před infekcí.

Pečlivě sledujeme barvu - bledost, cyanóza, žloutenka, dýchání - pravidelnost, apnoe, retrakce sternu, namáhavé dýchání, pulz - frekvence, pravidelnost, břicho - distenze, stolice - četnost, barva, konzistence, kůže - vyrážky, podráždění, puchýřky, otok, pahýl pupečníku - sekrece, oko - sekrece, výživa – schopnost sání, zvracení nebo regurgitace, stupeň uspokojivosti, sliznice – suchost rtů, nebo úst, moučnivka, močení - počáteční močení, frekvence, fontanely – zapadlost, plochost nebo vyklenování, celková aktivita - zvýšení nebo úbytek pohybů, letargie, záškuby, frekvence a kvalita pláče, hyperaktivita.

Polohování a péče o kůži předčasně narozeného dítěte. Dítě leží na zádech s mírně zvýšenou polohou, obsah břicha netlačí na bránici a nebrání tak dýchání, uzavřený prostor nebo hnízdečko z příkrývek může dítě zklidnit a vytvořit mu příjemné prostředí, novorozence bychom neměli nechávat v jedné poloze příliš dlouho, je to nepohodlné a nebezpečné pro funkci plic a změnami polohy zabraňujeme poranění jemné dětské kůže z útlaku.

(3,15,28,29)

1.4 Klasifikace novorozence

Novorozenecký věk se definuje od odstřížení pupečníku do 28. dne života. Je ho však třeba chápat tak, že se vlastně jedná o plynulé pokračování prenatálního věku. Gestační stáří je doba, po kterou plod setrvává v děloze matky od početí po narození. K odhadu gestačního stáří se používá Ballardův skórovací systém, založený na tělesných charakteristikách dítěte a neurologickém vývoji. Stupněm zralosti máme na mysli, jak dobře je dítě při narození vyvinuto a jaká je úroveň schopnosti jednotlivých orgánů fungovat mimo dělohu. Na stupeň zralosti novorozence lékař usuzuje podle pečlivého vyšetření, pozorování chování a rodinné anamnézy. Stav po porodu se hodnotí skórem dle Apgarové, kdy se hodnotí křik, tonus, barva, akce srdeční, reakce na odsávání. Jeli hodnota 10 bodů, pak je dítě zdravé, je-li nižší pak je novorozenec nemocný. Po porodu se dítě většinou do minuty nadechne a začne dýchat. Novorozenec má vrozené nepodmíněné reflexy, především úchopový, potravinový, moorův reflex. Po svém příchodu na svět prochází novorozenec obdobím, ve kterém je vysoce zranitelný, protože se psychologicky i fyziologicky přizpůsobuje životu mimo dělohu. Plod, který dozrál v děloze, tím došel svého cíle. Genetické pozadí dítěte, zdravé děložní prostředí, bezpečnost porodu a péče v průběhu prvního měsíce života přispívají k tomuto přizpůsobování. Poté co se dítě narodí, začíná systematická, neustálá adaptace na podmínky

života mimo dělohu. Všechny tělní orgány doznávají změn. Chemické změny v krvi , spolu s působením chladu stimulují dýchání. Při dýchání začínají hrát roli senzorké a fyzikální stimuly. První nádech a výdech otevře alveoly, dítě se ocitá ve světě, kde dochází k výměně vzduchu, a tím začíná svou samostatnou existenci. Tento proces je zároveň podnětem vzájemné součinnosti srdeční a dýchací soustavy. Schopnost trávit potravu je ztížena nezralostí trávicího systému, zvláště absencí enzymů pankreatu a jater. Ledviny jsou strukturálně rozvinuté, ale jejich schopnost koncentrovat moč a udržovat tekutinovou rovnováhu je omezená vlivem nižšího průtoku glomeruly a omezené renální tubulární resorpce. První stolička se jmenuje smolka, je dehtovitá a je vlastně zbytkem spolykaných epitelí.

Podle *délky gestace* třídíme novorozence na předčasně narozené - gestační věk pod 38 týdnů, narozené v termínu – gestační věk mezi 38-42 týdnem, přenášené - gestační věk nad 42 týdnů. Podle vztahu *porodní hmotnosti ke gestačnímu věku* rozeznáváme novorozence eutrofické - porodní hmotnost mezi 5 až 95 percentilem odpovídající gestačnímu věku, hypertrofické - porodní hmotnost nad 95 percentil odpovídajícího gestačního věku, hypotrofické - porodní hmotnost pod 5 percentilem odpovídajícího gestačního věku.

Novorozenec nízké porodní hmotnosti je označení, které se souhrnně užívá pro děti s porodní hmotností pod 2500g, bez ohledu na výše uvedená kritéria. Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností je novorozenec s porodní hmotností pod 1500g. Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností je novorozenec s porodní hmotností pod 1000g.

Nedonošení novorozenci jsou děti, které se narodí předčasně, tzn. před 38. tg. V závislosti na poporodní hmotnosti a gestačním věku se dělí do čtyř skupin:

- do 28.tg. od 500 - do 999g jsou to extrémně nezralí, ELBW (extremely- low birth-weight infant)
- do 32.tg. od 1000 - do 1999g jsou to středně nezralí, VLBW (very-low birth-weight infant)
- do 34.tg. od 1500 - do 1999g jsou to středně nezralí
- do 38.tg. od 2000 - do 2499g jsou to lehce nezralí

(1,22,23,24)

1.4.1 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je zralý, euforický, narozený v termínu, nejevící známky patologie, vážíci mezi 2500g - 4500g (3000 - 3500), měřící 45 - 55cm (50 - 52), s obvodem hlavy 32 - 37cm (34), s obvodem hrudníku cca o 2 cm méně než obvod hlavy. Dýchání je 30 - 60 za minutu (40 - 50), pulz 100 - 160 (120 - 140), tlak 50 - 70/30 - 45 mm Hg, s tělesnou teplotou 36,6 - 37,5°C (je závislá na teplotě matky a způsobu ošetření). Kůže je růžová, krytá mázkem jen v kožních záhybech (což je bílý sekret mazových žláz složený z tuku, mastných kyselin a oloupaných buněk epidermis), bývá červenější, někdy sušší (2. den většinou nastupuje žloutenka, která do 4. dnů po porodu ustupuje). Někdy je přítomné ochlupení na atypických místech (boltce, záda) tzv. lanugo. Má dobře vyvinutý tukový polštář. Nehty přesahují konce prstů, prsní bradavky jsou dobře pigmentované a viditelné. Na nose jsou patrné žlutobělavé tečky (milia), retenční cystičky mazových žláz na kořeni nosu, víčkách. Vlasy bývají jemné. Rýhování plosek nohou je dobře patrné po celé ploše. Ušní boltce mají dobře vyvinutou a elasticitou chrupavku. Chlapci mají sestouplá varlata ve skrůtu a labia majora kryjí labia minora u děvčat. Novorozenec první hodiny po porodu močí málo. Má hodně červených a bílých krvinek. Fyziologický novorozenec je běžně ošetřován systémem „rooming in“. Je kojen, kalmetizován a provádí se u něho screeningová vyšetření na vrozené vady. Provádí se credeizace očí proti infekci očí.

(3,12,28)

1.4.2 Nedonošený novorozenec

Předčasně narozené děti projevují různý stupeň nezralosti. Nedonošenost je stav, který je definován z hledisek statistických jako hmotnost plodu pod 2500g, z hlediska porodníka jako porod před 38. týdnem. Nezralost je chápána jako funkční vlastnost organismu (ikterus, mramorování atd.). Děti s nízkou porodní hmotností jsou děti malých rodičů, děti z vícečetného těhotenství, novorozenci nedonošení se zvláštní podskupinou novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1000g, resp. 750g) a děti hypotrofní.

K možným problémům nedonošených a nezralých novorozenců se řadí - *respirační tíseň*, porucha dýchání pro nezralou plicní tkáň a chybění surfaktantu, kterou ještě zvýrazňuje svalová chabost, *hypoglykémie* způsobující riziko křečí pro malé zásoby glukózy, *hypotermie* s rizikem podchlazení pro nedostatečnou termoregulaci a chybění podkožního tuku, *problém s výživou* s rizikem snížené výživy pro chabé sání a špatnou koordinaci sání a polykání, pro nižší produkce trávicích enzymů a nezralou funkci trávicí trubice způsobující zhoršenou toleranci stravy, *hypotenze* při nezralosti adrenální hormonální odpovědi na stresovou situaci,

anémie pro urychlený rozpad erytrocytů a sníženou krvetvorbu, *hyperbilirubinémie* neboť pro nezralost jaterních funkcí je zhoršené odstraňování škodlivin, *apnoické pauzy* pro nezralost centra pro dýchání, chybění nebo nedostatečná výbavnost novorozeneckých reflexů. Nezralost ledvin vede k problémům s udržení *patřičného vodního hospodářství*.

Mezi časně komplikace nedonošenosti patří krvácení do CNS pro hypoxii, křehkost a malou pevnost cév a jejich podpůrného vaziva, zvýšení ICP, porucha pasáže GIT pro sníženou motilitu střev, hypoxii, pozdní nebo příliš časný začátek krmení, poškození pokožky pro její nezralost, netolerance hyperaktivity pro únavu a selhávání vitálních funkcí. K pozdním komplikacím patří bronchopulmonální dysplázie, syndrom hyperaktivity a nepozornosti, dětská mozková obrna.

Nedonošenec vykazuje nezralost a nižší porodní hmotnost korelující s délkou gestace. Anatomické známky nezralosti se vyznačují relativní makrocefalií, tenkými, krátkými, hluboko nasedajícími vlasy, chybějícími očními řasami a oční štěrbinou často ani nejdou otevřít. Ušní boltce jsou měkké, nedostatečně elastické, ploché, netvarované chrupavky, snadno se ohnou, srolují, následně pak přeleží. Kůže je tenká sklovitě působící, s málo vyvinutým podkožním tukem a sklonem k edémům. Je červená, napjatá, lesklá, edematózní, průsvitná, chybí keratizovaná část epidermis, která tvoří ochrannou vrstvu, proto je pokožka snadno propustná a zranitelná. Kožní rýhy na dlaních a ploskách nohou jsou jen naznačeny. Kůže je silně pokrytá sýrovitou hmotou zvanou vernix caseosa nebo-li mázek. Genitálie u děvčátek, labia minora, zejí, nejsou překryta, šourek u chlapců je malý, plochý, varlata ještě nejsou sestouplá. Svalstvo je nedostatečně vyvinuté, svalový tonus snížený. Nehty jsou měkké, nedosahují konce prstů. Kostra hrudníku je měkká, poddajná. Prsní bradavky jsou malé, sotva viditelné bez areoly, nepigmentované. Břišní stěna je chabá, s viditelnou peristaltikou střev. Pupečník je silný, rosolovitý, křehký, úpon blíže k symfýze (zvýšené riziko poškození při podvazování). Poloha dítěte je většinou na boku nebo na zádech s končetinami volně podél těla (podpořit polohu v kloubíčku). Dýchání je často povrchní s apnoickými pauzami, gruntingem, retrakcí sternu a tachypnoí. Krevní oběh je instabilní, hypotenze. Srdeční frekvence zrychlená.

(3,18,28,29)

1.5 Výživa nedonošených dětí

Nedonošené děti, hypotrofické a s nízkou porodní hmotností by měly být přednostně živěny mlékem vlastní matky. Mléko matky která porodila předčasně, se totiž v mnoha ohledech, byť pouze po přechodnou dobu, liší od mléka matky, která porodila v termínu.

Výrazně zvýšen je například obsah bílkovin, včetně nukleotidů a imunoprotektivních a imunostimulačních složek. Je velkou výhodou pro dítě, jeli to možné alespoň částečně. Pro předčasně narozené děti, je překvapivě problém spíše pasáž stravy zažívacím traktem, z důvodu nezralosti anatomické a funkční nedostatečnosti střevní pasáže, než trávení a resorpce složek mléka. Zvláštní výživové požadavky novorozenců velmi a extrémně nízké porodní hmotnosti lze nejlépe uspokojit, jeli základem jejich výživy mateřské mléko, případně „fortifikované“ tzn. doplněné o bílkovinu a některé ionty (vápník, fosfor, železo, sodík). Snahou zůstává opět přiložení dítěte co nejdříve, jak to jeho stav dovolí. Rozhodující je přitom termostabilita dítěte, jeho pohyblivost a zralost reflexů, hlavně koordinace dýchání a polykání. Existují důkazy, že při pití z prsu je kardiopulmonální funkce stabilnější než při pití z láhve. Pro hypotonické a nedonošené děti je vhodná speciální vzpřímená poloha, ale i jiné držení a polohy, pokud dvojici vyhovují a sání je efektivnější. Pokus o kojení je možno učinit již okolo 30-31.gestačního týdne. Lépe je přejít ke kojení z výživy sondou. Poznává-li dítě techniku sání z láhve, lišící se zásadně od sání z bradavky, je přechod obtížný. V dalším průběhu je rozhodující trpělivost z obou stran a psychická pohoda rodičů a dítěte. Zkušenost zdravotníků se projeví v nalezení kompromisu ve velikosti dávky a strategii dokrmování mateřským mlékem nebo některým ze speciálních přípravků umělé výživy tak, aby dítě nestrádalo, ale aby neztratilo zájem sát. Po přechodnou dobu není dítě schopno vypít celou předpokládanou dávku. Po tuto dobu se dítě dokrmuje některým z alternativních způsobů. Kojení „zdravého“ nedonošeného dítěte staršího než 34 gestačních týdnů, nebývá problém a technika se neliší od techniky kojení starších dětí. Kojení by mělo být doporučováno všem dětem, s výjimkou dětí s extrémně nízkou porodní hmotností, které vyžadují mléčný přípravek pro nízkou porodní hmotnost (např.Nenatal). U těchto dětí může být k mléčnému přídatku přidáváno odstříkané mateřské mléko (10% z celkového množství), jestliže matka chce později kojit.

Může dojít ke komplikaci , protože předčasně narozené dítě má malou kapacitu žaludku, svěrače na obou koncích žaludku jsou nezralé, takže neumí zabránit regurgitaci a zvracení, zvláště při překrmění. Nezralé jsou také sací a polykací reflexy, je omezená schopnost absorbovat tuky a vitamíny rozpustné v tucích. Dokud není novorozenec dostatečně silný ke kojení či pití z láhve, je nutné podávat výživu parenterálně nebo žaludeční sondou. Je možné první kapky mléka nakapat na jazyk pokud to stav dovolí. Zpočátku je většina nezralých dětí krmena sondou. Jako přechod mezi sondováním a polykáním je doporučováno krmení injekční stříkačkou a trávicí proces může začínat už v ústech , ne až v žaludku. Pokud je dítě v celkově dobrém stavu může se začít pomalu přikládat k prsu.

Kojení má vždy přednost i u dětí nedonošených a hypotrofických, ikdyž dosažení plného kojení zde často vyžaduje značné úsilí ze strany matky i zdravotníků. Dovést k plnému kojení je však postupně možné i děti s porodní hmotností pod 1000g, i když po týdny trvá období parenterální a kombinované výživy. Výhodnost kojení oproti umělé výživě přitom vyniká ve srovnávacích studiích nedonošených dětí ještě markantněji než u dětí donošených.

(6,8,9,12,20)

1.6 Kojení

Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond OSN (UNICEF) doporučují výlučné kojení po dobu 6 měsíců. Zavádění nemléčných příkrmů až po 6.měsíci věku a pokračování v kojení s příkrmem do věku kolem 2 let dítěte. Kojení by mělo být zahájeno do 1 hodiny po porodu.

Optimální výživou zralého, donošeného novorozence je plné kojení. Příznivý preventivní vliv výživy mateřským mlékem, je ještě významnější u dětí nedonošených, u kterých v prvních týdnech života významně snižuje riziko nekrotizujících enterokolitidy a i v následujících měsících snižuje frekvenci závažných infekcí, zejména střevních a respiračních. Schopnost kojit má každá žena. Problémem však je , aby se matka naučila kojit správně. První dny kojení jsou spojeny s celou řadou problémů, nejasností které vyvolávají u matky neklid, pocit neschopnosti. Mléko a srdce matek je nenahraditelné a to je základní význam kojení. Ovlivňuje výrazně citový a psychosociální vývoj dítěte.

Mateřské mléko je nejvhodnější a nejpřirozenější formou výživy kojenců. Kojení a mateřské mléko zajišťuje výhody pro celkový zdravotní stav, růst a vývoj dítěte. Je zde výrazně nižší riziko celé řady akutních a chronických chorob. Kojení má velmi silný sociální a ekonomický význam pro rodinu a společnost (snížené finanční náklady na výživu kojence, výrazně nižší výskyt nemocnosti). Protože rozhodnutí o tom, zda bude dítě kojeno, zcela závisí na rozhodnutí matky, je velice důležité, aby veškeré informace získala již v průběhu těhotenství. Důležité je podat informace zvláště velice mladým maminkám, ale také přesvědčit otce, rodinu a přátele, kteří mohou rozhodnutí matky pozitivním názorem a aktivní pomocí ovlivnit.

(6,17,29,30)

1.6.1 Fyziologie laktace

Proces přípravy mléčné žlázy na tvorbu mateřského mléka probíhá po celou dobu těhotenství současně s vývojem plodu, v posledním trimestru těhotenství zvláště intenzivně. Je

zajišťován souhrou mnoha hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou vedle estrogenů a gestagenů, prolaktin a oxytocin. Prolaktin je uvolňován do krve předním lalokem hypofýzy, sekrece je řízena hypothalamem a rozhodujícím způsobem ovlivňuje tvorbu mléka v lalůčcích mléčné žlázy. Oxytocin (hypothalamus a zadní lalok hypofýzy) ovlivňuje pasáž již vytvořeného mléka vývody do sinusů pod dvorcem prsu, odkud dítě mléko saje. Nervová zakončení na dvorci i na bradavce jsou sáním dítěte stimulována a nervový systém matky na ně reaguje produkcí obou hormonů. Oxytocin působí kontrakci myopiteliálních buněk podél lalůček a vývodů mléčné žlázy (ejekční nebo let down reflex). V průběhu kojení je tak zajištěna rovnoměrná účast všech úseků mléčné žlázy a relativní stabilita složení mateřského mléka.

Nové poznatky o oxytocinu považují tento tzv. bonding hormon za humorální podstatu vazby mezi matkou a dítětem. Význam oxytocinového reflexu je zejména u člověka velký, protože jen malá část mléka je před kojení deponována v sinusech. Značná část se uvolňuje až v průběhu kojení. Tento reflex je snadno ovlivnitelný zevními vlivy, zvláště stresem, bolestí, zejména v časném poporodním období. K jeho vyvolání později stačí fyzická blízkost dítěte nebo i vzpomínka na ně. Citlivost ejekčního reflexu způsobuje, že úspěšná laktace bývá nazývána „trikem důvěry“. Pokud matka skutečně věří, že je schopna kojit své dítě, snadno překoná určité obtíže, které mohou začátek laktace provázet a to i za velmi nepříznivých zevních podmínek, jak je to dokumentováno z jiných částí světa a z historie. Pokud je žena přesvědčena, že k modernímu způsobu života kojení nepatří, je náchylná přičíst všechny obtíže, zpočátku paradoxně způsobené často nadbytkem mléka, laktačnímu selhání. Spolu s rutinním užíváním umělé výživy je již jen krůček k tomu, aby laktace skutečně selhala.

Porodem placenty končí inhibice tvorby mateřského mléka placentárními hormony a mléko se začne tvořit v mnohem větším množství, zvláště, je-li celý proces vhodně stimulován časným přiložením novorozence k prsu, tj. eventuelně po nezbytném ošetření do půl hodiny po porodu .

Dále je nezbytnou podmínkou úspěšného zahájení laktace možnost sát kdykoliv a jakkoliv dlouhou dobu, ve dne i v noci. Takto společně s matkou ošetřované dítě je samo schopno od počátku regulovat svoji potřebu. Podmínkou je, aby sálo správnou technikou. Dokrmování novorozence v tomto období je pak zcela zbytečné a interferuje s mnoha procesy. Jen skutečně vyjímečně je občas vhodné podat tekutinu nebo vhodně ošetřené mateřské mléko, když je nástup laktace opožděn a množství mléka skutečně neodpovídá potřebám dítěte a to ještě po omezenou, nezbytně dlouhou dobu, některým z alternativních způsobů krmení. Novorozenci, který bude kojen, by nemělo být nic podáváno lahví se

savičkou, protože způsob sání je odlišný od sání z prsu a může způsobit při kojení obtíže. Je třeba mít na paměti, že u dítěte s vrozenou dispozicí může již jediná dávka kravského mléka položit základ alergie na kravské mléko v budoucnosti.

(6,20, 30)

1.6.2 Výhody kojení

Rozsáhlý výzkum z posledních let potvrzuje četné výhody kojení nebo krmení kojenců mateřským mlékem jak pro dítě, matku a rodinu, tak i pro celou společnost. Kojení přináší výhody z hlediska výživy dítěte, jeho zdraví a vývoje, zdraví matky, z hlediska psychologického, sociálního, ekonomického a ekologického. Mateřské mléko je svým složením a proměnlivostí jedinečné pro výživu kojence. Veškeré přípravky kojenecké i mléčné výživy se svým složením od mateřského mléka významně odlišují. Výzkum v Evropě, USA, Kanadě a jiných vyspělých zemích převážně mezi středními vrstvami obyvatelstva významně prokazuje, že výživa mateřským mlékem snižuje výskyt a intenzitu průjmových onemocnění, infekcí dolních cest dýchacích, zánětů středouší, infekcí močových cest, bakteriemií, bakteriálních meningitíd, nekrotizující enterokolitidy a botulismu. Mnoho studií ukazuje možný ochranný vliv na syndrom náhlého úmrtí dítěte, alergická onemocnění, inzulín dependentní diabetes mellitus, lymfom, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu a další chronické choroby gastrointestinálního traktu. Výsledky studií ukazují také na možný vliv kojení na urychlení vývoje poznávacích funkcí dítěte a pozdější výsledky ve škole. Existují také studie, které poukazují na zdravotní výhody kojení pro matku. Kojení časně po porodu zvyšuje hladiny oxytocinu, což vede k méně intenzivnímu poporodnímu krvácení a rychlejšímu zavinování dělohy. V důsledku laktační amenorey nedochází ke ztrátám menstruační krve. Kojící ženy mají pozdější nástup ovulace s delším odstupem od dalšího těhotenství a rychleji dosahují své předporodní váhy. Z dlouhodobé perspektivy mají kojící ženy nižší riziko karcinomu ovárií, karcinomu prsu v premenopauze a fraktur kyčle v klimakteriu v důsledku lepší poporodní mineralizace kostí.

Kromě zdravotních výhod pro dítě i matku má kojení sociální a ekonomický přínos pro celou společnost. Významně nižší nemocnost kojených dětí umožňuje rodičům, aby se více věnovali dalším dětem i rodinný povinností, a snižuje absence rodičů v zaměstnání. Pro rodinný rozpočet není bezvýznamná úspora spojená s náklady na používání přípravků kojenecké výživy. Rodinný rozpočet zatěžují výdaje spojené s používáním umělé výživy (přípravky umělé výživy, lahve, voda, sterilizační zařízení, energie). Naproti tomu náklady spojené s kojením znamenají 500 kalorií výživy matky navíc.

Mateřské mléko povzbuzuje vylučování mekonia. Děti kojené mají zřídka zácpu. Sání z prsu přispívá k vývinu úst . Kojení je pohodlné a úsporné. Kojení eliminuje riziko znečištěné vody nebo nesprávné koncentrace. Při produkci mateřského mléka se spotřebovává tuk v těle matky , a tím se usnadňuje hubnutí. Kojení posiluje vztah matky a dítěte

Vedle prokázaných nutričních a ochranných účinků mateřského mléka je jeho význam a zejména význam kojení i nemateriální povahy. Je pokračováním vztahu nerozlučitelné dvojice matka – dítě i mimo tělo matky a je psychickou oporou , bez níž by vývoj člověka nedosáhl současné úrovně.

(6,30)

1.6.3 Technika kojení

Kromě objektivních informací o přednostech kojení a výživy mateřským mlékem, sloužící ke zvýšení motivace matek i okolí a podporujících informované rozhodnutí kojit své dítě, není třeba v těhotenství žádné zvláštní přípravy. Ve výjimečných případech lze provést korekci tzv. vpáčených bradavek pomocí vkládání speciální pomůcky (formovače bradavek) do podprsenky v posledních 1-2 měsících těhotenství. Podstatou je pružná membrána s otvorem, využívající zvláštního spirálovitého uspořádání bradavky a tlakem na dvorec působí její erekci. Každé jiné otužování nebo masáže bradavek nebo používání krémů jako domnělé prevence ragád je zbytečné nebo dokonce škodlivé. Jediným skutečně racionálním přístupem v prevenci ragád, retence mléka a zánětů prsu je správná technika kojení.

Je důležité kojit co nejdříve a bez omezování délky a frekvence. Dítě by mělo být přiloženo k prsu co nejdříve, nejlépe do půl hodiny po porodu, kdy je potřeba dítěte sát a tvorba důležitých hormonů prolaktinu a oxytocinu největší. V druhém týdnu a později, kdy se tvorba mléka již stabilizovala, je možné kojit již jen z jednoho prsu při jednom kojení a tak dlouho, až je dítě syté a spokojeně usne. Jiný běžný způsob je kojení z obou prsů ale v průběhu jednoho krmení je třeba prsy několikrát vystřídat nebo se alespoň vrátit k prsu , ze kterého dítě pít začalo. Včasný a opakovaný ejekční reflex zajišťuje, že dítě vypije i dostatečné množství „zadního mléka“ bohatého na tuk a vitamíny v tuku rozpustné. Má tak od počátku možnost samoregulace kalorického příjmu. Dítě by mělo mít možnost pít kdykoliv a libovolně dlouho, což umožňuje společný pobyt matky s dítětem tzv. rooming in. Zpočátku se dítě přikládá k oběma prsům při jednom kojení aby stimulace hormonů a množství vypitého mléka bylo co největší. Později by dítě mělo mít možnost dostat se i k tzv. zadnímu mléku, které je bohaté na tuk a proto říkáme , že je „na hlad“. Přední mléko je naopak vodnaté, bohaté na cukr – laktózu, říkáme , že je „na žízeň“. K tomu, aby se vyvolal vypuzovací reflex,

kteřý zajišťuje uvolnění mléka, je od přiložení dítěte k prsu nutná určitá doba, proto délku kojení nelze ani v prvních dnech z obavy před poškozením bradavek omezovat. Délku sání a množství vypitého mléka si musí dítě regulovat samo, a tím, že u prsu spokojeně usne dává najevo, že je syté. Každé násilné omezování délky sání se projeví nepříznivě. Pokud dítě saje dlouho a neefektivně, je u prsu neklidné a kojení pro matku bolestivé, je technika kojení zcela jistě chybná. Často je však tato situace mylně vysvětlována jako „nedostatek mléka“.

Pravidelné přikládání k prsu bez ohledu na vlastní rytmy a potřeby dítěte, používání dokrmů a dudlíků místo přiložení dítěte k prsu nepříznivě zasahuje do nově se vytvářejícího systému poptávky a nabídky, která je základem regulace tvorby mléka.

Kojící matka potřebuje klidné ohleduplné a stimulujičící prostředí. Měla by mít dostatek odpočinku a rozumnou fyzickou námahu. Spát musí v době kdy spí dítě, rozloženě ve dne i v noci. Základem výživy kojící matky by měla být plnohodnotná smíšená strava, respektující zásady zdravé výživy. Při kojení není nutné zásadně způsob výživy měnit. Část váhového přírůstku v těhotenství je kalorickou rezervou i pro období kojení. Podle různých údajů je maximální spotřeba kojící matky jen asi o 500-600 kcal vyšší než v období pře těhotenstvím. Kojící matka by měla podle chuti pít. Není prokázáno, že zvýšený přívod tekutin ovlivňuje produkci mateřského mléka. Kojící matka může nosit vhodnou podprsenku k podpoře nalitych prsou a v ní čisté prodyšné vložky, často měnitelné k udržení bradavek v suchu. Pro průměrně veliká prsa není nutné podprsenku používat. Kromě denní hygieny není nutná žádná jiná péče o prsy ani o bradavky. Zvláště jejich „dezinfekce“ před kojením, časté mytí mýdlem a používání olejů a kosmetických krémů škodí matce a neprospívá dítěti. Podporuje se tak i nyní dost častý vznik onemocnění některou z plísní, zejména kandidou.

K základům úspěšného kojení patří správného přiložení dítěte k prsu (základem je pohodlná relaxovaná poloha matky, správná vzájemná poloha matky a dítěte, správné držení a podání prsu dítěti a efektivní sání dítěte). Kojení nesprávnou technikou působí matce fyzickou bolest, poranění bradavky, občas i onemocnění prsu, retenci mléka nebo mastitidu, která již ohrožuje matčino zdraví. Dítěti působí chybné kojení zbytečně velký váhový úbytek, intenzivní a prolongovaný časný ikterus kojeného dítěte, neklid atd. Tento bludný kruh končí selháním kojení. Volba vzájemné polohy matky a dítěte je součástí tzv. umění kojít, toto umění není instinktivní, musí se naučit. Poloha se volí dle situace. Jiná poloha vyhovuje těsně po porodu, jiná je vhodná po operativním porodu, jeli dítě spavé. Polohy při kojení jsou základní v sedě, základní vleže, vleže na zádech, boční „fotbalová“, poloha tanečníka, vzpřímená. Důležitou zásadou je, že dítě přikládáme k prsu nikoliv prs k dítěti. Tělo matky je

základem , kterému se poloha dítěte přizpůsobuje. V neposlední řadě je nutné zmínit správné přisátí dítěte a režimová opatření.

(6,20,30)

1.6.4 Složení mateřského mléka, druhy

Mateřské mléko, které skýtá matčin prs , je pro dítě specifické a nemůže být rovnocenně nahrazeno žádným jiným mlékem, které by je složením mohlo napodobit. Usilovné pokusy o jeho sestrojení měly tu přednost, že nezvratně prokázaly nenapodobitelnost mateřského mléka (viz tabulka č.1).

tab. č.1

	mateřské mléko	kravské mléko	ovčí mléko	kozí mléko
energie(kcal)	69	64	96	67
energie(kJ)	288	269	400	281
bílkoviny	1,13	3,34	5,27	3,69
tuky	4,03	3,57	6,26	3,92
kyselina linolová	0,38	0,09	0,16	0,09
uhlovodany	7	4,55	4,55	4,2
minerální látky	0,21	0,74	0,86	0,79

Mateřské mléko obsahuje ve správném poměru všechny živiny, které novorozenec potřebuje. Žádný přípravek na umělou výživu nemá stejné složení jako mateřské mléko. Složení mateřského mléka se mění podle proměnlivých potřeb novorozence, vyvíjející se trávicí soustava novorozence mateřské mléko lépe tráví, mateřské mléko nezpůsobuje alergické reakce, kojení posiluje přirozenou imunitu, protože mlékem se přenášejí mateřské protilátky. Kolostrum je velmi bohaté na protilátky. Složení mateřského mléka přesně odpovídá měnícím se nárokům a potřebám adaptujícího se novorozence. Mění se v průběhu prvních dnů (kolostrum – přechodné – zralé) v průběhu jednoho dne, ale i v průběhu jednoho jediného kojení. Kalorická hodnota mateřského mléka je přibližně 67kcal/100ml, cukry (laktóza) 6,8 - 7,2g/100ml tvořící 40% kalorické hodnoty a tuky 3,8 – 4,5g/100ml, což představuje 50% kalorické hodnoty, jsou variabilními složkami mateřského mléka.

Tuk je nejvariabilnější složkou mateřského mléka. Množství tuku se mění i v průběhu jednoho kojení. „Zadní“ mléko dosahuje 4-5x více tuku než mléko přední, produkované na začátku pití. 90% tuků je tvořeno kapénkami triglyceridů. Z mastných kyselin je 42% nasycených, 57% nenasycených, hlavně kyselina linoleová, linolová, arachidoinová a dokosahexaenová. Nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem jsou nezbytné pro vývoj CNS (myelinizace) a pro vývoj sítnice.Tuk mateřského mléka je tráven hlavně lipázou

přítomnou v mateřském mléce a lipázou slinných žláz dutiny ústní, protože sekrece pankreatické lipázy a konjugace se žlučovými kyselinami je zpočátku nezralá. Mateřské mléko obsahuje velké množství cholesterolu (2-3x více než kravské mléko).

Bílkoviny jsou nejstálější složkou mateřského mléka (průměrně 0,9 – 1,3g/100ml, což odpovídá 7-10% kalorické hodnoty). Hlavní bílkovinou je laktalbumin. Díky poměru laktalbumin:kasein (70-80:20- 30) je mateřské mléko snadno stravitelné a tranzitorní čas v žaludku je krátký

Beta - Laktoglobulin hlavní antigen kravského mléka se v mateřském mléce vůbec nevyskytuje

Cukry jsou v mateřském mléce zastoupeny laktózou, dále je přítomna galaktoza, fruktoza a malé množství janyých oligosacharidů. Obsah laktózy stoupá ze 4% v kolostru do 7% ve zralém mléce. Laktóza se metabolizuje na glukozu a galaktozu, nezbytnou pro tvorbu galaktolipidů , důležitých pro vývoj CNS. Laktoza usnadňuje resorpci vápníku a železa, nepřímo podporuje kolonizaci zažívacího traktu laktobacilem.

Vitamíny svým obsahem v mateřském mléce většinou kryjí potřebu zralého novorozence, hodnoty však mohou kolísat podle výživy matky. Protože obsah tuků je nejvariabilnější složkou mateřského mléka, kolísá zejména obsah vitamínů rozpustných v tucích (A,D,E,K). Množství vitamínu A je v naší populaci dostatečné, v kolostru je ho 2x více než ve zralém mléce. Také vitamínu K je v kolostru více než ve zralém mléce. Po 14 dnech přispívá ke stabilizaci obsahu vitamínu K střevní flora novorozence. Množství vitamínu E je dostatečné v mléce žen, které mají ve stravě dostatek nenasycených mastných kyselin. Obsah vitamínu D je nízký (průměrně 0,15ug/100ml) a dlouho bylo mateřské mléko považováno v tomto směru za insuficientní, ačkoliv plně kojené děti trpí křivicí vyjíměčně. Později byla objevena ve vodě rozpustná frakce vitamínu D (0,88ug/100ml).

Minerální látky jsou zastoupeny včetně důležitých prvků, sodíku, vápníku, železa, magnézia, fosforu, mědi a fluoru v mléce žen, které sami netrpí nedostatkem, dostatečně. Celkové množství minerálních látek je v mateřském mléce nižší než v kravském mléce, odpovídá to požadavkům dítěte a jeho metabolické aktivitě. Pro využitelnost jednotlivých složek mateřského mléka je rozhodující jejich biologická dostupnost nikoliv pouze obsah. Kojené dítě není obvykle ohroženo nedostatkem ani nadbytkem stopových prvků. Měď , selen, kobalt, chrom ,mangan a hliník jsou zastoupeny dostatečně. V některých oblastech je v potravě matek a v jejich mléce méně jódu. Lze to však doplnit vhodnou stravou.

Z ostatních složek mateřského mléka je třeba zmínit hormony a enzymy a růstové faktory. V mateřském mléce je větší množství oxytocinu, prolaktinu, nadledvinkových steroidů,

prostaglandinů, TSH, TRH, thyroxinu, trijodthyroninu, erythropoetinu a bombezinu. Mateřské mléko obsahuje četné růstové faktory, EGF (epidermal growth faktor), IGF – I (insulin – like growth faktor), HMGFI, II, III (human milk growth faktor). Zcela jistě se uplatňují při růstu a zrání zažívacího traktu. Z enzymů jsou v mateřském mléce proteolytické enzymy, peroxydázy, lysozym, xanthinoxydáza a jiné. Rezorpci (viz výše) živin podporují alfa amyláza a lipáza, aktivovaná solemi žlučových kyselin.

Obranné látky v mateřském mléce představují čtvrtinu bílkovin mateřského mléka. V prvních hodinách a dnech po narození je jich v mateřském mléce (kolostru) nejvíce, později jejich obsah mírně klesá. Protože však množství vypitého mléka plynule stoupá, je novorozenec zabezpečen obrannými látkami v dostatečném množství po celé období laktace. Spolu s imunoglobulíny (IgG), které novorozenec získal hlavně transplacentárně, usnadňují imunologické faktory z mateřského mléka úspěšný přechod novorozence s ne zcela zralou imunitou do zevního prostředí a jeho bezpečné osídlení bakteriemi. Také v dalším , z imunologického hlediska kritickém období, v období odstavování, mateřské mléko opět obsahuje zvýšené množství protilátek. Humorální složku doplňuje sekreční IgA (až 0,5g denně). S IgA je odolný vůči proteolytickým enzymům, povléká sliznici střev a chrání ji proti invazi patogenů. Laktoferrin je glykoprotein, vážící železo a tím inhibuje růst střevních patogenů. Bifidus faktor podporuje růst fyziologické střevní flóry kojeného dítěte. Laktoferrin, bifidus faktor spolu s laktózou udržují pH střevního obsahu , čímž je rovněž omezován růst zejména gramnegativních bakterií a plísní (*C.albicans*). Lysozym má proteolytické účinky na grampozitivní bakterie a některé viry. Imunologicky aktivní složky mateřského mléka mají nejen humorální, ale i celulární povahu. Celulární složku tvoří makrofágy, lymfocyty, neutrofilní granulocyty, epiteliární buňky a další. Mateřské mléko obsahuje mnohem více faktorů s antibakteriální , antivirovou aktivitou in vitro a in vivo. Značná část je jich však termolabilní, část dokonce i za teploty dosahované při pasterizaci (62,5 st.). Tento fakt je třeba mít na paměti při výživě nezralých dětí a při manipulaci a skladování mateřského mléka.

(6,7,27,30)

1.6.5 Nevýhody, překážky, kontraindikace kojení

Trvá nebezpečí přenosu léků, které matka užívá, do mateřského mléka, v ojedinělých případech se vyskytuje novorozenecká žloutenka z mateřského mléka, zaměstnané matky s obtížemi pokračují v kojení, když znovu začnou pracovat, ženy s aktivní tuberkulózou, hepatitidou B nebo C či AIDS (HIV pozitivní) by neměly kojit. Hormonální změny

doprovázející kojení také zhoršují rakovinu, kojit by dále neměly matky, které užívají drogy, nebo alkoholičky. Dále kontraindikace kojení je galaktozemie, varicela matky začínající do čtyř dnů po narození, matka může odstříkávat mléko a začít kojit, když jsou všechny léze ve stádiu krust a medikace matky. Mezi léky, které jsou během kojení kontraindikovány, patří: amiodarone, léky proti zhoubnému bujení, bromokriptin, chloramfenikol, cimetidin, clemastine, cyclosporin A, dapsone, ergot a erotamin, soli zlata, indometacin, iodidy, litium, vysoké dávky estrogenů, fenindion, všechny radioizotopy, tetracycliny, tiouracil, vysoké dávky vitamínů A a D a sulfonamidy (u kojenců se žloutenkou). Je dobré léky konzultovat s lékárníkem.

(6,18,20,30)

1.7 Umělá výživa

Podkladem pro umělou výživu je kravské mléko, to je však odlišné od mléka mateřského. Jaký je rozdíl mezi mateřským mlékem a kravským mlékem? Počáteční mateřské mléko nazýváme kolostrum. Jde o mléko, které je žluté, husté, snadno stravitelné, obsahuje větší množství bílkovin a protilátek. Po dvou dnech se začne kolostrum měnit postupně na mléko zralé. Kolostrum, i když je ho málo, zcela odpovídá potřebám nezralého organismu dítěte a plně dostačuje zdravému novorozenci do té doby, než se objeví zralé mléko. Pomáhá také při vyloučení první stolice dítěte (tzv. smolky).

Kravské mléko, kterým se většinou nahrazuje mateřské mléko, má zvýšený obsah bílkovin a solí. Zastoupení jednotlivých bílkovin neodpovídá mateřskému mléku. Některé bílkoviny kravského mléka vyvolávají u dětí značné zažívací potíže a neprospívání. Zastoupení vápníku a fosforu je rovněž odlišné a pro děti nevýhodné. Nadbytek solí a nadbytek bílkovin výrazně zatěžuje ledviny a tím negativně ovlivňuje jejich činnost. Kravské mléko má málo železa. Obsah tuků a cukrů není po stránce množství významně odlišné. Složení tuků je však pro dítě méně příznivé. Složení tuků v kravském mléce je nepříznivé a některé mastné kyseliny neobsahuje kravské mléko vůbec. Rozdíly v zastoupení základních živin v kravském a mateřském mléce se při přípravě umělé výživy částečně řeší procesem, který se nazývá adaptace kravského mléka, ta má za cíl přiblížit kvalitu kravského mléka mléku mateřskému. Adaptované kravské mléko má na rozdíl od nezpracovaného kravského mléka snížený obsah bílkovin, minerálů a je doplněno železem. Bílkoviny jsou však stále rozdílné. Přidané nenasycené mastné kyseliny ovlivňují činnost mozku. Zpracované mateřské mléko má na rozdíl od čerstvého mateřského mléka snížený obsah bílkovin, snížený obsah protilátek. Zachovává si však kvalitu čerstvého mléka, tj. především složení bílkovin, tuků a

cukrů odpovídá potřebám kojence, je stravitelnější, zvláště pro nejmenší děti. Především přítomnost bílkoviny mateřského mléka je velkou předností. Formule je označení pro sušené formy adaptovaného mateřského mléka. Počáteční mléka obsahují upravenou bílkovinu mateřského mléka a dále především laktózu, tj. mléčný cukr. Mléka, která obsahují pouze laktózu jsou nejvhodnější pro výživu novorozenců a malých kojenců.

Děti s nízkou porodní hmotností potřebují více energie a více bílkovin. Rovněž složení tuků se upravuje, přidávají se nenasycené mastné kyseliny. Tyto látky získá dítě v posledních dvou měsících těhotenství. Když se narodí dítě předčasně, tyto látky nemá. Jsou důležité pro rozvoj zraku, mozku a pro růst organismu. Tato mléka musí obsahovat vyšší množství vitamínů, vápníku, fosforu, sodíku a železa (např. Nnatal LCP by Nutricia a to ve formě prášku i v tekuté formě ve skleničkách. Pro dítě s velmi nízkou porodní hmotností není ideální stravou ani samotné mateřské mléko, které se tedy obohacuje o sacharidy, bílkoviny a minerály. Tyto přípravky k obohacení připravuje firma Nutricia (BMF).

Nejméně polovina výrazně nedonošených dětí je propuštěna na umělé výživě, kdy laktace matky již ustala. Řada dětí dostává po přechodnou dobu speciální mléka pro nedonošence. Tato mléka jsou oproti běžnému adaptovanému mléku bohatší na bílkovinu, sacharidy, některé mastné kyseliny (linolovou, linolenovou), kalorie, minerály, vitamíny a stopové prvky a odpovídají svým složením odlišné potřebě živin nedonošence oproti zralému kojenci. Tato mléka mají složení blízké mateřskému mléku obohacenému fortifikačním přípravkem. Jednou z vlastností těchto mlék je i to, že dítě může přijímat ve stejném objemu vyšší počet kalorií, což může být výhodné při nižší kapacitě žaludku a vyšším sklonu těchto dětí ke gastroezofageálnímu refluxu. Příznivý vliv na růst se může projevit v rychlosti přibývání na váze, růstu do délky i růstu obvodu hlavy. Nejběžnější náhradou kojení jsou i u nedonošených dětí plně adaptovaná mléka používaná i u dětí donošených. Takovým mlékem by mělo dítě být krmeno v případě, že kojení není možné, dítě je plně stabilizované, pije stejné dávky mléka jako donošené děti stejné váhy a dobře váhově prospívá. Jako přípravky vhodné k prevenci alergií jsou někdy propagována tzv. hypoalergenní mléka. Běžně dostupné takto označené přípravky mají v průměru cca třetinu své bílkoviny přeměněnou v hydrolyzát. Volba umělého způsobu výživy nese s sebou vyšší výdaje pro státní rozpočet. Dokonce i v zemích s nízkou kojeneckou úmrtností je nemocniční léčba spojená s vyšší nemocností a úmrtností dětí uměle živených 5krát častější než u dětí kojených. Z dlouhodobého hlediska je třeba počítat také s náklady na léčbu karcinomu prsu a dalších zdravotních problémů, jejichž výskyt je vyšší u žen, které nekojí.

(5,6,9,22,27,30)

1.7.1 Fortifikace mateřského mléka

Pokud není dostačující samotné mateřské mléko, obohacuje se o sacharidy, bílkoviny, sírovátky, vitamíny a minerály. Na trhu je několik přípravků, které se přidávají k mléku buď ve formě prášku nebo tekuté. Přesto, že kojení nese sebou řadu výhod, a preventivních účinků, pro některé mimořádně nezralé děti může být výživa kojením přechodně kaloricky a nutričně nedostatečná. Třebaže je mateřské mléko vlastní matky nedonošence svým složením částečně přizpůsobeno vyšší potřebě bílkovin, sacharidů, minerálů, tato přirozená kompenzace může být nedostatečná pro dobrý růst dítěte s velmi nízkou porodní vahou, zejména z hlediska obsahu proteinu, kalorií, natria, kalcia, fosforu a vitamínu D.

Fortifikace mateřského mléka je někdy rutinně používána v perinatologických centrech, ale vysazována před propuštěním dítěte, po dosažení plného kojení. Vyžaduje odstříkávání mléka, které je pak po rozpuštění instantního přípravku anebo přimíchání tekutého fortifieru podáváno šálkem, stříkačkou či za použití laktační pomůcky. Druhou možností je střídání kojení s krmením speciálním mlékem pro nedonošence. Fortifikace by měla mimo mimo zvýšení dodávky základních živin a energie poskytnout i dostatečnou suplementaci vitamínu D, K, železa, kalcia, fosforu, a některých stopových prvků, např. selenu a zinku.

Fortifikací chceme dosáhnout takových poměrů, které by umožnily dosáhnout růstové křivky, srovnatelné s růstovou rychlostí v posledním trimestru intrauterinního života. (provedení: do 50ml čerstvě odstříkaného mateřského mléka přimícháme 1 sáček- tj.1,5g Nenatal Fortifieru a ihned podáváme)

V souhrnu lze říci, že pro naprostou většinu nedonošených dětí je optimálním způsobem výživy v prvních měsících po propuštění z nemocnice plné kojení. Pouze ve vyjimečných případech dětí, která nejsou schopny sát dostatečná množství mléka nebo dětí z nejnižších váhových skupin může při nedostatečném růstu a přibývání na váze přicházet v úvahu fortifikace.

(1,9,22)

1.8 Enterální, parenterální výživa

Parenterální výživou rozumíme přivádění živin do cévního systému nemocného. Používáme ji v těch případech, kdy je nemožné zajistit dostatečnou výživu cestou enterální, přesto ji nemůže dlouhodobě plně nahradit. Může být doplňkem enterální výživy, nekryje zcela nutriční a energetické potřeby organismu nebo nahrazující zcela enterální příjem a kryje nutriční a energetické potřeby organismu. Pro novorozence s nízkou porodní vahou (pod 2500g) platí odlišnosti v požadavcích na zajištění suficientního přívodu kalorií a živin. Velice

často je , zvláště u velmi nezralých novorozenců, nutné použít parenterální nebo enterální způsob výživy. Pro enterální a perorální výživu je používáno mateřské mléko, event. s přidáním fortifikace mléka (Human Milk Fortifier, Eoprotin) nebo speciální formule (Enfalac praemature, Nenatal), které respektují specifické požadavky nezralých dětí (bílkoviny,Ca,P, atd.). Předností enterální výživy je fyziologický přívod živin přes střevo a játra a nižší náklady na výživu než při parenterálním podání. K rizikům patří nebezpečí aspirace a možná intolerance v zažívacím traktu a infekce.

(1,5,8)

2. Cíle práce a hypotézy

1.1 Cíl práce

Cílem této práce je zjistit, jak jsou matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích poučeny:

- a) o správné výživě dítěte
- b) o vhodné péči uspokojující potřeby dítěte – tj. o systému koupání, přebalování, ošetřování pupíku, dodržování rytmu při podpoře vnitřních hodin dítěte

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích jsou poučeny o správné výživě dítěte.

Hypotéza 2: Matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích jsou poučeny o vhodné péči uspokojující potřeby dítěte.

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování výzkumné části bakalářské práce a k ověření hypotéz byl použit dotazník (viz příloha č.1), který byl sestaven na základě vlastních zkušeností, kterých jsem nabyla jako sestra a matka zároveň.

Dotazník obsahoval 40 otázek, jeho vyplnění bylo dobrovolné a zcela anonymní. Otázky byly uzavřené, polootevřené a otevřené. Otázky 1 - 6 se týkaly tematického bloku - identifikační údaje, ostatní otázky byly zjišťovací. Otázky 7 - 21 se týkaly tematického bloku – kojení a výživa. Otázky 22 – 40 byly zaměřené na tematický blok týkající se vhodné péče o novorozence.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

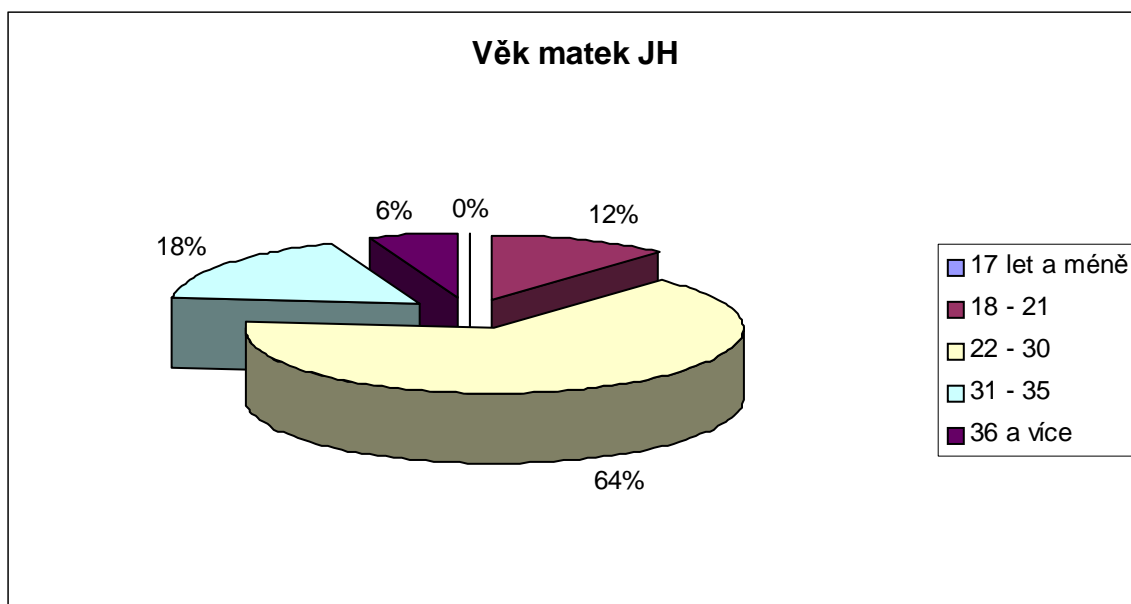
Cílový soubor tohoto zkoumání tvořilo 37 matek hospitalizovaných na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích, kterým byl předložen dotazník před propuštěním domů .

Na těchto odděleních bylo rozdáno celkem 44 dotazníků. V Jindřichově Hradci bylo poskytnuto 22 dotazníků a v Českých Budějovicích 22 dotazníků. Zpět se vrátilo 37 řádně vyplněných dotazníků, z toho 17 z Jindřichova Hradce a 20 z Českých Budějovic. Dotazníky byly následně zpracovány pro bakalářskou práci. Výsledky jsou vyjádřeny v procentech.

4. Výsledky

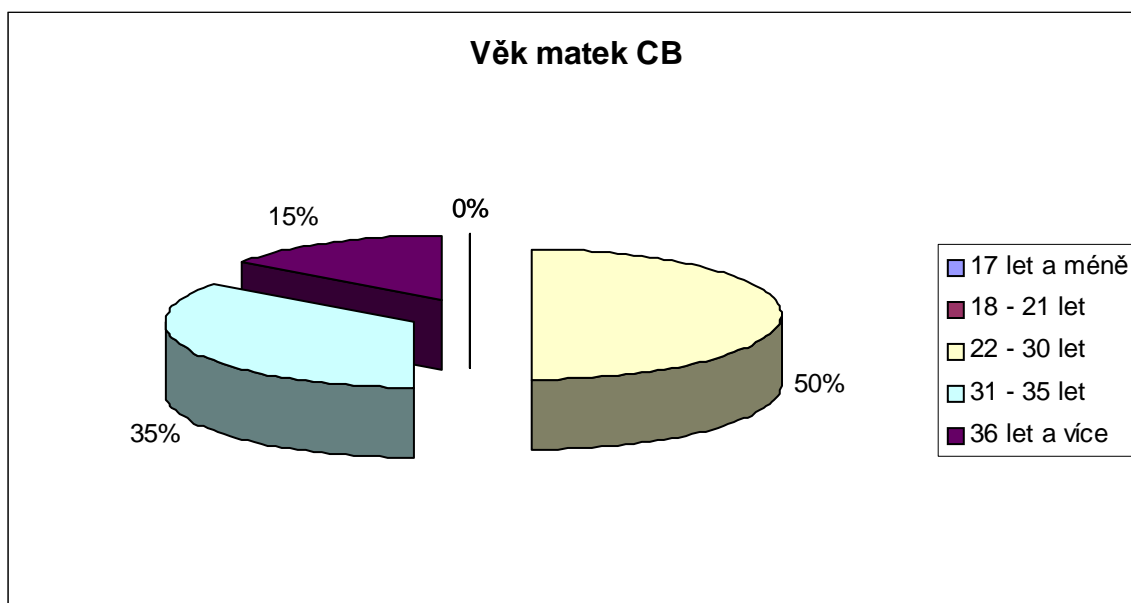
Tematický oddíl – identifikační údaje

Graf 1a: (k otázce č.1)



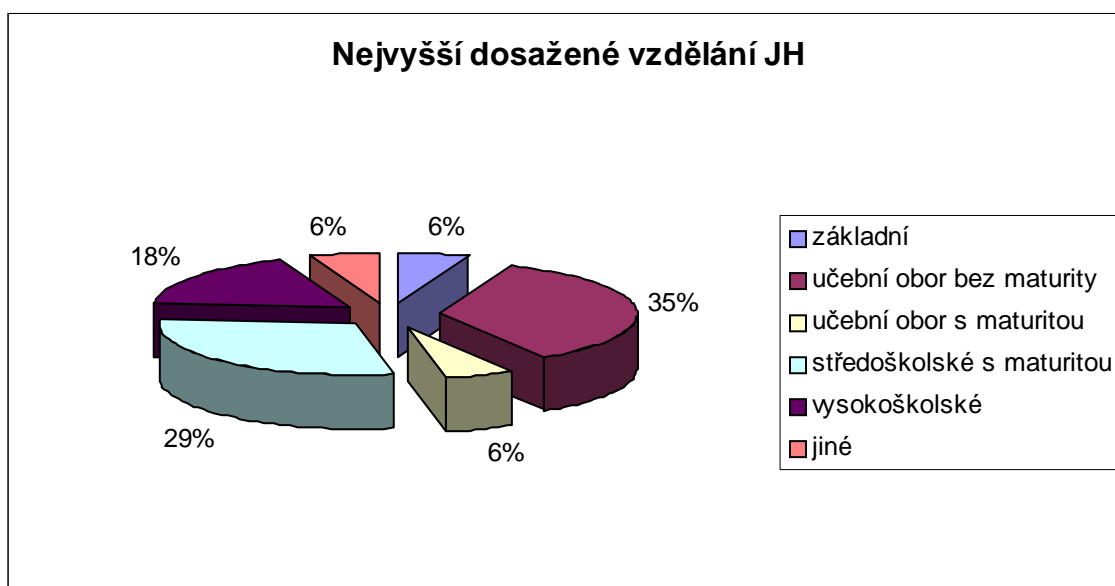
11 (64%) dotazovaných matek hospitalizovaných v J.Hradci bylo ve věku 22 –30 let, 3 (18%) matky ve věku 31 – 35 let, 2 (12%) matky ve věku 18 – 21 let a 1 (6%) matka se zařadila do věkové skupiny 36 let a více.

Graf 1b: (k otázce č.1)



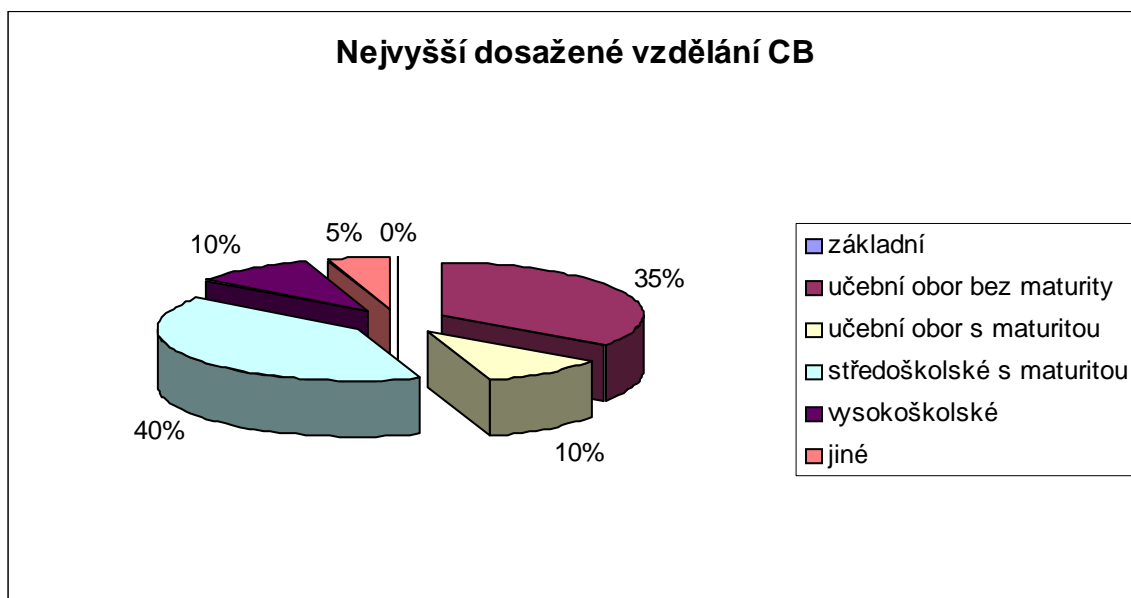
10 (50%) dotazovaných matek hospitalizovaných v Č.Budějovicích bylo ve věku 22 – 30 let, 7 (35%) matek ve věku 31 – 35 let a 3 (15%) matky ve věku 36 let a více.

Graf 2a: (k otázce č. 2)



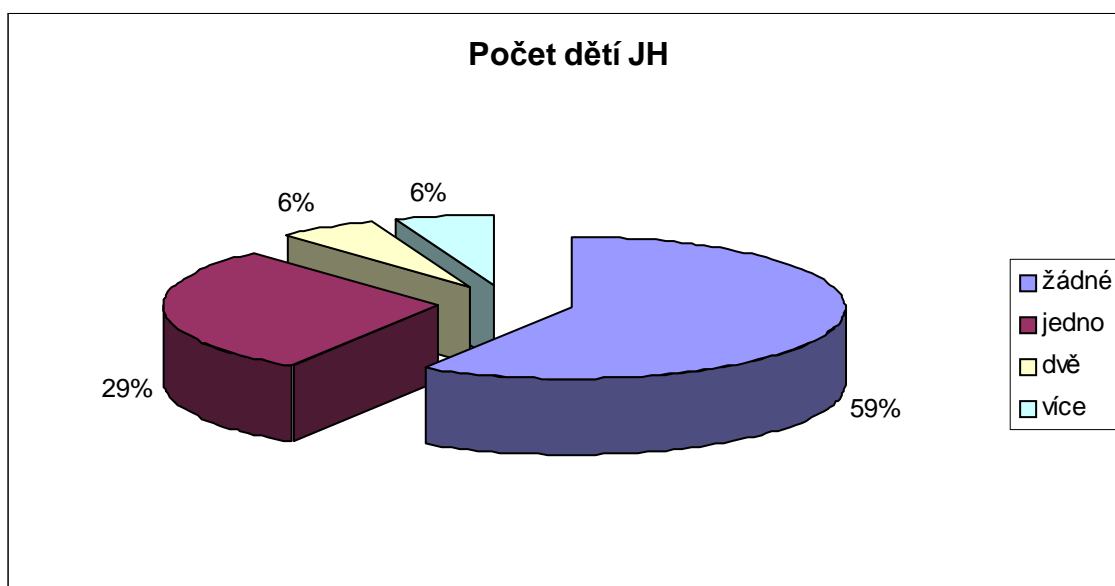
6 (36%) matek z J.Hradce uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání učební obor bez maturity, 5 (29%) matek středoškolské vzdělání s maturitou, 3 (18%) matky vysokoškolské vzdělání, 1 (6%) matka základní, 1 (6%) matka učební obor s maturitou a 1 (6%) matka jiné vzdělání.

Graf 2b: (k otázce č.2)



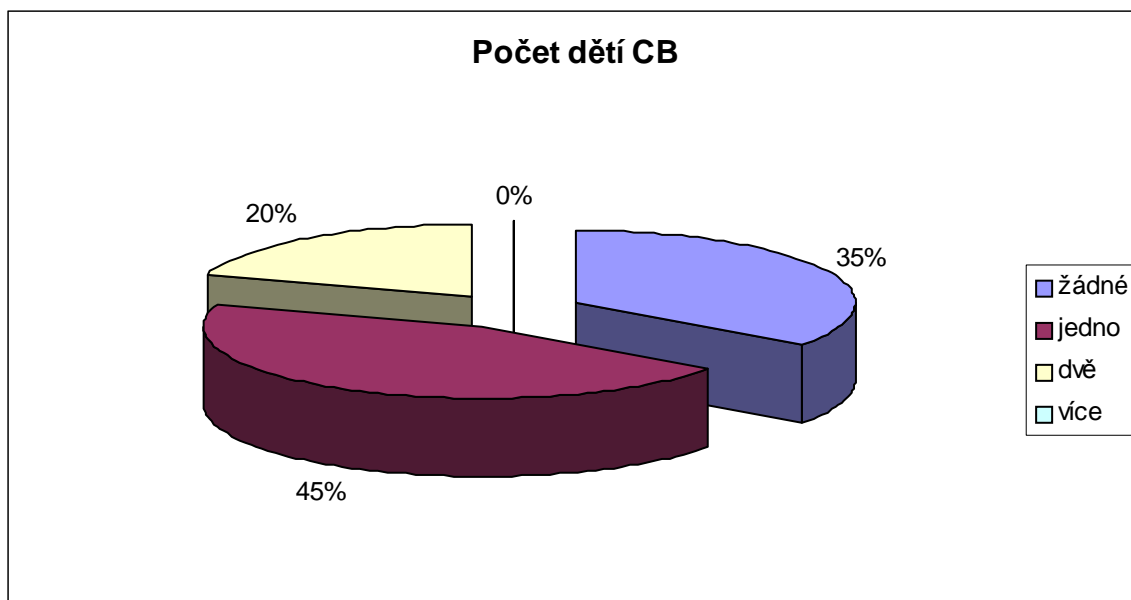
8 (40%) matek z Č.Budějovic uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, 7 (35%) matek učební obor bez maturity, 2 (10%) matky učební obor s maturitou, 2 (10%) matky vysokoškolské a 1 (5%) matka jiné.

Graf 3a: (k otázce č. 3)



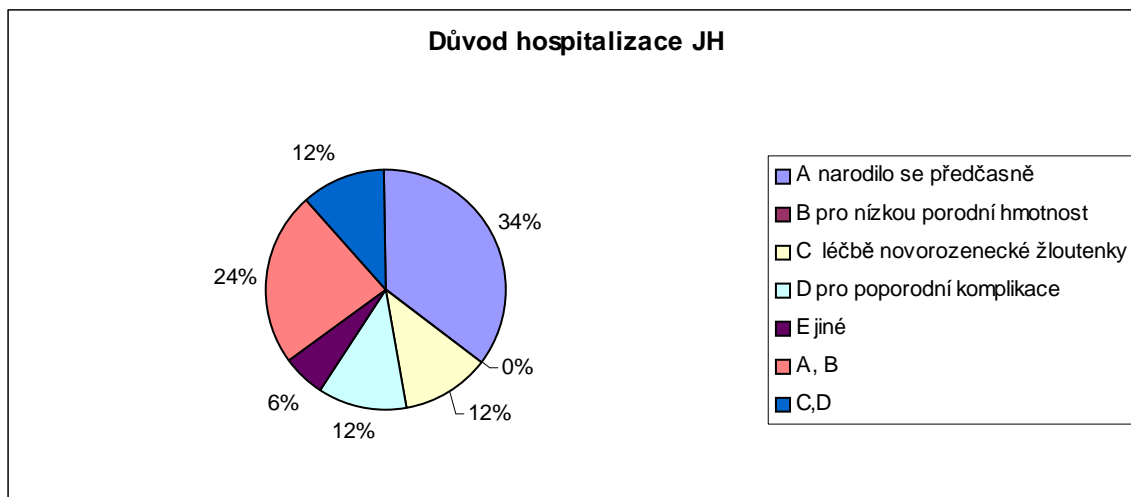
10 (59%) matek z J.Hradce uvedlo, že nemá doma žádné dítě, 5 (29%) matek má doma jedno dítě, 1 (6%) matka dvě děti a 1 (6%) matka více dětí.

Graf 3b: (k otázce č. 3)



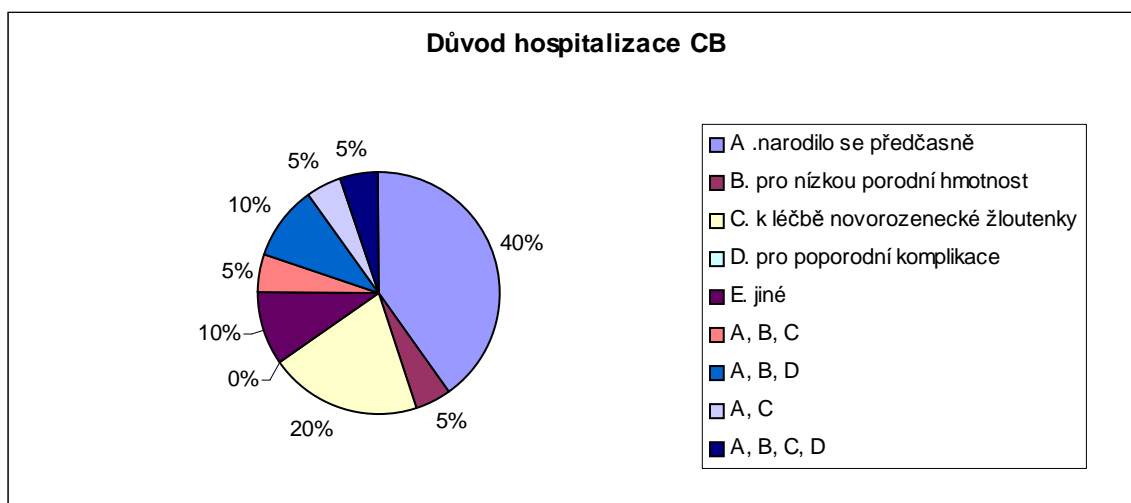
9 (45%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že má doma 1 dítě, 7 (35%) matek uvedlo, že nemá doma žádné dítě, 2 (20%) matky mají doma dvě děti.

Graf 4a: (k otázce č.4)



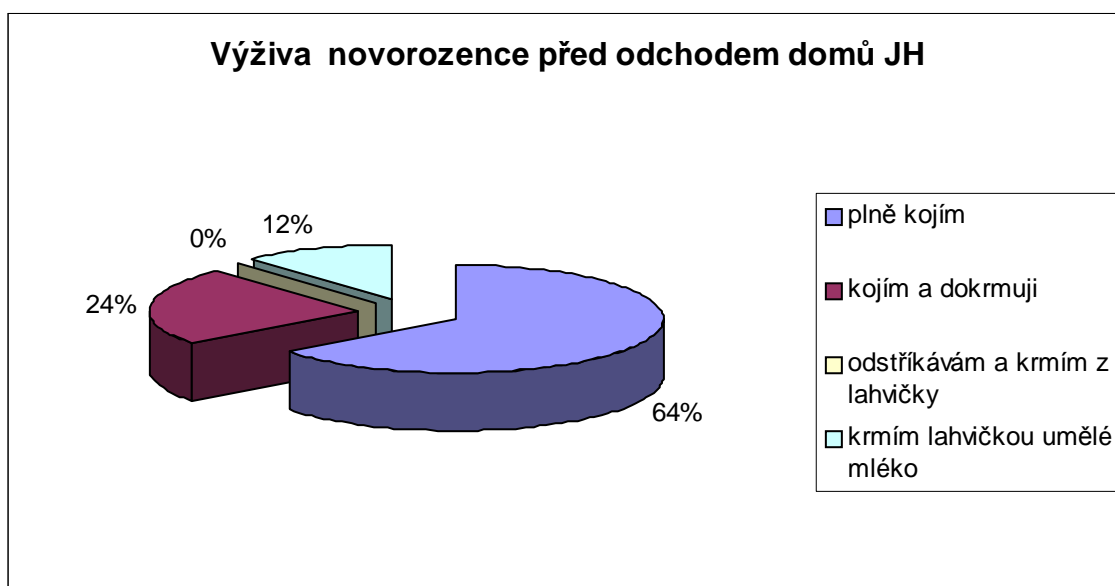
6 (34%) matek v J.Hradci označilo jako důvod hospitalizace předčasné narození miminka, 4 (24%) matky předčasné narození a nízkou porodní hmotnost, 2 (12%) matky léčbu novorozenecké žloutenky, 2 (12%) matky poporodní komplikace, 2 (12%) matky poporodní komplikace a léčbu novorozenecké žloutenky a 1 (6%) matka pro jiný důvod.

Graf 4b: (k otázce č.4)



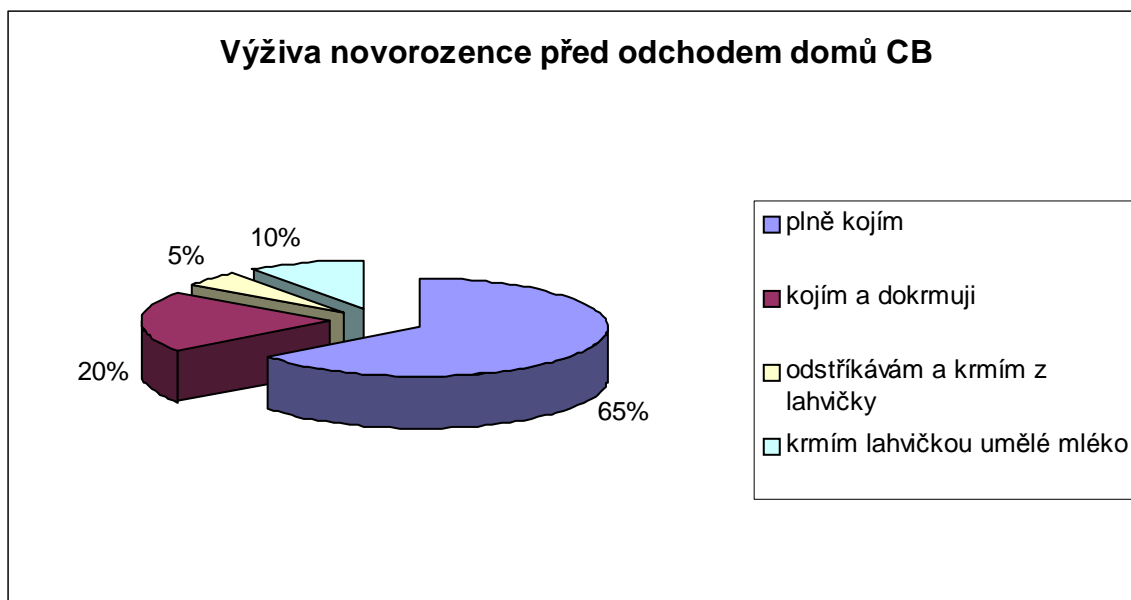
8 (40%) matek v Č.Budějovicích označilo jako důvod hospitalizace předčasné narození miminka, 4 (20%) matky léčbu novorozenecké žloutenky, 2 (10%) matky pro jiný důvod, 2 (10%) matky předčasné narození, léčbu novorozenecké žloutenky a poporodní komplikace, 1 (5%) matka nízkou porodní hmotnost, 1 (5%) matka předčasné narození, nízkou porodní hmotnost a léčbu novorozenecké žloutenky, 1 (5%) matka předčasné narození a novorozeneckou žloutenku a 1 (5%) matka předčasné narození, nízkou porodní hmotnost, novorozeneckou žloutenku, poporodní komplikace.

Graf 5a: (k otázce č.5)



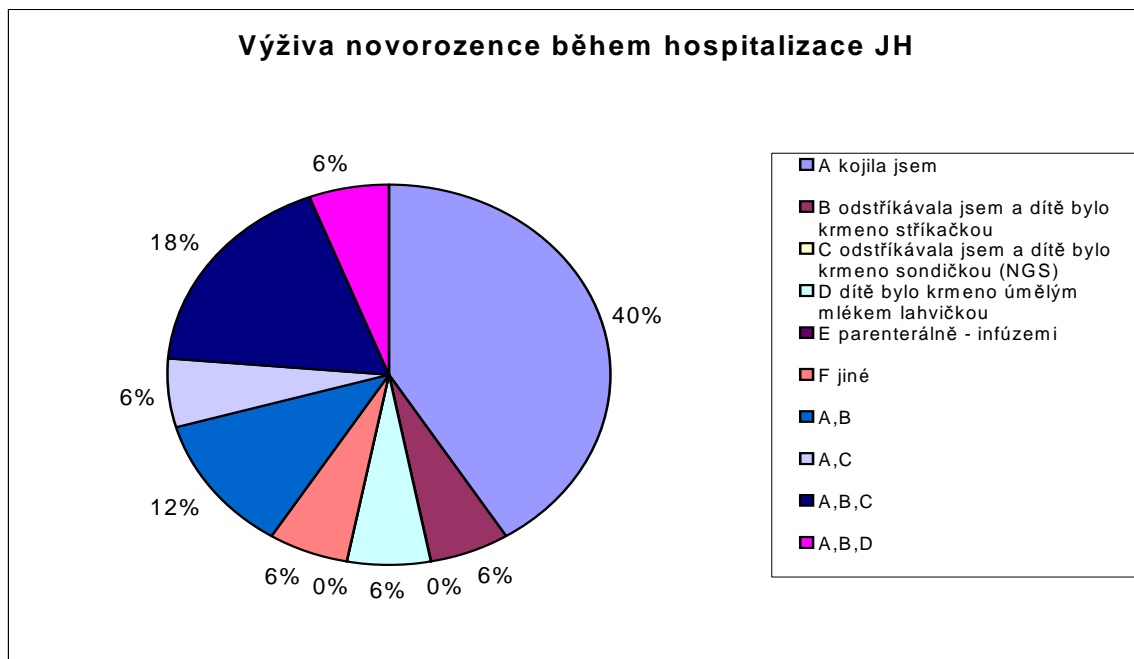
11 (64%) matek z J.Hradce před odchodem domů plně kojí, 4 (24%) matky kojily a dokrmovaly , 2 (12%) matky krmily lahvičkou umělé mléko.

Graf 5b: (k otázce č.5)



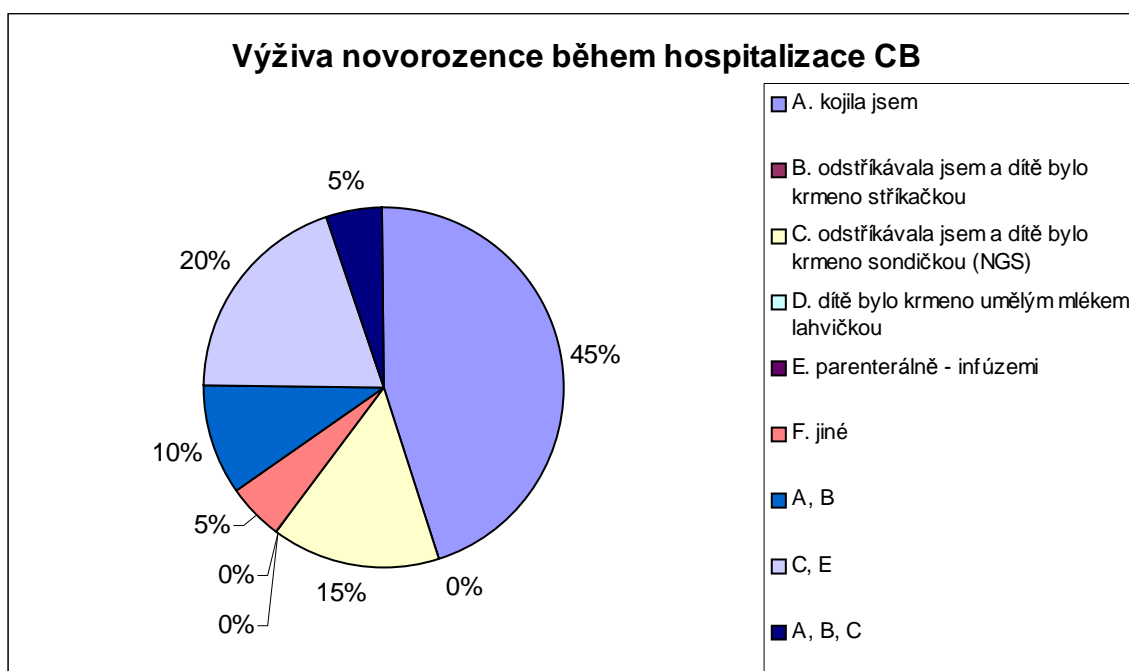
13 (65%) matek z Č.Budějovic před odchodem domů plně kojilo, 4 (20%) matky kojily a dokrmovaly, 2 (10%) matky krmily lahvičkou umělé mléko a 1 (5%) matky odstříkávala a krmila z lahvičky mateřské mléko.

Graf 6a: (k otázce č. 6)



7 (40%) matek z J.Hradce uvedlo, že jejich miminko bylo v průběhu pobytu pouze kojeno, 3 (18%) matky uvedly kojení, odsťíkávaly a dítě bylo krmeno stříkačkou, sondičkou (NGS), 2 (12%) matky kojily a odsťíkávaly a dítě bylo krmeno stříkačkou, 1 (6%) matka odsťíkávala a dítě bylo krmeno stříkačkou, 1 (6%) matka krmila dítě umělým mlékem, 1 (6%) matka kojila, odsťíkávala a dítě bylo krmeno sondičkou (NGS), 1 (6%) matka kojila, odsťíkávala a dítě bylo krmeno stříkačkou a umělým mlékem a 1 (6%) matka uvedla jiné.

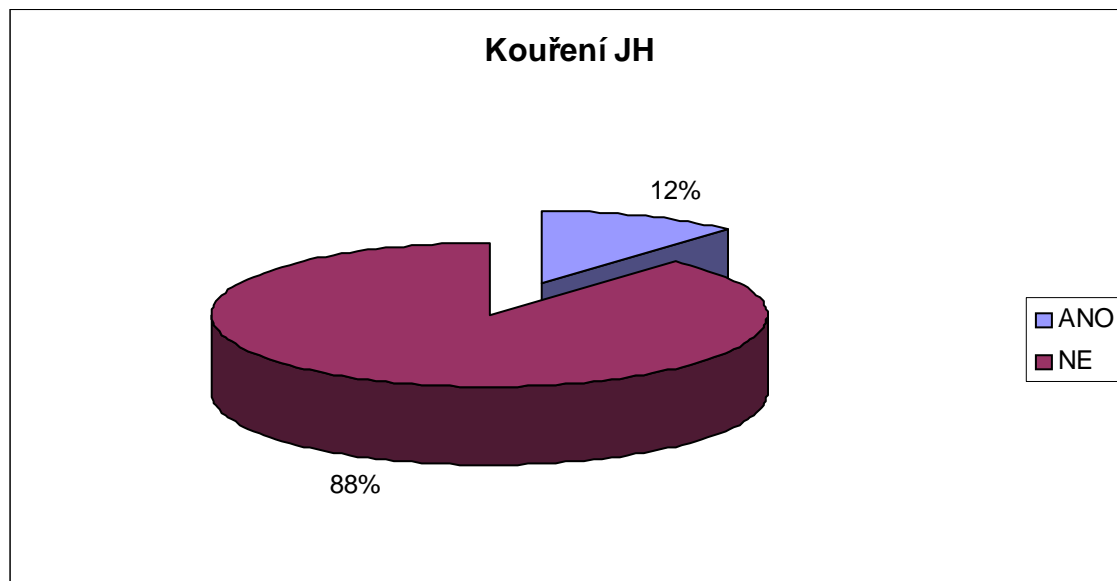
Graf 6b: (k otázce č. 6)



9 (45%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že jejich miminko bylo v průběhu pobytu pouze kojeno, 4 (20%) matky odstříkávaly a dítě bylo krmeno sondičkou (NGS), parenterálně – infúzemi, 3 (15%) matky odstříkávaly a dítě bylo krmeno sondičkou (NGS), 2 (10%) matky kojily a odstříkávaly a dítě bylo krmeno stříkačkou, 1 (5%) matka kojila, odstříkávala a dítě bylo krmeno stříkačkou a sondičkou (NGS), 1 (5%) matka uvedla jiné.

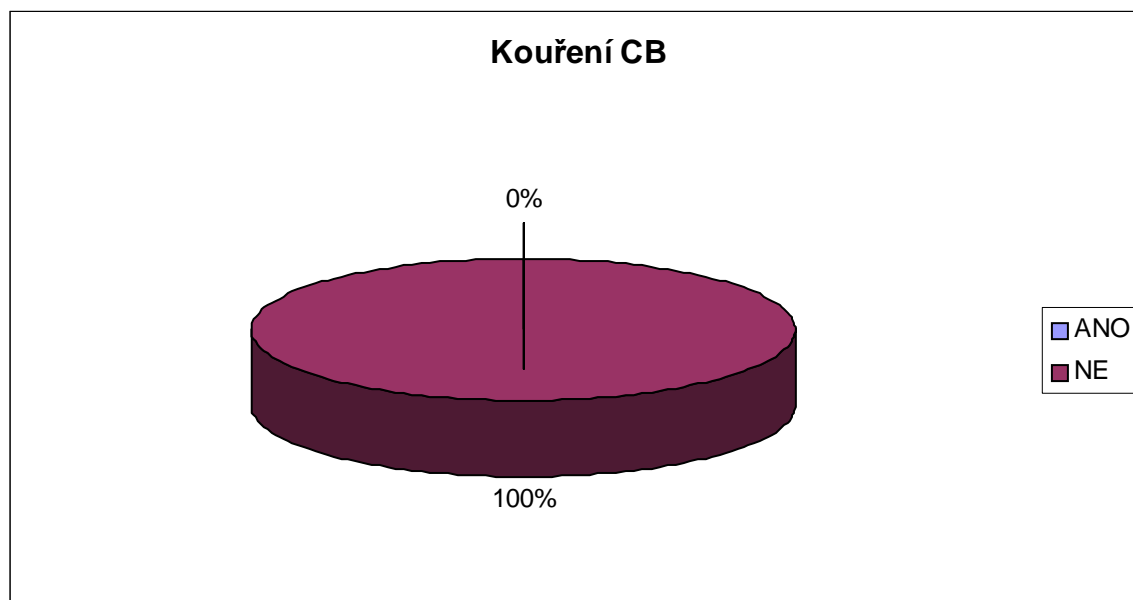
Tematický oddíl – výživa a kojení

Graf 7a: (k otázce č. 7)



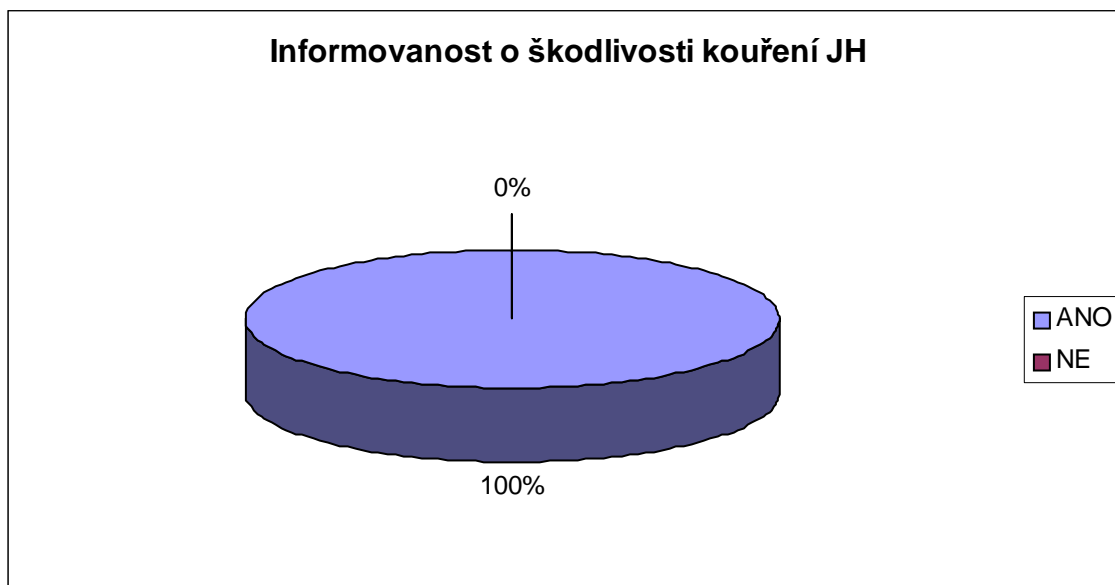
15 (88%) matek z J.Hradce uvedlo , že nekouří a 2 (12%) matky kouřily.

Graf 7b: (k otázce č. 7)



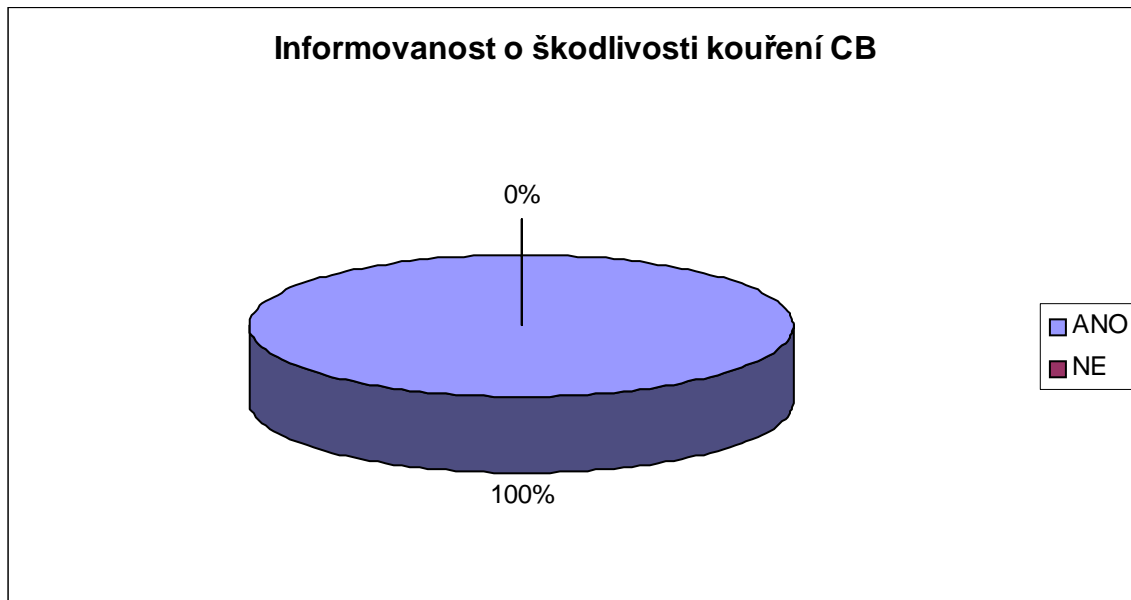
20 (100%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že nekouří.

Graf 8a: (k otázce č. 8)



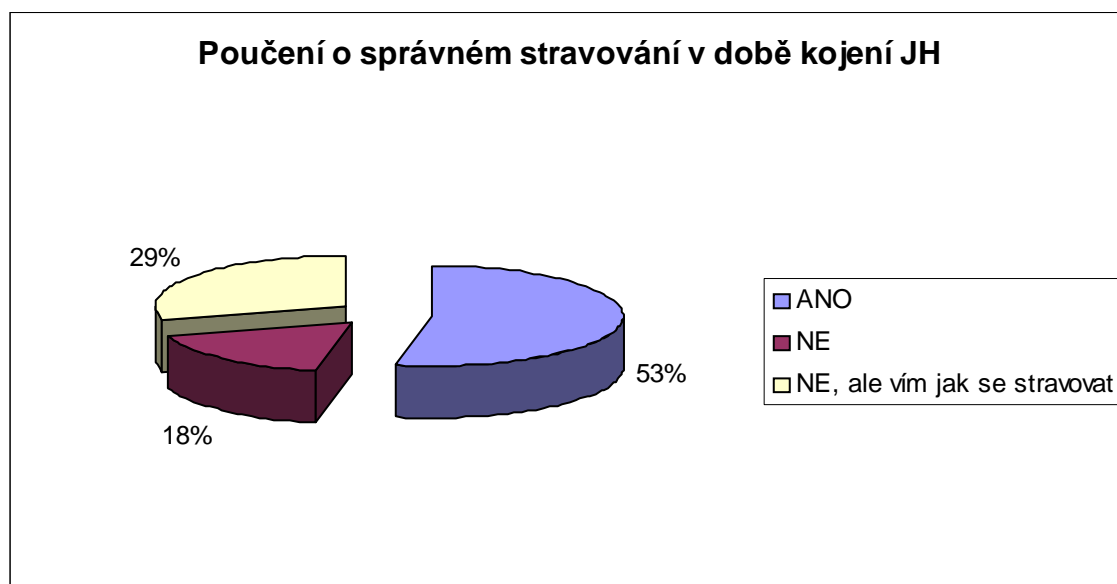
17 (100%) matek z J.Hradce uvedlo, že ví o škodlivosti kouření v těhotenství nebo při kojení.

Graf 8b: (k otázce č. 8)



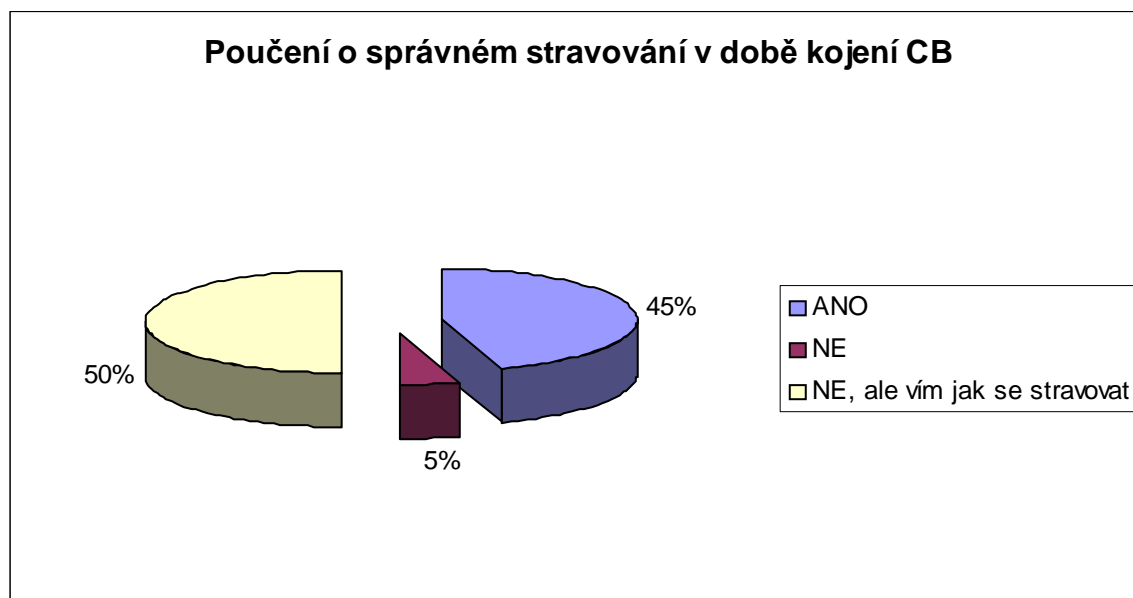
20 (100%) matek z Č. Budějovic uvedlo, že ví o škodlivosti kouření v těhotenství nebo při kojení.

Graf 9a: (k otázce č. 9)



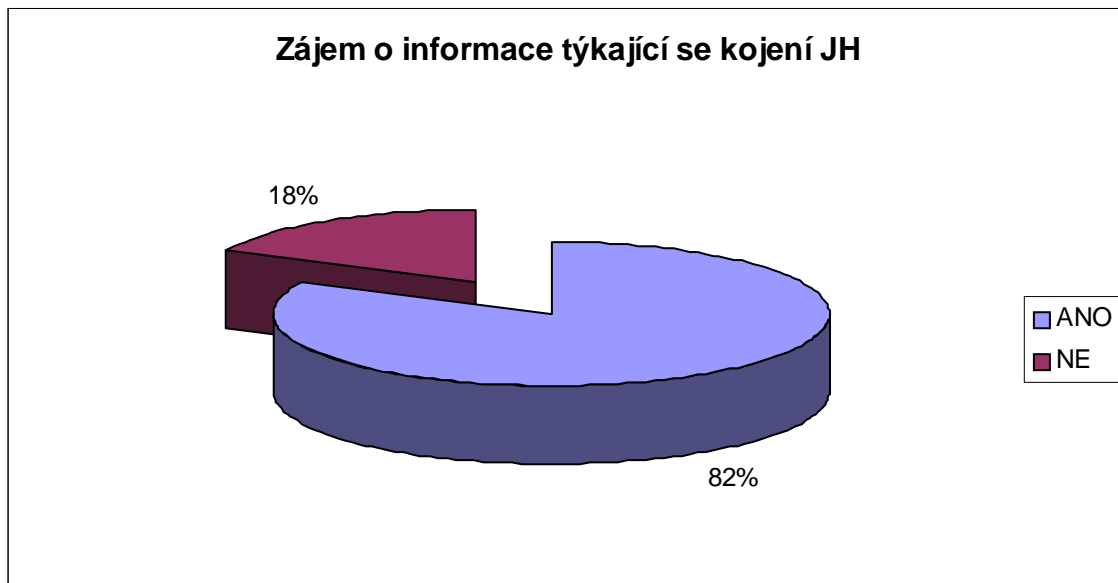
9 (53%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené o důležitosti vhodného stravování v době kojení, 5 (29%) matek nebylo poučeno, ale věděly jak se mají stravovat a 3 (18%) matky nebyly poučené.

Graf 9b: (k otázce č. 9)



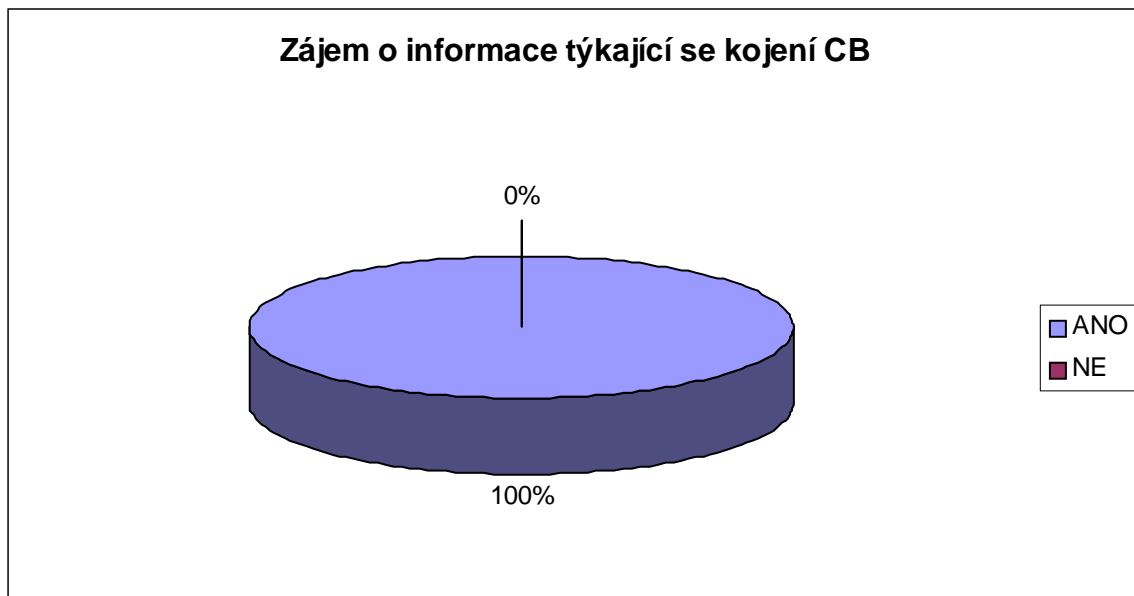
10 (50%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že nebyly poučené o důležitosti vhodného stravování v době kojení, ale věděly, jak se mají stravovat, 9 (45%) matek bylo poučeno a 1 (5%) matka poučena nebyla.

Graf 10a: (k otázce č. 10)



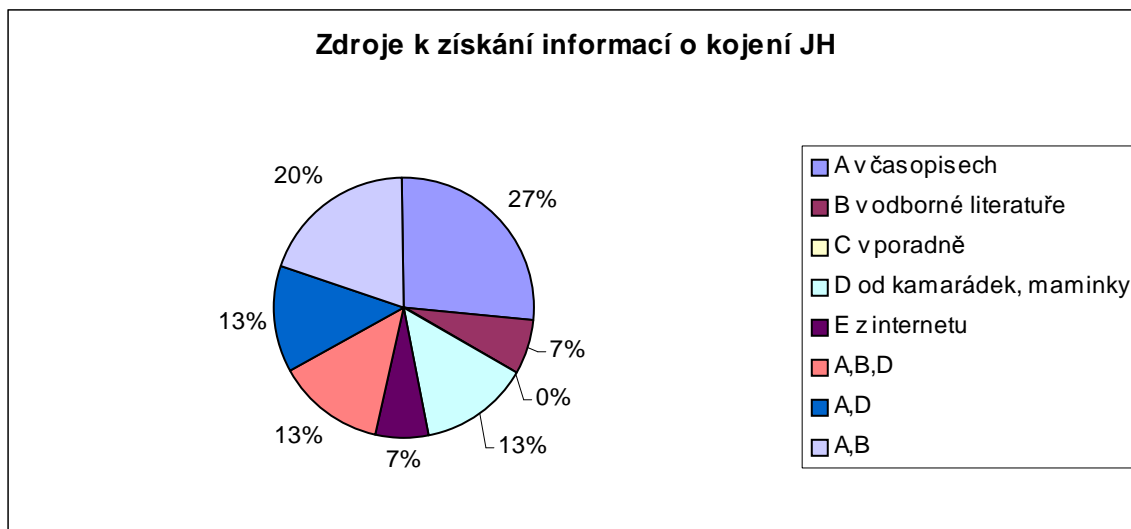
14 (82%) matek z J.Hradce se zajímalo během těhotenství o informace týkající se kojení, 3 (18%) matky se nezajímaly.

Graf 10b: (k otázce č. 10)



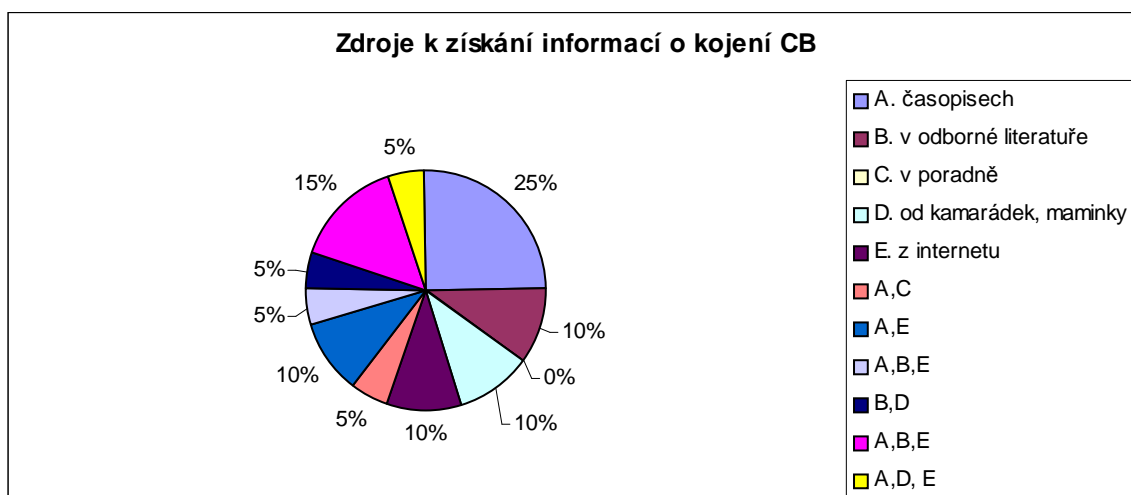
20 (100%) matek z Č. Budějovic se zajímalo během těhotenství o informace týkající se kojení.

Graf 11a: (k otázce č.10)



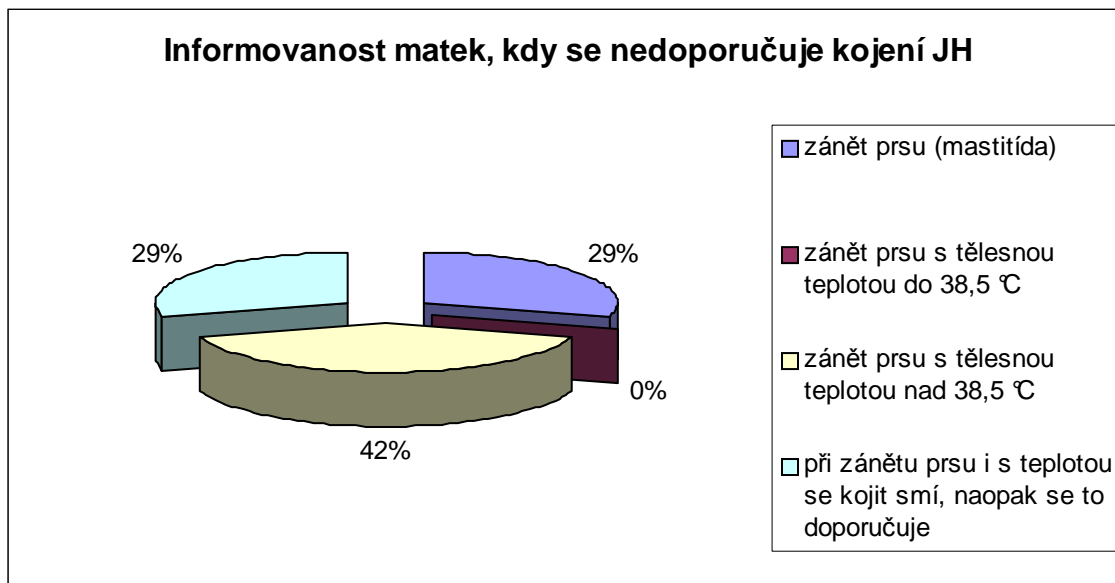
4 (27%) matky z J.Hradce čerpaly informace o kojení v časopisech, 3 (20%) matky v časopisech a odborné literatuře, 2 (13%) matky od kamarádek, maminky, 2 (13%) matky v časopisech, odborné literatuře, od kamarádek, maminky, 1 (13%) matka v časopisech, od kamarádek, maminky, 1 (7%) matka v odborné literatuře a 1 (7%) matka čerpala informace z internetu.

Graf 11b: (k otázce č. 10)



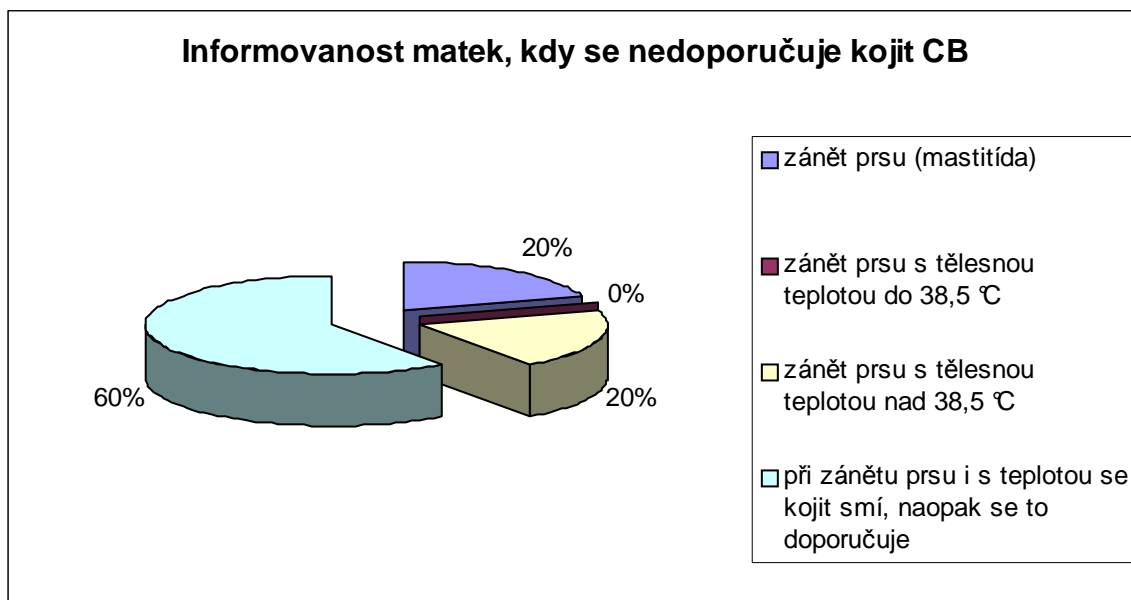
5 (25%) matek z Č.Budějovic čerpalo informace o kojení v časopisech, 3 (15%) matky v časopisech, odborné literatuře, z internetu, 2 (10%) matky v odborné literatuře, 2 (10%) matky od kamarádek, maminky, 2 (10%) matky z internetu, 2 (10%) matky v časopisech, z internetu, 1 (5%) matka v časopisech, v poradně, 1 (5%) matka v časopisech, odborné literatuře, z internetu, 1 (5%) matka v odborné literatuře, od kamarádek, maminky, 1 (5%) matka v časopisech, od kamarádek, maminky, z internetu.

Graf 12a: (k otázce č. 11)



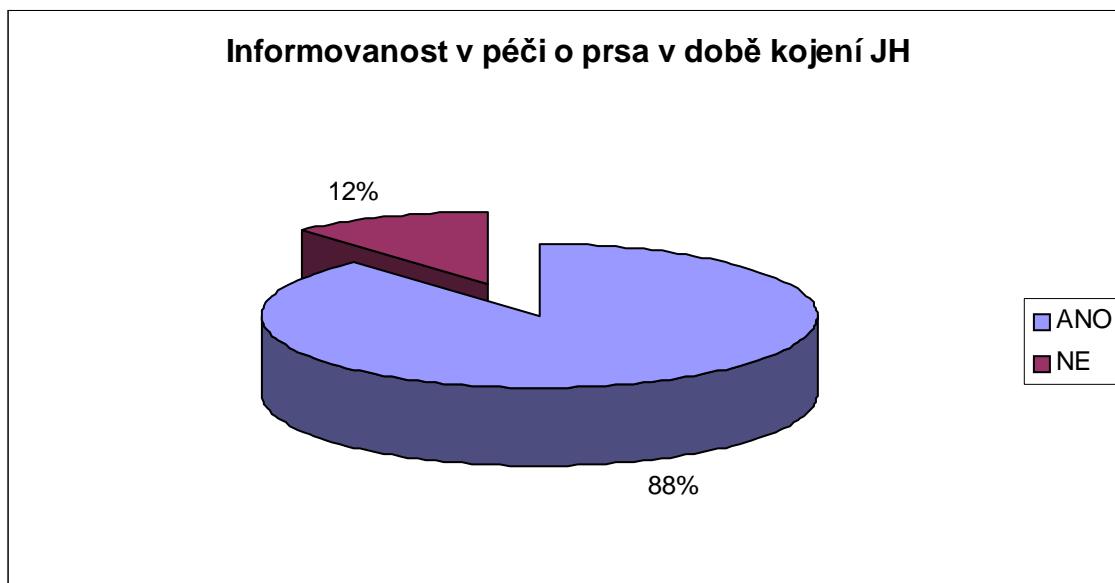
7 (42%) matek v J.Hradci si myslelo, že kontraindikací kojení je zánět prsu s tělesnou teplotou nad 38,5°C, 5 (29%) matek zánět prsu, 5 (29%) matek uvedlo, že se při zánětu prsu i s teplotou kojit smí, naopak se to doporučuje.

Graf 12b: (k otázce č. 11)



12 (60%) matek V Č.Budějovicích uvedlo, že se při zánětu prsu i s teplotou kojit smí, naopak se to doporučuje, 4 (20%) matky si myslely, že kontraindikací kojení je zánět prsu a 4 (20%) matky zánět prsu s tělesnou teplotou nad 38,5 °C.

Graf 13a: (k otázce č. 12)



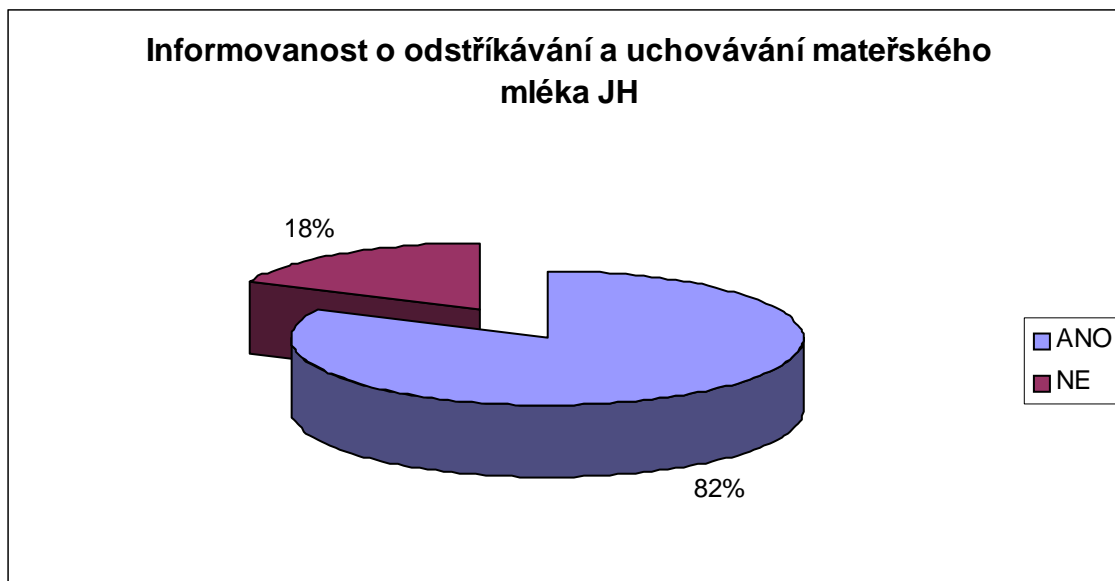
15 (88%) matek z J.Hradce označilo odpověď ano, že jim byly poskytnuty informace, jak pečovat o prsa v době kojení, 2 (12%) matky označily odpověď ne.

Graf 13b: (k otázce č.12)



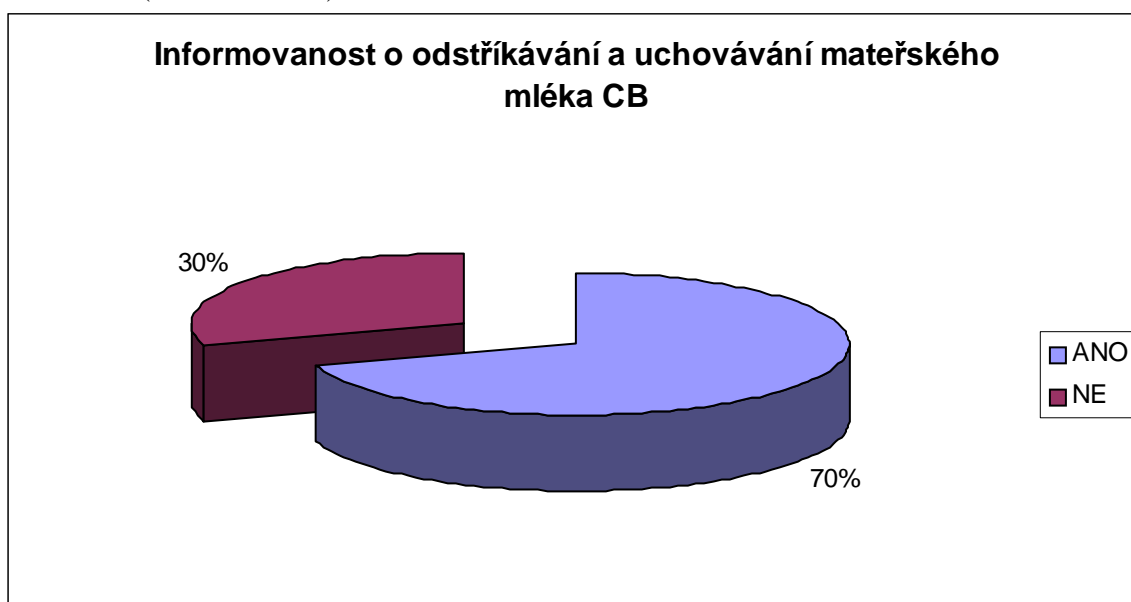
10 (50%) matek z Č. Budějovic označilo odpověď ano, že jim byly poskytnuty informace, jak pečovat o prsa v době kojení, 10 (50%) matek označily odpověď ne.

Graf 14a: (k otázce č. 13)



14 (82%) matkám z J.Hradce byly poskytnuty informace jak odstříkávat a uchovávat mateřské mléko a 3 (18%) matkám nikoliv.

Graf 14b: (k otázce č. 13)



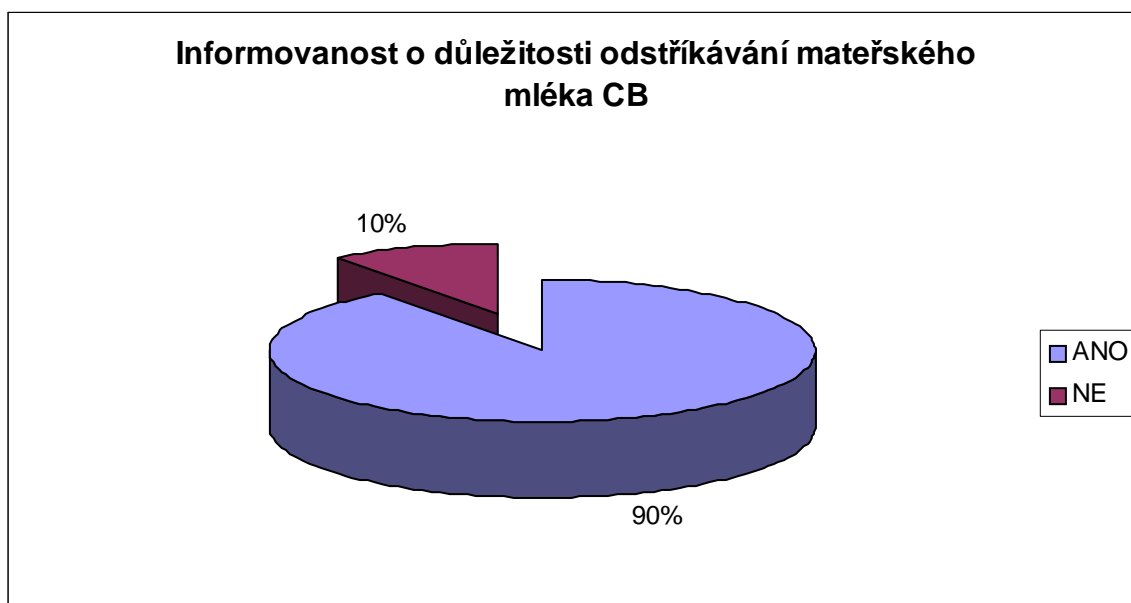
14 (70%) matkám z Č.Budějovic byly poskytnuty informace jak odstříkávat a uchovávat mateřské mléko a 6 (30%) matkám nikoliv.

Graf 15a: (k otázce č. 14)



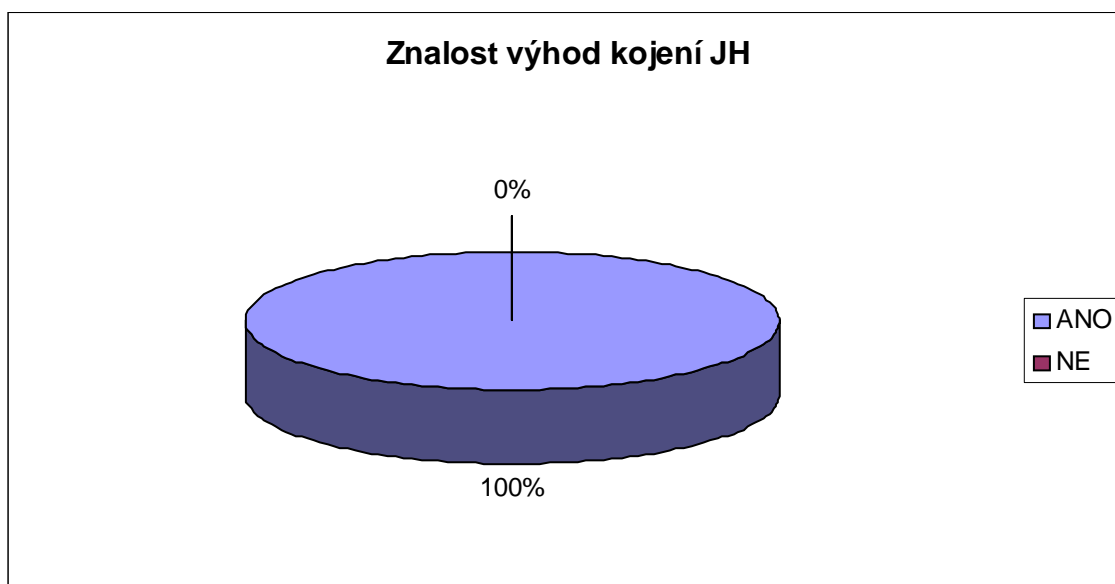
15 (88%) matek z J.Hradce ví proč je důležité odstříkávání mateřského mléka a 2 (12%) matky neví.

Graf 15b: (k otázce č.14)



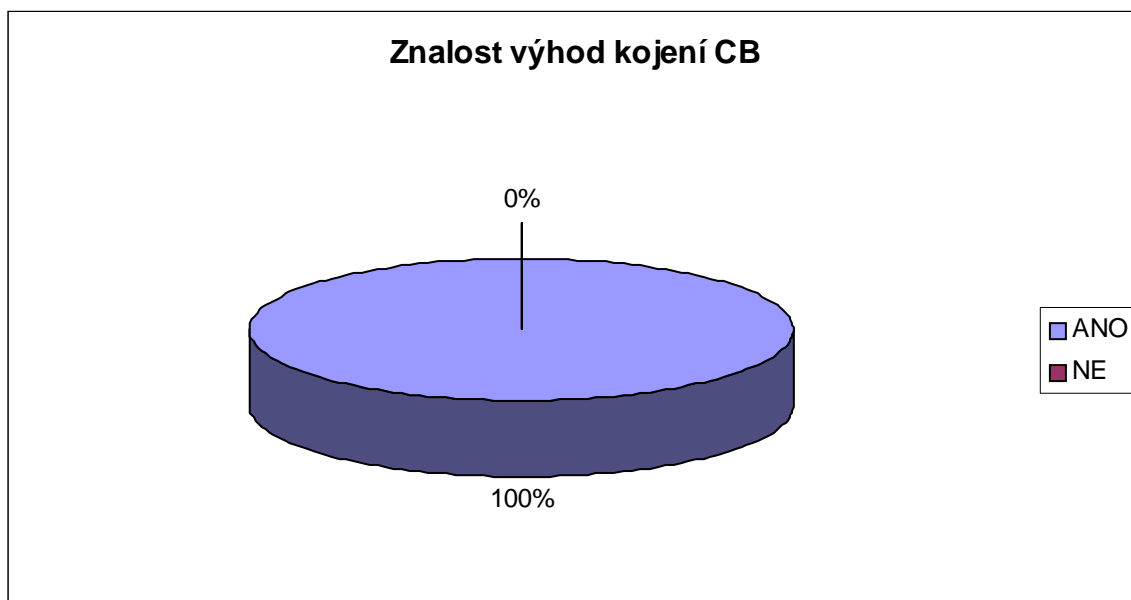
18 (90%) matek z Č.Budějovic ví proč je důležité odstříkávání mateřského mléka a 2 (10%) matky neví.

Graf 16a: (k otázce č. 15)



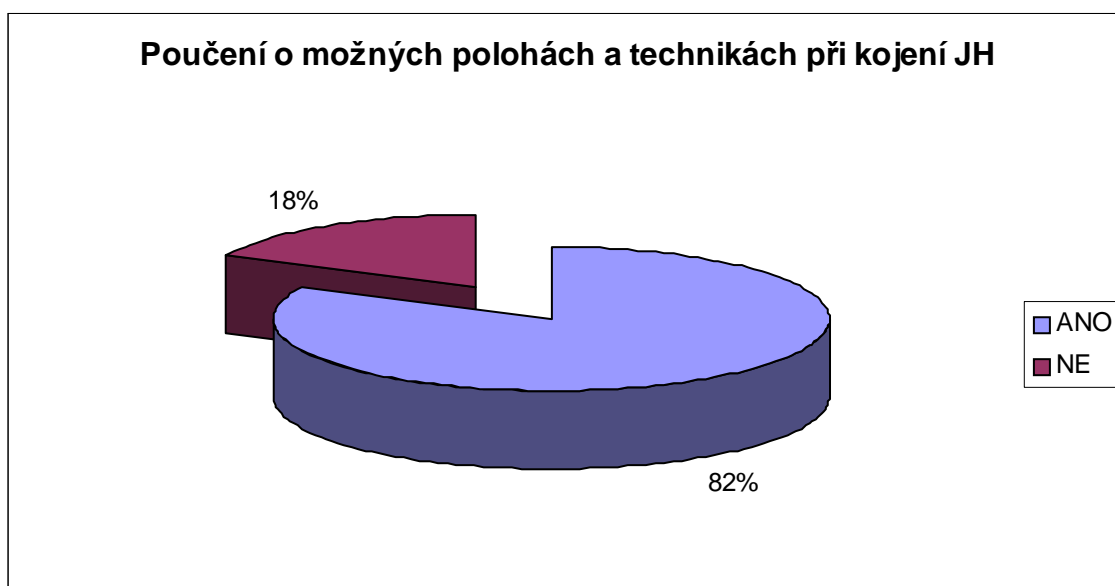
Všech 17 (100%) matek z J.Hradce odpovědělo na otázku, zda znají výhody kojení kladně.

Graf 16b: (k otázce č. 15)



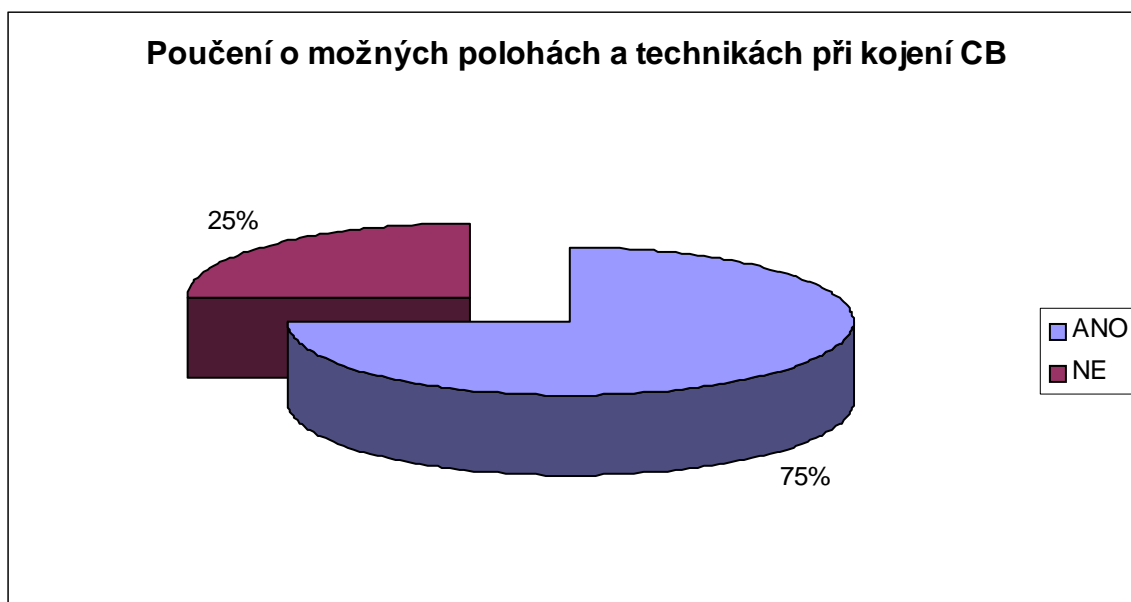
Všech 20 (100%) matek z Č.Budějovic odpovědělo na otázku, zda znají výhody kojení kladně.

Graf 17a: (k otázce č. 16)



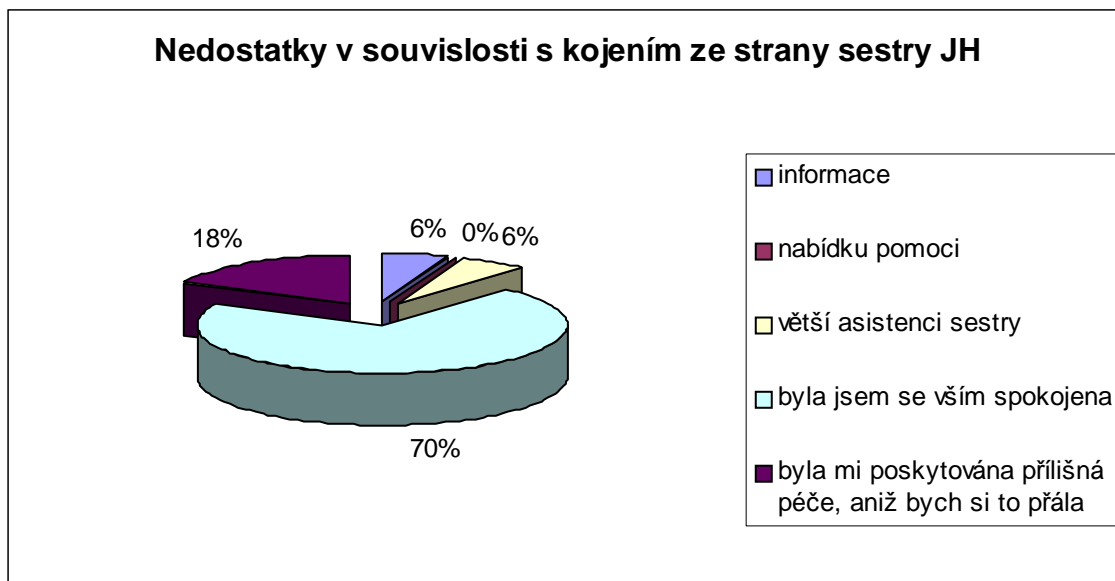
14 (82%) matek z J.Hradce odpovědělo, že byly poučené o polohách a technikách kojení a 3 (18%) matky uvedly, že poučeny nebyly.

Graf 17b: (k otázce č.16)



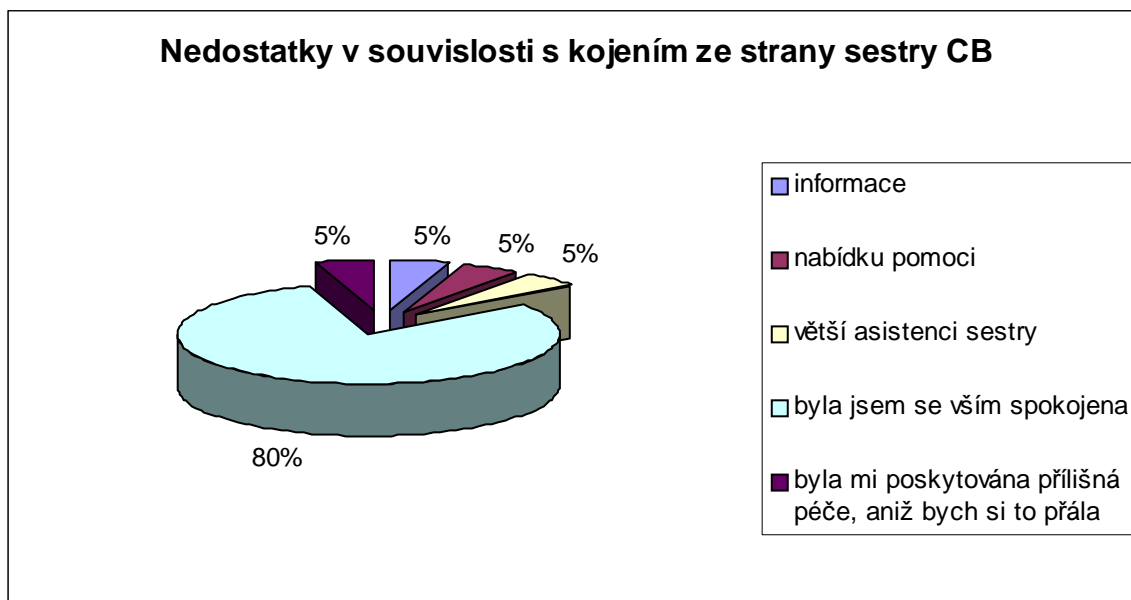
15 (75%) matek z Č.Budějovic odpovědělo, že byly poučené o polohách a technikách kojení a 5 (25%) matek uvedlo, že poučeny nebyly.

Graf 18a: (k otázce č. 17)



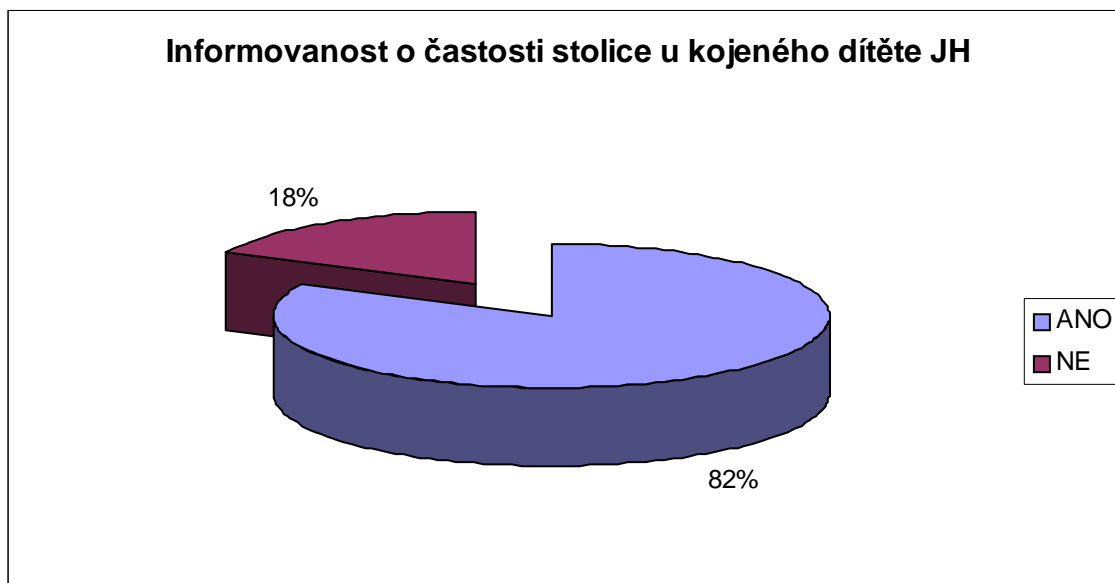
12 (70%) matek z J.Hradce uvádí, že byly se vším spokojeny, 3 (18%) matky, že jim byla poskytována přílišná péče, aniž by si to přály, 1 (6%) matka postrádala větší asistenci sestry a 1 (6%) matka postrádala informace.

Graf 18b: (k otázce č. 17)



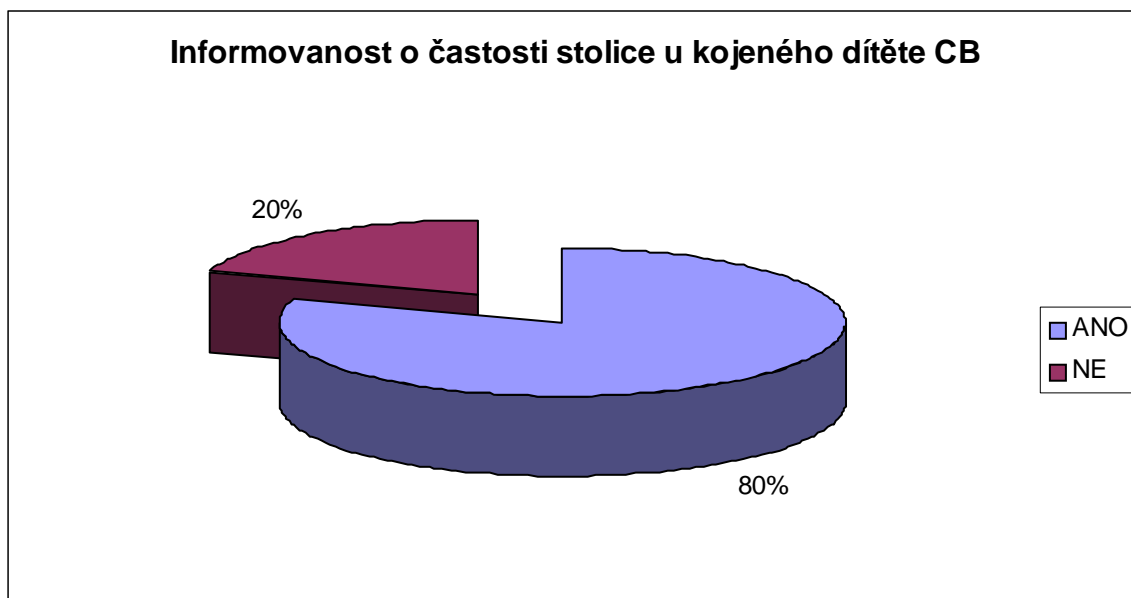
16 (80%) matek z Č.Budějovic uvádí, že byly se vším spokojeny, 1 (5%) matka že jí byly poskytována přílišná péče, aniž by si to přála, 1 (5%) matka postrádala větší asistenci sestry, 1 (5%) matka postrádala informace a 1 (5%) matka postrádala nabídku pomoci.

Graf 19a: (k otázce č. 18)



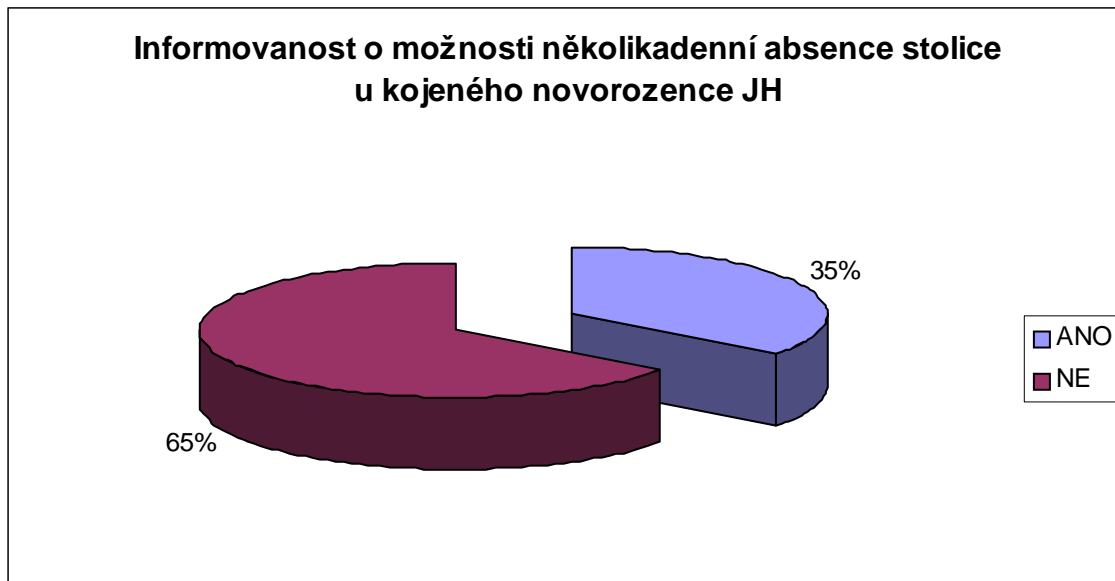
14 (82%) matek z J.Hradce se domnívá, že kojené miminko může mít stolicí každé balení a 3 (18%) matky nikoliv.

Graf 19b: (k otázce č. 19)



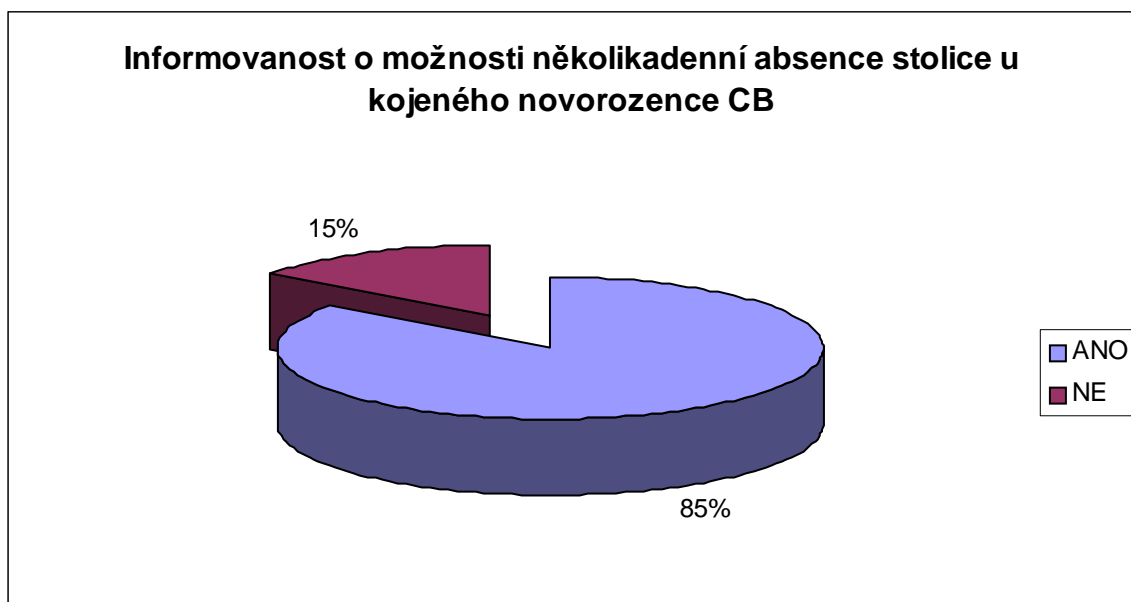
16 (80%) matek z Č.Budějovic se domnívá, že kojené miminko může mít stolicí každé balení a 4 (20%) matky nikoliv.

Graf 20a: (k otázce č. 19)



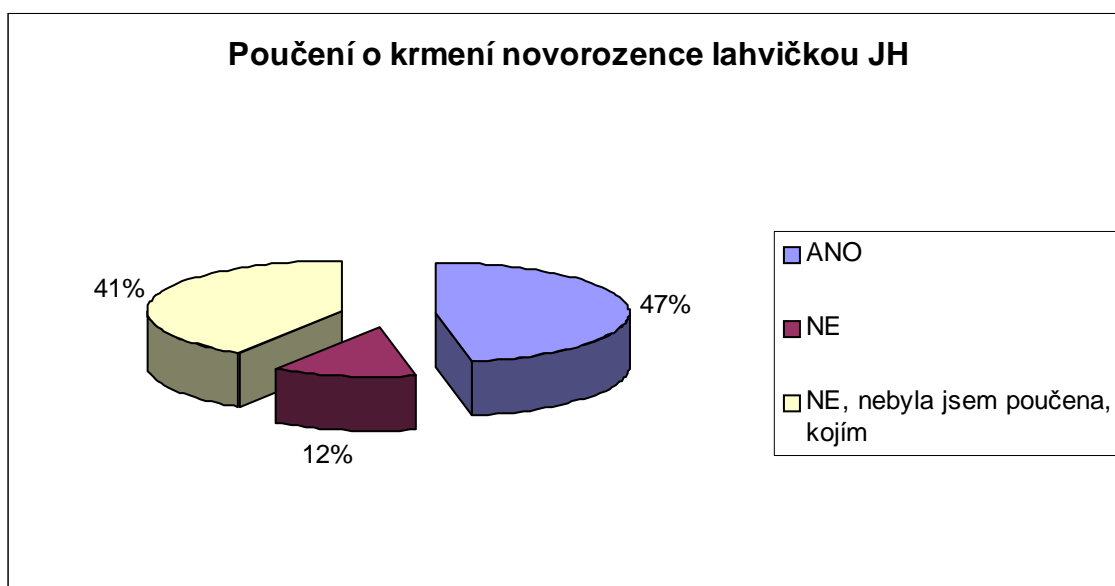
6 (35%) matek z J.Hradce se domnívá, že kojené miminko může být bez stolice i několik dní a 11 (65%) matek nikoliv.

Graf 20b: (k otázce č. 19)



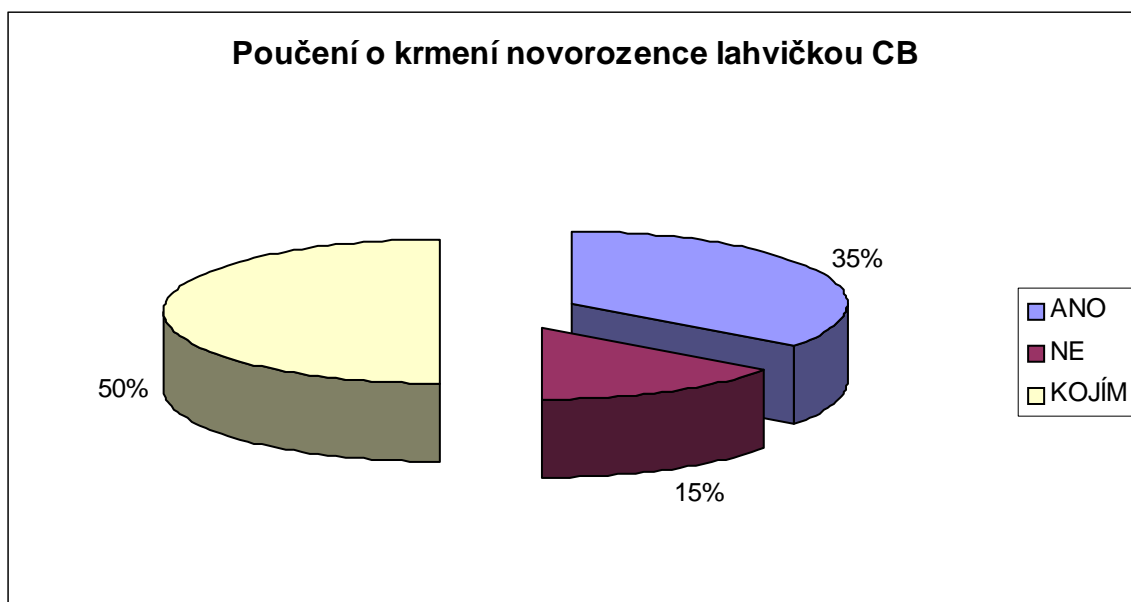
17 (85%) matek z Č.Budějovic se domnívá, že kojené miminko může být bez stolice i několik dní a 3 (15%) matky nikoliv.

Graf 21a: (k otázce č. 20)



8 (47%) matek z J.Hradce bylo poučeno jak krmit z kojenecké láhve, 7 (41%) matek uvádí, že nebyly poučeny, neboť kojí a 2 (12%) matky uvádí, že poučeny nebyly.

Graf 21b: (k otázce č.20)



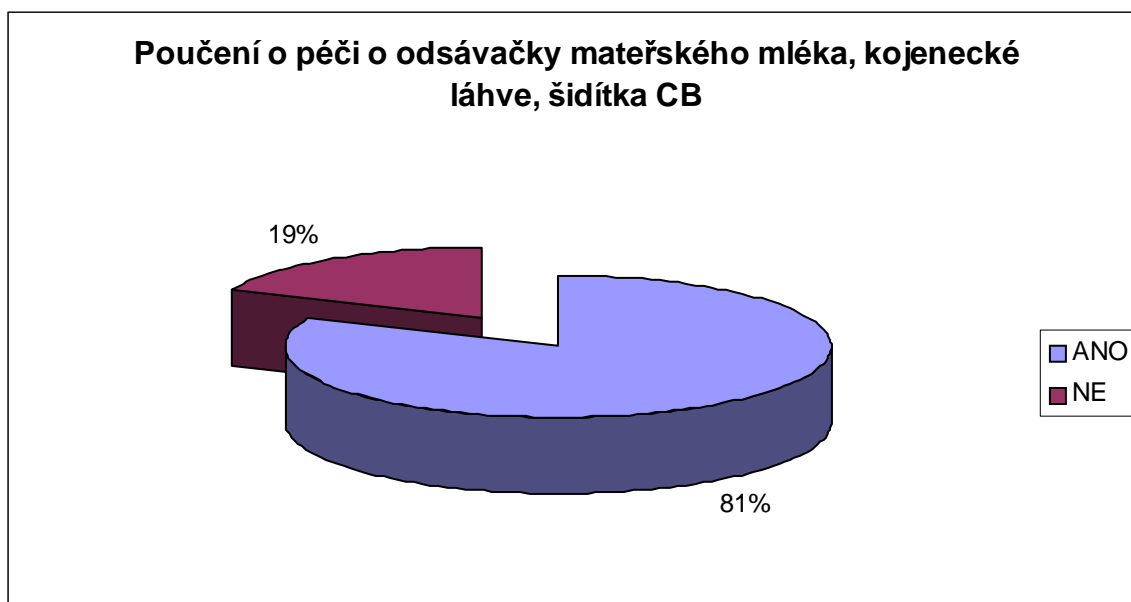
10 (50%) matek z Č.Budějovic uvádí, že nebyly poučeny jak krmit z kojenecké láhve, neboť kojí, 7 (35%) matek bylo poučeno jak krmit z kojenecké láhve a 3 (15%) matky uvádí, že poučeny nebyly.

Graf 22a: (k otázce č. 21)



11 (65%) matek z J.Hradce uvádí, že byly poučené , jak pečovat o odsávačku mateřského mléka, kojenecké láhve, šidítka a 6 (35%) matek uvádí, že poučené nebyly.

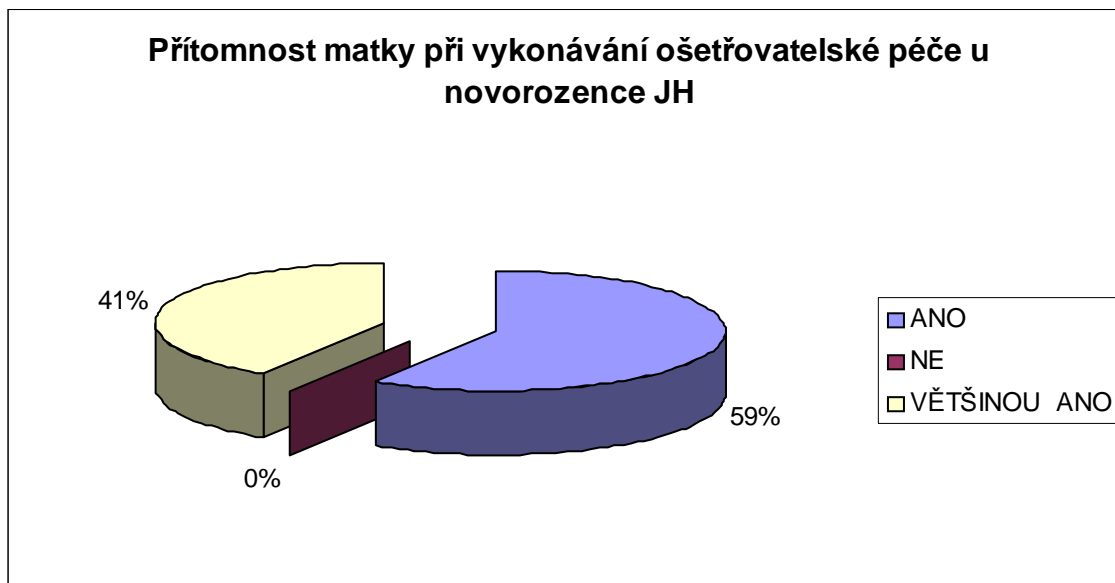
Graf 22b: (k otázce č.21)



13 (81%) matek z Č.Budějovic uvádí, že byly poučené , jak pečovat o odsávačku mateřského mléka, kojenecké láhve, šidítka a 3 (19%) matky uvádí, že poučené nebyly.

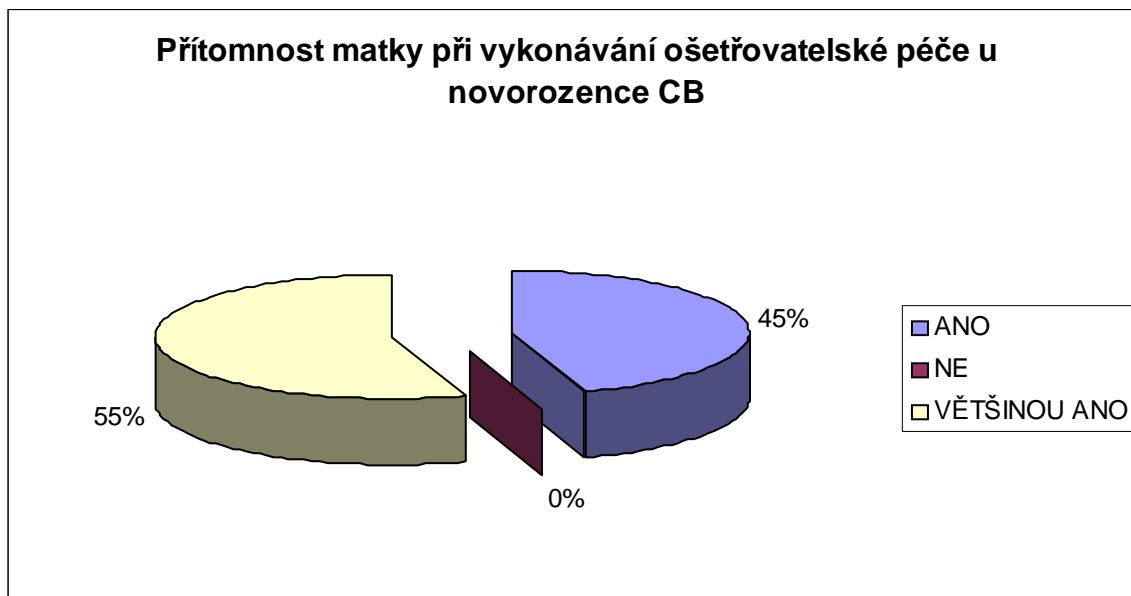
Tematický oddíl – vhodná péče o miminko

Graf 23a: (k otázce č. 22)



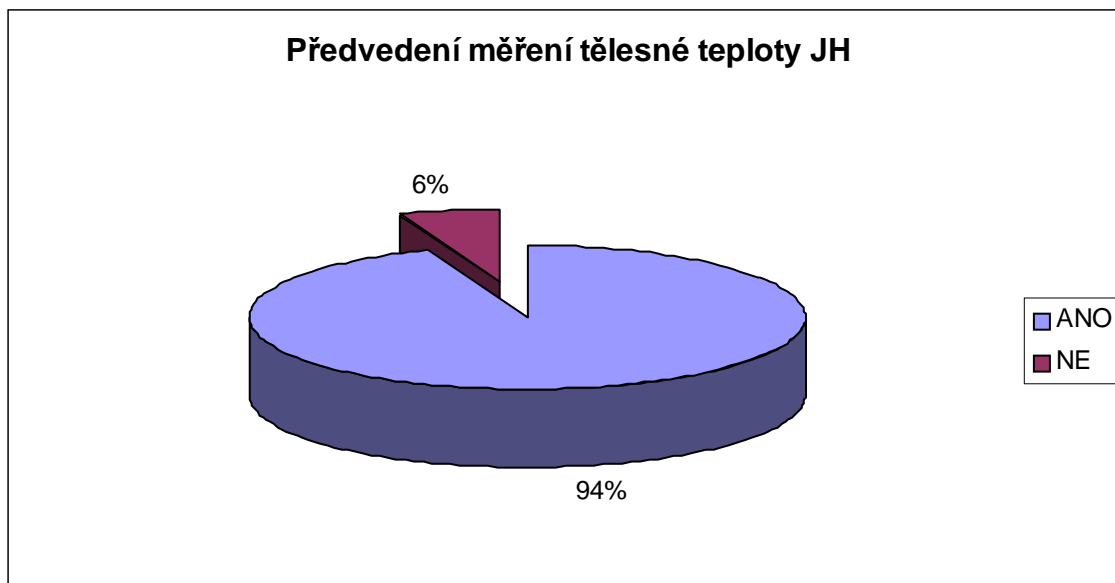
Při vykonávání ošetrovatelské péče ,v době kdy matka neměla dítě u sebe, mohlo být přítomno 10 (59%) matek z J.Hradce a 7 (41%) matek uvádí, že většinou ano.

Graf 23b: (k otázce č.22)



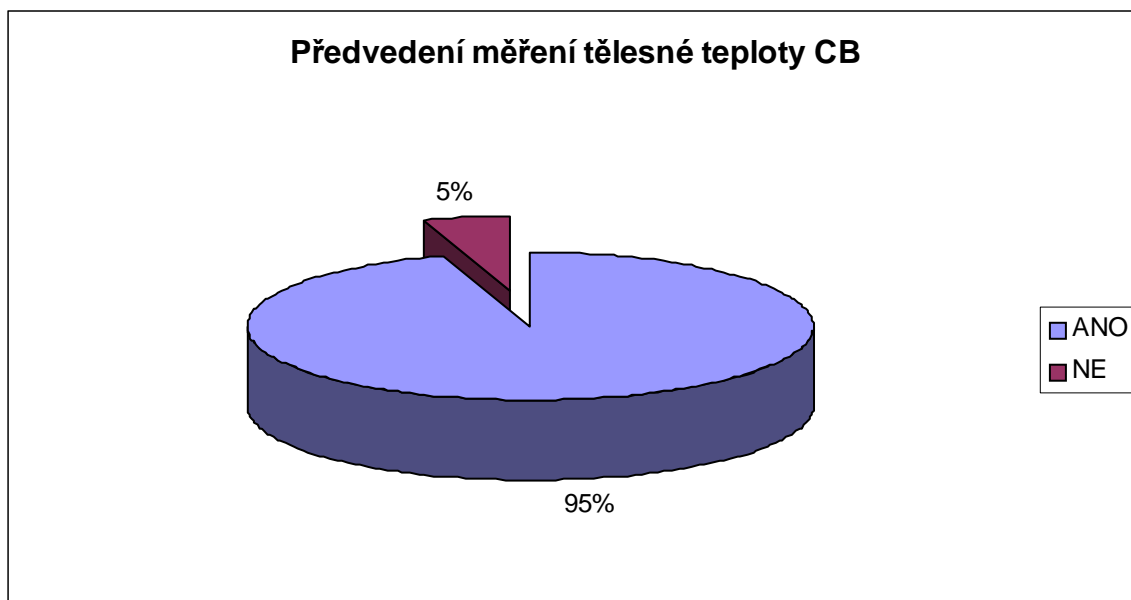
Při vykonávání ošetrovatelské péče ,v době kdy matka neměla dítě u sebe, mohlo být přítomno 9 (45%) matek z Č.Budějovic a 11 (55%) matek uvádí, že většinou ano.

Graf 24a: (k otázce č.23)



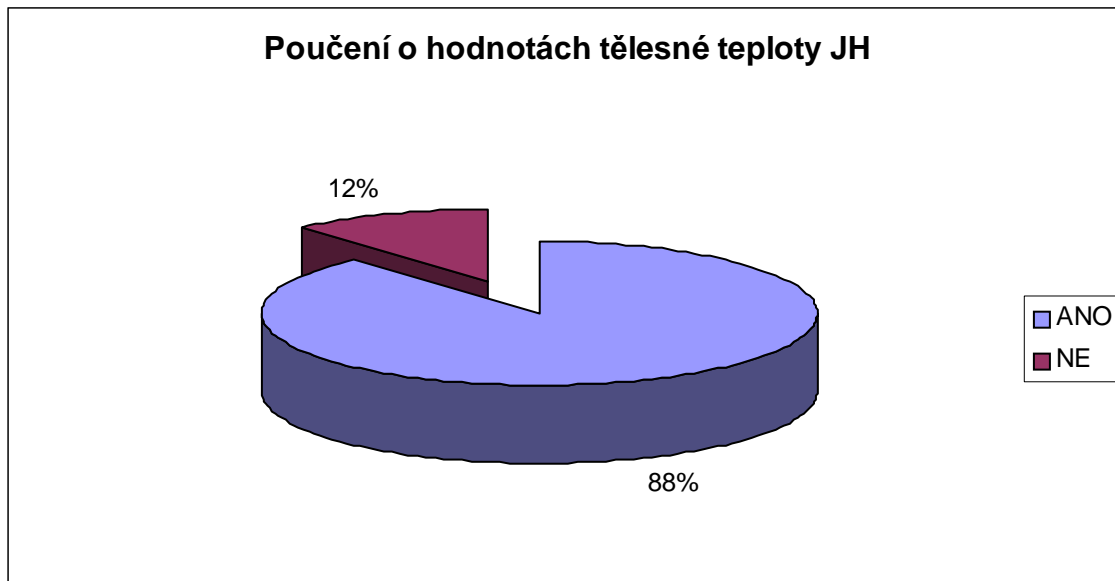
16 (94%) matek z J.Hradce uvedlo, že jim bylo předvedeno měření tělesné teploty u novorozence a 1 (6%) matka označila odpověď ne.

Graf 24b: (k otázce č.23)



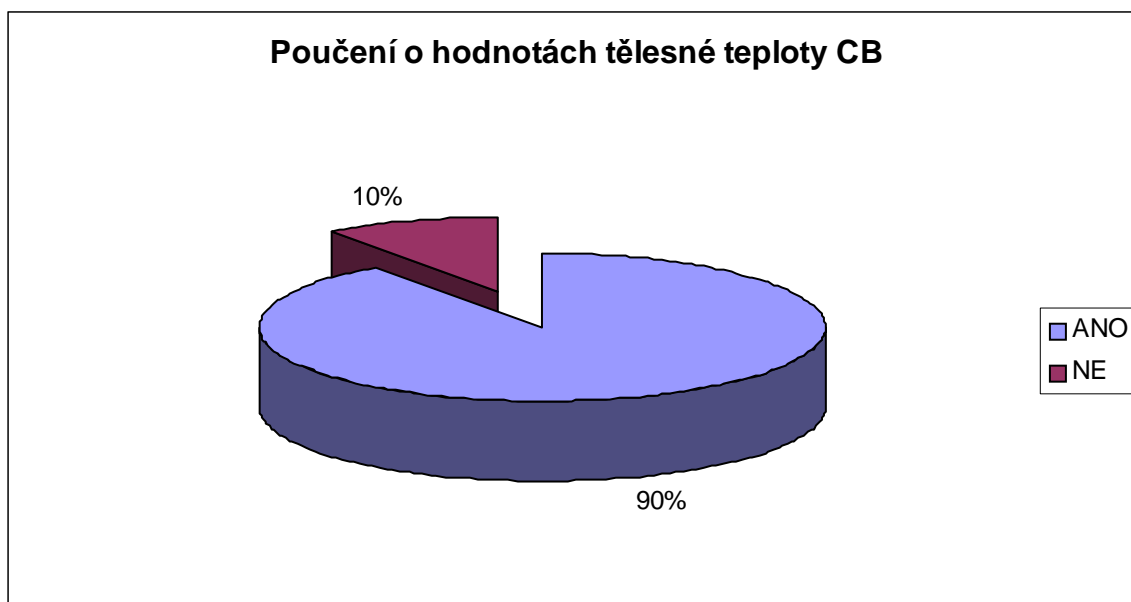
19 (95%) matek z Č. Budějovic uvedlo, že jim předvedeno měření tělesné teploty u novorozence a 1 (5%) matka označila odpověď ne.

Graf 25a: (k otázce č. 24)



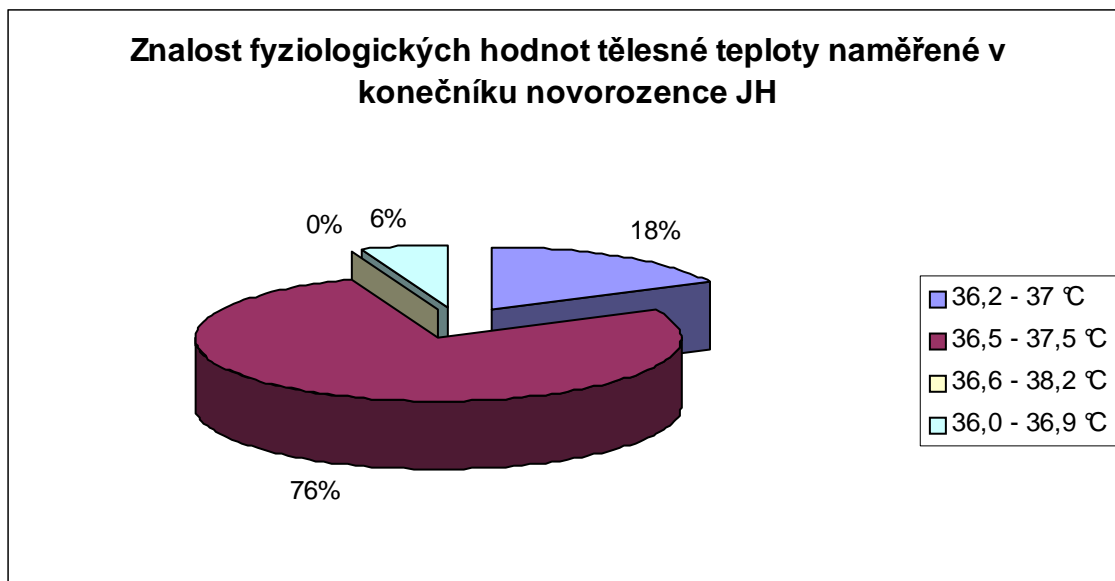
15 (88%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené o hodnotách tělesné teploty v konečnicku a 2 (12%) matky uvedly, že poučené nebyly.

Graf 25b: (k otázce č.24)



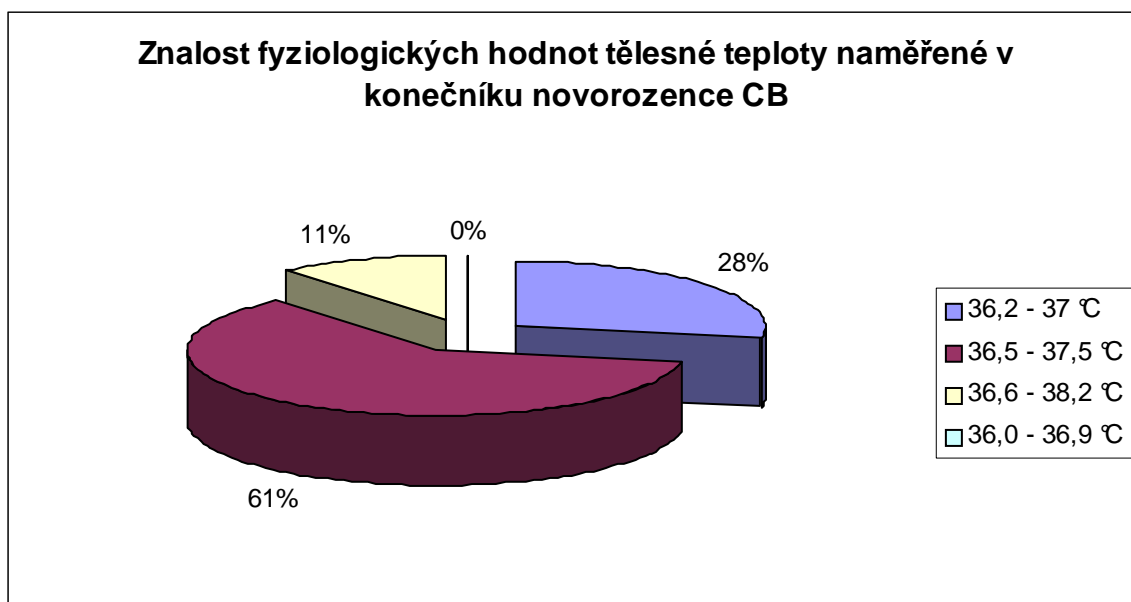
18 (90%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že byly poučené o hodnotách tělesné teploty v konečnicku a 2 (10%) matky uvedly, že poučené nebyly.

Graf 26a: (k otázce č. 24)



V otázce, které hodnoty tělesné teploty, naměřené v konečnicku novorozence, jsou v normě označilo 13 (76%) matek z J.Hradce odpověď 36,5 – 37,5°C, 3 (18%) matky 36,2 – 37 °C a 1 (6%) matka 36,0 – 36,9 °C.

Graf 26b: (k otázce č. 24)



V otázce, které hodnoty tělesné teploty, naměřené v konečnicku novorozence, jsou v normě označilo 11 (61%) matek z Č.Budějovic odpověď 36,5 – 37,5°C, 5 (28%) matek 36,2 – 37 °C a 2 (11%) matky 36,6 – 38,2 °C.

Graf 27a: (k otázce č. 25)



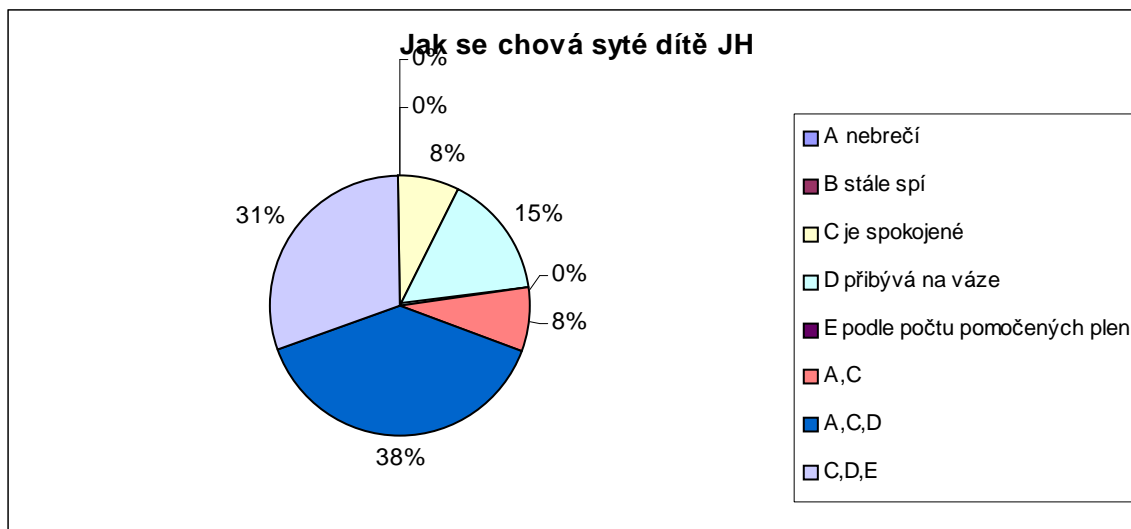
13 (76%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené, jak poznají, že je kojené dítě dostatečně napité, 4 (24%) matky uvedly, že poučené nebyly.

Graf 27b: (k otázce č. 25)



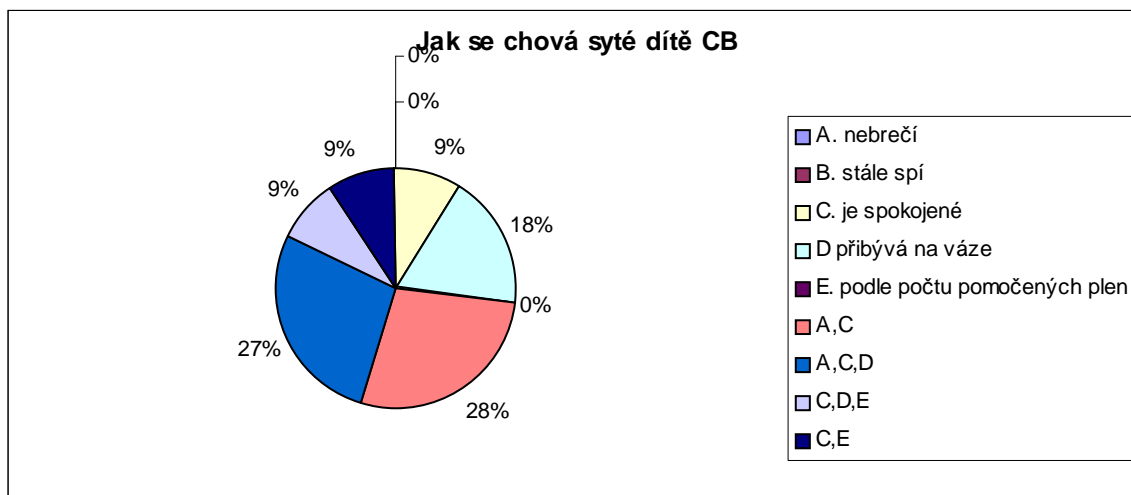
11 (55%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že byly poučené, jak poznají, že je kojené dítě dostatečně napité, 9 (45%) matek uvedlo, že poučené nebyly.

Graf 28a: (k otázce č. 25)



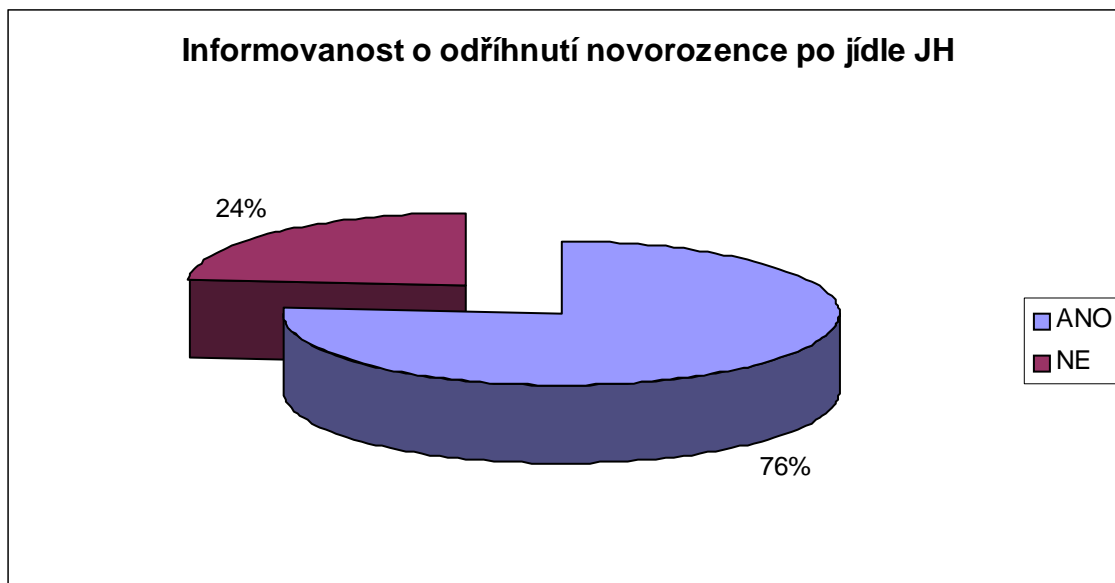
Na otázku, jak se pozná syté dítě odpovědělo 5 (38%) matek z J.Hradce , že nebrečí, je spokojené a přibývá na váze, 4 (31%) matky je spokojené, přibývá na váze a podle počtu pomočených plen, 2 (15%) matky přibývá na váze, 1 (8%) matka je spokojené, 1 (8%) matka nebrečí a je spokojené.

Graf 28b: (k otázce č.25)



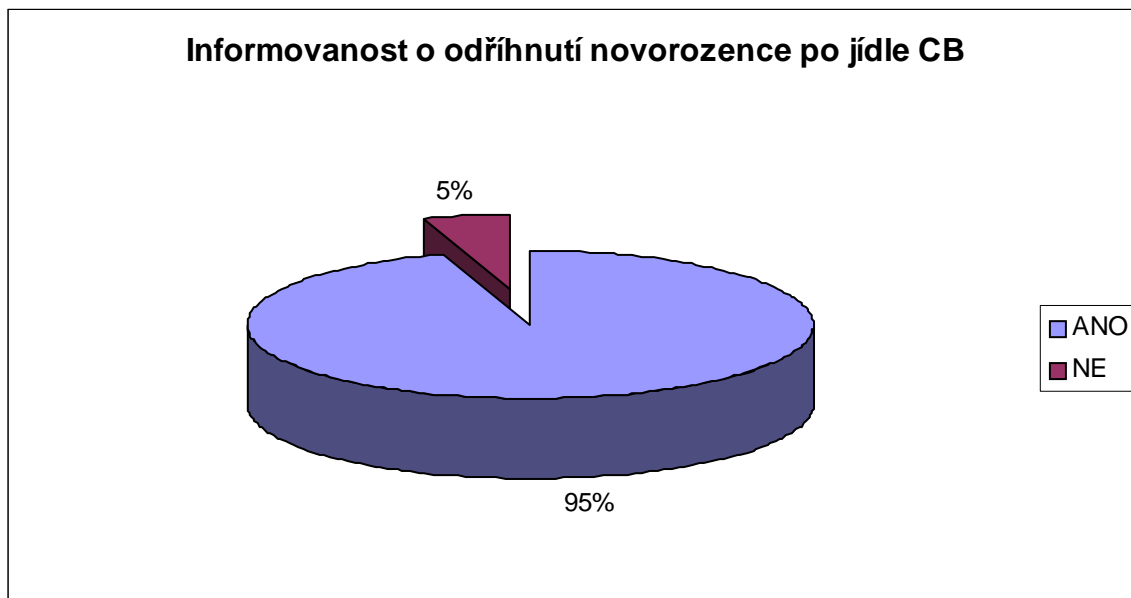
Na otázku, jak se pozná syté dítě odpovědělo 3 (28%) matky z Č.Budějovic , že nebrečí a je spokojené, 3 (27%) matky nebrečí, je spokojené, přibývá na váze , 2 (18%) matky přibývá na váze, 1 (9%) matka je spokojené, 1 (9%) matka je spokojené, přibývá na váze a podle počtu pomočených plen, 1 (9%) matka je spokojené a podle počtu pomočených plen.

Graf 29a: (k otázce č. 26)



Na otázku, zda-li si myslí, že je důležité, aby si dítě po jídle odřihlo odpovědělo 13 (76%) matek z J.Hradce ano a 4 (24%) matky ne.

Graf 29b: (k otázce č.26)



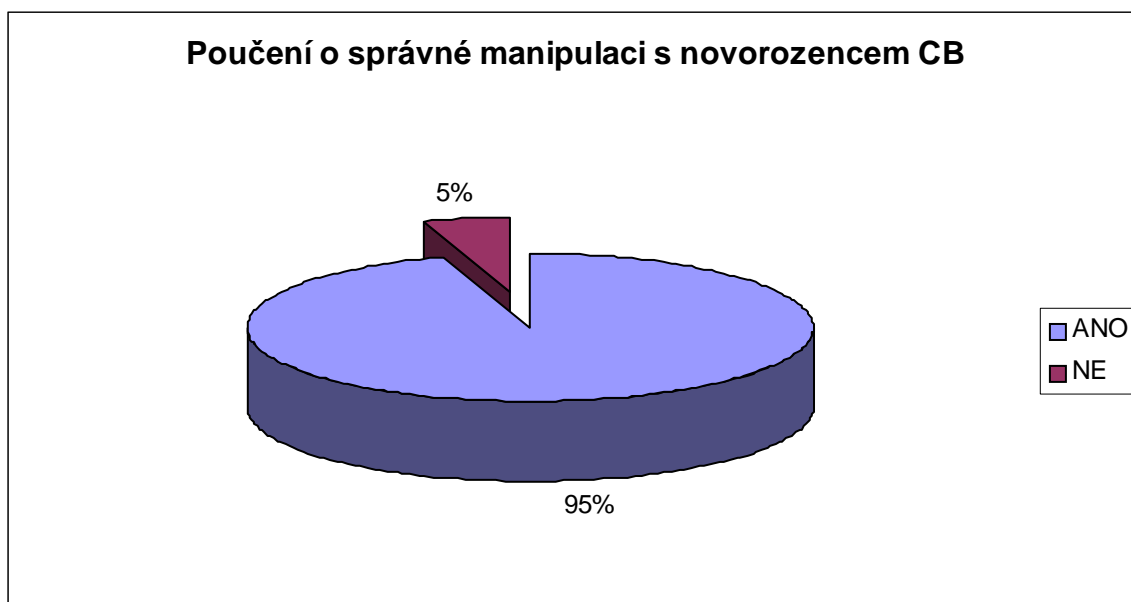
Na otázku, zda-li si myslí, že je důležité, aby si dítě po jídle odřihlo odpovědělo 19 (95%) matek z Č.Budějovic ano a 1 (5%) matka ne.

Graf 30a: (k otázce č.27)



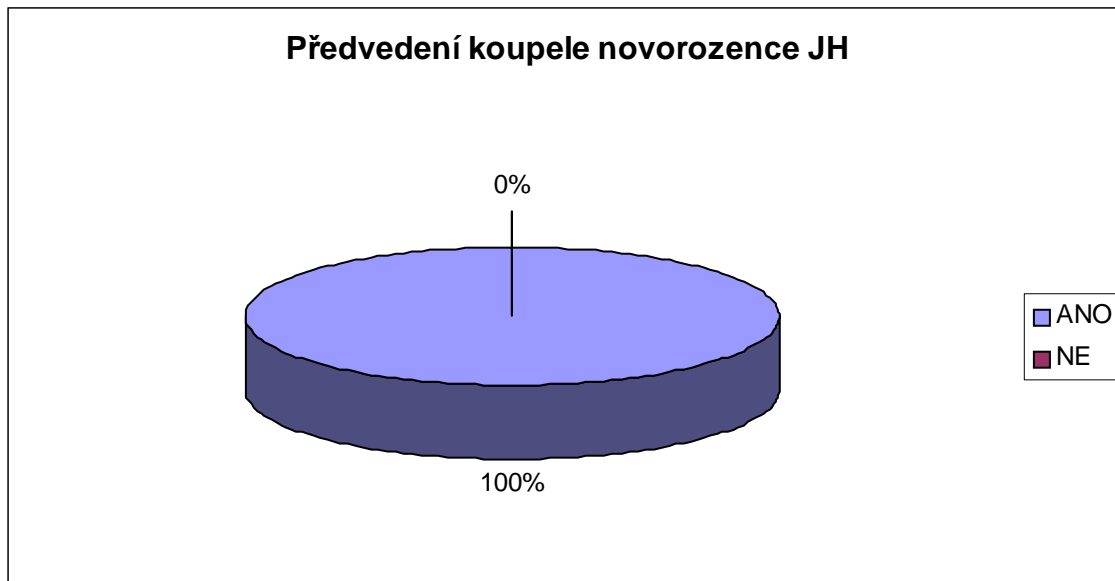
11 (65%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené, jak správně manipulovat s novorozencem a 6 (35%) matek uvedlo, že poučené nebyly.

Graf 30b: (k otázce č. 27)



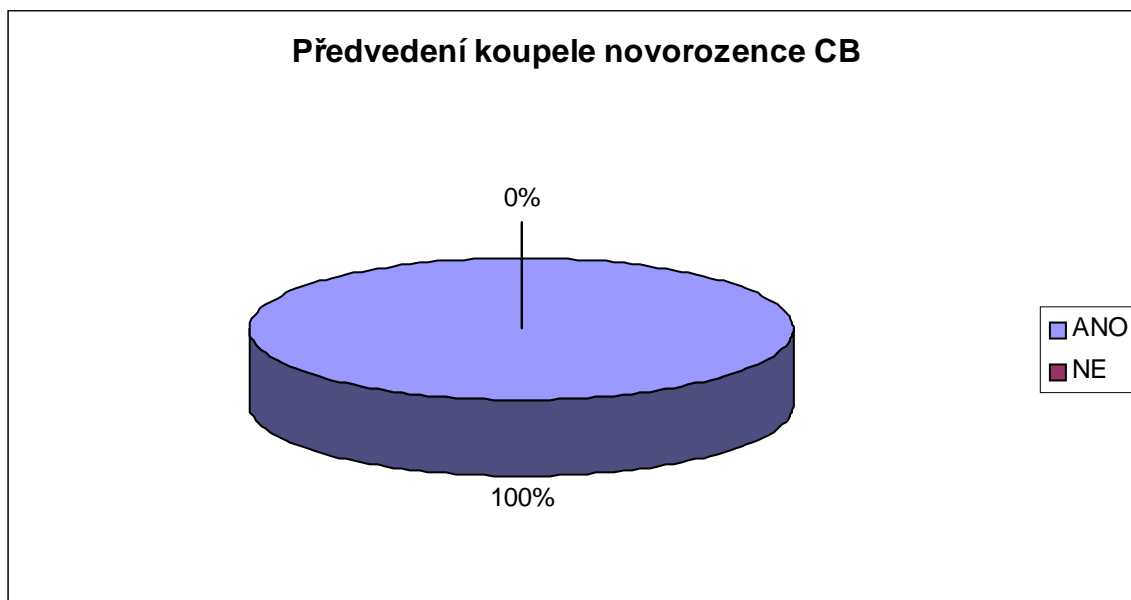
19 (95%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že byly poučené, jak správně manipulovat s novorozencem a 1 (5%) matka uvedla, že poučená nebyla.

Graf 31a: (k otázce č. 28)



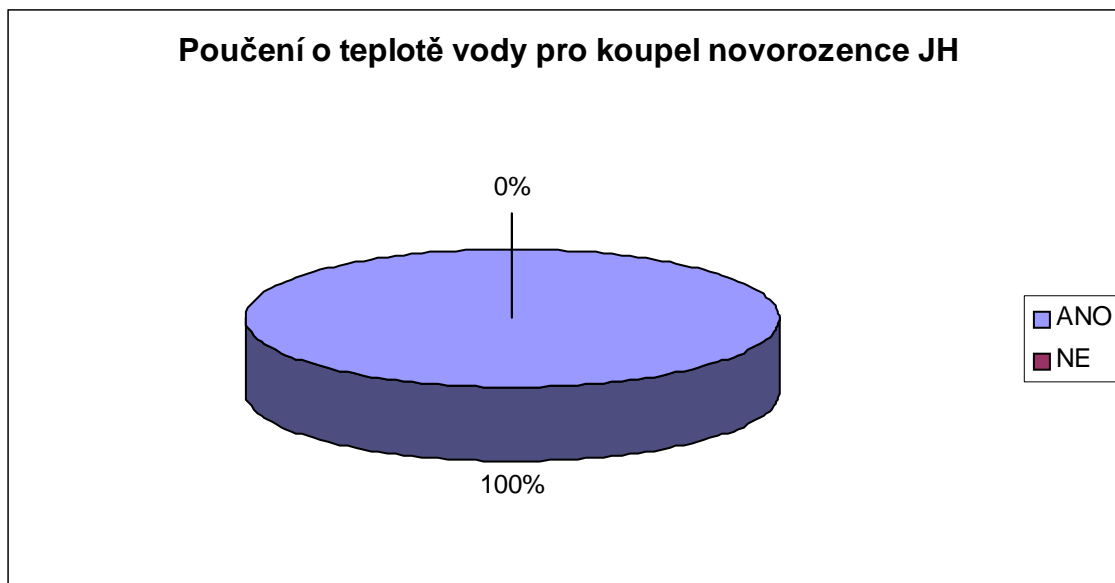
Na otázku zda byla matkám předvedena koupel novorozence odpovídá 17 (100%) matek z J.Hradce kladně.

Graf 31b: (k otázce č. 28)



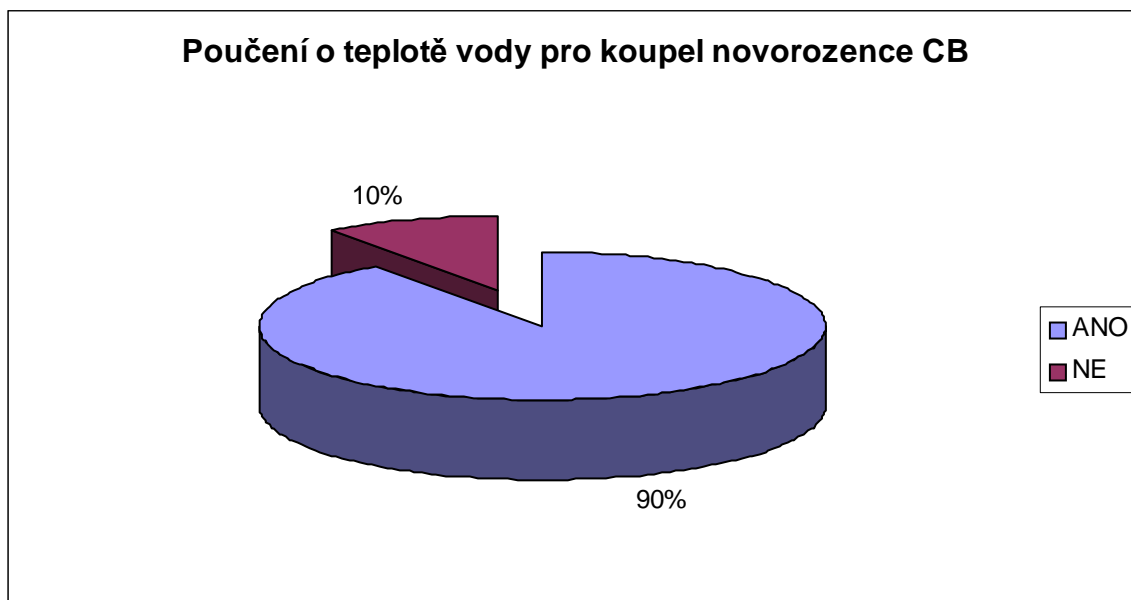
Na otázku zda byla matkám předvedena koupel novorozence odpovídá 20 (100%) matek z Č.Budějovic kladně.

Graf 32a: (k otázce č. 29)



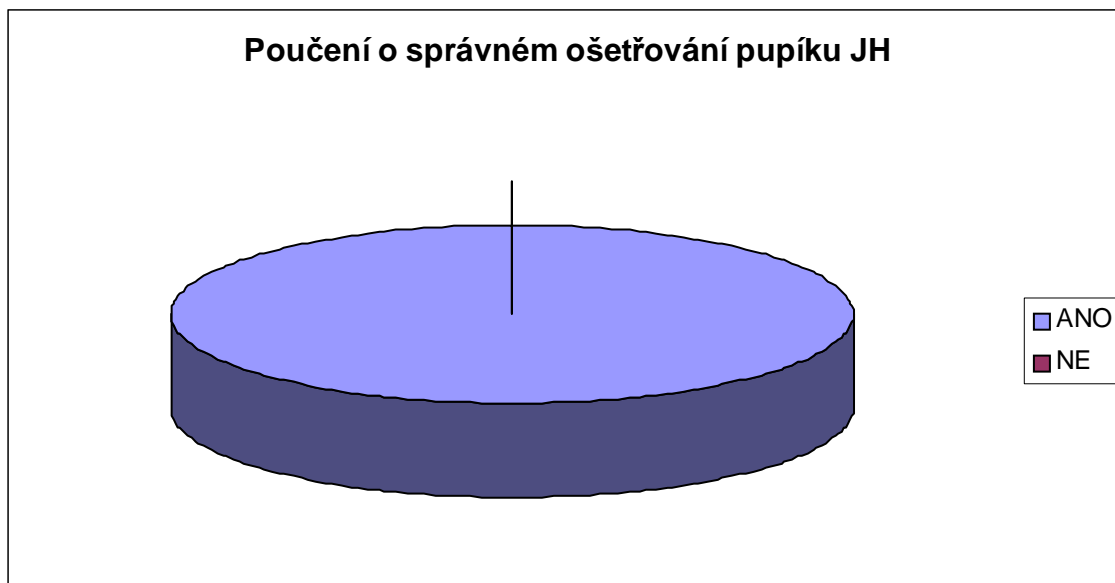
17 (100%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené o teplotě vody ke koupání novorozence.

Graf 32b: (k otázce č. 29)



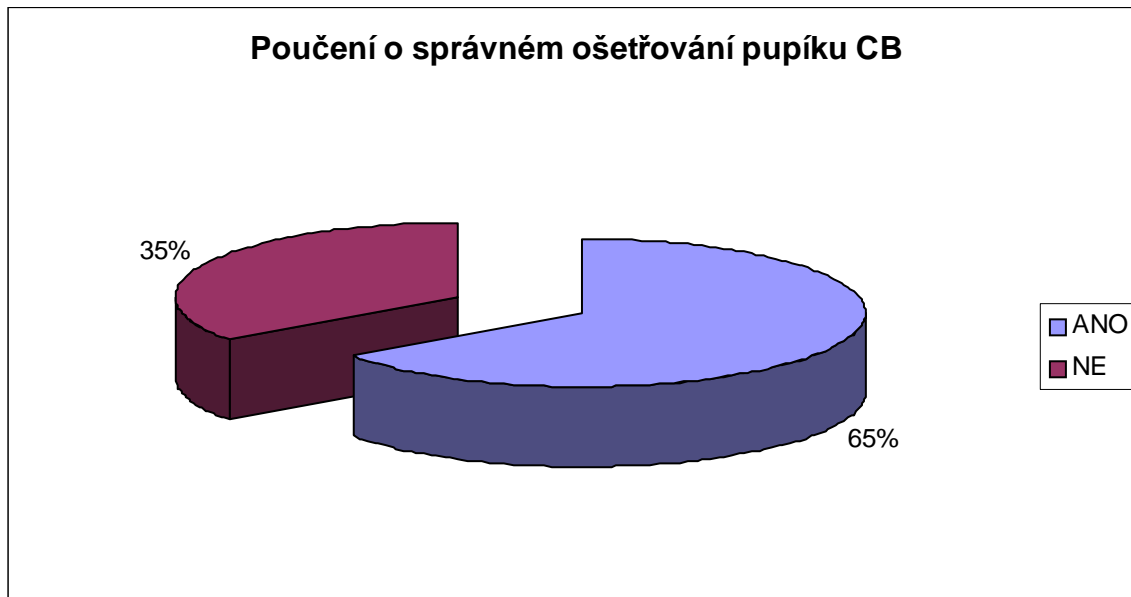
18 (90%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že byly poučené o teplotě vody ke koupání novorozence, 2 (10%) matky uvedlo, že poučené nebyly.

Graf 33a: (k otázce č. 30)



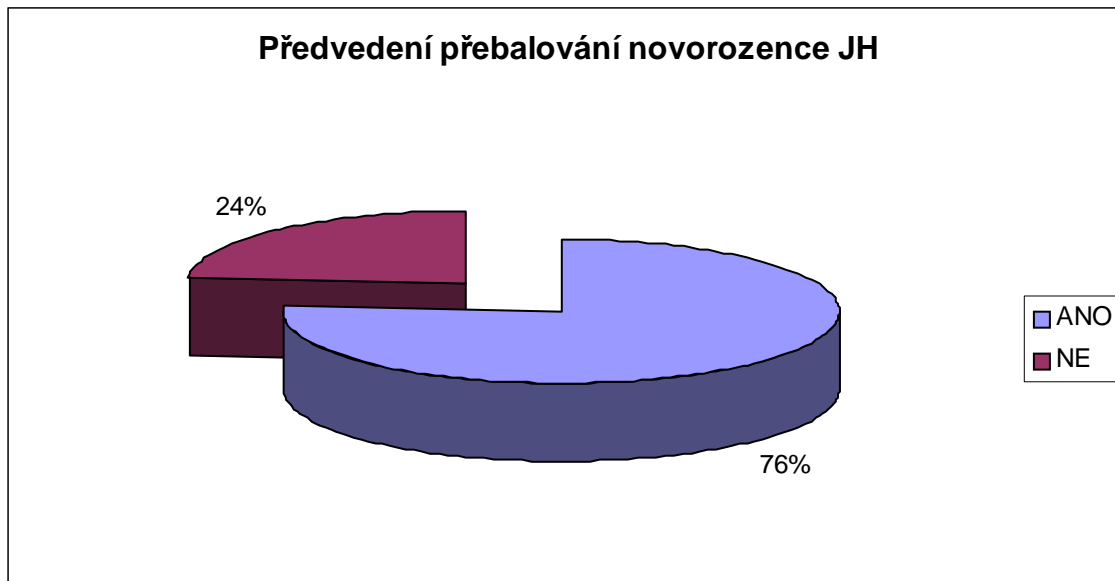
17 (100%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené , jak správně ošetřovat pupík.

Graf 33b: (k otázce č. 30)



13 (65%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že byly poučené , jak správně ošetřovat pupík, 7 (35%) matek uvedlo, že poučené nebyly.

Graf 34a: (k otázce č. 31)



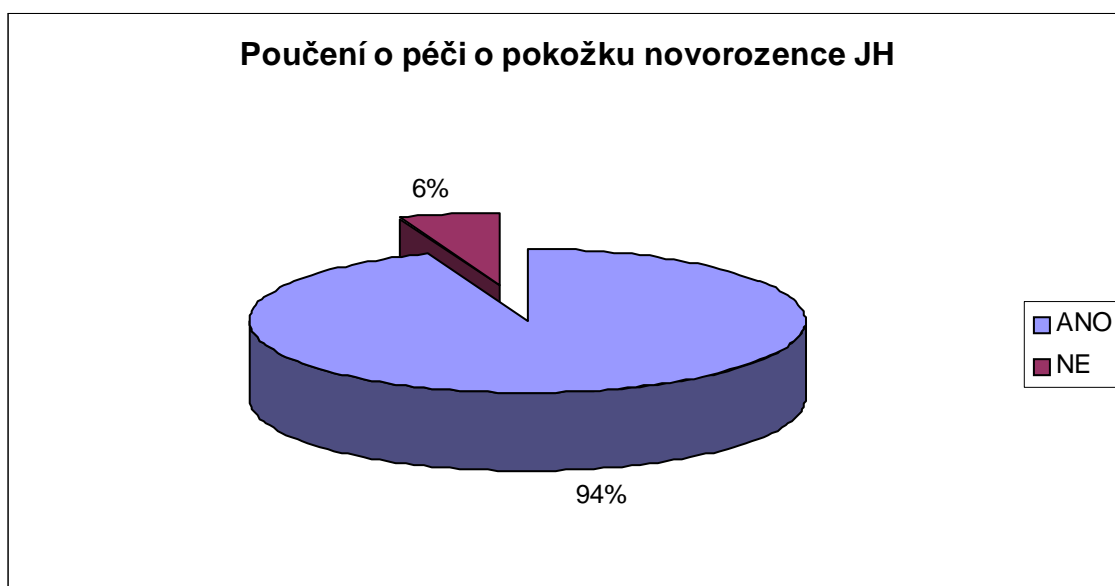
13 (76%) matek z J.Hradce uvedlo, že jim bylo předvedeno přebalování novorozence a 4 (24%) matky uvedlo, že jim předvedeno nebylo.

Graf 34b: (k otázce č. 31)



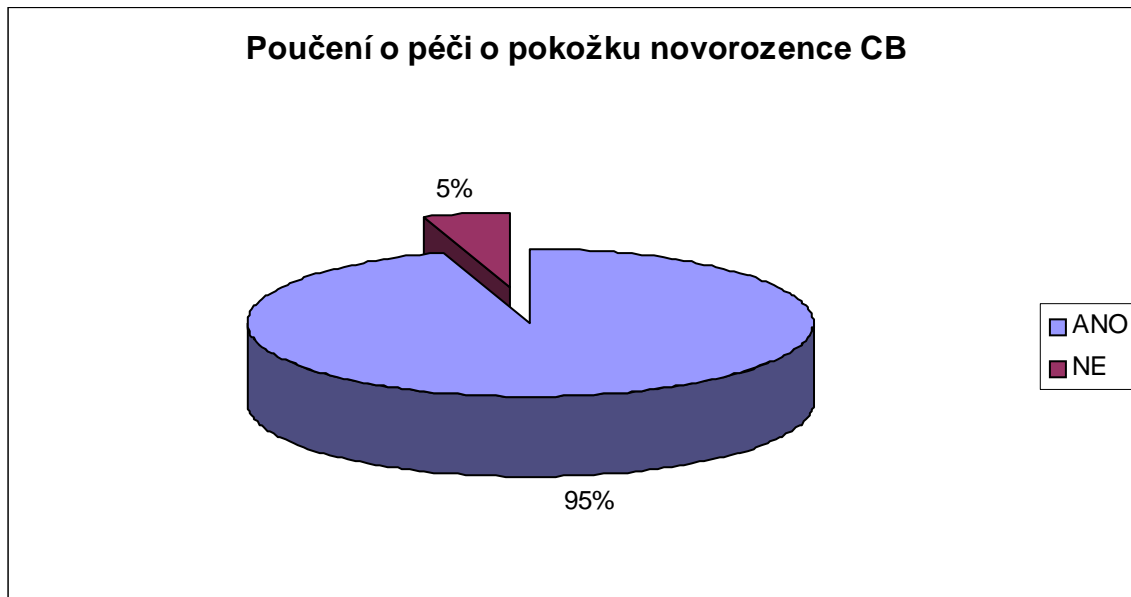
19 (95%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že jim bylo předvedeno přebalování novorozence a 1 (5%) matka uvedla, že jí předvedeno nebylo.

Graf 35a: (k otázce č. 32)



16 (94%) matek z J.Hradce uvedlo, že byly poučené jak pečovat o pokožku novorozence a 1 (6%) matka uvedla, že poučena nebyla.

Graf 35b: (k otázce č. 32)



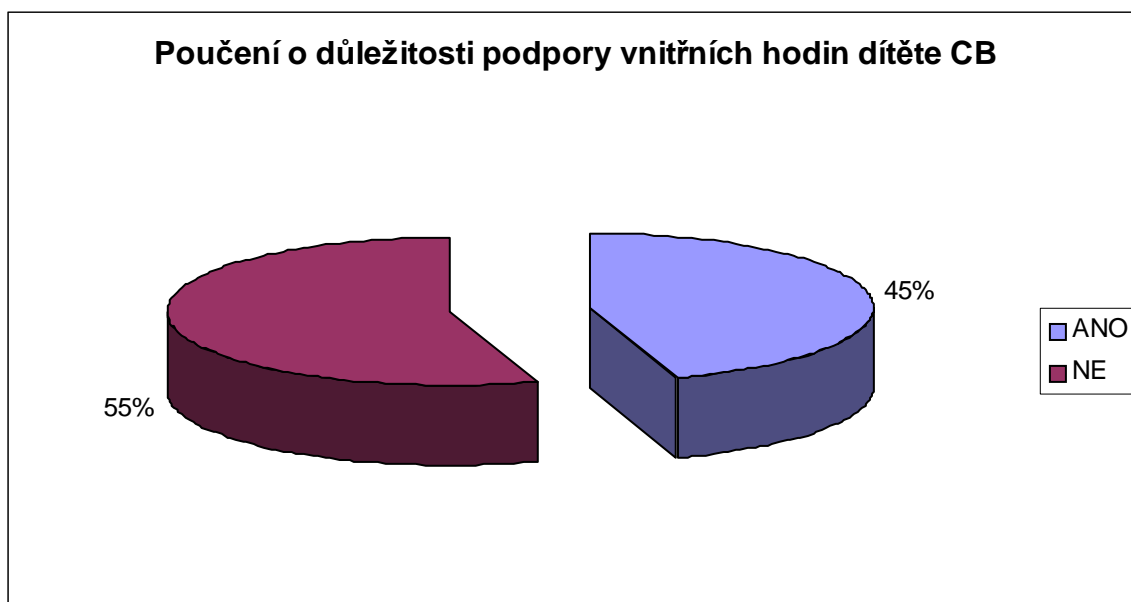
19 (95%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že byly poučené jak pečovat o pokožku novorozence a 1 (5%) matka uvedla, že poučena nebyla.

Graf 36a: (k otázce č. 33)



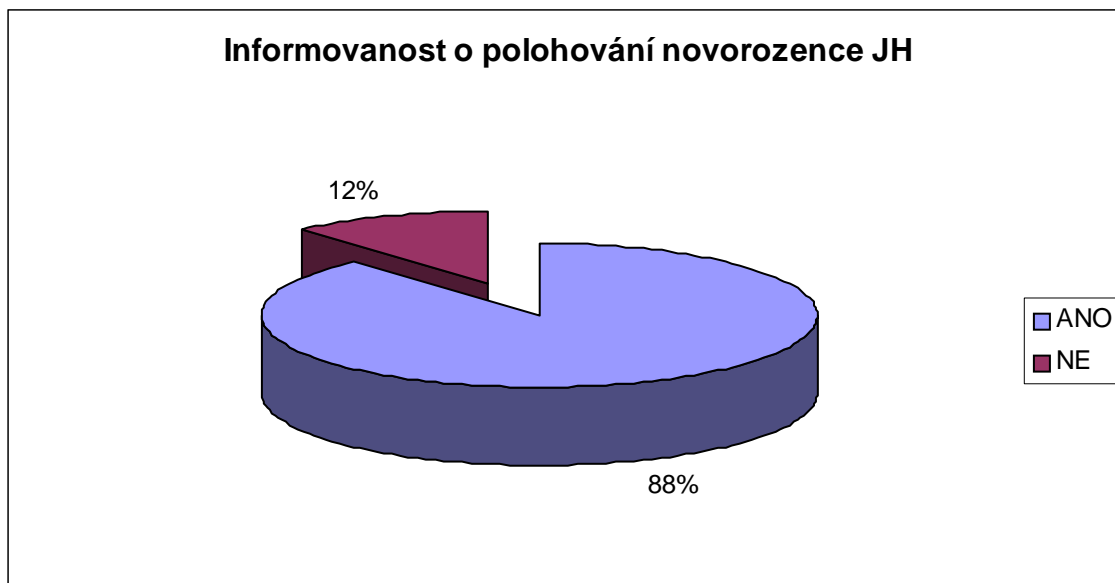
9 (53%) matek z J.Hradce uvedlo, že jim byla zdůrazněna důležitost podpory vnitřních hodin dítěte a 8 (47%) matkám nikoliv.

Graf 36b: (k otázce č. 33)



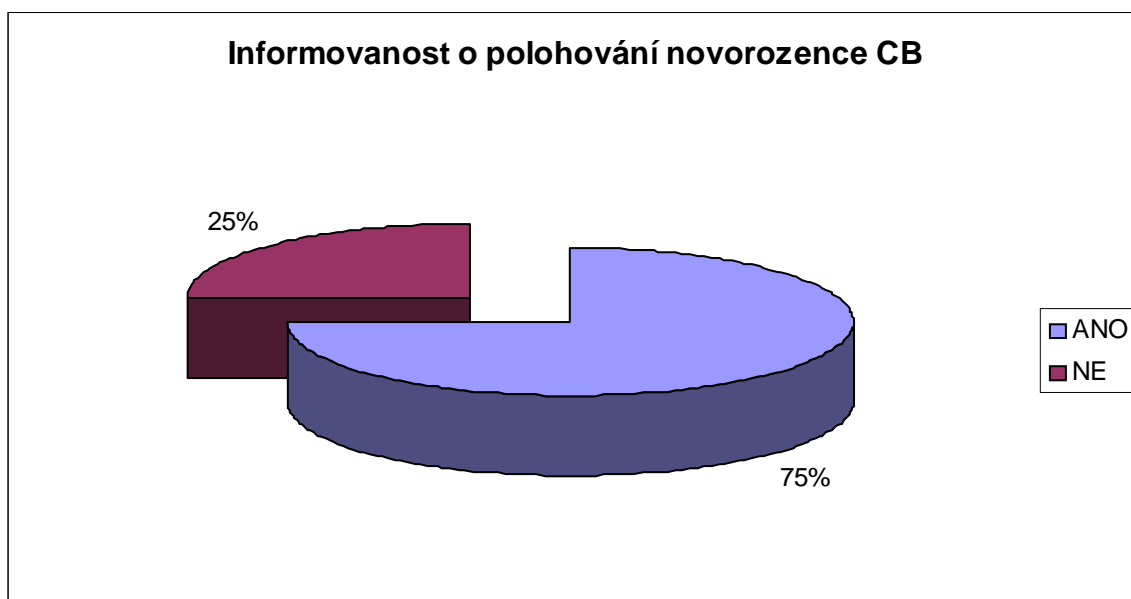
9 (55%) matek z Č.Budějovic uvedlo, že jim byla zdůrazněna důležitost podpory vnitřních hodin dítěte a 11 (45%) matkám nikoliv.

Graf 37a: (k otázce č. 34)



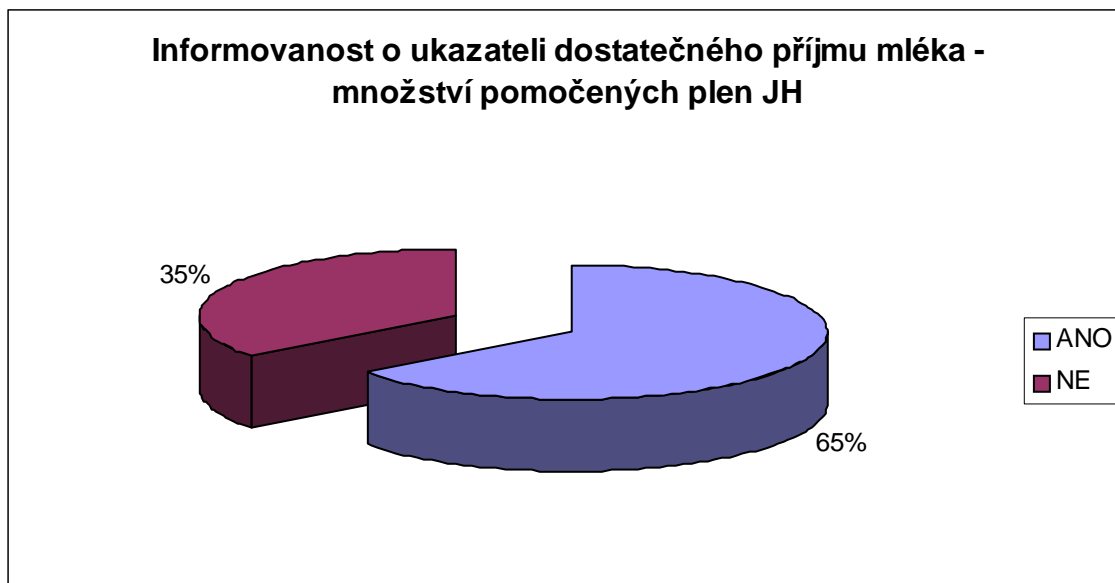
15 (88%) matek z J.Hradce ví, proč je důležité polohovat novorozence a 2 (12%) matky neví.

Graf 37b: (k otázce č.34)



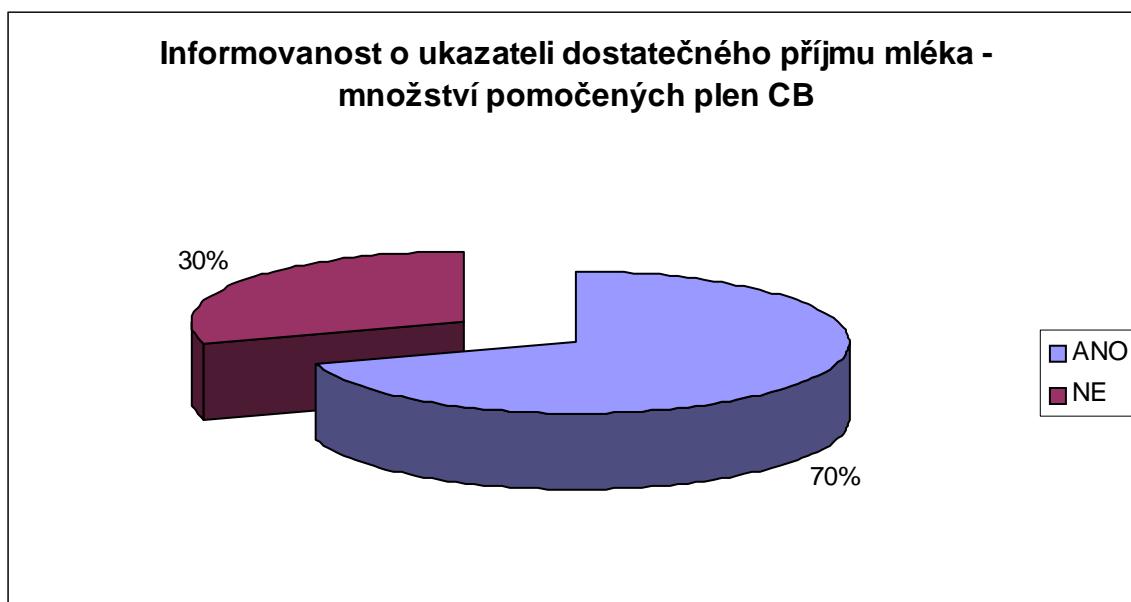
15 (75%) matek z Č.Budějovic ví, proč je důležité polohovat novorozence a 5 (25%) matek neví.

Graf 38a: (k otázce č. 35)



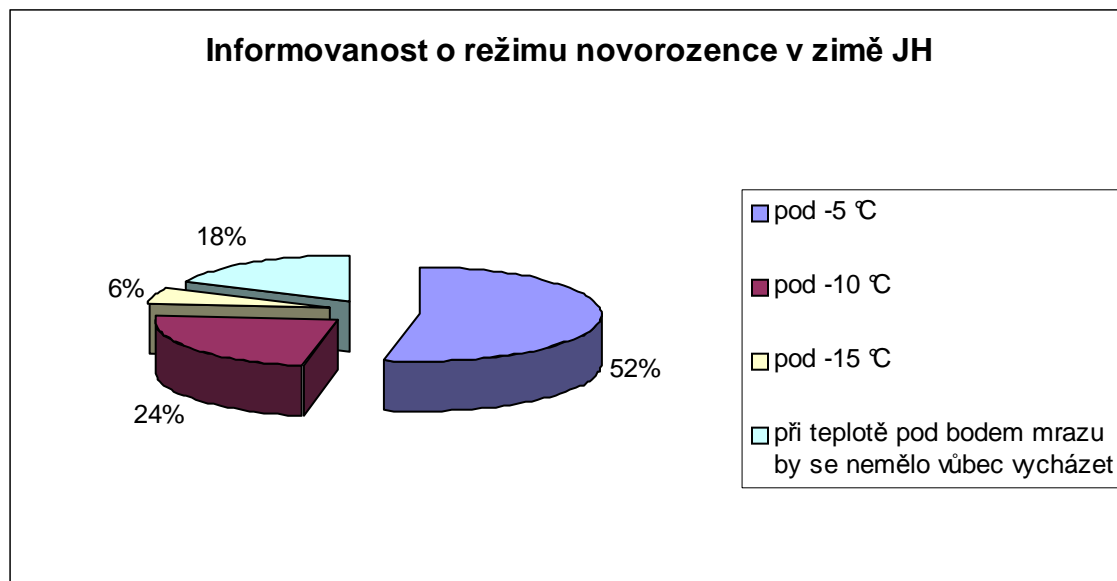
11 (65%) matek z J.Hradce si myslí, že množství pomočených plen je ukazatelem dostatečného příjmu mléka a 6 (35%) matek si to nemyslí.

Graf 38b: (k otázce č. 35)



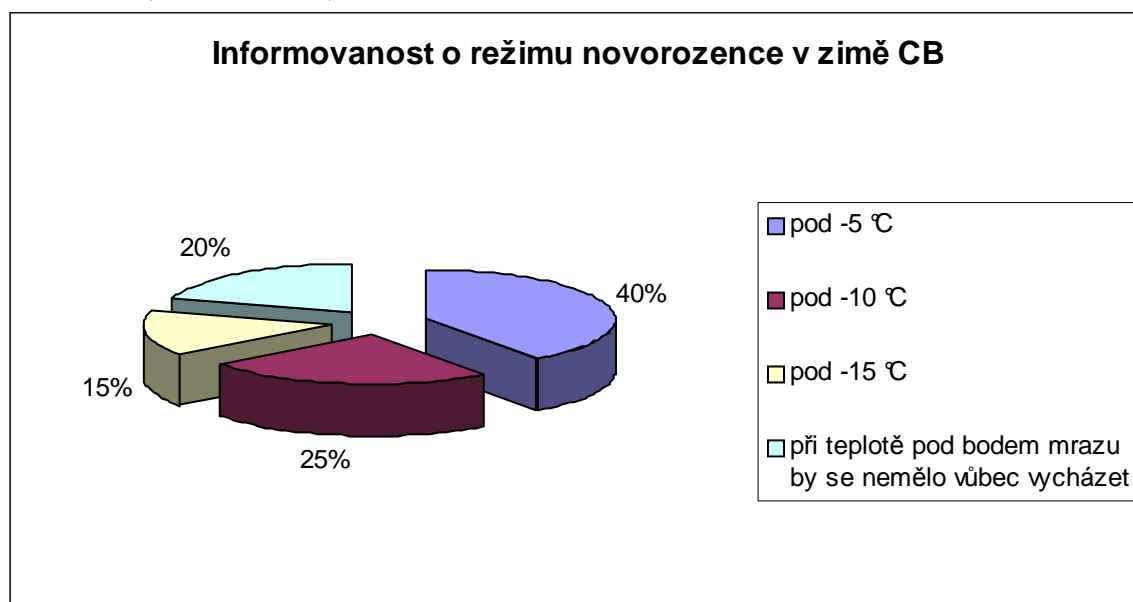
14 (70%) matek z Č.Budějovic si myslí, že množství pomočených plen je ukazatelem dostatečného příjmu mléka a 6 (30%) matek si to nemyslí.

Graf 39a: (k otázce č. 36)



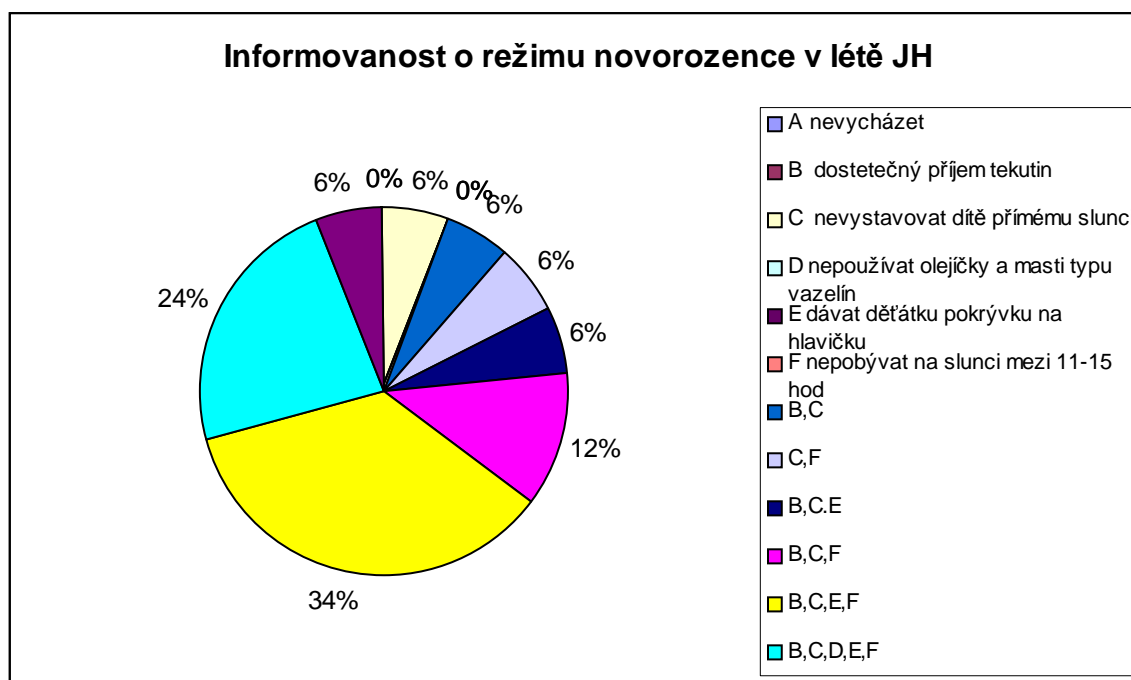
V otázce, v jakých teplotách by se nemělo vycházet s novorozencem ven 9 (52%) matek z J.Hradce uvedlo pod -5°C , 4 (24%) matky pod -10°C , 3 (18%) matky napsaly, že při teplotě pod bodem mrazu by se nemělo vůbec vycházet a 1 (6%) matka označila -15°C .

Graf 39b: (k otázce č. 36)



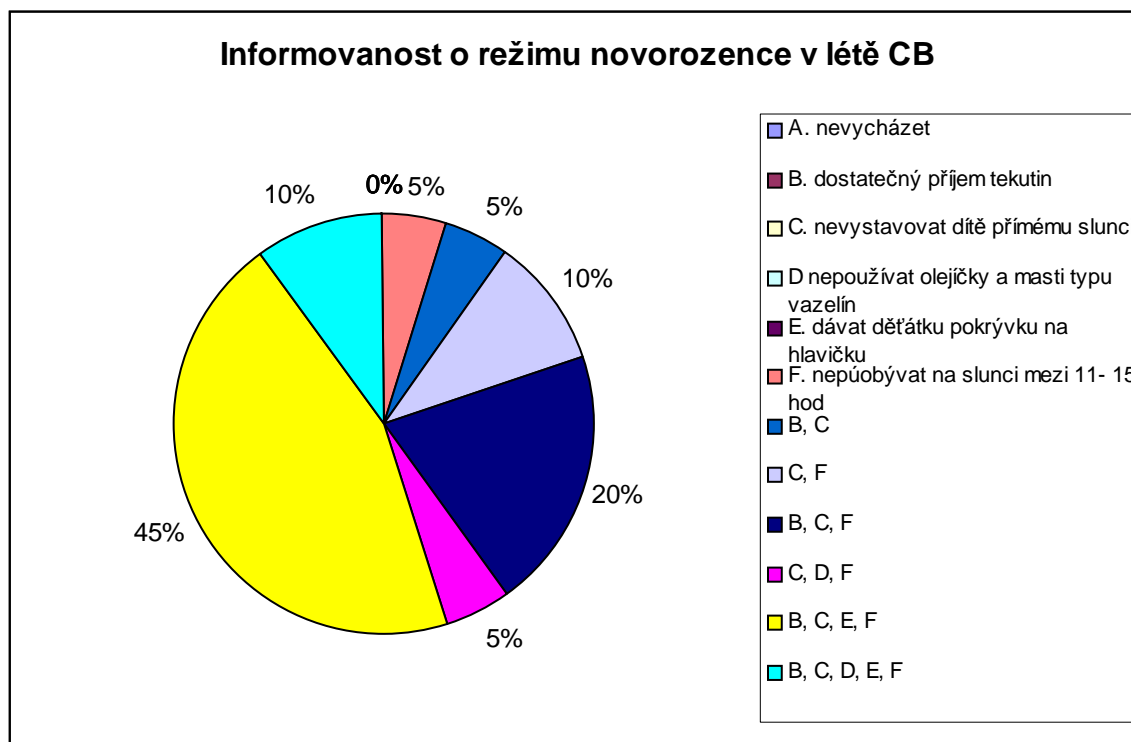
V otázce, v jakých teplotách by se nemělo vycházet s novorozencem ven 8 (40%) matek z Č.Budějovic uvedlo pod -5°C , 5 (25%) matek pod -10°C , 4 (20%) matky napsaly, že při teplotě pod bodem mrazu by se nemělo vůbec vycházet a 3 (15%) matky označily -15°C .

Graf 40a: (k otázce č. 37)



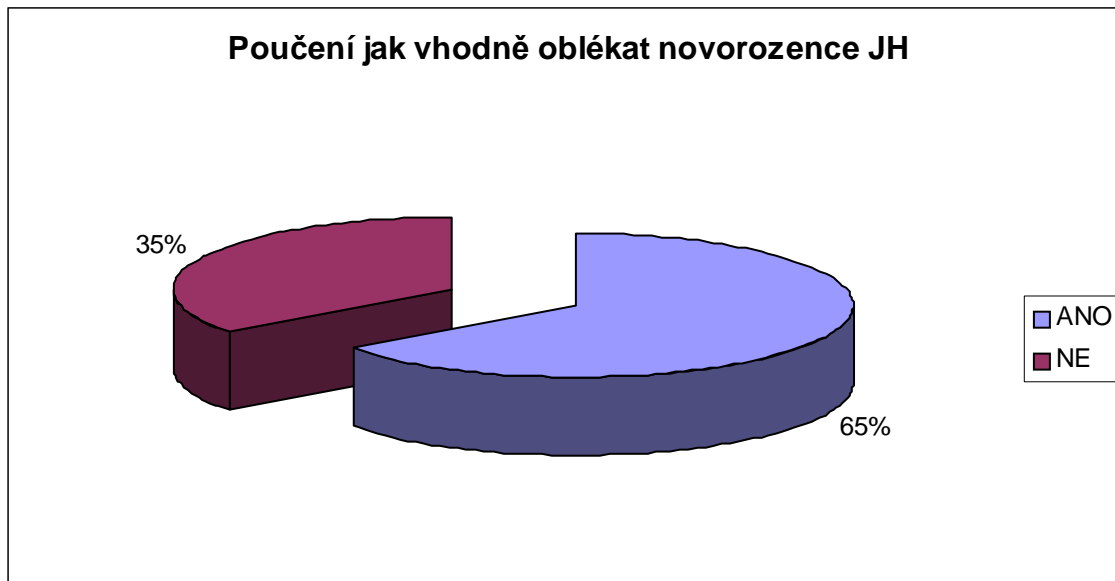
Na otázku jak předejít přehřátí novorozence v létě 6 (34%) matek z J.Hradce uvedlo dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, dávat děťátku pokrývku na hlavičku, nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hodinou, 4 (24%) matky uvedly dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, nepoužívat olejíčky a masti typu vazelín, dávat děťátku pokrývku na hlavičku a nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod, 2 (12%) matky dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod, 1 (6%) matka uvedla nevystavovat dítě přímému slunci , 1 (6%) matka dostatečný příjem tekutin a nevystavovat dítě přímému slunci, 1 (6%) matka nevystavovat dítě přímému slunci a nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod, 1 (6%) matka dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, dávat děťátku pokrývku na hlavičku a 1 (6%) matka uvedla všechny možnosti v dotazníku.

Graf 40b: (k otázce č. 38)



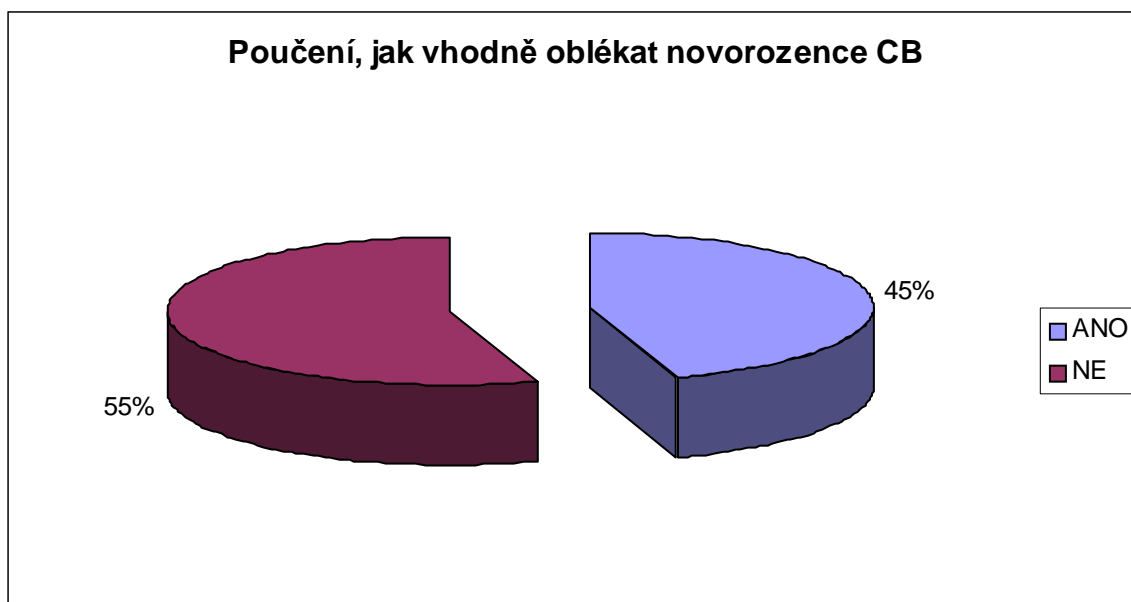
Na otázku jak předejít přehřátí novorozence v létě 9 (45%) matek z Č.Budějovic uvedlo dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, dávat děťátku pokrývku na hlavičku, nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hodinou, 4 (20%) matky dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod, 2 (10%) matky nevystavovat dítě přímému slunci a nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod, 2 (10%) matky uvedly dostatečný příjem tekutin, nevystavovat dítě přímému slunci, nepoužívat olejíčky a masti typu vazelín, dávat děťátku pokrývku na hlavičku a nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod, 1 (5%) matka dostatečný příjem tekutin a nevystavovat dítě přímému slunci, 1 (5%) matka nepobývat na slunci mezi 11 – 15 hod a 1 (5%) matka nevystavovat dítě přímému slunci, nepoužívat olejíčky a masti typu vazelín a nepobývat na slunci mezi 11 - 15 hod.

Graf 41a: (k otázce č.38)



11 (65%) matek z J.Hradce bylo poučeno jak vhodně oblékat novorozence a 6 (35%) matek uvádí, že poučeno nebylo.

Graf 41b: (k otázce č. 38)



11 (55%) matek z Č.Budějovic uvádí, že nebylo poučeno , jak vhodně oblékat novorozence a 9 (45%) matek poučeno bylo.

Graf 42a: (k otázce č. 39)



Pokud požádala matka sestru o pomoc , 17 (100%) dotazovaným matkám v J.Hradci bylo vyhověno .

Graf 42b: (k otázce č. 39)



Pokud požádala matka sestru o pomoc , 20 (100%) dotazovaným matkám v Č.Budějovicích bylo vyhověno .

5. Diskuse

V diskusi hodnotím výsledky výzkumu získané z dotazníku určeného pro matky dětí hospitalizovaných na intermediárních odděleních v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích. Zjišťovala jsem míru informovanosti matek o vhodné péči a výživě novorozenců.

Dotazník i výsledky práce jsem proto rozdělila do tří tematických okruhů – identifikační údaje, kojení a výživa, péče o novorozence.

Bylo rozdáno celkem 44 dotazníků, 7 nebylo vráceno. Ke zpracování bylo tedy použito 37 dotazníků.

Tematický oddíl – identifikační údaje zjišťuje věk dotazovaných matek, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, důvod hospitalizace a způsob výživy novorozence během hospitalizace a před odchodem domu.

Graf 1a,b zjišťuje věk matek, které dotazníky vyplňovaly. Převážná většina matek byla ve věku 22 – 30 let. Fakt, že se v posledních letech mateřství odsouvá do pozdějšího věku potvrzuje, že 10 matek uvádí věk 31 – 35 let.

Graf 3a uvádí kolik dětí, vyjma hospitalizovaného, mají matky již doma. V J.Hradci uvedlo 7 matek, že už mají doma děti a v Č.Budějovicích 11 matek. Takže podle mého názoru by mělo mít 18 matek zkušenosti s péčí o novorozence. Ale 17 matek nemělo žádné zkušenosti a tudíž bylo na místě především a nejen tyto matky vhodně edukovat.

Otázka 4 zjišťovala důvod hospitalizace novorozence. Výsledky jsou uvedeny v grafech 4a,b. Nejčastějším důvodem hospitalizace novorozenců na intermediárních jednotkách v J.Hradci i v Českých Budějovicích je předčasné narození a nízká porodní hmotnost. Důvodem je centralizace a svoz právě těchto dětí na výše zmíněná oddělení. Dalším nejčastějším důvodem hospitalizace je léčba novorozenecké žloutenky, což souvisí i s nedonošeností, protože následkem jaterní nezralosti je zhoršené odstraňování škodlivin a následně výraznější a déle trvající novorozenecká žloutenka.

Grafy 5a, b znázorňují odpovědi k otázce 5, která zjišťovala jaká byla aktuální výživa dítěte před odchodem domu. Většina matek své děti kojí, jak je znázorněno v grafech 5a, b. Myslím si, že výsledky jsou velmi pěkné, obzvláště, pokud vezmeme v úvahu, že děti na těchto odděleních mívají problémy s výživou, mnohdy bývají od matky odděleny, matky musí odstříkávat, aby udržely laktaci. Jistě zde hraje nevelkou roli právě péče zdravotníků a jejich správná edukace a v neposlední řadě je to vůle a trpělivost matek.

Grafy 6a,b se vztahují k otázce 6. Cílem bylo zjistit výživu novorozence v průběhu hospitalizace. Výsledky vypovídají o velké snaze podpořit kojení, neboť mělo největší procentuelní zastoupení v obou městech. Přejícné období, byly novorozenci krmeni alternativními způsoby.

Tematický oddíl – výživa a kojení je zaměřený na informovanost matek o kojení (techniky, výhody, kontraindikace), péči o prsa v době kojení, vyprazdňování novorozence a umělé výživě.

Otázky 7, 8 zjišťovaly, jestli matky kouří a jestli ví o škodlivosti kouření v těhotenství nebo při kojení. Pouze 2 matky, a to z J.Hradce, uvedly že kouří. A naprosto všechny jsou uvědomělé a ví o škodlivosti kouření. Pokud budeme spoléhat na pravdomlupnost matek, pak jsou výsledky, alespoň pro mne mile překvapující.

Výsledky k otázce 9, jak byly matky poučené o důležitosti vhodného stravování v době kojení jsou znázorněny v grafech 9a, b. V J.Hradci 53% matek uvedlo, že byly poučené a v Č.Budějovicích 45%, rozdíl je však v počtu těch, které informované nebyly, protože z nich v J.Hradci pouze 5 matek ví jak se mají stravovat, ale v Č. Budějovicích vědělo jak se stravovat 10 matek, přestože nebyly poučené. Myslím si, že to souvisí se zájmem o informace o kojení, o kterém se níže zmiňuji.

Otázkou 10 jsem zjišťovala, jaký měly matky zájem o informace o kojení, během těhotenství a pokud zájem měly, tak kde informace čerpaly. Výsledky jsou uvedeny v grafech 10a, b, 11a, b. Je zřejmé, že matky se o informace zajímají a chtějí být připravené a myslím si, že to vykazuje i jistý zájem o kojení. Přesto v J.Hradci se o informace nezajímaly 3 matky. To, že pouze 1 matka, z celkového počtu 37, zmiňuje poradnu jako zdroj informací o kojení je přímo alarmující. Právě většina žen se rozhoduje o způsobu výživy svého budoucího dítěte v těhotenství. a k tomu je třeba aby rozhodnutí matky bylo „informované“, tj.abv si matka byla vědoma přednosti kojení a výživy mateřským mlékem a rizik použití umělé výživy. Z vlastní zkušenosti vím, že v poradnách nejsou matkám tyto informace vůbec nabízeny, a možná právě proto nejčastějším zdrojem informací jsou uvedeny časopisy. Jistě není špatné získávat informace právě zde, ale, kde je záruka odbornosti článků a zdrojů?

Otázka 11 zjišťovala jak jsou informované matky o kontraindikacích kojení v souvislosti se zánětem prsu. Myslím si, že výsledky této otázky jsou ovlivněny tím, kde čerpají matky informace. V časopisech se mnohdy uvádějí staré články, které nejsou konzultovány s odborníky a některé zastaralé názory jsou v povědomí lidí příliš dobře zakotvené. Ale určitě to také svědčí o špatné informovanosti v J.Hradci, protože v Č.Budějovicích jsou výsledky mnohem lepší.

Grafy 13a, b znázorňují, jak byly poučené matky v průběhu hospitalizace, jak pečovat o prsa v době kojení. Péče o prsa je velmi důležitá, neboť prsa jsou v začátcích kojení velmi namáhaná. Nevhodná péče či podceňovaná, může přivodit obtíže, které mohou ovlivnit rozhodnutí matky, pokračovat v kojení. Výsledky v Č.Budějovicích vypovídají o nedostatečném poskytování informací, oproti tomu v J.Hradci je informovanost dobrá.

Grafy 14a, b znázorňují výsledky k otázce 13, která zjišťovala zda byly matkám poskytnuty informace jak odstříkávat a uchovávat mateřské mléko. Odstříkávání mateřského mléka koresponduje s předchozí otázkou. Myslím si, že o tom jak uchovávat mateřské mléko, by měly být poučeny i matky, které momentálně neodstříkávají. Tvorba mateřského mléka někdy kolísá (z různých důvodů) a je určitě na místě, aby byly matky poučeny i o možném darování mateřského mléka. Výsledky z J.Hradce a Č.Budějovic se v celku shodují a jsou uspokojivé.

Grafy 15a,b se vztahují k otázce zjišťující informovanost matek o důležitosti odstříkávání. Otázka byla polootevřená a umožnila matkám vyjádřit svůj názor a zároveň ověřit informovanost. S odpověďmi jsem velmi spokojena, protože 20 matek z celkového počtu 37, zmiňuje odstříkávání jako prevenci mastitidy a 16 matek zvýšenou tvorbu mléka. Matky jsou si navíc vědomy, že tvorba mléka se upravuje dle požadavků dítěte. Výsledky vypovídají o velmi dobré informovanosti na obou odděleních.

Grafy 16a, b zjistily, že matky znají výhody kojení, neboť všech 17 matek (100%) z J.Hradce odpovědělo na otázku, zda znají výhody kojení kladně a všech 20 matek (100%) z Č.Budějovic odpovědělo na otázku také kladně. Jistě je vhodné citovat výhody, které zmínily sami matky, posuďte sami, jsou více než výmluvné: kojení a mateřské mléko je nejlepší strava pro dítě, mateřské mléko je výživnější, vhodnější než umělá výživa, nejdůležitější pro dítě, zvyšuje odolnost dětí před nemocí, děti jsou zdravější, je vždy po ruce, vytvoří lepší vztah mezi dítětem a matkou, rychle dostupné dítěti, připravené dítěti „na míru“, prevence onemocnění kostí, přirozená výživa, kojení je nejlepší a nejzdravější, je stále po ruce a ve správné teplotě, kojení je praktické, mateřské mléko obsahuje látky důležité pro správný vývoj dítěte, zdravější, levnější, pohodlnější, obsahuje látky, které se v jiné umělé výživě nevyskytují, nejpřirozenější výživa pro novorozence, prevence alergií, je nejlépe stravitelné a výživné, obsahuje látky prospěšné pro miminko, nejoptimálnější, vždy čerstvé, nechemické, je to bez práce, plnohodnotná strava, čerstvé, sterilní,

Informovanost o polohách a technikách kojení je na obou odděleních velmi dobrá. Výsledky je možno shlédnout v grafech 17a, b.

Otázka 17 byla zaměřená na zjištění, co matky v souvislosti s kojením postrádaly nebo očekávaly od personálu. Následující výsledky jsou čerpány z grafů 18a, b . Je jistě důležité se matkám věnovat, pomáhat, nabízet pomoc a informovat je , ale stejně tak je na místě podpořit matky v samostatnosti a dopřát jim soukromí. V J.Hradci byla matkami spíše vytýkána přílišná péče , než nedostatek , ale převážná většina matek byla na obou odděleních spokojená.

Přestože výsledky z grafů 19a, b vykazují velmi dobrou informovanost matek o častosti stolice kojeného dítěte a to konkrétně, že může mít stolicí každé balení, o to více jsou překvapivé výsledky následujících grafů 20a, b, které zjišťovaly informovanost o možnosti několikadenní absence stolice u kojeného novorozence. V J.Hradci je informovanost neuspokojivá . Naproti tomu jsou matky v Č.Budějovicích informované dobře, pouze 3 matky odpověděly, že několikadenní absence stolice u kojeného novorozence není fyziologická.

K otázce 18 náleží grafy 21a, b, které vypovídají jak byly matky poučené o krmení z kojenecké láhve. Myslím si, že výsledky nejsou příliš dobré, neboť 7 matek z J.Hradce a 10 matek z Č.Budějovic uvedlo, že poučeny nebyly, protože kojí. Ale toto není určitě, dle mého názoru správný přístup, protože mohou nastat situace , kdy bude matka nucena použít lahvičku a nebude na to připravena. A to jsem nezmínila matky, které prostě poučené nebyly vůbec. Navíc si myslím, že to , že právě matka kojí se nemůže po propuštění změnit, obzvláště vezmeme-li v úvahu, že matka může být ve značném stresu, nastane jí mnoho jiných povinností, bude si muset sama poradit v nové situaci, která může přijít.

Grafy 22a, b znázorňují výsledky k otázce 21 . Poučovat matky o údržbě laktačních pomůcek a kojeneckých lahví je důležité. Předchází to následným komplikacím u novorozence jako je například soor. V obou městech jsou výsledky dobré.

Posledním tematickým oddílem byla vhodná péče o miminko. Otázky v tomto oddílu byly zaměřené především na informovanost matek o každodenní péči novorozence.

Základem byla otázka 22, zda mohly být matky přítomné při vykonávání ošetrovatelské péče u jejich dítěte, v době , kdy nebylo ještě v jejich péči (patří sem koupání, přebalování, krmení, aj.). Dle mého názoru je důležité, aby matky mohly být při vykonávání ošetrovatelské péče u jejich dítěte, protože potřebují čas, kdy se mohou svého dítěte dotýkat a zvykat si na ně jako na své jedinečné dítě. Výsledky jsou výborné a jsou znázorněny v grafech 23a, b. Ani jedna matka neoznačila odpověď ne .

Další grafy 24a, b vztahující se k názornému předvedení měření tělesné teploty u novorozence, vykazují též velmi pozitivní výsledky.

V otázce 24 jsem se ptala jestli byly matky poučené o naměřených hodnotách tělesné teploty v konečniku. Téměř shodné výsledky vykazují dobrou informovanost jak v J.Hradci , tak v Č.Budějovicích. K otázce 24 se vztahují také grafy 26a, b , které vypovídají o znalostech matek o hodnotách tělesné teploty naměřených v konečniku. Přestože většina matek uvádí správné hodnoty, podle mého názoru by mohly být odpovědi více sjednocené. Myslím si , že na tuto oblast by se měly sestřičky více zaměřit.

Odpovědi na otázku 25, zda byly matky poučené jak poznají, že je kojené dítě dostatečně napité, znázorňují grafy 27a, b. V J.Hradci jsou matky lépe informované než v Č.Budějovicích. Na oddělení si matky děti váží, ale doma to jistě dělat nebudou a měly by znát základní kritéria , aby dokázaly vhodně reagovat na požadavky dítěte.

Graf 30a, b vykresluje odpovědi na otázku 27, zda byly matky poučené , jak správně manipulovat s novorozencem. V Č.Budějovicích je informovanost v této oblasti lepší než v J.Hradci, protože pouze 1 matka uvedla, že poučena nebyla ale naopak v J.Hradci to bylo 6 matek. Je docela možné, že tyto výsledky svědčí o tom, že děti v J.Hradci, bývají často přeložené z jiných vyšších pracovišť na doléčení a sestřičky zřejmě spoléhají, že matky již poučené byly na předchozích odděleních.

Přestože na otázku 28 zda byla matkám předvedena koupel novorozence odpovídá 17 matek (100%) z J.Hradce kladně a 20 matek (100%) z Č.Budějovic také kladně, v otázce 29 zda byly matky poučené o teplotě vody ke koupání novorozence, 2 matky z Českých Budějovicích odpověděly, že poučené nebyly. Naproti tomu v J.Hradci byla informovanost opět 100%.

V otázce 30 se odpovědi z J.Hradce a Č.Budějovic poněkud rozcházejí. Ptala jsem se zda byly matky poučené , jak správně ošetřovat pupík. Výsledky jsou v grafech 33a, b. Všechny matky z J.Hradce uvedly, že byly poučené , jak správně ošetřovat pupík. ,ale 7 matek z Č.Budějovic uvedlo, že poučené nebyly. Předpokládám , že důvodem tohoto výsledku bude delší hospitalizace novorozenců , pro předchozí pobyt na intenzivní péči ,a proto nejspíš před odchodem domů mají novorozenci pupík již zhojený.

Otázka 33 žádnou matku nezaskočila a vše do jedné jí vyplnily. Zajímala jsem se ,jestli matkám byla zdůrazněna důležitost podpory vnitřních hodin dítěte Výsledky nalezneme v grafech 36a, b a vyzývají k zamyšlení. Byla otázka dobře pochopena, nebo jim opravdu důležitost podpory vnitřních hodin dítěte zdůrazněna nebyla? Ovšem fakt, že 11 matek, z celkového počtu 37, v závěru dotazníku zmiňuje, že respektuje režim a potřeby dítěte se spíše přiklání k variantě druhé.

V otázce 34 jsem se ptala matek jestli vědí, proč je důležité polohovat novorozence. Výsledky jsou dobré, matky jsou informované. Krátce zmíním poznámky od matek, jako například, že polohování je důležité aby novorozenec nezvracel, pokud by novorozenec zvracel, aby se nezadusil, aby neměl slehlou hlavičku, lepší trávení (kolika), prevence otlaků, správný vývoj, správný tvar hlavičky, prevence syndromu náhlého úmrtí, rovnoměrné posilování a procvičování svalů.

Graf 39a, b znázorňuje výsledky vztahující se k otázce 36, v jakých teplotách by se nemělo vycházet s novorozencem ven. Myslím si, že důvodem rozcházejících se výsledků jsou rozdílné hodnoty uváděné v různých zdrojích. Tak například v odborné literatuře, ve zdroji (29) je uváděna hodnota -10°C a například ve zdroji (13) není doporučováno vycházet s novorozencem při teplotě pod -3°C .

Zda byly matky poučeny, jak vhodně dítě oblékat, vypovídají k otázce 38. O celých 20% méně, bylo zaznamenáno kladných odpovědí v Českých Budějovicích než v J.Hradci. Předpokládám, že jediným důvodem bude opravdu jen to, že matky nebyly poučené.

V otázce 39 jsem se zaměřila na ochotu sester pomoci, poradit, poskytnout informace. Pokud požádala matka sestru o pomoc, všem 17 dotazovaným matkám (100%) v J.Hradci bylo vyhověno a pokud požádala matka sestru o pomoc v Č.Budějovicích, pak všem 20 dotazovaným matkám (100%) bylo vyhověno. Myslím si, že to jsou velice pěkné a lichotivé výsledky.

V otázce 40 jsem vyzvala matky, aby se vyjádřily a napsaly co při pobytu na oddělení postrádaly. V J.Hradci zmiňují 2 matky návštěvy tatínka na pokoji, lepší hygienické zařízení. Volné řádky matky využily k pochvale sester i ostatního personálu.

V Č.Budějovicích mezi velmi často opakované nedostatky (zmínilo je 13 matek) patří chybějící vhodná strava pro kojící matky, možnost vzít si svačinu na pokoj, pestrost jídla, výběr stravy, dále postrádaly delší návštěvy (4 matky) a soukromí. Jedna matka žádala více všeobecných informací o péči o nedonošené dítě, brožurky, letáky, nebylo jí příjemné tázat se sester, které jsou celodenně velice vytížené. 1 matka postrádala více času ze strany lékaře vysvětlit diagnózu, případně vývoj a průběh léčby. Volné řádky také matky využily k pochvale sester a ostatního personálu.

Na základě analýzy celé práce mohu říci, že hypotéza č. 1, matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích jsou poučené o správné výživě dítěte, se potvrdila. K této hypotéze se v dotazníku vztahuje tematický oddíl – kojení a výživa. Nedostatky jsou patrné pouze v otázkách 10, 11, 12, 17, 18 týkající se konkrétně zdrojů informací o kojení, kontraindikací kojení, péče o prsa v době

kojení, informovanosti o vyprazdňování dítěte a poučení o krmení novorozence z láhve. Ale v otázkách 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21 jsou, myslím, velmi pěkné výsledky, které hypotézu č.1 skutečně potvrzují.

Hypotéza č. 2, matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích jsou poučené o vhodné péči uspokojující potřeby dítěte, se také potvrdila. V dotazníku, v tematickém bloku vhodná péče o novorozence, z otázek 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 je patrné, že matky jsou velmi dobře informované a poučené, jak pečovat o novorozence. Pouze otázka 29, odhalila nedostatky v informovanosti o teplotě vody při koupání novorozence.

6. Závěr

Cíl práce „Zjistit , jak jsou matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích poučené o správné výživě dítěte a o vhodné péči uspokojující potřeby dítěte – tj. o systému koupání, přebalování, ošetřování pupíku, dodržování rytmu při podpoře vnitřních hodin dítěte byl splněn, protože z výzkumu lze zjistit jak jsou matky informované v oblastech výživa a každodenní péče o novorozence.

Byly stanoveny 2 hypotézy, které předpokládaly kladné výsledky výzkumu. Hypotéza č. 1, matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích jsou poučené o správné výživě dítěte. Hypotéza č. 2, matky hospitalizované na intermediárních odděleních pro novorozence v Jindřichově Hradci a v Českých Budějovicích jsou poučené o vhodné péči uspokojující potřeby dítěte. Obě hypotézy byly splněny.

Dobrá informovanost matek vykazuje správnou edukaci zdravotnickým personálem. Přes velmi uspokojivé výsledky, výzkum odhalil nedostatky, které by neměly být opomíjeny. Vzhledem k velké vytíženosti sester bych navrhovala myslím snadné řešení, na které mne přivedly svými výpověďmi v dotazníku samotné maminky. Na podkladech z dotazníku, na obou odděleních chybí letáčky např. k problematice předčasně narozeného dítěte, novorozenecké žloutenky aj. Vhodnou inspirací , by mohl být zdroj, který níže cituji (8, 29). Letáčky by mohly obsahovat základní informace o výživě a péči novorozence k dané problematice, doplněné vhodnými fotografiemi a odpověďmi na nejčastější otázky maminek. Samozřejmě není účelem odsunout do pozadí kontakt sestry – rodiče, ale usnadnit práci vytíženým sestřím a snížit pravděpodobnost opomenutí poskytnout některé ze základní informací, o které by mohly mít matky zájem a tím zlepšit jejich informovanost.

S výsledky výzkumu bych ráda seznámila dětské sestry na intermediárních odděleních v J.Hradci a v Č.Budějovicích, neboť jsem přesvědčena, že je potěší a zároveň povzbudí v jejich náročné, ale krásné práci s malými pacienty .

7. Seznam použitých zdrojů

1. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 1997. 322 s. ISBN 80-7013-245-0
2. ENKIN, M., KEIRSE, M.J.N.C., RENFREW, M., NEILSON, J. *Efektivní péče v perinatologii*. Přel. K. Mašek. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 386 s. ISBN 80-7169-417-7
3. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metody v neonatologii*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4
4. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Ošetřování extrémně nezralého novorozence na JIPN. *Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: 2002, roč. 7, č. 10, s. 27 – 28. ISSN 1210-0404
5. FRŮŠŮ)UHAUF, P. a kol. *Fyziologie a patologie dětské výživy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 62 s. ISBN 80 – 246-0069-2
6. FRUHAUF, P., NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa novorozenců a kojenců: současný pohled*. 1. vyd. Praha: Solen, 2003, 80 s. ISBN 80-239-2011-1
7. HANREICH, I. *Výživa kojenců aneb jídlo a pití v prvním roce života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 76 s. ISBN 80-7169-841-5
8. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et al. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5
9. HRSTKOVÁ, H. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 77 s. ISBN 80-7013-385-6
10. http://www.mzcr.cz/data/c1100/lib/educ_práce/e76/index.htm
11. <http://www.ssvp.wz.cz/vyvojovka.html?p=1>

12. http://nedoklubko.cz/vyziva_nezralych.asp
13. KARGER, P. *Péče o dítě do 3 let*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 160 s. ISBN 80-204-1019-8
14. KEJVALOVÁ, L. *Výživa dětí od A do Z*. 1.vyd. Praha : nakladatelství Vyšehrad, 2005. 160 s. ISBN 80-7021-773-1
15. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric* 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6
16. KUČOVÁ, Jana, HAVRÁNKOVÁ, Jarmila. *Péče o ventilovaného novorozence. Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry*. Praha: 2003, roč. 8, č.11, s. 41-42. ISSN 1210
17. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0
18. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Přel. O. Flégr. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 988s. ISBN 80-247-0668-7
19. MARTIUS, G., BRECKWOLDT, M., PFLEIDERE, A. a kol. *Gynekologie a porodnictví*. Přel. V. Šabata .1.vyd. Osveta, Martin: 1997. 582 s. ISBN 80-88824-56-7
20. O'CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T. *Pediatric do kapsy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2005. 448s. ISBN 80-247-0933-3
21. OLCJAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. 1.vyd. Olomouc: Rubico, 1999. 216 s. ISBN 80-85839-33-4
22. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 164s. ISBN 80-7262-283-8
23. POUTHAS, V., JOUEN, F. *Psychologie novorozence, chování nejmenšího dítěte a jeho poznávání*. Přel. A. Mrázová. 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 288 s. ISBN 80-7169-960-8

24. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1.vyd.. Brno: IDPVZ, 1996. 274s. ISBN 80-7013-230-2
25. RYŠAVÁ, M., NEČASOVÁ, A., FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy a jejich přiřazení k vybraným lékařským diagnózám v neonatologii*. 1.vyd. Brno: IDPVZ, 2002. 153 s. ISBN 80-7013-360-0
26. SCHNEIDEROVÁ, D. a kol. *Kojení, nejčastější problémy a jejich řešení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 120s. ISBN 80-247-0112-X
27. ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 1.vyd. Praha: NUGA, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6
28. VELEMÍNSKÝ, M., et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. JCU ZSF, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8
29. VELEMÍNSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2002. 247s. ISBN 80-7254-290-7
30. *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života: Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1. vyd. Praha : Unicef, 2000, s. 69

8. Klíčová slova

nedonošenec

novorozenec

kojení

mateřské mléko

umělá výživa

ošetrovatelská péče

každodenní péče o dítě

9. Přílohy

9.1 Dotazník

9.2 Desatero úspěšného kojení

9.3 Alternativní způsoby kojení

9.4 Způsoby odstříkávání mateřského mléka

9.5 Krmení novorozence z kojenecké láhve

9.6 Cyklus kojenecké stolice

9.1 Dotazník

Milá maminko!

Jmenuji se Ilona Longínová a studuji na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě, obor Všeobecná sestra.

Tento dotazník bude základem pro vypracování bakalářské práce jejíž cílem je zjistit jak jsou maminky poučené o vhodné péči a správné výživě dítěte..

Prosím o laskavé vyplnění dotazníku, označte nejvhodnější odpověď či odpovědi, tam kde nejsou nabídnuty možnosti vyplňte vlastními slovy..Chcete-li sdělit své další zkušenosti, pište prosím na prázdný list.

Dotazník je zcela anonymní!!! (po vyplnění vložte do přiložené obálky)

Za vaše upřímné a pravdivé odpovědi děkuji.

Identifikační údaje:

1.Kolik je Vám let?

- | | |
|-----------------|------------------|
| a)17 let a méně | d) 31 – 35 let |
| b)18 – 21 let | e) 36 let a více |
| c)22 – 30 let | |

2.Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| a) základní | d)středoškolské s maturitou |
| b) učební obor bez maturity | e)vysokoškolské |
| c) učební obor s maturitou | f) jiné |

3.Kolik dětí máte již „doma“?

- a)žádné
- b)jedno
- c)dvě
- d)více

4.Vaše miminko bylo přijato na toto oddělení protože:

(můžete označit libovolný počet odpovědí)

- a)se narodilo předčasně
- b)pro nízkou porodní hmotnost
- c)k léčbě novorozenecké žloutenky
- d)pro poporodní komplikace
- e)jiné

5..Nyní před odchodem domů :

- a)plně kojím
- b)kojím a dokrmuji
- c)odstříkávám a krmím z lahvičky
- d)krmím lahvičkou umělé mléko

6. Jak bylo vyživováno vaše miminko v průběhu pobytu na oddělení?

(můžete označit libovolný počet odpovědí)

- a) kojila jsem
- b) odstříkávala jsem a dítě bylo krmeno stříkačkou
- c) odstříkávala jsem a dítě bylo krmeno sondičkou (NGS)
- d) dítě bylo krmeno umělým mlékem lahvičkou
- e) parenterálně - infúzemi
- e) jiné.....

Otázky týkající se kojení a výživy:

7. Kouříte?

- a) ANO
- b) NE

8. Víte o škodlivosti kouření v těhotenství nebo při kojení?

- a) ANO
- b) NE

9. Poučil vás někdo o důležitosti vhodného stravování v době kojení?

- a) ANO
- b) NE
- c) NE, ale vím jak se stravovat

10. Zajímala jste se během těhotenství o informace týkající se kojení?

- a) ANOpokud ANO, pak kde:
 - a) v časopisech
 - b) v odborné literatuře
 - c) v poradně
 - d) od kamarádek, maminky
 - e) z internetu
- b) NE

11. Kdy si myslíte, že se nesmí kojit, co je kontraindikací kojení?

- a) zánět prsu (mastitída)
- b) zánět prsu s tělesnou teplotou do 38,5C
- c) zánět prsu s tělesnou teplotou nad 38,5C
- d) při zánětu prsu i s teplotou se kojit smí, naopak se to doporučuje

12. Byly vám poskytnuty informace, jak pečovat o prsa v době kojení?

- a) ANO
- b) NE

13. Byly vám poskytnuty informace jak odstříkávat a uchovávat mateřské mléko?

- A) ANO
- b) NE

Otázky týkající se vhodné péče o miminko:

22. Mohla jste být při běžném vykonávání ošetrovatelské péče v době kdy nebylo u vás na pokoji? (*krmení, přebalování, koupání aj.*)

- a) ANO
- b) NE
- c) VĚTŠINOU ANO

23. Bylo vám předvedeno měření tělesné teploty u miminek?

- a) ANO
- b) NE

24. Byla jste poučena o naměřených hodnotách v konečnicku?

a) ANO

- pokud ano pak zaškrtněte, které hodnoty jsou v normálu:

- a) 36,2 – 37 °C
- b) 36,5 – 37,5 °C
- c) 36,6 – 38,2 °C
- d) 36,0 – 36,9 °C

b) NE, nebyla jsem poučena

25. Poučil vás někdo jak doma poznáte, že je kojené dítě dostatečně napité?

a) ANO, jak (*můžete označit libovolný počet odpovědí*):

- a) nebrečí
- b) stále spí
- c) je spokojené
- d) přibývá na váze
- e) podle počtu pomočených plen

b) NE

26. Myslíte si, že je důležité, aby si dítě po jídle odříhlo?

- a) ANO
- b) NE

27. Byla jste poučena jak správně manipulovat s miminkem ?

(*zdvihání, pokládání, držení, přenášení*)

- a) ANO
- b) NE

28. Předvedla vám sestřička koupel miminka?

- a) ANO
- b) NE

29. Byla jste poučena, jaká má být teplota vody ke koupání miminka?

- a) ANO
- b) NE

39. Pokud jste požádala sestru o pomoc pomohla vám?

a) ANO

b) NE.....- pokud ne , tak proč myslíte?

a) byla vyčerpána

b) její osobnost

c) jiné

40. Co jste při pobytu na oddělení postrádala?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9.2 Desatero úspěšného kojení

(zdroj: 7.HRSTKOVÁ,H. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 77 s. ISBN 80-7013-385-6)

Desatero úspěšného kojení jak je deklarováno UNICEF

1.Písemně vypracovaná strategie přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.

2.Veškerý personál školit v dovednostech nezbytných k provádění této strategie(jak dítě přikládat, jak ošetřovat, kdy přikládat)

3.Všechny těhotné ženy informovat o výhodách a technice kojení

4,Umožnit matkám kojení do 30 min po porodu(podmínky k tomu vytvořit na porodních sálech)

5.Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí(techniky odstříkávání a skladování mléka)

6.Nepodávat novorozencům žádnou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných přípravků(nedávat náhražky jako cukerné roztoky, čaje etc.)

7.Praktikovat rooming –in – dítě ošetřováno matkou a s matkou po celou dobu hospitalizace, jestliže to zdravotní stav obou dovolí.

8.Podporovat kojení podle potřeby dítěte

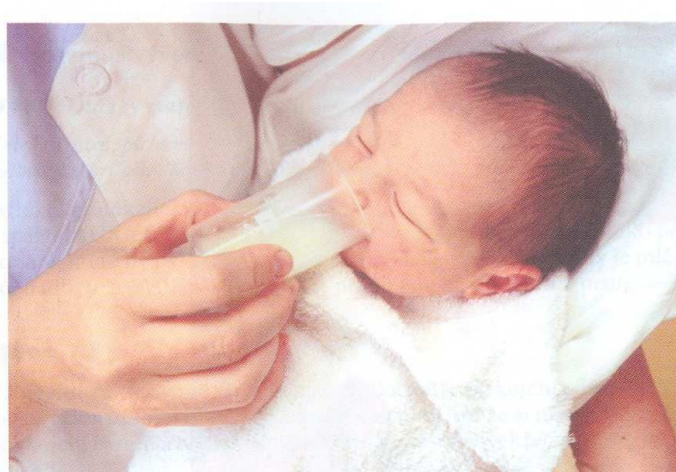
9.Nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka apod.

10.Povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice.(7)

9.3 Alternativní způsoby krmení

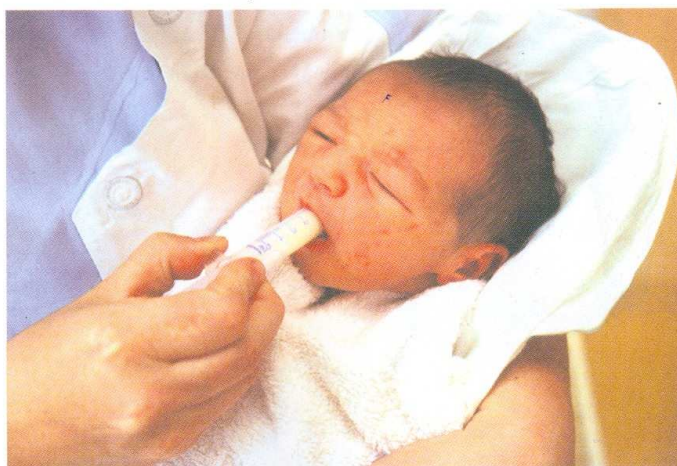
(zdroj: 26.SCHNEIDEROVÁ, D. a kol. *Kojení, nejčastější problémy a jejich řešení*.1.vyd.Praha:Grada, 2002.120s. ISBN 80-247-0112-X)

Alternativní krmení pomocí sondy a prstu



Alternativní krmení pomocí kádinky, hrnečku

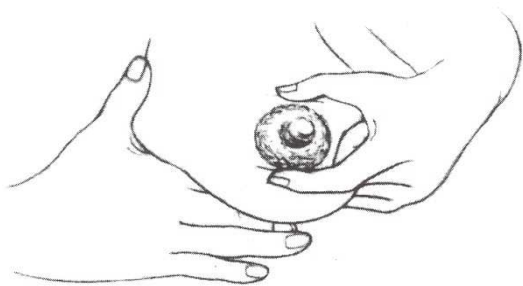
Alternativní krmení dítěte injekční stříkačkou



9.4 Způsoby odstříkávání mateřského mléka

(zdroj: 29.VELEMÍNSKÝ,M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1.vyd. Praha: TRITON,2002. 247s. ISBN 80-7254- 290-7)

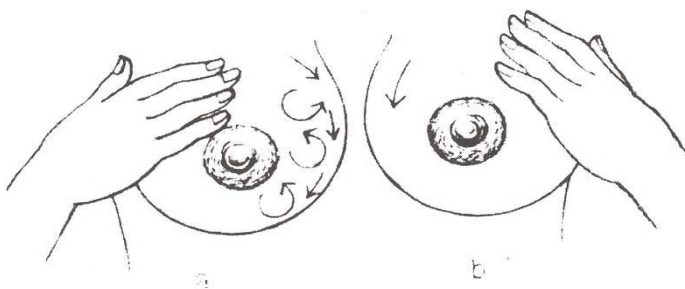
Způsoby odstříkávání mateřského mléka



Obrázek 78 Odstříkávání mléka



Obrázek 79 Odstříkávání mléka do nádoby



Obrázek 80 Masáž prsu

9.5 Krmení novorozence z kojenecké láhve

(zdroj: 29. VELEMÍNSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2002. 247s. ISBN 80-7254- 290-7)



Špatné držení kojenecké láhve



Správné držení kojenecké láhve

9.6 Cyklus kojenecké stolice

(zdroj: 18.LEIFER,G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*.Přel.O,Flégr. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 988s. ISBN 80-247-0668-7)

