

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče (management) o fyziologického novorozence
v současné době a trend pro nejbližší léta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:
Karolína Lízalová

2009

Vedoucí práce:
Bc. Lucie Schwarzová

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of nursing care of physiological newborn infants at present and the trends for the future years. The theoretical part describes the care of physiological newborn infants from the moment of their birth until discharge from hospital. It also includes the physiology of newborn infants and a summing up the history of this subject.

The practical part contains two objectives and two hypotheses. One of the objectives of the thesis was to find out the present state of nursing care in the department of physiological newborn infants, the other being the introduction of new trends into the nursing care of physiological newborn infants. The hypotheses assumed that nursing care in the department of physiological newborn infants in chosen hospitals in the Region of South Bohemia was conducted in accordance with present-day trends of nursing care of physiological newborn infants, and that new trends of nursing care of physiological newborn infants were introduced to the departments of physiological newborn infants in chosen hospitals in the Region of South Bohemia.

The investigation was conducted by the quantitative research by means of anonymous questionnaires. The questionnaires were handed out to nurses in departments of physiological newborn infants and in the baby hatch. The investigation was conducted in chosen hospitals in the Region of South Bohemia: in České Budějovice, Tábor, Písek, Jindřichův Hradec and Český Krumlov.

Both objectives of the thesis were fulfilled and both hypotheses were confirmed. I found out in the course of the investigation that nurses in departments of physiological newborn infants mostly work according to established trends of nursing care of physiological newborn infants. The level of information on the new trends that I focused on, is fairly high, however, introducing them into practice goes on slowly.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče (management) o fyziologického novorozence v současné době a trend pro nejbližší léta“, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Děkuji Bc. Lucii Schwarzové za odborné vedení a rady při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem členům své rodiny za ochotu a podporu.

Obsah:

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Historie	8
1.2 Definice fyziologického novorozence	10
1.3 První ošetření fyziologického novorozence na porodním sále	11
<i>1.3.1 Úvod k přerušení fetoplacentárního oběhu a prvnímu ošetření</i>	<i>11</i>
<i>1.3.2 Pomůcky k prvnímu ošetření</i>	<i>12</i>
<i>1.3.3 Hodnocení novorozence na porodním sále - skóre podle Apgarové</i>	<i>12</i>
<i>1.3.4 Teplo a tepelné ztráty u novorozence</i>	<i>13</i>
<i>1.3.5 Odsávání novorozence na porodním sále</i>	<i>13</i>
<i>1.3.6 Značení novorozenců</i>	<i>14</i>
<i>1.3.7 Ošetření pupečního pahýlu</i>	<i>15</i>
<i>1.3.8 Význam prvního přiložení dítěte a kontaktu kůže na kůži (skin to skin)</i>	<i>15</i>
<i>1.3.9 Vážení novorozence</i>	<i>16</i>
<i>1.3.10 Kredeizace - dezinfekce spojivkového vaku novorozence</i>	<i>16</i>
<i>1.3.11 Prevence časně i pozdní krvácivé nemoci novorozence (morbus haemorrhagicus neonatorum)</i>	<i>16</i>
<i>1.3.12 Vyšetření laboratorní a první vyšetření pediatrem</i>	<i>17</i>
1.4 Vyšetření novorozence a očkování proti TBC	18
<i>1.4.1 Dělení screeningů</i>	<i>18</i>
<i>1.4.2 Vyšetření kyčlí</i>	<i>18</i>
<i>1.4.3 Ultrazvukové vyšetření ledvin a močového systému</i>	<i>19</i>
<i>1.4.4 Kongenitální katarakta</i>	<i>19</i>
<i>1.4.5 Vyšetření sluchu</i>	<i>19</i>
<i>1.4.6 Vyšetření metodou suché kapky (PKU – fenylketonurie, SKH – kongenitální hypothyreóza, CAH - kongenitální adrenální hyperplazie)</i>	<i>20</i>
<i>1.4.7 Kalmetizace - povinné očkování proti TBC</i>	<i>21</i>

1.5 Ošetrovatelská péče o fyziologického novorozence a systém péče rooming-in na odděleních	22
<i>1.5.1 Systém rooming-in.....</i>	<i>22</i>
<i>1.5.2 Hygienická péče o fyziologického novorozence</i>	<i>22</i>
<i>1.5.3 Sledování vylučování</i>	<i>24</i>
<i>1.5.4 Péče o pupeční pahýl.....</i>	<i>24</i>
1.6 Výživa novorozence.....	25
1.6.1 Přirozená výživa novorozence a její podpora	25
1.6.2 Techniky dokrmování novorozence.....	26
1.6.3 Umělá výživa	27
1.7 Propuštění novorozence z nemocnice	28
2 Cíle práce a hypotézy	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy	29
3 Metodika	30
3.1 Metodika.....	30
3.2 Charakteristika souboru	30
4 Výsledky	31
5 Diskuze	46
6 Závěr	57
7. Klíčová slova	58
8. Seznam použitých zdrojů	59
9. Přílohy.....	62

Úvod

„Děti jsou křídla lidstva“

(arabské přísloví)

Bakalářská práce je věnována tématu ošetrovatelská péče o fyziologického novorozence v současné době a trend pro příští léta. Téma jsem si vybrala, protože patří k práci porodní asistentky umět se dostatečně a erudovaně postarat o novorozené dítě. Je tedy důležité znát současné i nové trendy v ošetřování fyziologického novorozence. S fyziologickým novorozencem se ve své profesi porodní asistentky budu setkávat asi nejčastěji.

Ošetrovatelská péče o novorozence se podobně jako péče v jiných oborech vyvíjí a mění na základě nových poznatků a výzkumů. Do jaké míry sestry pracují s novorozenci podle zavedených postupů a do jaké míry jsou v praxi aplikovány nové trendy, je předmětem mé práce.

Fyziologický novorozenec je dítě narozené v termínu porodu, bez vrozených vad nebo nemocí je donošené a zralé. Za novorozence označujeme dítě od narození do 28. dne po porodu. Péče o novorozené dítě probíhá zpravidla v lůžkových zdravotnických zařízeních. O novorozence pečují lékaři (pediatři, neonatologové) a dětské sestry nebo porodní asistentky.

Péče v nemocnicích by se dala rozdělit na péči o dítě bezprostředně po porodu a péči na oddělení. Po narození dítěte je třeba provést první ošetření novorozence a zajistit dítěti co nejpřirozenější a nejsnazší poporodní adaptaci. Později se zaměřujeme na provedení některých vyšetření odhalujících vrozené vady a onemocnění. Hlavní váha péče na oddělení fyziologických novorozenců spočívá v oblasti edukace maminek a umožnění neustálého kontaktu matky s dítětem (systém rooming-in). Maminka by měla být schopna se po odchodu z nemocnice o dítě postarat a mít dostatek informací pro zajištění všech jeho potřeb, případně by měla vědět, kam se může při jakýchkoliv potížích nebo nejasnostech obrátit.

1 Současný stav

1.1 Historie

Péče o novorozence a šestinedělku původně patřila stejně jako péče o porod do rukou takzvaných porodních bab. I ve starém Římě patřilo toto umění výhradně do rukou žen - "Haec ars viros dedecet" (Toto umění nepřísluší mužům). Teprve 18. století vneslo do porodnictví díky objevům v přírodních vědách nové poznatky (anatomie, fyziologie i patologie porodu...). Ačkoliv se péče o ženu začala v 17. století zlepšovat, péče o novorozence doznala změn teprve v 18. století. 19. století dalo vzniknout samostatnému oboru pediatrie, který byl od roku 1841 přednášen i v Praze. Francie pak byla první zemí, ve které vznikla specializovaná centra v péči o předčasně narozené děti. Neonatologie jako samostatný obor se vyvinula v 60. letech 20. století v Evropě i v USA. Neonatologie získala své místo na pomezí porodnictví a pediatrie (22).

Péče o novorozence úzce souvisí s péčí o ženu a průběhem porodu. Svůj nesporný význam mají tedy i operační porody. Jedná se o obraty plodu, porod koncem pánevním, využití kleští nebo vakuumextraktoru a císařský řez. Historie císařského řezu začíná již ve starověku, kdy byl císařský řez povolen jen na již mrtvé ženě. Význam této operace se podstatně zvýšil s možností provádění anestezie v těhotenství a s rozvojem antibiotik (22).

19. a 20. století přineslo díky novým poznatkům péči ženám již v těhotenství, do té doby se hlavní váha péče soustředila na období porodu. Francouzský lékař J. A. Lejumenau objevil možnost sledovat auskultačně ozvy plodu. Dalším pokrokem bylo vytvoření mateřských poraden a poraden pro těhotné ženy. U nás se první objevila roku 1910. Většího rozvoje se však dočkaly až s koncem II. světové války. Rok 1952 je rokem prvního vydání celostátně uznávané „Průkazky pro těhotné“. Tyto změny následovalo využití Rtg v diagnostice - nejčastěji odúmrtí plodu, IUGR.... Polovina 20. století pak přinesla ultrazvukové vyšetření a kardiokograf. 70. a 80. léta minulého století jsou ve znamení rozvoje amniocentézy, fetoskopie, kordocentézy nebo biopsie choria. Vzniká zcela nový obor - obor asistované reprodukce (22).

Své místo v historii zaujímá výživa novorozence, která stejně jako jiná odvětví prošla dlouhým vývojem. Od dob, kdy stravování novorozenců řídila převážně přirozenost, intuice a rituály, až po výzkumy, jejichž poznatky řídí stravování novorozenců nyní. Během let se vyvíjely i možnosti krmení dětí, jejichž matky nemohou kojit. Rok 1894 dal vzniknout první takzvané mléčné bance. Hanri Nestlé pak v polovině 60. let 19. století uvedl na trh první průmyslově vyráběnou umělou náhradu mateřského mléka. V dnešní době máme k dispozici široké spektrum nejrůznějších umělých formulí. Optimálním způsobem výživy však stále zůstává mateřské mléko. K podpoře kojení vzniká program UNICEF a WHO Baby-Friendly Hospital. Svou měrou přispívá také systém rooming-in na odděleních fyziologických novorozenců (21, 22).

Velkým přínosem pediatrii byl beze sporu také vznik a zdokonalení inkubátoru či výhřevného lůžka, tento vynález má svou hlavní funkci a význam především v péči o nedonošené, nezralé, nebo patologické novorozence. Velmi významný je také neustálý vývoj a pokrok v diagnostice a léčbě onemocnění. U novorozenců se často jedná o vrozené vady. O odhalení mnoha vrozených vad se zasloužili nejen lékaři objevující vrozené vady srdce nebo zažívacího traktu, typu transpozice velkých cév, nebo duodenální atrezie, ale i zavedení novorozeneckého screeningu. O něj se zasloužil profesor Robert Guthrie z univerzity v Buffalu ve státě New York. Objevil metodu založenou na inhibici růstu bakterií a poměrně jednoduše tak odhalil vrozenou fenylketonurii. O zavedení celoplošného screeningu se pak prostřednictvím WHO zasloužili pánové Wilson a Junger roku 1968 (22, 24).

1.2 Definice fyziologického novorozence

Za novorozenecké období označujeme dobu od přestřížení pupeční šňůry do 28. dne života dítěte. Fyziologický novorozenec je dítě narozené v termínu porodu (tzn. mezi ukončeným 37. a 42. týdnem gravidity), jehož váha se pohybuje mezi 2500g a 4500g, je zralý, bez vrozených vad nebo nemocí a je schopen normálního průběhu poporodní adaptace. Poporodní adaptaci orientačně hodnotíme podle systému Apgarové, který si všímá nejzákladnějších životních funkcí - dechu, srdeční akce, svalového tonu, barvy kůže a reakce na podráždění. Ke každému z kritérií přiřazujeme 0 - 2 body, a to v 1., 5. a 10. minutě po narození. Aby byl průběh adaptace označen, jako fyziologický je nutné dosáhnout hodnocení minimálně osmi bodů. Fyziologický novorozenec dále vykazuje známky donošenosti. Má dostatečně vyvinutý tukový polštář, kůži má růžovou, pokrytou mázkem, na nose jsou často patrná milia (žlutavé tečky - z mazových žláz). Lanugo je u donošených dětí nepřítomno nebo se nachází jen na zádech. Hlavičku dítěte pokrývají jemné vlásky, nehty přerůstají přes bříška prstů, ušní boltce mají již vyvinutou chrupavku. Velmi důležitým ukazatelem zralosti dítěte je rýhování plosek nohou a vyvinutost genitálu, kdy u dívek by měly velké stydké pysky překrývat malé a u chlapců musí být sestouplá varlata do šourku. Pro hodnocení zralosti se používá systému dle Ballarda (viz. příloha č. 2). Toto hodnocení využívá kritéria pro hodnocení somatické zralosti a funkční odpovědi novorozence (neuromuskolární zralosti). Pro fyziologického novorozence je charakteristická délka přibližně okolo 48 až 55 cm, obvod hlavy v rozmezí 32 až 37 cm a obvod hrudníku o jeden až dva centimetry menší než obvod hlavy. Dechová frekvence 30 až 60 dechů za minutu, tepová 110 až 160 tepů za minutu. Tlak naměříme v rozmezí systolického 50-75 mmHg k diastolickému 30 - 45 mmHg. Teplota v axile se pohybuje okolo 36,5 - 36,8 °C (2, 7, 8, 11, 23).

1.3 První ošetření fyziologického novorozence na porodním sále

1.3.1 Úvod k přerušení fetoplacentárního oběhu a prvnímu ošetření

Po porodu přebírá novorozence do péče sestra, která dítě zabalí do savé, sterilní a předehřáté roušky. Dítě je pak dle přání matky položeno na její břicho. Prvnímu ošetření může být přítomen pediatr. Při prvním ošetření novorozence, tedy bezprostředně po porodu, provádíme podle nových trendů jen nezbytně nutné úkony, mezi které patří zajištění tepelného managementu dítěte, zahájení kardio-pulmonální resuscitace, ji-li to nutné, dále označení dítěte a umožnění časného kontaktu s matkou - ideálně formou „skin to skin“. Ostatní úkony je možné přesunout na pozdější dobu. Při ošetřování s novorozencem manipulujeme šetrně, úkony by měly být účelné a provedené v co nejkratším časovém úseku. Po celou dobu udržujeme kontakt s matkou a snažíme se novorozence nevystavovat zbytečnému hluku a ostrému světlu (8, 18).

Prvním krokem dítěte na cestě do života je přerušení fetoplacentárního oběhu (fetoplacentární oběh – viz příloha č. 3). Asi jednu třetinu krve plodu obsahuje placenta. Po porodu pokračují průtoky umbilikálními cévami, jejichž prostřednictvím se krev může dále dostávat k plodu. Jedná se o takzvanou placentární transfúzi. Porodník nechává pupečník „dotepat“ a přerušuje fetoplacentární oběh svorkou přibližně po 30 až 45 sekundách. V místě přerušení provede dezinfekci pupečníku. Spontánně dochází k přerušení průtoků umbilikálními cévami asi 2 až 3 minuty po porodu (8, 18).

Při prvním ošetření se snažíme zajistit co nejideálnější podmínky pro nástup běžné poporodní adaptace. Bezprostředně před porodem nebo císařským řezem je třeba, aby sestra překontrolovala a připravila vše potřebné k prvnímu ošetření novorozence. První chvíle dítěte po porodu jsou často rozhodující pro jeho pozdější život. Počítat bychom měli i s možnými komplikacemi a náhlými situacemi. U každého porodu by měla být přítomna minimálně jedna osoba schopná zahájit okamžitou resuscitaci novorozence (zahájení resuscitace - viz příloha č. 4). Součástí pomůcek připravených k prvnímu ošetření jsou tedy i pomůcky nutné k resuscitaci (1, 19, 23).

1.3.2 Pomůcky k prvnímu ošetření

Na novorozeneckém boxu, kde ošetření probíhá, máme ošetřovací stůl se stálým zdrojem tepla a světla. Stůl je přístupný z více stran, předehřátý a připravený na první ošetření novorozence. V jeho bezprostřední blízkosti je odsávací zařízení, tedy odsávačka, a přívod medicinálních plynů jako je vzduch nebo kyslík i se směšovačem těchto plynů. Připravený musíme mít také transportní inkubátor nebo výhřevné lůžko. Nezbytný je sterilní set pro ošetření novorozence, fonendoskop, různé typy odsávacích cévek s centrálními otvory a stopky. Dále potřebujeme zahřáté sterilní pleny, prádlo pro novorozence, peřinku, roušky a novorozenecký set. K prvnímu ošetření je zde také olej, sterilní čtverce, dezinfekční přípravek, který neobsahuje alkohol ani jód, identifikační pásky na označení dítěte, teploměr, Ophthalmo-septonex, K vitamin v injekčním nebo gtt. provedení, vatové štětičky, kartáč na vlasy, emitní miska, váha a míra. Součástí sterilního porodního stolku je svorka na pupečník, tkalouny a tampóny. Z dokumentace máme připravený písemný doklad se jmény pro dítě (jak pro chlapce, tak pro děvče), případně potvrzení z matricy o rozdílném příjmení dítěte a matky, dále kompletní dokumentaci s anamnézou o průběhu těhotenství a dokumentaci novorozence (1, 18, 19).

1.3.3 Hodnocení novorozence na porodním sále - skóre podle Apgarové

Ještě před zahájením samotného ošetřování je nutné zhodnotit stav novorozence. Za tímto účelem využíváme skóre podle Apgarové (viz příloha č. 5). Toto hodnocení zavedla doktorka Virginia Apgarová v roce 1952. Jedná se o hodnocení pěti základních bodů poporodní adaptace. Hodnocení provádíme v první, páté a desáté minutě po porodu. Kritérii pro hodnocení je akce srdeční, dýchání, svalový tonus, reakce na podráždění a barva kůže. Každý z uvedených znaků hodnotíme 0 až 2 body. Za těžkou asfyxií označujeme Apgar skóre 0-3 body, mírná nebo střední asfyxie je vymezena 4 až 7 body, za normu a dobrý poporodní stav je bráno rozmezí 8 až 10 bodů. Skóre podle Apgarové má význam pro okamžité zahájení vhodné péče, například resuscitace při nízkém skóre v první minutě a prognostický význam. Přetrvávající nízké

hodnoty v páté i desáté minutě ukazují na zvýšenou možnost poškození mozkové tkáně. Skóre podle Apgarové je vhodné doplnit o vyšetření krve podle Astrupa (2, 5, 7, 8).

1.3.4 Teplota a tepelné ztráty u novorozence

V první řadě je důležité zabránit zbytečným ztrátám tepla, ke kterým po porodu dochází velmi snadno, dítě ztrácí teplotu rychlostí asi 1°C za minutu. Na zřeteli tedy musíme mít způsoby, jakými ke ztrátám tepla novorozence dochází a zabránit jim. Jedná se o proudění, unikání tepla do okolního prostředí (vzduchu), vyzařování, kdy teplo dítěti berou chladné objekty v jeho blízkosti (okno, chladná stěna inkubátoru,...), odpařování, k němuž dochází zejména, pokud je dítě vlhké a posledním typem je takzvané vedení, ke kterému dochází přímým kontaktem kůže dítěte s chladnými předměty například s váhou, s podložkou. Tělesná teplota dítěte má velký vliv na průběh celé poporodní adaptace. Novorozence proto ošetřujeme na vyhřevném lůžku, balíme a sušíme jej předehřátými plenami. Dobu ošetření se snažíme zkrátit na minimum, veškeré pomůcky máme připraveny v blízkosti vyhřevného lůžka. Místnost, kde probíhá první ošetření novorozence, by měla mít teplotu 25°C. Dítě má po porodu přibližně teplotu matčina těla, proto k podpoře termoregulace přispívá přímý kontakt matky s dítětem (skin to skin), kdy matčina pokožka je pro dítě termoneutrální (přibližně 33°C). Mezi zásady zabraňující ztrátám tepla novorozence patří dostatečné osušení dítěte, výměna vlhkých plen za suché, použití vyhřevných pomůcek (zářič, babyterm, inkubátor - 35°C, vyhřevná dečka), vhodná teplota prostředí - porodního nebo operačního sálu pohybující se okolo 20 až 22°C (2, 7, 8, 11).

1.3.5 Odsávání novorozence na porodním sále

Někdy je před dalším ošetřováním nutné dítě odsát. Odsávání se provádí pouze v indikovaných případech, jako je zakalená plodová voda (např. mekoniem) nebo resuscitace novorozence. Paušální odsávání novorozence, který odsání nepotřebuje, může způsobovat zbytečné potíže v jeho poporodní adaptaci. Hadička zavedená k odsávání dráždí a může poškodit sliznice odsávaných částí dýchací či trávicí soustavy (nos, ústa, orofaryng, žaludek) nebo vyvolat edém nosní sliznice. Dalším následkem odsávání může být opožděný nástup spontánních dýchacích pohybů - jedná se o

takzvané perorální bránění. Dojít může také ke změnám srdečního rytmu, ke zvracení, vagovému dráždění a v neposlední řadě k poruchám prvního kontaktu s matkou a pozdnímu nástupu kojení. Pokud přesto odsávání provádíme, postupujeme v pořadí - ústa - nos - žaludek, jiná literatura uvádí ústa - faryng - nos. Při jakýchkoliv nežádoucích potížích (reflexní apnoe...) úkon okamžitě přeručíme (1, 2, 11, 19).

1.3.6 Značení novorozenců

Jedním z důležitých úkonů prováděných při prvním ošetření dítěte, je značení novorozence k jeho snadné a rychlé identifikaci. K označení se nejčastěji používají plastické proužky s nerozepínatelným patentem, alternativou je využití kroužků s číslem porodu, v některých státech je k identifikaci používán otisk kožní kresby patičky (8).

České neonatologické společnosti vydala doporučení týkající se značení novorozenců v našich podmínkách. Jako prvním bodem je trvalost značení po dobu minimálně 3 - 7 dní i déle, eventuelně jeho snadná obnovitelnost. Za druhé se značení nesmí samovolně uvolnit, k jeho uvolnění může dojít pouze úmyslně. Veškeré údaje na pásce musí být napsány tak, aby je nebylo možné smazat a v prostředí, kde se novorozenec běžně nachází, nesmí dojít k poškození těchto údajů. Čitelnost značení by měla být zaručena i bez toho, aby se muselo dítě svlékat. Značení nesmí být zdravotně závadné, ohrožovat dítě či zraňovat jeho kůži a nesmí nijak vadit při ošetřování novorozence. V neposlední řadě by značení mělo propojovat novorozence s matkou (kritická situace - oddělení novorozence a matky) (15).

Dítě značíme co nejdříve po porodu. Značení doplňujeme o označení matky údaji o novorozenci. Pro rychlou orientaci se používá značení zavinovačky, dítěte, postýlky nebo pokoje. K značení je vhodný speciální plastový náramek s nerozepínatelným patentem, další označení je možno napsat přímo na hrudník nebo stehno dítěte 0,5 % vodným roztokem gentiánové violeti. V případě vícečetných těhotenství se na hrudníky dětí píše římská číslice nebo velké písmeno (A, B,...) dle pořadí při porodu. Náramek musí obsahovat jméno a příjmení novorozence, číslo porodu, datum a hodinu narození, pohlaví dítěte, ev. jeho národnost, jméno a příjmení matky. Pásek se upevňuje kolem zápěstí nebo kotníku dítěte. Upevnění nesmí dítě škrtit,

ale zároveň musí být dostatečně pevné, aby nesklouzlo (fyziologický úbytek hmotnosti dítěte po porodu). Pokud je to možné, značíme dítě v přítomnosti matky. Náramek i popisek na tělíčku dítěte je třeba průběžně kontrolovat a v případě potřeby obnovit. Za označení zodpovídá personál oddělení. Náramek je vhodné dítěti odstranit teprve po odchodu z nemocnice.(7, 15).

1.3.7 Ošetření pupečního pahýlu

Dalším bodem prvního ošetření je péče o pupeční pahýl. Pupeční pahýl musí být podvázán dvojitou ligaturou nebo speciální umělohmotnou svorkou, musí být vydezinfikován a zabalen do čistého sterilního čtverce. K zabránění případného krvácení provádíme pečlivou kontrolu podvázání. Pupečník necháváme volný, nijak jej nebandážujeme (2, 8, 11).

1.3.8 Význam prvního přiložení dítěte a kontaktu kůže na kůži (skin to skin)

Podceňovat by se neměl ani význam prvního přiložení dítěte a kontaktu kůže na kůži (skin to skin). Dítě by mělo být přiloženo k prsu do 30 minut, nejdéle do 2 hodin po porodu. Pokud jsou k tomu vhodné podmínky, můžeme dítě přiložit okamžitě po porodu. V některých porodnicích se dítě pokládá na břicho matky ještě před přerušením pupeční šňůry. První kontakt podporuje rozvoj vzájemného vztahu matka - dítě. Navíc v prvních dvou hodinách po porodu je dítě nejčilejší a jeho hledací a sací reflexy jsou poměrně silné, pro kojení je tedy nejvhodnější doba (dítě se snáze přisaje k prsu). Kontakt kůže na kůži pomáhá dítěti regulovat tělesnou teplotu, dýchání a akci srdeční. Výhodou pro matku je stimulace produkce oxytocinu, který podporuje vylučování mléka a napomáhá zavínování dělohy. V případě, že stav dítěte nedovoluje takto intenzivní kontakt, je dobré matce dítě alespoň ukázat. Po těžších porodech, císařských řezech, apod. se první kontakt dítěte s rodiči může odehrávat prostřednictvím otce (2, 7, 11, 23).

1.3.9 Vážení novorozence

Novorozenec je na porodním sále také zvážen. Při vážení dáváme pozor na ztráty tepla u dítěte, novorozence pokládáme na plenu, váha je v blízkosti tepelného zdroje. Veškeré údaje zaznamenáváme do dokumentace. Hmotnost fyziologického novorozence se pohybuje v rozmezí 2500 až 4200 g. V současné době se prosazuje trend odsunutí vážení až za dobu bezprostřední poporodní adaptace (7, 8).

1.3.10 Kredeizace - dezinfekce spojivkového vaku novorozence

Kredeizace je vykapání spojivkového vaku novorozence k profylaxi neonatální konjunktivitidy, především gonokokové nebo jiné bakteriální konjunktivitidy. Dekontaminace se provádí dezinfekčním nebo antibiotickým roztokem. V současné době je u nás používán Ophtalmo-Septonex, který zasahuje přímo do enzymatických systémů bakterií a navíc je dětmi dobře snášen. Kredeizace je prováděna ještě na porodním sále. V množství přípravku, jaké je k úspěšné kredeizaci třeba, se však literatury rozcházejí. V některé literatuře je uváděna jedna kapka roztoku do každého oka. V jiné se uvádí, že od roku 1997 je dávkování Ophtalmo-Septonexu změněno na dvoustupňovou laváž, která spočívá v propláchnutí očních spojivek větším množstvím tohoto roztoku a v opakování této procedury ještě na oddělení. Literatura také uvádí, že podle nových výzkumů, je možné ke druhému stupni laváže použít 2,5% roztok Betadine (1, 2, 7, 8, 11, 19, 23).

1.3.11 Prevence časně i pozdní krvácivé nemoci novorozence (morbus haemorrhagicus neonatorum)

Podávání vitamínu K (kanavitu), jako profylaxe časně krvácivé nemoci novorozence v množství 1mg i.m., i.v. nebo per os všem novorozencům, se provádí většinou již na porodním sále. U dětí, které jsou kojeny, se pak v podávání K vitamínu pokračuje v dávce 1mg per os týdně, po dobu prvního měsíce života dítěte. V následujících měsících se pokračuje 1mg za měsíc dokud je dítě plně kojeno (11).

1.3.12 Vyšetření laboratorní a první vyšetření pediatrem

Dalším bodem, který můžeme zařadit do poporodního ošetření novorozence, je provedení nejrůznějších laboratorních vyšetření. Jedná se o laboratorní vyšetření z pupečnickové krve napomáhající k hodnocení celkového stavu novorozence. Bezprostředně po porodu se odebírá pupečnicková krev z umbilikální vény i arterie k vyšetření podle Astrupa, tedy stanovení acidobazické rovnováhy. Prostřednictvím tohoto vyšetření zjistíme hladinu pH, která by neměla být nižší než 7,1 a BE (exces bází), jehož hladina by neměla klesnout pod -12. V případě, že jsou hodnoty nižší, můžeme uvažovat o možnosti intrauterinní hypoxie plodu. Za normu je považováno Ph nad 7,25, Ph v rozmezí 7,15 - 7,25 ukazuje na asfyxii I. stupně, hodnoty mezi 7,05 - 7,15 Ph prozrazují asfyxii II. stupně a Ph pod 7,05 je těžká asfyxie III. stupně. Dále zjišťujeme krevní skupinu dítěte. Hladinu bilirubinu, takzvaný Combsův test vyšetřujeme u dětí s rizikem Rh či AB0 izoimunizace. U všech dětí provádíme také screening BWR, HbsAg a HIV. Při podezření na intraovulární infekci odesíláme plodovou vodu ke kultivaci a placentu na histologické vyšetření. Vyšetřit lze také hladinu laktátu, která ukazuje na intrauterinní hypoxii. Pokud se hladina pohybuje v rozmezí 4,7 - 8 mmol/l, je lehce zvýšená, hodnoty nad 8,9 mmol/l znamenají patologický nález. Za normu jsou považovány hodnoty pod 4,7 mmol/l (2, 8, 11).

Každý novorozenec je vyšetřen dětským lékařem nebo neonatologem, zpravidla v prvních hodinách po porodu. Součástí vyšetření je rodinná, těhotenská a porodní anamnéza. Samotné vyšetření je zaměřováno na orgány a snahu odhalit případné vrozené vady. Vyšetření se provádí na vhodně teplém a osvětleném místě, novorozenec je nahý. Žádoucí je přítomnost alespoň jednoho z rodičů, který může v případě potřeby doplnit informace nebo při vyšetření asistovat. Při vyšetření či po něm, by měl lékař rodičům předat první informace o jejich dítěti. Veškeré potřebné informace by měly být podány tak, aby jim rodiče rozuměli (2, 8, 11).

1.4 Vyšetření novorozence a očkování proti TBC

"Pojmem screening označujeme systematické cílené vyhledávání určité choroby před její klinickou manifestací se snahou předejít včas jejím možným následkům" (8, str. 183).

1.4.1 Dělení screeningů

Každé screeningové vyšetření musí splňovat určité podmínky. V první řadě je to snadná dostupnost testu, jeho jednoduchost a dostatečná citlivost. Screening by neměl být finančně příliš náročný a nesmí zobrazovat falešně negativní výsledky. Léčba onemocnění, které takto vyhledáváme, musí být efektivnější, než by byla léčba pozdější. Důležitá je také její dostupnost (8).

V České republice se provádí screening některých onemocnění u novorozenců, takzvaný novorozenecký screening. Screening lze rozdělit na klinický a laboratorní, dále na celoplošný, který je daný zákonem a selektivní, tedy "nepovinný", prováděný jen u vybraných jedinců. Do klinického spadá vyšetření neonatologem nebo pediatrem, kteří odhalují vrozené vývojové vady a infekce, vyšetření ortopedem, který se zaměřuje na vrozenou dysplazii kyčlí, vyšetření očí (vrozená katarakta), vyšetření sluchu pro zjištění vrozené hluchoty a v neposlední řadě ultrazvukové vyšetření ledvin k záchytu vrozených vad močové soustavy. Screening laboratorní se týká fenylketonurie (PKU), kongenitální hypotyreózy (KH) a kongenitální adrenální hyperplázie (CAH). V České republice jsou screeniny legislativně ošetřeny Metodickým opatřením MZ ČR v aktualizovaném znění z července 2003. Při provádění screeningových vyšetření je důležité jejich správné načasování, způsob provedení a informovanost rodičů.(2, 7, 8, 24).

1.4.2 Vyšetření kyčlí

Vyšetření vrozené dysplazie kyčelního kloubu provádí ortoped 3. až 5. den života dítěte. Jedná se o mechanické vyšetření kyčelních kloubů a ultrazvukové vyšetření. Pokud byl první nález negativní, vyšetření se opakuje v 6. týdnu a ve 3. až 4. měsíci. Vyšetření je v našich podmínkách povinné (7, 19).

1.4.3 Ultrazvukové vyšetření ledvin a močového systému

Ultrazvukové vyšetření ledvin se provádí ve většině českých nemocnic, nespadá však mezi povinná vyšetření. Toto vyšetření, prováděné zpravidla do 5. dne po narození dítěte, má za úkol odhalit vrozené vady a anomálie ledvin (7, 19).

1.4.4 Kongenitální katarakta

Screening kongenitální katarakty je naopak povinný. Jedná se o zákal oční čočky, který může mít v tomto období vážné následky. Nedostatek stimulů v prvních měsících po narození vede ke špatnému zobrazení na sítnici a nepřenášení vzruchů do mozku. To má za následek těžká a trvalá zraková postižení. Vyšetření se provádí pomocí oftalmoskopu ze vzdálenosti asi 30 cm v zatemněné místnosti, kdy dítě má spontánně otevřené oči. Ophtalmoskopem se oči nasvítí. Pokud na nasvícení reagují červeným reflexem, jedná se o negativní výsledek testu. Rohovky očí musí být před vyšetřením čiré, případně je lze opláchnout Ophthalmoseptonem, borovou vodou nebo fyziologickým roztokem. Pokud je výsledek pozitivní, je nutné vyšetření specialistou a zahájení léčby do 4. až 8. týdne života dítěte. Oční zákal je ve většině případů operabilní, v případě, že léčba není zahájena včas, může vést ke slepotě (3, 13, 19).

1.4.5 Vyšetření sluchu

Při vyšetření sluchu je nejčastěji využíváno evokovaných otoakustických emisí. Zatím se u nás jedná o výběrové vyšetření, výskyt hluchoty je totiž častější u dětí, které mají postižení sluchu v rodinné anamnéze. Vyšetření se provádí nejlépe 3. den po narození dítěte. Vyšetření provedené dříve nemusí být tak přesné. Důvodem bývá neklid novorozence, přítomnost mázku v zevním zvukovodu ap. Vyšetření prováděné speciálním přístrojem, se provádí v tichém prostředí, v době, kdy dítě spí nebo je alespoň v klidu (5, 7).

1.4.6 Vyšetření metodou suché kapky (PKU – fenyktonurie, SKH – kongenitální hypothyreóza, CAH - kongenitální adrenální hyperplazie)

Laboratorní, tedy biochemický screening, je prováděn ještě v nemocnici zpravidla mezi 72. a 96. hodinou po porodu. Dítěti je odebrána kapilární krev z patičky na speciální kartičku. Jedná se o využití metody takzvaných suchých kapek. Testovací kartičky jsou pak odesílány do centrálních laboratoří, dle spádové oblasti. Z tohoto vzorku se pak vyšetřuje PKU, SKH a CAH (24).

Vyšetření na fenyktonurii, PKU, je založeno na měření koncentrace fenylyalaninu v odebraném biologickém materiálu. Včasné diagnostikování fenyktonurie a zahájení léčby dietním opatřením vede k zabránění nevratných poškození CNS vlivem zvýšené hladiny Phe v plazmě. Dieta - většinou celoživotní - spočívá ve vyloučení aminokyseliny fenylyalaninu ze stravy. Screening odhaluje kromě fenyktonurie i jiné formy hyperfenylalaninémie (5, 7, 8, 12, 19).

Vyšetření na kongenitální hypotyreózu se provádí měřením hladiny tyroxinu - T4 nebo tyreotropního hormonu TSH. Někdy se hladiny obou hormonů vyšetřují společně. Pokud je výsledek screeningu pozitivní, následuje vyšetření hladiny hormonů ze žilní krve. Cílem je opět zabránění poškození CNS. Léčba spočívá v substituci hormonů štítné žlázy. Léčbu je nutné zahájit do 2 týdnů po narození dítěte (5, 7, 8, 12, 19).

Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) je porucha hormonů nadledvinek, která může způsobit závažné metabolické změny. Ty mohou vést k tvorbě adrenálních androgenů s následnou virilizací zevního genitálu dívek, nástupem předčasné pseudopuberty a poruchami růstu u obou pohlaví. Pokud je přítomna i porucha tvorby mineralokortikoidů, je dítě ohroženo adrenální krizí, která může vést až k úmrtí (takzvaná solná porucha). V laboratoři je z odebraného vzorku suché kapilární krve změřena hladina 17-hydroxyprogesteronu (17-OHP). Včasná substituce glukokortikoidů, někdy i mineralokortikoidů, zabraňuje vzniku těchto poruch (7, 8, 12).

Odběr vzorku krve provádíme po zahřátí a odezinfikování patičky dítěte (místo vpiechu – viz. příloha č. 6). Vpich se zpravidla provádí kopíčkem, první kapku krve je třeba setřít. Další kapky krve se nanáší na vyznačená místa na testovací kartě,

políčka určená k odběru musí být z obou stran dostatečně zbarvena odebíraným biologickým materiálem. Správně vyplněná testovací karta s odebraným materiálem se nechá volně zaschnout a poté je odeslána do laboratoře. Údaje o odběru je nutné zaznamenat do dokumentace (7).

V České republice jsou čtyři centrální laboratoře zabývající se těmito screeny. V případě negativního nálezu nedává laboratoř o tomto výsledku žádné informace ani nemocnici ani rodičům. V případě pozitivního nálezu je rodina informována a dítě je předáno do péče specialistů, kteří onemocnění potvrdí nebo vyvrátí a případně navrhnou i vhodnou léčbu. V některých případech může laboratoř vyhodnotit nejasný nález. Tehdy je rodina opět vyrozuměna a odběr metodou suché kapky je zopakován (24).

1.4.7 Kalmetizace - povinné očkování proti TBC

Děti jsou očkovány před propuštěním z nemocnice oslabenou vakcínou BCG do levého ramene. Očkování je možné provádět od 72. hodiny po porodu do 6. týdne věku dítěte. Toto očkování je v České republice povinné dle Vyhlášky č. 439 MZ ČR v aktuálním znění. Výjimkou jsou děti s nízkou hmotností nebo děti HBsAg pozitivních matek, které se po porodu očkují proti hepatitidě B. U dětí HBsAg pozitivních matek se kalmetizace přesouvá až na dobu mezi 7. a 12. měsícem života dítěte, kdy se děti očkují až na základě negativního tuberkulinového testu. Dětem, očkovaným před propuštěním z nemocnice, se tuberkulinový test nedělá. Provedené očkování je třeba zaznamenat do dokumentace. Dokumentace musí obsahovat druh a číslo šarže očkovací látky, datum podání, razítko a podpis očkující osoby. Očkování mohou provádět lékaři nebo zaškolené osoby pod dohledem lékaře. Po úspěšném očkování se v místě vpichu vytvoří bělavý pupen. Kontraindikací k podání očkovací látky je horečnatý stav nebo sepse (očkuje se nejdříve dva týdny po úspěšném vyléčení), léčba ATB, kortikoidy a imunosupresivní léčba. Dále již zmíněná HBsAg pozitivita matky, tuberkulóza v anamnéze matky a některá onemocnění novorozence (např. imunodeficiencie, chron. onem. ledvin, jater, zánětlivé onemocnění) (7, 8, 19).

1.5 Ošetrovatelská péče o fyziologického novorozence a systém péče rooming-in na odděleních

1.5.1 Systém rooming-in

Od 80. let minulého století se v našich nemocnicích začíná prosazovat nový systém v péči o novorozence. Jedná se o systém rooming-in, v současné době praktikovaný ve většině českých nemocnic. Péče je postavena tak, aby pokud k tomu není závažná indikace, bylo dítě v neustálé blízkosti matky. Oddělování novorozence, pokud k tomu není důvod, je chybou a může vést k řadě potíží spojených se separační úzkostí. Nejčastěji se jedná o narušené kojení, nespokojenost a plačtivost dítěte. Důvodem k separaci novorozence je většinou zdravotní stav matky nebo dítěte. V takovém případě je dítě umístěno na observačním pokoji novorozeneckého oddělení. Pokud má novorozenec normální poporodní adaptaci a matka nemá žádné zdravotní komplikace a cítí se dobře, je jejich kontakt prakticky nepřetržitý. Matka a dítě jsou spolu jak první dvě hodiny po porodu na porodním sále, tak později na oddělení. Pro pobyt matky s dítětem na pokoji je však nezbytná dostatečná edukace, kontrola matky a v neposlední řadě spolupráce s matkou. Systém rooming-in umožňuje matkám naučit se během hospitalizace o svého potomka pečovat. Naučí se své dítě uchopit, přebalit, vykoupat nebo nakojit, porozumět mu a rozpoznat pláč z hladu, ze strachu, z potřeby přebalit, prohlubuje se vztah matky a dítěte. V tomto ohledu je důležitý přístup sester pracujících na oddělení fyziologických novorozenců, které matky péči o novorozence učí (1, 2, 11, 19).

1.5.2 Hygienická péče o fyziologického novorozence

Jednou z dovedností, kterou musí maminky po odchodu z nemocnice zvládat, je koupání novorozence. S první koupelí čekáme až na dobu, kdy je teplota dítěte stabilní. Koupání provádíme vzhledem k zatím nezhojenému pupečnímu pahýlu raději otíráním, později je možné využít vaničky nebo speciálního koupacího kbelíku. Teplota vody by se měla pohybovat okolo 38 °C. Její teplotu zajistíme pomocí teploměru nebo ji kontrolujeme loktem ruky. Teplotu okolí udržujeme v rozmezí 23, 9 až 26, 9 °C. Mýt dítě začínáme od hlavy, obličej myjeme vždy pouze vodou, každé oko

zvlášť navlhčeným ubrouskem od vnitřních koutků k vnějším. Dítě myjeme pomocí žínky a k místu, které jsme již žínkou umyli, se nevracíme. V současné době se již nedoporučuje koupat dítě denně, koupání obden je optimální. Omezuje se také množství a častost používání nejrůznějších mýdel, koupelových pěn a jiných kosmetických přípravků, které mohou způsobovat alergie nebo vysušovat pokožku. Pokud však kosmetiku používáme, volíme raději přípravky přírodní s vhodným obsahem Ph, nejlépe přímo určené dětem. V prvních 14 dnech, kdy je kůže dítěte osidlována fyziologickou bakteriální flórou, je mýdlo obzvláště nevhodné. Denně myjeme dítěti pouze zadeček a genitálie. U dětí se suchou pokožkou je možné do koupele přidávat olejové přípravky. Při první koupeli můžeme novorozence zbavit přebytečného mázku. Mázek lze buď jen setřít, nebo k jeho šetrnějšímu odstranění použijeme olej. Mázek však není nezbytně nutné odstraňovat všechno, v prvních hodinách po porodu chrání citlivou pokožku dítěte před vnějšími vlivy. Po umytí dítě zabalíme do osušky a po otření osušku vyměníme za suchou. Pak dítěti štětičkou šetrně očistíme uši a nos, kartáčem učešeme vlasy. Při ošetření genitálu nezapomeneme u dívek oddálit velké stydké pysky od malých a odstranit sekret a maz i odtud, při otírání dodržujeme směr zepředu do zadu. U chlapců se předkožka přes žalud nepřetahuje. Při každé koupeli si všímáme chování dítěte, jeho svalové aktivity a především stavu kůže, pátráme po případných otocích, odřeninách, začervenání, anémii, hematomech... Veškeré pomůcky ke koupání si připravujeme dopředu. Dítě při manipulaci držíme tak, aby nám nevyklouzlo. Kůži miminka po koupeli většinou není třeba nijak ošetřovat. Pokud však chceme pokožku ošetřit, zvláště je-li suchá, používáme neparfémované oleje a masti určené přímo novorozencům. Vaničku i přebalovací stůl po koupání umyjeme a vydezinfikujeme (7, 19, 20).

Mnohem častěji než celková koupel nás však čeká péče o kůži v oblasti zadečku a genitálií dítěte. Tato oblast si žádá zvláštní péči při každém přebalení. Dbát musíme na její důkladné očištění, možné je použít vlhčené ubrousky nebo vodu. Při očišťování genitálií dívek dodržujeme směr zepředu dozadu, u chlapců dbáme na důkladné očištění ve všech záhybech. Zadeček nakonec důkladně osušíme a v případě potřeby ošetříme kosmetikou proti opruzeninám nebo dermatitidě. Dítě přebalujeme dle

potřeby, zpravidla 7 - 8x denně, pokud se vyskytnou problémy, jako je průjem nebo polyurie, i častěji (19).

1.5.3 Sledování vylučování

K přebalování patří také kontrola vylučování novorozence. Sledujeme vylučování moče a stolice, jejich pravidelnost, četnost, barvu, zápach, konzistenci a případné odchylky a příměsi. O prvním močení a odchodu první stolice, takzvané smolky, provedeme pečlivý záznam do dokumentace. První močení se zpravidla objevuje už při porodu nebo krátce po něm, nejčastěji do 24 hodin. Novorozenec močí přibližně 15 až 20 x denně. První moč je vodnatá, světlé barvy a bez zvláštního zápachu. Oranžové zabarvení, objevující se zpravidla 2. a 3. den, je způsobeno příměsí solí a je zcela normální. U holčiček se může z důvodu reakce na matčiny hormony objevit hlenovitý sekret z genitálu nebo pseudomenstruační krvácení. Pokud potřebujeme znát přesné množství vyloučené moči, je možné pleny vážit. Černá, vazká stolice - smolka, by se měla u fyziologického novorozence objevit do 48 hodin od jeho narození. S tím, jak dítě začíná přijímat mléčnou stravu, se mění i charakter stolice z vazké zelenočerné až žlutočerné ve žlutou kašovitou – typickou mléčnou stolicí (cyklus kojenecké stolice - viz příloha č. 7) (7, 19).

1.5.4 Péče o pupeční pahýl

Zvláštní pozornost si také zaslouží péče o pupeční pahýl. Jak již bylo řečeno, po porodu se pupečník zaškrtní svorkou, dezinfikuje a zabalí do sterilního čtverce. Teprve po 72 hodin po porodu je pupeční stvol snesen, v některých zemích se k tomuto zákroku nepřistupuje a pupeční pahýl se nechává samovolně zaschnout a odpadnout. Pupečník, až do jeho snesení, necháváme volný, dáváme pozor, aby se nedostal pod plenkové kalhotky, a kontrolujeme jej. V případě znečištění jej čistíme pouze vodou. Není vhodné na něj používat alkoholové preparáty, které sice urychlují mumifikaci vnějších tkání, ale zabraňují vysychání hlubších vrstev. Po snesení ránu sterilně kryjeme a dítě 24 hodin od zákroku nekoupeme, nutná je však kontrola krvácení a poučení rodičů. K dezinfekci pupeční jizvy je vhodný 60% alkohol nebo roztok Betadine (7, 11, 19, 20).

1.6 Výživa novorozence

1.6.1 Přírozená výživa novorozence a její podpora

Přírozenou výživou novorozence je mateřské mléko, které splňuje veškeré jeho aktuální nároky. U plně kojených dětí do 6 měsíců života není třeba výživu nijak doplňovat (významy a kontraindikace kojení – viz. příloha č. 8 a 9). Většina matek, asi 95%, je schopna kojit své dítě. Rozhodování, zda matka kojit bude nebo ne, spadá již do období těhotenství. Sem by se tedy měla soustředit většina edukace a informací o kojení. Mateřské mléko se mění dle potřeb dítěte jak v průběhu dní (od prvního mléka kolostruma až ke "zralému mléku"), tak i v průběhu jednoho jediného kojení. Mateřské mléko obsahuje pro novorozence ideální poměr bílkovin, cukrů, tuků, vitamínů, minerálů, enzymů (podpora vstřebávání MM) a ochranné látky (makrofágy, sekreční IgA,...). Úkolem sester po porodu je naučit matku správné technice kojení (doporučení pro kojení – viz příloha č. 10). K samotné podpoře úspěšného kojení je třeba zajistit několik bodů. Prvním je dostatečná informovanost rodičky i její rodiny, s níž začínáme již v těhotenství. Druhým bodem je neoddělovat dítě od matky, pokud to není nezbytně nutné. Do tohoto bodu spadá také první přiložení dítěte na porodním sále a systém rooming-in na odděleních fyziologických novorozenců. Dalším bodem je správná technika kojení a přikládání dítěte vždy po probuzení. Fyziologického novorozence nijak nepřikrmujeme ani mu nepodáváme jiné tekutiny. Výjimkou v podávání tekutin je opožděný nástup laktace 2. až 4. den po porodu, v tomto případě můžeme dítěti stříkačkou podat čaj nebo vodu. Pokud se laktace nerozvine ani 4. až 5. den, je možné dítě dokrmit mlékem. Omezení pomůcek ke kojení (kloubouček apod.) na minimum a jejich používání jen v indikovaných případech je čtvrtým bodem. Pátý bod se týká matek s bolestivými a napnutými prsy, které je třeba naučit mléko odstříkat. K ostříkávání mléka se přistupuje především v prvních dvou týdnech po porodu. Mezi zásady podporující kojení patří také edukace ohledně používání dudlíků a láhví. Důležitým bodem je možnost kojení pro matky, které prodělaly porod císařským řezem nebo mají víceročata. Že je dítě dostatečně kojené, poznáme podle jeho celkové spokojenosti, fyziologického vývoje stolice a četnosti močení. Z hlediska hmotnosti je to dosažení porodní váhy často již během prvního týdne života dítěte. Po porodu totiž

dochází k fyziologickému úbytku hmotnosti, který se pohybuje v rozmezí 10 až 15 % a nejnižší bývá třetí den po narození. Od tohoto dne pak hmotnostní křivka novorozence zpravidla pomalu stoupá (2, 7, 8, 11).

1.6.2 Techniky dokrmování novorozence

Pokud je nutné dítě dokrmovat, můžeme si vybrat z několika technik dokrmování. Jednou z technik dokrmování dítěte je krmení lžičkou. Tato metoda spočívá v přidržení lžičky s tekutinou u úst dítěte. Ve chvíli, kdy dítě vyvine sací pohyby, lžičku mírně nakloníme. S další lžičkou vyčkáme až do doby, kdy dítě první spolkne. Tato technika je prováděna ve vzpřímené poloze dítěte. Asi nejčastěji využívaná technika je technika krmení kapátkem nebo stříkačkou. I při tomto způsobu krmení je dítě ve vzpřímené poloze, tekutinu novorozenci vsťikujeme do úst, důležitá je aktivní spolupráce dítěte - sání. Alternativou k této metodě je takzvané krmení po prstu. Na stříkačku je nutné nasadit silikonový konus nebo cévku na krmení. Dítěti vsuneme do úst prst, přibližně po polovinu druhého článku a jemně mu bříškem prstu podráždíme patro, což vyvolá sací reflex (pohyby jazyku). Na stejném principu je založena i technika sání přes prs, kdy sací reflexy na patře dítěte dráždí přímo bradavka. Krmení z kádinky nebo hrnečku používáme především u dětí s rozštěpem patra, nedonošených dětí a dětí s poruchou koordinace sání a polykání. Technika je opět prováděna ve svislé poloze, dítěti je kádinka podržena v blízkosti úst. Při vyvolání sacího reflexu dítě v kádince smáčí jazyk. Před začátkem krmení je u této techniky nutné dítěti fixovat ruce, například plenkou. Dříve velmi oblíbený způsob dokrmování pomocí láhve se podle posledních trendů příliš nedoporučuje. Sání přes dudlík totiž podobně jako používání dudlíku narušuje fyziologii sání dítěte z prsu. Sání z prsu a láhve je totiž rozdílné, což dítě mate a později si ve většině případů volí snazší způsob sání, tedy sání z láhve (7, 11).

1.6.3 Umělá výživa

K umělé výživě dítěte přistupujeme pouze v případě, že všechny pokusy o přirozenou stravu prostřednictvím kojení selhaly. O jejím zavedení, stejně jako o případném dokrmení dítěte, ať už mlékem nebo jen tekutinami, rozhoduje vždy lékař. Pokud máme k dispozici pasterizované mléko z mléčné banky, krmení jím zahajujeme, postupně pak přecházíme na formule. Pokud pasterizované mléko nemáme k dispozici, podáváme od počátku některou z počátečních formulí. Směrnice EU z roku 2006, upravuje definice počáteční a pokračovací formule. Z definice vyplývá, že pokračovací formule jsou vhodné pouze pro děti starší 6 měsíců. Někdy je nutné také využití některých speciálních formulí, nejčastěji se jedná o takzvané hypoantialergenní mléko (HA)(2, 5, 11, 21).

1.7 Propuštění novorozence z nemocnice

Dle doporučení České neonatologické společnosti (ČLS JEP), jsou u nás novorozenci a jejich matky propouštěny nejčastěji 72 hodin po porodu. Jedná se tedy o 4. nebo 5. den. Ženy po porodu císařským řezem se propouštějí zpravidla 6. den. Existuje však také možnost takzvaného časného propuštění fyziologického novorozence v prvních 24 hodinách po porodu. Česká neonatologická společnost k tomuto tématu vydala návrh případného doporučení (4).

Aby bylo dítě propuštěno do domácího ošetřování, musí splňovat několik kritérií. Novorozenec musí být zdravý, musí přibývat na váze, jeho snesený pupeční pahýl se musí dobře hojit. Důležitý pro propuštění je také průběh novorozeneckého icteru. Před propuštěním jsou u dítěte provedena veškerá povinná screeningová vyšetření a dítě je kalmetizováno. Z hlediska matky je propuštění možné, pokud je matka v dobrém zdravotním stavu a zvládá techniku kojení i základní péči o novorozence. Před odchodem z nemocnice je velmi důležitá edukace maminky, maminka je poučena o doporučeních týkajících se péče o novorozence, povinnosti nahlásit dítě zvolenému obvodnímu lékaři pro děti a dorost a zdravotní pojišťovně. Z nemocnice si maminka odnáší zdravotní a očkovací průkaz dítěte a zprávu o novorozenci (19). Pediatra pro své mimiko, by si měla maminka zvolit již před příchodem do porodnice. Je dobré ordinaci vybraného praktického lékaře pro děti a dorost před porodem navštívit a zaregistrovat se. Po návrtu domů, čeká novorozence první prohlídka u tohoto lékaře do 48 hodin od propuštění z nemocnice. Dětský lékař dítě prohlédne, zaměřuje se především na jeho prospívání a výživu, seznámí se s dokumentací z porodnice. Společně s dětskou sestrou vysvětlí mamince některé zásady péče o dítě a zodpoví její otázky. Rodiče dostanou recept na vitamín K1, který bude dítěti podáván do konce prvního půl roku života a vitamín D, který je doplňkem stravy od 14. dne do konce prvního roku. Lékař je také povinen matce poskytnout informace o ortopedické péči o dítě. Většina pediatriů dá rodičům kontakt, na kterém je v případě potřeby kdykoli k zastížení. Druhá kontrola následuje ve čtrnácti dnech života dítěte (14, 19).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit současný stav ošetrovatelské péče na odděleních fyziologických novorozenců ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou do ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence na odděleních fyziologických novorozenců ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje, aplikovány nové trendy v ošetrování fyziologického novorozence.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Ošetrovatelská péče na odděleních fyziologických novorozenců vybraných jihočeských nemocnic je prováděna podle současných trendů ošetrovatelské péče o novorozence.

Hypotéza 2: Do praxe na odděleních fyziologických novorozenců vybraných jihočeských nemocnic jsou zaváděny nové trendy ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence.

3 Metodika

3.1 Metodika

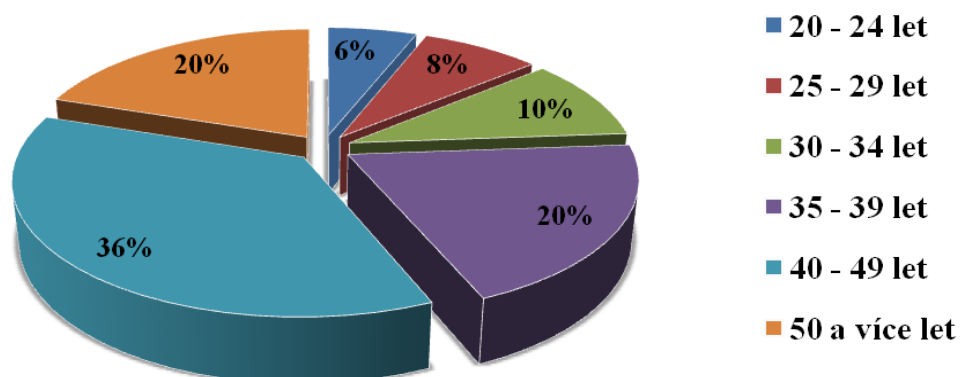
Pro získání potřebných dat bylo při šetření využito kvantitativního výzkumu pomocí dotazníků. Dotazníky byly určeny sestřím pracujícím s fyziologickým novorozencem ve vybraných nemocnicích jihočeského kraje. Dotazník obsahuje otázky uzavřeného typu.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný vzorek pro šetření tvořily sestry pracující s fyziologickými novorozenci. Šetření probíhalo v období od 19. ledna 2009 do 24. března 2009. Dotazníky byly rozdány sestřím na oddělení fyziologických novorozenců a novorozeneckém boxu v Nemocnici České Budějovice a.s. a na oddělení fyziologických novorozenců v těchto nemocnicích: Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec a. s., Nemocnice Písek a.s., a Nemocnice Český Krumlov a.s.. Rozdáno bylo 60 dotazníků a ke konečnému zpracování bylo využito 51 dotazníků. Návratnost dotazníků je tedy 85 %.

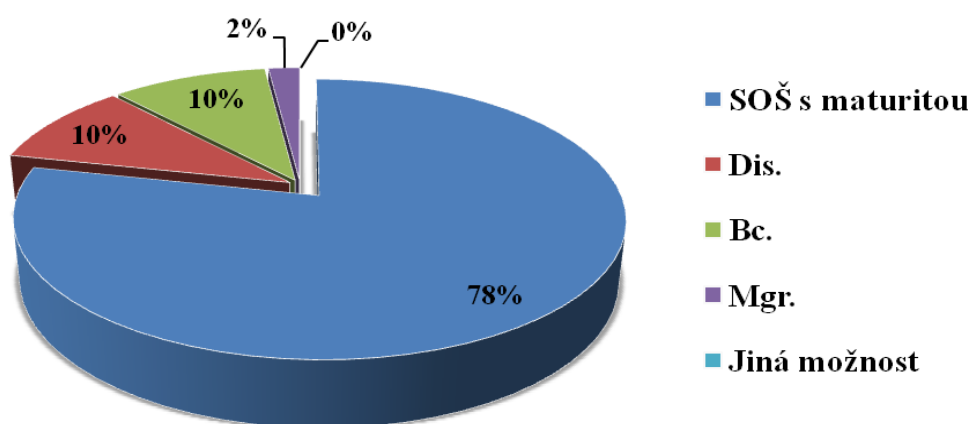
4 Výsledky

Graf 1 Věk respondentek



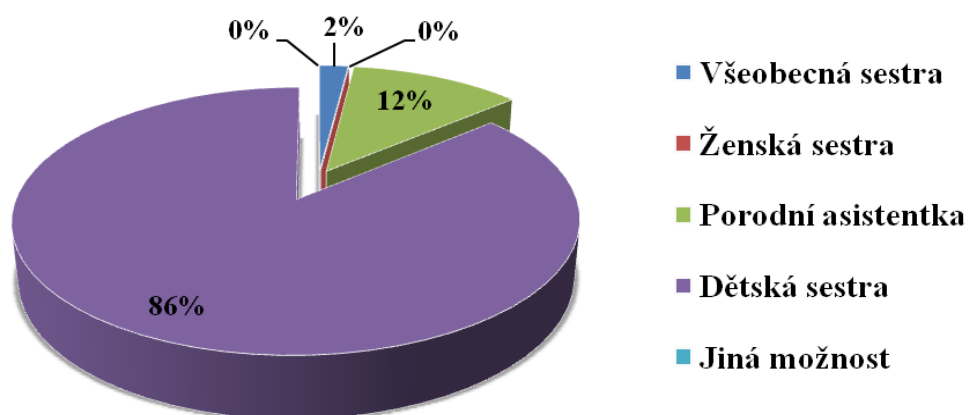
3 dotázané (6 %) jsou sestry ve věku 20 - 24 let. 4 dotázané (8 %) uvádí věk mezi 25 - 29 lety, 5 sester (10 %) mezi 30 - 34 lety. Ve věku 35 - 39 let je 10 (20 %) sester. 19 dotázaných (36 %) je ve věku mezi 40 - 49 lety. Nad 50 let pracuje na odděleních 10 (20 %) sester.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



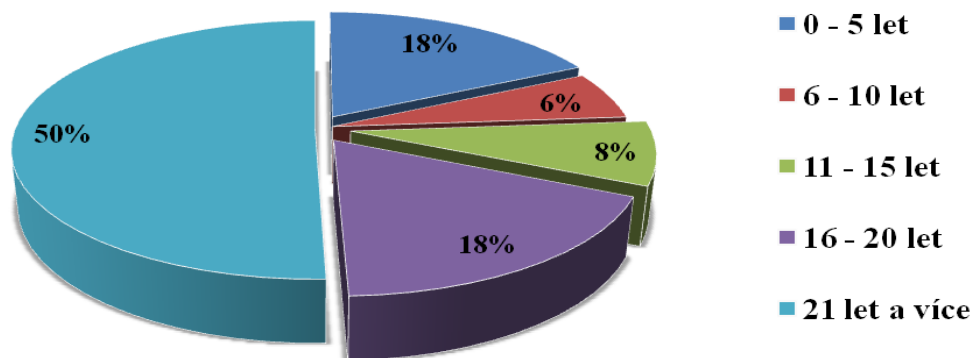
Střední odbornou školu s maturitou má vystudovanou 40 (78 %) dotázaných. Vyšší odborné vzdělání je zastoupeno 5 sestrami (10%). Vysokoškolské vzdělání s titulem bakaláře má 5 sester (10 %). Vysokoškolské magisterské vzdělání uvedla jedna respondentka (2 %). Jinou možnost vzdělání neoznačila žádná z dotázaných.

Graf 3 Obor vzdělání



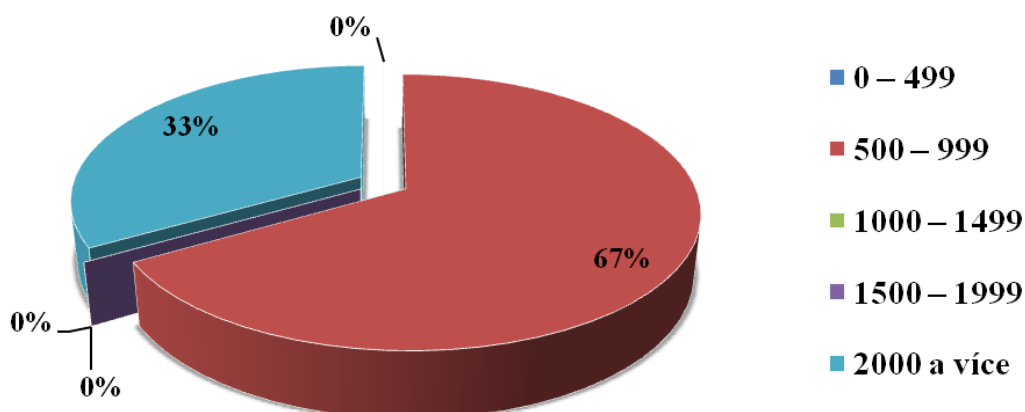
Jedna dotázaná (2 %) je vzdělána v oboru všeobecná sestra. Obor porodní asistentka uvádí 6 sester (12 %). 44 sester (86 %) je vzděláno v oboru dětská sestra. Obor ženská sestra, ani jinou možnost vzdělání, nikdo neuvedl.

Graf 4 Počet let vykonávání profese



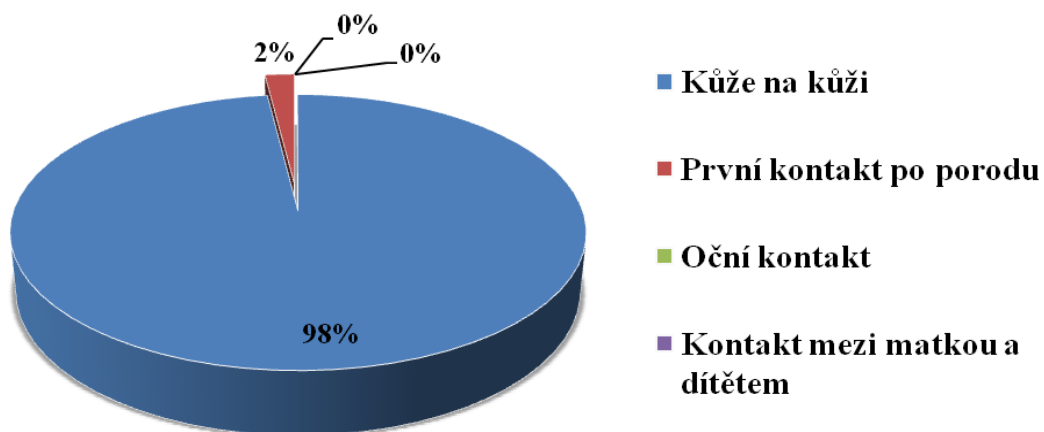
9 dotázaných (18 %) vykonává svou profesi 0 – 5 let. V rozmezí 6 – 10 let 3 dotázané (6 %) a v rozmezí 11 – 15 let 4 dotázané (8 %). 16 – 20 let, vykonává svou profesi 9 respondentek (18 %). 26 (50 %) dotázaných vykonává svou profesi 21 a více let.

Graf 5 Počet porodů na pracovišti za jeden rok



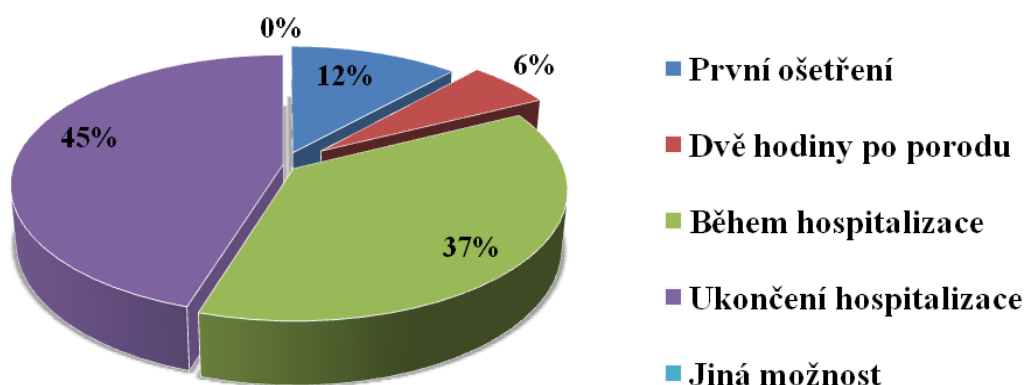
34 (67 %) dotázaných pracuje v nemocnici s počtem porodů v rozmezí 500 - 999 za rok. 17 (33 %) respondentek pracuje v nemocnici s 2000 a více porodů za rok. Ostatní z uvedených možností neoznačil nikdo z dotázaných.

Graf 6 Kontakt skin to skin



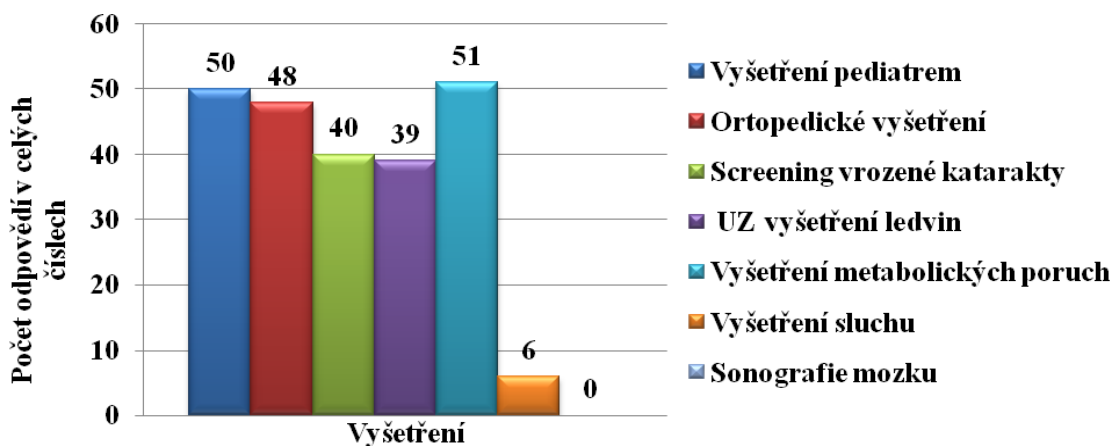
Pojmem „skin to skin“ uvedlo 50 sester (98 %) jako kontakt kůže na kůži. Jedna dotázaná (2 %) uvedla první kontakt mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu. Ostatní možnosti neoznačil nikdo z dotázaných.

Graf 7 Nejvhodnější doba pro měření délky novorozence



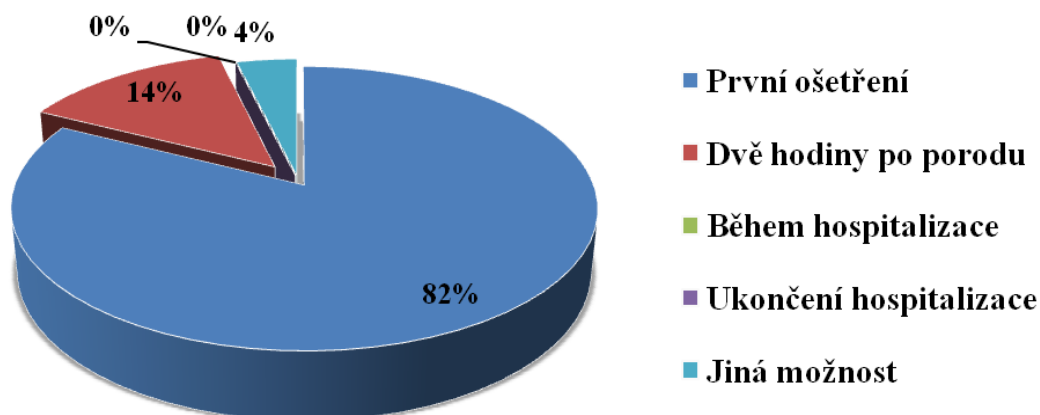
První ošetření novorozence označilo 6 dotázaných (12 %). 3 dotázané (6 %) uvádí období dvě hodiny po narození dítěte – ukončení pobytu na porodním sále. 19 sester (37 %) uvádí období pobytu dítěte na oddělení. 23 sester (45 %) uvedlo ukončení hospitalizace, tedy dobu těsně před propuštěním do domácí péče. Jinou možnost neoznačila žádná z respondentek.

Graf 8 Povinná vyšetření novorozence v ČR



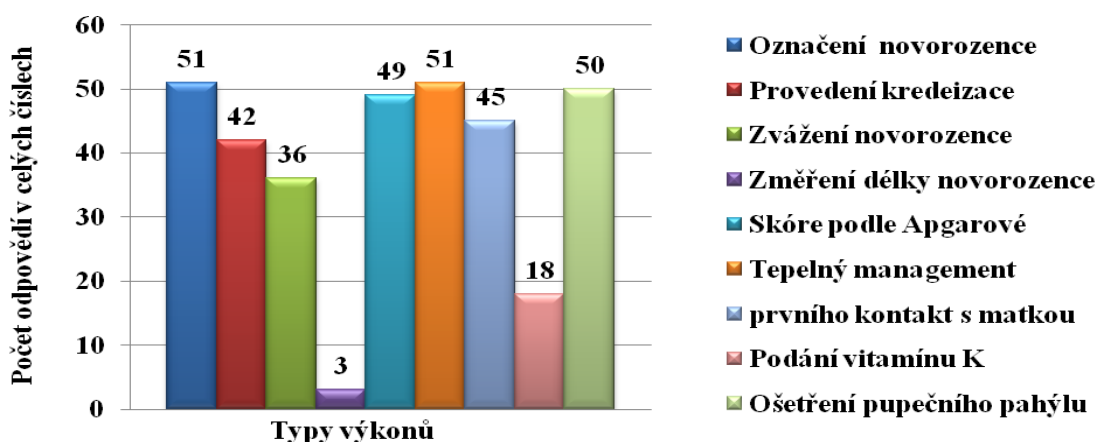
50 dotázaných uvedlo vyšetření neonatologem nebo pediatrem. Ortopedické vyšetření uvedlo 48 sester. Screening vrozené katarakty 40 sester. Sonografické vyšetření ledvin novorozence 39 sester. 51 dotázaných uvedlo vyšetření metabolických poruch (PKU, CAH, KH). Vyšetření sluchu novorozence uvádí 6 sester a sonografické vyšetření mozku nevedla žádná z dotázaných.

Graf 9 Nejvhodnější doba pro provedení kredeizace



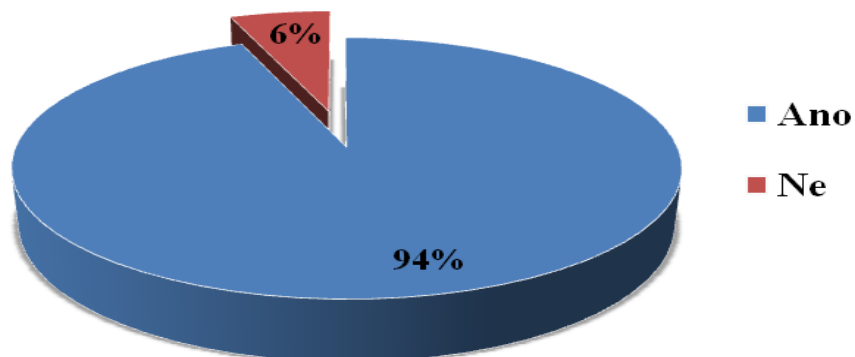
42 dotázaných (82 %) uvádí první ošetření novorozence. Dvě hodiny po porodu uvádí 7 sester (14 %). 2 sestry (4 %) označily jinou možnost. Období během hospitalizace ani období před propuštěním z nemocnice neoznačil nikdo.

Graf 10 Výkony nutné provést při prvním ošetření



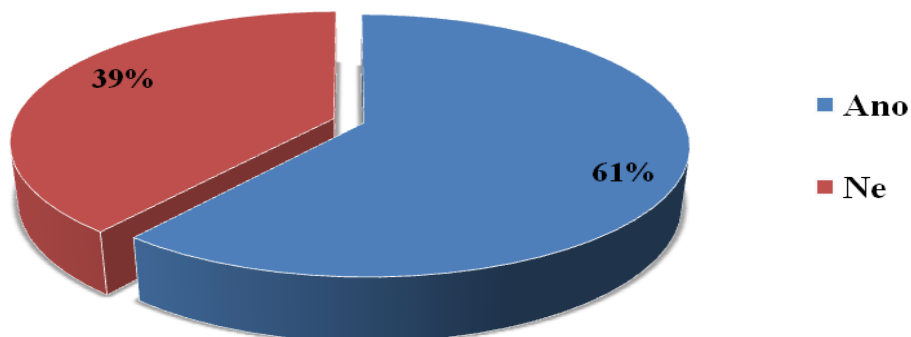
V dotazníku bylo možné zatrhnout více odpovědí. 51 sester uvedlo značení novorozence. 42 dotázaných provedení kredeizace a 36 sester vážení dítěte. Změření délky dítěte označily 3 sestry. 49 sester označilo zhodnocení skóre podle Apgarové a 51 uvádí tepelný management. První kontakt matky s dítětem uvádí 45 sester. 18 respondentek uvedlo podání vitamínu K a 50 ošetření pupečního pahýlu.

Graf 11 Specifické standardy pro ošetřování novorozence



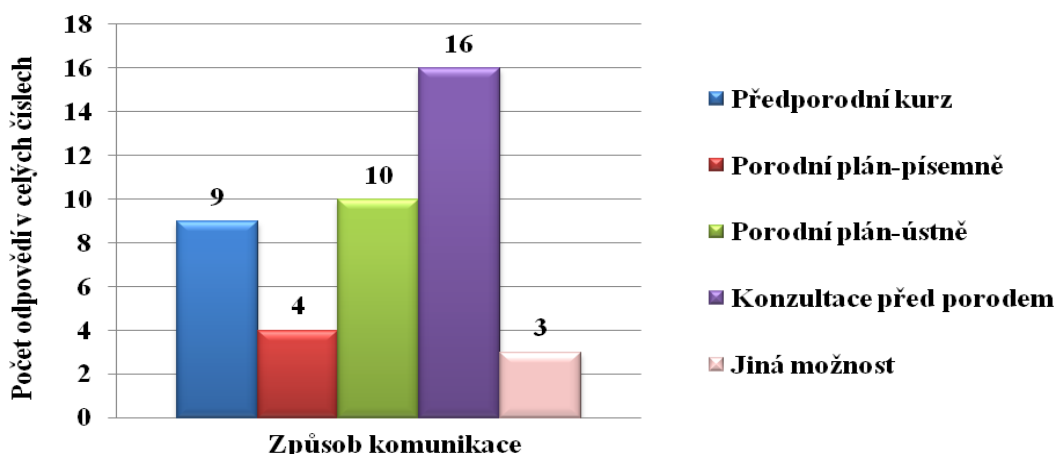
48 sester (94 %) uvádí, že jejich oddělení má vypracované specifické standardy pro ošetřování novorozenců. 3 sestry (6 %) uvádí, že specifické standardy na jejich oddělení vypracovány nejsou.

Graf 12 A Komunikace sestry s rodiči před porodem



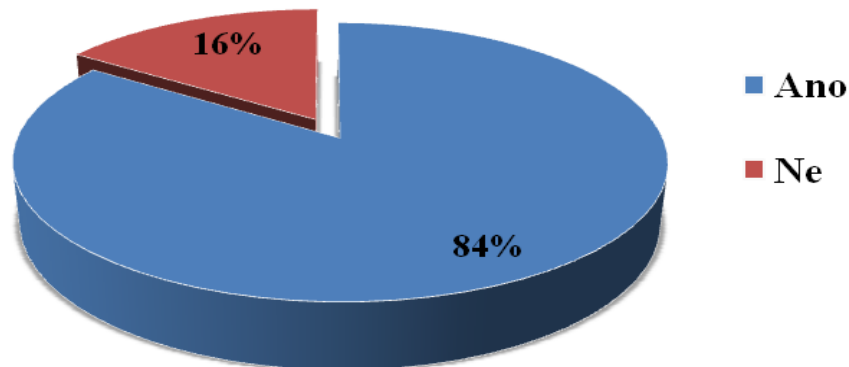
31 respondentů (61 %) odpovědělo, že komunikují s rodiči před porodem a 20 respondentů (39 %) uvádí, že s rodiči před porodem nekomunikuje.

Graf 12 B Způsob komunikace



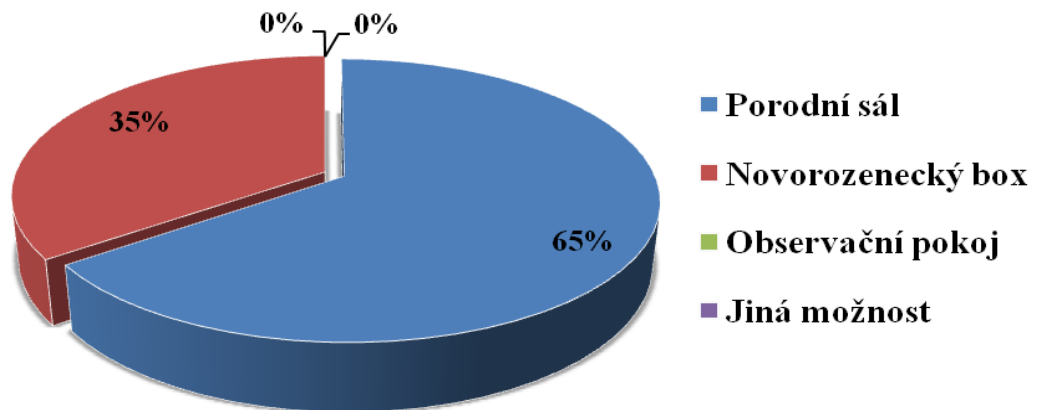
Na otázku odpovídalo 31 sester, každá z dotázaných mohla označit více jak jednu odpověď. 9 sester komunikuje s rodiči před porodem prostřednictvím předporodních kurzů, 4 sestry uvedly písemnou podobu porodního plánu. 10 sester uvádí ústní formu porodního plánu. 16 sester konzultaci s maminkou před porodem. 3 sestry uvedly jinou možnost.

Graf 13 Provádění prvního ošetření novorozence



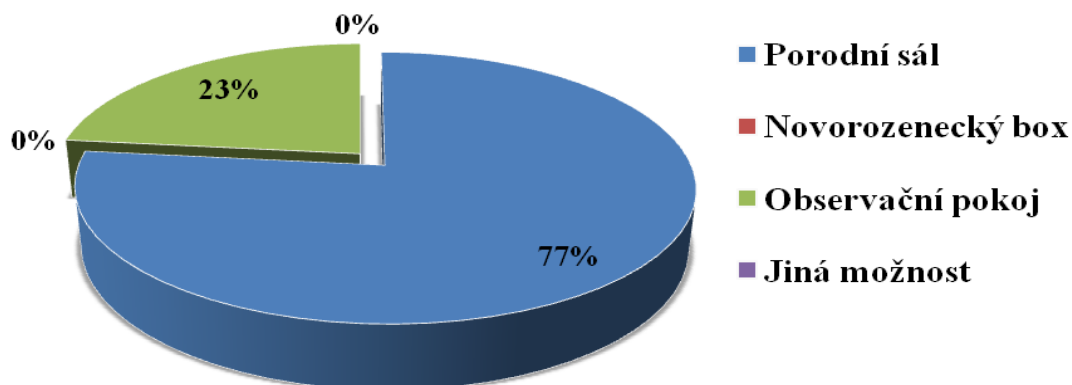
Graf ukazuje odpovědi na otázku, zda dotázané sestry provádí první ošetření novorozence. Ano odpovědělo 43 sester (84 %). 8 sester (16 %) uvádí odpověď ne.

Graf 14 Místo, kde probíhá první ošetření



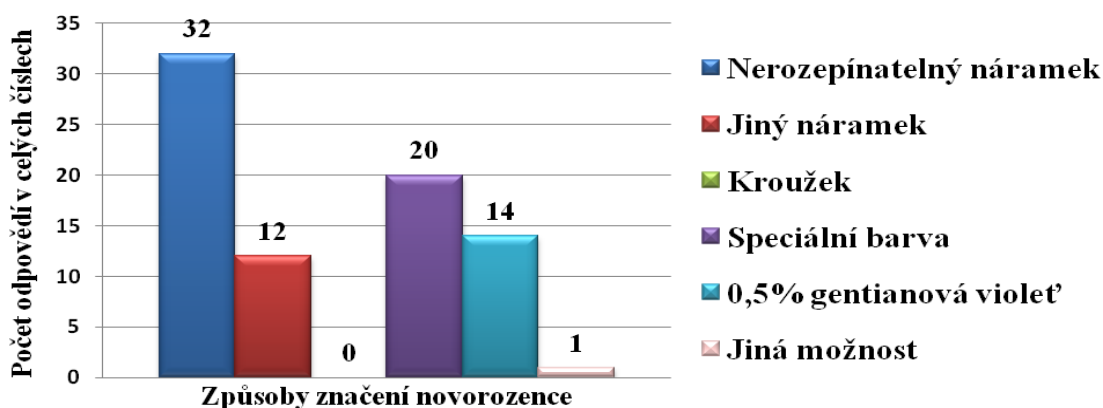
Graf znázorňuje odpovědi 43 sester (100 %). 28 sester (65 %) uvedlo porodní sál. 15 sester (35 %) uvedlo samostatnou místnost určenou k prvnímu ošetření novorozence – novorozenecký box. Observační pokoj novorozeneckého oddělení ani jinou možnost, neoznačila žádná dotázaná.

Graf 15 Místo, kde novorozenec po porodu zůstává – období prvních dvou hodin po porodu



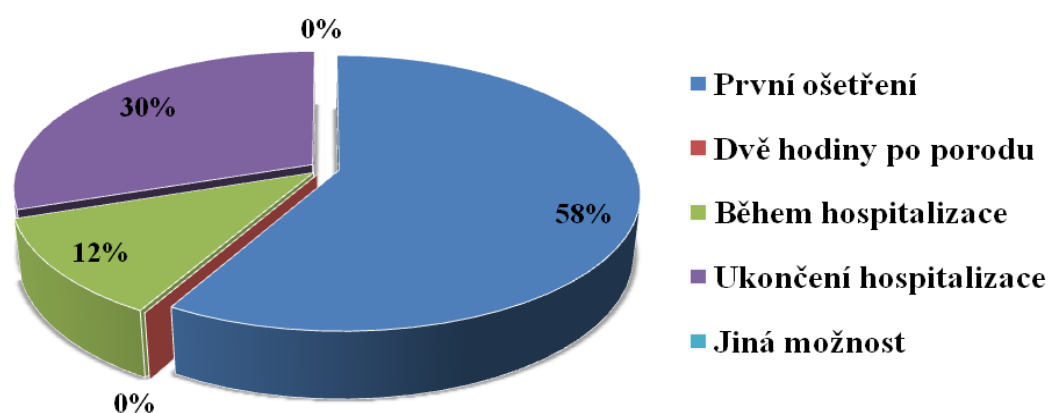
Graf znázorňuje odpovědi 43 sester (100 %). 33 sester (77 %) uvedlo, že dítě zůstává na porodním sále. 10 respondentek (23 %) uvedlo observační pokoj novorozeneckého oddělení. Jinou možnost ani novorozenecký box neuvedla žádná z dotázaných.

Graf 16 Značení novorozence



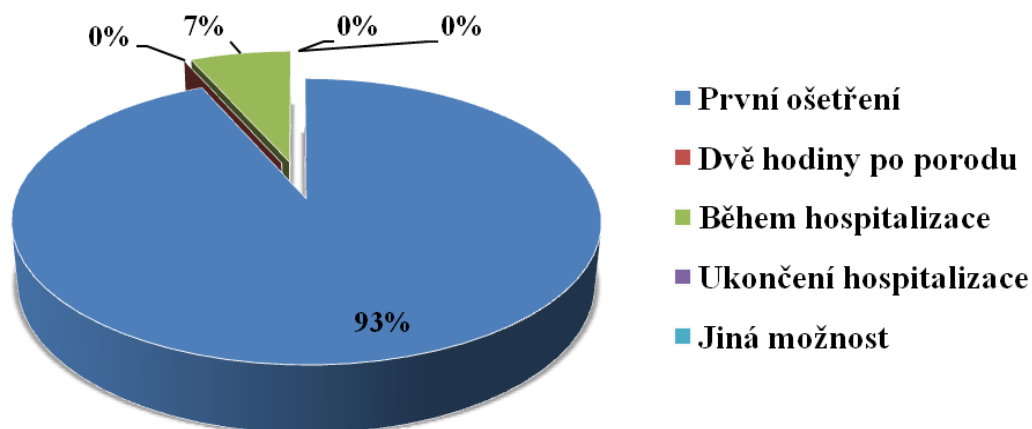
Graf zobrazuje odpovědi 43 sester, u otázky bylo možné označit více odpovědí. 32 sester uvedlo plastový nerozepínatelný náramek. 12 sester uvedlo jiný náramek. Kroužek s číslem porodu nevyužívá žádná ze sester. 20 dotázaných využívá speciální barvu, 14 0,5% roztok gentianové violeti. Jinou možnost označila jedna sestra.

Graf 17 Měření délky novorozence



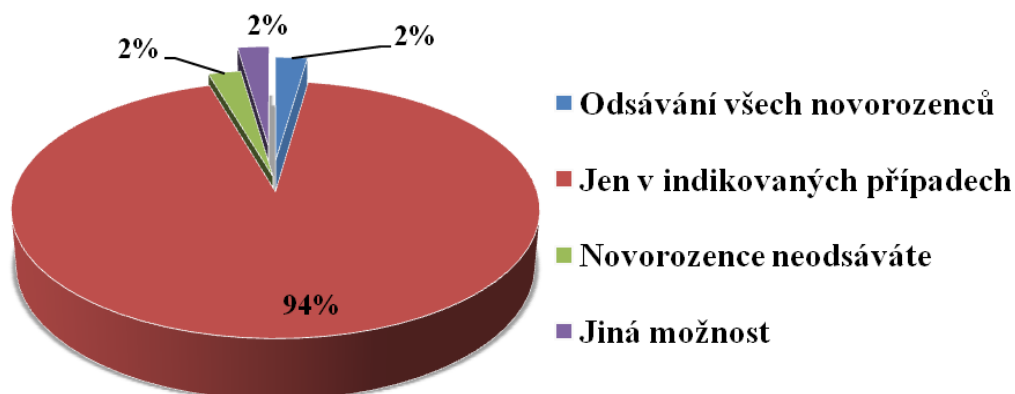
Graf znázorňuje dobu, kdy je měřena délka fyziologického novorozence. Na otázku odpovídalo 43 sester (100 %). 25 dotázaných (58 %) označilo dobu prvního ošetření dítěte. 5 sester (12 %) novorozence měří během hospitalizace a 13 sester (30 %) uvádí měření těsně před propuštěním dítěte do domácího ošetřování. Konec pobytu dítěte na porodním sále (přibližně 2 hodiny po porodu) neoznačil nikdo.

Graf 18 Vážení novorozence



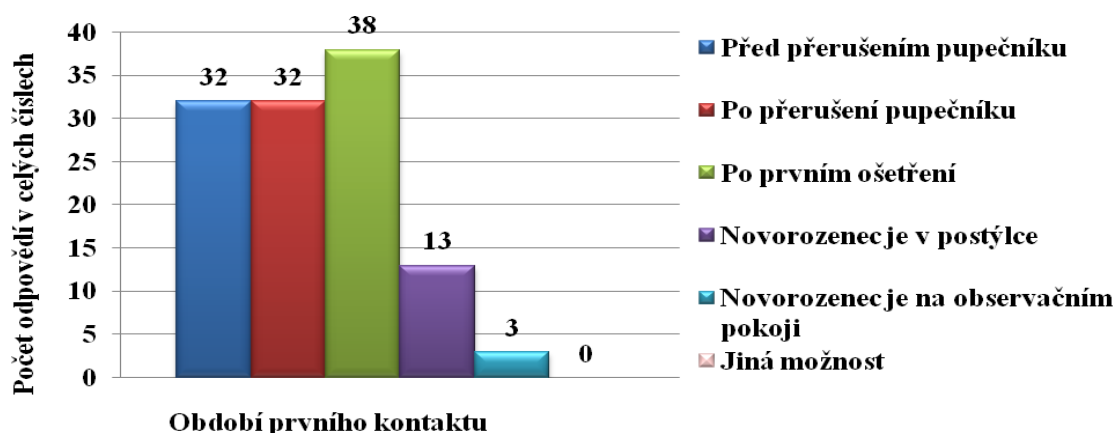
Graf ukazuje odpovědi 43 sester (100 %). 40 respondentek (93 %), uvedlo, že novorozence váží při prvním ošetření. 3 dotázané (7 %) uvádí období během hospitalizace. Ostatní uvedené možnosti nevybral nikdo z dotázaných.

Graf 19 Odsávání novorozence



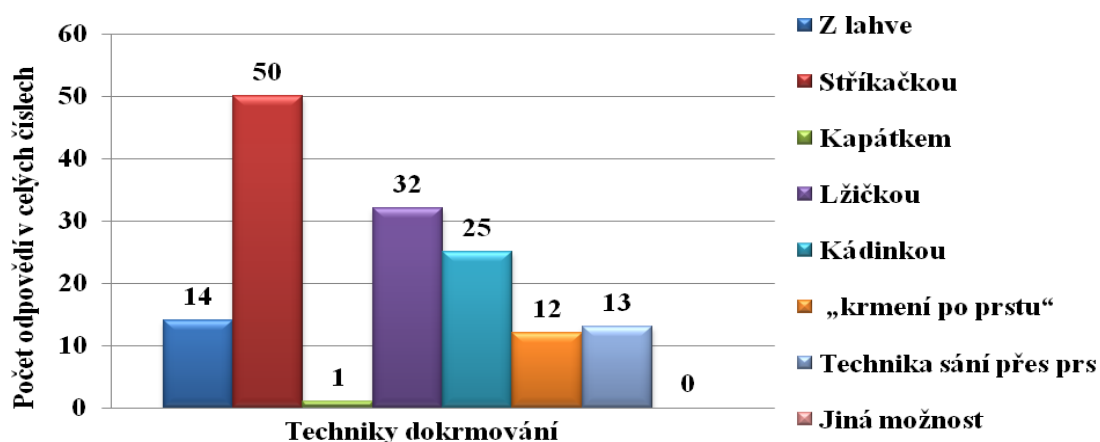
Graf znázorňuje odpovědi 43 sester (100 %). Jedna z dotázaných (2 %) uvádí, že odsává všechny fyziologické novorozence jako součást prvního ošetření. 40 dotázaných (94 %) odsává novorozence, jen pokud je to nutné. Další respondentka (2 %) fyziologického novorozence neodsává. Jinou možnost označila jedna respondentka (2 %).

Graf 20 První kontakt matky s dítětem



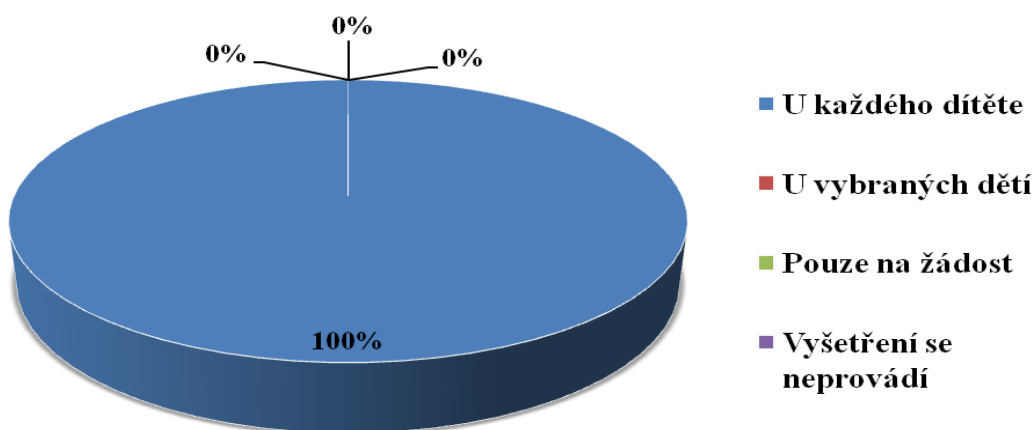
Graf ukazuje odpovědi 43 sester, dotázané mohly označit více možností odpovědí. Položení dítěte na břicho ještě před přeručení fetoplacentárního oběhu označilo 32 sester. 32 dotázaných uvádí možnost položit dítě matce na břicho bezprostředně po přeručení pupeční šňůry. 38 dotázaných označilo možnost dát matce dítě na břicho po prvním ošetření novorozence. 13 sester uvádí, že si matka nemůže vzít novorozence k sobě, ten je umístěn v postýlce poblíž matky. 3 respondentky uvádí, že je dítě matce ukázáno a poté odneseno na observační pokoj novorozeneckého oddělení. Jinou možnost nevedl nikdo z dotázaných.

Graf 21 Techniky dokrmování novorozence



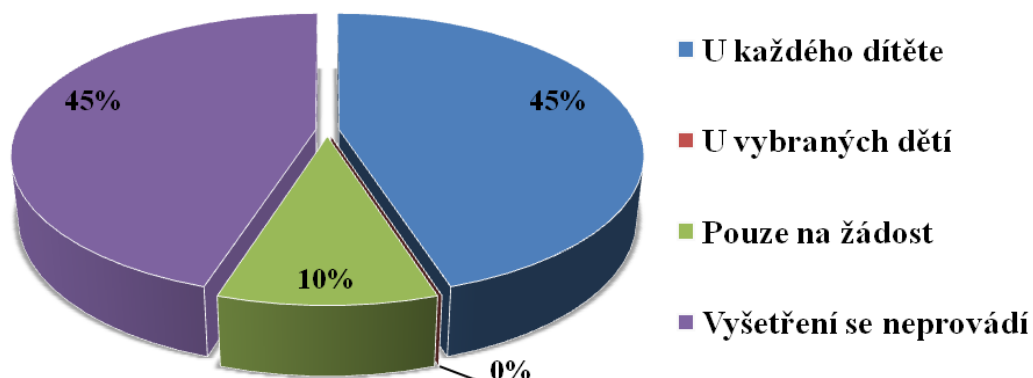
U otázky bylo možné označit více odpovědí. Z láhve - dudlíkem - dokrmuje 14 dotázaných. 50 respondentek uvádí možnost dokrmování stříkačkou. 1 využívá kapátko. 32 sester dokrmuje přes lžičku a 25 pomocí kádinky. Techniku „krmení po prstu“ označilo 12 dotázaných. 13 sester uvádí sání přes prs. Jinou možnost neoznačil nikdo.

Graf 22 UZ screening ledvin novorozence



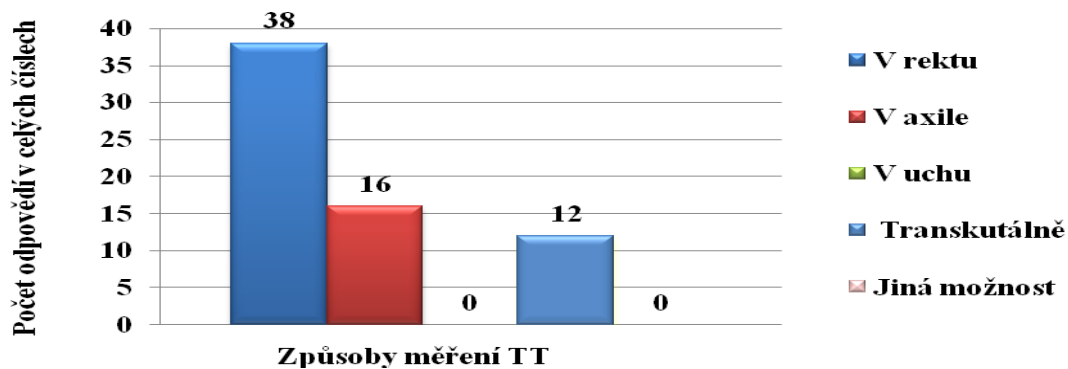
51 sester (100 %) uvádí provádění ultrazvukového vyšetření ledvin na svém pracovišti u všech dětí. Ostatní z uvedených možností neoznačil nikdo.

Graf 23 Vyšetření sluchu



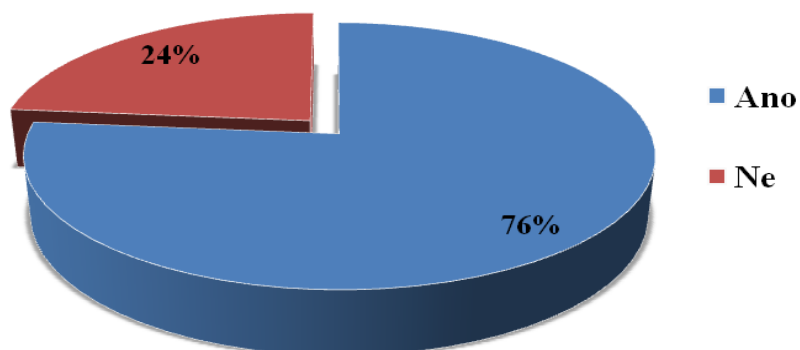
23 dotázaných (45 %) uvádí vyšetření uší u každého dítěte. 5 sester (10 %) označilo možnost pouze na žádost. 23 sester (45 %) uvádí, že v jejich zařízení se vyšetření vůbec neprovádí. Provádění vyšetření u vybraných dětí, například na základně rizikové anamnézy, neuvědla žádná z dotázaných.

Graf 24 Měření tělesné teploty



U otázky bylo možné označit více odpovědí. 38 dotázaných měří tělesnou teplotu v rektu, 16 v axile a 12 volí transkutánní způsob. Možnost měřit teplotu v uchu nebo jinou možnost neoznačila žádná sestra.

Graf 25 Poskytování telefonních čísel matkám před propuštěním z nemocnice



Odpověď ano označilo 39 respondentek (76 %). Odpověď ne zvolilo 12 dotázaných (24 %).

5 Diskuze

Práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o fyziologického novorozence v současné době a na trend pro nejbližší léta, šetření jsem proto prováděla na odděleních fyziologických novorozenců a na novorozeneckém boxu. Dotazník byl určen sestřím, které pracují s fyziologickými novorozenci. Cílem práce bylo zjistit současný stav ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence a průběh zavádění nových trendů z oblasti ošetrování fyziologického novorozence do praxe.

Ke konečnému zpracování bylo využito 51 dotazníků, za 100 % je tedy u většiny grafů bráno 51 respondentů.

Grafy 1, 2, 3 a 4 znázorňují identifikační údaje respondentek. Věk dotazovaných sester ukazuje Graf 1. Z grafu vyplývá, že nejvíce, 36 % sester, je ve věku mezi 40 až 49 lety. 20 % sester je ve věku mezi 35 až 39 lety a stejné procento, tedy 20 %, tvoří věková skupina nad 50 let. 10 % tvoří sestry ve věku mezi 30 až 34 lety. 8 % je zastoupena věková kategorie 25 až 29 let, 6 % sester je ve věku mezi 20 až 24 lety.

Dalším údajem, který jsem o sestřích pracujících s novorozenci zjišťovala, je jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Ze šetření vyplynulo (Graf 2), že na odděleních pracují v 78 % sestry se střední školou ukončenou maturitní zkouškou. Stejným procentem (10 %) jsou pak zastoupeny sestry s bakalářským vzděláním a sestry s vyšší odbornou školou. Pouze jedna z dotázaných uvedla vysokoškolské magisterské vzdělání (2 %).

Graf 3 ukazuje obor, ve kterém sestry svého vzdělání dosáhly. 86 % dotázaných jsou dětské sestry, 12 % tvoří porodní asistentky. 2 % je zastoupen obor všeobecná sestra. Další možnosti výběru neuvádla žádná z dotázaných.

Poměrně zajímavá je také doba praxe sester, jakou v oboru mají. Graf 4 ukazuje, že nejvíce sester (50 %) má více jak 21 let praxe. 18 % dotázaných uvádí praxi v rozmezí 16 až 20 let a stejným procentem je zastoupena kategorie sester, majících praxi 0 až 5 let. 8 % sester má praxi v rozmezí 11 až 15 let a 6 % v rozmezí 6 až 10 let.

Z těchto údajů je patrné, že na odděleních pracují převážně sestry středního věku se středoškolským vzděláním v oboru dětská sestra, přičemž přibližně polovina sester má více jak 21 let praxe. Tato skutečnost je pravděpodobně zapříčiněna přechodným zrušením oboru dětská sestra, který je nyní, poměrně nově, možné studovat na vysokých školách v navazujícím magisterském studiu. Další možností jak získat vzdělání v oboru dětská sestra je studium specializačního vzdělání, dle platného zákona 96/2004 Sb. S novorozenci mohou pracovat i sestry vzdělané v oboru porodní asistentka. Z vlastní zkušenosti však vím, že některé nemocnice zaměstnávají v péči o novorozence výhradně dětské sestry.

V jak velké nemocnici dotázané sestry pracují, ukazuje Graf 4. V 67 % se jedná o nemocnice s 500 až 999 porody za rok a ve 33 % o zařízení s více jak 2000 porody.

Následující část diskuze se bude týkat především názorů a znalostí sester v pohledu na jednotlivé výkony prováděné u fyziologického novorozence.

Graf 6 potvrzuje 98 % znalost sester pojmu „kontakt skin to skin“ jako kontaktu kůže na kůži. Zbývá 2 % dotázaných uvádí „kontakt skin to skin“ jako první kontakt matky s dítětem po porodu. Tento pojem má své místo v nových trendech ošetřování novorozence, stavících na přirozené adaptaci a stimulaci dítěte. Kontakt kůže na kůži jistě není úkon, jehož neprovedení by nějak ohrožovalo novorozence. Myslím si, že je však žádoucí, aby v porodnicích byl umožněn co nejdříve po porodu a o způsobu, jakým bude realizován, rozhodla po konzultaci se sestrou matka dítěte. Také literatura vyzdvihuje význam časného kontaktu skin to skin jako kontaktu, který napomáhá dítěti udržet tělesnou teplotu, regulovat jeho srdeční rytmus a v neposlední řadě napomáhá vytvářet vzájemný vztah mezi matkou a dítětem (11, 19). Tímto grafem potvrzují druhou hypotézu, která předpokládá zavádění nových trendů do praxe.

Graf 7 ukazuje názor sester na nejvhodnější dobu pro měření délky novorozence. Zde pouze 12 % sester uvedlo jako nutné měřit dítě již v době prvního ošetření, tedy bezprostředně po porodu. 45 % sester se domnívá, že nejvhodnější dobou pro měření délky fyziologického novorozence je ukončení hospitalizace a 37 % zastává

názor měřit délku dítěte během hospitalizace, tedy až v době, kdy je dítě na oddělení fyziologických novorozenců, a ne bezprostředně po porodu. 6 % sester by upřednostňovalo možnost měřit dítě dvě hodiny po narození. Z grafu je patrné, že převážná část sester by volila měření délky fyziologického novorozence v době pozdější, než je první ošetření dítěte. Mohu konstatovat, že i podle nových trendů je vhodné, toto pro dítě poměrně „invazivní vyšetření“, odsunout za dobu bezprostřední poporodní adaptace (16, 18). Můj názor se shoduje s většinovým názorem dotázaných sester - měření délky novorozence bych odsunula až na dobu před propuštěním dítěte do domácího ošetřování.

Jaká je informovanost sester o povinných vyšetřeních fyziologického novorozence v České Republice znázorňuje graf 8. U otázky bylo možné označit více odpovědí, výsledky proto uvádím v celých číslech. Většina dotázaných označila správná vyšetření: laboratorní vyšetření metabolických poruch (PKU, KH a CAH)(51 sester), vyšetření vrozené katarakty (40 sester), ortopedické vyšetření (48 dotázaných) a vyšetření dítěte neonatologem nebo pediatrem (50 dotázaných). 6 sester vybralo vyšetření sluchu novorozence, v tomto případě se však o povinné vyšetření nejedná a zajímavé je, že 39 sester, tedy nadpoloviční většina, označila jako povinné ultrazvukové vyšetření ledvin. Ultrazvukové vyšetření ledvin však v našich podmínkách povinné také není. Důvodem, proč více jak polovina dotázaných sester označila toto vyšetření za povinné, je nejspíše skutečnost, že ve většině nemocnic je vyšetření prováděno prakticky standartně, což mohu potvrdit i z vlastní zkušenosti.

K problematice provádění kredeizace u novorozence se vztahuje Graf 9. Graf ukazuje, že žádná z dotázaných by neprováděla kredeizaci u novorozence až v době jeho pobytu na oddělení fyziologických novorozenců nebo dokonce těsně před jeho propuštěním. 82 % všech dotázaných uvedlo období při prvním ošetření novorozence. 14 % respondentek by tento úkon přesunulo na dobu po bezprostřední poporodní adaptaci - na konec prvních dvou hodin pobytu dítěte na porodním sále a 4 % dotázaných by volilo jinou možnost. Literatura ale uvádí, že kredeizace nepatří, podle nových trendů, mezi úkony nutné provést u dítěte okamžitě po porodu (18). Jedná se však o úkon, který brání vzniku neonatální konjunktivitidy, jeho provedení na konci

prvních dvou hodin po porodu je tedy, dle mého názoru i dostupných zdrojů, žádoucí (7, 16).

Graf 10 znázorňuje odpovědi sester na otázku, které z uvedených výkonů si myslí, že je nutné provést při prvním ošetření novorozence. U této otázky bylo možné uvést více odpovědí, výsledky proto uvádím v celých číslech. Všechny 51 dotázaných se shodlo, že nutné je provést označení dítěte k jeho správné identifikaci, všechny sestry také označily jako důležité zajištění tepelného managementu dítěte. 50 sester uvádí ošetření pupečního pahýlu a 49 zhodnocení skóre podle Apgarové. Kontakt dítěte s matkou vidí jako nutný 45 dotázaných sester. Poměrně vysoké číslo si získalo i provedení kredeizace (42 odpovědí) a zvážení novorozence (36 odpovědí). 18 sester uvedlo podání vitamínu K a 3 sestry změření délky dítěte. Všechny úkony, které si získaly nejvíce odpovědí (označení dítěte, ošetření pupečního pahýlu, zhodnocení skóre podle Apgarové a kontakt matky s dítětem), bych i podle nových trendů označila za vhodné provést bezprostředně po porodu. Poměrně vysoké procento respondentek však označilo i provedení kredeizace a zvážení novorozence. Tyto dva úkony však jistě nejsou rozhodující pro nerušenou poporodní adaptaci novorozence a stejně jako podání vitamínu K nebo změření délky novorozence, je lze odsunout až za první dvě hodiny po narození dítěte (16, 18).

Vypracování specifických standardů pro ošetřování novorozence sleduje Graf 11. Jedná se o současný trend v ošetřovatelství. Z odpovědí respondentek vyplývá, že v 94 % jsou na odděleních fyziologických novorozenců specifické standardy pro ošetřování novorozence vypracované a v 6 % ne. Tato skutečnost potvrzuje 1. hypotézu, která předpokládá, že péče o novorozence na odděleních fyziologických novorozenců probíhá v souladu se současnými trendy.

Zda sestry komunikují s rodiči již před porodem, znázorňuje Graf 12 A. Z odpovědí vyplývá, že 61 % (31 dotázaných) dotázaných s matkami před porodem komunikuje a 39 % (20 dotázaných) nikoli. Sestry, které s rodiči komunikují, je tedy nadpoloviční většina. Jakým způsobem se komunikace odehrává ukazuje Graf 12 B. Tento graf znázorňuje pouze odpovědi sester, které v předchozí otázce odpověděly, že s rodiči před porodem komunikují (31 sester). U otázky bylo možné uvést více

odpovědí, výsledky jsou proto uváděny v celých číslech. 16 sester komunikuje s matkou před porodem, 10 jich s maminkami probírá ústně předporodní plán a 9 sester komunikuje s matkami prostřednictvím předporodních kurzů. Ostatní využívají písemné podoby porodního plánu (4 dotázané) nebo jiné možnosti komunikace (3 dotázané). Stoupající význam v ošetrovatelství má zcela jistě individuální přístup. Z hlediska nových trendů i spokojenosti rodičů je důležitá právě komunikace dětských sester s budoucí maminkou. Rodiče mají jistě právo se sestrou konzultovat, jak si představují první chvíle strávené se svým novorozeným dítětem a případně i péči o dítě na oddělení. Povinností sestry je umožnit matce první setkání s jejím potomkem podle jejích představ, zároveň však matku také upozornit na možná rizika, zavedené postupy a možnosti zařízení, ve kterém se žena rozhodla родit. Podle mého názoru, je tedy ideální komunikovat s matkou již před porodem a sladit její přání s chodem oddělení a neohrozit přitom dítě.

V další části diskuze se budu zabývat grafy, které znázorňují postupy při prvním ošetření novorozence. Tato část šetření se nezaměřovala na názory sester, ale na běžnou praxi.

Graf 13 znázorňuje odpovědi na otázku, zda dotázané sestry provádí první ošetření novorozence. 84 % sester uvedlo, že první ošetření patří k jejich pracovním povinnostem. 16 % dotázaných první ošetření při výkonu svého povolání neprovádí.

Kde sestry první ošetření novorozence provádějí, ukazuje graf 14. Na otázku odpovídalo 43 sester (100 %). Ze čtyř možností - porodní sál, novorozenecký box, observační pokoj a jiná možnost, sestry v 65 % vybraly porodní sál a ve 35 % novorozenecký box, tedy samostatnou místnost určenou pro první ošetření novorozence. Místo prvního ošetření novorozence je významné jak z hlediska organizace práce (vzdálenost nezbytných pomůcek, například k zahájení neodkladné resuscitace) tak z hlediska kontaktu matky s dítětem. Podle mého názoru je v tomto případě nejideálnější řešením, může-li být dítě ošetřováno přímo na porodním sále. Je tak zajištěna nejen blízkost a dostupnost všech pomůcek k ošetření dítěte, ale i kontakt s matkou.

Důležité z hlediska časného kontaktu s matkou není jen to, kde je novorozenec ošetřován, ale i to, kde zůstává první dvě hodiny po porodu. Tato otázka je znázorněna Grafem 15. Na otázku odpovídalo 43 sester (100 %). 33 sester (77 %) uvádí jako místo, kde novorozenec první dvě hodiny po porodu zůstává přímo porodní sál, 10 sester (23 %) pak observační pokoj novorozeneckého oddělení. Jinou možnost nebo novorozenecký box nevybral nikdo z dotázaných. Z odpovědí je patrné, že v nadpoloviční většině je dítě umístěno na porodním sále, minimálně vizuální kontakt matky s dítětem by v tomto případě tedy měl být umožněn. Myslím si, že nejlepší pro matku i dítě je, pokud může novorozenec zůstat na porodním sále. Z vlastní zkušenosti vím, že matka si pak může sama vybrat způsob kontaktu s dítětem (přiložení k prsu, kontakt skin to skin, ...). V případě observačního pokoje je však zcela jistě zamezeno jakémukoliv kontaktu dítěte s matkou po celou dobu bezprostřední poporodní adaptace. Přimo tato možnost sice například „kontakt skin to skin“ po porodu nevyklučuje, jeho doba však bude jistě velmi omezená. Podle literatury, i mého názoru, je důležitý nejen časný první kontakt, ale i jeho délka, která by neměla být zbytečně omezována (16). Z vlastní zkušenosti z porodních sálů mohu říct, že i z hlediska psychické pohody maminky je důležité, aby byl novorozenec v její blízkosti a ona s ním měla umožněný nerušený kontakt.

V oblasti prvního ošetření novorozence mě zajímalo také značení novorozence. Jakým způsobem sestry novorozence po porodu značí, ukazuje Graf 16. Výsledky jsou uváděny v celých číslech, protože u otázky bylo možné označit více odpovědí. Na otázku odpovídalo 43 sester. 32 sester uvádí značení dítěte speciálním plastovým náramkem s nerozepínatelným patentem. 20 pak značení speciální popisovací barvou a 14 0,5% genciánovou violetí. Poslední dva typy značení jsou vždy v kombinaci s jiným typem značení. 12 sester uvádí používání jiného náramku, než jakým je nerozepínatelný náramek určený pro značení novorozenců. Jinou možnost uvedla jedna dotázaná a kroužek s číslem porodu nevybral nikdo. Důležitou součástí prvního ošetření dítěte je dnes velmi diskutované značení, což mohu potvrdit i z vlastní zkušenosti. Ke značení novorozence je vydáno doporučení České neonatologické společnosti, které upravuje dobu, způsob značení a údaje, které by mělo obsahovat i

péči o značení. Podle doporučení ČSL JEP je ke značení novorozence vhodný právě speciální plastový náramek s nerozpojitelným patentem, případně doplněný o popis dítěte, například na stehýnko (např. 0,5% gentianovou violetí). Dítě musí být označeno tak, aby údaje nebyly smazatelné nebo se náramek nedal z končetiny samovolně sejmout (15, 18).

Kdy měříte délku fyziologického novorozence, byla má další otázka, kterou znázorňuje Graf 17. Na otázku odpovídalo 43 sester (100 %). 25 z nich (58 %) uvedlo, že novorozence měří při prvním ošetření dítěte, tedy bezprostředně po porodu. 13 (30 %) v době před propuštěním z nemocnice a 5 (12 %) v období během hospitalizace. Konec pobytu dítěte na porodním sále ani jinou možnost nevybral nikdo. Z grafu je patrné, že zde se zažitá praxe v nemocnicích liší s prosazovanými novými trendy, které měření délky novorozence odsouvají minimálně za dobu prvních dvou hodin po porodu (16, 18). Důvodem, proč se prosazuje odsunutí měření délky novorozence na pozdější dobu, je náročnost tohoto úkonu pro dítě (natažení fyziologicky pokrčených končetin dítěte) a poměrně malý význam tohoto údaje, co se následné péče o novorozence týká. Myslím si, že optimálním řešením je měření délky dítěte teprve před jeho propuštěním z nemocnice, jak je na některých odděleních praktikováno. Graf potvrzuje moji první hypotézu, která říká, že sestry pracují podle zavedených trendů v ošetřování fyziologického novorozence.

Graf 18 se týká doby prvního vážení novorozence. I v tomto případě na otázku odpovídalo 43 dotázaných (100 %). 40 sester (93 %) provádí vážení novorozence jako součást prvního ošetření. 3 sestry (7 %) odsouvají vážení na období během hospitalizace. Ostatní z uvedených možností (dvě hodiny po porodu, při propuštění dítěte, jiná možnost) nevyužívá žádná z dotázaných. I v tomto případě je doporučeno vážení novorozence odsunout na dobu pozdější, než je první ošetření dítěte. Vážení novorozence je však z hlediska hodnocení dítěte významnější a pro dítě mnohem méně náročné nežli měření délky. Není tedy zcela určitě chybou dítě zvážit dvě hodiny po porodu (16, 18).

Poměrně zajímavým grafem je graf 19, ukazující, za jakých podmínek je dítě odsáváno. Ze 43 sester (100 %) odpovídajících na tuto otázku jich 40 (94 %) odpovědělo, že odsává novorozence jen v případech, kdy je to nutné. Jedna sestra (2 %) uvedla, že odsává všechny fyziologické novorozence jako součást prvního ošetření. Jedna (2 %), že jej neodsává a jedna z dotázaných (2 %) označila jinou možnost. Odsávat by se dítě mělo, podle nových trendů, pouze v indikovaných případech, jakými je kašovitě zkalená plodová voda, nebo resuscitace dítěte. Odsávání bez zjevné indikace je zbytečně invazivním zákrokem, který narušuje přirozenou poporodní adaptaci dítěte (7, 11, 19). Důvodem, proč neodsávat dítě paušálně, je například zbytečné poškození sliznice úst, nosu, eden nosní sliznice, možný opožděný nástup kojení, zvracení, vagové dráždění a v neposlední řadě porušený kontakt matky s dítětem (11). Myslím si, že s ohledem na možné komplikace pro dítě, které mohou v případě neindikovaného odsávání zbytečně nastat. Je vhodné dítě odsávat jen v případech, kdy je to opravdu nutné. Vzhledem k tomu, že sestry v 94 % provádí odsávání dítěte jen v indikovaných případech (nový trend), je grafem potvrzena druhá hypotéza, která předpokládá zavádění nových trendů v oblasti ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence do praxe.

O způsobu, jakým je zprostředkován první kontakt s dítětem nás informuje graf 20. Na otázku odpovídalo 43 sester, výsledky jsou uvedeny v celých číslech. 38 sester uvádí, že maminka si může vzít novorozence k sobě bezprostředně po prvním ošetření dítěte. 32 sester uvádí, že si matka může novorozence položit na břicho ještě před přerušением fetoplacentárního oběhu. Stejný počet dotázaných, tedy 32, označilo odpověď, která říká, že si matka může novorozence položit na břicho bezprostředně po přerušení fetoplacentárního oběhu. Podle 13 dotázaných si maminka nemůže vzít novorozence k sobě, novorozenec je umístěn v postýlce vedle matky. 3 sestry uvedly, že novorozenec je matce ukázán a poté odnesen na observační pokoj. Jinou možnost neoznačila žádná z dotázaných. Podle mého názoru první tři uvedené odpovědi (první kontakt po prvním ošetření novorozence a kontakt před nebo po přerušení mateřského a fetálního oběhu) dostatečně splňují podmínku prvního kontaktu matky s dítětem. Myslím si, že sestra by měla matce nabídnout nejrůznější možnosti

kontaktu s dítětem (přiložení k prsu, kontakt kůže na kůži, ponechání dítěte v postýlce,...) a matka by měla mít možnost o způsobu kontaktu i jeho délce sama rozhodnout. Vždy je však třeba zohlednit zdravotní stav dítěte i matky a možnosti porodního sálu. Graf 20 potvrzuje druhou hypotézu, která předpokládá, že do praxe jsou zaváděny nové trendy v oblasti ošetrovatelské péče o novorozence.

Následující část diskuze se opět věnuje otázkám, na které odpovídaly všechny dotázané sestry, za 100 % je tedy bráno všech 51 respondentek. Otázky v dotazníku se v této závěrečné části soustředily na péči o novorozence na oddělení.

Jakou techniku používají sestry v případě nutnosti dokrmování dítěte, ukazuje graf 21. 50 sester z 51 dotázaných uvádí techniku dokrmování stříkačkou, poměrně častý je způsob lžičkou (32 dotázaných) nebo kádinkou (25 dotázaných). Dokrmování prostřednictvím láhve, tedy přes dudlík, uvedlo jen 14 sester. Techniku sání přes prs 13 sester a takzvané „krmení po prstu“ 12 sester. Jedna dotázaná využívá při dokrmování novorozence kapátka, jinou možnost neoznačil nikdo. Z grafu vyplývá, že sání přes dudlík, od kterého se u fyziologických novorozenců ustupuje, využívá poměrně málo respondentek. Tento způsob dokrmování nepříznivě ovlivňuje přirozený způsob sání dítěte z prsu, používat jej u dětí, u kterých k tomu není důvod, je proto nežádoucí (10, 11). Jiné techniky dokrmování nejsou nijak časově ani finančně náročnější, myslím si tedy, že není důvod, proč v nemocnicích nebo i doma volit právě tuto techniku. Techniky dokrmování ze stříkačky, kádinky, ale i lžičkou jsou zastoupeny v nadpoloviční většině a potvrzují tak mou druhou hypotézu. Tato hypotéza předpokládá, že do praxe jsou zaváděny nové trendy v oblasti ošetrovatelské péče o novorozence.

Provádění nepovinného ultrazvukového vyšetření ledvin na pracovišti ukazuje Graf 22. Zde mi všech 51 dotázaných (100 %) odpovědělo, že jejich pracoviště toto vyšetření provádí u všech novorozenců.

Graf 23 znázorňuje provádění nepovinného vyšetření uší novorozence, které je oproti ultrazvukovému vyšetření ledvin zaváděno do praxe poměrně nově. 45 % dotázaných uvádí provádění vyšetření u všech novorozenců, stejné procento dotázaných, tedy 45 % udává, že vyšetření se u nich vůbec neprovádí. Provádění

vyšetření na žádost uvádí 10 % dotázaných. Toto nové vyšetření je zaváděno do praxe a i když ne ve všech nemocnicích, tak v poměrně velké části z nich je prováděno, někde dokonce u všech dětí. Tento graf, ačkoli na první pohled vychází nerozhodně, potvrzuje druhou hypotézu, která předpokládá, že do praxe jsou zaváděny nové trendy v oblasti ošetřování fyziologického novorozence.

Jakým způsobem měří sestry novorozencům tělesnou teplotu, ukazuje graf 24. U otázky bylo možné označit více odpovědí, výsledky jsou proto uváděny v celých číslech. 38 sester uvádí zažitý způsob měření tělesné teploty novorozenců v rektu, 16 dotázaných uvádí měření v axile a 12 transkutánní metodu měření. Měření tělesné teploty v uchu ani jinou možnost nikdo neoznačil. V současné době k nám přichází trend dětem teplotu v rektu neměřit, diskutuje se o tom, zda se nejedná o zbytečně nepřirozenou metodu. Graf tedy potvrzuje moji první hypotézu, která říká, že sestry pracují podle současných trendů v ošetřování novorozence.

V poslední otázce se snažím zjistit něco o poskytování péče novorozencům a jejich rodičům po propuštění z nemocnice. Nesoustředila jsem se zde na poskytování ambulantní péče nebo na praktické lékaře pro děti a dorost, ale na poradenskou službu prostřednictvím telefonu. V otázce 25 (graf 25) jsem se sester ptala, zda poskytují matkám před odchodem domů telefonní čísla, na která pak mohou rodiče v případě potřeby telefonovat. V dotazníku nebylo specifikováno, zda se jedná o telefonní čísla přímo do nemocnice nebo například na soukromou laktační poradkyni nebo porodní asistentku. Cílem této otázky bylo zjistit, zda nemocnice taková čísla poskytují či nikoli, a zda tedy rodiče mají v případě jakýchkoli potíží nebo nejasností možnost někam se obrátit. Z grafu 26 vyplývá, že v 76 % je tato služba rodičům poskytována. 24 % dotázaných telefonní čísla rodičům neposkytuje. Podle mého názoru je poskytování takovýchto čísel velmi důležité. Graf potvrzuje druhou hypotézu.

Z diskuze vyplývá, že byly splněny oba cíle a potvrzeny obě hypotézy. Hypotéza 1 – „Ošetrovatelská péče na odděleních fyziologických novorozenců vybraných jihočeských nemocnic je prováděna podle současných trendů ošetrovatelské péče o novorozence“ - je potvrzena grafy 9, 11, 17, 18 a 24. Hypotéza 2 – „Do praxe na odděleních fyziologických novorozenců vybraných jihočeských nemocnic jsou zaváděny nové trendy ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence“ - je naproti tomu potvrzena grafy 6, 7, 10, 12 A, 19, 20, 21, 23 a 25. Z diskuze vyplývá, že do praxe na odděleních fyziologických novorozenců jsou zaváděny nové trendy v oblasti ošetrovatelské péče o novorozence.

6 Závěr

Má práce s názvem „Ošetrovatelská péče (management) o fyziologického novorozence v současné době a trend pro nejbližší léta“ je zaměřena na současný stav v ošetrovatelské péči o fyziologického novorozence a s tím související zavádění nových trendů. Ve svém šetření se snažím obsáhnout toto široké téma. Šetření je zaměřeno na nové a stávající trendy, především v prvním ošetření novorozence, ale i v péči o dítě na oddělení.

Šetřením byly splněny oba cíle. Byl zjištěn současný stav ošetrovatelské péče na oddělení fyziologických novorozenců ve vybraných nemocnicích jihočeského kraje a zavádění nových trendů v ošetrování fyziologického novorozence do ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence ve vybraných nemocnicích jihočeského kraje.

Potvrzeny byly také obě hypotézy. První z hypotéz předpokládala, že: „Ošetrovatelská péče na odděleních fyziologických novorozenců vybraných jihočeských nemocnic je prováděna podle současných trendů ošetrovatelské péče o novorozence“, druhá hypotéza se pak zaměřovala na zavádění nových trendů do praxe: „Do praxe na odděleních fyziologických novorozenců vybraných jihočeských nemocnicích jsou zaváděny nové trendy ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence“.

Má práce by se do budoucna dala dále využít jako podklad pro prezentaci nových trendů v ošetrování novorozence. Využít ji také mohou studentky nebo sestry, zabývající se touto problematikou. Výstupy z práce by jistě byly užitečné i pro budoucí maminky, které si volí porodnici.

7. Klíčová slova

Fyziologický novorozenec

Nové trendy

Novorozenecký screening

Ošetrovatelská péče

Porodní asistentka

První ošetření novorozence

Všeobecná sestra

8. Seznam použitých zdrojů

1. BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 2. vyd. Brno: Idvpz, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4
2. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 546 s. ISBN 80-247-1313-9
3. ČERNÁ, M., KOLAŘÍKOVÁ, B., PAZLAROVÁ, J. *Screening vrozené katarakty - nová šance pro naše novorozence*. In *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2001, roč. 3, č. 1 – 2, s. 55 – 56. ISSN 1212-723x
4. Česká neonatologická Společnost. *Časné propuštění z porodnice*. [online] http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Casne_propousteni.pdf (2009-02-25)
5. DORT, J. et. al. *Neonatologie vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 101 s. ISBN 80-246-0790-5
6. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4
7. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4
8. LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L. *Preklinická pediatrie*. 1. vyd. Praha: GALEN, 2003. 250 s. ISBN 80-7262-207-2
9. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vyd. Praha: GRADA, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
10. MYDLILOVÁ, A. *Doporučení pro kojení fyziologických novorozenců, kojenců a malých dětí*. In *Pediatrie pro praxi*. Březsko-Konice: 2005, roč. 6, č. 5, s. 273. ISSN 1213-0494
11. MYDLILOVÁ, A. *Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech*. In *Pediatrie po promoci*. Praha: 2005, roč. 2, č. 2, s. 32-38. ISSN 1214-6773

12. MZ, *Věstník 7/2003*. [online]
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/383-vestnik-72003.html> (2009-04-23)
13. MZ, *Věstník 9/2005*. [online]
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/362-vestnik-92005.html> (2009-04-23)
14. NOVÁK, I. *Péče o dítě v prvním roce života*. In *Osobní lékař*. Břeclav: 2004, roč. 4, č. 1, s. 24 - 27. ISSN 1213-2470
15. PAULOVÁ, M. *Značení novorozenců Odborné stanovisko České neonatologické společnosti (ČLS JEP)*. In *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: 2006, roč. 61, č. 12, s. 710 - 711. ISSN 0096-2328
16. PAULOVÁ, M., HANZL, M., *Ošetření zdravého (fyziologického) novorozence po porodu (návrh doporučení České neonatologické společnosti)*. Hradec Králové: 2008, prezentace
17. PROKOP, M. et al. *Resuscitace novorozence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 56 s. ISBN 80-247-0535-4
18. SÁK, P., OTÁSKOVÁ, J., VODIČKOVÁ, H. et. al. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice ČB a.s., 2008. 238 s. ISBN 978-80-3774-2
19. SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
20. ŠTĚPÁNÍKOVÁ, J. *Péče o ženu a novorozence v šestinedělí*. In *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, s. 35 – 36. ISSN:1210-0404
21. TLÁSKAL, P. *Historie a současnost počáteční dětské výživy*. In *Pediatrie pro praxi*. Březsko- Konice: 2008, roč. 9, č. 2, s. 86 - 90. ISSN 1213-0494
22. TOMÁNKOVÁ, L. *Péče o novorozence na vlnách času aneb pohled do historie neonatologie*. In *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: 2006, roč. 61, č. 2, s. 76 - 83. ISSN 0069-2328
23. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ M. *Dítě 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: TRITON,2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0

24. VOTAVA, F., STRNADOVÁ, K. *Novorozenecký screening v České republice a v Evropě.* In *Česko-slovenská pediatrie.* Praha: 2008, roč. 63, č. 2, s. 96 - 105.
ISSN 0069-2328

9. Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník pro sestry pracující s fyziologickými novorozenci

Dobrý den, jmenuji se Karolína Lízalová a jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistentka na Jihočeské univerzitě. Vypracovávám závěrečnou práci na téma „ošetřovatelská péče o fyziologického novorozence“. Součástí mé práce je i malý výzkum dotazníkovou technikou. Zde bych Vás ráda poprosila o pomoc a vyplnění tohoto zcela anonymního dotazníku. *Ve všech otázkách, týkajících se péče o novorozence, jde vždy o zcela fyziologické novorozence, případně zcela fyziologický průběh porodu a těhotenství.*

Předem děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku. Karolína Lízalová ZSF-JČU

tel: 732 963 649

e-mail: LizalovaKarolina@seznam.cz

Zatrhnete prosím u každé otázky jednu odpověď. Více odpovědí je možné označit jen u otázek, kde je to v závorce uvedeno.

1. Kolik je vám let?

- a) 20 - 24 let
- b) 25 - 29 let
- c) 30 - 34 let
- d) 35 - 39 let
- e) 40 - 49 let
- f) 50 a více let

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední s maturitou
- b) Vyšší odborná škola Dis.
- c) Vysokoškolské vzdělání - bakalářské – Bc.
- d) Vysokoškolské vzdělání - magisterské – Mgr.
- e) Jiná možnost

3. Ve kterém z uvedených oborů jste svého vzdělání dosáhla? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) V oboru všeobecná sestra
- b) V oboru ženská sestra
- c) V oboru porodní asistentka
- d) V oboru dětská sestra
- e) Jiná možnost

- 4. Jak dlouho již vykonáváte svoji profesi?**
- a) 0 - 5 let
 - b) 6 - 10 let
 - c) 11 - 15 let
 - d) 16 - 20 let
 - e) 21 let a více
- 5. Jaký je počet porodů v nemocnici ve které jste zaměstnána za jeden rok?**
- a) 0 – 499
 - b) 500 – 999
 - c) 1000 – 1499
 - d) 1500 – 1999
 - e) 2000 a více
- 6. Co si představíte pod pojmem skin to skin?**
- a) Kontakt kůže na kůži
 - b) Jedná se o označení prvního kontaktu mezi matkou a dítětem bezprostředně po porodu
 - c) Oční kontakt matky a dítěte
 - d) Kontakt probíhající výhradně mezi matkou a dítětem
- 7. Zatrhněte, které z uvedených období je nejvhodnější pro změření délky fyziologického novorozence.**
- a) První ošetření novorozence
 - b) Po prvních dvou hodinách po porodu
 - c) Období pobytu na oddělení fyziologických novorozenců - během hospitalizace
 - d) Ukončení hospitalizace – doba těsně před propuštěním do domácí péče
 - e) Jiná možnost
- 8. Uveďte, které vyšetření jsou v České republice pro fyziologického novorozence ze zákona povinné. (můžete vybrat více odpovědí)**
- a) Vyšetření neonatologem nebo pediatrem
 - b) Ortopedické vyšetření – dysplázie kyčelního kloubu
 - c) Screening vrozené katarakty
 - d) Ultrazvukové vyšetření ledvin
 - e) Laboratorní vyšetření ke zjištění vrozené fenyلكetonurie (PKU), kongenitální hypotyreózy (KH) a kongenitální adrenální hyperplazie (CAH)
 - f) Vyšetření sluchu
 - g) Sonografický screening mozku

9. Uved'te nejvhodnější dobu pro provedení kredezace u fyziologického novorozence.

- a) První ošetření novorozence
- b) Po prvních dvou hodinách po porodu
- c) Období pobytu na oddělení fyziologických novorozenců - během hospitalizace
- d) Ukončení hospitalizace – doba těsně před propuštěním do domácí péče
- e) Jiná možnost

10. Které z uvedených výkonů si myslíte, že je nutné provést při prvním ošetření fyziologického novorozence, tedy v době bezprostředně po porodu. (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Označení fyziologického novorozence
- b) Provedení kredezace
- c) Zvážení fyziologického novorozence
- d) Změření délky fyziologického novorozence
- e) Zhodnocení skóre podle Apgarové
- f) Zajištění tepelného managementu (zabránění ztrát tepla u fyziologického novorozence)
- g) Zajištění prvního kontaktu fyziologického novorozence s matkou
- h) Podání vitamínu K
- i) Ošetření pupečního pahýlu

11. Máte na vašem oddělení vypracované specifické standardy pro ošetřování novorozenců?

- a) Ano
- b) Ne

12 A. Jako sestra pracující s novorozenci, komunikujete s rodiči již před porodem?

- a) Ano
- b) Ne

12 B. Pokud ano, uveďte, jakým způsobem se komunikace odehrává. (můžete označit více odpovědí)

- a) Na předporodních kurzech
- b) Prostřednictvím porodních plánů – jen písemně
- c) Prostřednictvím porodních plánů - ústní konzultace
- d) S každou maminku před porodem konzultujete průběh péče o dítě po porodu, v potaz berete i její přání a představy (pokud to dovoluje stav matky)
- e) Jiná možnost

13. Provádíte první ošetření novorozence?

- a) Ano
- b) Ne

- pokud jste odpověděla a) Ano - pokračujte prosím otázkou číslo 14.

- pokud jste odpověděla b) Ne - pokračujte prosím otázkou číslo 21.

14. Kde provádíte první ošetření fyziologického novorozence?

- a) Přímo na porodním sále
- b) Na novorozeneckém boxu (samostatná místnost určená k prvnímu ošetření novorozence)
- c) Na observačním pokoji novorozeneckého oddělení
- d) Jiná možnost

15. Fyziologického novorozence po prvním ošetření necháváte v období prvních dvou hodin (období poporodní adaptace) na:

- a) Porodním sále
- b) Na novorozeneckém boxu (samostatná místnost určená k prvnímu ošetření novorozence)
- c) Observačním pokoji novorozeneckého oddělení
- d) Jiná možnost

16. Jakým způsobem značíte fyziologického novorozence při prvním ošetření? (můžete zatrhnout více odpovědí)

- a) Plastovým náramkem s nerozepínatelným patentem
- b) Jiným náramkem
- c) Kroužkem s číslem porodu
- d) Popisujete jej speciální barvou
- e) Popisujete jej 0,5 % vodným roztokem gentiánové violeti
- f) Jiná možnost

17. Kdy měříte délku fyziologického novorozence?

- a) Při prvním ošetření novorozence
- b) Na konci pobytu dítěte na porodním sále (tj. po prvních dvou hodinách po porodu)
- c) Na oddělení fyziologických novorozenců během hospitalizace
- d) Na oddělení fyziologických novorozenců těsně před propuštěním do domácí péče
- e) Jiná možnost

18. Kdy vážíte fyziologického novorozence?

- a) Při prvním ošetření novorozence
- b) Na konci pobytu dítěte na porodním sále (tj. po prvních dvou hodinách po porodu)
- c) Na oddělení fyziologických novorozenců během hospitalizace
- d) Na oddělení fyziologických novorozenců těsně před propuštěním do domácí péče
- e) Jiná možnost

19. Jak postupujete při odsávání fyziologického novorozence?

- a) Odsáváte všechny fyziologické novorozence jako součást prvního ošetření
- b) Odsáváte jen novorozence, u kterých je to nutné (smolka ve vodě plodové,...)
- c) Novorozence neodsáváte
- d) Jiná možnost

20. Jakým způsobem zprostředkováváte první kontakt matky a fyziologického novorozence bezprostředně po porodu? (můžete označit více odpovědí)

- a) Matka si může novorozence položit na břicho ještě před přerušением fetoplacentárního oběhu
- b) Matka si může novorozence položit na břicho bezprostředně po přerušení fetoplacentárního oběhu
- c) Matka si může vzít novorozence k sobě bezprostředně po prvním ošetření dítěte
- d) Matka si nemůže vzít novorozence k sobě, novorozenec je umístěn v postýlce vedle matky
- e) Novorozenec je matce ukázán a poté odnesen na observační pokoj
- f) Jiná možnost

21. Jakou technikou novorozence v případě potřeby dokrmujete? (můžete označit více možností)

- a) Z lahve – dudlíkem
- b) Stříkačkou
- c) Kapátkem
- d) Lžičkou
- e) Kádinkou
- f) Takzvané „krmení po prstu“ – dítěti se do úst vsune prst, kterým stimulujeme sání
- g) Technika sání přes prs
- h) Jiná možnost

22. Provádíte ve vaší nemocnici ultrazvukový screening vývojových vad ledvin?

- a) Ano, u každého dítěte
- b) Ano, ale jen u vybraných dětí (riziková anamnéza,...)
- c) Ano, ale pouze na žádost
- d) Ne, toto screeningové vyšetření se u nás neprovádí

23. Provádíte ve vaší nemocnici vyšetření sluchu novorozenců?

- a) Ano, u každého dítěte
- b) Ano, ale jen u vybraných dětí (riziková anamnéza,...)
- c) Ano, ale pouze na žádost
- d) Ne, toto screeningové vyšetření se u nás neprovádí

24. Kde měříte dítěti tělesnou teplotu? (můžete zatrhnout více možností)

- a) V rektu
- b) V axile
- c) V uchu
- d) Transkutánně
- e) Jiná možnost

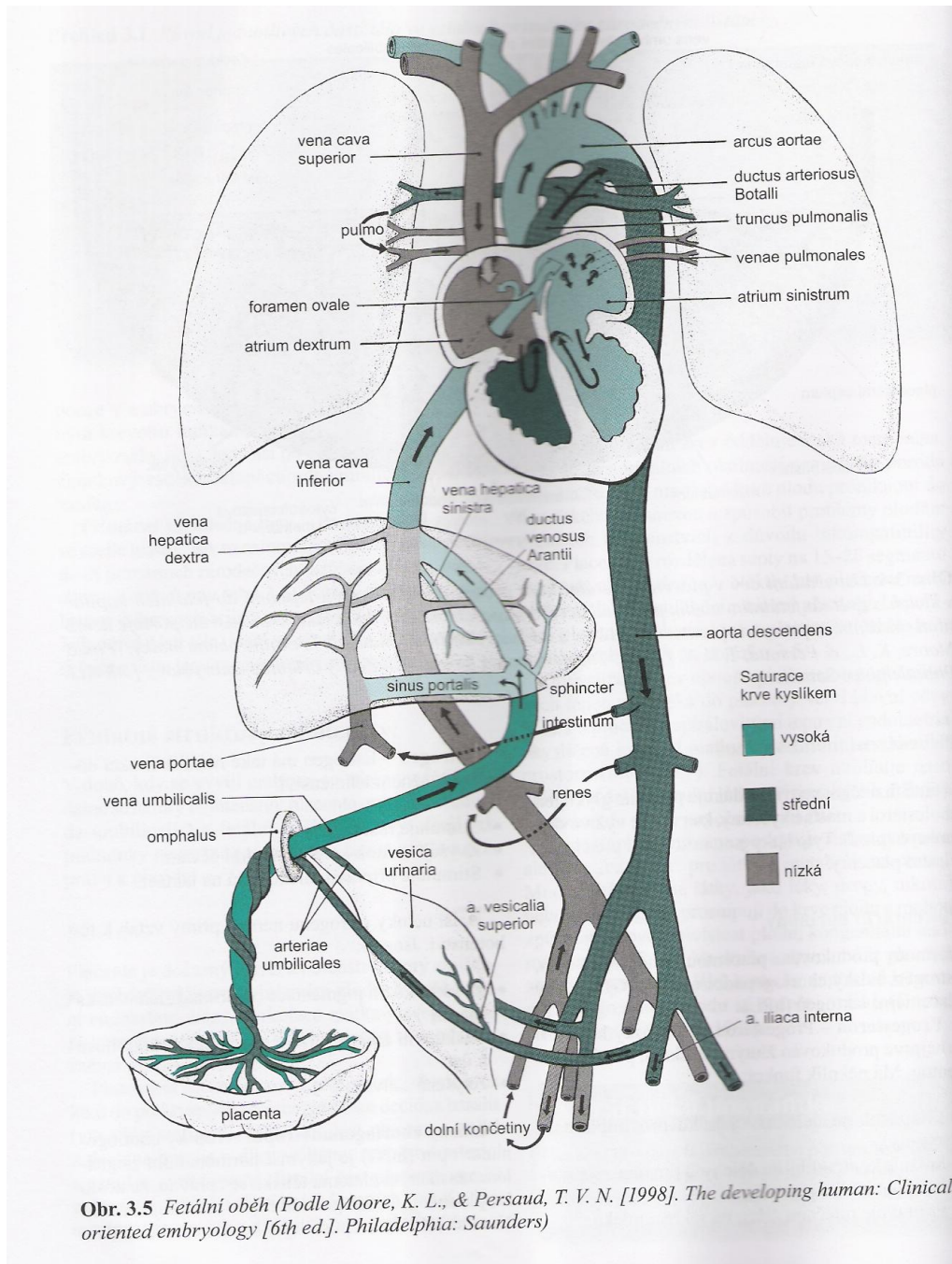
25. Poskytuje rodičům před odchodem domů telefonní čísla, na která mohou v případě nutnosti odborné konzultace telefonovat?

- a) Ano
- b) Ne

Tab. č. 2.1 Somatická zralost dle Ballarda

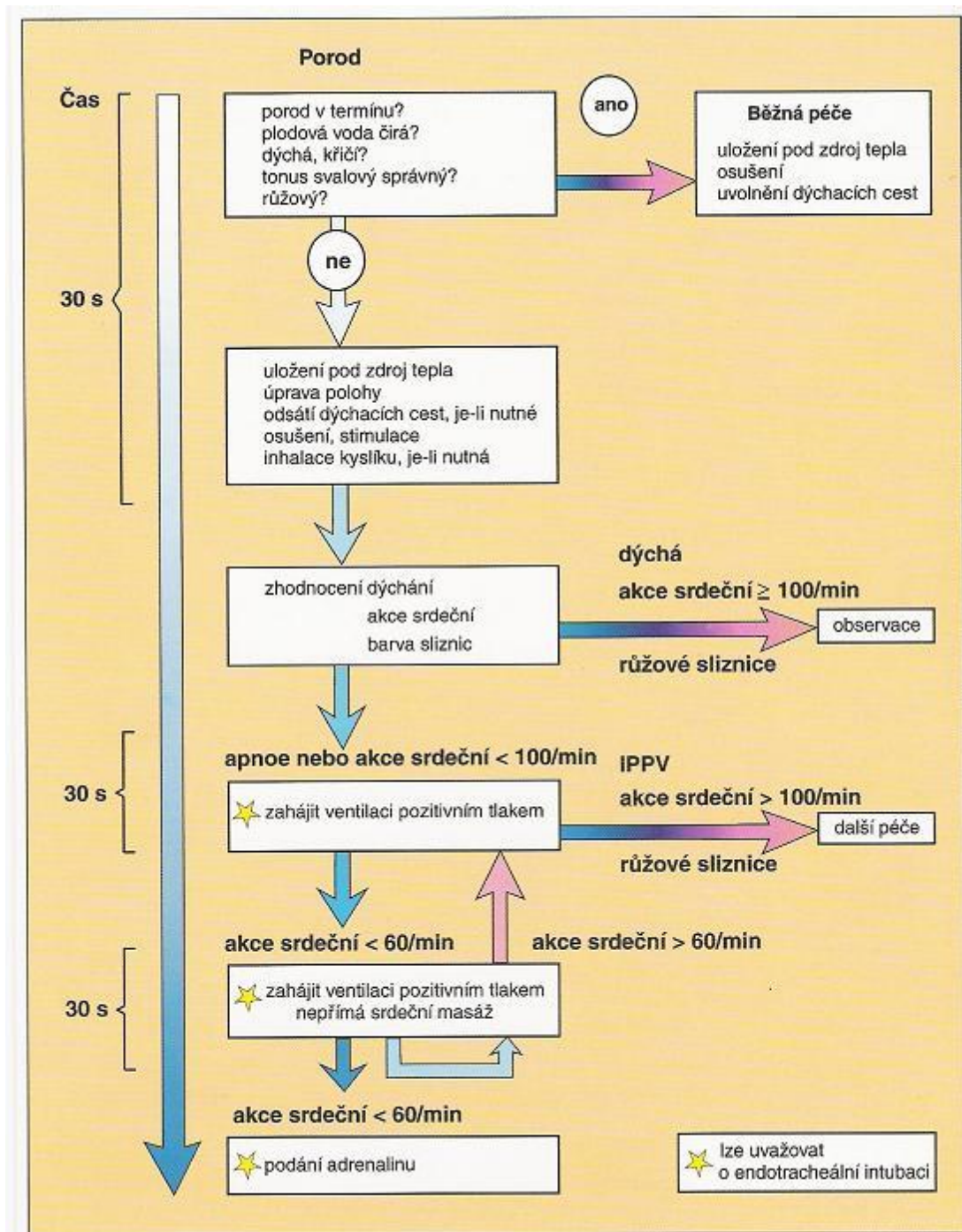
	0	1	2	3	4	5
Kůže	průsvitná, červená, prosáknutá	jemná, růžová, viditelné žilky	s povrchní slupkou nebo vyrážkou	rozpraskaná, bledá místa, málo žil	pergamenovitá, rozpraskaná, žádné žily	hrubá, rozpraskaná, vrásčitá
Lanugo	chybí	hojné	řídce	holá místa	převážně vymizelé	
Rýhy na ploskách	žádné	slabě patrné, červené	jen v přední 1/3 plosky	v předních 2/3 plosky	četné po celé ploše	
Prsní žláza	známky sotva patrné	ploché dvorec bez bradavky	zmítý dvorec, bradavka 1-2 mm	vyklenující se dvorec, bradavka 3-4 mm	dokonalý dvorec, bradavka 5-10 mm	
Ucho	ploché boltec, žádná elasticita	lehce formovaný boltec, dobrá elasticita	lépe formovaný boltec, dobrá elasticita	pevný boltec, velmi dobrá elasticita	boltec se slabou chrupavkou, tuhé ucho	

Příloha č. 3



Obr. 3.5 Fetální oběh (Podle Moore, K. L., & Persaud, T. V. N. [1998]. *The developing human: Clinical oriented embryology* [6th ed.]. Philadelphia: Saunders)

Příloha č. 4



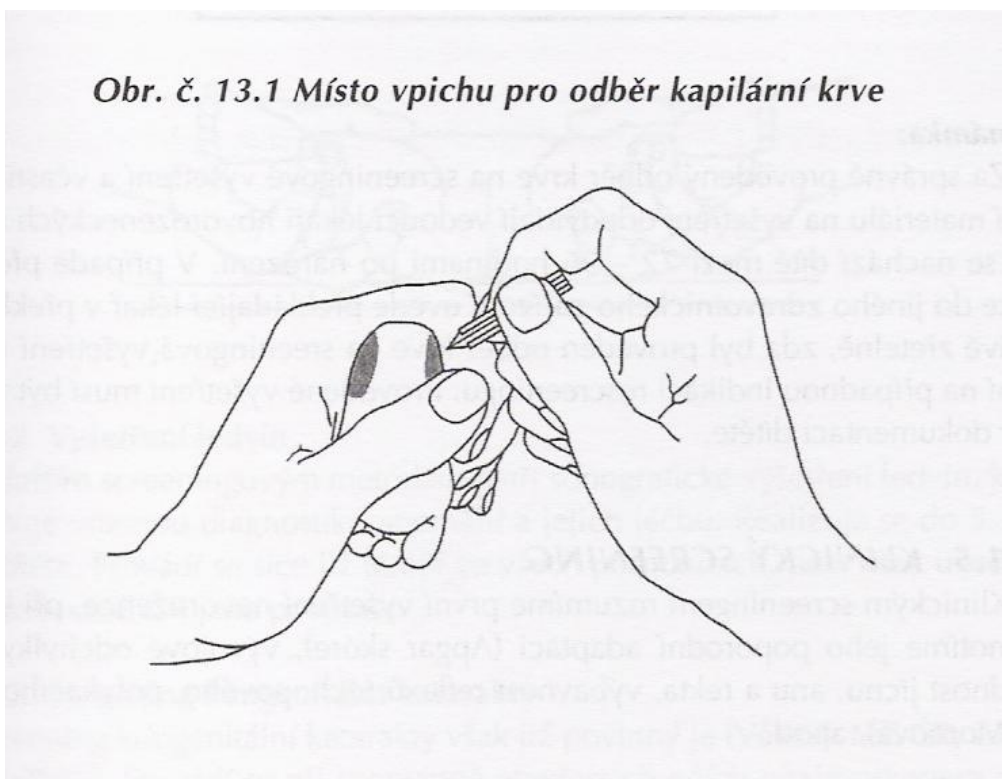
Příloha č. 5

Tab. 6.2 Skóre podle Apgarové

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

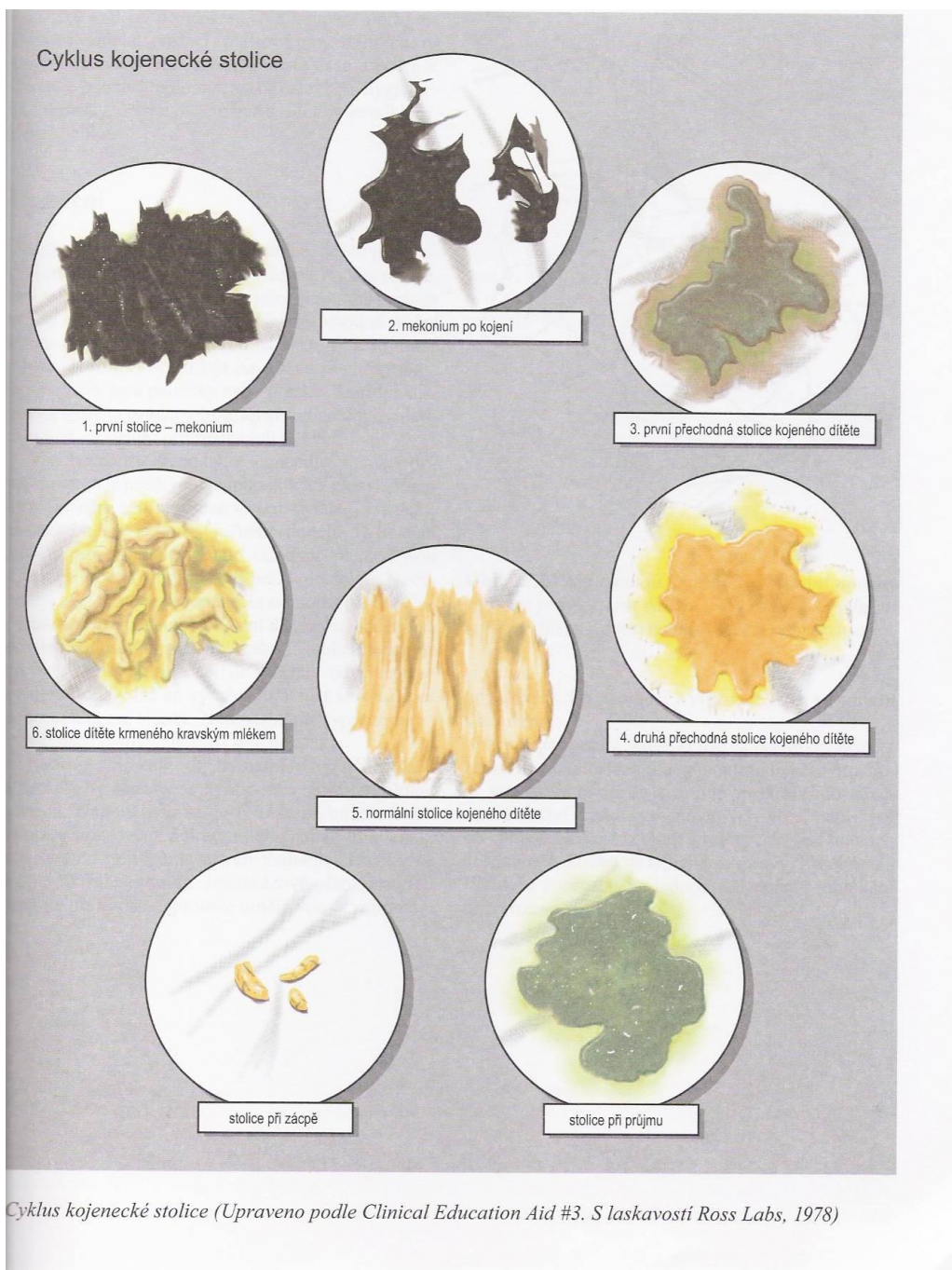
(2)

Obr. č. 13.1 Místo vpichu pro odběr kapilární krve



(7)

Příloha č. 7



Tab. 8.10. Význam kojení pro dítě a matku

<p>Význam pro dítě</p> <p><i>prokázaný:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• snížené riziko průjmových onemocnění kojenců• snížené riziko respiračních a jiných infekcí kojenců, včetně sepse, meningitidy a infekce močových cest• snížené riziko syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS)• snížené riziko nekrotizující enterokolitidy u nedonošených• snížené riziko potravinových alergií v dětském věku• snížené riziko Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy• snížený výskyt zubního kazu v dětském věku• snížené riziko nadváhy v dětském věku <p><i>pravděpodobný nebo možný:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• snížené riziko hypertenze a aterosklerózy v dětském i dospělém věku• příznivější psychický rozvoj (vyšší IQ)• snížené riziko některých malignit, např. lymfomu• snížené riziko diabetes mellitus 1. typu
<p>Význam pro matku</p> <p><i>prokázaný:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• zkrácená doba poporodního krvácení, rychlejší zavinití dělohy po porodu• menší krevní ztráty vlivem laktační amenorey• zlepšená poporodní remineralizace kostí• snížené riziko zhoubných nádorů prsu a ovaria
<p>Význam všeobecný</p> <ul style="list-style-type: none">• posilování emočního pouta mezi matkou a dítětem• dostupnost kvalitní stravy pro dítě nezávisle na místě a čase• nižší ekonomické náklady pro rodinu

Tab. 8.11. Kontraindikace kojení

- matka závislá na drogách
- HIV pozitivní matka
(kontraindikace platná jen v rozvinutých zemích)
- matka léčená cytostatiky
- matka s neléčenou aktivní tuberkulózou
- dítě s galaktosémií

DOPORUČENÍ PRO KOJENÍ FYZIOLOGICKÝCH NOVOROZENCŮ, KOJENCŮ A MALÝCH DĚTÍ

MUDr. Anna Mydlilová

Národní laktační centrum, FTN Krč, Praha

Všechny porodnice by měly dodržovat 10 kroků k úspěšnému kojení. Zdravotníci by měli matky v kojení podporovat, pozorovat, učit je základním technikám a pomáhat jim.

Hlavní zásady:

- Přiložit dítě k prsu do 30 minut až 2 hodin po porodu.
- Kojit dle chuti dítěte bez omezování délky a frekvence.
- Kojit zpočátku 8–12x za den a nabízet prs, kdykoliv dítě vykazuje bdělost, otvírá ústa, hledá.
- Pláč je pozdním příznakem hladu.
- Pokud je kojení dobře zavedeno, frekvence se řídí podle potřeby dítěte a neměla by klesnout pod osm kojení za den.
- Nepoužívat láhve a dudlíky. U některých dětí jejich užívání může vadit správné technice sání.
- Nedokrmovat děti paušálně jen v lékařsky indikovaných případech.
- Pokud je nutný dokrm, dokrmovat některým z alternativních způsobů.
- Správné zahájení kojení je usnadněno 24hodinovým pobytem na rooming in.
- Matka by měla nabízet obě prsa při každém kojení a kojit tak dlouho, dokud dítě u prsu zůstává.
- Důležitá je správná technika kojení – vzájemná poloha matky a dítěte, přísátí a správná technika sání.
- Matka by měla zaznamenávat počet kojení, pomocené a pokálené pleny i to, jak dlouho kojila.
- Spavé děti je potřeba ke kojení budit po uplynutí 4 hodin od začátku předchozího kojení.
- Zhodnocení kojení včetně polohy, přísátí a sání by mělo být provedeno školeným zdravotníkem nejméně 2x denně a mělo by být zaznamenáno v dokumentaci.
- Při zjištění problémů při kojení je nutné vytvořit plán a vysvětlit ho matce event. oběma rodičům.
- Dítě by mělo být propuštěno domů s váhovým přírůstkem, nejdříve po ukončených 72 hodinách.
- Pokud nelze kojit přímo z prsu, mělo by dítě dostávat odstříkané mateřské mléko.
- Dítě by mělo být vyšetřeno do 48 hod. po propuštění z porodnice pediatrem.
- Při této návštěvě by mělo být dítě prohlédnuto, zváženo, zjištěn počet močení a stolic. Očekává se 6–8 pomočených plen za den a 3–6 stolic za den do 6. týdne.
- Posouzeny by měly být prsy a také kojení, včetně polohy, přísátí a sání.
- Úbytek hmotnosti více než 7 % od porodní hmotnosti naznačuje možné problémy s kojením a vyžaduje pečlivější posouzení kojení a opatření k nápravě problémů.
- V obdobích růstových spurtů nebo když je třeba zvýšit tvorbu mléka může dítě vyžadovat častější kojení.
- Kojené dítě by mělo být znovu viděno pediatrem ve 2–3 týdnu k posouzení prospívání a kojení.
- V obdobích růstových spurtů nebo když je třeba zvýšit tvorbu mléka může dítě vyžadovat častější kojení.
- Zdravotníci a rodiče by si měli být vědomi, že výlučné kojení 6 měsíců je dostatečné pro optimální výživu dítěte a že v kojení lze pokračovat do 2 roků věku dítěte i déle podle vzájemných potřeb matky a dítěte.
- Další doba kojení je velkou výhodou pro zdraví a vývoj dítěte i pro matku.
- Neexistuje žádný horní limit délky kojení a nejsou známy žádné škodlivé psychologické či vývojové účinky kojení dítěte ve věku 3 let či déle.
- V prvních 6 měsících není nutné ke kojení přidávat jiné tekutiny či potraviny.
- Po ukončeném 6. měsíci lze zavádět nemléčný příkrm, a to lžičkou, z hrníčku, ne lahví.
- Zavádění příkrmu před 6. měsícem nezvyšuje kalorický příjem či růst, ale vytlačuje MM, které je bohatým zdrojem ochranných faktorů, živin i kalorií. Mezi 6–8 měs. získávají děti cca 70% kalorií z MM.
- Děti odstavené před 1. rokem života by neměly dostávat kravské mléko, ale formulí obohacenou železem.
- Všechny kojené děti by měly dostávat 1 gtt K vit. a 1 gtt. D vit.
- Rozhodnutí o suplementaci fluorem u dítěte ve věku 6 měsíců až 3 roky by mělo záviset na koncentraci fluoru v pitné vodě.
- Pokud je nezbytná hospitalizace kojící matky či dítěte, je třeba umožnit matce pobyt s dítětem a nejlépe pokračovat v kojení z prsu nebo mléko odstříkávat a krmit jím dítě.