

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Andrea Kálalová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**OČEKÁVÁNÍ MATEK HOSPITALIZOVANÝCH NA ODDĚLENÍ
ŠESTINEDĚLÍ V OBLASTI PÉČE O NOVOROZENCE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce

MUDr. Milan Hanzl

Autorka práce

Andrea Kálalová

2008

ABSTRACT

Expectations of mothers hospitalized in the maternity ward in the field of newborn care

Bachelor's thesis entitled "Expectations of mothers hospitalized in the maternity ward in the field of newborn care" has a research nature. The work is divided into two parts – a theoretical part and a practical part.

The theoretical part has seven main chapters. The first chapter is devoted to the psychomotor development of the newborn. The second chapter is devoted to newborn care in the labour ward. The third and fourth chapters are devoted to nursing care in the newborn ward and to the needs of a newborn. The fifth and sixth chapters are devoted to breastfeeding and formula milk. The last chapter is devoted to discharge and care at home.

The practical part is devoted to research. The aim of the work was to map out expectations of mothers hospitalized in the maternity ward in the field of newborn care and to find out the level of satisfaction with the nursing care of the newborn among mothers after childbirth.

In order to prove or reject the hypotheses, I used a questionnaire with 16 questions. 115 questionnaires were handed out, 105 were returned. The rate of return was 91%. The results were translated in to graphs. The sample for the questionnaire research consisted of mothers on the third day after childbirth hospitalized under the rooming-in system; there were 100 mothers in the end sample.

In the first hypothesis I presumed that mothers expect to gain basic information – especially practical - on providing basic needs in the care of the newborn. On the basis of processing the data obtained it was found that mothers prefer individual theoretical discussions with practical examples. The first hypothesis was therefore rejected. In the second hypothesis I presumed that mothers are satisfied with the provided nursing care of the newborn. The second hypothesis was proven; mothers are satisfied with nursing care provided.

I would like to inform the nurses in the newborn ward about the results of my research.

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, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích: 9. května 2008

.....

podpis studenta

Poděkování:

Za pomoc, trpělivost a podnětné návrhy děkuji MUDr. Milanu Hanzlovi, který mi pomáhal konzultacemi při psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1 Současný stav	5
1.1 Novorozenecké období	5
1.1.1 Psychomotorický vývoj	5
1.1.1.1 Smyslový vývoj	5
1.1.1.2 Citový a sociální vývoj	6
1.1.1.3 Jemná a hrubá motorika	7
1.1.1.4 Vývoj řeči	8
1.2 Fyziologický novorozenec	9
1.2.1 První ošetření novorozence na porodním sále	10
1.2.2 Vyšetření novorozence	11
1.3 Rooming-in	12
1.4 Ošetrovatelská péče na novorozeneckém oddělení	13
1.4.1 Udržování tělesné teploty	13
1.4.2 Přebalování, prevence opruzenin	14
1.4.3 Koupání	15
1.4.4 Péče o pokožku, nehty	16
1.4.5 Péče o pupeční pahýl	17
1.4.6 Vážení	18
1.4.7 Močení, stolice	18
1.4.8 Spánek	19
1.4.9 Zvedání, pokládání, chování novorozence	19
1.4.10 Screening	20
1.4.11 Pobyť venku, oblékání	21
1.5 Kojení	22
1.5.1 Výhody kojení	24
1.5.2 Technika kojení	25
1.5.3 Polohy	26

1.5.4 Překážky a problémy	27
1.5.5 Alternativní způsoby	29
1.6 Umělá výživa	30
1.7 Propuštění a domácí péče	31
2. Cíl práce a hypotézy	33
2.1 Cíl	33
2.2 Hypotézy	33
3. Metodika	34
3.1 Použitá metoda	34
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	34
4. Výsledky	35
5. Diskuse	43
6. Závěr	48
7. Použitá literatura	50
8. Klíčová slova	55
9. Seznam příloh	56

Úvod

Motto: „Náleží k tomu nemnoho umění a práce, aby byl člověk počat, jakmile se však narodil, jest na sebe vzíti péči pilnou a úzkostlivou, aby byl odchován a vychován.“

(Platon)

Těhotenství, porod, péče o narozené dítě a jeho výchova jsou zvláštní a krásná období ženy. Žena se stává matkou a muž s láskou pečuje o ni a o celou rodinu. Ne vždy jde všechno hladce, bez problémů, a ne vždy jsou všechna očekávání naplněna. Před porodem se těhotné ženy stále více zamýšlí nad tím, kam se vydat, až začne opravdová porodní činnost. Pokud je v jejich nejbližším okolí pouze jedna porodnice, nemají většinou důvod o místě porodnice přemýšlet, problém s rozhodováním však může nastat v okamžiku, kdy je možnost volby mezi více porodnicemi.

Výběr porodnice, ve které budou rodit, obvykle závisí na mnoha faktorech a to jak subjektivních, tak objektivních. Budoucí maminky mohou mít na mnoho věcí odlišné názory, a proto volba nemusí být hned od počátku zcela jednoznačná. Při výběru by se ovšem rodičky měly snažit uvažovat prakticky, ale každá maminka má své priority, podle kterých se rozhoduje a které jsou pro ni ty nejdůležitější. Výběr porodnice je nejčastěji ovlivněn vzdáleností od místa bydliště, vlastní zkušeností z nemocničního zařízení, zkušenostmi či názory příbuzných a známých, doporučením osobního lékaře, případně osobním, pro nastávající rodičky často velmi důležitým individuálním hlediskem.

Jak již bylo řečeno, výběr porodnice je zcela v rukou rodičky. Každému vyhovuje něco jiného, a nelze tak vytvořit jakési všeobecné doporučení. Ale jedním z nejdůležitějších faktorů, který většinou ovlivní celkový dojem z pobytu v porodnici, bude především vlídný přístup personálu a bezkonfliktní průběh celého pobytu. Při výběru porodnice dnes nastávající maminky chtějí znát předem odpovědi na mnoho otázek a poté přichází s určitým svým očekáváním.

Pracuji jako dětská sestra na novorozeneckém úseku neonatologického oddělení a to mě inspirovalo k volbě tématu mé bakalářské práce „Očekávání matek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v oblasti péče o novorozence“.

Z vlastní zkušenosti vím, že vše se musí člověk v životě naučit a především mají-li matky první dítě, tak se dostaví otázky týkající se každodenní péče o novorozence. Jakkoliv mohou o dětech vědět mnoho náležitostí, ve chvíli kdy se o novorozence začnou matky samy starat, postrádají základní informace a návyky pro poskytování péče o dítě a ani většinou neví, podle jakých základních projevů dítěte je nutné se řídit. Dítě je pro ně v danou chvíli zcela nová životní situace. Podle jeho mimiky, vzhledu a chování je pro ně obtížné určit, kdy je dítě spokojené a šťastné a naopak, kdy je nemocné, případně nespokojené. Zároveň ani neznají, kolik obvykle dítě může a má vypít, takže obtížně posuzují, zda dané kojení bylo dostatečné, nebo jak dlouho má spát, která poloha spánku je nejvhodnější. Tomu všemu se musí matky teprve naučit. Může jim to trvat jen týden, ale i podstatně déle v závislosti na osobním přístupu a povaze matky.

Proto od dětských sester matky očekávají, že se naučí, jak o novorozence pečovat, aby byly po odchodu z porodnice schopny samy pečovat o své dítě. Měly by se s pomocí dětských sester naučit zvládat základní dovednosti v péči o novorozence, tzn. přebalovat, koupat, ošetřit pupeční jizvu, rozpoznat, kdy je nutno jít s dítětem k lékaři. Matky by také měly ovládat techniku kojení spojenou s péčí o prsa a v neposlední řadě způsob přípravy a podávání umělé stravy.

1 Současný stav

1.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období zahrnuje dobu od narození do ukončeného 28. dne života. Užší novorozenecké období končí 7. dnem života. Toto období je nejdramatičtějším a nejkratším obdobím v životě člověka. Je to období převratných změn, kdy se porodem zásadně mění životní podmínky jedince, do té doby plně chráněného a živěného tělem matky. Jde o dobu přizpůsobování se novému prostředí. Základní změny se týkají krevního oběhu, dýchání, příjmu potravy a zevního prostředí. (14, 44)

1.1.1 Psychomotorický vývoj

Na psychomotorický vývoj dítěte má vliv několik faktorů. Především je ovlivněn geneticky danou vrozenou dispozicí, výchovou, ale i jeho zdravotním stavem. Dětský lékař při pravidelných preventivních prohlídkách sleduje, zda vývoj dovedností a schopností dítěte je přiměřený kalendářnímu věku. Všímá si pohybů, chování, dovedností při hře. V případě nerovnoměrného vývoje nebo opoždění doporučí potřebná opatření – neurologické či jiné vyšetření, rehabilitaci. Psychomotorický vývoj zahrnuje vývoj smyslový, citový a sociální, hrubou a jemnou motoriku a vývoj řeči. Nejlepší předpoklady pro správný psychomotorický vývoj má dítě ve spořádané úplné rodině, život s pocitem bezpečí, klidu a jistoty. (40, 15, 20)

1.1.1.1 Smyslový vývoj

Novorozenec vidí již od narození, je schopen zaregistrovat předměty do vzdálenosti 20. – 30. cm, ihned rozeznává světlo a tmu. Zpočátku je dalekozraký, ještě nefixuje předměty. Může i šilhat, to je dáno nezralou koordinací oko-hybných svalů. Barva očí je závislá na množství pigmentu v duhovce, kde se barvivo ukládá postupně během prvního půlroku. Po narození mají tedy všichni novorozenci modré oči, barva se mění s přibývajícím množstvím pigmentu. Mezi třetím a čtvrtým týdnem začíná novorozenec krátkodobě fixovat předmět nebo člověka. (15, 42)

Miminko slyší od narození, v té době se ale ještě neotočí za zdrojem zvuku. Až teprve koncem prvního měsíce reaguje sluchovým soustředěním. Na silný zvukový signál reaguje pohybem celého těla nebo pláčem. Velmi příznivý je pro malé dítě hlas matky, který novorozenec brzy pozná. Novorozenec reaguje na určité vůně nebo zápachy, především na čichové podněty v souvislosti s jídlem. Zpočátku jsou vjemy slabé, ale ty se postupně rozvíjí. Chuť pro základní chuťové vjemy je vyvinuta již od narození, sladkou chuť vnímají novorozenci jako příjemnou, slanou, hořkou a kyselou jako nepříjemnou. Reakci na dotyk lze pozorovat již u novorozence. Největší citlivost mají rty, ústní sliznice, tváře, dlaně a chodidla. Citlivost na bolest, teplotu se vyvíjí postupně. (15, 42, 18)

1.1.1.2 Citový a sociální vývoj

Novorozenec má řadu automatických sociálních dovedností. Umí dát najevo své potřeby, strach, tíseň, citové rozrušení a reagovat na reakce rodičů. Zároveň se i rád chová v náručí a mazlí se, čímž si utváří citovou vazbu s rodiči a připoutává se k nim. Vytváří se tak u něho pocit bezpečí a důvěry. Novorozenec velmi záhy dovede rozlišovat předměty a osoby kolem sebe. Již kolem 2. – 6. týdne dovede dát najevo, že je mu příjemnější být s maminkou nežli s někým cizím. V období 3. – 5. týdne se začne objevovat u novorozence smích jako projev spokojenosti. V prvních týdnech života se také učí poznávat své potřeby a dávat je najevo svému okolí. Matka se zase naopak učí na tyto potřeby reagovat. Její reakce by měla být okamžitá, přesná a především láskyplná. To vše je velmi důležité pro správný duševní vývoj dítěte. (1, 35)

Základem sociálního chování je napodobování rodičů a blízkých. Skutečně první a aktivní kontakt již souvisí s kojením, kdy matka s dítětem hovoří, směje se na něj. Především kontakt s matkou se stává pro novorozence stále častěji činností aktivní. Další formou kontaktu je pláč a později i smích. Hlavním dorozumívacím prostředkem je ale pochopitelně řeč. (42, 17)

Již v novorozeneckém období se vytváří sociální vazby, na které novorozenec odpovídá tím, že vyhledává svoji tzv. hlavní osobu a na ni se potom i v budoucnosti obrací, kdykoliv potřebuje pomoc a lásku. Pro vytvoření pevné sociální vazby mezi

matkou a dítětem jsou nejdůležitější první dvě hodiny po porodu. Proto bývá dnes dítě bezprostředně po porodu položeno na prsa matky, aby se daný kontakt umožnil. Dítě se často již v tuto chvíli přisaje k prsu, což má především význam pro úspěšné kojení. (35)

1.1.1.3 Hrubá a jemná motorika

Během prvního roku života dítěte je správný a včasný rozvoj hybnosti ukazatelem psychického a tělesného zdraví. Každý nově zvládnutý pohyb je pro dítě dalším prostředkem k poznávání světa a získávání zkušeností. Duševní i tělesný vývoj postupuje od narození do jednoho roku závratným tempem. (44)

Vývoj motoriky se řídí třemi principy, první princip je cefalokaudální, kdy osifikace a vývoj svalů probíhá od hlavy směrem dolů až k prstům u nohou. Dítě se nejdříve naučí ovládat svaly, které drží hlavu a krk, poté trup a později i svaly umožňující uchopení předmětů. Jako poslední se rozvíjí svaly potřebné k chůzi. U druhého principu proximodistálního vývoj začíná v centrální části trupu a od tohoto místa postupuje dál směrem ven až ke končetinám. Dítě nejdříve ovládá hlavu a krk a teprve pak začíná uchopovat předměty pomocí palce a ukazováčku. Třetí princip je kultivační, zde vývoj svalů postupuje jak u jemné tak i hrubé motoriky od obecného ke specifickému. (1, 18)

V nejranějším dětství jsou motorické schopnosti čistě reflexivní a mizí tím, jak se u dítěte rozvíjí vědomé ovládání pohybů. Na podkladě reflexů může dítě od narození například sát, polykat, zvracet, zívát, vylučovat. U novorozence lze vidět také hledací reflex, dotkne-li se maminka okolí úst novorozence, ten následně otevře ústa, vystrčí jazyk a otočí se směrem na tu stranu, na které byl pohlazen. Dále lze spatřit chodící reflex, který je přítomný pouze u novorozenců a velmi rychle mizí. Zkouší se tak, že se dítě podrží v podpaždí, nožky se dotýkají podložky a dítě se pokouší o chůzi. Pokud se vloží dítěti do dlaně prst, pevně ho chytí, to způsobuje reflex uchopovací. Moroův reflex nastane při náhlém hluku, nečekaném dotyku, podržením podložky, dítě rozhodí paže od těla a pak je rychle vrátí k sobě před hrudník a pokrčí nohy. Tonicko šíjový reflex představuje reflex posturální. Hlava se natočí k jedné straně, paže a noha na stejné straně se natáhnou, zatímco protější paže a noha se ohnou. Této pozici se také

říká „šermířská“. Pokud se zatlačí na břicho pod palcem u nohy, dítě sevře prsty u nohou, toto je reflex Babinského. (1, 19, 17, 5)

Hrubou motorikou se označuje schopnost dítěte koordinovaně používat tělo jako celek. Systematicky se rozvíjí pohyby trupu, těla, končetin, hlavy. Zvládnutí hrubé motoriky má základní význam pro plný rozvoj dítěte. Dovednosti, které jsou zaměřeny na tuto oblast, pomohou dítěti zdokonalit koordinaci pohybů, získat sebedůvěru a prohloubit samostatnost. Aktivní pohybové činnosti vedou k lepším návykům v oblasti spánku a jídla a podněcují tělesný vývoj. Neupevní-li si dítě koordinované pohybové návyky v oblasti hrubé motoriky v rané fázi svého vývoje, v pozdějších letech pro ně bude zvládnutí těchto dovedností podstatně obtížnější. (44, 48)

Jemnou motorikou se rozumí pohyby ruky, uchopování a manipulace s drobnými předměty. Je zajišťována malými svalovými skupinami. U vývoje motoriky rukou se jedná o jemné pohyby, při kterých jde o souhru rukou a zraku. Tato schopnost umožňuje dítěti provádět přiměřený prostorový odhad a dobře koordinovat pohyby rukou v závislosti na vizuálním vyhodnocení situace. Jemná motorika je rozvíjena při pohybech dlaní a prstů. Její zvládnutí je nutným předpokladem pro úspěšné zahájení především psaní, ale i dalších manuálních aktivit. (44, 48)

1.1.1.4 Řeč

Vývoj řeči se zakládá už v prenatálním období, kdy nenarozené dítě vnímá různé zvuky, především hlas matky a otce. Díky tomu už umí novorozenec odlišit lidskou řeč od jiných zvuků. Nejdříve projde obdobím pudového žvatlání, po půlroce života začne napodobovat zvuky, které slyší. Kolem jednoho roku se objeví první slovo.

Prvním hlasovým projevem novorozence je pláč a křik, tím vyjadřuje svoji nelibost, signalizuje potřebu. Křik je současně výrazem emocionální reakce na všechny nepříjemné situace (například hlad, chlad, mokré pleny, náhlá změna polohy, silné zvukové a světelné podněty, bolesti). I když dítě ještě nemluví, učí se ovládat jazyk a rty. Pro jeho správný rozvoj řeči, rozvoj komunikace a správnou artikulaci všech hlásek má vliv především prostředí, ve kterém žije, jeho podnětná stimulace, zdravý vývoj zrakového a sluchového vnímání, nevyzrálá centrální nervová soustava, špatný řečový

vzor, intelekt dítěte, napodobovací schopnost, fyzické onemocnění či vada. (42, 27, 15, 30)

1.2 Fyziologický novorozenec

Zralý novorozenec je dítě narozené v termínu mezi 38. a 42. týdnem gestačního věku, obvyklá hmotnost je 2500 – 4200 g, délka 48 – 52 cm. Novorozenec se klasifikuje podle dvou základních parametrů, délky těhotenství a porodní hmotnosti. Podle délky gestace se dělí na novorozence předčasně narozeného, tj. nedonošeného (gestační věk pod 38 týdnů), narozeného v termínu (gestační věk mezi 38. – 42. týdnem), přenášeného (gestační věk nad 42. týden). Podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku se dělí na novorozence eutrofické (porodní hmotnost mezi 5 - 95 percentilem odpovídajícího gestačního věku), hypertrofické (porodní hmotnost nad 95. percentil odpovídajícího gestačního věku), hypotrofické (porodní hmotnost pod 5. percentilem odpovídajícího gestačního věku). (2, 14)

Donošený fyziologický novorozenec má dobře vyvinutý tukový polštář, kůže je růžová a je kryta mázkem, což je bílý sekret mazových žláz složený z tuku, mastných kyselin a oloupaných buněk epidermis. Na nose jsou patrné žlutobělavé tečky, retenční cystičky mazových žláz, na kořeni nosu, víčkách a v záhlaví jsou znatelné teleangiektázie. Na zádech mohou být zbytky jemného plodového chmýří, charakteristické pro nedonošeného novorozence, vlasy bývají jemné, nehty přesahují konce špiček prstů, jsou dobře vyvinuté prsní areoly, rýhování plosek nohou je patrné po celé ploše, ušní boltce mají dobře vyvinutou chrupavku, genitál je zralý (sestouplá varlata u chlapců, labia majora kryjí labia minora u dívek). (10, 14, 7)

1.2.1 První ošetření novorozence na porodním sále

Při prvním ošetřování novorozence se klade velký důraz na šetrné zacházení s cílem vyhýbat se zbytečným, nepříjemným a obsoletním postupům a na upevňování vztahu mezi matkou a dítětem. Úkolem zdravotnického personálu je zajistit optimální podmínky k nerušené adaptaci na nové prostředí a o včasné odhalení a léčení jejich poruch. Nerušený proces poporodní adaptace umožňuje plynulý přechod z

intrauterinního do extrauterinního prostředí. Postnatální adaptace může proběhnout v intervalu od 6 do 24 hodin. Nejdůležitější funkční změny se týkají krevního oběhu a dýchání. S prvním dechem je vytěšňována plicní tekutina vzduchem, zároveň se mění fetální typ krevního oběhu v postnatální, kdy se uzavírá foramen ovale a tepenná dučej. U většiny novorozenců má poporodní adaptace hladký průběh, může však být narušena řadou prenatalních i postnatálních faktorů. (30, 45, 18)

Při porodu fyziologického novorozence je první ošetření zcela v rukou dětské sestry nebo porodní asistentky. Po přestřížení pupečníku převezme dětská sestra novorozence od porodníka. Většinou ale porodník ještě předtím položí na chvíli zdravé děťátko matce na nahé břicho. Dotyky dítěte působí blahodárně na matku, zapomíná na bolest a únavu z porodu. Dítě slyší tlukot srdce své matky. Dětská sestra převezme novorozence v teplé pleničce a položí ho na suchou podložku vyhřátého stolu, který je speciálně konstruován pro ošetření dětí bezprostředně po porodu. Novorozenec se ošetřuje tak, aby se nevystavoval nebezpečí snížení tělesné teploty, protože správná teplota je první základní podmínkou úspěšné adaptace. Dětská sestra novorozence opatrně osuší, odstraní mokré pleny. Pokud je třeba, odsaje se z nosu a z úst. V této chvíli ještě kontroluje ošetření pupečního pahýlu svorkou nebo podvazem. Součástí ošetření po porodu je i ochrana očí dítěte, tzv. kredeizace, před bakteriální nákazou, kterou může získat z rodidel matky. Do obou očí se kápnou kapky Ophtalmo - Septonex. Někdy již v době ošetření novorozence na porodním sále odchází první stolička. Nazývá se smolka a má tmavou zelenočernou barvu. Obsahuje zbytky buněk ze spolykané plodové vody a střevní sekret nahromaděný v těle dítěte v průběhu těhotenství. Dětská sestra dítě zvaží a označí, to musí být jako prevence záměny dítěte co nejspolehlivější. V některých porodnicích dnes měří až při propouštění. Pokud to stav dítěte i matky dovolí, novorozenec se poprvé přiloží k prsu.

První přiložení je velice důležité pro budoucí správnou tvorbu mléka a dlouhodobé bezproblémové kojení. Zdravého novorozence sestra přikládá k prsu v prvních 30 minutách po porodu. Organismus matky reaguje v této době velmi intenzivně na stimulaci prsu sáním dítěte. Vzestup hladiny obou základních hormonů,

na nichž závisí uvolňování a tvorba mléka, prolaktinu a oxytocinu, je po prvním přiložení do 2 hodin po porodu mnohonásobně vyšší než po přiložení k prsu později.

(14, 29, 19, 2, 26, 43, 8, 46)

Dětská sestra nebo dětský lékař na porodním sále hodnotí zdravotní stav narozeného dítěte díky svým klinickým zkušenostem a prostřednictvím bodovacího Apgar-skóre. Hodnotí se počet srdečních tepů, dýchání, napětí svalů, odpověď na podráždění, barva kůže. Stav dítěte se hodnotí v první, páté a desáté minutě po porodu, body od nuly do dvou. (18, 19)

1.2.2 Vyšetření novorozence

V krátké době po porodu by měl být novorozenec vyšetřen dětským lékařem. Při vyšetření lékař mimo jiné hodnotí zralost novorozence, stav výživy, svalové napětí, způsob jeho adaptace mimo matčino lůžko, poslouchá a hodnotí dýchání a srdeční činnost, všímá si napětí kůže a znamének na kůži, shledává případné vývojové odchylky. Nezbytnou součástí prvního vyšetření je i zhodnocení anamnestických údajů. Z diagnostického závěru se pak vychází pro určení typu další péče buď na úseku pro fyziologické novorozence nebo případně na pracovišti pro intermediární nebo intenzivní péči. (6)

Kůže novorozence je zarudlá a postupně, jak zarudnutí mizí, se olupuje v drobných šupinách. Poporodní otok na temeni, tzv. porodní nádor, je způsoben průchodem hlavičky porodními cestami a během několika hodin začíná mizet. Podobně může tlakem na hlavičku při porodu vzniknout tzv. kefalhematom. Je to podkožní modřina, která se ale hojí o poznání déle. Drobné fialové skvrnky na kořeni nosu, na víčkách, v zátylku, se odborně nazývají teleangiiektázie. Mívá je téměř každý novorozenec. V průběhu kojeneckého věku postupně mizí. Někdy se na kůži novorozence objevují drobné plastické červené skvrnky, odborně se nazývají hemangiomy, které obsahují klubíčka cév. Mají většinou rovněž tendenci k samovolnému zmenšení a ústupu v kojeneckém a především v batolecím věku. V místech budoucího srůstu kostí lebky nahmatáme u novorozence dvě fontanely, které se postupně uzavírají. Větší z nich, na temeni ve střední čáře, zůstává hmatná až do 1,5

roku. Na špičce nosu bývá pravidelně drobná krupička z ucpaných mazových žlázek. Tato bělavá zrnka se nazývají milia. Zvolna se sama ztratí.

Při obtížnějším vybavení dítěte může při porodu dojít k nalomení nebo dokonce zlomení klíční kosti. Pro matku to většinou znamená jen opatrně zacházet s ručkou dítěte na postižené straně. V prvním týdnu se dítě se zlomeným klíčkem nepokládá na břicho. Poranění se velice rychle hojí.

Novorozenec může ve spánku lehce nepravidelně dýchat, je to normální jev. Stejně tak tlukot srdce novorozence je rychlejší než dospělého člověka. Normální počet tepů novorozence je kolem 120 za minutu. Přejídná nezralost hrtanových chrupavek způsobuje někdy u novorozence pískavý nádech. Vlivem poporodní hormonální reakce bývají prsa novorozence zduřelá. U děvčátek způsobuje hormonální reakce hlenový výtok z pochvy, někdy i mírné krvácení, které se podobá menstruačnímu. Tyto reakce během následujících měsíců po porodu vymizí.

Svaly stěny břišní sílí a postupně vyžívají, jak dítě roste. Slabý svalový prstenec kolem pupku může být příčinou pupeční kýly. V třísech zvláště u nedonošeného dítěte může být vyklenutí způsobené tříselnou kýlou. Trvale vyklenutá kýla dítěti vadí a mohla by způsobit závažné komplikace. Musí se proto v takovém případě chirurgicky odstranit. Varlátko u donošeného novorozence jsou uložena v šourku. Někdy jsou ale hmatná v tříse. Sestup varlátek do šourku může pokračovat ještě v kojeneckém věku. Velké stydké pysky u donošené holčičky překrývají malé. Vlivem zduření přirození po porodu někdy ani u donošené holčičky nekryjí zcela velké pysky malé. (10, 29, 19, 18)

1.3 Rooming in

První praktické zkušenosti a základní poznatky si maminky přináší z porodnice. Z velké části je to díky stále více užívanému roomingu in, tj. umístění matky a dítěte v bezprostřední blízkosti na jednom pokoji nepřetržitě ve dne i v noci. Toto umístění má blahodárny vliv na stimulaci duševního vývoje dítěte, hlavně citové oblasti. Vytváří se pevný svazek mezi matkou a dítětem, který má pozitivní vliv nejen na oba, ale i na celou rodinu. Nejdokonalejší interakcí mezi matkou a dítětem je kojení. Matka může

své dítě přikládat k prsu podle chuti a požadavku dítěte, čímž podporuje tvorbu mléka. Další výhodou rooming in je, že se matka naučí ošetřovat své dítě, naučí se porozumět jeho projevům. Za pomoci dětských sester své dítě nejen kojí, ale i ošetřuje. Proto pro ni není zvláště v prvních dnech přechod z porodnice domů stresový, protože v porodnici se naučila ovládat péči o své dítě. Díky společnému pobytu matky s dítětem také dochází ke sníženému výskytu nozokomiálních infekcí. Z toho vyplývá, že rooming in přináší výhody velmi cenné. (36, 37)

1.4 Ošetrovatelská péče na novorozeneckém oddělení

V prvních dnech společného života je nejenom pro matku, ale i pro novorozence všechno nové. Učí se být spolu, ale zcela jinak než doposud, učí se navzájem si rozumět a vyhovět jeden druhému. Vytvářejí mezi sebou pouto čistě biologické. Pokud je maminka po porodu denně celých čtyřadvacet hodin schopna se o svého novorozence starat sama, může si ho ponechat u sebe, nebo může mít dítě u sebe jen přes den, aby si v noci mohla pořádně odpočinout. Samozřejmě stálá blízkost matky přispívá k dobrému vývoji dítěte. Maminka si za pomoci dětských sester osvojuje základní návyky a pravidla, například správnou techniku kojení, učí se o své dítě pečovat, rozlišovat mezi pláčem hladového a pláčem nespokojeného miminka. Zároveň pak při každodenní vizitě dohlíží na jeho zdravotní stav dětský lékař, který si všímá, zda poporodní adaptace probíhá bez komplikací. (21, 15)

1.4.1 Udržování tělesné teploty

Teplo je pro novorozence velice důležité, protože nachází-li se v teplém prostředí, nemusí vynakládat tolik energie na udržení tělesné teploty. Naopak v případě, kdy se jeho prostředí ochladí, musí vynakládat energii na tvorbu tepla místo, aby ji využil k činnostem spojeným s růstem. Z toho vyplývá, že tepelná regulace novorozence je velice nestabilní, tzn. nemá dostatečně vyvinutý mechanismus pro regulaci tělesné teploty. Zároveň také nemá úplně dokončen vývoj krevního oběhu, a tak, i když usměrňuje teplotu těla, jeho ruce a nohy mohou prochladnout. Tělesná

teplota po porodu klesne a po několika hodinách opět stoupne na teplotu v rozmezí 36,6 – 37,2 °C.

Tělesnou teplotu především ovlivňujeme pokojovou teplotou a také množstvím oblečení, které má novorozenec na sobě. Schopnost udržet tělesnou teplotu a uchovat tak část energie pro tvorbu tepla se zlepšuje s váhou a věkem dítěte. (19, 7, 21, 18)

1.4.2 Přebalování, prevence opruzenin

Ke spokojenosti dítěte přispívá i časté přebalování, aby pokožka nebyla ve vlhku nebo v dlouhém kontaktu se stolicí, což může způsobit nepříjemné opruzeniny, popřípadě až infekci v okolí konečníku a genitálií. Velmi záleží na dětské sestře, ta musí mamince vše důkladně ukázat, vysvětlit a poučit ji o správném přebalování. Od dětské sestry maminka může také získat poznatek, že i výměna plenky nemusí být vždy jen nudnou rutinnou, ale že mohou oba zažít spoustu radostných chvil tím, že dítě rozptýlí zábavou a bude na celou věc nahlížet jako na chvíle fyzické blízkosti. Dobré je přizpůsobit přebalování potřebám dítěte, což znamená, že se pleny zkontrolují například pokud je dítě neklidné, zohlední se jeho doba spánku a jídla. Pokud má novorozenec problémy s ublinkáváním, je vhodné ho přebalit před jídlem. (10, 15)

Při výměně plenky je nejdůležitější mít vždy všechny potřebné věci připravené dopředu a v dosahu. Při vlastním přebalování se nejprve jednou rukou uchopí obě nožičky novorozence za kotníky, přičemž jeden náš prst spočívá mezi jeho patami. Jako první krok se očistí pokožka od moče nebo zbytků stolice. Dnes se doporučuje k čištění pokožky použít dětské textilní ubrousky, případně omýt vodou a dětským mýdlem. Při čištění genitálu u děvčátek se postupuje vždy směrem zepředu dozadu, aby se choroboplodné zárodky nedostaly do pochvy, nesmí se zapomenout očistit třísla. U chlapečka se očistí kromě konečníku, genitálu i všechny kožní záhyby pod plenami včetně záhybů pod šourkem a pokožka pod penisem. Pokožka se netře, ale do sucha vysuší. Než se novorozenec zabalí, je vhodné namazat kůži speciálním krémem proti opruzeninám. Je nutné přebalovat co nejčastěji, hlavně v novorozeneckém věku, kdy dítě močí a má stoličku velmi často. Pokožka pod plenkami je velice citlivá a náchylná k jakémukoliv podráždění, na které velmi rychle reaguje opruzeninami. Od nich je

bohužel jen krůček k různým kožním infekcím. Je také velice důležité používat správnou velikost plen odpovídající věku a velikosti dítěte tak, aby nebyly příliš těsné nebo naopak aby dítěti samovolně nesjížděly. Plenka má mezi nožičkami tvořit dostatek místa pro absorpci moče a stolice. Pokud to jde, tak se nechává pokožka novorozence co nejčastěji větrat. Čím méně se pokožka dostane do kontaktu s vlhkostí, tím menší je riziko další infekce. (15, 10, 7, 37)

1.4.3 Koupání

Předpokladem pro zdravý vývoj dítěte je i mimo jiné dodržování hlavních zásad hygieny. Nelze pochybovat o tom, že hygienické návyky, které získá dítě již v nejtělejší věku, s ním půjdou prakticky celý život. První koupání novorozence dělá matka provádí obvykle dětská sestra za asistence matky. Sestra si připraví všechny potřebné pomůcky v dosahu a vše mamince ukáže a podrobně vysvětlí. Místnost by měla mít teplotu v rozmezí 24 – 26°C. Dítě se nejprve svlékne, následně nahé zváží (každodenní váha je důležitá pro zjištění váhového nárůstu nebo úbytku, jenž může činit po porodu až 10% porodní váhy). Změří se TT v konečnicku (konec teploměru natřeme tělovým krémem pro jeho šetrnější zavedení). V konečnicku je teplota vždy o 0,5°C vyšší, proto je fyziologická teplota novorozence kolem 36,5 – 37,5 °C. (37, 7, 3)

V prvních měsících se může koupat v malé vaničce nebo pomocí Tummy tub, to je kyblík speciálního tvaru. Výhodou Tummy tub je, že voda v něm chladne pomaleji. Tummy tub má mít hladký široký okraj, aby usnadnil matce manipulaci s dítětem a zároveň, aby se dítě o ostré okraje neporanilo. Voda ve vaničce má mít teplotu cca 37°C. Teplota se měří speciálním kojeneckým teploměrem nebo se vyzkouší ponořením spodní části svého předloktí, kdy voda nesmí ani studit, ani pálit. Před koupelí je vhodné dítěti v případě potřeby očistit zadeček. Při koupání je velmi vhodné použít praktické lehátko, na které se dítě položí. Lehátko umožní, aby dítě mělo hlavičku bezpečně nad vodou. Bez pomoci lehátka se musí dítěti při koupání jednou rukou podpírat nejenom záda, ale především hlavička. (3, 5, 37) (příloha 4)

Při mytí se vždy postupuje od hlavičky, což znamená, že se nejprve omyje vodou miminku jemně obličej. Pak se pokračuje vlasovou částí tak, že se vlásky trochu

navlhčí a umyjí mýdlem nebo malým množstvím šamponu. Potom se dítěti nakloní hlavička mírně dozadu a pomalu se polévají vlásky čistou vodou tak, aby se mu šampon nebo mýdlo nedostaly do očí. Při mytí hlavičky se nesmí zapomenout i na místa za ušními boltci a pod krčkem. Dále se pokračuje lehce namydlenou žínkou nebo rukou omytím tělíčka. Nakonec se pečlivě umyjí místa, která jsou po celý den v plence. Ke koupání je vhodné použít různé zvláčňující či bylinkové koupele z široké nabídky dětské kosmetiky, které plně nahradí mýdlo. (37, 7, 10, 4)

Platí zásada, že doba koupání je úměrná věku dítěte. Čím je dítě mladší, tím kratší má být doba koupání, aby voda nedráždila jeho citlivou kůži. Obvykle se doporučuje délka koupání v rozmezí 4 – 5 minut. Podle nejnovějších poznatků se dítě nemusí koupat každý den, méně časté koupání je šetrnější pro jeho kůži. Zcela jistě postačí 1 – 3x týdně. Po vykoupání se dítě uloží na suchou a teplou osušku a jemně a citlivě osuší. Uši a nos se nečistí každý den. Stačí jen lehce otřít okrajové části ušních boltců. Zadeček se ošetří masťou nebo pastou, stejně jako po každém přebalování, aby se vazká smolka nelepila na kůži. (37, 4)

1.4.4 Péče o pokožku, nehty

Je málo ošetrovatelských činností, které se na první pohled zdají tak jednoduché a samozřejmé, jako je ošetřování kůže novorozenců. Kůže novorozence není zcela plnohodnotná z hlediska své stavby a na rozdíl od kůže dospělých je i méně odolná vůči zevním vlivům. Je to způsobeno nedokonalým ochranným kožním pláštěm, který umožňuje snadnější průnik látek kůží. Záleží na dětských sestřách, aby vhodnou edukační formou dostaly do podvědomí maminek zásady, které se týkají pravidel ošetřování kůže novorozence. Je prokázáno, že každodenní koupel novorozence není nutná, ale je třeba také říci, že dodržováním zásady krátkodobé koupele nepřesahující 10 minut a používáním vhodné kosmetiky lze zabránit nadměrnému vysušování kůže. Nelze ani pominout fakt, že koupel vedle kojení představuje láskyplnou a přirozenou formu kontaktu matky a novorozence. Při volbě kosmetiky by maminka měla dát přednost kosmetice dětské s obsahem lanolinu nebo glycerinu, která zabraňuje nadměrnému vysušování kůže. Neměla by používat antiseptická mýdla, která zasahují

do přirozeného bakteriálního osídlení kůže. S otázkou koupele je spojen i obsah flóry ve vodě, což také zapříčiňuje nadměrné vysoušení. Existuje celá řada přísad do koupele, ale i zde je lepší volit podle jejich složení. V péči o kůži je důležité i praní a máchání prádla, maminka by měla používat prací prášky určené pro děti a hlavně je důležité řádné máchání prádla, aby v oblečení nezůstávaly zbytky saponátů. Maminka dítě zbytečně nevystavuje kontaktu s okolními dráždidly, aby nedošlo k podráždění kůže. (15, 38)

Další nejčastější otázkou, která maminky velice zajímá, je péče o nehty novorozence. Pokud nehty přesahují okraje nehtového lůžka, je to jedna ze známek zralosti novorozence. I když jsou tenké a velmi jemné, děti se jimi snadno, hlavně v obličeji, poraní. Hlavním důvodem, proč se v porodnici nehtíčky novorozence nemají zkracovat je častější výskyt infekce nehtového lůžka, která v domácích podmínkách vzniká pouze zřídka. Přesto i doma při prvním stříhání se doporučuje držet se určitých zásad. Maminka by měla použít nové nůžky, které by měly patřit pouze miminku. Nehty se stříhají, když je dítě v klidu, nejlépe najedené. Nehet na prstech nohy se stříhá vždy rovně, na prstech ruky nejprve také rovně, u kojenců a batolat postupně do obloučku. (15, 37)

1.4.5 Péče o pupeční pahýl

Pupeční pahýl, ošetřený po porodu svorkou nebo tkanicí rychle zasychá a podle zvyklostí každé porodnice se zhruba 3 den bezbolestně odstraní. Ošetřování jizvy po pupečním pahýlu je jednoduché a spočívá v šetrném čištění dezinfekčním prostředkem jednou denně po koupání. V prvních dnech se při koupání doporučuje nezahojenou jizvu nevystavovat příliš vlivům vody, aby se mohla snadno a rychle hojit. Dokud se pupeční jizva nezahojí, je totiž stále možnou branou vstupu infekce. Někdy se vyskytne malé zarudnutí nebo vlhnutí okolí pupeční jizvy. Při správném ošetřování jde v naprosté většině případů o reakci okolní tkáně na hojení. Občasné drobné krvácení z jizvy, které se samo zastaví, rovněž není neobvyklé. Hojení jizvy pak ale většinou trvá déle. (10, 21)

1.4.6 Vážení

Ztráta 5 – 10% porodní hmotnosti během tří dnů života je považována za zcela normální a je běžná u všech novorozenců. Tento hmotnostní úbytek je způsoben odchodem smolky, moči, zaschnutím pupečního pahýlu, ale hlavně ztrátou tělesné vody. Pak se pokles na jeden až dva dny zastaví a poté se váhová křivka obrátí vzhůru. Se změnami ve složení a obsahu vody ve tkáních novorozence jde obvykle ruku v ruce zvyšování množství vytvořeného a vypitého mléka. (10, 18, 9, 21)

Dle zvyklostí porodnice se provádí každodenní večerní vážení novorozence, aby se zjistilo, jaký úbytek novorozenec má. Také se většinou třetí den po porodu zkouší vážit i kojení, aby se zjistilo, kolik toho novorozenec vypije, zda se mamince začíná již tvořit mléko. Maminka je poučena dětskou sestrou o způsobu vážení. Maminka si své miminko přebalí, oblékne a buď si ho s postýlkou dojede na novorozenecký box zvážit nebo si ho může sama zvážit na pokoji po předešlém poučení. Poté novorozence nakojí a znovu ho zváží po kojení.

1.4.7 Močení, stolice

Většina novorozenců se vymočí do 24 hodin. Zpočátku je moče velmi málo, je hustší a výrazně barevnější. S přibýváním množství vypitého mléka se následně mění i barva moči ve vodovou, tzn. je světlá, bez zápachu. V tomto období močí novorozenec častěji, protože má malý obsah močového měchýře. Během 2. nebo 3. dne se mohou na plenách objevit oranžové skvrnky urátových krystalů. Taková situace maminku často vyděsí, neboť se domnívá, že se jedná o krvácení. Jedná se ovšem o zcela fyziologický jev vznikající při zvýšeném vylučování urátů. (38, 37, 10)

První stolička novorozence je označována jako smolka, má černou barvu a je vazké konzistence. Měla by odejít během prvních 48 hodin po narození. Tak jak dítě začíná pít větší množství mléka, začíná se smolka měnit v přechodnou stoličku (zelenočerná až žlutozelená, kysele páchnoucí) a následně v mléčnou stoličku (žlutá, kašovitá). (9, 8, 7)

1.4.8 Spánek

Zdravý novorozenec prospívá většinou až 20 hodin denně, někdy však bdí s otevřenými očima, jindy jej ze spánku vyrušujeme svou péčí. Je třeba si uvědomit, že rytmus spánku se u kojence vyvíjí postupně, proto se také spánek dítěte v prvních týdnech života velmi liší od spánku dospělých. Novorozenec má spánek rozdělen do více etap, které jsou podmíněny jeho pocitem hladu a asi 60% jeho spánku tvoří neklidný spánek, takže se častěji než dospělí dostávají do stavu bdění nebo úplného probuzení. Potřeba spánku během dne se každý měsíc zkracuje, takže ve druhém měsíci spí dítě již jen asi 16 - 18 hodin denně, ve dne bdí častěji, v noci se budí na krmení, začíná se výrazněji oddělovat jeho denní a noční spánek. (12, 15, 18)

Na spaní je optimální teplota v místnosti v rozmezí 17 - 18°C, oblečení novorozence nemá být příliš teplé, jako přikrývku je lepší volit lehkou deku nebo jen spací pytel v návaznosti na roční období. Novorozence by neměl spát v poloze na bříšku, protože se zvyšuje riziko vdechnutí odřihnutého obsahu žaludku či vzniku syndromu náhlého úmrtí. Nejvhodnější je poloha na zádech, protože novorozenec má vždy hlavičku otočenou k jedné straně, poloha na boku také není vhodná, protože se může snadno převrátit. Novorozenec se při usínání neruší světlem ani hlukem. (32)

1.4.9 Zvedání, pokládání, chování novorozence

V péči o novorozence je důležité i přiměřené zacházení s ním, které má velký vliv na správné zapojení a posílení břišního i zádového svalstva, které zajišťuje zdravé postavení páteře, dobrou funkci vnitřních orgánů i spolupráci pánve a ramen při vzpřimování. Také podmíní rozvoj rovnováhy, orientační dovednosti a koordinaci pohybů dítěte. Na dětských sestrách je, aby maminkám ukázaly, jak správně manipulovat s novorozencem. Polohy mají respektovat vývoj dovedností a měly by novorozenci přinášet pocit bezpečí a klidu. Při změnách poloh se využívá především techniky, kdy se novorozenec drží jednou rukou pod temenem hlavičky a druhou pod zadečkem. Při zaujímání poloh maminka dbá na potřeby novorozence, jako je pocit bezpečí, jistoty, klidu a tepla. Při chování novorozence v náruči, kolébání v kočárku se neprovádějí jakéhokoliv přehnaně rychlé pohyby. Dochází tak k návykovému dráždění

nervového systému, dítě si pak toto akční nošení, houpání a natřásání neustále vyžaduje, neumí spát v klidu a tím si aktivně odpočinout. (8, 12)

Maminka by měla vždy přistupovat k novorozenci pomalu a potichu. Než se ho dotkne, oznámí mu svoji přítomnost hlasem nebo s ním naváže oční kontakt. Při manipulaci dbá vždy na zvýšenou opatrnost, protože novorozenec není schopen si udržet svoji hlavičku. Musí mu ji podržet a dopřát mu pocit jistoty a bezpečí. Novorozence zvedá tak, že podsune jednu ruku pod krk a hlavu a druhou pod zadeček, pak ho teprve opatrně zvedne směrem k sobě. Pokud chce novorozence přenést z místa na místo, tak ho drží buď v ohybu jedné paže a volnou paží podpírá záda a hýždě, nebo si ho opře o hrudník, tak že jeho hlavička je na jejím rameni, a volnou rukou mu přidržuje záda a hlavu. V novorozeneckém věku se také doporučuje relaxační poloha „chování v klubíčku“, která napodobuje polohu dítěte před porodem. Novorozence si maminka opře bokem o svou hrud', hlavičku má položenou v loketním ohbí, při vysoce zdviženém lokti. Rukou, v jejímž ohbí leží hlavička, podpírá lehce ohnutá stehýnka dítěte. Druhou rukou podloží jeho zádička. Novorozenec se v této poloze cítí bezpečně, vidí na maminku. (9, 7, 5, 47) (příloha 5)

1.4.10 Screening

Během pobytu v porodnici je novorozenec podroben základním screeningovým vyšetřením. Již při odebrání anamnézy s rodičkou se pediatr cíleně ptá na výskyt vrozených vývojových vad v rodině. V rámci prvního vyšetření novorozence pediatrem jsou odhaleny zevně patrné vrozené vývojové vady (např. rozštěp rtu, defekty páteře a další). Při rektálním měření tělesné teploty je vyloučena atrezie anu. Pediatr se také zaměřuje na vyšetření bilaterální pulzace na femorálních artériích v rámci screeningu koarktace aorty. Orientačně se provádí také vyšetření zraku, sluchu a základní neurologické vyšetření. V České republice se dále provádí screening některých vrozených metabolických vad. Slouží k tomu odběr několika kapek kapilární krve z patičky novorozence. U všech novorozenců se ze vzorku krve provádí vyšetření fenylketonurie a kongenitální hypothyreózy. Většinou ještě v porodnici vyšetřuje novorozence ortoped. Ten hodnotí postavení stehenní kosti v kyčelním kloubu a

utváření jamky kyčelního kloubu. Další kontrola bývá ve 3 nebo v 6 týdnech věku dítěte a ve třech měsících, provádí se ultrazvukové vyšetření. Ortoped také posoudí postavení nožičky v kotníku. Před propuštěním z porodnice se ještě novorozenec očkuje do levého ramene proti tuberkulóze. Kde postupně během několika týdnů vznikne fialová jizvička. Někdy se může vytvořit hnisavá čepička, je důležité upozornit maminku, aby ji nemačkala. Samozřejmě, že hojení pak probíhá déle. Teplota jako reakce u tohoto očkování nebývá. (10, 9, 8, 6)

1.4.11 Pobyť venku, oblékání

Pobyť venku je zpestřením v životě dítěte i rodičů. Zpočátku novorozenec, který je jízdou v kočárku houpán podobně jako v době těhotenství u maminky v děloze, venku sladce spinká. Později se pro něho stává venkovní prostředí zdrojem poznání a stimulů k rozvoji osobnosti. Novorozence maminka obléká podle svého oblečení, a to tak, aby se v létě nepřehříval a v zimě nebyl podchlazený. Měla by raději dávat přednost oblečení z přírodních materiálů, které dětskou pokožku nedráždí. Kromě materiálu by se měla zaměřit i na střih, který jí může umožnit lepší péči o dítě. Svou nezanedbatelnou úlohu má samozřejmě i čepička. V létě chrání před sluncem, v zimě před větrem a chladem. Příliš silný mráz by mohl novorozenci uškodit, protože ještě nemá dostatečně vyvinutou schopnost termoregulace. Silný vítr a vlhko působení chladu umocňují. Pokožka má v zimě kvůli povětrnostním vlivům velký sklon k přesušení a popraskání. Proto se používají ochranné krémy určené pro zimní období, které zesilují bariérovou funkci kůže. Maminky by si měly dát pozor na hydratační krémy s vysokým obsahem vody, ty totiž mohou v mrazu způsobit dokonce omrzliny. Podobné nebezpečí jako v zimě hrozí novorozenci i v létě, kvůli špatné termoregulaci má sklon k přehřátí. Děti do jednoho roku se proto nevystavují přímému slunci a hlavně by měly mít zajištěný dostatečný přívod tekutin. V poledních hodinách by měla maminka raději s novorozencem zůstat doma. (10, 15, 7, 37)

1.5 Kojení

Jednou ze základních potřeb dítěte je správná výživa, která je v prvních měsících života dítěte důležitá, protože mozek prodělává rychlý vývoj, stoupá spotřeba energie s tím, jak dítě rychle roste. Výživa tedy musí zajistit všechny základní složky potravy a energetickou potřebu, ale nesmí přetěžovat zažívací trakt a nesmí obsahovat patogenní mikroorganismy, chemické ani jiné škodlivé látky. Tyto požadavky splňuje pouze přirozená výživa – mateřské mléko. Mateřské mléko, které se doporučuje jako jediná výživa až do šesti měsíců věku kojence, pro tuto dobu zabezpečuje ideální vyváženost, kvalitu a toleranci živin k somatickému i psychickému vývoji dítěte. S výjimkou vitamínu D a dle současných doporučení i vitamínu K není u plně kojeného dítěte nutné dodávat jiný druh výživy v prvních šesti měsících života. Mateřské mléko obsahuje obranné látky, které dítě chrání před alergiemi a infekcemi. Kojením se také vyloučí možnost přenosu infekce, protože se tento způsob výživy nemusí žádným způsobem připravovat. Kojení dítěte je láskyplný prožitek podávání potravy dítěti, který posílí pouto mezi matkou a dítětem. (19, 42, 8, 33)

Mateřské mléko je sterilní, má vždy optimální teplotu, je k dispozici v každém okamžiku bez jakékoliv přípravy a hlavně je ekonomicky nenáročné. Mateřské mléko se tvoří v posledních týdnech před porodem a v prvních dnech po něm. Počáteční mléko (tzv. kolostrum - mlezivo) se liší svým složením od zralého mléka, produkovaného od 2. týdne po porodu. Kolostrum je lehce stravitelné, kaloricky vydatné, s vyšším obsahem bílkovin, vitamínů a ochranných látek. Je pro dítě zvláště významné v prvních dnech života, kdy se příchodem na svět dostává do kontaktu se zevním prostředím. Po dvou až třech dnech se kolostrum postupně mění na tzv. přechodné mléko, které je řidší a bělejší než kolostrum, je směsí kolostra a zralého mléka. Mateřské mléko obsahuje další bílkoviny (laktalbumin a kasein), které způsobují lehčí stravitelnost oproti kravskému mléku. Zralé mateřské mléko svým složením plně odpovídá požadavkům dítěte. Skládá se z předního a zadního mléka. Přední mléko je řídké a vodnaté, méně kaloricky vydatné, protože má méně tuku, je na žížeň. Zadní mléko je bohaté na tuky, je vydatným zdrojem energie a dalších živin. Bílkoviny jsou dobře stravitelné a vstřebatelné. Zralé mléko obsahuje více tuku a v tucích rozpustné vitamíny, více laktózy

a některé stopové prvky. Vitamíny jsou obsaženy jak v kolostru, tak v mateřském mléku. Vitamin K obsažený nejvíce v kolostru potřebuje novorozenec po porodu, protože zabraňuje vzniku krvácivé nemoci novorozenců. Složení mateřského mléka a jeho proměnlivost, která se přizpůsobí potřebám dítěte je nejdokonalejším způsobem zabezpečení potřeb dítěte. Žádná náhražka mateřského mléka nedokáže složení a proměnlivost mateřského mléka nahradit. (8, 33, 37, 5, 11, 34)

Začít s kojením by měla každá maminka nejlépe již do půl hodiny po porodu. Nejideálnější je hned po porodu na porodním sále. Hledací a sací reflexy dítěte jsou v této době obzvlášť silné a sekrece hormonů oxytocinu a prolaktinu je největší. Podle zdravotního stavu matky nebo dítěte se dětské sestry snaží, aby měla každá maminka dítě stále u sebe (rooming in), což zabezpečuje mimo jiné i kojení dle potřeb dítěte, bez omezení délky a frekvence. Pokud je to možné, novorozenec nedostává během pobytu v porodnici žádnou jinou stravu než mateřské mléko. Každá maminka úzkostlivě dodržuje hygienické návyky, aby nedošlo k zavlečení infekce do prsou a následným nepříjemným komplikacím. Také dodržování správné životosprávy je neméně důležité. Ideální je lehká, dobře stravitelná výživa s vitamíny a minerály a dostatečné množství tekutin. A hlavně udržení klidu, pohody, veliké trpělivosti. Velmi důležitá je i podpora všech blízkých a zúčastněných kolem sebe. (33)

Základem kojení je tak zvaných deset kroků k podpoře kojení. Požadavkem pro udělení statutu Baby-Friendly Hospital, který znamená, že nemocnice je přátelsky nakloněna nejen dítěti, ale i matce a kojení, je zavést do praxe těchto deset kroků. Každé zdravotnické zařízení, které poskytuje péči matkám a novorozencům, má mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, pravidelně školit zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie. Má informovat všechny těhotné o výhodách a technice kojení a hlavně umožnit všem matkám kojení do půl hodiny po porodu. Dětské sestry mají maminkám ukázat způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou od svých dětí odděleny. Na novorozeneckém oddělení se nepodává novorozencům jiná výživa kromě mateřského mléka a praktikuje se zde systém rooming-in. Podporuje se zde kojení podle potřeby dítěte, nepodávají se dětem

šidítka a je zde snaha o povzbuzování zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení. (13, 41) (příloha 2)

1.5.1 Výhody kojení

Kojení dítěte přináší řadu nenahraditelných výhod dítěti, matce i celé rodině. Jedná se o výhody zdravotní, výživové, imunologické, psychologické, ale i sociální a ekonomické. Mateřské mléko je ideální výživa pro dítě, protože jeho složení se mění v průběhu jednoho kojení i během celého období, kdy je dítě kojeno. To znamená, že se přizpůsobuje okamžitým výživovým potřebám dítěte, což je důležité pro jeho zdravý růst a tělesný vývoj. Chrání dítě proti infekcím dýchacích cest, zánětu středouší a i před průjmy, protože v mateřském mléce je obsažena celá řada protilátek, které ničí bakterie nebo zpomalují jejich růst. Snižuje riziko výskytu cukrovky, alergie, obezity, anémie. Kojené děti mívají v dospělosti a stáří silnější kosti. Mateřské mléko také chrání dítě před vznikem neinfekčních onemocnění např. alergiemi, protože výlučně kojené dítě nedostává možné alergeny v potravě (např. v ovocných šťávách). Železo z mateřského mléka je dítětem velmi dobře využíváno, což u dětí výhradně kojených brání vzniku chudokrevnosti. Kojení působí kladně i na psychický a citový vývoj dítěte. Tělesným kontaktem matky a dítěte po porodu se mezi nimi vytváří pevné citové pouto a čím dříve a častěji je dítě přiloženo k prsu, tím je tato vazba silnější. To je velmi důležité pro další duševní i sociální vývoj dítěte. Výživa mateřským mlékem má dobrý vliv i na vývoj mozku a jeho funkcí. (8, 9, 41)

Pro matku je kojení výhodné tím, že se děloha po porodu rychleji vrací do původního stavu. Jsou menší poporodní ztráty krve, a proto i menší výskyt chudokrevnosti. Kojení chrání ženu před rakovinou prsu i vaječnicků a podporuje citové vazby mezi matkou a dítětem. Úspěšné kojení dodává matce pocit uspokojení a sebedůvěry a mnoho radostných a příjemných prožitků. Psychická pohoda matky přispívá i k jejímu duševnímu zdraví. Důvěrný vztah mezi matkou a dítětem většinou kladně ovlivňuje i jejich vzájemné vztahy v budoucnu. Navíc je to levnější forma výživy než umělá a také pohodlnější na přípravu, uskladňování, cestování. (9)

1.5.2 Technika kojení

Technika kojení je jedním z předpokladů úspěšného kojení. Většina neúspěchů při kojení je totiž spojena právě s nesprávnou technikou. Technika vyžaduje správnou polohu a přisátí se správným sáním. Dětské sestry maminkám musí vysvětlit vše ohledně kojení, protože mnoho maminek se s kojením setkává poprvé. Upozorní je mimo jiné na správné držení prsu, že se prsty nesmí dotýkat dvorce. Prs se podepírá zesponu všemi prsty kromě palce ve tvaru písmene C. Palec maminka přiloží vysoko nad dvorec. Tlak palce na prsní tkáň tak umožní napřímení bradavky. (13, 8, 25)

Svou úlohu zde hraje i správná technika přisátí. Dítě musí být vždy v úrovni bradavky, drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex. Široce otevřená ústa dítěte jako při zívání jsou správnou odpovědí dítěte na tento podnět. Prs matka musí dítěti nabídnout tak, aby uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce, hlavně pod bradavkou. Všechny její prsty kromě palce by měly být pod prsem. Brada a nos dítěte se musí dotýkat prsu. Dítě ve správné poloze může volně dýchat. Většina dvorce je v ústech dítěte, více dvorce je vidět nad ústy než pod nimi. Dolní ret je ohrnut ven. Jazyk přesahuje dolní ret. Tváře dítěte nevpadávají dovnitř. Tkáň prsu se před ústy nepohybuje. Při sání se pohybují spánky a uši dítěte. (28, 13)

Je důležité kontrolovat i správnou techniku sání. Jazyk dítěte přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy. Jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem. Dásně stlačují dvorec, bradavka se protahuje směrem k zadní části ústní dutiny. Tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce. Vlnovitý pohyb jazyka odpředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte. Tlakem jazyka o tvrdé patro se mléčné sinusy vyprazdňují a vtlačené mléko pak dítě polkne. (28, 25)

Důležitá je i správná vzájemná poloha matky a dítěte. Dětská sestra pomůže mamince najít polohu, která je pro ni i pro dítě nejvhodnější. Je možné kojit vsedě nebo vleže. Dítě přikládá k prsu, nikoliv prs k dítěti. Nepřikládá k prsu dítě, když křičí. Jazyk je při křiku umístěn nahoře a dítě proto nemůže uchopit bradavku. Při kojení dítě leží na boku; obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k tělu matky. Ucho, ramena a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Maminka se zbytečně nedotýká hlavičky ani tváře dítěte, protože dochází k matení sacího reflexu. Pokud se dotýká hlavičky, prsty nesmí

přesáhnout spojnicí ušní linie. Mezi ní a dítětem nesmí být žádná překážka. Pokud je matka uvolněná a zvolí správnou polohu, nemělo by jí při kojení nic bolet. (25, 28, 8, 31)

1.5.3 Polohy

Pro správné kojení je vhodné zvolit pohodlnou polohu pro matku i dítě. Dětské sestry maminkám vysvětlí několik zásad, které by měly maminky dodržovat. Při poloze na boku leží dítě na boku, obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce. Ucho, rameno a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Maminka rukou přitahuje tělo dítěte k sobě za ramena a záda, nikoliv za hlavičku. Zbytečně se hlavičky ani tváře dítěte maminka nedotýká, protože dochází k matení sacího reflexu. Mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka (např. spodní ruka dítěte, uzel na zavinovačce). Důležité je, aby se brada, tvář i nos dítěte dotýkala prsu, maminka musí být poučena, že nesmí odtahovat prs od nosu dítěte. Správná vzájemná poloha matky a dítěte se pozná podle pocitů matky, která je relaxovaná, nic ji nebolí (bradavka, ramena, záda, ruce), tkáň prsu se před ústy dítěte nenapíná, vypuzovací reflex je funkční, bradavka není poškozená ani oploštělá a prs je po kojení vyprázdněný. Dítě nešpulí rty, nevpadáávají mu tváře, saje dlouhými doušky, při sání nesrká, volně dýchá, špičkou nosu odtlačuje prsní tkáň a je spokojené. (24, 28, 39)

Při poloze vleže matka i dítě leží na boku, matka má polštářem podloženou pouze hlavu tak, aby se vyrovnala poloha hlavy s výší ramene, v zádech je lehce prohnuta dozadu, dítě leží v ohbí paže. Matka se nesmí opírat o loket, ani horní končetina nesmí být zdvižena nad úroveň ramene. U polohy v sedě hlava dítěte leží v ohbí paže matky, předloktí matky podpírá dítěti záda, prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte, druhou rukou matka přidržuje prs, spodní ruka dítěte je kolem pasu matky a chodidla matky podpírá stolička. Fotbalové boční držení je vhodné pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami či po císařském řezu. Dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte, prsty matky spočívají na hýždích nebo stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte, prsty podpírají hlavičku dítěte, nožky dítěte jsou podél matčina boku, chodidla dítěte se nesmí

o nic opírat a předloktí matky je podepřeno polštářem. Poloha tanečnicka je vhodná pro nedonošené děti nebo pro děti, které se špatně přisávají, dítě leží na matčině předloktí a ruka podpírá prs téže strany. Kojení v polosedě s podloženýma nohama je vhodné zejména pro matky po císařském řezu, dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí paže matky, polštář na břichu matky brání tlaku dítěte na jizvu a polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky.

Kojení vleže na zádech je vhodné pro ženy po císařském řezu a děti, které se špatně přisávají. Matka může dítě k prsu přesouvat bez většího úsilí a tlaku na jizvu. Vzpřímená vertikální poloha je vhodná pro děti nedonošené a děti s malou bradou. Matka jednou rukou drží dítě, druhou prs, dítě sedí obkročmo na levé dolní končetině matky a její pravá ruka podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte, levá ruka matky podpírá prs téže strany. Při kojení z pravého prsu jej podpírá pravá ruka, levá podpírá dítě. U dvojčat lze obě děti kojit současně, lze volit různé polohy, ale každé dítě má mít svůj prs. U trojčat jsou dvě děti jsou kojené v boční fotbalové poloze a třetí dítě leží v klínu matky a pak je kojeno samostatně. (42, 28, 14, 31, 8, 13) (příloha 3)

1.5.4 Překážky a problémy

K problémům, které mohou vzniknout při kojení ze strany matky, patří vpáčené, ploché a krátké bradavky, bolestivé nalití prsů, retence mléka v mléčné žláze a zánět prsu. Kontraindikací kojení může být celkové závažné onemocnění matky, při kterém by mohlo kojení vést k jeho dekompenzaci. (33, 13)

Správnou technikou kojení a přisátím dítěte lze předcházet bolestivým a popraskaným bradavkám. V prvních dnech po narození matka nenechává dítě příliš dlouho u bradavky, dítě někdy už nesaje a používá prs jen jako dudlík. Po každém kojení může ošetřit bradavky tenkou vrstvičkou hojivé masti nebo jen rozetřít po bradavce trochu mléka. Důležité je důsledné dodržování osobní hygieny a také používání speciálních chráničů bradavek. Pokud bradavka při dráždění vystupuje, postačí ji před kojením podráždit nebo mírně povytáhnout. Bradavka se může také vyprovokovat k vystoupení jemným dotykem ledem. Vhodné je také před přiložením vytlačit z prsu několik kapek mléka, aby se dítě navnadilo k aktivitě. Prsní kloboučky se

používají až jako poslední možnost v době, kdy selže jakékoliv stimulování jiným způsobem.

K bolestivému nalití prsů kolem 3. – 5. dne po porodu, kdy jsou prsy vlivem tvorby mateřského mléka oteklé, horké, napjaté a bolestivé. Vhodné jsou teplé vlhké obklady před kojením (např. i nahřátí prsu ve sprše). Odstříkání části mateřského mléka před kojením změkčí dvorec a doporučuje se i častější kojení. Ztížený odtok mléka z mlékovodu nebo-li retence mléka se projevuje napětím a zatuhnutím části prsu. Postupuje se stejně jako při bolestivém nalití prsů nahřáním, odstříkáváním, častým kojením, teplými obklady, eventuálně masáží zatuhlého místa. Tvorba mléka je většinou závislá na častosti přikládání k prsu, čím častěji se dítě přiloží, tím více se mléka tvoří. Dítě maminka přikládá k oběma prsům, nenabízí mu dudlík a nepoužívá se láhev k dokrmování, ale raději lžička. Malé či velké prsy nemají vliv na množství tvořeného mléka, ani měkké prsy neznamenají jeho nedostatek. Během období kojení se mohou vyskytnout období, kdy bude snížena produkce mateřského mléka. Většinou se jedná o přechodný stav, který během krátké doby bude zase nahrazen kvalitní tvorbou mléka. Silný vypuzovací reflex se projevuje zalykáním dítěte při pití, blinkáváním po jídle a mimo kojení mléko vytéká samovolně z obou prsů. Je na dětských sestřích, aby mamince poradily použít při kojení jinou polohu, např. na zádech nebo vzpřímenou a přerušit kojení, jakmile začne mléko téci a pokračovat v něm po 1 - 2 minutách, až se proud mléka zpomalí. Může se také vytvořit tlaková masáž přiložením celé plochy ruky na bradavku po dobu 1 - 2 minut. Zánět se nejčastěji projeví horkým bolestivým otokem prsu s teplotou a celkovou schváceností, často postihuje pouze jeden prs. Je vhodné vyhledat lékařskou pomoc, protože je většinou nutné zahájit antibiotickou léčbu a podávat léky proti bolesti a teplotě. Maminka by měla stále kojit i z postiženého prsu a zabezpečit jeho dostatečné vyprázdnění odstříkáním mléka po kojení.

Odstříkávání mateřského mléka je nutné v případě, kdy je matka oddělena od dítěte, prsy jsou přeplněné nebo je dítě předčasně narozené a nemůže samo ještě sát. Provádí se rukou nebo odsávačkou. Odstříkání rukou je pro bradavku šetrnější. Před tím je třeba si nachystat čistou vysterilizovanou nebo vyvařenou sklenici nebo šálek a pečlivě si umýt ruce. Odstříkávání se nejlépe provádí v předklonu. Palec se položí

nad a ukazováček s prostředníčkem pod dvorec, prsty se tlačí přímo dovnitř směrem ke stěně hrudní. Sběrné kanálky mléka za bradavkou se stlačí mezi prsty a potom uvolní, to se provádí rytmicky, dokud mléko nepřestane téct. Prsty nesmí klouzat po kůži prsu, podráždila by se. Maminka se snaží nemačkat, stlačovat prs nebo bradavku. Snaží se při odstříkávání uvolnit, být trpělivá, i když se na začátku odstříkávání mléko hned neobjeví. K odstříkání pomocí odsávačky může použít odsávačku mechanickou ruční, s kterou je velice jednoduchá manipulace, nebo elektrickou. Odsávačku udržuje v čistotě, měla by být před každým použitím vysterylizována. Při odsávání je důležité správné přiložení k prsu, aby nedošlo k poranění bradavky. Je na dětských sestřích, aby maminkám poradily, vše jim vysvětlily, ukázaly. (8, 13, 28, 34)

1.5.5 Alternativní způsoby

Jestliže novorozenec potřebuje z nějakého důvodu dokrmovat, měly by dětské sestry znát alternativní způsoby krmení. V žádném případě by neměl být novorozenec dokrmován z láhve, protože sání z láhve a z prsu se od sebe liší a může to být pro něho matoucí. Může začít preferovat láhev, ze které je pití snazší. Mezi alternativní způsoby patří krmení lžičkou, kapátkem nebo stříkačkou, krmení po prstu, krmení z kádinky či hrnečku a krmení pomocí cévky ze suplementoru. Na oddělení fyziologických novorozenců podle zvyklostí oddělení se nejvíce používá způsob krmení pomocí lžičky, kádinky či stříkačky. (13, 8)

U krmení lžičkou novorozence maminka drží ve svislé poloze, lžičku s mlékem mu přiloží ke rtům a vyčká, až začne provádět sací pohyby. Potom lžičku trochu nakloní, aby mléko mohlo ze lžičky snadno vytéci a ponechá novorozenci čas k polknutí mléka. U krmení pomocí kádinky je poloha opět svislá, nakloněnou kádinkou se matka nejprve dotkne rtů novorozence a reakcí na tento podnět je vysunutí jazyka a jeho stočení do pohárku, čímž získává mléko z kádinky. Při krmení stříkačkou je novorozenec také ve svislé poloze. Matka vloží stříkačku dítěti do úst a jemně a pomalu mu vstříkuje mléko. Při krmení stříkačkou matka musí dbát na to, aby dítě při sání spolupracovalo a aktivně táhlo píst stříkačky. Mléko nemá do úst jen chabě vtékat. Mezi

další alternativní způsoby patří krmení po prstu nebo pomocí cévky po prsu. U krmení po prstu novorozence maminka opět drží ve svislé poloze proti sobě, svůj ukazovák mu vsune do úst po polovinu druhého článku tak, aby nehet směřoval k jazyku a prst na patro, kde je sací bod, po jehož podráždění novorozenec začne pohybovat jazykem. K prstu pak přiloží silikonovou špičku připojenou na stříkačku s mlékem, může použít i cévku na krmení nebo vstříkují mléko rovnou ze stříkačky na prst. Pokud se novorozenec krmí pomocí cévky po prsu, tak plastickou cévku jedním koncem napojíme na stříkačku s mlékem a druhý konec připevníme k prsu. (13, 8, 22)

1.6 Umělá výživa

Ne vždy se podaří kojit dítě bez obtíží a dlouhodobě. Pokud nastane taková situace, pak nezbyvá než zvolit mléko umělé, které také zabezpečí zdravý růst a vývoj dítěte. Základem umělé výživy je upravené kravské mléko, aby se svým složením přibližovalo mléku lidskému. Umělá mléka jsou dnes obohacena o prebiotika a probiotika, o nukleotidy, esenciální mastné kyseliny a další látky. Existuje celá řada speciálních mlék například pro děti s rizikem alergie, nesnášející mléčný cukr, trpící častým ublinkáváním nebo s nízkou porodní hmotností. (15, 42, 9)

Umělé mléko je dále doplněno o minerály, vitaminy, antioxidanty, stopové prvky a jiné látky přítomné v mateřském mléce, které v mléce kravském chybí nebo jsou jen v malém množství a které jsou pro vývoj dítěte vhodné a často nezbytné. Umělá výživa se tak snaží přizpůsobit svým složením průměrnému vzorku mateřského mléka, které zůstává „zlatým standardem“ výživy kojence. (9 str.192)

Při výběru umělé výživy se řídíme podle věku dítěte, protože existují tři základní typy mlék - počáteční, pokračovací a batolecí. Tím dochází ke splňování požadavků zdravého vývoje organismu. Počáteční mléko je určeno pro novorozence a kojence výlučně na mléčné stravě. Počáteční mléko se označuje na obalu názvem, který tento věk symbolizuje nebo symbolem 1. Pokračovací mléko dáváme dětem v době, kdy začínáme přidávat nemléčné příkrmy. Pokračovací mléko by se nemělo podávat mladšímu dítěti, protože by to zatěžovalo jeho organismus. Pokračovací mléko se označuje na obalu symbolem 2, nebo obdobně jako u počátečního mléka názvem, který

tento věk symbolizuje, případně označením měsíce věku, ve kterém je možné mléko začít podávat. Batolecí mléko můžeme začít dávat mezi 10. – 12. měsícem věku dítěte, které bývá na obalu označeno číslicí 3 nebo slovem JUNIOR. Jsou to pokračovací mléka s přidavkem minerálů, vitamínů, stopových prvků a jiných látek vhodných pro zdravý růst dítěte. Pasterizované plnotučné kravské mléko můžeme dítěti podávat až po roce věku. (9, 42, 5, 33)

Je třeba maminku poučit, že je třeba při přípravě umělé výživy mít vždy vše řádně umyté a vysterilizované a dbát na dodržování návodu k přípravě. Ona sama si nesmí zapomenout vždy umýt ruce. Při krmení dítěte z láhve maminka projevuje stejnou trpělivost a láskyplnost, jakou by projevovala při kojení. Maminka zásadně na dítě nespěchá, nechá ho, aby si odpočinulo, pokud si chce odpočinout. Během krmení ho laská, promlouvá k němu a udržuje s ním oční kontakt. (5)

1.7 Propuštění a domácí péče

Optimální zdravotní stav je základním předpokladem propuštění matky, která ale musí zvládat techniku kojení a základní péči o novorozence. Aby byl novorozenec propuštěn do domácí péče, musí být zdravý, musí prospívat na váze a musí mít dobře se hojící pupečník. Před propuštěním by měl být kalmetizován a musí mu být provedena všechna povinná screeningová vyšetření. Podle konsenzu je propuštění matky a dítěte po fyziologickém porodu možné nejdříve za 72 hodin od porodu. Většinou se tedy jedná o 4. nebo 5. den. Ženy, které rodily císařským řezem, odchází při nekomplikovaném průběhu později, většinou až 8. den. Matka je při propuštění informována dětským lékařem o doporučeních týkajících se domácí péče a je poučena o povinnosti co nejdříve přihlásit dítě u obvodního pediatra, který přebírá dítě do své péče. Maminka obdrží zdravotní a očkovací průkaz dítěte. (23)

Maminka má mít pro své dítě vybraného obvodního dětského lékaře již před porodem. V den propuštění z porodnice je vhodné pediatra kontaktovat a domluvit si s ním první návštěvu, kterou lékař provádí u matky doma. Zpočátku jsou kontroly u dětského lékaře častější, s věkem dítěte se doba mezi kontrolami prodlužuje. Úkolem obvodního pediatra je sledování růstu a prospívání dítěte, jeho psychomotorického

vývoje, očkování, řešení obtíží dítěte, léčba chorob a další. Obvodní pediatr by měl znát zásady správné techniky kojení, měl by umět řešit problémy při kojení a kojení podporovat. Nejčastější příčinou odstavení dítěte je totiž nedostatečná sebedůvěra matky, obavy z nedostatku mléka a předčasné zavedení umělé výživy. Aby se maminka vyhnula zbytečným obavám, měla by mít znalosti o váhové křivce a růstových spurtech kojeneho dítěte (kolem 3. a 6. týdne, pak kolem 3. a 6. měsíce dítě rychleji roste, což se projeví spíše na jeho délce než váze). Váhová křivka kojeneho dítěte nemusí mít trvale stoupající trend a váhový přírůstek není jediným ukazatelem prospívání dítěte. Není také dobré srovnávat váhu nebo váhové přírůstky dětí mezi sebou, protože se liší. Dobře kojene dítě má 6 - 8 plen pomočených za den. Zpočátku může dítě pít velice často, přibližně po 6. týdnu se dostaví v kojení určitá pravidelnost, doba mezi kojeními se prodlužuje. Nesprávným a zbytečným postupem při řešení nedostatku mléka je podání umělé výživy jako první opatření. Naopak bezpečným způsobem jak tvorbu mléka opět zvýšit je častější přikládání k oběma prsům v průběhu jednoho kojení a zvláště časté kojení v noci, kdy sekrece hormonu prolaktinu je největší.

Maminka by měla být informována, že jako kojící žena by měla dodržovat zásady správné výživy. Není však nutné zvyšovat kalorickou spotřebu ani množství tekutin a rozhodně by se maminka měla vyvarovat potravin, které u dítěte zvyšují plynatost spojenou s bolestmi břicha. Pokud je maminka alergička, tak by měla vyloučit ze své stravy potravu, která alergizuje (citrusové plody, kiwi, kakao, čokoládu), a dítě by měly kojit co nejdéle s pozdějším zaváděním příkrmu.

Také by měla být dostatečně informována, že v případě horečnatého onemocnění, může své dítě kojit i nadále, protože kojení v průběhu onemocnění představuje naopak pro dítě významný zdroj vznikajících protilátek. Existuje jen malá skupina léků, které jsou při kojení kontraindikovány, běžná antibiotika, léky proti bolesti či teplotě dítě neohrozí. Kojící žena by rozhodně neměla kouřit a pít alkohol. (23, 11, 39) (příloha 6)

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zmapovat očekávání matek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v oblasti péče o novorozence. Zároveň zjistit míru spokojenosti matek po porodu s ošetrovatelskou péčí o novorozence.

2.2 Hypotézy

Na základě vlastních zkušeností z praxe byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Matky očekávají získání základních informací v poskytování základních potřeb v péči o novorozence a to především po stránce praktické.

Hypotéza č. 2: Matky jsou spokojeny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v oblasti péče o novorozence.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

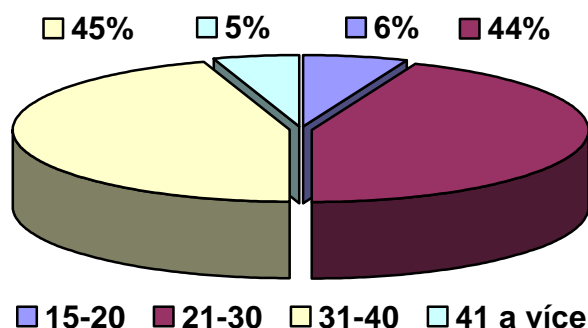
K ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku (viz příloha č. 1) na novorozeneckém oddělení v nemocnici České Budějovice a. s. Dotazník pro klientky obsahoval 16 otázek. Otázky v dotazníku byly uzavřené, jedna otevřená. Zpočátku byly voleny otázky identifikační a následně zjišťovací, týkající se péče o novorozence.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily matky od 3. dne po porodu hospitalizované v systému rooming-in na stanici fyziologických novorozenců neonatologického oddělení v českobudějovické nemocnici a. s. Bylo rozdáno celkem 115 dotazníků, z nichž vrácených bylo 105. Návratnost dotazníků byla 91 %. Konečný výzkumný soubor tvořilo 100 matek, které byly hospitalizovány v měsíci březnu a dubnu tohoto roku.

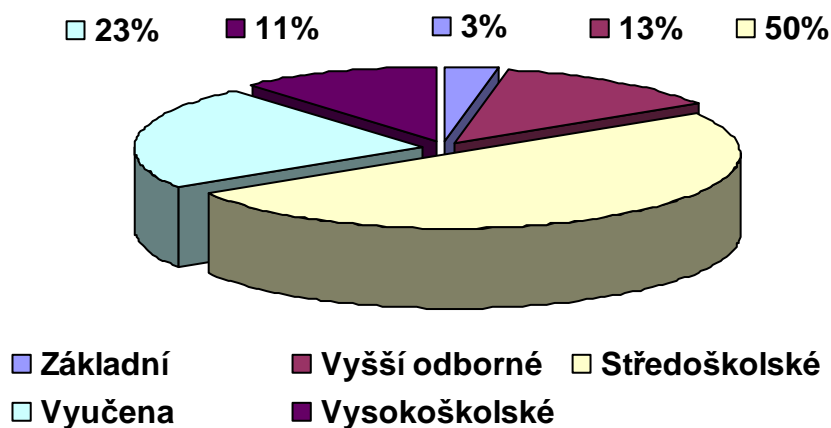
4. Výsledky

Graf č. 1 Věk respondentek



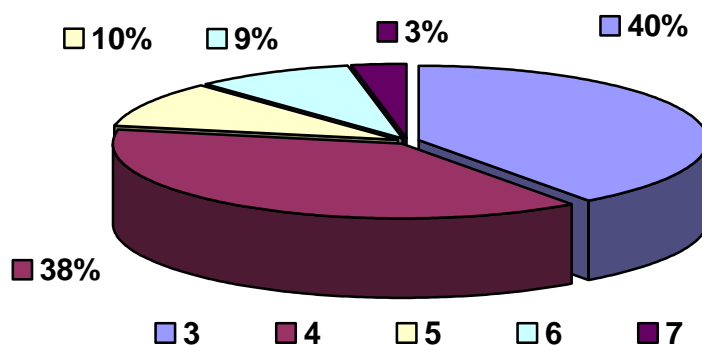
Největší podíl tvořily matky ve věkové hranici 31 – 40 let, a to celkových 45 %. Druhou nejsilněji zastoupenou kategorií byly matky ve věku 21 – 30 let, které tvořily 44 %. Věkovou kategorii 41 let a více tvořilo 5 % dotazovaných respondentek a 6 % bylo ve věku 15 – 20 let.

Graf č. 2 Vzdělání respondentek



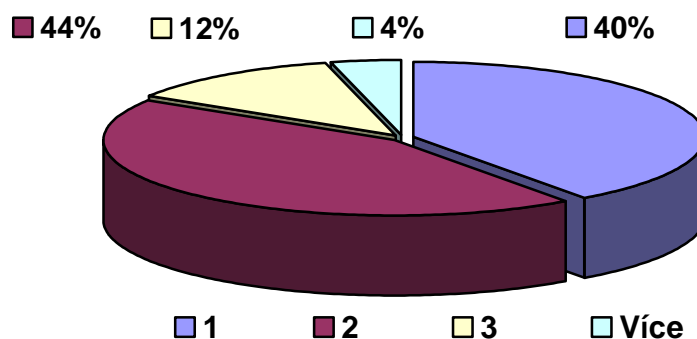
Středoškolsky vzdělané matky tvořily největší podíl, a to 50 %. Naopak nejméně zastoupenou skupinu tvořily matky se základním vzděláním, tj. 3 %. Celkem 23% respondentek bylo v daném období vyučeno. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 11 % respondentek a 13 % dosáhlo vyššího odborného vzdělání.

Graf č. 3 Den po porodu



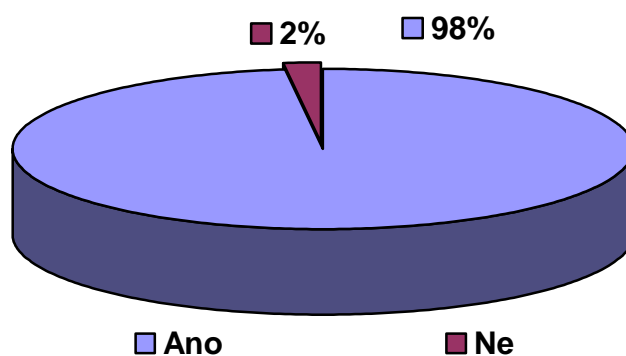
Největší skupinu respondentek, které vyplňovaly dotazník, tj. 40%, tvoří matky 3. den po porodu. 38 % respondentek bylo 4. den a 10% bylo 5. den po porodu. 6. den po porodu vyplnilo dotazník 9 % respondentek Nejmenší skupinu tvořily respondentky, které vyplnily dotazník 7. den po porodu a zaujímaly 3 % z celkového počtu dotazovaných respondentek.

Graf č. 4 Počet dětí (včetně právě narozeného)



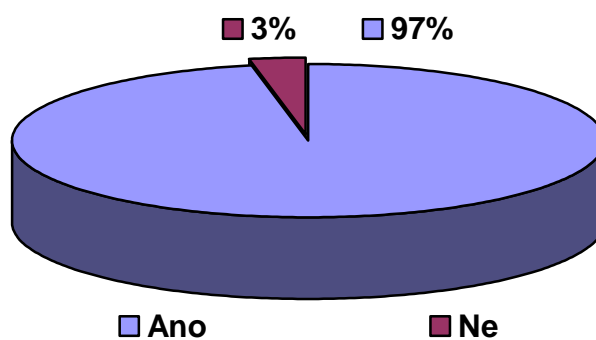
Největší skupinu tvoří matky, tj. 44 %, které mají již druhé dítě. Druhou největší skupinu tvoří prvorodičky, jedná se o 40 %. Z dotazovaných respondentek 12 % porodilo své třetí dítě a 4 % respondentek má více než tři děti.

Graf č. 5 Informace o systému rooming-in



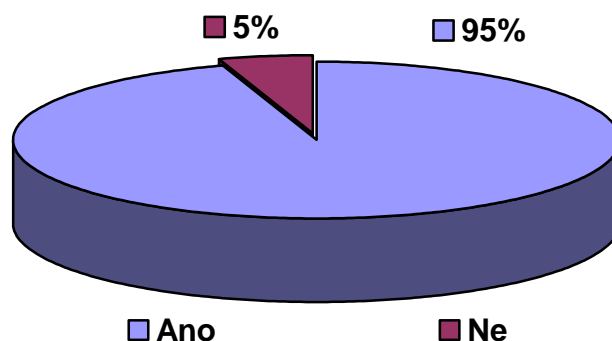
98 % respondentek odpovědělo, že jsou od dětských sester dostatečně informovány o zásadách ošetřování dítěte společně s matkou a jen 2 % respondentek odpovědělo záporně.

Graf č. 6 Spokojenost s informovaností o přirozené výživě



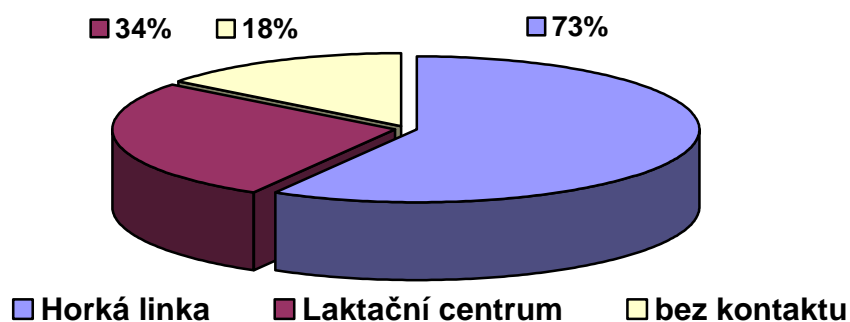
97 % respondentek bylo spokojeno s poskytnutými informacemi o přirozené výživě a pouze 3 % matek spokojeno nebylo.

Graf č. 7 Spokojenost s informacemi o technice přirozené výživy



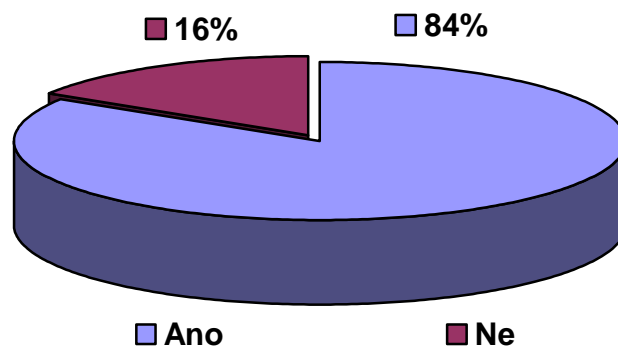
95 % respondentek bylo spokojeno s poskytnutými informacemi o technice přirozené výživy, 5 % matek mělo záporný názor.

Graf č.8 Kontakt na tzv. horkou linku kojení nebo laktační centrum



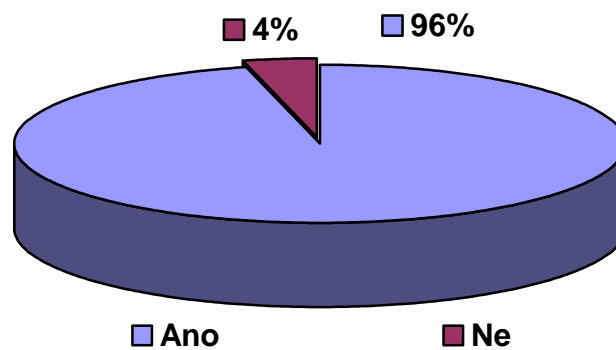
Převážná většina matek, což je 73 % respondentek, odpověděla, že byla informována, že je na neonatologickém oddělení zřízena nepřetržitá telefonická služba, tzv. horká linka kojení. 34 % respondentek uvedlo, že jim byl nabídnut kontakt na regionální laktační centrum. Pouze 18 % respondentek uvedlo, že jim nebyl nabídnut žádný kontakt.

Graf č. 9 Dostatek informací o kojení po propuštění



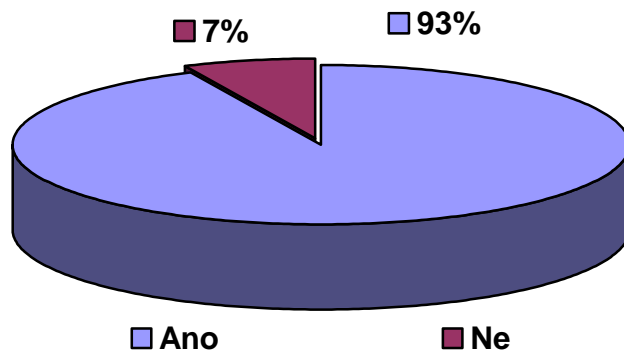
84 % respondentek odpovědělo, že jim byly vysvětleny zásady výživy u novorozence po propuštění, ostatní, tj. 16 % respondentek odpovědělo, že jim žádné informace poskytnuty nebyly.

Graf č. 10 Spokojenost s předvedením hygieny u novorozence



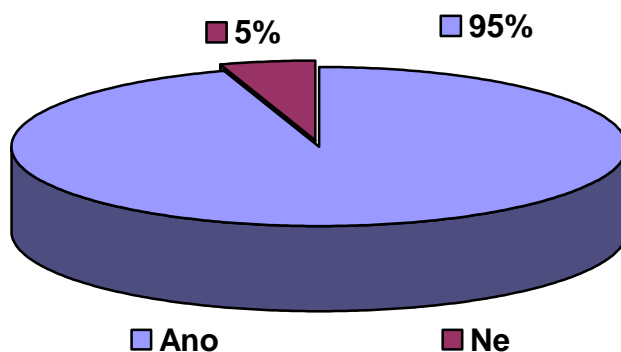
96 % respondentek uvedlo svou spokojenost s názornou hygienou, jen 4 % respondentek spokojena nebyla.

Graf č. 11 Dostatek informací o ošetřování kůže



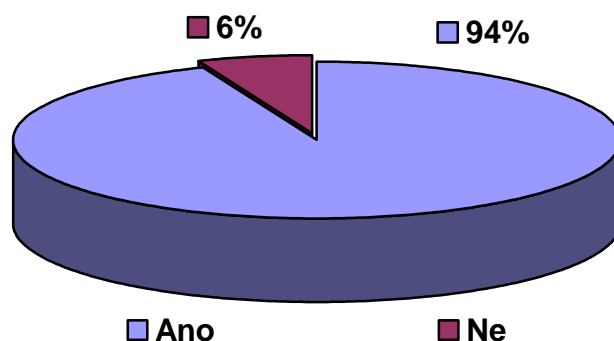
93 % respondentek uvedlo, že byly poučeny o ošetřování kůže, 7 % respondentek odpovědělo záporně.

Graf č. 12 Informace o ošetřování pupečního pahýlu



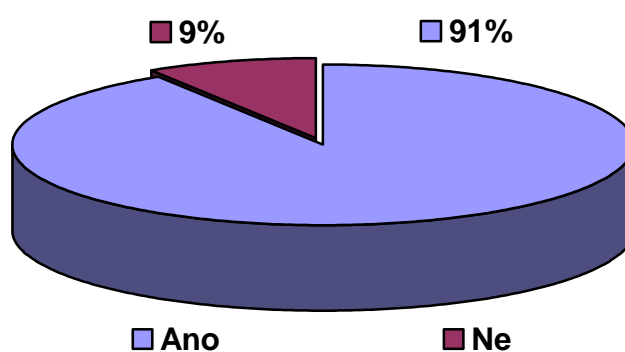
Pouhých 5 % respondentek odpovědělo, že nebyly poučeny o ošetřování pupečního pahýlu novorozence v šestinedělí. Většina, tj. 95 % respondentek, odpověděla kladně, že byla poučena.

Graf č. 13 Informace o správné manipulaci, přenášení novorozence



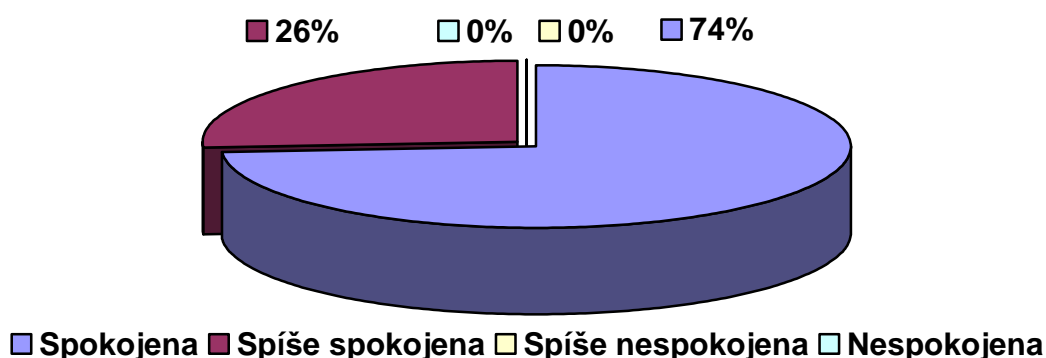
94 % respondentek uvedlo, že byly poučeny o správné manipulaci s novorozencem. Záporně odpovědělo 6 % respondentek.

Graf č. 14 Informace o správné poloze při spánku



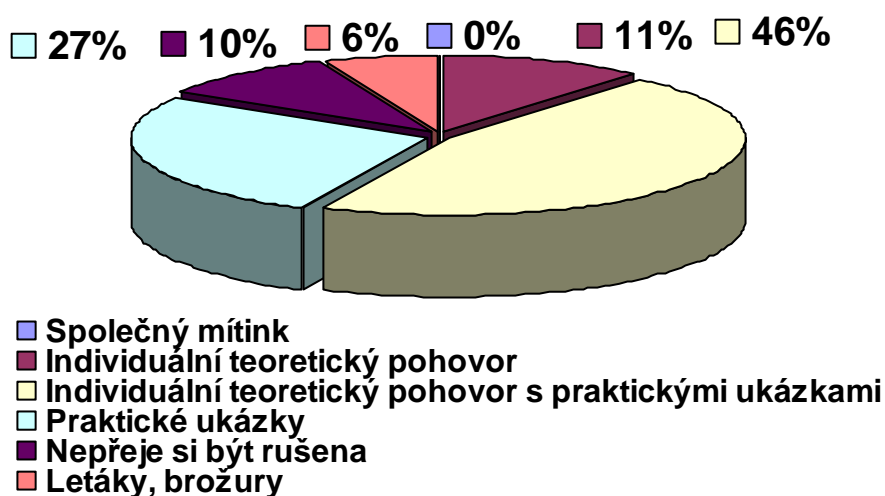
91 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že byly poučeny o správném ukládání novorozence ke spánku, 9 % respondentek uvedlo, že poučeny nebyly.

Graf č. 15 Spokojenost matek se způsobem informování



74 % respondentek odpovědělo, že jsou s informacemi od dětských sester spokojeny. Ostatních 26 % respondentek zvolilo odpověď spíše spokojeny. Odpověď spíše nespokojena nebo nespokojena nezvolila ani jedna respondentka.

Graf č. 16 Způsob edukace



Největší skupinu tvoří matky, které dávají přednost individuálnímu teoretickému pohovoru s praktickými ukázkami, tj. 46 %. Celkově 27 % respondentek by dalo přednost praktickým ukázkám, 11 % respondentek by zvolilo individuální teoretický pohovor o ošetřování novorozence. Velice mě překvapilo, že 10 % respondentek by si přálo být nerušeno a 6 % respondentek upřednostňuje tištěné letáky, brožury shrnující základy péče o novorozence v porodnici. Společný mítink maminek 1 x během pobytu v porodnici nepožadovala žádná respondentka.

5. Diskuse

Dotazníky k bakalářské práci byly rozdávány matkám hospitalizovaným v měsíci březnu a dubnu roku 2008 se svými dětmi v systému rooming-in na oddělení šestinedělí v českobudějovické nemocnici a. s. Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily matky od 3. dne po porodu, z důvodu postupného každodenního získávání informací od dětských lékařů a sester.

Celkem bylo rozdáno 115 dotazníků, ze kterých bylo vráceno 105. Z toho 5 dotazníků nebylo dostatečně vyplněno, a proto muselo být vyřazeno. Konečný výzkumný soubor tvořilo 100 respondentek.

Věk dotazovaných respondentek je vyhodnocen v grafu č.1. Největší podíl tvořily matky ve věkové hranici 31 – 40 let, a to celkových 45 %. Druhou nejsilněji zastoupenou kategorií byly matky ve věku 21 – 30 let, které tvořily 44 %. Věkovou kategorii 41 let a více tvořilo 5 % dotazovaných respondentek a 6 % bylo ve věku 15 – 20 let. Rozložení věku je charakteristické pro současné věkové složení rodiček. I z vývoje statistik je zcela patrné, že největší podíl rodičích matek je ve věku okolo třiceti let.

Nejvyšší ukončené vzdělání respondentek je znázorněno v grafu č. 2. Středoškolsky vzdělané matky tvořily největší podíl, a to 50 %. Naopak nejméně zastoupenou skupinu tvořily matky se základním vzděláním, tj. 3 %. Celkem 23% respondentek bylo v daném období vyučeno. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 11 % respondentek a 13 % dosáhlo vyššího odborného vzdělání.

V grafu č. 3 je znázorněno, který den po porodu respondentky vyplňovaly předložený dotazník. Největší skupinu respondentek, které vyplňovaly dotazník, tj. 40%, tvoří matky 3. den po porodu. Myslím si, že odpovědi matek odrážejí jejich zkušenost během třech dnů více než z prenatálních kurzů. 38 % respondentek bylo 4. den a 10% bylo 5. den po porodu. 6. den po porodu vyplnilo dotazník 9 % respondentek. Nejmenší skupinu tvořily respondentky, které vyplnily dotazník 7. den po porodu a zaujímaly 3 % z celkového počtu dotazovaných matek. Maminky na novorozeneckém oddělení jsou informovány postupně, každý den je dětská sestra informuje, co se s miminkem bude dělat, zodpoví případné dotazy, pomůže s kojením.

Maminky bývají po porodu unavené, mají spoustu nových zážitků, což má často za následek, že ani informace od dětských sester nestačí pojmout.

Počet dětí včetně právě narozeného znázorňuje graf č. 4. Největší skupinu tvoří matky, tj. 44 %, které mají již druhé dítě. Druhou největší skupinu tvoří prvorodičky, jedná se o 40 %. Z dotazovaných respondentek 12 % porodilo své třetí dítě a 4 % respondentek má více než tři děti. Také tyto údaje odrážejí aktuální situaci porodnosti. Víme, že vzestup porodnosti v posledních letech je v České republice hlavně zásluhou rodičů, kteří se rozhodli porodit své druhé a třetí dítě.

V grafu č. 5 je znázorněno, zda jsou matky dostatečně informovány o systému rooming-in. 98 % respondentek odpovědělo, že jsou od dětských sester dostatečně informovány o zásadách ošetřování dítěte společně s matkou a jen 2 % respondentek odpovědělo záporně. Skutečnost, že data byla získávána pouze v systému rooming-in, nám dovolují vyjádřit se také k praktické stránce edukace maminek. Všechny tyto údaje nás opravňují k posouzení kvality informovanosti matek ze strany personálu, která je na dobré úrovni.

Jestli byly matky dostatečně informovány o přirozené výživě znázorňuje graf č.6. Z něho vyplývá, že 97 % matek bylo spokojeno s poskytnutými informacemi a pouze 3 % matek spokojeno nebylo.

V grafu č.7 je znázorněno, zda byly matky dostatečně informovány o technice přirozené výživy. 95 % matek odpovědělo, že dostaly dostatek praktických rad o technice přirozené výživy, 5 % matek mělo záporný názor. Kojení je pro mnoho žen krásným zážitkem, protože pociťují blízkost svého dítěte, ale i uspokojení, že mohou svému miminku něco dát, jako například potravu, pozornost a lásku. Většinou v tomto důležitém okamžiku pomáhají dětské sestry, protože hlavně prvorodičky se cítí nejistě a potřebují pomoc. Pro kojení je zapotřebí nejen čas, uvolnění a klid, ale také vnitřní naladění. Aby kojení bylo efektivní a nebolestivé, je zejména důležité dodržovat správnou vzájemnou polohu matky a dítěte, správné držení prsu a nabízení dítěti, správné přisátí dítěte k prsu a správné sání. Neonatologické oddělení v Českých Budějovicích je označováno jako Baby Friendly Hospital, udělení tohoto statutu získalo již v roce 1994 a znamená to, že nemocnice je přátelsky nakloněna nejen dítěti, ale i

matce a kojení. Tyto porodnice dodržují tzv. deset kroků k úspěšnému kojení. Dětské sestry matky v kojení podporují, pozorují je, učí je základním technikám a pomáhají jim. Srovnáním výsledků grafů č. 6 a č. 7 je patrné, že na úseku fyziologických novorozenců pracují kvalifikované dětské sestry, které matkám podávají dostatek informací.

Vyhodnocení otázky, zda byly matkám nabídnuty kontakty, kam se mohou obrátit v prvních dnech po odchodu z porodnice v případě problémů spojených s kojením, znázorňuje graf č. 8. Klientky měly možnost zvolit více variant. Převážná většina matek, což je 73 % respondentek, odpověděla, že byla informována, že je na neonatologickém oddělení zřízena nepřetržitá telefonická služba, tzv. horká linka kojení. 34 % respondentek uvedlo, že jim byl nabídnut kontakt na regionální laktační centrum. Z mého pohledu je potěšitelné, že jsou maminky informovány o existenci regionálního centra, které vzniklo teprve nedávno. Pouze 18 % respondentek uvedlo, že jim nebyl nabídnut žádný kontakt. Převážně se jednalo o matky, které byly 3 den po porodu, z čeho lze usuzovat, že jim tyto kontakty budou teprve nabídnuty při propuštění. Na úseku fyziologických novorozenců dostávají matky při propuštění také telefonní čísla na jednotlivé úseky neonatologického oddělení, kam se také mohou obrátit o radu či pomoc. V letošním roce vzniklo pod záštitou Zdravotně sociální fakulty Regionální laktační centrum se sídlem v Českých Budějovicích. I na toto centrum se mohou maminky obrátit a konzultovat problematiku kojení. Letáčky jsou k dispozici přímo v nemocnici.

Graf č. 9 znázorňuje, zda byly matkám vysvětleny zásady výživy novorozence po propuštění. 84 % respondentek odpovědělo, že jim tyto zásady dětské sestry vysvětlily, ostatní, tj. 16 % respondentek odpovědělo, že jim žádné informace nebyly poskytnuty. Tato čísla ukazují, že existují rezervy v informovanosti matek o správné výživě novorozence po propuštění z nemocniční péče. Právě v této době velmi často dochází ke zbytečným selháním v přirozené výživě. Se základy kojení a správnou technikou je maminka seznámena již v porodnici, kde se vše učí za pomoci dětských lékařů a sester. Po příchodu domů je jí k dispozici obvodní pediatr, který by měl znát zásady správné techniky kojení, měl by umět řešit problémy při kojení a kojení

podporovat. Maminky by měly mít základní znalosti o váhové křivce a růstových spurtech kojeného dítěte (kolem 3. a 6. týdne, následně pak kolem 3. a 6. měsíce, kdy dítě rychleji roste, což se projeví spíše na jeho délce než váze), protože nejčastější příčinou odstavení dítěte je totiž nedostatečná sebedůvěra matky, obavy z nedostatku mléka a předčasné zavedení umělé výživy. (23)

Zda byla matkám dostatečně a prakticky předvedena hygiena novorozence znázorňuje graf č.10. Zde 96 % respondentek uvedlo svou spokojenost s názornou hygienou, jen 4 % respondentek spokojena nebyla. Tato čísla ukazují na slušný standart v praktické informovanosti.

Tématem další otázky bylo, zda byly matky poučeny o způsobu ošetřování kůže u novorozence, což ukazuje graf č. 11. V něm 93 % respondentek uvedlo, že byly poučeny o ošetřování kůže, 7 % respondentek odpovědělo záporně.

Graf č. 12 znázorňuje, zda byly matky poučeny o ošetřování pupečního pahýlu novorozence v šestinedělí. Pouhých 5 % respondentek odpovědělo, že poučeny nebyly, většina, tj. 95 % respondentek odpovědělo kladně, tzn. že poučeny byly.

Jestli byly matky informovány o manipulaci a správném přenášení novorozence znázorňuje graf č. 13. Celkově 94 % respondentek uvedlo, že byly poučeny o správné manipulaci s novorozencem. Záporně odpovědělo 6 % respondentek. D. Einonová a E. Kiedroňová zastávají názor, že se rodičům novorozenec na první pohled mnohdy jeví jako něco křehkého a mnozí z nich jsou tímto pocitem doslova zaskočení a znejistí, když mají své dítě vzít do náruče a pečovat o něj. Poukazují na důležitost dětských sester, které maminkám předvádějí, jak správně manipulovat s novorozencem, protože polohy mají respektovat jeho vývoj dovedností a měly by novorozenci přinášet pocit bezpečí a klidu. (7, 12) Výsledky grafů č. 11, 12, 13 ukazují na potěšitelnou úroveň informací od personálu.

Další otázkou týkající se péče o novorozence byla, zda byly matky poučeny o správné poloze novorozence při spánku, ukazuje graf č. 14. Z celkového počtu dotazovaných 91 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že byly poučeny o správném ukládání ke spánku, 9 % respondentek uvedlo, že poučeny nebyly. Vzhledem k důležitosti správné polohy novorozence a kojence ve spánku pro prevenci syndromu

náhlého úmrtí dítěte, je 9 % nepoučených respondentek příliš vysoké číslo. V rámci edukace by matky měly být poučeny o poloze novorozence, protože je důležité, aby zaujímal polohu na zádech jako prevence syndromu náhlého úmrtí dítěte. Ze své praxe mohu říci, že spousta maminek rodících své druhé dítě s časovým odstupem, ukládá novorozence do polohy na boku, která se dříve preferovala. Poloha dítěte na zádech se zvýšenou podložkou se na našem oddělení využívá převážně u novorozenců, kteří po porodu ublinkávají větší množství plodové vody.

Zda jsou matky spokojeny se způsobem, jak je dětská sestra informuje o ošetřování novorozence znázorňuje graf č. 15. Z výsledku vyplývá, že 74 % respondentek odpovědělo, že jsou s informacemi od dětských sester spokojeny. Ostatních 26 % respondentek zvolilo odpověď spíše spokojeny. Odpověď spíše nespokojena nebo nespokojena nezvolila žádná respondentka. Po zpracování získaných dat jsem zjistila, že matky jsou spokojeny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v oblasti péče o novorozence. Tímto byla hypotéza č. 2 potvrzena. Z mého pohledu je to potěšitelný výsledek.

Graf č. 16 znázorňuje jaké formě edukace matky dávají přednost. Největší skupinu tvoří matky, které dávají přednost individuálnímu teoretickému pohovoru s praktickými ukázkami, tj. 46 %. Celkově 27 % respondentek by dalo přednost praktickým ukázkám, 11 % respondentek by zvolilo individuální teoretický pohovor o ošetřování novorozence. Velice mě překvapilo, že 10 % respondentek by si přálo být nerušeno a 6 % respondentek upřednostňuje tištěné letáky, brožury shrnující základy péče o novorozence v porodnici. Je pravda, že většinou se jednalo o matky, které měly již druhé nebo třetí dítě, a proto lze usuzovat, že získaly zkušenosti z předešlých těhotenství. Společný mýtink maminek 1x během pobytu v porodnici nezvolila žádná respondentka, což je zcela v duchu předchozích zjištění. Tato skutečnost vychází z myšlení rodičů. Předpokládala bych, že bude větší poptávka po informacích formou praktických ukázek. Je však možné, že maminky za pobytu v našich porodnicích touží více po vlastním odpočinku a klidu, než po širší míře časově náročných informací. Dle získaných dat bylo zjištěno, že matky dávají přednost individuálnímu teoretickému pohovoru s praktickými ukázkami, Tímto nebyla hypotéza č. 1 potvrzena.

6. Závěr

Záměrem bakalářské práce bylo zmapovat očekávání matek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v oblasti péče o novorozence a zároveň zjistit míru spokojenosti matek po porodu s ošetrovatelskou péčí o novorozence. Cíl práce tak byl naplněn.

V této bakalářské práci byly stanoveny 2 hypotézy. Hypotéza č. 1 zněla: Matky očekávají získání základních informací v poskytování základních potřeb v péči o novorozence a to především po stránce praktické. Hypotéza č. 2 zněla: Matky jsou spokojeny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí v oblasti péče o novorozence. Z výsledků provedeného výzkumu vyplynulo, že hypotéza č.1 nebyla potvrzena, hypotéza č. 2 byla potvrzena.

Výsledky této práce jsou na jedné straně velice uspokojivé, ale přesto jasně ukazují na některé rezervy v informování maminek. Především se jedná o rezervy v informovanosti o problémech s přirozenou výživou v prvních dnech po propuštění z nemocnice. Je také nutné brát ohled na množství poskytovaných informací a nutnost změny myšlení maminek, aby docenily úlohu praktické informovanosti.

S výsledky této práce bych ráda seznámila dětské sestry na novorozeneckém oddělení. Tyto výsledky by měly vést dětské sestry k tomu, aby zlepšily poskytovanou péči a následně se zkvalitnily podávané informace maminkám. Myslím si, že zdravotnický personál, který pečuje o matku a dítě, poskytuje v současnosti profesionální péči, což potvrdily i výsledky mého výzkumu. Zlepšuje se i komunikace, edukace a především v individuální přístup dětských sester k maminkám.

Na novorozeneckém oddělení jsou maminky zapojeny do ošetrovatelského procesu pomocí tzv. systému rooming-in. Díky tomuto systému a za pomoci dětských sester jsou maminky při odchodu z porodnice schopné se o své dítě postarat, tzn. maminky se naučí jak své dítě přebalit, nakojit, znají jak ho uchopit, ale hlavně svému dítěti dříve porozumí a poznají jeho potřeby. Proto budoucím maminkám poskytované kvalitní služby novorozeneckého oddělení českobudějovické nemocnice lze jednoznačně doporučit.

7. Seznam použité literatury

1. ALLEN, K. E. *Přehled vývoje dítěte od prenatálního období do 8 let*. Praha: Portál, 2005. 187 s. ISBN 80 7367-055-0.
2. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2 dopl. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4.
3. BRABCOVÁ, STASKOVÁ. *Hygienická péče u dítěte*, <http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz-text.php?id-kap=2> kod-kurzu=kos-392, 15. 03. 2008
4. COOPEROVÁ, C. *Naše dítě v otázkách a odpovědích*. 2. vyd. Praha: Euromedia Group, 2007. 240 s. ISBN 978-80-249-0926-4
5. DEANSOVÁ, A. *Kniha knih o mateřství*. Praha: Fortuna Print, 2004. 392 s. ISBN 80-7321-117-3.
6. DORT, J. a kol. *Neonatologie, Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2004. 101 s. ISBN 80-246-0790-5.
7. EINONOVÁ, D. *Všechno o matce a dítěti*. Říčany u Prahy: Junior, 2001. 224 s. ISBN 80-7267-073-5.
8. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
9. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Čekáme děťátko*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 354 s. ISBN 978-80-247-1489-9.

10. GREGORA, M. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 244 s. ISBN 80-247-0854-X.
11. HANREICH, I. *Výživa kojenců aneb Jídlo a pití v prvním roce života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 70 s. ISBN 80-7169-841-5.
12. KIEDROŇOVÁ, E. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 299 s. ISBN 80-247-1210-5.
13. KLIMOVÁ, A. et al. *Kojení - Dar pro život*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 101 s. ISBN 80-7169-490-8.
14. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric pro SZŠ a VZŠ*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s. r. o., 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
15. KREJČOVÁ, V. *Šťastná rodina, Rodičovský rádce Fixies*
17. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
18. LEBL, J. et al. *Preklinická pediatrie*. Praha: Karolinum - Galén, 2003. 248 s. ISBN 80-246-0690-9.
19. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
20. LUDVÍKOVSKÁ, K. *Psychomotorický vývoj dítěte*
www.babyonline.cz/vyvoj-ditete/psychomotoricky-vyvoj.html//vyvoj1, 12. 1. 2008

21. MATĚJČEK, Z. et al. *Rodičům na nejhezčí cestu* 1. vyd. Jinočany: H & H, 2004. 189 s. ISBN 80-7319-023-0.
22. MYDLILOVÁ, A. Alternativní způsoby krmení. *MaMiTa*. Praha: Občanské sdružení Laktační liga, 2003, roč. III, č.4, s. 16-17. ISSN neuvedeno
23. MYDLILOVÁ, A. *Co by měla znát matka a lékař jejího dítěte o kojení po propuštění z porodnice*. In: *Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1.vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. s. 20 – 21
24. MYDLILOVÁ, A., PAULOVÁ, M. *Polohy*
www.porodnice.cz/node/3836, 10. 4. 2008
25. MYDLILOVÁ, A. *Technika kojení*. In: *Zásady správné výživy v 1. roce života. Sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1.vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. s. 11 – 13
26. MYDLILOVÁ, A. *Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech*
www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zs/PPP_2-2005_04_CZ2.pdf, 6. 2. 2008
27. OLCJAVA, P. *Zdravé a nemocné dítě od početí do puberty*. 2. aktualiz. a dopl.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.
28. PAULOVÁ, M. *Kojení. Radí vám lékař*. 1.vyd. Praha: Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-194-5.
29. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

30. ROČKOVÁ, Z. *Novorozenecké období*
www.szsuo.cz/informace/Psychologie%20-%20Rockova/novorozenecke-obdobi.doc,
15. 2. 2008
31. SCHNEIDEROVÁ, D. et al. *Kojení: Nejčastější problémy a jejich řešení*. 1. vyd.
Praha: Grada Publishing, 2002. 117 s. ISBN 80-247-0112-X.
32. STOPPARD, M. *Nová kniha o matce a dítěti*. Praha: Ottovo nakladatelství s.r.o.,
2001. 168 s. ISBN 80-7181-486-5.
33. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. a kol. *Základy dětského lékařství*. Univerzita
Karlova Praha: Karolinum, 2006. 359 s. ISBN 80-246-1067-1.
34. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. 1. vyd. Dobřejovice: Rebo Productions CZ,
2003. 232 s. ISBN 80-7234-284-3.
35. ŠEBKOVÁ, S. Vývoj dítěte – první tři měsíce života
www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=5712, 4. 2. 2008
36. ŠRÁČKOVÁ, D. Rooming in. *MaMiTa*. Praha: Občanské sdružení Laktační liga,
2003, roč. III, č.7, s. 16-17. ISSN 1214-1690.
37. ŠVEJCAR, J. a kol. *Péče o dítě* doplněné, rozšířené a aktualizované vyd. Praha:
Nuga, 2003. 399 s. ISBN 80-85903-15-6.
38. TOMÁŠKOVÁ, J., KUBAŠTOVÁ, Z., HANZL, M. Zásady péče o kůži
novorozence. IN: *Nové trendy v ošetřovatelství IV*. Č. Budějovice: Jihočeský Inzert
Expres, s.r.o., 2005. s. 486. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí IV.
Jihočeské ošetřovatelské dny 29.-30. září 2005. ISBN 80-7040-791-3.

39. TRČA, S. *Budeme mít děťátko*. Vydání 8. přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0600-8.
40. VACUŠKOVÁ, M. et al. *Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou* www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/01/13.pdf, 9. 1. 2008
41. VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie pro studující ZSF JU*. Vydání 5. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
42. VELEMÍNSKÝ, M. *3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 80-7254-929-0.
43. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. Praha: Informatorium s.r.o., 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.
44. www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=962, 10. 1. 2008
45. www.neoweb.cz/novorozenec_21.html, 18. 2. 2008
46. www.neoweb.cz/novorozenec_23.html, 24. 2. 2008
47. www.peceodite.cz/spravna-manipulace-s-miminkem.html, 25. 3. 2008
48. www.rvp.cz/clanek/24/1266, 10. 1. 2008

8. Klíčová slova

novorozenec

matka

ošetřovatelská péče

každodenní péče o dítě

kojení

9. Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro matky

Příloha č. 2: Deset kroků k podpoře kojení

Příloha č. 3: Ukázka poloh při kojení

Příloha č. 4: Koupání novorozence

Příloha č. 5: Zdvihání a pokládání novorozence

Příloha č. 6: Percentilové grafy

Příloha č. 1: Dotazník pro ženu od 3. dne po porodu

Vážená maminko,

ráda bych Vám poblahopřála k narození Vašeho dítěte.

Jmenuji se Andrea Kálalová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra.

Dotazník, který Vám předkládám, má za cíl zjistit očekávání matek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v oblasti péče o novorozence.

Dotazník je zcela anonymní. Výsledky budou použity při zpracování mé bakalářské práce a zároveň budou využity pro zlepšení kvality informovanosti matek na novorozeneckém oddělení.

Prosím, není-li u otázky uvedeno jinak, zakroužkujte vždy pouze jednu z variant.

Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Andrea Kálalová

1. Váš věk:

- a) 15 – 20
- b) 21 – 30
- c) 31 -40
- d) 41 a více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučena
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Uveďte, prosím, kolikátý den jste po porodu?

.....den

4. Počet dětí (včetně právě narozeného):

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) více

5. Informovala Vás dětská sestra zcela srozumitelně o zásadách ošetřování dítěte společně s matkou (rooming-in)?

- a) ano
- b) ne

6. Byla jste dostatečně informována o přirozené výživě dítěte (kojení)?

- a) ano
- b) ne

7. Dostalo se Vám dostatek praktických rad o technice přirozené výživy(kojení)?

- a) ano
- b) ne

8. Byly Vám nabídnuty kontakty, kam se můžete v prvních dnech po propuštění obrátit v případě nejasností ve výživě a ošetřování novorozence (případně označte více možností)?

- a) telefon na horkou linku kojení
- b) kontakt na regionální laktační centrum
- c) ne

9. Vysvětlily Vám dětské sestry zásady výživy po propuštění (např. normální váhový přírůstek, frekvence pití, atd)?

- a) ano
- b) ne

10. Byla Vám předvedena v dostatečné míře a prakticky hygiena novorozence (např. koupání, přebalování, atd)?

- a) ano
- b) ne

11. Byla jste poučena o způsobu ošetřování kůže novorozence?

- a) ano
- b) ne

12. Byla jste poučena o ošetřování pupečního pahýlu novorozence v šestinedělí?

- a) ano
- b) ne

13. Probraly s Vámi dětské sestry podrobnosti o manipulaci a správném přenášení novorozence?

- a) ano
- b) ne

14. Poučily Vás dětské sestry o správné poloze dítěte při ukládání novorozence ke spánku?

- a) ano
- b) ne

15. Jste spokojena se způsobem, jakým Vás dětská sestra informuje o ošetřování novorozence (např. včasnost, klid, srozumitelnost atd)?

- a) spokojena
- b) spíše spokojena
- c) spíše nespokojena
- d) nespokojena

16. V rámci edukace (poučení) raději dáváte přednost:

- a) společnému mítinku maminek 1x během pobytu v porodnici
- b) individuálnímu teoretickému pohovoru o ošetřování novorozence
- c) individuálnímu teoretickému pohovoru s praktickými ukázkami
- d) praktickým ukázkám
- e) přejete si být nerušena, máte dostatek informací z kurzů, literatury apod.
- f) upřednostňujete tištěné letáčky, brožury shrnující základy péče o novorozence ve vaší porodnici

Příloha č. 2: Deset kroků k podpoře kojení



Deset kroků k podpoře kojení

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

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

Zdroj: www.kojení.cz/10kroku.php, 1. 5. 2008

Příloha č. 3: Ukázka poloh při kojení

Poloha v leže



Fotbalové boční držení



Poloha tanečnicka



Zdroj: KLIMOVÁ, A. et al. *Kojení - Dar pro život*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 101 s. ISBN 80-7169-490-8. (13)

Příloha č. 4: Koupání novorozence

Koupání v Tummy tub



Koupání ve vaničce



Zdroj: BRABCOVÁ, STASKOVÁ. *Hygienická péče u dítěte*,
<http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz-text.php?id-kap=2> kod-kurzu=kos-392, 1. 5. 2008

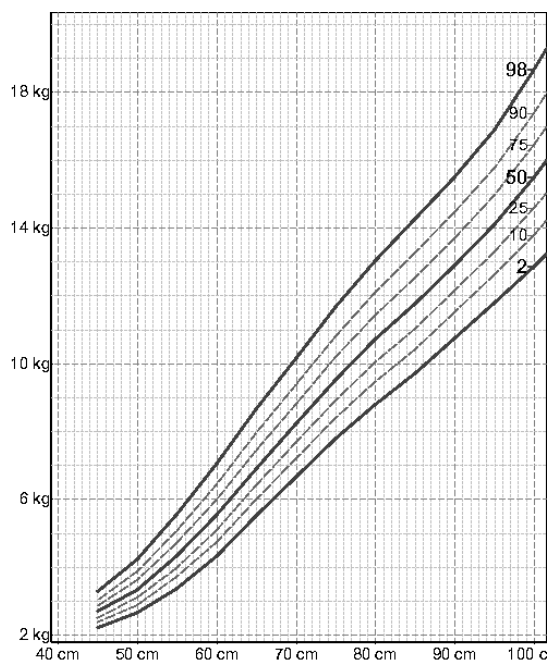
Příloha č.5: Zdvihání a pokládání novorozence



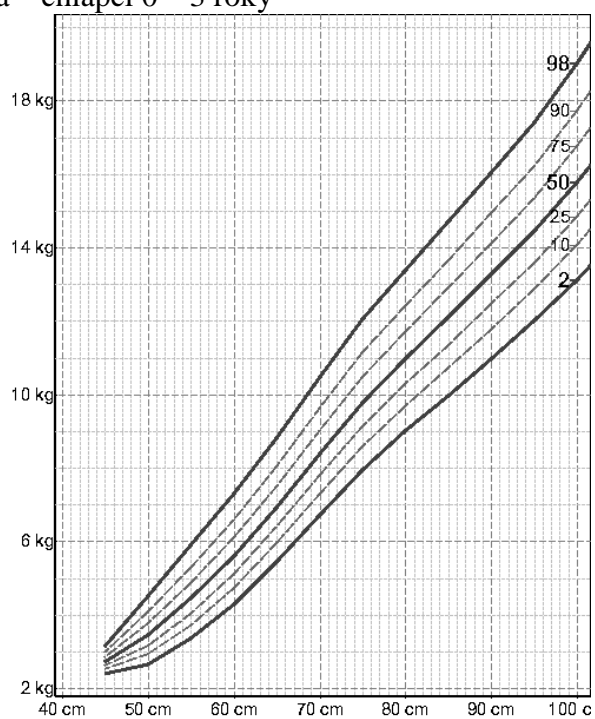
Zdroj: www.peceodite.cz/spravna-manipulace-s-miminkem.html, 1. 5. 2008

Příloha č.6: Percentilové grafy

Hmotnost k délce těla – dívky 0 – 3 roky



Hmotnost k délce těla – chlapci 0 – 3 roky



Zdroj:

www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/rust_vyska_a_hmotnost_ditete_percentilove_grafy_rustove_tabulky.html, 1. 5. 2008