

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Informovanost prvorodiček o péči o novorozence

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

2010

Autor:

Eva Kratochvílová

Abstract

The topic of the bachelor thesis is the informedness of primiparas about a newborn child care. The theoretical part of the thesis explains terms physiological newborn child, his/her postnatal adaptation and basic care of a newborn child. It describes the basic acts that the nurses aim to teach all mothers in hospital, such as changing nappies, bathing, caring of the umbilical scar and handling a newborn child. It also describes the equipment needed for basic care of a child.

The practical part of the thesis raised five objectives and five hypotheses. The first objective was to compare the level of informedness of primiparas in two hospitals in the Czech Republic (Oblastní nemocnice Příbram, a.s. and Nemocnice České Budějovice, a.s.). The hypothesis that the informedness of primiparas in Oblastní nemocnice Příbram, a.s. is lower has not been confirmed. The other objectives were to ascertain the level of informedness of primiparas about bathing techniques, treatment of the umbilical scar and handling a new-born child, and the sources from which the primiparas obtain most information. The hypothesis that primiparas have sufficient information about bathing techniques, care of the umbilical scar and the ways how to take a new-born child from the cot and how to hold the child correctly, and the hypothesis that they obtain most information from the nurses in hospital and, when being out of hospital, from the Internet have been confirmed.

The results of the research are presented in charts and compared with technical literature in the respective chapter.

The bachelor thesis could serve as a source of information both for students and for mothers-to-be.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost prvorodiček o péči o novorozence“ vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Chtěla bych velice poděkovat vedoucí práce Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D. za vřelost, ochotu, cenné rady a čas poskytnutý během zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Fyziologický novorozenec.....	4
1.1.1 Klasifikace novorozence.....	4
1.1.2 Hodnocení novorozence dle Apgarové.....	5
1.1.3 Poporodní adaptace novorozence.....	5
1.1.4 První ošetření novorozence.....	6
1.1.5 První přiložení k prsu.....	8
1.2 Péče o fyziologického novorozence na novorozeneckém odd.....	8
1.2.1 Prohlídka novorozence pediatrem.....	8
1.3 Manipulace s novorozencem.....	9
1.3.1 Zvedání z postýlky.....	10
1.3.2 Nošení novorozence.....	11
1.3.2.1 Nošení v šátku.....	11
1.3.2.2 Nošení ve vaku.....	12
1.3.3 Přebalování.....	13
1.3.3.1 Látkové pleny.....	14
1.3.3.2 Papírové pleny.....	14
1.3.3.3 Srovnání plen.....	15
1.4 Hygiena novorozence.....	15
1.4.1 První koupel.....	15
1.4.2 Koupel ve vaničce.....	16
1.4.3 Koupel ve speciálním kyblíku.....	18
1.4.4 Koupel otíráním.....	18
1.4.5 Péče o pokožku.....	19
1.4.6 Péče o pupeční pahýl.....	19
1.4.7 Fimóza-přetahování předkožky.....	20
1.4.8 Synechie vulvy.....	21

2. Cíle práce a hypotézy.....	23
2.1 Cíle práce.....	23
2.2 Hypotézy.....	24
3. Metodika.....	25
3.1 Použitá metodika.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4. Výsledky výzkumného šetření.....	26
4.1 Analýza dotazníků.....	26
5. Diskuze.....	50
6. Závěr.....	56
7. Seznam použitých zdrojů.....	58
8. Klíčová slova.....	62
9. Přílohy.....	63

Úvod

Výchova dětí je pro mnoho žen celoživotním úkolem, proto je důležité jim v začátcích pomoci a dát jim základní informace, jak zacházet s dítětem. Proto již v porodnici je úkolem porodních asistentek, dětských sester a lékařů naučit ženy základní péči o jejich novorozené dítě.

Po porodu nastává pro ženy nová etapa života, která znamená změnu celého dosavadního režimu, který dodržovaly. Dochází ke změnám jak hormonálním, emočním, tak psychickým. Žena je po porodu rozrušená novými úkoly, které musí plnit, je tedy potřeba se k ní chovat velmi citlivě, chápavě a snažit se jí vyjít ve všem vstříc. Při podávání základních informací je důležité mluvit s ní pomalu, srozumitelně a používat výrazy, kterým i ona porozumí. To znamená používat termíny všeobecně známé a nepoužívat složité odborné názvy.

V péči o novorozence je mnoho nových poznatků a každá nemocnice má své standardy, kterých se drží. Každá žena četla jiné knihy, či články na internetu o péči o dítě a sestry jsou zde od toho, aby jí srozumitelně vysvětlily základní úkony v péči o dítě a vyvrátily jí mylné informace. Ženy by měly z porodnice odcházet s jistotou, že se zvládnou o své dítě postarat. Je potřeba se při odchodu zeptat: „Rozumíte všem informacím? Nemáte další dotazy? “.

Proto jsem si vybrala toto téma, abych se přesvědčila, zda mají ženy při odchodu z porodnice opravdu dostatek informací o péči o novorozence.

1. Současný stav

1.1 Fyziologický novorozenec

Mezi fyziologické novorozence se řadí ty, kteří jsou zdraví, zralí, eutrofičtí a narození v termínu porodu. Donošený novorozenec se posuzuje podle váhy a míry.

Fyziologický novorozenec váží v průměru 3500g a měří 50cm. Znamky zralosti se mohou rozdělit na somatické a funkční. Mezi somatické známky donošeného novorozence patří dobře vyvinutý podkožní tukový polštář. Kůže vyvinutého novorozence je růžová a je kryta mázkem (vernix caseosa). To je bílý sekret, který produkují mazové žlázy, složený z tuku, mastných kyselin a oloupaných buněk epidermu. Na nose se vyskytují žlutobělavé tečky (milia). U fyziologického novorozence se může na zádech ještě vyskytnout zbytek lanuga, což je jemné plodové chmýří. Vlasy má jemné a nehty by měly přesahovat konečky prstů. Prsní žlázy jsou dobře vyvinuté (areoly pigmentované) a po celé ploše nohy a na dlaních je patrné rýhování. Dále se posuzují ušní boltce, které mají dobře vyvinutou chrupavku. U chlapců jsou sestouplá obě varlata a u dívek labia majora překrývají labia minora, což značí zralost genitálu.

Do funkčních známek zralosti se řadí dobrá termoregulace, což znamená u novorozence schopnost udržení teploty v rozmezí 36,4-36,8°C v axile a 36,5-37,5°C v rektu. Dále přítomnost sacího, polykacího reflexu a dalších, které jsou nezbytné k přežití. Mezi funkční zralost patří i zralost plicních funkcí s dýcháním bez apnoických pauz. Dále se sem řadí přiměřené funkce jaterní, trávicí a funkce močového systému.(4, 5, 27)

1.1.1 Klasifikace novorozence

Bezprostředně po porodu je možné novorozence zařadit do několika skupin. Z hlediska posouzení prenatálního vývoje, ale i možné morbidity a mortality, mají vysokou výpovědní hodnotu. Nejčastěji se uplatňuje klasifikace podle délky těhotenství a podle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku.

U klasifikace dle délky těhotenství (gestace) se novorozenci dělí na narozené před termínem (nedonošené), jejich gestační věk je pod 38. týdnem, dále na novorozence narozené v termínu (donošené), jejich gestační věk je mezi 38. - 40. týdnem, a poslední skupinou jsou novorozenci narození po termínu (přenášení), jejichž gestační věk přesahuje 42. týden.

U klasifikace novorozence dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku se rozeznávají tři skupiny novorozenců. První skupinou jsou novorozenci eutrofičtí, jejichž porodní hmotnost odpovídá gestačnímu stáří. Druhou skupinou jsou novorozenci hypertrofičtí, jejichž porodní hmotnost je vyšší, než odpovídá gestačnímu věku. A poslední skupinou jsou hypotrofičtí novorozenci, u nichž je porodní hmotnost nižší, než odpovídá gestačnímu stáří.(4, 6, 26)

1.1.2 Hodnocení novorozence dle Apgarové

K hodnocení poporodní adaptace novorozence se využívá skóre dle Virginie Apgarové. Hodnotí se pět životních projevů v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Patří sem barva kůže (prokrvení), srdeční frekvence, dýchání, svalový tonus a reakce dítěte na podráždění. Každý projev je ohodnocen 0-2 body. Nejvyšší počet bodů je 10 a nejnižší 0. Fyziologický novorozenec má bodovou hranici 7-10 bodů. Novorozenec pod 7 bodů je považován za rizikového. Vyhodnocení dle Apgarové nám slouží k včasnému zahájení resuscitace a následnému sledování novorozence pediatrem. Nízké hodnoty v první minutě nemusí vypovídat o poškození novorozence, ale nízké hodnoty v 5. minutě a později už jsou prognosticky závažnější.(4, 12, 22, 26)

1.1.3 Poporodní adaptace novorozence

„Po porodu musí každý novorozenec projít sérií adaptačních změn, kterými se přizpůsobí existenci v podmínkách mimoděložního prostředí. Toto období může proběhnout v intervalu 6-24 hodin. U většiny novorozenců má poporodní adaptace hladký průběh, může však být narušena řadou prenatálních i postnatálních faktorů. Nejdůležitější změny se týkají dýchání a krevního oběhu.“ (6, str. 38)

Poporodní adaptace se dělí do tří stadií, podle časového intervalu. Prvním stadiem je období reaktivity (0-30 min po porodu). U dítěte dochází k vzestupu akce srdeční na 160-180 pulzů/min po dobu 10-15 minut. Poté se akce sníží na 100-140/min. Dýchání je nepravidelné a může být zrychlené. Dítě je v bdělém stavu, křičí a má trhavé pohyby.

Druhým stadiem je období snižujících se odpovědí (30min.-2 hod.). Dítě spí, dýchání je pravidelné, barva kůže je růžová, srdeční akce je stálá mezi 100-140/min.

Posledním, třetím stadiem poporodní adaptace je období druhé reaktivity (2-8 hod. po narození). V tomto období se opět dítě stává neklidným, může se objevit tachykardie, změny svalového tonu, barvy kůže. Dítě může blinkat, přehnaně reaguje na zevní i vnitřní stimuly.(5,6)

1.1.4 První ošetření novorozence na porodním sále

Při prvním ošetření novorozence na porodním sále je důležité dodržet několik důležitých zásad a úkonů pro správnou adaptaci novorozence. První zásadou je zabránit ztrátám tepla, neboť hypotermie výrazně ovlivňuje další průběh adaptace. Zamezení ztrát tepla se docílí tak, že je novorozenec ošetřován na vyhřevném lůžku či boxu a pod tepelným zářičem. Novorozence je potřeba okamžitě osušit zahřátou plenou či rouškou, po otření je novorozenec položen na další suchou plenu či roušku.

Po porodu není potřeba rutinně fyziologického novorozence odsávat. Nešetrné odsátí může způsobit řadu komplikací (edém sliznice úst, nosu, faryngu, opoždění nástupu sacího reflexu a dalších). Pokud je novorozenec výrazně zahleněn, krátce a šetrně se odsaje nejprve dutina ústní a poté dutina nosní a nosohltan, předcházíme tak aspiraci při inspiriu (nádechu) a uvolníme tím dýchací cesty pro snadnější nádech.

Po osušení novorozence je dalším úkonem ošetření pupečního pahýlu. Pupečník, který je od porodníka opatřen peánem, se zajistí dvojitou ligaturou sterilní gumou nebo speciální plastovou svorkou asi 4-6 cm od úponu. Po odstříhnutí se na některých pracovištích stále ještě dezinfikuje Cutaseptem. Vyplývá to z doporučení neonatologické společnosti ČLS JEP, z roku 1997. Zahraniční postupy již dezinfekci nedoporučují. Pupečník se má omýt prostředky k běžné koupeli, důkladně osušit a nechat volně nezakrytý plenkovými kalhotkami. (8)

Dalším krokem je zvážení a změření. Tento úkon je možné odložit až po adaptaci novorozence. Při vážení je nezbytné podložit novorozence plenou, která je ochranou před prochladnutím, a poté odečíst váhu pleny. Při měření je novorozenec přiložen k ploše, kde je umístěn metr a natáhnou se mu dolní končetiny v kolenou, nikoliv v nártu. Dále je změřena teplota, čímž se zároveň zkontroluje průchodnost anu a rekta. Opět se již nedoporučuje měření ihned po narození.

Velice důležitým aspektem je identifikace novorozence. Ideální je označení dítěte s nekomplikovanou porodní adaptací bezprostředně po narození na porodním lůžku v průběhu prvního kontaktu s matkou nebo rodiči. Je-li nutná resuscitace, je třeba označit novorozence při nejbližší možné příležitosti. Označení se týká i novorozenců před transportem na jiná oddělení. Novorozenci velmi nízké a extrémně nízké porodní hmotnosti vyžadují pro specifiku stavu (nepoměr tělesných rozměrů a velikosti označovacích náramků, fragilita kůže aj.) zvláštní postupy pro značení. Ideální je současné označení matky s údaji o dítěti. Pro tento účel lze použít i speciální soupravy označovacích náramků se shodným číslem (jako dalším prvkem kontroly příslušnosti dítěte k matce) pro případ neočekávaných nebo krizových událostí. Podle zvyklostí oddělení je možno pro rychlou orientaci doplnit označení zavinovačky dítěte, postýlky, inkubátoru nebo pokoje. Značení mimo tělíčko dítěte není považováno za dostatečné a nenahrazuje povinné značení. (23)

Pro označení dítěte se doporučuje používat speciální nerozpojitelný plastový náramek. Ten je připevněn na ruku novorozence a obsahuje jméno, příjmení, číslo porodu, den, hodinu a minutu narození, příjmení matky a číslo, které má na ruce matka.(23)

Pro zvýšení bezpečnosti značení je možno napsat další nebo duplicitní označení přímo na tělíčko dítěte. Popisování dítěte se provádí 0,5% vodným roztokem genciánové violeti na kůži na hrudníku nebo stehýnku dítěte po předchozím očištění. „Barva na novorozence“ je pro možnost poleptání kůže nevhodná. (23)

Dalším úkonem na porodním sále je kredeizace, což znamená vykapání spojivkových vaků dnes používaným Ophtalmo-septonexem jako prevenci před gonokokovou konjunktivitidou, kterou mohlo dítě získat od matky.

U všech dětí se ještě provádí prevence krvácivé nemoci pomocí 1 miligram vitamínu K (Kanavit), který lze podávat per orálně, intra muskulárně či intra venózně. Podává se první den po narození dítěte a u kojených dětí se pokračuje dávkou 1x týdně do 12 týdne věku dítěte. (1, 4, 5, 6, 14)

1.1.5 První přiložení k prsu

Po ošetření a zabalení je novorozenec přiložen k prsu matky, a to nejlépe do 30 minut, nejdéle do 2 hodin po porodu. První přiložení je velice důležitý moment poporodního období hlavně pro budoucí správnou tvorbu mléka a dlouhodobého kojení. Na první přísátí reaguje organizmus matky velmi intenzivně a stimuluje produkci obou základních hormonů oxytocinu a prolaktinu, díky kterým se lépe rozvíjí laktace (uvolňování a tvorba mléka) a rychleji se zavínuje děloha. Do dvou hodin po porodu je mnohonásobně vyšší hladina těchto hormonů než po přiložení dítěte k prsu později. (6, 10, 22)

1.2 Péče o fyziologického novorozence na novorozeneckém oddělení

„Po přeložení na novorozenecké oddělení je třeba sledovat novorozence po dobu 24 hodin, kdy vzniká nejvíce adaptačních změn a kdy se může projevit mnoho odchylek a onemocnění. Sledují se základní vitální funkce (stav vědomí, akce srdeční, dýchání), tělesná teplota, barva kůže, neurologické projevy (tonus, pláč, přísávání k prsu), odchod smolky, zvracení, močení, krvácení z pupečního pahýlu. Fyziologický novorozenec bývá zpravidla ošetřován společně s matkou na oddělení rooming-in. Minimální doba pobytu na novorozeneckém oddělení je podle doporučení MZČR 72 hodin. Při nekomplikovaném průběhu se propustí novorozenec 4. den domů.“ (4, str. 165)

1.2.1 Prohlídka novorozence pediatrem

V některých nemocnicích prohlíží pediatr novorozence již na porodním sále, v jiných až na novorozeneckém oddělení. Vždy je ale potřeba, aby byl každý novorozenec vyšetřen pediatrem brzy po porodu.

Pediatr prohmatá dítěti hlavu a fontanely, podívá se do dutiny ústní a prohmatá klíční kosti. Po obtížnějším porodu může být klíční kost zlomená. V takovém případě je třeba s novorozencem zacházet opatrně a není vhodné jej pokládat na břicho.

Dále lékař srdce a plíce. Údery srdečního hrotu jsou rychlejší než u dospělých a tep může být ze začátku nepravidelný v závislosti na nádechu a výdechu. Normální počet tepů novorozence je 120-140/min. V prvních dnech života může být poslechově detekován i šelest na srdci, který obvykle mizí 4.-5. den. Dýchání novorozence je lehce nepravidelné, hlavně při spánku, ale jinak klidné, frekvence 40-60 dechů/min.

Po vyšetření hrudníku lékař prohmatá břicho. Hodnotí velikost, prohmatnost, tvar a uložení vnitřních orgánů. Zkontroluje pupeční pahýl a jeho podvázání, zda není uvolněné. Všimá si, zda okolo pupku není pupeční kýla.

Další, co lékař zkontroluje, je genitál novorozence. U děvčátek se vlivem poklesu matčinyhormonů může vyskytnout hlenový výtok z vulvy, někdy i lehce krvavý, tato reakce během následujících měsíců vymizí. U chlapců by po narození měla být obě varlata sestoupilá v šourku. Může ale nastat situace, kdy buď jedno, nebo obě varlata nesestoupí a zůstanou v dutině břišní. Pokud by se do osmi měsíců varle/varlata spolehlivě v šourku nenahmatala, rozhodne pediatr o dalším průběhu.

Kontrola dolních končetin spočívá v nahmatání pulzu na stehenních tepnách a kontrole postavení a pohyblivosti v kyčelních a hlezenních kloubech.

Dále je třeba vyšetřit záda, páteř a zadeček, kde se pozornost věnuje nerovnosti páteře a zad, možným trhlíčkám kolem ústí řitního otvoru a oblasti hráze.

Z hodnocení pediatra pro sestry vyplývá další ošetrovatelská péče dle stavu novorozence.(1, 11, 22)

1.3 Manipulace s novorozencem

Správná manipulace, správné zacházení s dětmi, je nesmírně důležitá z mnoha důvodů. Nošení, otáčení a přebalování jsou manipulační techniky a těmi se velmi výrazně ovlivňuje vývoj dítěte. Pokud rodiče nevědí, na co dávat pozor, mohou udělat hodně chyb, které pak zasáhnou do psychomotorického vývoje dítěte a do správného

vzpřímení těla na celý život. Právě proto se tak zdůrazňuje správná manipulace s dítětem už od počátku jeho života. (16)

Pro správnou manipulaci jsou důležité zásady, které si musí matky osvojit a uplatňovat je při každém pohybu s novorozencem, ale i se staršími dětmi. Je velmi důležité zacházet s novorozencem pomalu, jemně a citlivě. Tímto chováním je zajištěn novorozenci pocit jistoty, bezpečí a tepla. Dále je třeba se vyhnout tlaku a dotyku na útlý krček a vyvarovat se záklonu hlavičky. Je také důležité s dítětem neustále mluvit a být mu nablízku. (17, 24)

1.3.1 Zvedání z postýlky

Během celého dne se musí novorozenec velmi často zvedat. Je tedy potřeba znát základní zásady, které by se měly dodržovat. Při každém pohybu s novorozencem je třeba zacházet co nejšetrněji a nejopatrněji. Dítě je obvykle statnější, než by se dalo předpokládat, ale nikdy se s ním nesmí hrubě zacházet nebo třást. Při zvedání novorozence s ním dotyčný zůstane v těsném tělesném kontaktu, povídá si s ním, aby měl pocit bezpečí, a stále mu podepírá hlavičku.

Novorozenec při spánku i při každém přebalování leží na zádech, tudíž se nejčastěji zvedá z této polohy. Pokud dítě spí, je potřeba ho nejprve jemně vzbudit. Při zvedání se k dítěti naklonit a podložit mu jednou rukou hlavičku a šíjí, druhou ruku vložit pod zadeček a palcem a ukazovákem pevně obejmout stehýnko. Potom dítě pomalu nadzvednout do sedu a přesvědčit se, zda má hlavičku v bezpečí v naší ruce nebo předloktí. Potom teprve dítě zvednout do náruče. Stále s novorozencem hovořit a snažit se navázat oční kontakt.

Druhý způsob zvedání novorozence spočívá v úchopu za ruku, podle toho, jestli jste levák nebo pravák, lehkým tahem přetočit novorozence na bok a současně vložit dlaň své ruky pod temeno hlavičky a předloktí pod záda. Poté si dítě převalit na ruku, prsty druhé ruky vložit mezi nožky až pod zadeček, palec zůstává vystrčený v rozkroku. Při zvedání je třeba udržovat předloktí ruky pod zády dítěte.

Další metoda není v knížkách popisována, ale je běžně používána v porodnicích. Novorozenec se zvedá s celou peřinkou, a to tak, že jednou rukou se chytí všechny cípy

peřinky a druhá ruka se vloží pod hlavičku, krk a záda novorozence. Tato metoda je jednoduchá a bezpečná, novorozenec nemůže vypadnout a nemůže se stát, že se špatně uchopí.

Při pokládání novorozence se opět musí zachovat vzorec přirozeného pohybu, a to takový, že se dítě pokládá nejprve do sedu a potom do lehu. Maminky tedy nemají pokládat dítě hlavičkou napřed, ale nejprve ho jakoby v postýlce (kočárku) posadit a potom teprve položit.

Nejdůležitější při manipulaci a zvedání novorozence je podpírat hlavičku tak, aby nedocházelo k záklonu. (3, 12, 17, 24, 25, 29)

1.3.2 Nošení novorozence

„Nošení dětí je životní styl. Je to přístup k výchově dítěte.“ (28, str. 136)

„V prvním roce života získává dítě díky tělesnému kontaktu s rodiči nebo s jinými pečujícími osobami jistotu a důvěru k atmosféře svého okolí.“ (28, str. 136)

Jaké jsou výhody nošení pro dítě? Dítě se cítí v bezpečí díky mateřskému teplu, tlukotu srdce, vidí na obličej matky, vidí, když se matka směje, mluví a komunikuje s okolím. Dítě je všeho účastníkem a necítí se samo. Nošení redukuje pláč, zlepšuje učení, zapojuje dítě do společnosti a upevňuje rodičovské pouto.

Při nošení se dodržují stejné zásady, jako při zvedání. Hlava dítěte spočívá v ohbí paže pečujícího, tělo mu leží na předloktí a stehýnko společně se zadečkem je drženo jeho rukou. Tato poloha je bezpečná a zároveň ideální pro udržování očního kontaktu s dítětem.

Pro nošení se využívají pomůcky, jako je šátek a vak. Při nošení v šátku či vaku je napodobován pobyt novorozence v děloze. (3, 10, 20, 28)

1.3.2.1 Nošení v šátku

V Evropě se děti v šátku nosily na venkově ještě za života našich prababiček a šátku se říkalo "chůvka". V zemích ležících na východ od nás se děti v šátku nosí dodnes (Rumunsko, Ukrajina aj.). Rómové nosili své děti v šátku ještě v minulé generaci. (20, 28)

Vědci zjistili, že děti, které matky nosily alespoň 4 hodiny denně, prospívají lépe jak fyzicky, tak psychicky. Mozek dítěte nošeného dostává více stimulů, než mozek dítěte ležícího v kočárku nebo v postýlce a lépe se tak rozvíjí. Děti jsou méně bojácné, méně plačtivé a dříve se osamostatňují. Nošením si děti cvičí rovnovážný systém a posilují motorický vývoj. Bezprostřední přítomnost matky a dítěte pomůže lepšímu porozumění mezi nimi, matce umožní lépe naslouchat přáním a potřebám svého dítěte. Šátkování je také prospěšné dětem předčasně narozeným či dětem handicapovaným. Dítě v šátku je anatomicky ve správné poloze. Záda a páteř jsou podpírány, dítě v šátku "nesedí". Důležité je vázat šátek pevně. Také je důležité střídat polohy při nošení, čímž páteř a příslušné svalstvo nebudou jednostranně zatěžovány.

Nosit dítě v šátku se může již od narození, je ale třeba jej nechat i samotné, aby si volně hrálo. Samo si určí, jak dlouho chce být nošené. Potřeba nošení klesá s jeho věkem a motorickým vývojem.

Nošení dítěte má také výhody pro matku. Tou nejdůležitější je, že se nemusí zříkat všech svých zálib. S dítětem v šátku může chodit na výstavy, do muzea, pracovat na zahradě, jít nakoupit, aniž by se strachovala, jestli tam může s kočárkem. Velkým pomocníkem je šátek i v domácnosti. Když si matka uváže dítě do šátku, má obě ruce volné a může tak dělat i více věcí najednou.(20, 26, 28)

„Šátek je víceúčelový - na cestách poslouží jako podložka pro přebalení nebo příkrývka, polštářek v autosedačce, jako stínění proti slunci, po pevném uchycení jako závěsná houpačka. Když zrovna šátek nepotřebujete, je lehký a praktický na skladování.“(28, str.173)

1.3.2.2 Nošení ve vaku

Nošení ve vaku je obdobné jako nošení dítěte v šátku. Baby-vak má méně variant poloh než šátek. Může být opět využit při vyřizování jednání na úradech, na nákupu, při návštěvě lékaře, muzea, výstavy atd. Dítě nemusí být ponecháno samotné a matka se může věnovat svým oblíbeným aktivitám. Vak se hodí i na veřejnosti při kojení, zakryje matku i dítě. Dále se dá využít jako podložka při přebalování a pokud dítě nechce usnout, může se s ním pohupovat a využít ho jako kolíbkou. Pohyby těla matky dítě

uklidní, bude se cítit v bezpečí a matku nebudou bolet ruce ani záda. Použití baby-vaku je velmi jednoduché. Je určen pro novorozence i kojence do 14 kg.(19, 28)

1.3.3 Přebalování dítěte

„Přebalování není jen běžnou hygienickou procedurou, ale i receptem proti rozmrzelosti dítěte. Je to čas těsných kontaktů, mazlení a maximální pozornosti, kterou si věnuje matka s dítětem navzájem.“(3, str. 54)

Novorozenec močí několikrát denně, v prvních měsících to může být až dvacetkrát denně. Přebalování je základním úkonem každodenní péče. Děti v raném věku nejsou schopny kontrolovat vylučování. Počet přebalování se postupně snižuje.

Před vlastní výměnou plen, je nutné připravit si k ruce, aby se nestalo, že by dítě zůstalo samo nechráněno na podložce. K přebalování jsou potřeba čisté pleny, ubrousky či tampóny na utření, sáček na znečištěné pleny.

Nejvhodnějším místem pro měnění plen je pult. U pultu rodiče stráví hodně času, proto je důležité, aby byl příjemný jak pro ně, tak pro dítě. Je vhodné zvolit pult, který má ukládací prostory pro všechny potřebné věci. Když však pultu není, poslouží i kuchyňský stůl, gauč nebo válenda.

Dítě se přebaluje tak často, jak je třeba. Na látkové pleně se snadno pozná, že je mokrá, ale při použití jednorázových plen je to obtížnější. Většina dětí má potřebu se vyprázdnit v průběhu krmení, protože sací reflex je spojen s reflexem vylučovacím. Po jídle má dítě sklon ke zvracení, je tedy nutné vyměnit pleny ještě před ním. Dále je třeba vyměnit plenu vždy, když nebude prostor pro výměnu delší dobu (návštěvy lékaře, výlety, jízda autem atd.). Vzhledem k poměrně častému výskytu gastroezofageálního refluxu u novorozenců se v posledních letech nedoporučuje dítěti při přebalování zvedat zadeček, ale je mnohem lepší jej pouze otočit na bok a po zasunutí plen pod zadeček opět převrátit zpět na záda. Pomočený a pokálený zadeček se musí pečlivě omýt a osušit, aby se předešlo podráždění kůže a vzniku opruzení. V indikovaných případech se používají ochranné krémy. Neměly by ale obsahovat žádné konzervační látky, parfémů nebo i léky, protože jednorázové pleny (pampers) zvyšují průnik těchto látek kůže dítěte. (3, 20, 29)

1.3.3.1 Látkové pleny

Stále více matek se v současné době vrací k používání látkových plen. Ty se rozdělují na jednodílné a vícedílné.

Jednodílný systém spočívá v tom, že spojuje plenku a kalhotky do jednoho systému, tedy „vše v jednom“. Hlavní výhodou jednodílného systému je snadné použití. Je zde však vyšší pořizovací cena.

Vícedílný systém se skládá z látkové plenky a samostatných kalhotek, které udržují plenku na místě a brání prosáknutí moče nebo stolice. Tento systém má více výhod. K jedné velikosti plenky se může dát jiná velikost kalhotek a přizpůsobí se tak růstu dítěte. Plenka se může složit do kalhotek různým způsobem a reagovat tak na měnící se hustotu a množství moče a stolice.

Látkové pleny mají řadu výhod, ale i nevýhod. Jsou šetrné k životnímu prostředí, mají pozitivní vliv na vývoj kyčelních kloubů a umožňují rychlejší přechod dítěte na nočník. Hlavní nevýhodou je nezbytnost praní a vyšší náklady při pořízení v začátcích. Dále jsou nevýhodné při cestování, protože plenu není možné hned vyhodit a musí se nosit s sebou.(3, 20, 22, 27)

1.3.3.2 Jednorázové plenky

„Pleny na jedno použití jsou rodiči v současné době nejoblíbenější, poněvadž přináší pohodlí, šetří práci a snadno se používají. Nemusí je prát, sušit ani si dělat starosti s dalšími pomůckami, jako jsou spínací špendlíky, igelitové vložky nebo plenkové kalhotky.“(29, str. 38)

Plenky na jedno použití jsou kombinací kalhotek a plenek, které se po použití vyhodí. V obchodech jsou v různých velikostech, jak pro novorozence, kojence, tak pro větší děti. Materiál, z kterých jsou plenky vyrobeny, nepropouští vlhkost. Jsou opatřeny pružnými pásky, které drží plenku na místě. Pro snadné uchycení slouží lepicí pásky nebo pásky na suchý zip. Dále mají mezi vrstvami buničiny speciální gel, který na sebe váže tekutiny a zabrání průniku moče. Dítě se tak stále cítí v suchu.(2, 20, 27)

Pro jejich jednoduché použití se jednorázové plenky tolik těší oblibě. Jako všechny věci mají i ony své výhody a nevýhody. Jak jsem již popisovala, jejich největší

výhodou je jejich jednoduchost. Nevýhodou je, že jsou nešetrné k přírodě. Nedají se recyklovat a ani zlikvidovat. Zabírají tudíž mnoho místa na našich skládkách. Další nevýhodou je to, že se dítě stále cítí v suchu. Proto při používání plenek na jedno použití dětem déle trvá, než se naučí samostatnosti při vylučování. Nic je nenutí, cítí se v pohodlí a nemají tak potřebu naučit se chodit na nočník. Další nevýhodou také je, že se musí méně často měnit, tudíž dítě je tak náchylnější k dermatitidám a opruzeninám, jak v oblasti genitálu, zadečku, tak i v tříselech.(3, 20)

1.3.3.3 Srovnání plen

Nejdůležitějším argumentem pro volbu plen by měla být hlavně reakce kůže dítěte. Plenky látkové jsou vyrobeny z čisté bavlny, tudíž obsahují velmi malé množství alergenů, které by mohly dítě dráždit. Neobsahují však látku, která by pohltila tekutinu jako plenky na jedno použití. Při silném promáčení látkových plen se může stát, že u dítěte vzniknou opruzeniny. Jednorázové pleny mohou zase vyvolat alergickou reakci. Je důležité srovnat si argumenty pro a proti, vyzkoušet oba typy a zjistit tak, které pro dítě budou komfortnější. Při volbě plenek se musí rodiče dívat na výhody pro dítě a nezohledňovat příliš své pohodlí.(18, 20)

1.4 Hygiena novorozence

„Ještě nedávno bylo koupání novorozenců doporučováno denně, ale změněná kvalita vody má za následek nárůst alergických projevů. Vývoj lékařských poznatků vedl k tomu, že se názory změnily. Každodenní koupel s použitím mýdla již není doporučována. Denně omýváme pouze místa zapáčky, zadeček a genitálie.“(6, str. 58)

Při koupeli volíme mýdla s neutrálním pH, dáváme přednost prostředkům bez konzervačních látek. Použití dezinfekčních mýdel není vhodné, snižují bakteriální osídlení pokožky pouze na 4 hodiny.(6, 18)

1.4.1 První koupel novorozence

Novorozeneček by se měl poprvé vykoupat až po stabilizaci stavu, když už je jeho teplota, dýchání a srdeční frekvence 2-4 hodiny po porodu v mezích normy. První

koupele by měla provádět sestra a je možná i asistence matky. První koupele se provádí v jednorázových rukavicích, v teplotně zajištěném prostředí a vhodnou technikou. Pokud to stav dítěte dovolí, můžeme jej sprchovat nebo omývat na lůžku. Pro sprchování si musíme seřídít dostatečně teplou tekoucí vodu, pro omývání na lůžku vhodnou nádobu s vodou. Postup je vždy stejný. Začíná se obličejem, který je pouze otřen navlhčenou žínkou či tampónem bez přidaného mýdla. Po otření obličeje se může teprve přidat mýdlo, které je dáno přímo do vody nebo na žínku. Při mytí jsou nejprve omyty vlásky, poté krk a ramena, postupuje se směrem dolů na trup, horní a dolní končetiny a koupele je zakončena omytím genitálu a zadečku. Na místa již namydlená se už zpět nevrací. Po namydlení je třeba dítě pečlivě opláchnout a přenést ho na suchou plenu či osušku, kde je pečlivě osušeno, a to hlavně v kožních záhybech. Po utření je třeba mokrou osušku vyměnit za suchou, aby dítě neprochladlo. Pečlivě se dítě prohlédne, zkontroluje, zda někde nezůstaly zbytky mazu nebo krve. Je třeba nezapomenout zkontrolovat u dívek genitál, kde mezi labia minora a majora je často sekret a mазek, který by se měl také odstranit. Genitál děvčátek je vždy omýván směrem shora dolů, ke konečníku. Tímto pohybem se zabrání vniknutí bakterií z konečníku do pochvy. U chlapců se prohlédne kůže pod šourkem, kde také zůstává mазek. (6, 22, 28)

1.4.2 Koupaní ve vaničce

Dříve bylo doporučováno, aby se děti mydlily na přebalovacím pultě a teprve poté se oplachovaly ve vaničce, což bylo jednak z hlediska bezpečnosti nevhodné, dítě bylo namydlené a mohlo vyklouznout, a dále v průběhu mydlení docházelo k odpařování tepla a novorozenec rychleji prochladl. Dnes se volí způsob koupání ve vaničce, který je v porodnicích demonstrován matkám.

Ke koupeli je třeba si vyhradit dostatek času a koupat novorozence vždy ve stejnou hodinu, nejlépe večerní. Večerní koupání je pro celou rodinu zážitek a pro dítě je to čas, kdy si může užít volnosti pohybu.

Před koupelí si sestry/matky připraví všechny potřebné pomůcky. Teplota v pokoji by měla být alespoň 24- 28 °C. Dítě po vykoupání utírají nejlépe na přebalovacím pultu,

kam si připraví dvě plenky či dvě osušky, čisté oblečení, čistou plenu, vatové tyčinky na vyčištění uší, popřípadě nosíku, a pokud má dítě suchou kůži, i vhodné emoliencium.

Do vaničky se napustí přibližně 10-15cm vody, aby dítě bylo ponořené i s ramínky. Teplota vody by měla být 38-40 °C. Pro kontrolu teploty vody se používá speciální teploměr nebo se zkontroluje voda ponořením lokte naší ruky, voda nemá pálit ani studit. Na dno vaničky se vloží plenka nebo speciální podložka pod dítě.

Před koupelí by dítě nemělo být těsně po jídle, kvůli možnému ublinkávání. Dítě se svlékne ještě na přebalovacím pultu a očistí se mu zadeček stejně jako při přebalování. Dítě se přenáší do vaničky tak, aby nemohlo vyklouznout - tzv. přes dva klouby, ramenní a kyčelní. Jedna ruka drží novorozence za vzdálenější rameno a horní paži, zároveň paže podkládá hlavičku, druhá ruka se podsune pod zadeček a uchopí dítě za vzdálenější stehno a kyčelní kloub.

Při koupání se stále drží dítě za vzdálenější ramenní kloub a podkládá se dítěti hlavička. Druhá ruka je volná a tou se dítě myje. Namočenou čistou žínkou nejprve jenom vodou omyjeme obličej a oči dítěte. Běžně se v našich nemocnicích přidává do vody mýdlo, které je vhodné ke koupeli dětí, bez obsahu parfémů a konzervačních látek, s přídavkem oleje, které nevysušuje pokožku. K umytí vlásků se využije stejný přípravek, kterým se umyl celý novorozence. Vlasy malých dětí jsou jemné a je jich málo, proto není potřeba kupovat speciální šampóny. Dnes je ale doporučováno Americkou asociací neonatálních sester a porodních asistentek (AWHONN) mytí novorozenců pouze čistou vodou bez přidání jakýchkoli přípravků.(8)

Po dokončení omývání se přenesse novorozenec na připravený přebalovací pult. Dítě se zabalí do osušky a jemnými pohyby se osuší. Nikdy se kůže netře, ale spíše se osuška přikládá na pokožku. Je velmi důležité vysušit všechny záhyby na těle. Hlavně pod krkem, podpaží, třísky, pod koleny, všude, kde by mohla vzniknout zapárka. Po utření se vymění mokrá osuška za suchou, na které se dokončí ošetření novorozence. Pokud se zjistí, že pokožka novorozence je suchá, použijí se emoliencia na bázi vazelíny bez parfémů a bez konzervačních prostředků, antibiotik a jiných přísad. Poté novorozenci dáme plenku a oblečeme ho. Učešou se mu vlasy jemným kartáčem a zkontrolují se uši a nosík. Ty se čistí pouze podle potřeby.(3, 6, 8, 20, 21, 22, 25)

1.4.3 Koupel ve speciálním kyblíku

Kromě oblíbených vaniček se v poslední době objevují kyblíky pro hygienu novorozence. Kyblík má speciální tvar, aby v dítěti simuloval prenatální prostředí, neboli aby měl pocit jako u matky v děloze. Je konstruovaný tak, aby v něm dítě při koupání mohlo bezpečně sedět. Okraje kyblíku jsou zaoblené a jsou zde umístěna madla pro snadnou manipulaci, dno je také oblé a strany se postupně rozšiřují. Je opatřen protiskluzovým dnem a stěna je kalibrována. Množství vody se volí dle váhy dítěte. Dítě se vkládá do kyblíku ve svislé poloze a voda mu dosahuje až po krk, takže nehrozí prochladnutí dítěte. V kyblíku je možné koupat dítě až do tří let věku, kdežto v malé vaničce se končí s koupáním už v půl roce. Kyblík je vhodné využít i k léčebným koupelím.

Jelikož děti mají v kyblíku pocit bezpečí, je vhodné v něm koupat i ty, které nemají koupání rády. Při vložení do kyblíku jsou jako vyměněné a pobyt ve vodě si užívají. Děti v kyblíku rozevřou dlaně na obou rukou a zaujmou polohu, kterou zaujímaly u matky v děloze.

Hlavní výhody kyblíku tedy jsou: radost dítěte z koupele hned po narození, eliminace prochladnutí, klid dítěte a pocit bezpečí. Dítěti nehrozí poranění díky vhodnému materiálu, ze kterého je kyblík vyrobený. Další výhodou je úspora místa, kterou jistě ocení maminky. Kyblík je vhodný nejen do malých koupelen, ale i na cesty.(6, 22)

1.4.4 Koupel otíráním

Jak už bylo napsáno, novorozence není vhodné každý den koupat, a proto se volí i v porodnicích koupel otíráním. Otírání se provádí stejně jako koupání, ale dítě se nepokládá do vaničky. Připraví se vše stejně jako ke koupeli, místo vaničky se ale připraví malá nádoba s vodou stejné teploty jako ve vaničce a dá se do ní žínka nebo vatové tampóny. Dítě se svleče, očistí se od stolice a otře se celé žínkou. Poté se utře a obleče. Tato metoda je rychlá a stejně účinná. (8)

1.4.5 Péče o pokožku

„Mazové a potní žlázy jsou u fyziologických novorozenců funkční již krátce po narození a jejich sekrece vytváří na povrchu epidermu ochranný film, který kůži zvláčňuje a chrání. Brání tak vysychání kůže a pronikání mikroorganismů.“(6, str. 67)

Z toho vyplývá, že po každé koupeli či otírání není potřeba natírat novorozeneckou pokožku oleji nebo krémy, i když jsou určeny pro péči o pokožku dítěte.

Používání přípravků na kůži bychom měli co nejvíce oddálit. Novorozenecká kůže je velmi citlivá na látky přidávané do olejů a krémů a často vznikají alergické reakce. Pokud by mělo dítě opravdu suchou pokožku, je třeba použít přípravky bez konzervačních látek a parfémů, aby nedošlo k jejich vstřebání. K ošetření pokožky nedonošených novorozenců jsou doporučována tzv. emolienca, která chrání pokožku před vysycháním a ztrátám vody přes pokožku. Slouží také k obnově kožní integrity. Jako prevence se aplikují v prvních 24–48 hodinách života dítěte. Používají se přípravky s vodou slučitelné a na bázi vazelíny. Musí se nanášet šetrně (0,5–1,5 ml) na celý povrch těla. Je třeba se vyhnout hlavičce-obličejí a vlasové části. Emolienca by měla být připravována v lékárnách v jednotných dózách. Po otevření dózy je třeba zabránit kontaminaci obsahu. (6, 7, 8, 22)

1.4.6 Péče o pupeční pahýl

„V průběhu těhotenství je plod spojen s tělem matky pomocí pupeční šňůry, která zajišťuje transport všech nutných živin a dalších látek k dítěti - dýchacích plynů, výživy, hormonů i protilátek. Po porodu je pupeční šňůra odstřižena a zasvorkována a zůstává pupeční pahýl, o který je potřeba pečovat.“(22, str. 51)

Pupeční pahýl postupně zasychá a ještě před odchodem dítěte do domácího prostředí je snesen skalpelem, odstřižen nůžkami nebo jednoduše odkroucen. Jsou různé způsoby péče o pupečník, podle zvyků nemocnice. Jeden ze způsobů je sterilní krytí ještě zasvorkovaného pahýlu. Pahýl se druhý den snese skalpelem, dezinfikuje a sterilně zakryje. Maminky jsou poučeny, že v nemocnici se zakrývá z důvodu vyšší možnosti infekce. Po odchodu domů se sterilní krytí nemusí používat. Rána po sneseném

pupečníku se vytírá (suší) vatovou štětičkou namočenou nejčastěji v čistém lihu, který si matky koupí v lékárně. Takto se o pupek pečuje, dokud se jizva nezacelí (cca 14 dní). Dalším zvykem je snesení pupečníku pouhým kroucením, poté se pupeční jizva opět sterilně zakryje a domácí ošetření je obdobné, takže rozdíl je pouze ve způsobu snesení. Toto jsou běžná doporučení českých nemocnic. Doporučení Americké asociace neonatálních sester a porodních asistentek se ale liší. Po narození doporučují otřít/omýt pupeční pahýl a jeho okolí podle potřeby přípravkem pro první nebo běžnou koupel a poté opláchnout pečlivě sterilní vodou. Další péče spočívá v udržování pupečního pahýlu v čistotě a suchu. Pokud dojde k jeho potřísnění močí nebo stolicí, omyje se pouze vodou. Doporučují nepoužívat žádné dezinfekční prostředky, které vysušují pouze povrchovou vrstvu a brání vysychání vrstvy spodní čímž se prodlouží zasychání pupečního pahýlu.(8)

Jaké zásady se musí tedy dodržovat? Při ošetřování pupečního pahýlu je potřeba myslet na to, že je možnou branou vstupu infekce. Při první koupeli se proto volí raději sprchování a další koupel se provede až třetí den, kdy je již pupeční pahýl dostatečně zaschlý. V případě sneseného pupečního pahýlu dítě v inkriminovaný den nekoupeme vůbec a pouze sledujeme, zda rána neprosakuje. Jizva po pupečním pahýlu se vytírá raději vatovou štětičkou, popřípadě s doporučenou dezinfekcí, dokud se úplně nezahojí. Spreje se nepoužívají, protože zasáhnou i okolní kůži a při neodborné manipulaci mohou vniknout i do očí dítěte. Může se stát, že si chlapci při rozbalení pomoci i břicho, proto je třeba pupeční pahýl nebo jizvu opět opláchnout čistou vodou a pečlivě osušit.

I při správném ošetřování se stejně okolo pupečního pahýlu může objevit malé zarudnutí nebo vlhnutí, jde většinou o reakci hojící se tkáně. V případě silného krvácení, velkého zarudnutí a sekrece žlutého výměšku je potřeba navštívit neprodleně lékaře.(6, 10, 22, 29)

1.4.7 Fimóza - přetahování předkožky

Fimóza je stav, kdy předkožku nelze volně přetáhnout přes penis a zpět. U novorozenců je tento stav fyziologický, označuje se jako nepravá, fyziologická fimóza. Předkožka se relativně pozdě odděluje od epitelu glans penis. U novorozenců se proto

pravidelně nalézají slepení mezi vnitřním listem předkožky a žaludem, které je jeho přirozenou ochranou před močí. Slepení u většiny chlapců mizí samo v prvních 2 - 3 letech věku, někdy však může částečně přetrvávat i do puberty. V naprosté většině případů je získaná na základě opakované traumatizace při násilném přetahování. Fyziologická fimóza - konglutinace nejenže nevyžaduje žádnou léčbu, ale naopak se dbá na to, aby do věku 2 - 3 let nebyla předkožka přetahována. (8)

„Volí se konzervativní postup, minimálně do 2–3 let. Jen pokud lze zcela volně předkožku přetáhnout, je to možné, ale bez násilí. Násilné přetažení předkožky vede k tvorbě drobných trhlinek, které se zajizví a předkožka pak ztratí svou pružnost a nejde přetáhnout vůbec.“ (13, str.1)

1.4.8 Synechia vulvae

„Synechia vulvae je stav, při kterém normálně vyvinutá rodidla malých děvčátek víceméně srostou. Bývá často nazývána srůstem malých stydkých pysků (nejen u nás, také anglicky bývá uváděna jako "labial adhesions"), i když ve většině případů je to název chybný. Zpravidla jde totiž o srůst protilehlých sliznic poševního vchodu, nikoli malých stydkých pysků, a tento srůst mění typický vzhled rodidel tak, že to bývá nesprávně interpretováno jako vývojová vada (nejčastěji aplázie - nevyvinutá - pochvy).“ (16, str. 10)

Synechie vzniká jen u malých děvčátek, tedy u děvčátek v klidovém období, v době, kdy jejich organismus není pod vlivem pohlavních hormonů - estrogenů. V tomto období jsou sliznice rodidel jen velmi tenké, jemné. To je příčinou, že tento jemný epitel v místech, kde se k sobě pevně přiloží a slepí zmíněné protilehlé části sliznic poševního vchodu, rychle vymizí a protilehlé strany se spojí pevným, někdy až kožovitým srůstem.

Diagnostika synechie je snadná, stačí k tomu pouhý pohled. Přesto bývá někdy zaměňována za vrozenou vadu rodidel.

Léčba se liší podle stadia, ve kterém se zachytí: při konglutinaci stačí sliznice lehkým tahem separovat ("roztrhnout"), což lze snadno, dítě to nebolí a sliznice po tomto výkonu nekrvácí. Někde se také k léčení synechie doporučuje vtírat estrogenové

krémy: tato léčba vychází z toho, že sliznice rodidel jsou při nedostatku estrogenů tenké. Když se dlouhodobě potírá estrogenovými krémy, ztlustí se a synechie se sama rozpustí.

Prevence je mnohem důležitější než léčení. Především spočívá v důkladném poučení matky a v praktickém předvedení, jak pečovat o rodidla děvčátka. Při každém mytí je třeba od sebe oddálit protilehlé části rodidel ("rozhrnout" stydké pysky i poševní vchod) a umýt případné nečistoty. Hlavně mechanicky, mýdlo na rodidla je nevhodné používat. Na dětská rodidla jsou nevhodné i prostředky pro intimní hygienu ženy. Mají kyselou reakci, což je pro neestrogenizovaná dětská rodidla škodlivé. Tuto prevenci je vhodné používat i tam, kde se již jednou synechie objevila. Tudíž hovoříme o „sekundární prevenci“

Vznik synechie je podmíněn nedostatečnou hygienou, nemusí se však jednat o nedbalost rodičů, spíše o nedostatek informací a obavy o poškození rodidel děvčátka.(15)

„Vznik synechie je tedy zcela zbytečný, při správné péči o dětská rodidla se nevytvoří. K tomu je ovšem i správná osvěta, která by měla každou maminku děvčátka instruovat, jak správně provádět každodenní toaletu rodidel. “ (16, str. 11)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Porovnat míru informovanosti prvorodiček o péči o novorozence v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. a Nemocnici České Budějovice, a.s.

Cíl 2

Zjistit míru informovanosti prvorodiček o technikách koupání.

Cíl 3

Zjistit míru informovanost prvorodiček o péči o pupeční jizvu.

Cíl 4

Zjistit míru informovanosti prvorodiček o manipulaci s novorozencem.

Cíl 5

Zjistit, odkud prvorodičky získaly nejvíce informací.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Informovanost prvorodiček v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. je na nižší úrovni než v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Hypotéza 2

Prvorodičky mají dostatek informací o technikách koupání.

Hypotéza 3

Prvorodičky mají dostatek informací o péči o pupeční jizvu.

Hypotéza 4

Prvorodičky vědí, jak správně vzít novorozence z postýlky a jak ho držet.

Hypotéza 5

Prvorodičky čerpají nejvíce informací v nemocnici od sester a mimo ni z internetu.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Výzkumné šetření bylo provedeno metodou kvantitativního výzkumu a pro sběr dat byla použita technika anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval otázky zaměřené na problematiku týkající se informovanosti prvorodiček o péči o novorozence. V úvodu byly otázky identifikační (1, 2), dále následovaly otázky uzavřené alternativní (3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23,) otázky uzavřené polytomické (4, 5) a dvě otázky polootevřené (22, 24).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

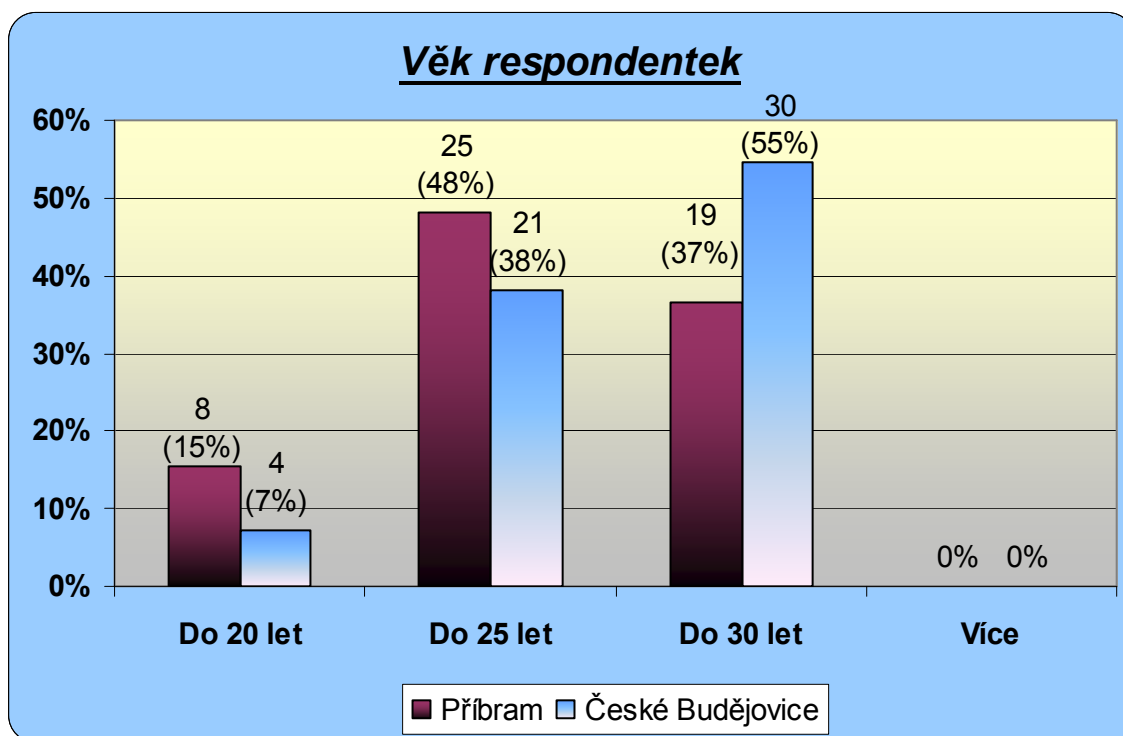
Výzkumným vzorkem byly pouze prvorodičky všech věkových kategorií, a to na oddělení šestinedělí v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, z toho 60 do Oblastní nemocnice Příbram, a.s. a 60 do Nemocnice České Budějovice, a.s. Zpět se vrátilo 107 dotazníků, úspěšnost návratu je tedy 89%. 8 dotazníků se nevrátilo z Oblastní nemocnice Příbram, a.s. (13 %) a 5 z Nemocnice České Budějovice, a.s. (8 %). Konečný výzkumný vzorek tvořilo 107 respondentek.

Období sběru dat byl leden a únor roku 2010.

4. Výsledky výzkumného šetření

4.1 Analýza dotazníků respondentek

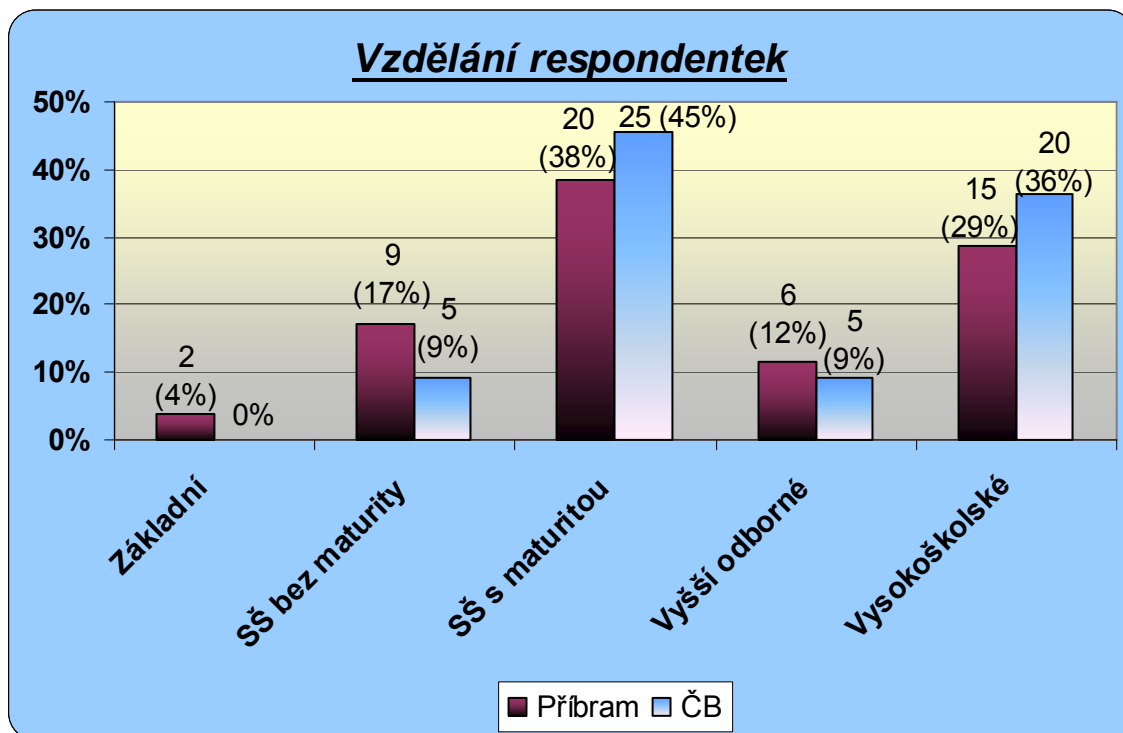
Graf 1 Věk respondentek



V nemocnici Příbram bylo z celkového počtu 52 (100 %) respondentek 8 (15 %) respondentek do 20 let, 25 (48 %) do 25 let a 19 (37 %) respondentek bylo ve věkovém rozmezí do 30 let. Žádné (0 %) z respondentek nebylo více než 30 let.

V nemocnici České Budějovice byly z celkového počtu 55 (100 %) respondentek ve věkovém rozmezí do 20 let 4 (7 %) respondentky, do 25 let 21 (38 %) respondentek, ve věku do 30 let 30 (55 %) respondentek a ve věku více než 30 let nebylo žádné (0 %) zastoupení.

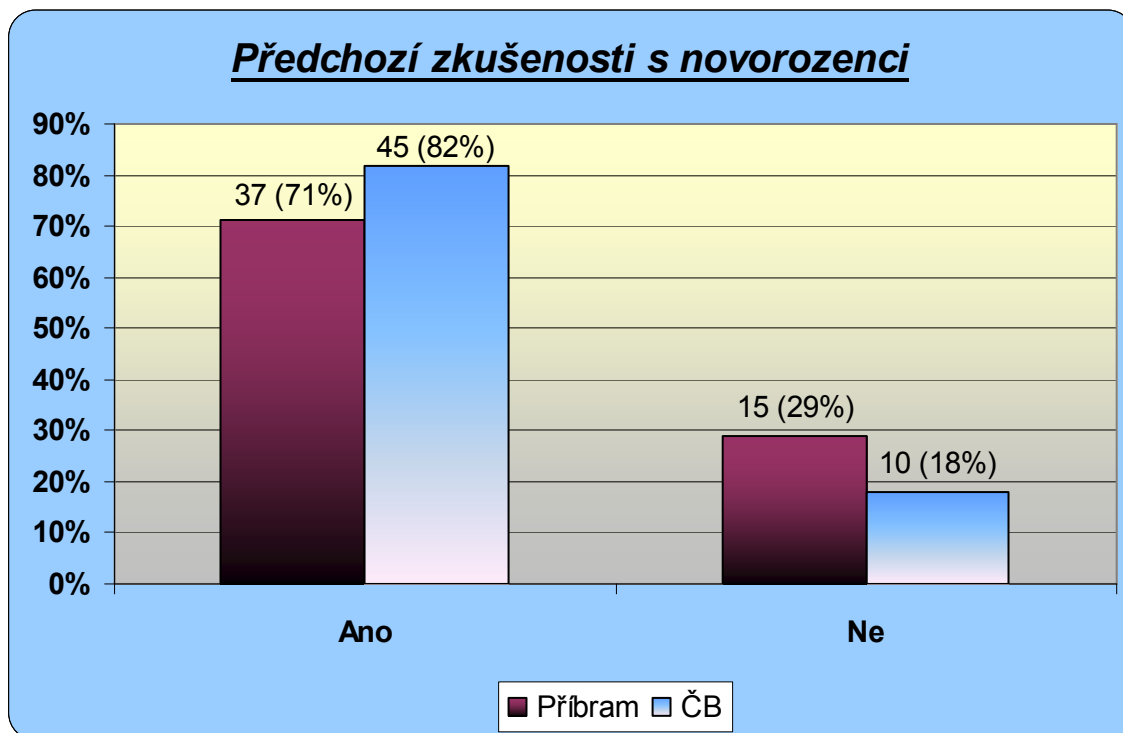
Graf 2 Vzdělání respondentek



Z celkového počtu 52 (100 %) respondentek v nemocnici Příbram, byly 2 (4 %) respondentky se základním vzděláním, se středoškolským (SŠ) vzděláním bez maturity bylo 9 (17 %) respondentek. Se středoškolským (SŠ) vzděláním s maturitou bylo 20 (38 %) respondentek. S vyšším odborným vzděláním bylo 6 (12 %) respondentek a 15 (29 %) respondentek mělo vysokoškolského vzdělání.

V nemocnici České Budějovice, z celkového počtu 55 (100 %) respondentek, neměla žádná (0 %) respondentka základní vzdělání, 5 (9 %) respondentek mělo SŠ vzdělání bez maturity. SŠ vzdělání s maturitou mělo 25 (45 %) respondentek. 5 (9 %) respondentek mělo Vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání mělo 20 (36 %) respondentek.

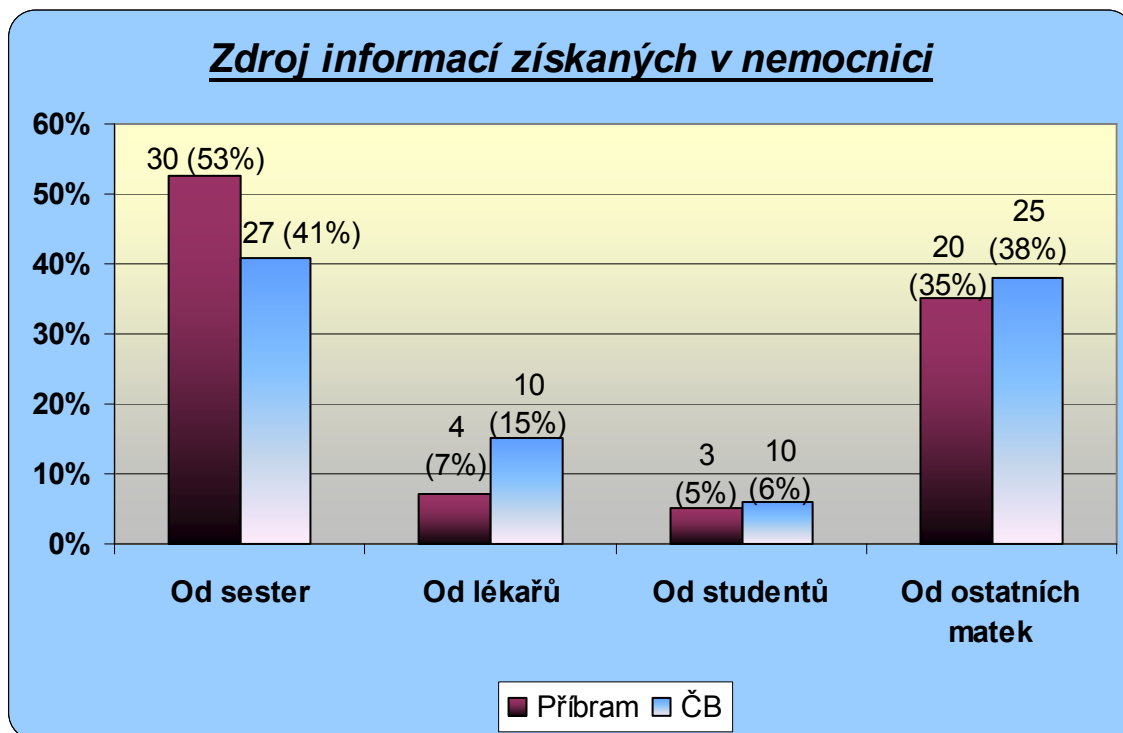
Graf 3 Předchozí zkušenosti s novorozenci



Předchozí zkušenosti s novorozenci mělo v nemocnici Příbram 37 (71 %) respondentek a žádné zkušenosti nemělo 15 (29 %) respondentek.

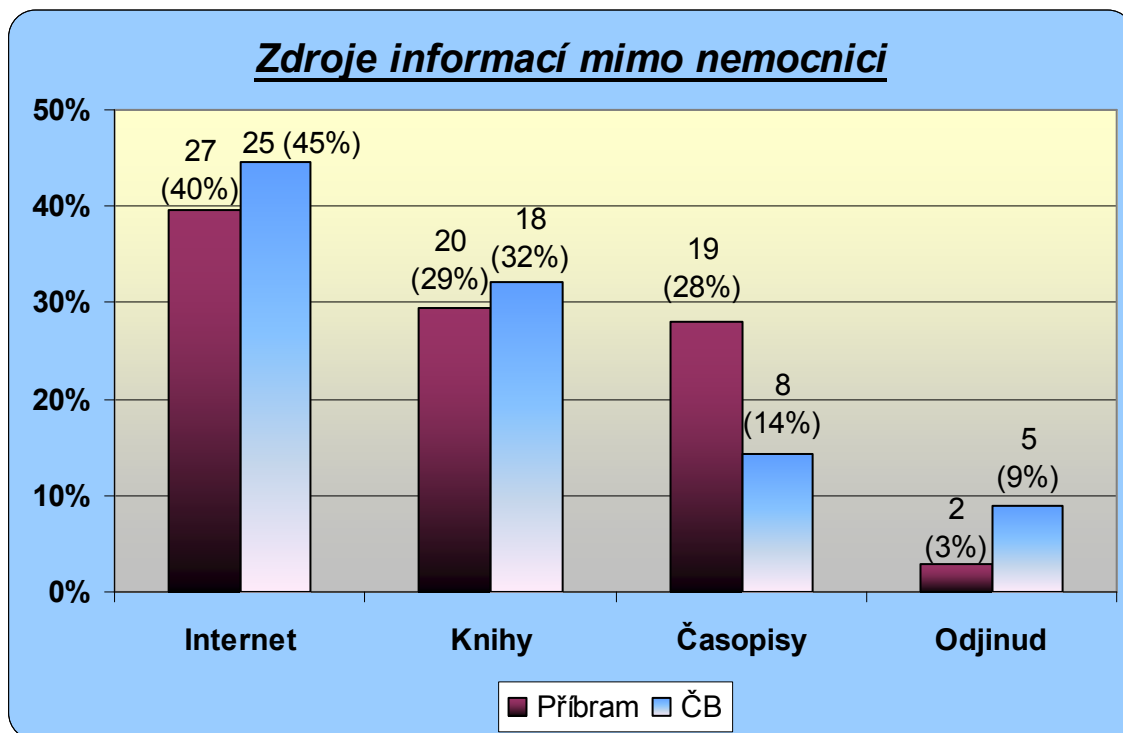
V nemocnici České Budějovice, 45 (82 %) respondentek mělo zkušenosti a zkušenosti nemělo 10 (18 %) respondentek.

Graf 4 Zdroj informací získaných v nemocnici



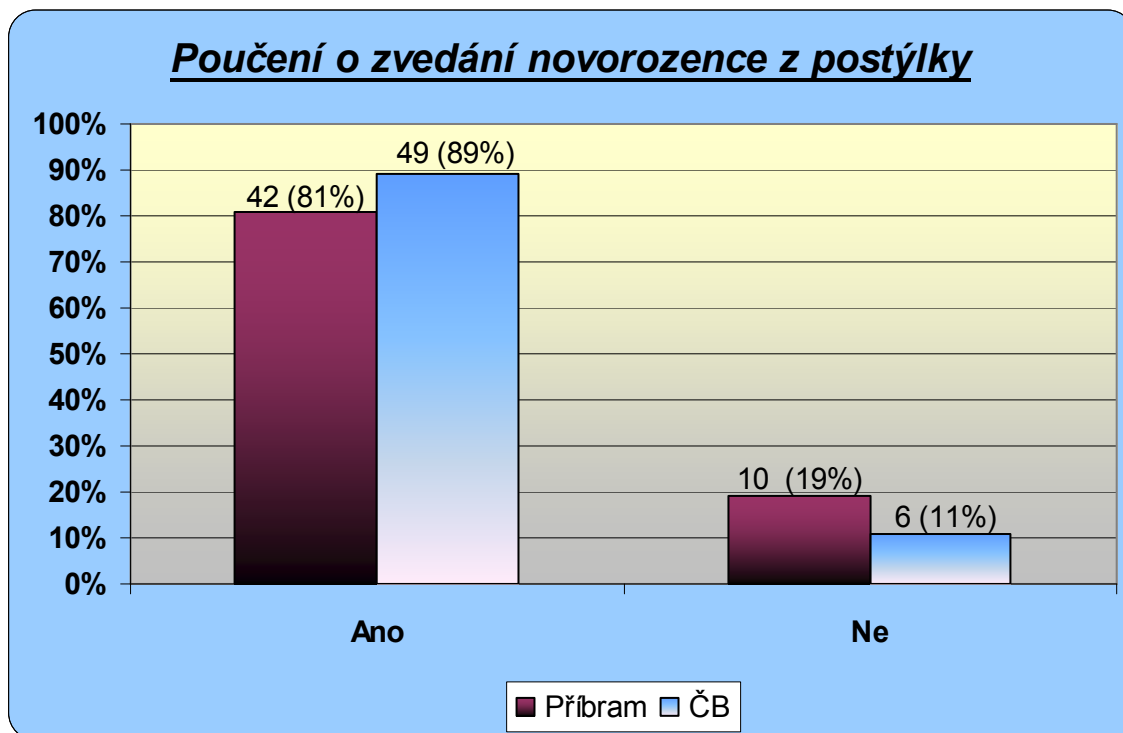
V otázce č. 4 bylo možné zaškrtnout více odpovědí. V nemocnici Příbram bylo celkem označeno 54 (100 %) odpovědí. 30 (53 %) respondentek získalo informace o péči o novorozence od sester, 4 (7 %) od lékařů. Od studentů, kteří byli v nemocnici na praxi získaly informace 3 (6 %) respondentky a od ostatních matek 20 (35 %) respondentek. V nemocnici České Budějovice bylo celkem 66 (100 %) odpovědí. 27 (41 %) respondentek získalo informace od sester, 10 (15 %) od lékařů, 4 (6 %) od studentů a 25 (38 %) od ostatních matek.

Graf 5 Zdroje informací mimo nemocnici



Na otázku, zda respondentky čerpají informace i odjinud, měly k dispozici opět více odpovědí. V nemocnici Příbram bylo zaškrtnuto celkem 68 (100 %) opovědí. Z internetu čerpalo informace 27 (40 %) respondentek, z knih 20 (29 %). 19 (28 %) respondentek čerpalo informace z časopisů, „odjinud“ 2 (3 %) respondentky. V nemocnici České Budějovice bylo označeno celkem 56 (100 %) odpovědí. Z internetu čerpalo informace 25 (45 %) respondentek, z knih 18 (32 %) respondentek. Z časopisů 8 (14 %) respondentek a „odjinud“ 5 (9 %) respondentek.

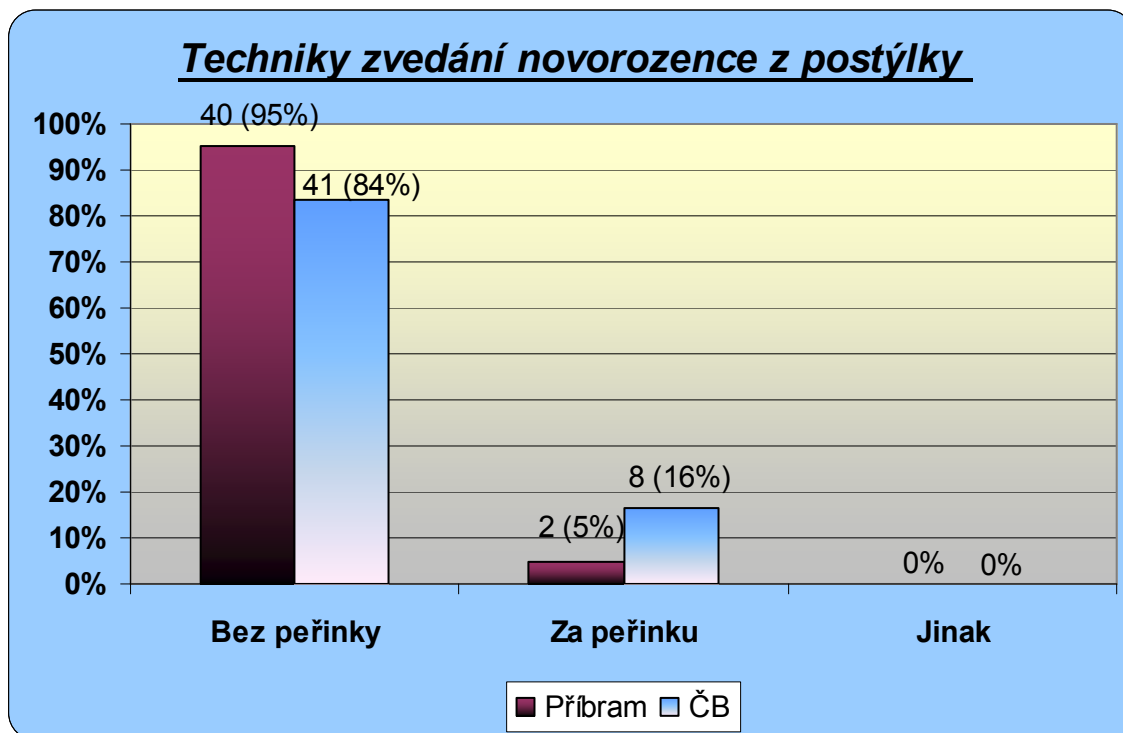
Graf 6 Poučení o zvedání novorozence z postýlky



O zvedání novorozence z postýlky bylo v nemocnici Příbram poučeno 42 (81 %) respondentek a 10 (19 %) respondentek uvedlo, že poučeny nebyly.

V nemocnici České Budějovice 49 (89 %) respondentek odpovědělo, že byly poučeny o zvedání novorozence z postýlky, nepoučeno jich bylo 6 (11 %).

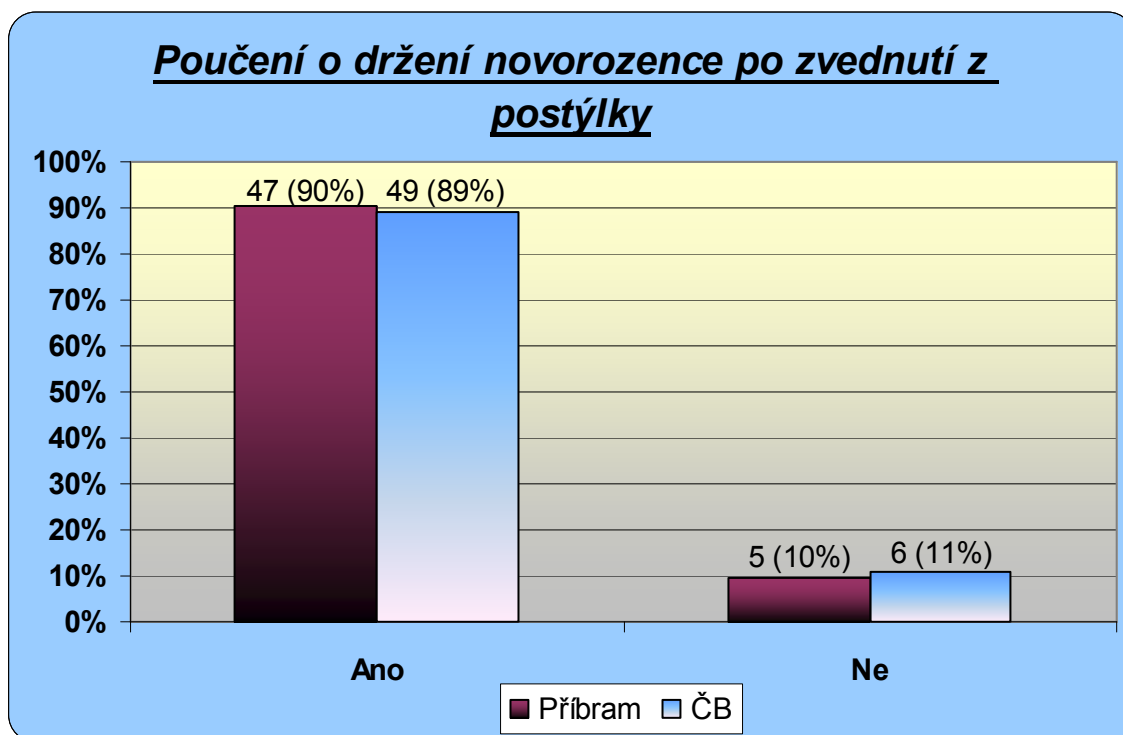
Graf 7 Techniky zvedání novorozence z postýlky



O zvedání novorozence z postýlky technikou „bez peřinky“ bylo v nemocnici Příbram poučeno 40 (96 %) respondentek a technikou „za peřinku“ 2 (4 %) respondentky.

V nemocnici České Budějovice bylo o technice „bez peřinky“ poučeno 41 (84 %) respondentek a o technice „za peřinku“ 8 (15 %) respondentek. Jiný způsob zvedání novorozence z postýlky neuvedla žádná z respondentek

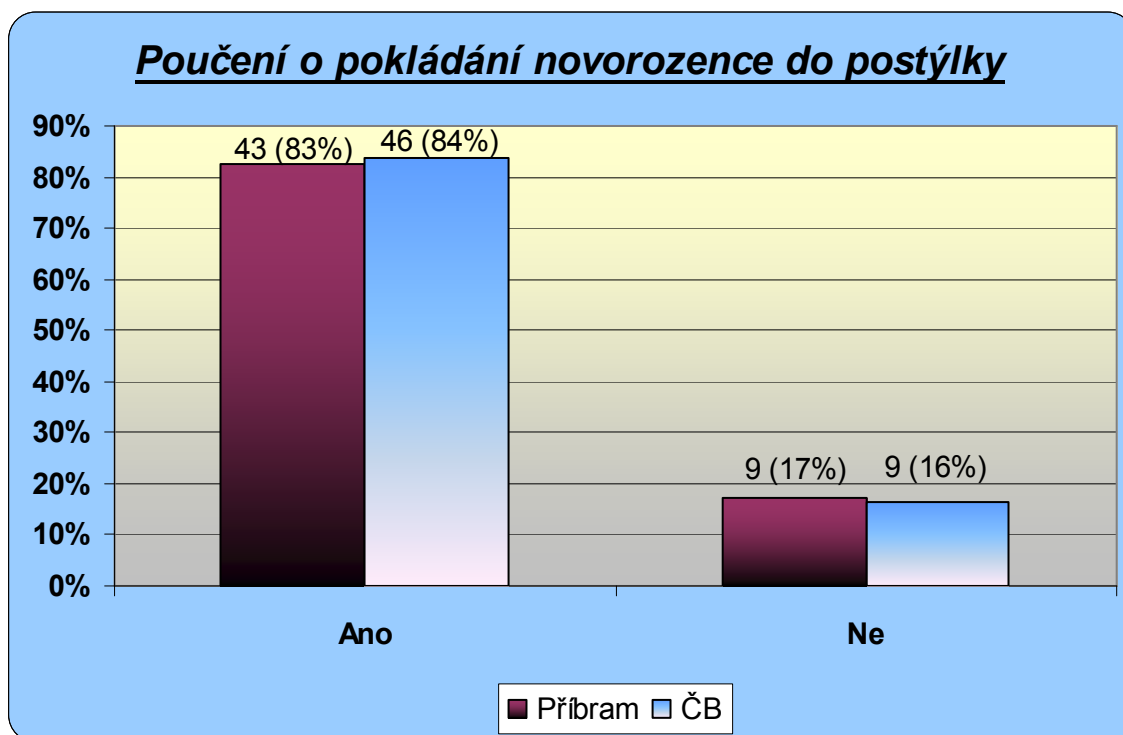
Graf 8 Poučení o držení novorozence po zvednutí z postýlky



O držení novorozence v náručí po zvednutí z postýlky bylo v nemocnici Příbram poučeno 47 (90 %) respondentek a nepoučeno 5 (10 %) respondentek.

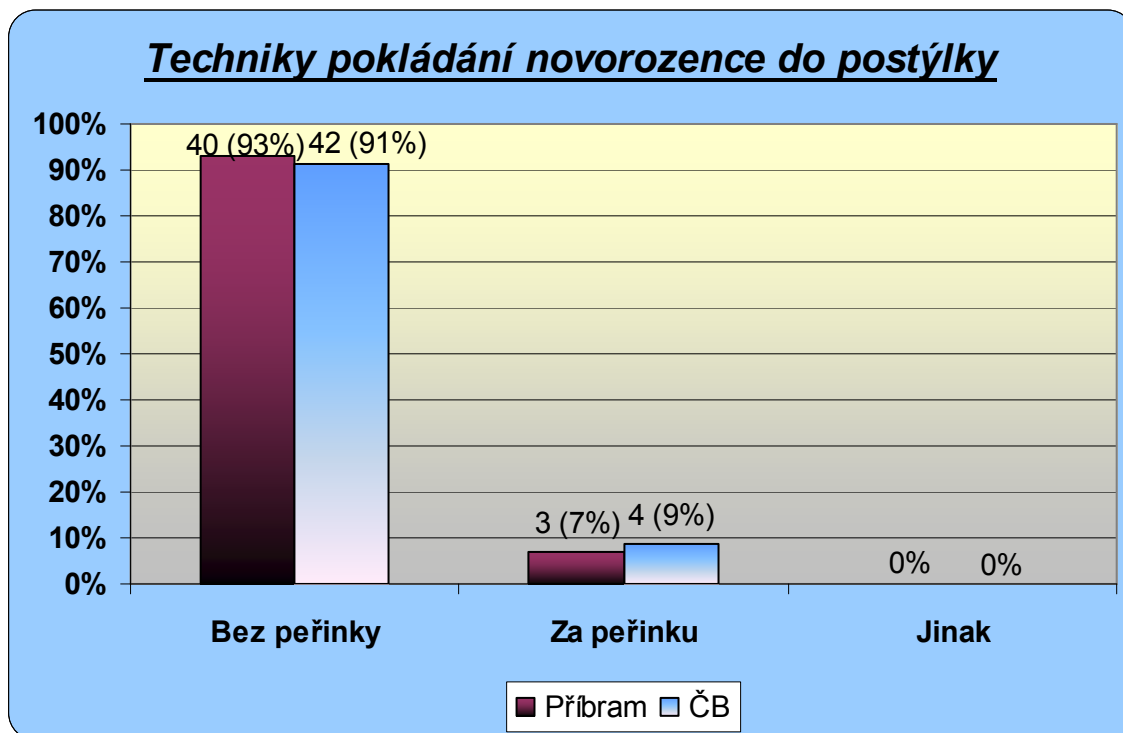
V nemocnici České Budějovice bylo poučeno 49 (89 %) respondentek a 6 (11 %) poučeno nebylo.

Graf 9 Poučení o pokládání novorozence do postýlky



Na otázku, zda byly respondentky poučeny o tom, jak pokládat novorozence zpět do postýlky bylo v nemocnici Příbram 43 (83 %) kladných odpovědí a 9 (17 %) záporných. V nemocnici České Budějovice uvedlo 46 (84 %) respondentek, že byly poučeny a 9 (16 %) jich poučeno nebylo.

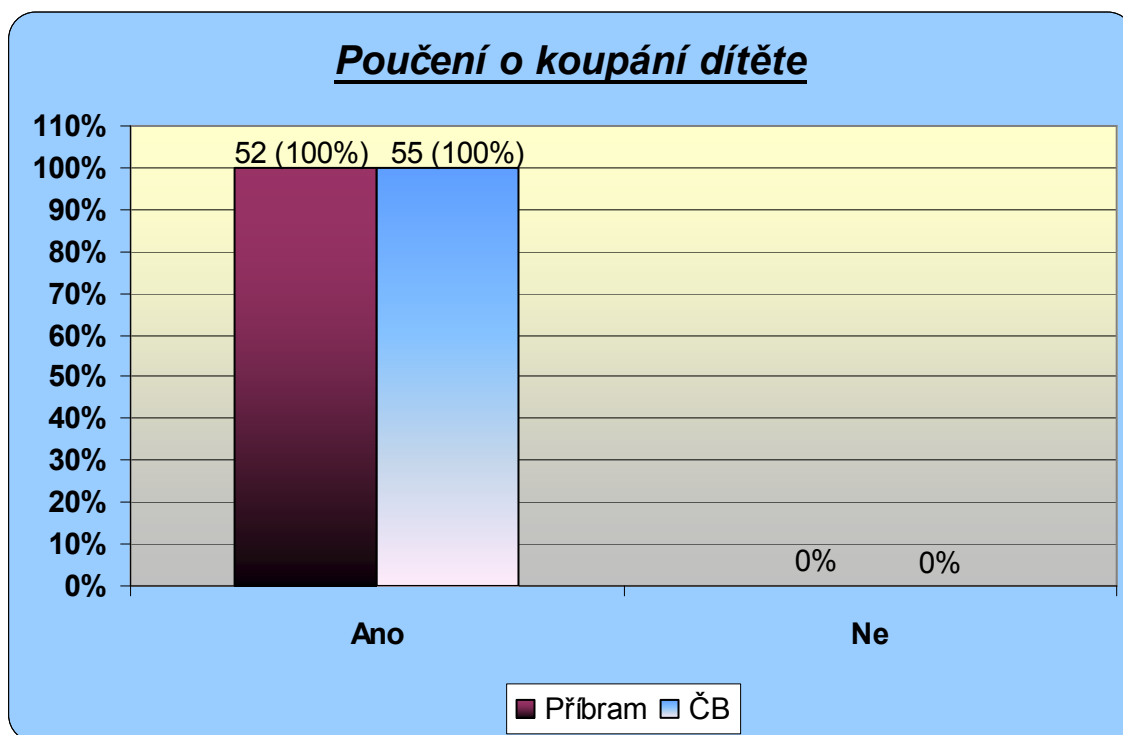
Graf 10 Techniky pokládání novorozence do postýlky



V nemocnici Příbram označilo 40 (93 %) respondentek techniku pokládání novorozence „bez peřinky“ a techniku „za peřinku“ označily 3 (7 %) respondentky.

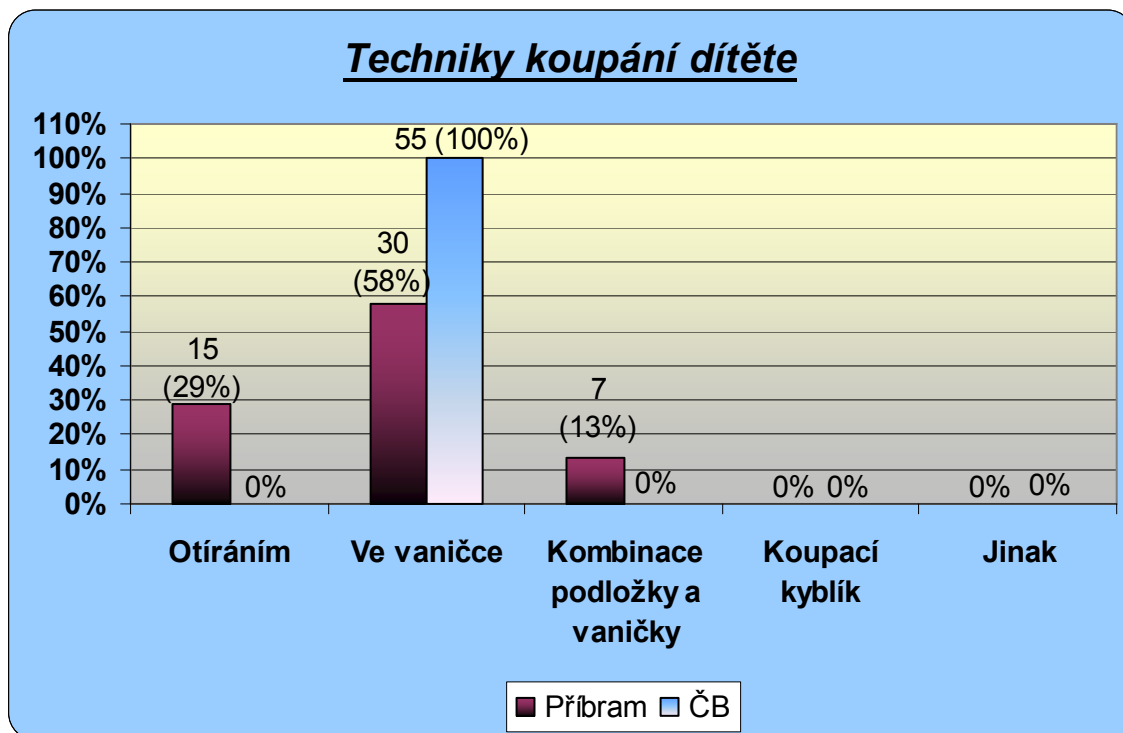
V nemocnici České Budějovice vybralo pokládání novorozence „bez peřinky“ 42 (91 %) respondentek a techniku „za peřinku“ vybraly 4 (9 %) respondentky.

Graf 11 Poučení o koupání dítěte



Na otázku, zda byly respondentky poučeny o koupání dítěte, odpověděly všechny v obou nemocnicích shodně ano.

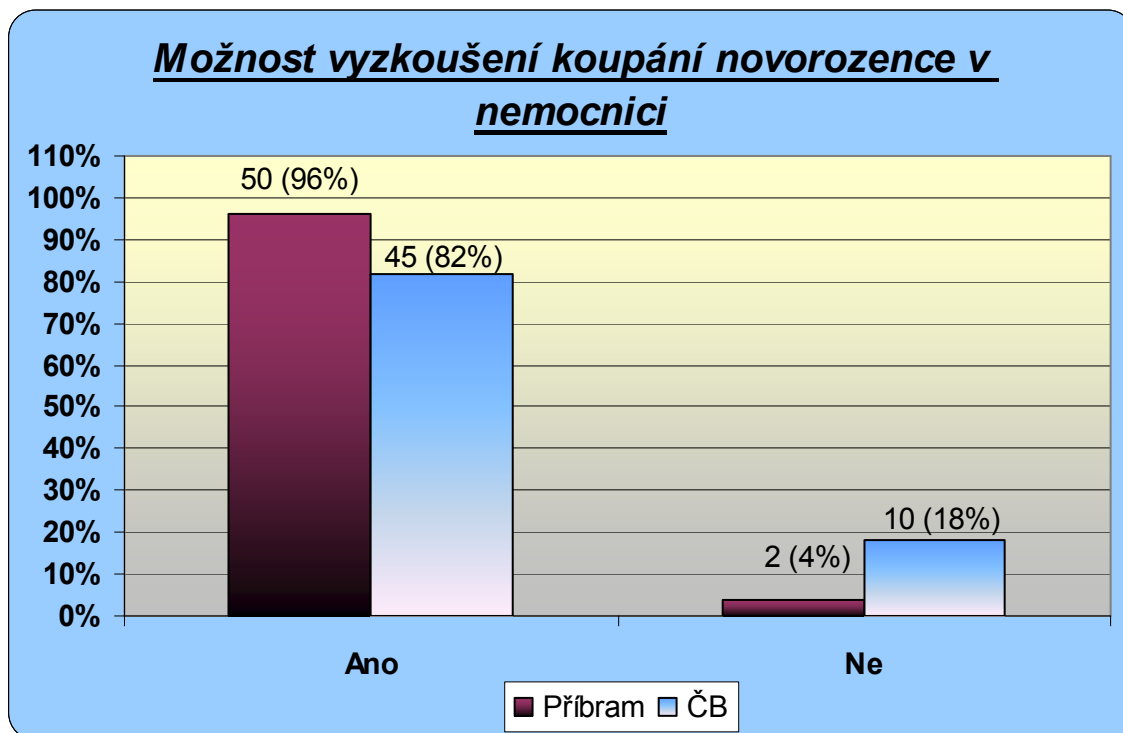
Graf 12 Techniky koupání dítěte



V nemocnici Příbram byla 15 (29 %) respondentkám demonstrována technika koupání novorozence „otíráním“, 30 (58 %) respondentkám technika „koupání ve vaničce“, 7 (13 %) respondentkám technika „kombinace podložky a vaničky“. „Koupací kyblík“ a „jiná technika“ demonstrována nebyla.

V nemocnici České Budějovice byla všem 55 (100 %) respondentkám demonstrována pouze technika „koupání ve vaničce“.

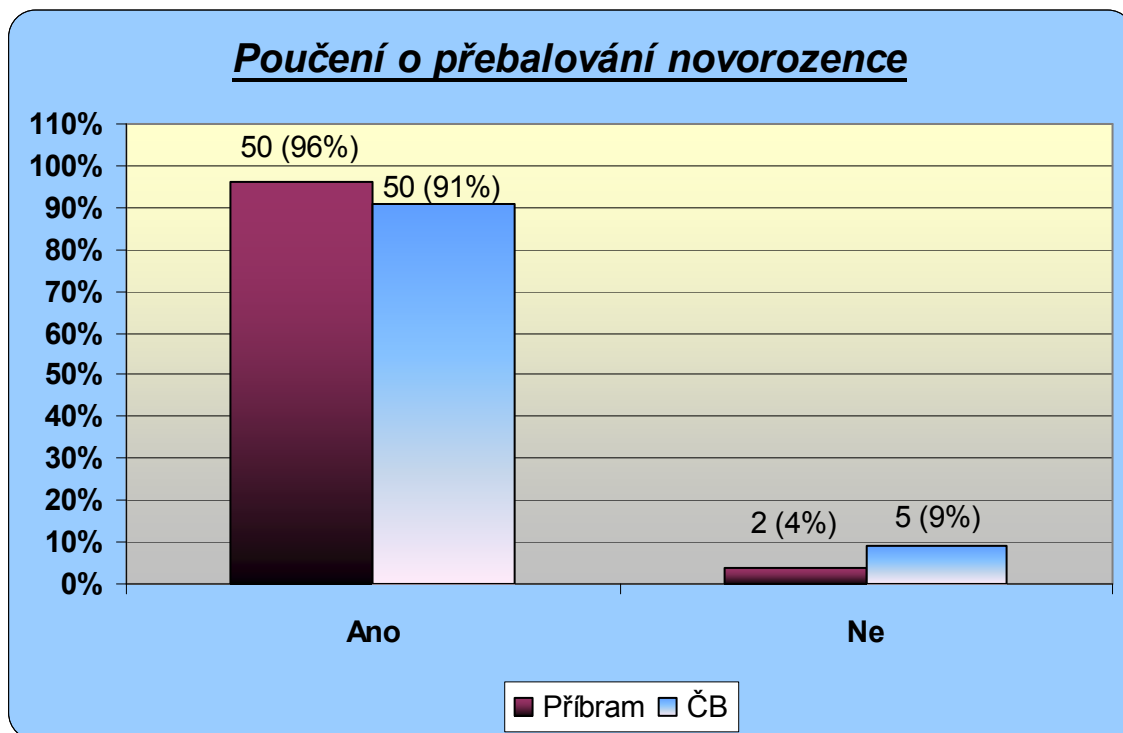
Graf 13 Možnost vyzkoušení koupání novorozence v nemocnici



V nemocnici Příbram odpovědělo 50 (96 %) respondentek, že si koupání v nemocnici vyzkoušet mohlo a 2 (4 %) respondentky odpověděly, že nemohly.

V nemocnici České Budějovice odpovědělo 45 (82 %) respondentek „ano“, mohly si koupání vyzkoušet a 10 (18 %) respondentek odpovědělo „ne“, nemohly si koupání vyzkoušet.

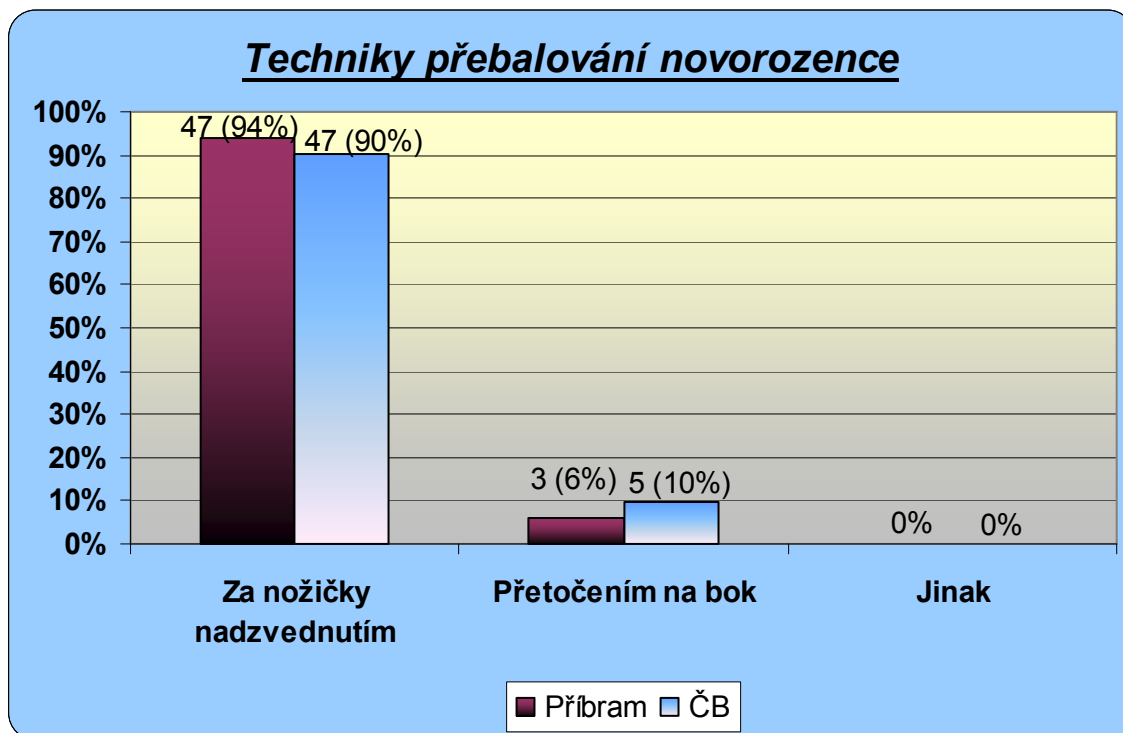
Graf 14 Poučení o přebalování novorozence



V nemocnici Příbram bylo o přebalování novorozence poučeno 50 (96 %) respondentek a nepoučeny byly 2 (4 %) respondentky.

V nemocnici České Budějovice bylo poučeno 50 (91 %) respondentek a nepoučeno bylo 5 (9 %) respondentek.

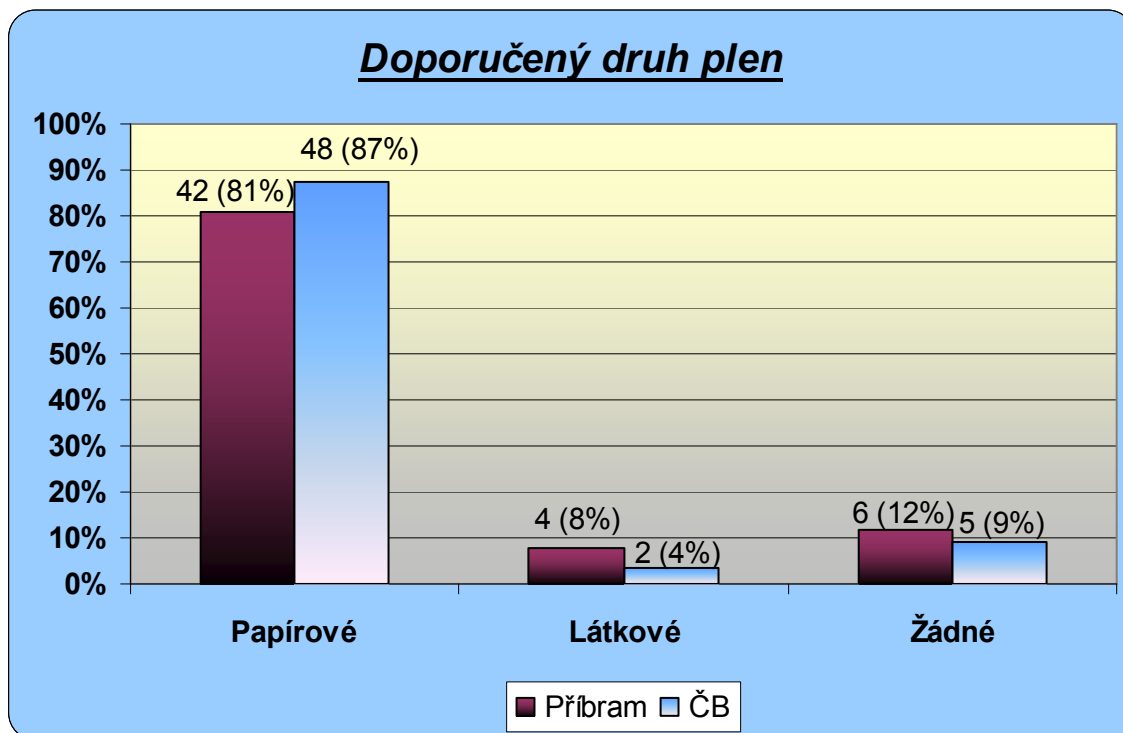
Graf 15 Techniky přebalování novorozence



V příbramské nemocnici bylo 47 (94 %) respondentkám ukázáno přebalování technikou „za nožičky nadzvednutím“ a 3 (6 %) respondentkám byla ukázána technika „přetočením na bok“.

V nemocnici České Budějovice byla ukázána technika přebalování „za nožičky nadzvednutím“ 47 (90 %) respondentkám a technika „přetočením na bok“ byla ukázána 5 (10 %) respondentkám. Jiná technika nebyla ukázána ani v Příbrami, ani v Českých Budějovicích.

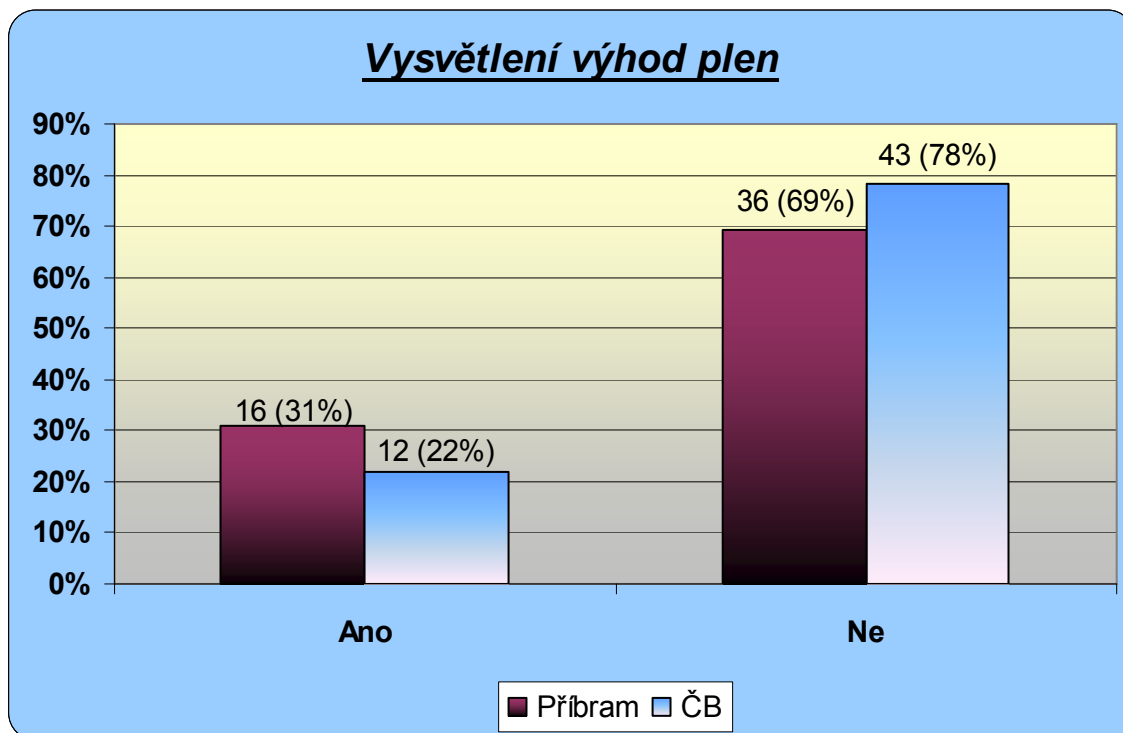
Graf 16 Doporučený druh plen



V nemocnici Příbram byly 42 (81 %) respondentkám doporučeny papírové pleny, 4 (8 %) respondentkám látkové pleny a 6 (12 %) respondentkám nebyly doporučeny žádné pleny.

V nemocnici České Budějovice byly papírové pleny doporučeny 48 (87 %) respondentkám, látkové pleny 2 (4 %) respondentkám a 5 (9 %) respondentkám nebyly doporučeny žádné pleny.

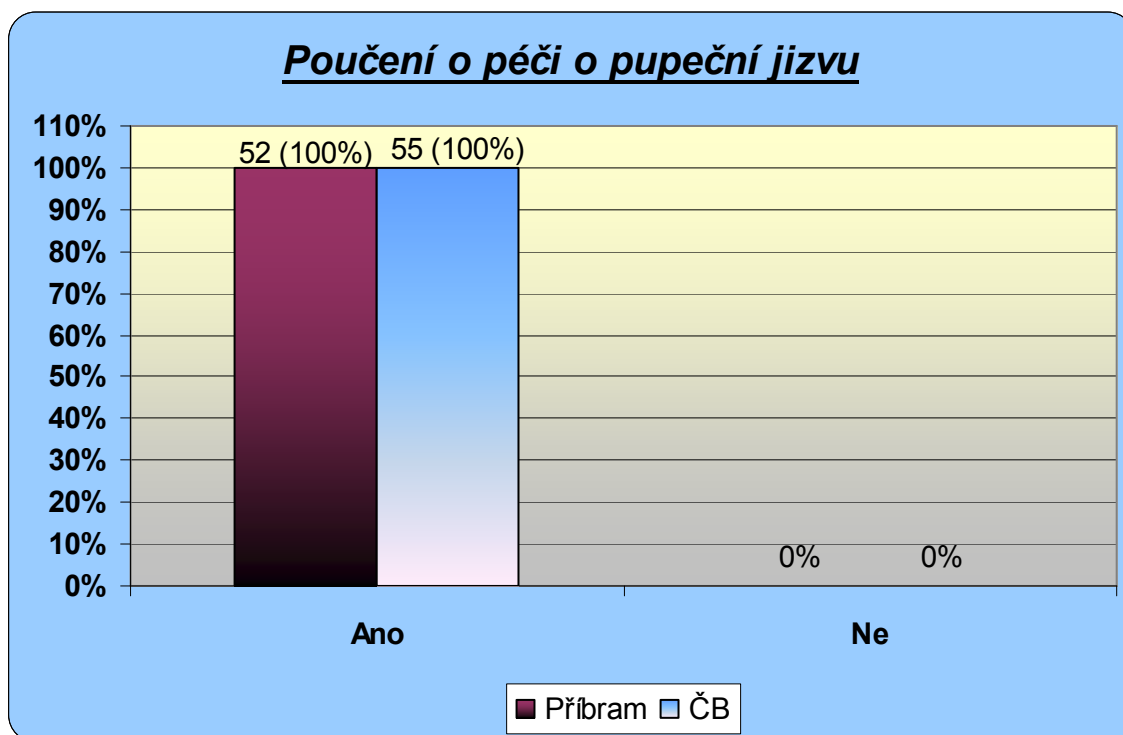
Graf 17 Vysvětlení výhod plen



V nemocnici Příbram 16 (31 %) respondentek uvedlo, že bylo srozuměno s výhodami určitého druhu plen a 36 (69 %) respondentek uvedlo, že s výhodami srozuměno nebylo.

V nemocnici České Budějovice bylo srozuměno s výhodami určitého druhu plen 12 (22 %) respondentek, 43 (78 %) respondentek s výhodami srozuměno nebylo.

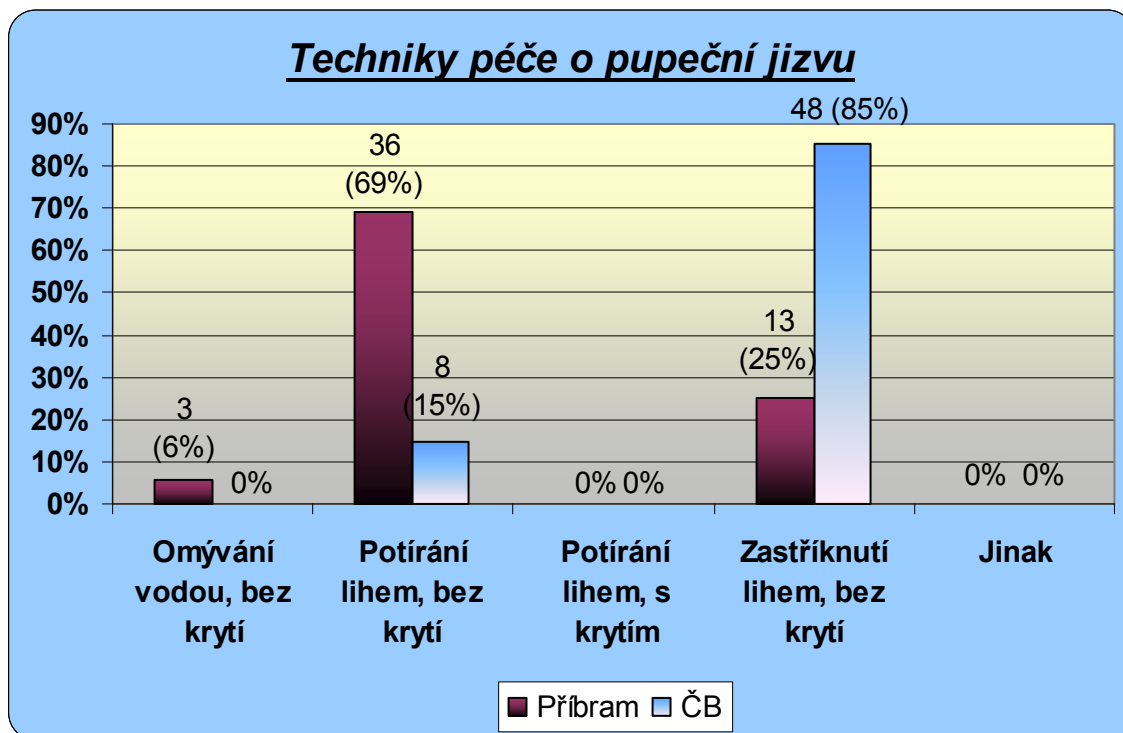
Graf 18 Poučení o péči o pupeční jizvu



V nemocnici Příbram bylo poučeno o péči o pupeční jizvu všech 52 (100 %) respondentek.

I v nemocnici České Budějovice bylo všech 55 (100 %) dotazovaných respondentek poučeno o péči o pupeční jizvu.

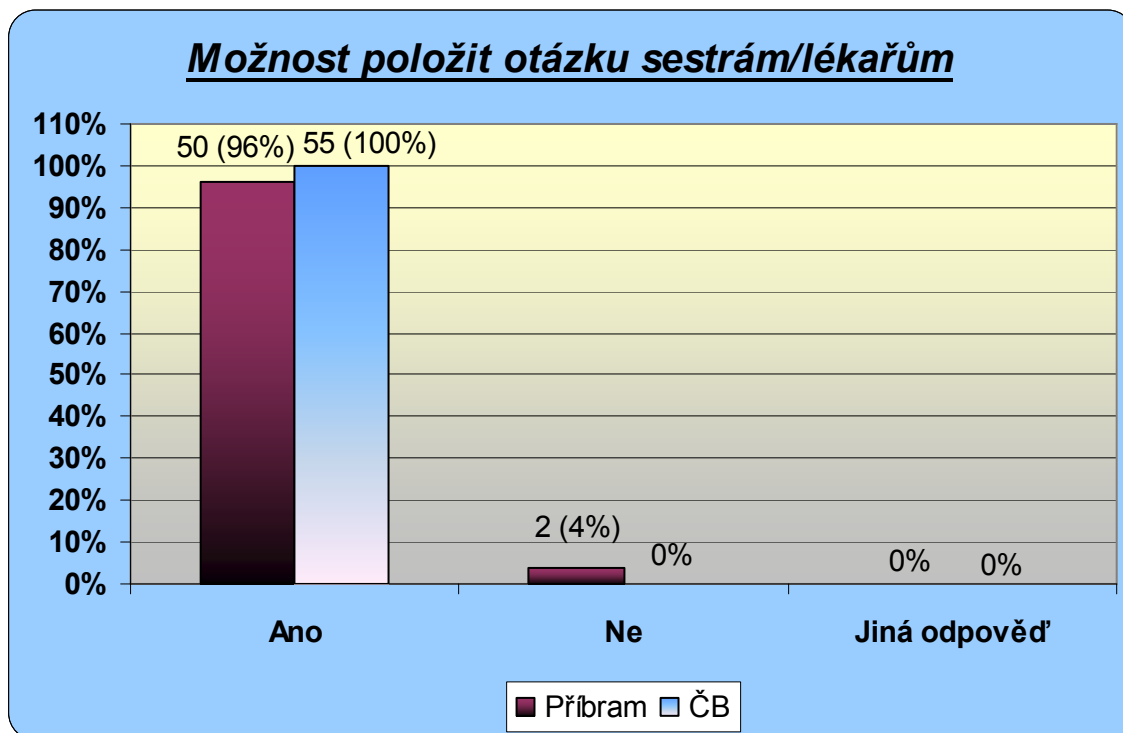
Graf 19 Techniky péče o pupeční jizvu



V otázce týkající se technik péče o pupeční jizvu označily v nemocnici Příbram 3 (6 %) respondentky techniku „omyváání vodou, bez krytí“ a 36 (68 %) respondentek „potírání lihem, bez krytí“. Techniku „potírání lihem, s krytím“ neoznačila žádná (0 %) z respondentek. 13 (26 %) respondentek označilo techniku „zastříknutí lihem, bez krytí“, jinou metodu nevedla žádná (0 %) z respondentek.

V nemocnici České Budějovice neoznačila žádná (0 %) respondentka techniku „omyváání vodou, bez krytí“ a techniku „potírání lihem, s krytím“. 8 (15 %) respondentek označilo techniku „potírání lihem, bez krytí“ a techniku „zastříknutí lihem, bez krytí“ označilo 47 (85 %) dotazovaných respondentek. Jinou techniku nevedl nikdo (0 %).

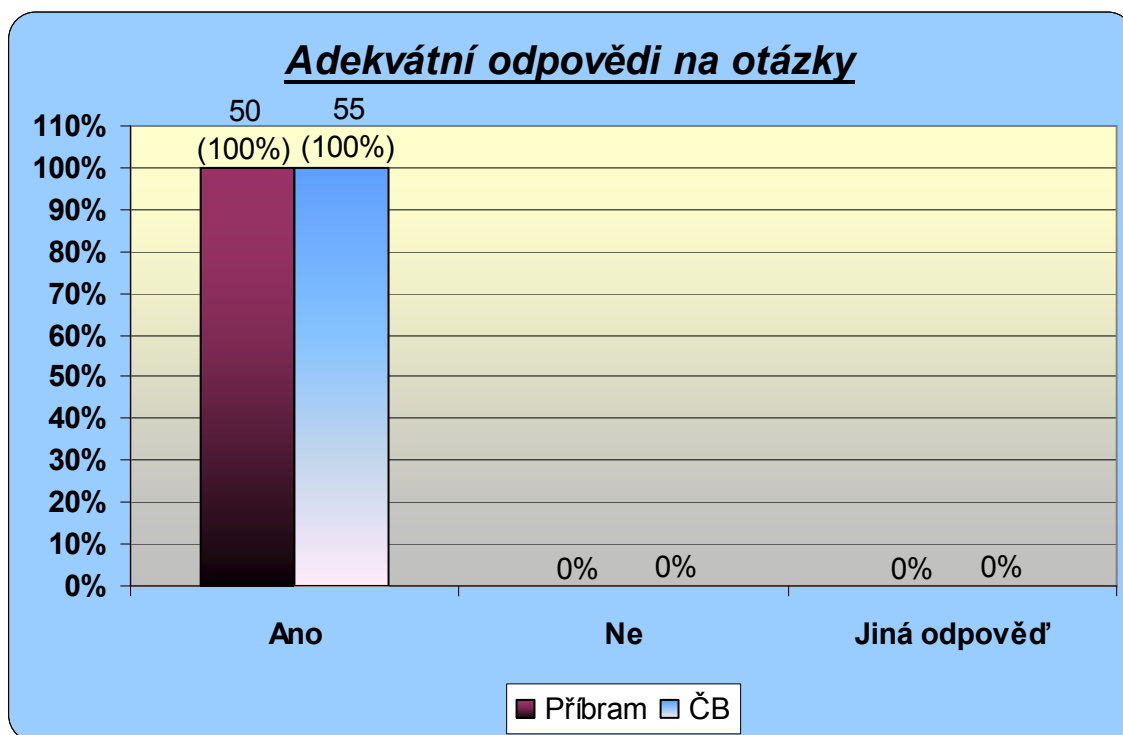
Graf 20 Možnost položit otázku sestřám/lékařům



Na otázku, zda měly respondenty možnost položit své otázky sestřám/lékařům, odpovědělo v nemocnici Příbram 50 (96 %) respondentek kladně a 2 (4 %) respondentky záporně.

V nemocnici České Budějovice uvedlo všech 55 (100 %) respondentek, že možnost položit otázku měly. Jinou odpověď neuvedl nikdo ani v jedné z nemocnic.

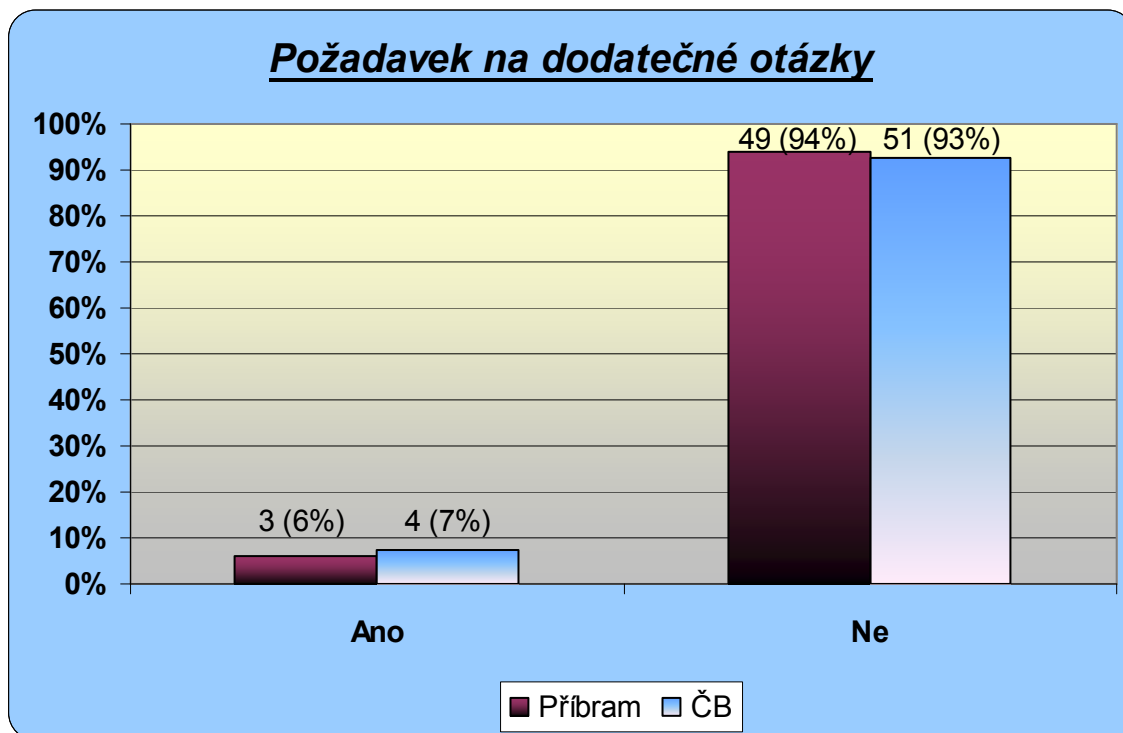
Graf 21 Adekvátní odpovědi na otázky



V nemocnici Příbram uvedlo všech 52 (100 %) respondentek že dostaly adekvátní odpovědi na své otázky.

I v nemocnici České Budějice uvedlo všech 55 (100 %) dotazovaných respondentek, že dostaly adekvátní odpovědi. Nikdo neuvedl jinou odpověď .

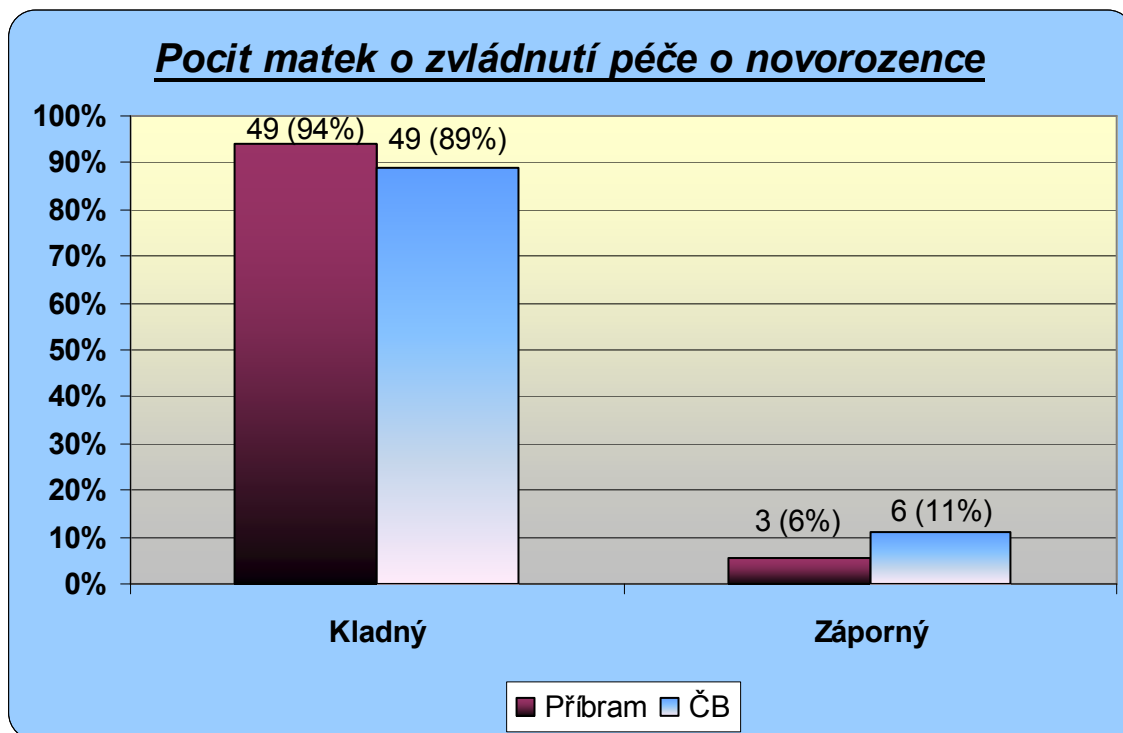
Graf 22 Požadavek na dodatečné otázky



Na otázku, zda se respondentky nezapomněly na něco zeptat, odpověděly v nemocnici Příbram 3 (6 %) respondentky pozitivně a 49 (94 %) negativně.

V nemocnici České Budějovice odpověděly 4 (7 %) respondentky pozitivně a 51 (93 %) negativně.

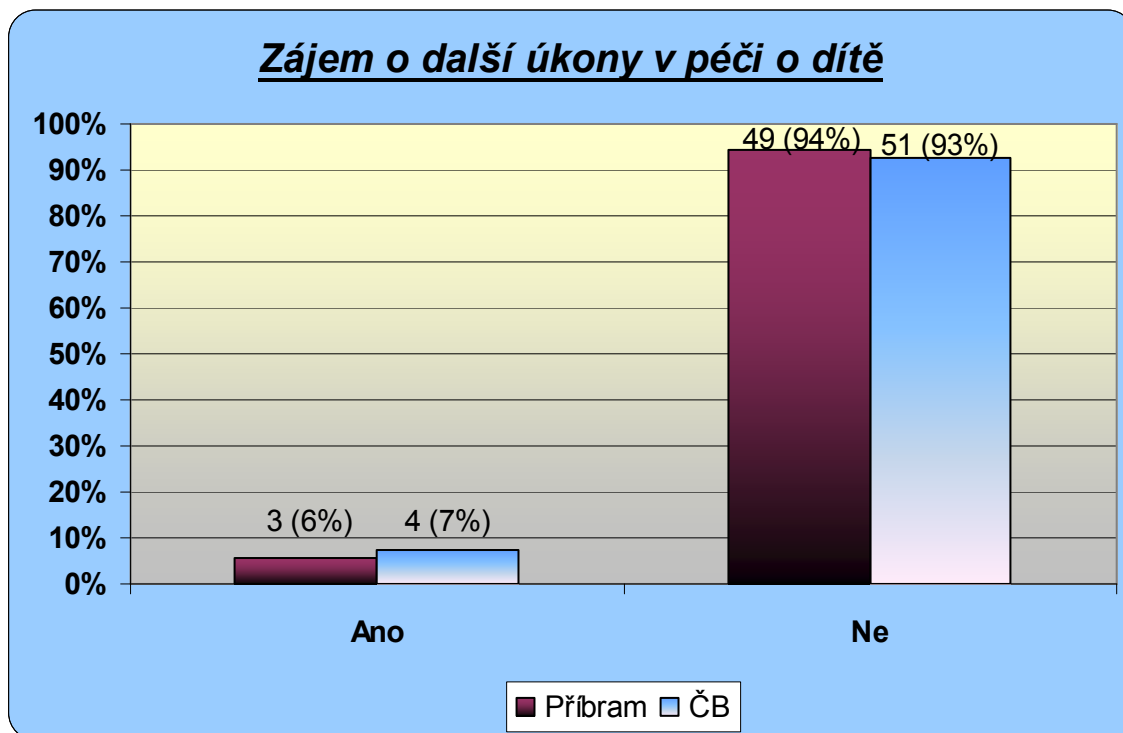
Graf 23 Pociť matek o zvládnutí péče o novorozence



V nemocnici Příbram mělo 49 (94 %) respondentek kladný pocit, že zvládá péči o své dítě a 3 (6 %) respondentky měly záporný pocit.

V nemocnici České Budějovice mělo kladný pocit 49 (93 %) respondentek a záporný pocit 6 (11 %) respondentek.

Graf 24 Zájem o další úkony v péči o dítě



Na otázku, zda by chtěly ukázat nějaké další úkony v péči o své dítě, odpověděly v nemocnici Příbram 3 (6 %) respondentky kladně a 49 (94 %) záporně.

V nemocnici České Budějovice měly zájem o ukázkou dalších úkonů 4 (7 %) respondentky a zájem nemělo zbývajících 51 (93 %) respondentek.

5. Diskuze

V bakalářské práci bylo stanoveno pět cílů a pět hypotéz zaměřených na srovnání informovanosti prvorodiček o péči o novorozence. Péče byla zaměřena na techniky koupání, ošetřování pupeční jizvy, na manipulaci s novorozencem a na zdroje informací.

Šetření probíhalo v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Zúčastnilo se ho 52 respondentek z Příbrami ve věkovém rozmezí 20-30 let a 55 respondentek z Českých Budějovic ve věkovém rozmezí 20-30 let (viz graf 1).

Nejprve bylo hodnoceno vzdělání respondentek. Nejvíce jich mělo střední vzdělání ukončené maturitou, jak v nemocnici Příbram (38 %), tak v nemocnici České Budějovice (45 %). Druhou větší skupinu tvořily respondentky s vysokoškolským vzděláním (29 % versus 36 %). Vzdělání vyšší odborné bylo téměř shodně zastoupeno v obou nemocnicích (12 % versus 9 %). Minimum respondentek tvořila skupina se základním vzděláním a střední školou bez maturity (viz graf 2). Předpokládali jsem, že ženy více vzdělané se budou také více informovat, což se nám potvrdilo v dalších odpovědích na naše otázky (viz dále), i když přímá závislost informovanosti na vzdělání hodnocena nebyla.

Dále jsme se zajímali o předchozí zkušenosti respondentek s novorozenci (péče o sourozence svých příbuzných, kamarádek). Předpokládali jsme, že pokud by respondentka měla již předchozí zkušenosti s novorozenci, mohla by být také lépe informována. V nemocnici Příbram měla předchozí zkušenosti s novorozenci většina respondentek, a to 37 (71 %). Obdobně tomu bylo v nemocnici České Budějovice, zde mělo předchozí zkušenosti 45 (82 %) respondentek (viz graf 3).

Dále jsme se dotazovali na zdroje informací. 30 (53 %) respondentek z Příbrami a 27 (41 %) z Českých Budějovic získalo informace o péči o novorozence od sester na oddělení, 20 (35 %) respondentek z Příbrami a 25 (38 %) z Českých Budějovic od ostatních matek. Dále pak od lékařů a studentů na odborné praxi (viz graf 4). To znamená, že většinu prvorodiček sice informovaly sestry, ale vzhledem k tomu, že to mají v popisu práce, považujeme toto poměrně malé procento za nedostačující. To, že

respondentky získaly informace od ostatních matek je způsobeno tím, že jsou na pokoji společně a tráví spolu většinu času, tudíž si navzájem předávají zkušenosti.

Nejvíce informací mimo nemocnici získaly respondentky z internetu. V Příbrami to bylo 27 (40 %) respondentek a v Českých Budějovicích 25 (45 %) respondentek. Méně informací získaly respondentky z knih (29 % versus 32 %), na třetím místě byly časopisy (28 % versus 14 %) (viz graf 5). Vzhledem k tomu, že na volných internetových stránkách může být mnoho nepřesných a i mylných informací, nepovažujeme tento stav za zrovna ideální. Důvěryhodné informace je třeba hledat raději na webových stránkách konkrétních nemocnic (21) nebo webech věnujících se přímo konkrétní problematice. (8)

Dále nás zajímalo, jak byly respondentky poučeny o manipulaci s novorozencem, což zahrnuje zvedání dítěte z postýlky, pokládání zpět a držení novorozence v náručí. Kiedroňová ve své knize uvádí, jak je důležitá správná manipulace s novorozencem. Pokud rodiče nevědí na co dávat pozor, mohou udělat hodně chyb, které pak zasáhnou do psychomotorického vývoje dítěte a do správného držení těla po celý život. (17) V příbramské nemocnici odpovědělo 42 (81 %) respondentek, že byly poučeny, jak zvedat novorozence z postýlky, v českobudějovické nemocnici to bylo 49 (89 %) respondentek (viz graf 6). Z toho vyplývá, že většina respondentek byla dostatečně informována. Ale poučeny měly být všechny.

Respondentky byly rovněž dotazovány na techniku zvedání novorozence z postýlky. Graf 7 znázorňuje, že v obou nemocnicích se většinou ukazovala technika „bez peřinky“, spočívající v úchopu dítěte za ručku, kdy se lehkým tahem přetočí na bok a současně se vloží dlaň ruky pod temeno hlavičky a předloktí pod záda. Poté se dítě přetočí zpět na ruku, prsty druhé ruky se mu vloží pod zadeček, palec s ukazovákem svírá stehýnko a dítě se zvedá nejprve do sedu a potom do náruče. Při zvedání je třeba udržovat předloktí ruky pod zády dítěte. (12, 17, 29) V příbramské nemocnici bylo takto poučeno 40 (96 %) respondentek a v českobudějovické nemocnici 41 (84 %) respondentek. To je důkazem, že se sestry snaží zodpovědně informovat prvorodičky, jak správně dodržet pravidla manipulace a zbytečně dítěti nepůsobit trauma.

Otázka č. 8 zjišťovala, zda byly respondentky poučeny o držení novorozence v náruči. V nemocnici Příbram bylo poučeno 47 (90 %) respondentek a v nemocnici České Budějovice 49 (89 %) respondentek. Při držení novorozence je nutné vyhnout se tlaku na útlý krček a vyvarovat se záklonu hlavičky dítěte. (16)

Dále jsme zjišťovali, zda byly respondentky poučeny o tom, jak pokládat novorozence zpět do postýlky. Při pokládání novorozence se opět musí zachovat vzorec přirozeného pohybu, a to takový, že se dítě pokládá nejprve do sedu a potom do lehu. Maminky tedy nemají pokládat dítě hlavičkou napřed, ale nejprve ho jakoby v postýlce (kočárku) posadit a potom teprve položit. V obou nemocnicích byly respondentky o této činnosti informovány. V nemocnici Příbram to bylo 43 (83 %) respondentek a v nemocnici České Budějovice 46 (84 %) respondentek. V obou nemocnicích nebylo informováno shodně 9 respondentek (viz graf 9). Vzhledem k celkovému počtu respondentek si myslím, že počet informovaných byl dostatečný, ale opět musím apelovat na to, že měly být poučeny všechny.

V desáté otázce si mohly respondentky vybrat techniku pokládání novorozence a graf 10 nám znázorňuje jejich odpovědi. V nemocnici Příbram si vybralo techniku „bez peřinky“ tj. položením novorozence nejprve do sedu, poté do polohy na zádech 40 (93 %) respondentek a v nemocnici České Budějovice 42 (91 %) respondentek (viz graf 10). Při pokládání do postýlky se musí dodržovat stejná pravidla manipulace jako při zvedání, jenom v opačném postupu. V domácím ošetřování respondentky většinou manipulují s novorozencem bez použití peřinky, proto si myslím, že bylo vhodnější edukovat je o technice „bez peřinky“. Z výsledků vyplývá, že sestry smysluplně vykonávaly svoji práci a většinu respondentek informovaly.

V dalších otázkách jsme se věnovali informovanosti respondentek o koupání novorozence. V obou nemocnicích byly všechny respondentky o této činnosti poučeny. Při koupání je opět důležité dodržovat správnou manipulaci a také dbát na to, aby dítě neprochladlo.

V grafu 12 jsou znázorněny techniky, které byly respondentkám demonstrovány - 15 (29 %) respondentkám v Příbrami byla demonstrována technika „otíráním“, 30 (58 %) respondentkám koupání ve vaničce, 7 (13 %) respondentkám technika, která

kombinuje podložku a vaničku. V Českých Budějovicích byla všem respondentkám demonstrována pouze koupel dítěte ve vaničce. Vzhledem k tomu, že technika, která kombinuje podložku a vaničku již není doporučována, protože při mydlení na podložce dítě snadno prochladne, se domníváme, že technika koupání ve vaničce je metodou nevhodnější. Je také nejčastěji popisována i v literatuře (3, 21, 22). Dítě nemůže prochladnout a většina respondentek ji může snadno doma aplikovat. Se zkracující se dobou hospitalizace rodiček v porodnici mají také sestry méně příležitostí ukázat i jiné techniky koupání. Pokud má nemocnice jednu metodu zavedenou, další již nepoužívá. Pouze je možné se o nich zmínit, ale na demonstraci není čas, což si myslím, že je škoda.

Dále nás zajímalo, zda si respondentky mohly či nemohly koupání v nemocnici samy vyzkoušet. Domníváme se, že je velmi důležité, aby si matky mohly zkusit držení novorozence při koupání. V Příbrami si mohlo koupání vyzkoušet 50 (96 %) respondentek a v Českých Budějovicích 45 (82 %) respondentek. Nedokáží si vysvětlit, že si některé respondentky koupání nevyzkoušely. Zřejmě o to samy neprojevíly zájem nebo k tomu nebyly vyzvány. Což je ovšem nedostatek zdravotnického personálu, který jim tuto možnost měl nabídnout.

Otázky č. 14, 15, 16 a 17 zjišťovaly, zda byly respondentky poučeny o přebalování svého dítěte. V Příbrami bylo poučeno 50 (96 %) respondentek a v Českých Budějovicích rovněž 50 (91 %) respondentek. Vzhledem k tomu, že jde o základní ošetrovatelskou péči, je s podivem, že na to sestry u prvorodiček mohly zapomenout. Přebalování je jedna z nejčastějších činností, kterou matky u novorozence musí dělat. Je tedy nutné ukázat jim výměnu pleny a také předvést různé techniky.

Graf 15 znázorňuje, jaká technika byla respondentkám demonstrována. Technika zvednutí zadečku dítěte za nožičky a podsunutí pleny pod zadeček je nejčastěji popisována v literatuře (3, 20, 29) a také nejvíce používána. V Příbrami ji zaškrtilo 47 (94 %) respondentek a v Českých Budějovicích 47 (90 %) respondentek. Další technika, která je v dnešní době stále více doporučována vzhledem k možnému výskytu gastroezofageálního reflexu, a to technika přetočení novorozence na bok a podsunutí

plen v této poloze, byla demonstrována v příbramské nemocnici 3 (6 %) respondentkám a v českobudějovické nemocnici 5 (10 %) respondentkám.

Dále jsme se zajímali, které pleny byly respondentkám doporučeny (viz graf 16) a zda jim byla vysvětlena výhoda určitého druhu plen. V nemocnicích se nejvíce používají jednorázové „papírové pleny“, protože se po použití prostě vyhodí. V příbramské nemocnici byly tyto pleny doporučeny 42 (81 %) respondentkám a v Českých Budějovicích 48 (87 %) respondentkám. Látkové (pratelné) pleny jsou doporučovány, až když pokožka novorozence alergicky zareaguje. Tyto pleny jsou vyrobeny z čisté bavlny, tudíž obsahují velmi malé množství alergenů, které by mohly dítě dráždit. (18, 20) V příbramské nemocnici byly látkové pleny doporučeny 4 (8 %) respondentkám a v českobudějovické nemocnici 2 (2 %) respondentkám. Výhody určitých druhů plen byly vysvětleny pouze 16 (31 %) respondentkám v Příbrami a 12 (22 %) respondentkám v Českých Budějovicích.

Záleží na každé respondentce, jaké pleny si vybere, ale myslím si, že nejlépe je používat pleny v kombinaci.

Dále jsme se věnovali péči o pupeční jizvu. Všechny respondentky v obou sledovaných nemocnicích byly informovány, jak o ni pečovat. V Příbrami označily 3 (6 %) respondentky techniku „omývat vodou a ponechat bez krytí“, 36 (68 %) respondentek techniku „potírat lihem a ponechat bez krytí“, 13 (26 %) respondentek techniku „zastříknout lihem, bez krytí“. V Českých Budějovicích označilo techniku „potírat lihem, bez krytí“ 8 (15 %) respondentek a techniku „zastříknout lihem, bez krytí“ 47 (85 %) respondentek. Jinou techniku neuváděla žádná respondentka ani v jedné z nemocnic (viz graf 19). Z výsledků vyplývá, že v obou nemocnicích neexistuje jednotný postup jak pečovat o pupeční jizvu, tzn. o ránu, která vznikne po odstřížení nebo odpadnutí pupečního pahýlu. Podle doporučení výboru ČNeoS z roku 1997 by se měla jizva 1. den po odstřížení pupečního pahýlu sterilně krýt a poté alespoň po koupání dezinfikovat. Zahraniční doporučení tak striktní nejsou. Dezinfekční prostředky včetně lihu při nadměrné aplikaci dráždí okolní kůži, mohou se vstřebat a tím dítě poškodit. (8)

V dalších otázkách (20, 21, 22, 23 a 24) jsme se zajímali, zda byly respondentky spokojené s podáváním informací, zda chtěly položit další otázky, zda vůbec měly prostor na otázky a jestli dostaly dostatečnou odpověď.

Z výsledků je vidět, že respondentky měly vždy možnost zeptat se na to, co je zajímavé a co chtěly vědět (viz graf 20). Pokud respondentky položily otázku, vždy na ni dostaly adekvátní odpověď (viz graf 21). I přesto byly dotazovány, zda se nezapomněly na něco zeptat. Z výsledků je opět patrné, že pouze minimum respondentek mělo dodatečné otázky (viz graf 22). Tyto informace měly dokumentovat umění komunikace mezi sestrou a respondentkou. Vyplynulo nám, že sestry uměly komunikovat a daly respondentkám prostor na otázky.

V závěru dotazníku jsme chtěli vědět, jak respondentky hodnotily svůj pocit ze zvládnutí základní péče o své dítě. Většina respondentek hodnotila své dojmy a pocity kladně (viz graf 23), což opět svědčí o dobré práci sester. Prvorodičky by měly odcházet z nemocnice s pocitem, že se dokáží o své dítě dobře postarat, a to je i patrné z našich výsledků. I přesto, že veškeré informace (o zvedání z postýlky, o pokládání do postýlky, o výhodách jednotlivých druhů plen) nebyly předány všem matkám, tak z výsledků vyplývá, že respondentky byly spokojené s podanými informacemi.

V poslední otázce nás ještě zajímalo, zda měly respondentky zájem o demonstraci nebo informace o nějakých dalších úkonech v péči o své dítě. Tato otázka měla pomoci sestřím dozvědět se, co by mohly matkám ještě nabídnout. Ale většina respondentek v obou nemocnicích zájem neměla. Pouze 3 - 4 projevíly zájem o masáže novorozenců a o více informací ohledně kojení, jako jsou další polohy při kojení. Je mnoho informací, které musí prvorodičky během 4 dnů vstřebat a naučit se. Proto si myslím, že i to je důvodem, proč respondentky neprojevíly velký zájem o další úkony. Během 4 dnů je na ně kladen velký nápor způsobený velkým množstvím informací, které musí být sděleny v krátkém časovém úseku.

Ze všech těchto zjištěných informací vyplývá, že respondentky byly i přes krátkou dobu, kterou strávily v nemocnici, **dostatečně informovány o základní péči o novorozence.**

6. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost prvorodiček o péči o novorozence.

Prvním cílem bylo porovnat míru informovanosti prvorodiček v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Z výsledků šetření bylo zjištěno, že informovanost prvorodiček v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. je na přibližně stejné úrovni, což je patrné z grafického znázornění výsledků. Cíl byl splněn, hypotéza, že informovanost prvorodiček v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. je na nižší úrovni než v Nemocnici České Budějovice, a.s. potvrzena nebyla.

Druhý cíl, zaměřený na informovanost rodiček o technikách koupání, byl rovněž splněn a hypotéza, že prvorodičky jsou informovány o technikách koupání, byla potvrzena.

Třetí cíl se týkal informovanosti rodiček o péči o pupeční jizvu. Šetřením bylo zjištěno, že prvorodičky mají dostatek informací o péči o pupeční jizvu. Cíl byl splněn a příslušná hypotéza byla potvrzena.

Čtvrtý cílem bylo zjistit míru informovanosti prvorodiček o manipulaci s novorozencem. Šetřením bylo zjištěno, že prvorodičky mají dostatek informací o zvedání novorozence z postýlky, i o tom, jak ho držet v náručí. Cíl byl opět splněn a hypotéza potvrzena.

Pátým a posledním cílem bylo zjistit, odkud prvorodičky získávají nejvíce informací o péči o novorozence. Předpoklad, že nejvíce informací získávají v nemocnici od sester a mimo nemocnici z internetu, byl potvrzen. I poslední cíl byl tedy splněn.

Vhodným podáváním informací se pomůže prvorodičkám adaptovat se na novou situaci v jejich životě. Ženy jsou často vystrašené, bojí se vzít novorozence do náruče, bojí se ho i dotknout. Sestry jim v prvních čtyřech dnech musí vysvětlit a ukázat mnoho činností, a proto je důležité, aby respondentky pochopily, co jim sestry ukáží a řeknou. Pokud prvorodičky budou informacím rozumět, sníží se tím i riziko možných úrazů a nehod. Ve všech těchto případech je důležitá role dětských sester, porodních asistentek a všeobecných sester, které všechny mají roli edukátorek.

V bakalářské práci bylo zjištěno, že sledované respondentky byly dobře informovány o technikách koupání, péči o pupeční jizvu, zvedání a držení novorozence a také odkud získaly nejvíce informací. Jelikož nikdy není informovanost 100%, je dobré v práci sester využívat edukace a informovanost prvorodiček rozšířit i na další úkony (jiné metody přebalování, výhody a nevýhody určitého druhu plen, další metody koupání aj.) a také ji v dané problematice zvyšovat.

7. Seznam použitých zdrojů:

- 1) *Co se děje s miminkem po narození* [online]. c2007 [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: <http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/4_02.html>.
- 2) BABOR, Michal. *Naše dítě*. Praha : SVOJTKA&Co, 2009. 96 s. ISBN 978-80-256-0225-6.
- 3) COOPER, Colin. *Příručka pro tatínky*. 1. vyd. Brno : Computer Press a.s., 2009. 128 s. ISBN 978-80-251-2170-2.
- 4) ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
- 5) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
- 6) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii : Péče o novorozence*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.
- 7) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Péče o kůži novorozenců. Dermatologie pro praxi*. 2010, 2010, 3, s. 10-16.
- 8) FENDRYCHOVÁ, J. *Péče o kůži novorozenců* [online] 2006 [cit. 13.3.2010] Dostupné z WWW: <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200603-0011.php>
- 9) *Fimoza* [online]. c2008-2009 [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.urologieprostudenty.cz/fimoza>>. ISBN 978-80-254-18.

- 10) GREGORA , Martin. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Příbram : Grada, 2005. 244 s. ISBN 80-247-0854-X.
- 11) GREGORA , Martin. *Péče o novorozence a kojence : mamčin domácí lékař*. 3. dopl. vyd. Praha : Grada, 2008. 104 s. ISBN 978-80-247-2564-2.
- 12) GREGORA , Martin. *Péče o novorozence a kojence*. 1. vyd. Praha : Grada, 2001. 80 s. ISBN 80-247-0060-3.
- 13) GREGORA, Martin. *Přetahování předkožky u chlapečků* [online]. c2002-2006 [cit. 2010-02-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.porodnice.cz/novorozenec-menu>>.
- 14) HANZL, Milan. *Doporučení České neonatologické společnosti*[online].2010[cit. 2010-03-13].[Http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Doporučení_CNEOS/Vitamín_K_2010.pdf](http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Doporučení_CNEOS/Vitamín_K_2010.pdf). Dostupné z WWW:<http://www.neonatologie.cz>>.
- 15) HOŘEJŠÍ , Jan. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2003. 129 s. ISBN 80-247-0553-2.
- 16) HOŘEJŠÍ, Jan . *Synechia vulvae - srůst zevních rodidel*. *Moderní babičtví*. 2003, roč. 2003, č. 1, s. 10-11.
- 17) KIEDROŇOVÁ, Eva. *Něžná náruč rodičů : moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 299 s. ISBN 80-247-1210-5.
- 18) KOPŘIVOVÁ, Darina. *Poporodní problémy matky i dítěte* . *Florence*. 2009, č. 10, s. 16-18

- 19) KOPŘIVOVÁ, Darina. *Český průvodce mateřstvím aneb léče o matku a dítě*. 1. Praha : Tvarohová-Kolář, 2005. 146 s. ISBN 80-86738-08-6.
- 20) KUBAŇOVÁ, J. *Nošení dítěte v šátku*. [online] 2008 [2010-02-22] Dostupné z: <http://www.babysatky.cz/>
- 21) *Novorozenecké oddělení* [online]. c2007 [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/4_01.html
- 22) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha : Galén, 2008. 683 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
- 23) PAULOVÁ, M. *Doporučení České neonatologické společnosti* [online]. 2006 [cit. 2010-03-13]. Http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/080519/znaceni-fin-pdf.pdf. Dostupné z WWW: <<http://www.neonatologie.cz>>.
- 24) PAVLIČOVÁ, Šárka. *Sama doma*. 1. vyd. Praha : Česká televize, 2008. 163 s. Česká televize. ISBN 978-80-7404-010-8.
- 25) RICHTER, Robert, SCHAFER, Eberhard. *Kniha pro tatínky*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-2083-8.
- 26) ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
- 27) ŠTĚPÁNÍKOVÁ, Jitka. *Péče o ženu a novorozence v šestinedělí*. *Sestra*. 2005, č. 10, s. 28-30.

- 28) VELEMÍNSKÝ, Miloš, *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 247 s. ISBN 80-7254-290-7.
- 29) WILLIAMS, Frances. *Péče o miminko : Užitečná příručka pro začátečníky*. 1. vyd. Frýdek-Místek : Alpress, 2003. 96 s. ISBN 80-7218-858-5.

8. Klíčová slova:

Informovanost

Fyziologický novorozenec

Koupání

Přebalování

Pupeční jizva

9. Přílohy:

Příloha 1-Dotazník pro respondenty

Příloha 2-Skóre dle Apgarové

Příloha 3-Speciální kyblík na koupání novorozenců Tummy Tub

Příloha 4-Ukázka přebalování

Příloha 5-Držení novorozence při přenášení

Příloha 6-Ukázka koupání a péče po koupání

Příloha 1-Dotazník pro respondentky

Milá maminko,

jmenuji se Eva Kratochvílová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je základem mé bakalářské práce na téma „Informovanost prvorodiček o péči o novorozence“. Práce by měla sloužit ke zkvalitnění podávání informací všem maminkám. K vyplnění postačí pouhé zakroužkování dané odpovědi nebo jednoduché vyplnění otázky. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně ke zpracování v mé práci. Předem Vám děkuji za věnovaný čas a pomoc.

Eva Kratochvílová

1. V kolika letech jste porodila své první dítě?
 - a) Do 20 let
 - b) Do 25 let
 - c) Do 30 let
 - d) A více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Středoškolské bez maturity
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vyšší odborné
 - e) Vysokoškolské

3. Máte již nějaké předchozí zkušenosti s novorozenci?
 - a) Ano
 - b) Ne

4. Od koho nyní získáváte nejvíce informací o péči o Vaše dítě?
(můžete zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Od sester
 - b) Od lékařů
 - c) Od studentek
 - d) Od ostatních matek

5. Pokud čerpáte informace i odjinud, napište prosím odkud:
(můžete zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Z internetu
 - b) Z knih
 - c) Z časopisů
 - d) Z jiných zdrojů, napište prosím z jakých.....

6. Poučily Vás sestry (lékař), jakým způsobem máte brát Vaše dítě z postýlky (kočárku) do náruče, jak s ním manipulovat?
- Ano
 - Ne
7. Pokud ano, zaškrtněte prosím techniky, které Vám byly demonstrovány?
- Přetočit novorozence zlehka na bok, vložit mu jednu (levou) ruku pod ramínka a hlavičku a druhou (pravou) ruku pod zadeček, poté uchopit pevně stehýnko dítěte mezi palec a ukazovák pravé ruky, dále pak nadzvednout hlavičku a záda dítěte do polohy v sedu a poté zvednout dítě do náruče.
 - Uchopit dítě za peřinku (dečku), ve které je zabalené a zvednout je do náruče.
 - Jiná technika, napište prosím jaká.....
.....
8. Ukázaly Vám sestry, jak držet novorozence po zvednutí z postýlky?
- Ano
 - Ne
9. Poučily Vás sestry (lékař), jakým způsobem máte ukládat Vaše dítě zpět do postýlky (kočárku), jak s ním manipulovat?
- Ano
 - Ne
10. Pokud ano, zaškrtněte prosím techniky, které Vám byly demonstrovány?
- Položit dítě nejprve zadečkem na podložku (matraci), poté jej uložit do polohy na zádech a jemně přetočit na bok, aby se po vytažení rukou samo vlastní vahou přetočilo zpět na záda
 - Vložit dítě v peřince hlavičkou napřed do postýlky ve vodorovné poloze
 - Jiná technika, popište prosím jaká.....
.....
11. Ukázaly Vám sestry, jak máte dítě koupat?
- Ano
 - Ne
12. Pokud ano, zaškrtněte prosím techniku, která Vám byla demonstrována.
- Otřít dítě mokrou žínkou a vzápětí osušit plenou na lůžku
 - Mydlit i oplachovat dítě ve vodě, ve vaničce
 - Mydlit dítě na podložce a oplachovat ve vaničce
 - Koupat dítě v koupacím kyblíku
 - Jiná technika.....

13. Mohla jste si v porodnici koupání vyzkoušet?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Ukázaly Vám sestry, jak máte dítě přebalovat?
- a) Ano
 - b) Ne
15. Pokud ano, jaká technika přebalování Vám byla demonstrována?
- a) Uchopit dítě za nožičky a nadzvednout tak, aby bylo možné pod zadeček zasunout plenu.
 - b) Přetočit dítě na bok, zasunout plenu pod zadeček a přetočit dítě na plenu.
 - c) Jiná technika.....
16. Jaké pleny Vám sestry doporučily?
- a) Papírové
 - b) Látkové
 - c) Pokud jiné, jaké?.....
17. Vysvětlily Vám výhody a nevýhody určitého druhu plen?
- a) Ano
 - b) Ne
18. Ukázaly Vám sestry, jak pečovat o pupeční jizvu?
- a) Ano
 - b) Ne
19. Pokud ano, zaškrtněte, jaká technika Vám byla demonstrována.
- a) Omývat vodou při potřísnění, nechat volný bez krytí
 - b) Potírat lihem při potřísnění, nechat volný bez krytí
 - c) Potírat lihem a balit do mulového čtverce
 - d) Potírat lihem a balit do mulového čtverce
 - e) Zastříknout lihem, nechat zaschnout a nekrýt
 - f) Jiná technika.....
20. Měla jste možnost a prostor položit sestřím/lékařům otázky?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Jiná odpověď.....
21. Dostala jste adekvátní odpovědi na své otázky?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiná odpověď.....

22. Je něco na co jste se zapomněla zeptat??

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, napište prosím na co.....

23. Máte pocit, že zvládáte všechny úkony, které potřebujete při péči o Vaše dítě?

- a) Ano
- b) Ne

24. Chtěla byste ukázat nějaké další úkony v péči o Vaše dítě?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, napište jaké.....

Příloha 2-Skóre dle Apgarové

Skóre dle Apgarové

Popisovaný znak	Skóre = 0	Skóre = 1	Skóre = 2
Akce srdeční	Nedetekovatelná	Pod 100/min	Nad 100/min
Dechová aktivita	Nedetekovatelná	Slabá, nepravidelná, lapavé dýchání (gasping)	Normální, pláč
Svalový tonus	Minimální	Náznak flexe končetin	Flexe končetin, nebo aktivní pohyby končetinami
Reflexní dráždivost	Žádná odezva	Grimasování, nebo slabý pláč	Pláč
Barva	Centrální cyanóza, nebo bledost	Akrální cyanóza	Růžová barva kůže celého těla

ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. přeprac. Vyd. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

Příloha 3-Speciální kyblík na koupání novorozence Tummy Tub



BABOR, Michal. *Naše dítě*. Praha : SVOJTKA&Co, 2009. 96 s. ISBN 978-80-256-0225-6.

Příloha 4-Ukázka přebalování



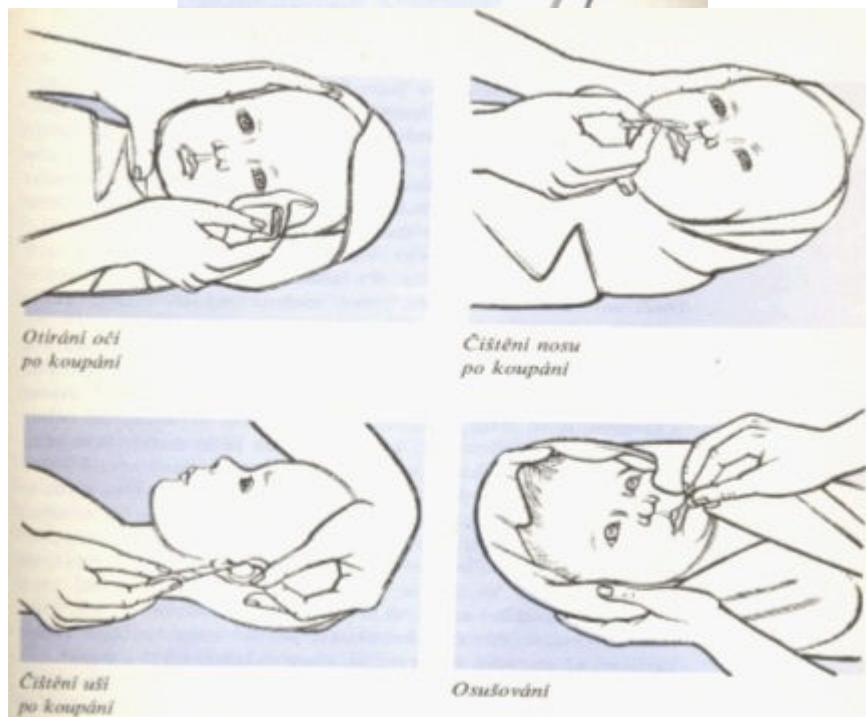
BABOR, Michal. *Naše dítě*. Praha : SVOJTKA&Co, 2009. 96 s. ISBN 978-80-256-0225-6.

Příloha 5-Držení novorozence při přenášení



WILLIAMS, Frances. *Péče o miminko : Užitečná příručka pro začátečníky*. 1. vyd. Frýdek-Místek : Alpress, 2003. 96 s. ISBN 80-7218-858-5.

Příloha 6-Ukázka koupání a péče po koupání



BRABCOVÁ, STASKOVÁ. *Hygienická péče o dítě* [online]. c 2003-2010 [cit. 2010-04-02] Dostupné z WWW:<<http://www.eamos.cz>>