

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Kateřina Skuhrová

Problematika kojení na novorozeneckém JIP

The issue of breastfeeding on newborn intensive care unit

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce / Školitel: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 11. 2013

Kateřina Skuhrová

Podpis:

Identifikační záznam:

SKUHROVÁ, Kateřina. Problematika kojení na novorozeneckém JIP [The issue of breastfeeding on newborn intensive care unit]. Praha, 2013. 93 stran, 3 přílohy Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

Poděkování:

Ráda bych touto formou poděkovala své školitelce paní Mgr. Miluši Kulhavé za cenné rady a pomoc při vzniku této práce. Děkuji všem maminkám, které se zapojily do tohoto výzkumu a zároveň i ochotným sestřičkám z obou nemocnic při sběru dotazníků.

Abstrakt v českém jazyce

Bakalářská práce zabývající se problematikou kojení na novorozeneckém JIPu má teoreticko-empirický charakter. Kojení a krmení dítěte mateřským mlékem patří k nejlepším a nejpřirozenějším způsobům výživy po narození. Je nenahraditelné, velmi výhodné pro dítě i matku. Práce je zaměřená na problém odloučení matky a dítěte po porodu, kdy je novorozenec hospitalizován na novorozeneckém JIPu. Novorozenec tak nemůže být v neustálém kontaktu se svou matkou a nemůže být tedy pravidelně přikládán k prsu.

V první kapitole teoretické části popisují anatomii mléčné žlázy, fyziologii laktace a složení mateřského mléka. Nemalá pozornost je věnována v další kapitole problematice novorozeneckého JIPu, kde jsou přijímané děti nejen předčasně narozené, ale i donošené děti se zhoršenou porodní adaptací, s hypoxií, s infekcí, s různými vrozenými vadami, děti drogově závislých matek. Poslední kapitola pojednává o významu a výhodách kojení, o odstříkávání a uchovávání mateřského mléka, alternativních způsobech krmení na JIPu. Závěr této kapitoly je věnována Laktační lize, laktačním poradkyním a mléčné bance.

Dílčími cíli empirické části bylo, jak byly matky edukovány v prenatalní poradně o významu mateřského mléka a kojení, jestli byly dostatečně informovány po porodu ohledně odstříkávání mateřského mléka a zda byly spokojené s pobytem na intermediárním oddělení. Z výsledku empirického šetření vyšlo, že v prenatalních poradnách je edukováno pouze 26 % těhotných, o odstříkávání mateřského mléka po porodu je informováno 88 % matek. S pobytem na intermediárním oddělení je spokojeno 92 % matek. Hlavním cílem bylo zjistit, kolik dětí po porodu přijatých na JIP, odchází domů kojených či kmených vlastním mateřským mlékem. Výsledkem empirického šetření je, že 77 % dětí odchází domů krmeno vlastním mateřským mlékem. Výzkumnou metodou byl dotazník.

Klíčová slova: Kojení, mléčná žláza, mateřské mléko, novorozenec, sací reflex, nezralý novorozenec, patologický novorozenec.

Abstrakt v anglickém jazyce

This bachelor thesis examines the topic of breastfeeding in newborn intensive care units (ICUs). Breastfeeding and feeding babies with mother's milk is one of the best and the most natural ways of nutrition after birth. It is irreplaceable and, at the same time, very convenient for the baby and the mother. The thesis focuses on the problem of separating mothers from their babies after birth when the newborns are hospitalized in an ICU. The newborns therefore cannot be in constant contact with their mothers and thus cannot be regularly breastfed.

The thesis comprises a theoretical and an empirical part. In the first chapter of the theoretical part of the thesis, I describe the anatomy of the mammary gland, lactation physiology and the composition of mother's milk. The next chapter pays a great deal of attention to the issues related to newborn ICUs where not only prematurely born children are placed, but also children with worsened afterbirth adaptation, hypoxia, infections, various genetic defects and children of drug-addicted mothers. The last chapter is dedicated to the significance and benefits of breastfeeding, pumping and storing mother's milk, and alternative ways of feeding newborns in ICUs. The last part of this chapter addresses the Lactation League, lactation consultants and milk banks.

The empirical part of the thesis reports the results of a questionnaire survey that was administered to mothers with babies in ICUs. Partial objectives of the empirical part of the thesis include: how mothers are educated in prenatal counseling centers about the importance of mother's milk and breastfeeding, if they are sufficiently informed with regard to the issue of pumping their milk after birth and if they are satisfied with their stay in the hospital ward. Results of the survey showed that only 26 % of pregnant women are educated in prenatal counseling centers, 88 % of mothers are informed about the process of pumping their milk after birth and 92 % of them are satisfied with their stay in the hospital ward. The main objective was to determine how many infants who were placed in ICUs after birth go eventually home breastfed or fed with their own mother's milk. The results showed that 77 % of the newborns go home fed by their own mother's milk.

Key words: Breastfeeding, mammary gland, breast milk, newborn, sucking reflex, immature newborn, pathological newborn.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	
1 Mléčná žláza	11
1.1 Anatomie mléčné žlázy	11
1.2 Fyziologie laktace	12
1.3 Složení mateřského mléka	12
2 Novorozenec	14
2.1 Fyziologický novorozenec	14
2.2 Patologický novorozenec	15
2.2.1 Novorozenec předčasně narozený	15
2.2.2 Přejídná tachypnoe	17
2.2.3 Syndrom respirační tísně	17
2.2.4 Infekce	18
2.2.5 Hypoxie	19
2.2.6 Vrozené vývojové vady	20
2.2.7 Novorozenec drogově závislé matky	21
3 Kojení	22
3.1 Význam a výhody kojení	22
3.2 Příprava na kojení	23
3.3 Techniky kojení, polohy při kojení	24
3.4 Odstřikávání mateřského mléka	26
3.5 Skladování mateřského mléka	28
3.6 Kojení na JIPu	28
3.6.1 Alternativní způsoby krmení na JIPu	29

3.6.2	Kojení na nedonošeneckém oddělení	30
3.7	Laktační liga, laktační poradci	31
3.8	Mléčná banka	32
Výzkumná část		
4	Výzkumný problém	33
5	Cíle empirického šetření	34
6	Charakteristika výzkumného vzorku	35
7	Metodika empirického šetření	41
8	Průběh empirického šetření	43
9	Zpracování empirického šetření	43
10	Vyhodnocení empirického výzkumu	44
11	Závěry empirického výzkumu	72
12	Vyhodnocení cílů.....	75
13	Diskuse	76
14	Návrhy pro praxi	79
15	Závěr	80
Seznam použité literatury		81
Seznam použitých zkratk		84
Seznam tabulek a grafů		85
Seznam příloh		88

Úvod

Narození dítěte je velká událost v životě každého z nás. Každý si přeje, aby vše proběhlo hladce, bez komplikací pro matku i pro dítě. Jelikož pracuji na JIPu Novorozeneckého oddělení Thomayerovy nemocnice v Praze Krči, vím z vlastní zkušenosti, že to tak pokaždé není. Předčasný porod, zkalená plodová voda, alterace ozev plodu, preeklampsie, krvácení, abuzus drog a jiné akutní stavy okolo porodu, resuscitace novorozence po porodu, špatná poporodní adaptace či zhoršení stavu během 48 hodin po porodu, vrozené vady, to všechno jsou pak důvody pro přijetí na novorozenecký JIP.

Ve své práci v teoretické části v první kapitole popisují anatomii mléčné žlázy, fyziologii laktace a složení mateřského mléka. Mateřské mléko je svým složením jedinečné a nenahraditelné.

Druhou kapitolu věnuji rozdílu fyziologického a patologického novorozence. Donošený, zdravý novorozenec je po porodu bdělý, aktivní, hledá a saje, u matky dochází ke zvýšené sekreci prolaktinu a oxytocinu. Z tohoto důvodu se doporučuje přiložení do půl hodiny po porodu, je to první důležitá podpora ke spuštění laktace. Po ošetření matky a dítěte jsou oba převezeni na společný pokoj (systém rooming-in). Matka o své dítě pečuje, může kdykoliv přikládat k prsu, tím podpořit laktaci. Patologický novorozenec je o toto ochuzen. Ihned po porodu se řeší jeho aktuální zdravotní stav, ze sálu je ihned převezen na JIP. Matka a dítě jsou odděleni. Nejen odloučení, ale i špatný zdravotní stav dítěte, neumožňuje časně přikládání k prsu, které je nejpřirozenější způsob pro zahájení laktace. Odloučení, strach o dítě, stres, mají negativní vliv na laktaci.

Třetí kapitola je věnována kojení, jeho významu, výhodám, technice kojení. Kromě výhod pro matku a dítě má kojení přínos sociální a ekonomický pro celou společnost. V jedné z kapitol popisují důležitost přípravy na kojení již v době těhotenství. Je-li dítě přijato na JIP, nemůže být po porodu pravidelně přikládáno, je potřeba edukovat matku o náhradním způsobu spuštění laktace odstříkáváním. Důležitým úkolem všech zdravotnických pracovníků je také matku uklidnit, ujistit o dobré péči o její narozené dítě, vysvětlit poporodní změny a důležitost péče o prsa po porodu z důvodu zahájení laktace, vysvětlit nenahraditelnost mateřského mléka, význam kolostra pro novorozence, pomoci jí s odstříkáváním, povzbuzovat ji a chválit i za malé úspěchy. Děti na JIPu jsou krmené mateřským mlékem alternativním způsobem. Umožní-li to jejich zdravotní stav dítěte, zkusí se i přiložit k prsu.

Zlepší-li se zdravotní stav dítěte, nepotřebuje již intenzivní péči, je přeloženo na intermediární oddělení. Společný pokoj matky a dítěte, péče o dítě a příkládání, podpoří laktaci. Poslední kapitoly věnují laktačním poradcům a Laktační lize, mléčné bance. Mléčná banka zkvalitňuje péči o kriticky nemocné a předčasně narozené děti, snižuje jejich morbiditu a mortalitu. Práce laktačních poradců je velmi užitečná a přínosná pro matky, děti i zdravotnické pracovníky.

Druhá část bakalářské práce je empirická. Oslovila jsem maminky, jejichž děti byly hospitalizované na novorozeneckém JIPu, a to v Thomayerově nemocnici a v Ústavu pro péči o matku a dítě. Maminky před propuštěním vyplňovaly dotazníky. Zajímalo mě, jak jsou maminky připravované na kojení v těhotenství, jak jsou edukované po porodu o spuštění laktace, o odstříkávání a skladování mateřského mléka, o způsobu odstříkávání. Dále mě zajímalo, jak často navštěvovaly své děti a zda jim zdravotníci pomáhali a podporovali je. Ve zdravotnictví dochází neustále ke změnám, často se mluví i o rušení oddělení nebo i nemocnic. Chvíli se mluvilo o zrušení našeho intermediárního oddělení, které považuji z hlediska matek i dětí jako velmi přínosné. Proto mě také zajímalo, zda byly maminky spokojené s pobytem na intermediárním oddělení. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, kolik matek nakrmí své dítě při odchodu z porodnice vlastním mateřským mlékem.

Teoretická část

1 Mléčná žláza

1.1 Anatomie mléčné žlázy

V prvních kapitolách teoretické části popisují anatomii mléčné žlázy, fyziologii laktace a složení mateřského mléka.

Mléčná žláza (glandula mammae) je největší kožní párovou apokrinní žlázou. Embryonálně se vyvíjí u mužů i u žen stejně. Po narození je žláza zakrnělá, u mužů zůstává celý život. U žen dochází v pubertě k rozvoji žlázových vývodů, začínají se tvořit alveoly. V těhotenství dochází k výraznému zvětšení alveolů i vývodů. Na konci gravidity a v průběhu laktace, začíná sekreční fáze alveolů. Nejdříve se tvoří kolostrum – mlezivo, později zralé mateřské mléko (Naňka, O., 2009).

Sekrece alveolů začíná již v těhotenství vlivem hormonů z placenty (estrogenu a progesteronu). Ke konci těhotenství a během porodu dochází k poklesu placentárních hormonů a hypofýza začíná produkovat prolaktin, čímž se začíná tvořit mateřské mléko (Fiala, P., 2008).

Vlastní prs se skládá z kožního krytu, tukového vaziva a vlastní mléčné žlázy. Na vrcholku prsu je silněji pigmentovaný prsní dvorec - areola mammae, uprostřed dvorce se nachází prsní bradavka - papilla mammae. Zde vyústí vývody mléčné žlázy. Tukové vazivo kolem mléčné žlázy dělíme na premamární (není v oblasti dvorce a bradavky) a retromamární. Rozložení tuku formuje definitivní tvar prsu.

Žláza dospělé ženy se skládá z 15-20 laloků. V každém laloku jsou sekreční lalůčky, které jsou tvořené z alveol a jejich vývodů. Vývody laloků se postupně spojují v mléčný vývod, který směřuje k bradavce.

Histologická stavba žlázy se mění podle funkčního stavu organismu ženy- v průběhu menstruačního cyklu, těhotenství, během laktace. V těhotenství se vývody rozšiřují v sinus laktiferi, v nichž se v průběhu laktace hromadí mléko. Po menopauze dochází k involuci a atrofii žlázy (Naňka, O., 2009).

1.2 Fyziologie laktace

Tato kapitola je věnována fyziologii laktace, vývoji a hormonálním změnám, které ovlivňují mléčnou žlázu již v době těhotenství a pak po porodu.

Na mléčnou žlázu mají vliv tyto hormony - progesteron způsobuje růst a zvětšování lalůček a alveol, estrogen ovlivňuje vývodný systém. Mění se poměr tukové tkáně a žlázy, žláza se zvětšuje. V druhé třetině těhotenství začíná hypofýza produkovat prolaktin, který spustí sekreci mléka z alveol. V těhotenství a po porodu se tvoří nezralé mléko - mlezivo. Hladina prolaktinu stoupá v průběhu těhotenství, před porodem klesne a po porodu znovu významně vystoupá a zůstane vysoko týden po porodu. Během druhého týdne až do 12. týdne po porodu je hladina prolaktinu 2 - 3x vyšší, sáním dítěte se hodnota vždy zvedne až 10 - 20x. Po 3 měsících po porodu začne prolaktin klesat k normálním hodnotám, laktace však pokračuje dál. Na mléčnou žlázu má vliv i další hormon - oxytocin, který způsobuje uvolňování mléka do vývodného systému a pod bradavku, odkud dítě mléko saje. Oxytocin spouští tzv. ejekční reflex - reflex „let - down“. Je to nepodmíněný reflex, který se změní v podmíněný, je vyvolaný sáním dítěte, může být vyvolaný i pláčem, pohledem či vzpomínkou na dítě. Rychlost vybavení tohoto reflexu je u každé ženy jiná. Oxytocin způsobuje i děložní stahy (zavinování), provázené krvácením. Je to fyziologické, děloha se čistí a vrací do původního stavu.

Nemůže-li být dítě přiloženo, může se reflex podpořit odstříkáváním. Tento reflex má vliv i na uvolnění zadního mléka, které je bohatší na tuk a prospěšné pro růst a vývoj dítěte. Tvorba mléka je ovlivňována stimulací - sáním či odstříkáváním, množství mléka se přizpůsobuje poptávce. Čím více je odebráno, tím více se vytvoří. V prvních týdnech po porodu je nepoměr mezi poptávkou a nabídkou, ale časem se vše ustálí (<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=7> (20. 8. 2013, 10:16)).

1.3 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko (dále jen MM) se ideálně přizpůsobuje měnícím se potřebám rostoucího dítěte. V prvních dnech po narození se tvoří kolostrum - mlezivo, které se může začít tvořit již v 6.- 7. měsíci těhotenství. Je lehce stravitelné, kaloricky vydatné, s vysokým obsahem bílkovin, vitamínů, obranných látek. Hlavními bílkovinami je laktalbumin a kasein v poměru 90 : 10. Tím získává kolostrum i projímavý účinek, který pomáhá vyprázdnění smolky. Má

nižší obsah laktózy a zvýšené množství zejména IgA, které působí jako první ochrana novorozence proti infekci (Fendrychová, J., 2009).

„Kolostrum je bohaté na cytokiny a další imunitní látky, které poskytují bakteriostatickou, baktericidní, protivirovou, protizánětlivou a imunomodulační ochranu proti infekci. Kolostrum hraje důležitou ochrannou roli zejména u novorozenců s velmi nízkou porodní hmotností v prvních dnech života.“ (Mydlilová, A., *Orofaryngeální podání kolostra u nedonošených dětí*. Mamita, roč. 11, č. 40/2012, str. 16).

MM předčasně narozených dětí se svým složením se přizpůsobuje nárokům nezralého dítěte. Kolostrum u předčasně narozených obsahuje Beta- endorfiny, které tiší bolest a uklidňují. U předčasně narozených se kolostrum tvoří delší dobu, pravděpodobně až do 10.- 14. dne po porodu. Rozdíly ve složení MM nezralého dítěte a donošeného se srovnají za 4 - 6 týdnů po porodu (Chvilová Weberová, M., 2009).

Zralé MM se začíná tvořit od druhého týdne po porodu. Je dobře stravitelné a vstřebatelné. Poměr laktalbuminu a kaseinu je 60:40. Obsahuje více tuku, v tucích rozpustné vitamíny, více laktózy, některé stopové prvky. Rozlišujeme přední mléko - na uhašení žízně, zadní - bohaté na tuky, které jsou zdrojem energie. Z tuků jsou zastoupeny triacylglyceroly, nejvíce nenasyčené mastné kyseliny, důležité pro rozvoj CNS. V MM je jich 4x více než v kravském mléce (Fendrychová, J., 2009).

MM obsahuje hodně cholesterolu, dítě se jej naučí zpracovávat, a to může být prevencí aterosklerózy a vzniku srdečních onemocnění v dospělosti. MM obsahuje nejen tuky, ale i enzym na zpracování tuků. Bohužel tepelnou úpravou mléka se ničí. Proto je nejlepší čerstvě odstříkané mléko, zejména pro nedonošené děti. Hlavním sacharidem je laktóza rozkládaná enzymem laktázou. Je to 40 % zdroj energie. Laktóza a střevní flora (*Lactobacillus bifidus*) usnadňují vstřebávání železa a vápníku. MM obsahuje stejné množství železa jako mléko kravské, avšak využitelnost železa z MM je 49 %, z kravského jen 10 %. Vápník se z MM optimálně vstřebává. V kravském je více kaseinu, tudíž je vstřebávání vápníku horší (Fendrychová, J., 2007).

Standardem výživy novorozence nízké porodní hmotnosti je fortifikace MM. Fortifikace je obohacení MM práškovým multivitaminovým fortifikátorem. Fortifikace mléka zlepšuje růst a vývoj dítěte, mineralizaci kostí, zvyšuje absorpci živin a energetický příjem, zlepšuje psychomotorický vývoj. Indikací fortifikace jsou děti krmené MM, předčasně narozené děti

(25.- 32. týden těhotenství), děti s porodní hmotností pod 1500g, hypotrofičtí novorozenci, děti se sepsí, RDS a jinými zánětlivými stavy. Všechny fortifikátory obsahují bílkoviny, cukry, vápník, fosfor, sodík, některé i tuky, vitamíny (Macko, J., 2009).

2 Novorozenec

2.1 Fyziologický novorozenec

Fyziologický novorozenec je zralý, eutrofický, zdravý novorozenec narozený v termínu (38. - 42. týden těhotenství) s porodní hmotností 2500 - 4500g, délkou 48 - 52 cm.

Novorozence můžeme dělit:

Dle délky těhotenství:

- nedonošení (narození před 38. týdnem)
- donošení (38.- 42. týden)
- přenášení (po 42. týdnu)

Dle porodní hmotnosti:

- eutrofický - hmotnost odpovídá gestačnímu stáří
- hypotrofický - hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu stáří
- hypertrofický - hmotnost je vyšší než gestační stáří.

Somatické známky zralosti jsou: vyvinutý podkožní tuk, přerostlé okraje nehtů, zřetelné rýhování dlaní a plosek nohou, úpon pupečníku uprostřed břicha, u dívek velké stydké pysky překrývají malé, u chlapců sestouplá varlata v šourku.

Funkční známky zralosti jsou: dobrá termoregulace, životně důležité reflexy, zralost plicních funkcí, dýchání bez apnoických pauz, přiměřená funkce jater, trávicího traktu a močového ústrojí (Fendrychová, J., 2009).

Novorozenec se rodí se životně důležitými reflexy. Některé vymizí, jiné zůstávají do dospělosti. Mezi nejvýznamnější reflexy novorozence patří: hledací, sací, polykací, úchopový a Moroův reflex (Fendrychová, J., 2007).

Novorozenec většinu dne prospí, dohromady 18 - 20 hodin spánku. Mezi další projevy novorozence patří pláč. I podle něho můžeme posuzovat zdravotní stav novorozence. Normální pláč je ovlivněn dobře fungující, nepoškozenou funkcí CNS, volnými dýchacími cestami, provzdušněnými plícemi, nepoškozenými hlasivkami, zdatným dýchacím svalstvem a rovnováhou vnitřního prostředí (Fendrychová, J., 2009).

2.2 Patologický novorozenec

V této kapitole uvádím problematiku patologických novorozenců, kteří jsou po porodu přijímáni na novorozenecký JIP.

Mezi patologické novorozence patří novorozenec s hmotností pod 1500 g a každý novorozenec ohrožený na zdraví a na životě. Kromě předčasně narozených je častou patologií hypoxie, vrozené vývojové vady a infekce (Fendrychová, J., 2007).

Na JIPu jsou novorozenci uloženi do inkubátoru, který zajišťuje termoneutrální prostředí - dle potřeby se reguluje teplota prostředí, vlhkost, je možnost oxygenoterapie. Výhodou je odhlučnění od zevního prostředí a možnost krytí inkubátoru, aby děti měly temno a nebyly ničím rušeny. Donošené děti, které nepotřebují kyslík, jsou uloženy do vyhřevného lůžka. Všechny děti jsou monitorovány, sledují se FF, tělesná teplota, prokrvení, projevy, zajišťuje se hydratace a výživa, provádějí se odběry, aplikace antibiotik a dalších léků.

Další kapitoly jsou věnované nejčastějším diagnózám, které se vyskytují na novorozeneckém JIPu.

2.2.1 Novorozenec předčasně narozený

Největší skupinou dětí přijatých na novorozenecký JIP jsou novorozenci předčasně narození. Jsou to novorozenci narození před 38. týdnem, s hmotností pod 2500g. Stupeň zralosti je závislý na gestačním stáří a schopnosti organismu adaptovat se a fungovat v novém prostředí - mimo dělohu matky. Není tolik důležitá hmotnost novorozence, ale gestační věk.

S nedonošeností, nezralostí pak mohou nastat následující problémy:

- respirační tíseň z důvodu nezralé plicní tkáně, nedostatku surfaktantu,

- hypoglykémie, hypokalcémie z důvodu nedostatečné zásoby před porodem, nezralé funkce jater, tím vzniká riziko poškození mozku
- hypotermie z nedostatku podkožního tuku, nezralosti termoregulace
- nedostatečná výživa a hydratace z důvodu špatné koordinace sání, polykání a dýchání, nižší motility střev a nižší produkce trávicích šťáv
- hyperbilirubinémie - z důvodu nezralé jaterní funkce a zvýšeného rozpadu erytrocytů
- sepse z důvodu nezralé imunity
- dále je vyšší riziko krvácení, anémie, hypotenze, apnoických pauz, poškození kůže (Fendrychová, J., 2007).

Předčasně narozené děti se dělí:

- NNPH - novorozenec nízké porodní hmotnosti (pod 2500g)
- VLBW - novorozenec velmi nízké porodní hmotnosti (pod 1500g)
- ELBW - novorozenec extrémně nízké porodní hmotnosti (pod 1000g)

V ČR se rodí ročně 7,6 % dětí NNPH, tj. kolem 9000 dětí. Ve světě je to celkově 16 % dětí NNPH. Extrémně nezralé děti jsou rozené mezi 24.- 28. týdnem těhotenství, z nichž přežije 70 %, 40 % z nich bude mít vážnější problémy v životě. Mezi 28.- 32. přežívá 90 % dětí a 15 % má následky. Po 32. týdnu má jen 5 % dětí zdravotní problémy (Chvilová Weberová, M., 2009).

Nezralé dítě nutně nemusí být nemocné. Pro nezralé tkáně a orgány je náročné udržení stability organismu. Velmi podstatná je nezralost imunity, tím její zranitelnost, a proto je nezbytně nutné dodržování přísných hygienických podmínek na oddělení.

Schopnost kojení nezralého dítěte závisí na vyzrálosti a koordinaci reflexů - sání, polykání a dýchání. Ta je přítomna od 32.- 35. týdne (Chvilová Weberová, M., 2009).

Z důvodu odkládání mateřství do pozdějšího věku, léčby neplodnosti, asistované reprodukce je v současné době větší výskyt dvojčat. Nejméně polovina dvojčat se rodí před 37. týdnem těhotenství. Důvodem porodu nebývají zdravotní problémy matky, ale nedostatek místa v děloze matky. Proto jsou předčasně narozená dvojčata zdravější a lépe připravená do života (Rulíková-Vítková, K., 2011).

Péče o předčasně narozeného novorozence spočívá v jeho uložení do inkubátoru, monitorování FF, zavedení parenterální výživy. Další péče a léčba je závislá na gestačním stáří a zralosti dítěte a na přidružených vadách a onemocněních.

2.2.2 Přechodná tachypnoe

Přechodná tachypnoe se vyskytuje u dětí donošených i nedonošených. Příčinou je delší doba očištění plic od plicní tekutiny po porodu. Na RTG se jeví obraz vlhké plíce. Důvodem přetrvávání plicní tekutiny může být nitroděložní nebo porodní asfyxie, porucha zahájení dýchání, nedostatečná mechanická podpora eliminace plicní tekutiny při překotném porodu či císařském řezu, porucha vstřebávání plicní tekutiny. Stav se většinou upraví do 1 - 3 dnů (Fendrychová, J., 2007).

Tyto děti jsou uloženy do inkubátoru a monitorují se FF. Podle potřeby - dechové frekvence a saturace, se aplikuje kyslík, někdy je nutná dechová podpora (n-CPAP nebo umělá plicní ventilace).

2.2.3 Syndrom respirační tísně

Syndrom respirační tísně (RDS) se týká zejména předčasně narozených dětí. Vzniká nezralostí plic a nedostatkem surfaktantu, který je v plicích v dostatečném množství většinou kolem 35. týdne těhotenství. Nedostatek surfaktantu způsobuje kolabování plicních alveol a tím dechovou tíseň. Projevuje se dyspnoí, tachypnoí, gruntingem - naříkání při výdechu. Může se objevit cyanóza (Fendrychová, J., 2009).

Díky lékům je možnost oddálení předčasného porodu. Matce se aplikuje před porodem opakovaná dávka kortikoidů, které stimulují alveoly k tvorbě surfaktantu, pak má novorozenec lepší prognózu.

Stejně jako u předešlé diagnózy jsou děti uloženy do inkubátoru a monitorují se FF. Dle potřeby je ordinována intratracheální aplikace surfaktantu, oxygenoterapie nebo ventilační podpora.

2.2.4 Infekce

Infekce v době těhotenství může být příčinou potratů, vrozených vývojových vad a mohou způsobit předčasný porod. Infekce novorozence negativně ovlivňuje nemocnost po porodu a patří mezi přední příčiny novorozenecké úmrtnosti. Příčinou zvýšeného počtu infekcí u těhotných a u novorozenců je dáno fyziologickou imunodeficiencí v tomto období. Projevy infekce u novorozence jsou dány množstvím a virulencí infekčního agens a aktuálním stavem organismu. Hypoxie plodu a jeho nezralost riziko zhoršují.

Infekce novorozence dělíme:

- prenatalní (přenos infekce od matky)
- intranatalní (přenos během porodu porodními cestami)
- postnatalní (časné do 72 hodin po porodu a pozdní nozokomiální)

Prenatalní infekce mohou způsobit různé vývojové vady, vyvolat potrat nebo předčasný porod. Někdy mohou být i klinicky němé, s příznaky lehké virózy u matky. Infekce může být virového, bakteriálního či mykotického původu. Riziko pro novorozence po porodu je zejména pneumonie, meningitida či sepse. Pozdní infekce - nozokomiální jsou spojené s pobytem v nemocničních zařízeních. Vznikají při různých diagnostických či léčebných procesech, při nedodržení zásad asepse a sterility, zdrojem jsou zdravotníci pracovníci, pacienti, návštěvy. Nozokomiální infekce způsobují infekce dýchacích cest, pneumonie, infekce trávicího traktu, močových cest, meningitidy, kožní infekce, celkové sepse organismu (Fendrychová, J., 2007).

Příznaky pneumonie jsou jako u syndromu dechové tísně. Příznaky sepse jsou porucha termoregulace, tachypnoe, apnoe, apatie, netolerance stravy, chladná akra, mramorová nebo šedá kůže, bledost, ikterus, někdy mohou být křeče. Příznaky meningitidy jsou pronikavý pláč, citlivost na dotek, manipulaci, napjatá či vpadlá fontanela (Muntau, A. C., 2009).

O novorozence s příznaky infekce je pečováno v inkubátoru, monitorují se FF, má zavedenou parenterální výživu, pravidelně dostává antibiotika.

2.2.5 Hypoxie

Hypoxie je nedostatečné zásobování tkání a orgánů kyslíkem. Největší riziko nedostatku kyslíku je poškození nervových buněk v mozku. Při krátké hypoxii dochází k funkčním změnám, které organismus ještě dokáže kompenzovat, při těžké hypoxii může dojít k nevratnému poškození nervových buněk. Následkem je hypoxicko-ischemická encefalopatie (HIE).

Až 85 % hypoxie vzniká ještě před porodem. Týká se dětí lehce nedonošených i donošených. U těžce nezralých dětí velmi často z důvodu hypoxie dochází k intrakraniálnímu krvácení.

Akutní fázi HIE se dělí na 3 stupně:

- 1. stupeň: mírný otok, funkční změny bez zániku nervových buněk
Příznaky: hypotonie, spavost, ale i dráždivost a neklid. Úprava do 48hodin, prognóza dobrá, bez následků.
- 2. stupeň: lehký otok mozku, nenávratné poškození některých neuronů
Příznaky: hypotonie, apatie, hypertonie, křeče, termolabilita, poruchy dýchání, vědomí, bradykardie, hypotenze. Úprava pozvolná, mohou zůstat trvalé následky.
- 3. stupeň: těžký edém mozku, nenávratné poškození či zánik neuronů
Příznaky: hypotonie, porucha vědomí - koma, nevýbavnost základních reflexů, křeče, hypotenze, selhávání základních životních funkcí, závažné změny homeostázy. Úprava žádná nebo minimální, trvalé následky.

Terapie HIE je velmi rozmanitá, záleží na délce hypoxie, na stupni a rozsahu poškození, na celkovém stavu organismu, na dalších přidružených poruchách (Fendrychová, J., 2007).

Děti, které mají známky hypoxie, se uloží do inkubátoru nebo do vyhřevného lůžka a monitorují se jim FF. Co nejdříve po porodu se natočí amplitudové EEG. Někdy se novorozenec převáží z JIPu na specializované pracoviště, kde se provádí hypotermie. Tyto děti se nekrmí.

2.2.6 Vrozené vývojové vady

Vrozené vady (dále jen VV) vznikají změnou ontogenetického vývoje, jsou způsobené genetickými vlivy nebo vlivem vnějšího prostředí. Jednou z genetických příčin se pak vyskytují např. chromozomální aberace, které se projevují syndromy - Downův, Patauův, Edwardsův. Vlivy vnějšího prostředí jsou fyzikální, chemické a biologické povahy, které působí na matku v prvním trimestru těhotenství. Mezi biologické příčiny patří původci různých infekčních onemocnění. Mezi ně patří viry (cytomegalovirus, herpesviry, virus HIV), bakterie (způsobující syfilis, gonokoky, streptokoky - zejména *Str. agalactie*), prvek toxoplasma gondii, dále mykoplazmata, chlamydie, listerie a další.

Mezi VV patří různé atrézie, stenózy, hypoplazie, aplazie, které se mohou týkat všech soustav v organismu. (CNS - encefalokéla, meningokéla, srdeční s. - defekty srdečního septa, stenózy srdečních tepen, transpozice velkých tepen, dýchací s. - brániční kýla, atrézie choan, trávicí s. - atrézie jícnu, tenkého střeva, rekta a anu, omfalokéla, močová s. - renální ageneze, hydronefróza).

Závažnost VV je různá. Může se jednat jen o kosmetické vady nebo se naopak může jednat o vady neslučitelné se životem. Nové vědecké poznatky v medicíně, nové přístroje, nové diagnostické postupy, mezioborová spolupráce zejména s genetiky, jsou velmi přínosné a umožňují velký pokrok v diagnostice VV v prenatalním období a tím eliminovat narození dítěte s neslučitelnou VV.

V ČR je možné těhotenství ukončit z důvodu závažné VV do 24. týdne. Pokud se diagnostikuje VV, je pak přínosné, aby matka již v době těhotenství docházela na specializované pracoviště, a tam i porodila. Tím se sníží riziko ohrožení života novorozence po porodu a zaručí se kvalitní odborná poporodní péče. Jedná se např. o riziko předčasných porodů, některé srdeční vady, brániční kýly, atd. Přes dobrou prenatalní diagnostiku se nemusí vždy podařit všechny VV odhalit a novorozenec pak může být po porodu ohrožen na životě.

(http://www.wikiskripta.eu/index.php/Vrozen%C3%A9_v%C3%BDvojov%C3%A9_vady (7. 9. 2013, 15:05)).

Některé VV je přínosné řešit brzy po porodu. Jednou z diagnóz je např. rozštěp rtu. Operace brzy po porodu je doporučována na základě rychlejšího hojení v novorozeneckém věku. Dalším důležitým hlediskem je problematické krmení (nemožnost sání) a estetický efekt.

Dle výzkumu o incidenci vrozených vad v ČR z roku 1994 - 2010 vyplývá, že nedochází k významnému zvýšení počtu VV u novorozenců. Došlo ale ke snížení počtu VV neslučitelných se životem, čímž se snížila novorozenecká úmrtnost v ČR. Z výsledků výzkumu vybraných VV vyplývá, že došlo ke změně spektra VV a ke změně incidencí VV. Některé se snížily díky celorepublikové prenatalní diagnostice, některé zůstávají, některé vzrostly (Šípek, A., 2013).

Děti jsou ošetřované v inkubátoru nebo na výhřevném lůžku a monitorují se FF.

2.2.7 Novorozenec drogově závislé matky

Drogově závislá matka znamená nejen závažný společenský problém, ale především problém zdravotnický, neboť drogy v době těhotenství negativně působí na dítě, ovlivňují jeho vývoj a stav po porodu. Nejzávažnější pro novorozence je heroin a pervitin, na kterém je těhotná žena závislá. Těhotné matky závislé na drogách, bývají mladé, bez zaměstnání, bez partnera, bez bydlení, často se jedná o nesledovanou graviditu, provázenou pozitivitou hepatitidy B, C, syfilisem, HIV. Drogy mohou vyvolat potrat či předčasný porod, ale hlavně mají vliv na vývoj plodu – poškození orgánů nebo růstová intrauterinní retardace (IUGR) (<http://www.babyweb.cz/drogy-alkohol-v-tehotenstvi> (2. 9. 2013, 12:30)).

Alkohol požívaný v těhotenství způsobuje fetální alkoholový syndrom, který se projevuje vážným poškozením mozku a charakteristickými rysy v obličeji (krátké oční štěrbin, větší vzdálenost mezi očima, tupý nos, chybějící rýha mezi nosem a horním rtem), – dále mikrocefalie, nízká porodní hmotnost, nezralost, srdeční vady a jiné poškození vnitřních orgánů, mentální retardaci, snížené IQ (Velemínský, M., Žižková, B., 2008).

Novorozenec drogově závislé matky má vždy po porodu abstinenční syndrom, který se začne projevovat 48 - 72 hodin po porodu. Dítě je velmi neklidné, špatně spí, pláče, pláč je vysoko laděný, má zvýšený svalový tonus, zvýšený Moroův reflex, potí se, má ucpaný nos, zívá, kýchá, má zvýšenou teplotu, špatně saje, netoleruje stravu, má řídkou stolici. Po porodu se odebírá smolka novorozence na vyšetření na toxikologii. U dítěte se provádí Finnegan skóre a dle hodnoty se naordinuje opiátová tinktura nebo fenobarbital (Drobná, H., Čihař, M., 2009).

3 Kojení

3.1 Význam a výhody kojení

Tato kapitola je zaměřená na význam a výhody kojení, což je ten nejlepší a nejpřirozenější způsob výživy novorozence. Mateřské mléko je nenahraditelné - je sterilní, má optimální teplotu, je vždy k dispozici. Má velký význam v obraně proti infekcím, snižuje počet infekcí trávicího traktu, dýchacích cest a zánětů středního ucha. Kojené dítě je více chráněno před vznikem potravinových alergií, před respiračními a kožními projevy alergií. Správný a zdravý vývoj živého organismu je podmíněn správnou a zdravou výživou, musí obsahovat všechny složky výživy a zároveň nesmí přetěžovat trávicí ústrojí. Mateřské mléko obsahuje méně bílkovin než kravské mléko, a tím je snížena zátěž pro ledviny. Byl prokázán nižší výskyt syndromu náhlého úmrtí u kojenců. Další výhodnou mateřského mléka je snížení výskytu obezity u dětí v pozdějším věku (Fendrychová, J., 2009).

Výskyt obezity v dětském věku má v ČR v posledních letech stoupající tendenci. Jedním z faktorů podílejícím se na jejím vzniku je způsob výživy v kojeneckém věku. U kojených dětí je průměrný výskyt nadváhy 2,8 %, u nekojených 4,5 %. Příčinou je pravděpodobně obsah hormonů a mikronutričních prvků v MM. Nekožené děti mají vyšší hladinu inzulínu v krvi, podporuje rozvoj tukových buněk. V MM jsou přítomné látky, které naopak zamezují rozvoji tukových buněk (Nováková, D., 2009).

Kojení není přínosné jen pro dítě, ale i pro matku. Dle studie jsou kojící matky odolnější vůči stresu, jsou pozitivnější, méně úzkostnější, mají méně často deprese. Kojení zvyšuje u matek vrozenou i specifickou účinnost imunitní reakce, čímž jsou matky odolnější vůči nemocem a lépe pak zvládají péči o dítě. Podstatné jsou i ekonomické a ekologické výhody (Mydlilová, A., 2009).

Jednou z dalších výhod kojení je, že se mezi matkou a dítětem vytváří silné citové pouto, které je velmi důležité pro další psychický a sociální vývoj dítěte.

Kojení pomáhá zastavit krvácení matky po porodu (vlivem oxytocinu). Pro správný průběh spuštění laktace je důležité první přiložení, pokud je to možné ještě na porodním sále, dále společný pokoj matky s novorozencem - systém roaming - in, správná technika a přikládání k prsu dle potřeb novorozence. Dítě by nemělo být v porodnici krmeno ničím jiným než vlastním MM. Nedostatek MM po porodu je přechodný fyziologický stav, který nemůže dítěti ničím ublížit (Fendrychová, J., 2009).

Součástí preventivních programů ve zdravotnictví nejen v naší společnosti je podpora kojení, které má pozitivní vliv na zdraví dítěte i matky. Nízký počet kojených dětí nebo časné ukončení kojení mají naopak negativní dopad na zdraví dítěte a žen, na společnost i prostředí. Výsledkem jsou vyšší výdaje za péči ve zdravotnictví (Mydlilová, A., 2011).

Úkolem zdravotníků nejen v prenatální péči, ale i v porodnici je dostatečná edukace o přípravě na kojení a jeho důležitosti, o správné technice přikládání a poloze při kojení, o péči o prsa a o skladování MM. Důležitá je podpora ohledně kojení nejen zdravotníků, ale i rodiny. Matka má často strach ze svého selhání, z neschopnosti kojení, z nedostatku MM, z nešikovnosti péče o své dítě. Proto by měla mít pomoc, podporu a povzbuzování i rodiny.

Dle studie ohledně vlivu některých faktorů na počet kojených dětí vyplývá, že je potřeba se zaměřit na rizikové faktory podpory kojení: nízký věk a nízké vzdělání matky, vícečetné těhotenství, porod císařským řezem, děti narozené po IVF, s nízkou porodní hmotností, děti s vrozenou vývojovou vadou, příliš krátká či příliš dlouhá hospitalizace (Mydlilová, A., Vignerová, J., Šípek, A., 2009).

3.2 Příprava na kojení

V této kapitole se věnuji přípravě na kojení, která by měla začít již v době těhotenství. Protože během těhotenství probíhá v těle i na těle matky mnoho změn, které se dotýkají fyzické i psychické stránky ženy. Začátek těhotenství mohou u ženy provázet nepříjemné pocity: ranní nevolnost, zvracení, časté močení, malátnost, mdloby, únava. Některé ženy mívají neobvyklé chutě. Po 3 měsících by měly tyto příznaky odeznít. Pro matku, kojení a zdravý vývoj dítěte je důležité věnovat pozornost zdravé stravě, aktivitě a odpočinku, vyvarovat se škodlivým vlivům - kouření, alkoholu, lékům a stresům. Užívání léků by mělo být vždy konzultováno s lékařem, protože by mohly mít špatný vliv na růst a vývoj plodu. Strava by měla být rozložena do menších dávek víckrát denně, obsahovat optimální rozložení jednotlivých složek výživy - cukrů, tuků, bílkovin, vitamínů a minerálů. Těhotná by měla dbát na dostatečné množství ovoce a zeleniny a dostatek tekutin. Měla by se vyhýbat přeslazeným nápojům, snížit množství kávy a čaje. Matky by měly věnovat čas klidnějším aktivitám, relaxačnímu cvičení, měly by si dopřát i dostatek odpočinku a spánku.

Pozornost by měla být věnována nejen péči o tělo, ale i prsům, přípravě na kojení. Prsa se během těhotenství zvětší, doporučuje se nosit podprsenka, která poskytuje dostatečnou

podporu, ale i prostor pro zrychlený růst prsů v těhotenství. Bradavky se s pokračujícím těhotenstvím změkčují, jemná masáž je zvláčňuje, připravuje na kojení. V poslední třetině těhotenství se již začíná tvořit kolostrum - mlezivo (Mackonochie, A., 2009).

Některé ženy mají problém s plochými nebo vpáčenými bradavkami, což může být překážkou při kojení, zejména u předčasně narozených dětí. Řešením je používání formovačů bradavek od 36. týdne těhotenství. Někdy formovače nepomůžou, pak je možné při kojení používat silikonové kloboučky. Ty se používají i u matek s velkými prsy, kdy dítě nemůže pořádně uchopit bradavku (Stollowsky, L., 2008).

Podle doporučení Laktační ligy se používají silikonové kloboučky u vpáčených a plochých bradavek, ale měly by být posledním řešením, kdy se dítě nenaučilo uchopit bradavku. Na klobouček si dítě snadno zvykne, kazí techniku sání jako dudlík. Snižuje množství mléka, které dítě vypije, snižuje tvorbu mateřského mléka. Přesto je lepší kojit přes klobouček než nekojit vůbec. Jsou vyrobeny z průhledného silikonu, ve dvou velikostech - S a L (Mydlilová, A., 2006).

3.3 Technika kojení, polohy při kojení

Tato kapitola se zabývá technikou kojení a polohami při kojení. Aby bylo kojení efektivní, je potřeba dobrý zdravotní stav matky i dítěte, klidné prostředí, pohodlná poloha matky (vsedě v křesle nebo vleže na lůžku), vhodná poloha dítěte a správná technika přiložení a sání. Dítě přikládáme k prsu, ne prso k dítěti. Matka sedí vždy pohodlně, opřená, aby jí nebolela záda, má podložené nohy. Výhodou je kojící polštář na klíně. Prs přidržuje volnou rukou zespodu, tak, aby prsty nepřekážely na bradavce.

- Nejvhodnější polohou vsedě je poloha tanečnicka, při které si matka přitulí dítě co nejbližší k sobě předloktím, rukou přidržuje hlavičku dítěte v úrovni uší, proti bradavce. Poloha tanečnicka se doporučuje pro nedonošené děti a děti, které se špatně přisávají. Matka může vystřídat prsa, aniž by změnila polohu dítěte.
- Po císařském řezu a pro matky s velkými prsy je vhodné fotbalové držení. Matka si předloktím dítě přitulí ke svému boku, rukou přidržuje hlavičku u prsu. Dítě tak neleží na břiše matky.

- Při poloze vzpřímené je matka i dítě vsedě. Tato poloha je vhodná pro větší děti a pro děti s rozštěpem patra.
- Je možné kojit vleže, kdy matka s dítětem je na boku proti sobě nebo matka leží na zádech a dítě má položené na sobě.
- Zvláštností je kojení dvojčat - stereo, děti se přikládají k oběma prsům současně ve fotbalové poloze (Fendrychová, J., 2007).

Negativní vliv na kojení má nesprávná technika přiložení, z toho vzniklé ragády, nalitá prsa, tím je snižena tvorba mléka. Výsledkem je pak nespokojené a neprospívající dítě a neklidná, nervózní matka.

Správná technika sání spočívá v tom, že dítě musí široce otevřít ústa, rty ohrnout ven, uchopit bradavku i s dvorcem, jazyk zformovat kolem bradavky a dvorce. Dásně stlačují dvorec a bradavka se protahuje k zadní části dutiny ústní. Ústa dítěte se kolem dokola dotýkají prsu. Špičkou nosu si prs samo odtlačí a může volně dýchat. Nedotýká se čelem. Sáním se mléko posunuje směrem k bradavce a pohybem jazyka se vyprazdňují mléčné kanálky, mléko dítě polyká. Jak účinně dítě saje, se pozná podle spodní čelisti. Pohyb čelisti je pomalý, dlouhý, je slyšet polykání. Dítě by nemělo mlaskat, mít propadlé tváře, sát krátce, naopak by mělo být klidné a uvolněné. Je potřeba hlídat správnou polohu dítěte, aby mohlo dobře dýchat. Kojení nesmí matku nikdy bolet. Důvodem bolestivosti je špatné přiložení, kdy má dítě v ústech jen bradavku. Tím hrozí riziko poranění bradavky - vznik bolavé ragády (Fendrychová, J., 2007).

Nedonošené děti často dávají jazyk nahoru k hornímu patru a nemůžou pak sát. Je potřeba otevřít ústa, oddálit dolní čelist a zkontrolovat, aby jazyk nezůstal přilepen k hornímu patru. U dětí, které se špatně přisávají, se používá orofaciální stimulaci. Je to zejména u velmi nezralých novorozenců, kde jsou reflexy špatně vyvinuté a potlačené dlouhodobým nepoužíváním úst.

Některé děti - a to donošené i nedonošené, bývají spavější, nepocítují hlad, musí se na kojení budít, usínají při kojení. Spavé často bývají děti v období novorozenecké žloutenky. Je potřeba je rozbalit, aby jim nebylo teplo, vzbudit je, stimulovat je na dolní čelisti, na uchu, na zátylku nebo na noze (Dokoupilová, M., 2009).

3.4 Odstříkávání mateřského mléka

Následující kapitolu věnuji odstříkávání mateřského mléka. Je-li dítě přijato na JIP a jeho zdravotní stav neumožňuje, aby matka mohla po porodu pravidelně přikládat své dítě k prsu ke kojení, je potřeba podpořit laktaci pravidelným odstříkáváním MM. MM je vždy na prvním místě volby výživy po porodu nejen předčasně narozených, ale i donošených a nemocných dětí.

Odstříkávání není jako kojení, je to náhradní způsob podpory laktace. Matka by měla být v klidném prostředí, nikým nerušena, pohodlně sedět v křesle, myslet na své dítě. Odstříkávání by se mělo zahájit co nejdříve, jakmile to dovolí zdravotní stav matky. Z počátku může pomoci sestra. Před odstříkáváním se doporučuje teplá sprcha nebo teplý obklad. Odstříká se každé tři hodiny. Matka by měla být edukována o důležitosti MM, zejména kolostra, o správné technice odstříkávání a o správném skladování MM. Začíná se většinou ručním odstříkáváním, které má co nejvíce napodobit přirozené sání dítěte. Je potřeba vždy zachovávat čistotu rukou, ruce dezinfikovat a dodržovat dostatečnou hygienu a správnou péči o prsa, používat sterilní nádoby na MM. Před odstříkáváním se doporučuje nahřát prsa a provést jemnou masáž prsou. Odstříkávat se musí s citem, pro matku to nesmí být bolestivé, prsty - palec a ukazovák se musí dávat do tvaru C na okraj dvorce a kůže, celý prs přitisknout k hrudníku, rytmicky stlačovat prs, až odkapává mléko. Musí se odstříkávat z obou prsů, prsa po odstříkání musí být uvolněná, měkká.

V prvních 14-ti dnech se doporučuje odsávat často, i 8 - 10x krát denně, cílem je stimulace prolaktinu v době, kdy je tělo matky připraveno tvořit velké množství mléka. Na začátku je jen pár kapek mléka, ale množství se postupně navyšuje. Jak rychle a jaké množství, je individuální. Odsávat se má 10 - 15 minut, ne déle než 30 minut. Pro zvýšení tvorby mléka vždy pomáhá kontakt s dítětem, matka by proto měla navštěvovat své dítě na JIPu, mít možnost si ho alespoň pohladit. Pokud to zdravotní stav dítěte umožní, je velkou výhodou odstranit klokánkování, kontakt kůže na kůži, kdy je dítě na matčině hrudi. Negativní vliv na tvorbu mléka má bolest, únava a stres (Mydlilová, A., 2005).

Klokánkování je pro vztah matky a zejména předčasně narozeného dítěte velmi důležité. Děti na matčině hrudi mají vyrovnanější srdeční akci, tlak, nezapomínají dýchat, lépe udrží teplotu. Díky klokánkování se matce i významně stimuluje tvorba mléka (Chvílová Weberová, M., 2009).

Mezi 2.- 5. dnem po porodu, mohou prsy být napjaté, teplé, bolestivé, může být lehce zvýšená teplota. Pak se doporučuje před odstříkáváním prsa nahřát, promasírovat krouživými pohyby, může se použít olej pro masáže prsů. Po odstříkání aplikovat studené obklady, obklady s tvarohem. Odstříkávat se musí stále v pravidelných intervalech, jinak by se mléko hromadilo v žláze, a tím vzniká velké riziko mastitidy - zánětu mléčné žlázy. Zánět je provázen bolestí, tvrdnutím prsou, třesavkou, horečkou, schváceností. Jediná možnost pomoci - mléko se musí odstříkat a lékař naordinuje antibiotika (Dokoupilová, M., 2009).

Správnou péčí o prsa předchází matka poranění bradavek a kontaminaci mléka. Není dobré používání mýdla, které vysušuje jemnou citlivou kůži a bradavku. Po umytí je dobré omytí vlastním mlékem, protože mléko bradavku zvláčňuje a hojí případné ragády. Je možné používat masti určené na suchou kůži a bradavky. Vložky do podprsenek se musí z hygienických důvodů často měnit.

Jakmile se začne tvořit více mléka, může se používat odsávačku - ruční nebo elektrická. Z počátku se elektrická odsávačka nedoporučuje z důvodu rizika zhmoždění tkáně a následného zánětu. Dodržování čistoty rukou a sterilita nádob jsou samozřejmé. Odsávačky vyrábí různé firmy, někde je možnost si je zapůjčit na oddělení. Výhodné jsou některé typy elektrické odsávačky, které odsávají obě prsa najednou.

Nástup laktace se může dále podpořit bylinnými čaji, homeopatiky, dostatkem tekutin, správnou výživou a dostatečným spánkem. Nezbytná je psychická podpora matky lékaři a sestrami.

Je-li zdravotní stav matky po porodu dobrý, je propuštěna domů. Je potřeba, aby byla edukována o odstříkávání MM v domácím prostředí, o dodržování pravidelných intervalů odstříkávání MM, o zásadách skladování MM v chladu a dodržování čistoty a hygieny při odstříkávání MM. Sterilní lahvičky matka dostává na oddělení. Každá lahvička musí být označena jménem, datem a časem odstříkání. Může být slito více dávek odstříkaného MM dohromady. Interval odstříkávání zůstává - po 3 hodinách, skladování do lednice nebo do mrazáku. Na převoz MM do nemocnice by měla být použita termotaška, zejména v létě nebo trvá-li cestování do nemocnice déle. Mléko přinesené z domova se v některých porodnicích pasterizuje.

V roce 2003 byla provedena v Japonsku studie, zda je výhodnější ruční odstříkávání či použití elektrické odsávačky během prvních 48 hodin po porodu. Jednalo se o výzkum

u matek, jejichž děti byly přijaté na JIP, většina byla po císařském řezu. Studie ukázala výhodnější ruční odstříkávání, avšak pro matky, které pociťovaly bolest při ručním odstříkávání, byla lepší elektrická odsávačka (Ohyama, M., Watabe, H., Hayasaka, Y., 2010).

3.5 Skladování mateřského mléka

S odstříkáváním mateřského mléka souvisí jeho skladování. Mléko se musí uložit do lednice při teplotě +4 °C. Takto uložené mléko lze použít 24 hodin. Mléko je možné zamrazit, při teplotě -18 °C, použitelnost je pak 3 měsíce. Jednou rozmražené mléko se nesmí znovu zamrazit, proto se doporučuje mrazit menší dávky. Totéž platí u ohřátého mléka, nesmí se znovu ohřívat a podávat dítěti. Manipulací s MM, skladováním, mražením se ničí část živých buněk, pasterizací i některé enzymy a protilátky (Fendrychová, J., 2009).

Byla provedená studie, jejímž cílem bylo poskytnout doporučení o delší době skladování mléka. Závěrem je, že změny během skladování v MM jsou minimální, nedošlo k významnému růstu množství bakterií, integrita MM je zachována, MM lze tedy skladovat až 96 hodin. Během této doby sice dochází k poklesu leukocytů, ale zůstává jich stále větší množství než po pasterizaci a zmražení MM (Slutzah, 2010).

Na některých novorozeneckých odděleních se provádí pasterizace mléka. Pasterizace je proces, kdy mléko zbavujeme choroboplodných zárodků. Provádí se v pasterizátoru, při teplotě 62,5 °C po dobu 30 minut. Po pasterizaci se mléko prudce zchladí a uloží do lednice či mrazáku. Po zchlazení se může mléko poslat na bakteriologické vyšetření (Fendrychová, J., 2009).

3.6 Kojení na JIPu

V této kapitole zmiňuji možnosti kojení na JIPu. S příkládáním a kojením se začíná, jakmile to umožní zdravotní stav dítěte. U donošeného dítěte problém s přiložením a kojením většinou nebývá. Dítě má dobře vyvinutý sací reflex, nebývají problémy ani s koordinací sání, polykání, dýchání.

U nedonošených, nezralých dětí se musí začínat pomalu, pozvolna. Je potřeba se obrnit trpělivostí, mít radost z úspěchu a být připraven i na nezdary. Předčasně narozené dítě na to má nárok, potřebuje svůj čas. Je pro něho těžké zvládat koordinaci dýchání, sání a polykání.

Tato koordinace dozrává kolem 33. týdne a je velmi individuální. Z počátku se dítě jen přiloží a zkouší se, jak dítě reaguje, jak zvládá dýchání, zda se umí přisát (Dokoupilová, M., 2009).

Kojení je pro nezralé nebo patologické novorozence fyzicky náročné, neboť se snadno vyčerpá.

3.6.1 Alternativní metody krmení na JIPu

V následující kapitole popisují alternativní způsoby krmení. Děti přijaté na JIP nemohou být po narození přiložené ke kojení, volí se náhradní způsob krmení. Časné krmení MM je důležité, neboť stimuluje trávicí trakt, pomáhá vyloučení smolky, pomáhá nastartování funkce trávicí soustavy a střevních enzymů. Krmení a jeho způsob na JIPu se volí vždy dle diagnózy a aktuálního zdravotního stavu dítěte. Jiný způsob krmení bude u předčasně narozeného dítěte, které nemá dostatečně vyvinutý sací reflex, jiný u donošeného dítěte s infekcí či u dítěte s rozštěpovou vadou (Dokoupilová, M., 2009).

Podávání malého množství kolostra do úst u předčasně narozených dětí má imunostimulační účinky a tím chrání novorozence před infekcí i před nozokomiální nákazou. Dlouhodobé nekrmení novorozenců způsobuje atrofii střevní sliznice, zvyšuje riziko netolerance MM, zvyšuje riziko zánětu střev a vzniku NEC (nekrotizující enterokolitida), zvyšuje riziko nozokomiálních nákaz (Mydlilová, A., 2012).

Ke krmení novorozenců po porodu na JIPu se používá MM. Po porodu, kdy matka ještě nemá vlastní MM nebo nemá-li dostatek mléka pro své dítě, podáváme cizí MM. Je to mléko od matek, které mají nadbytek MM. Mléko se vždy pasterizuje a bakteriologicky vyšetřuje. Jakmile se matce začne tvořit mléko, je dítěti podáváno vlastní MM.

Nikdy by se nemělo začít krmit z lahve, protože sání z lahve je mnohem jednodušší, dítě si na to snadno zvykne a začne jej upřednostňovat.

Mezi alternativní způsoby krmení novorozenců na JIPu patří:

- Krmení sondou - je velmi časté u předčasně narozených, nezralých novorozenců nebo i donošených, kteří mají problém s koordinací dýchání, sání a polykání. Používáme cévky určené pro novorozence, cévka se zavádí skrz nos či ústa. Cévkou se fixuje stripem, vždy před podáním mléka je potřeba zkontrolovat správnost umístění v žaludku. Tím se kontroluje i množství zbytků, kontrola, jak dítě tráví.

- Krmení stříkačkou - se používá u dětí, které nemají dýchací obtíže nebo u malých dávek na začátku krmení. Mléko nesmí jen stékat, dítě by mělo zvládat polykání, eventuálně i sání. Mléko si může samo i vypít ze stříkačky.
- Krmení z kádinky - je možné i u dětí nezralých, u dětí s poruchou sacího reflexu. Vyžaduje více času, zručnost a spolupráci dítěte - vysunutí jazyka a jeho stočením do kornoutku.
- Krmení ze suplementoru - se využívá na podporu laktace u donošených dětí, které dobře sají, ale matka má nedostatek MM. Dítě saje z prsu, zároveň pije mléko cévkou ze suplementoru.
- Krmení Habermanem - je pro některé děti s rozštěpovými vadami. Speciální savička má delší kónus, brání aspiraci mléka. Je vhodná i pro nedonošené děti a děti s nedostatečně vyvinutým sacím reflexem.

3.6.2 Kojení na nedonošeneckém oddělení

Jakmile to zdravotní stav dítěte umožní - dítě má stabilní FF, zejména dýchání, je bez infúze, má váhu kolem 1600 g, prospívá, nevyžaduje jinou péči na JIPu, je přesunuto na intermediární oddělení, na společný pokoj s matkou. Z hlediska podpory kojení je to velmi přínosné. Matka je společně s dítětem, v klidnějším prostředí - bez hluku a zvuků přístrojů, mají větší pohodlí - ideální podmínky na podporu laktace. Sestry na oddělení zaučují matky v celodenní péči o své dítě, povzbuzují matky, podporují a pomáhají při kojení. Děti se krmí - příkládají v pravidelných intervalech podle schopností dítěte. Úspěšnost příkládání a kojení je individuální. Matka musí chtít kojít, podporovat tvorbu dostatečného množství MM a naučit se správnou techniku přiložení k prsu a kojení. Dobře krmené a zdravé dítě je spokojené a pravidelně přibývá na váze. Na oddělení je snaha o plné kojení, avšak někdy se to podaří až doma. Důležité je, aby se laktace nejen zahájila, ale pak i udržela.

Matky - dárkyně, které mají nadbytečné množství MM, jsou na oddělení vítané. Jejich MM se využívá na krmení dětí na JIPu, zejména u nedonošených dětí a dětí bezprostředně po porodu. Matka, která je dárkyní mateřského mléka, musí být zdravá, nesmí kouřit a brát léky. Pokud má naordinované nějaké léky, musí se poradit s lékařem. MM dárkyň se vždy pasterizuje a musí se nechat bakteriologicky vyšetřit.

3.7 Laktační liga, laktační poradci

Tuto kapitolu věnuji Laktační lize a laktačním poradcům.

Laktační liga je občanské sdružení, které vzniklo v roce 1998 s cílem pomáhat všem matkám v péči o jejich děti. Je to nezávislá, nevýdělečná organizace, finanční prostředky jsou získávány z grantů, darů a vlastní činnosti. Členem se může stát kdokoli, laici i zdravotníci. Sídlí v Thomayerově nemocnici.

Laktační liga se zaměřuje na konzultaci a rady pro kojící ženy a zdravotníky, provozuje Národní laktační centrum s Národní linkou kojení, pořádá vzdělávací akce zaměřené na výživu a péči o novorozence, vychovává laktační poradce, vydává letáky a brožury, časopis Mamita, provozuje internetové stránky www.kojeni.cz a www.mamita.cz.

Laktační poradkyně nahrazují tradiční způsob předávání teoretických a praktických zkušeností s kojením. Pomáhá matce s kojením a buduje její sebedůvěru. Hlavní zásadou laktačních poradkyň je účinně se ptát a naslouchat, respektovat přání matky, nespěchat, poskytnout dostatek času při komunikaci, dávat doplňující otázky, radit, pomáhat a podporovat.

V některých porodnicích u nás jsou k dispozici laktační poradkyně. V Praze je to např. Ústav pro péči o matku a dítě. Laktační poradkyně jsou nápomocné matkám od prvních hodin po porodu, pravidelně je navštěvují a podporují, edukují matky i před porodem, vedou předporodní kurzy. U nezralých novorozenců zajišťují zprostředkování mléka od matky k dítěti v době, kdy matka nemůže vstávat z lůžka. Později pomáhají s příkládáním k prsu. Jsou velkou psychickou podporou pro matky a také rodinné příslušníky. Dále pomáhají matkám po propuštění domů z porodnice, poskytují poradenství pro širokou veřejnost. Účastní se seminářů a konferencí a vzdělávají ostatní zdravotníky a laické zájemce v oblasti kojení.

Podle autorů studie na Rush Univerzity v Chicagu, publikované ve Wiley Online Library v roce 2012, ohledně přínosu laktačních poradkyň na JIPu pro zdravotnický personál a matku vyplývá, že jejich role je velmi přínosná v podpoře a pomoci s laktací matek po porodu. Práce sester na novorozeneckém JIPu je vysoce specializovaná a časově náročná. Matky prožívají situace, které matky zdravých, donošených dětí neznají. Laktační poradci radí a pomáhají s

odstříkáváním MM, povzbuzují a dodávají matkám velkou psychickou podporu (Rossman, B., Engstrom, J. L., Meier, P. P., 2012).

3.8 Mléčná banka

Poslední kapitola patří mléčné bance, která má důležitou roli ve výživě novorozenců z hlediska nutričního, léčebného a preventivního. Mateřské mléko redukuje mortalitu a morbiditu kriticky nemocných a nedonošených novorozenců. Mléčné banky jsou součástí některých porodnic, zejména perinatologických center. V ČR je 13 mléčných bank, v Praze je v Ústavu pro péči o matku a dítě. Banka sbírá MM, které zpracuje, kontroluje jeho nezávadnost, skladuje a distribuuje do vlastního i jiného zdravotnického zařízení.

Mateřské mléko je důležité zejména u patologických novorozenců, u kterých se doporučuje začít s enterální výživou co nejdříve. Vždy by mělo být upřednostněno před umělým mlékem. Zvlášť důležité je MM pro nezralé novorozence.

Dárkyní se může stát každá matka, která má nadbytečné množství mateřského mléka, je zdravá, bez medikace, nekouří a je vyšetřena (HIV, hepatitida, syfilis, výtěry z krku a stolice, vyšetření moče). Každá banka má vypracovaný postup na manipulaci a skladování MM. Dárkyně jsou edukovány o dodržování čistoty rukou, hygieny těla, sterility používaných odsávaček a nádob na mléko a dále, jak mají mléko skladovat doma a pak přepravovat do banky. V bance se mléko pasterizuje při teplotě 62,5 °C po dobu 30 minut, zchladí se a ukládá do mrazáku při teplotě -20 °C po dobu 3 měsíců. Pasterizací se inaktivují viry a bakterie, ale zachovávají se imunoglobuliny, laktiferin a lysozym. Po pasterizaci se provádí odběr vzorku na bakteriologické vyšetření.

Banky MM a dárcovství by měly být zahrnuty do programu podpory zdraví (Mydlilová, A., 2000).

Výzkumná část

4 Výzkumný problém

Výzkumná část mé bakalářské práce je zaměřená na problematiku kojení na novorozeneckém JIPu. Jedná se o důležitost přípravy na kojení v těhotenství, o problematiku odstříkávání a skladování mateřského mléka, o péči o dítě a kojení na intermediárním oddělení. Výzkum se týká maminek, jejichž děti byly po porodu přijaté z různých důvodů na JIP. Tito novorozenci měli po porodu zdravotní potíže, byli oddělené od matek, tudíž nemohli být pravidelně přikládáni k prsu jako fyziologický novorozenec, který je na společném pokoji s matkou. Pravidelné přikládání k prsu je ten nejpřirozenější způsob spuštění laktace.

Převážná většina porodů a narození dětí je fyziologická, poporodní průběh a spuštění laktace probíhá bez komplikací. Přesto část novorozenců po porodu potřebuje péči lékařů a sester na novorozeneckém JIPu. To ale neznamená, že nebude možné je krmit vlastním mateřským mlékem, že nebude možné je později kojít. Včasnou edukací matek o pravidelném odstříkávání a maximální podporou sester a lékařů se kojení většinou podaří.

Zajímalo mě, jaká je skutečnost. Zda jsou matky edukované o důležitosti kojení již v těhotenství, zda jsou informované po porodu o odstříkávání mateřského mléka a jeho skladování. A také, jestli byly spokojené s možností hospitalizace na intermediárním oddělení, kde se naučily s pomocí sester o své dítě pečovat a krmit je nebo kojít. Hlavním cílem bylo zjistit, zda měly matky před propuštěním domů dostatek vlastního mateřského mléka.

Zajímalo mě také, kolik let maminkám bylo, v jakém týdnu porodily, zda byl porod spontánní či operační. Nedílnou součástí výzkumu byl i důvod přijetí na novorozenecký JIP, kolikátý to byl porod a jak dlouho byly děti hospitalizované.

V praxi se dnes setkáváme u pacientů s vyšší informovaností a zájmu o zdraví, u nás v porodnici se jedná o maminky. Proto mne také zajímalo, zda si zjišťovaly nějaké informace o kojení samy a od koho.

5 Cíle empirického šetření

Hlavní cíl:

Zjistit, kolik dětí přijatých po narození na JIP odchází domů plně krmeno mateřským mlékem.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 70 % matek má dostatek mateřského mléka pro své dítě.

Dílčí cíle:

Cíl - 1:

Zjistit, jestli jsou matky edukované v prenatální poradně ohledně přípravy na kojení.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 75 % matek je edukováno ohledně přípravy na kojení.

Cíl - 2:

Zjistit, zda byly matky edukované s odstříkáváním a uchováváním mateřského mléka po porodu v porodnici.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 80 % matek je edukováno ohledně odstříkávání a skladování mateřského mléka.

Cíl - 3:

Zjistit, zda matky byly spokojené s možností přijetí na intermediárním oddělení následně po hospitalizaci na JIPu.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 90 % matek je spokojených s možností přijetí na intermediární oddělení po hospitalizaci na JIPu.

6 Charakteristika výzkumného vzorku

Ke zpracování empirické části jsem zvolila kvantitativní výzkum, data jsem sbírala dotazníkovým šetřením. Cílovou skupinou byly maminky, jejichž děti byly po porodu hospitalizované na novorozeneckém JIPu. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou porodnicích v Praze, a to v Thomayerově nemocnici a v Ústavu pro péči o matku a dítě.

V prvních pěti otázkách se dotazuji matek na jejich věk, po kolikáté rodily, v jakém týdnu rodily, zda byl porod spontánní či operační a zda se jednalo o vícečetné těhotenství.

Otázka č. 1

Kolik Vám je let?

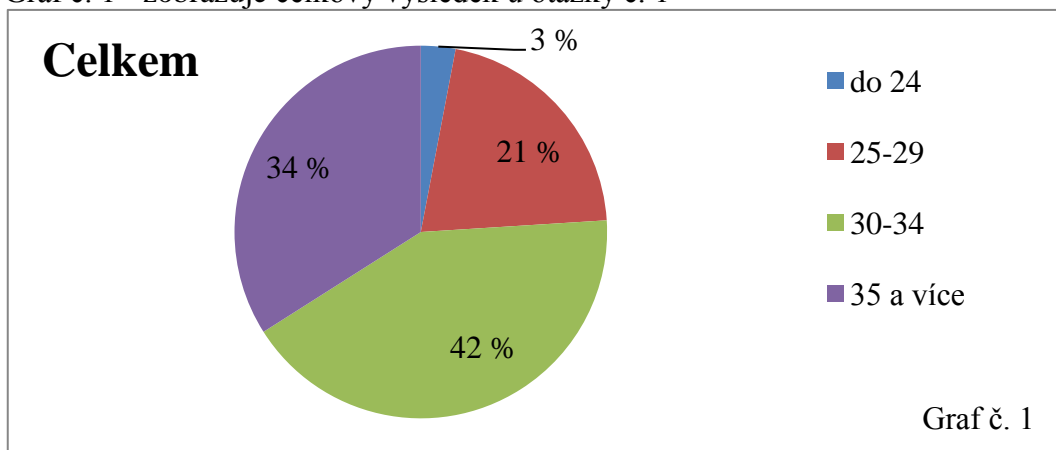
V první otázce se dotazuji na věk matky. Nejmladší matce bylo 20 let, nejstarší 43 let.

Pro grafické znázornění jsem věk matek rozdělila do 4 skupin - do 24let, 25 - 29, 30 -34, 35 a více. V celkovém hodnocení je nejpočetnější skupina ve věku 30 - 34 let. Poměrně malá skupina matek je s věkem do 24 let (3 matky). V TN převažovaly matky ve věku 30 - 34 (25 matek), ÚPMD to jsou matky nad 35 let (22 matek). Průměrný věk v TN je 32, v ÚPMD to je 34 let. Celkově je průměrný věk 33 let.

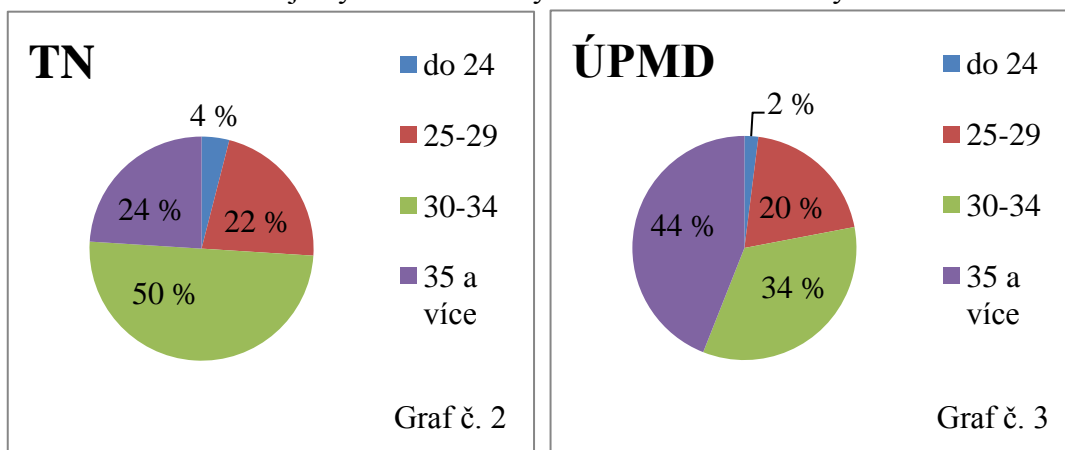
Tabulka č. 1

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
do 24	3	3,00 %	do 24	2	4,00 %	do 24	1	2,00 %
25-29	21	21,00 %	25-29	11	22,00 %	25-29	10	20,00 %
30-34	42	42,00 %	30-34	25	50,00 %	30-34	17	34,00 %
35 a více	34	34,00 %	35 a více	12	24,00 %	35 a více	22	44,00 %

Graf č. 1 - zobrazuje celkový výsledek u otázky č. 1



Graf č. 2 a 3 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 1



Otázka č. 2

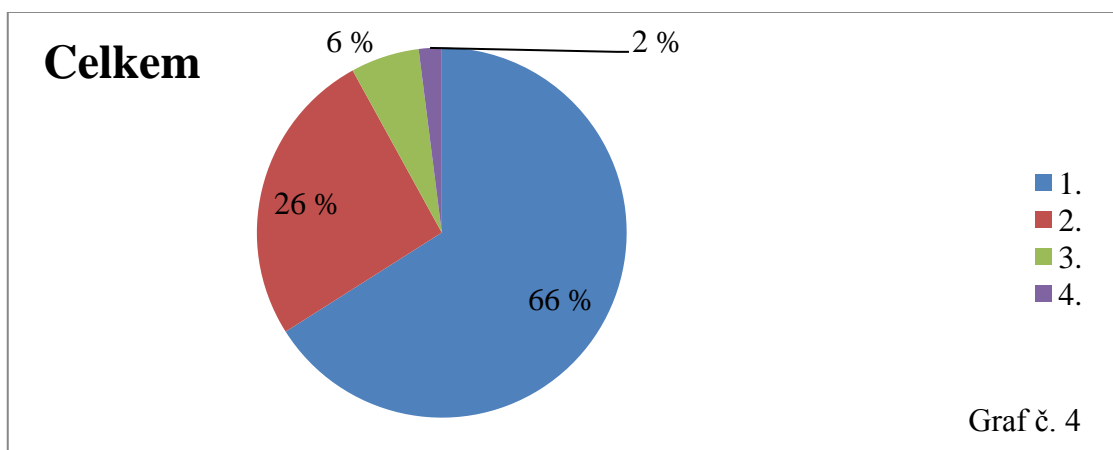
Kolikátý je toto porod?

V druhé otázce se dotazují matek, o kolikátý porod se jednalo. V celkovém počtu dotazovaných matek bylo nejvíce prvních porodů (66). Obě porodnice mají podobné výsledky, o něco více prvoroďiček bylo v TN (37). Shodná je klesající tendence druhých porodů (26), druhoroďiček bylo více v ÚPMD (16). Třetí porody byly v celkovém počtu 6 (TN 2, ÚPMD 4), čtvrté jen dva (v každé porodnici jeden).

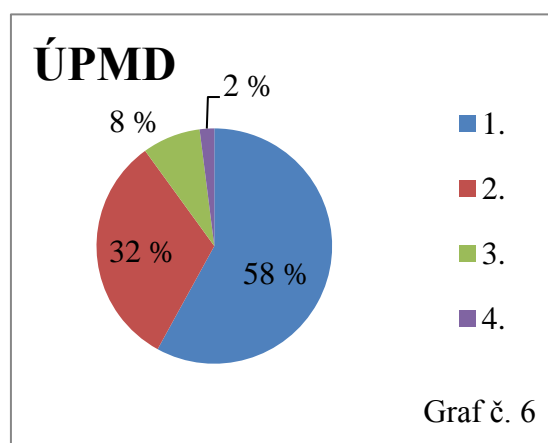
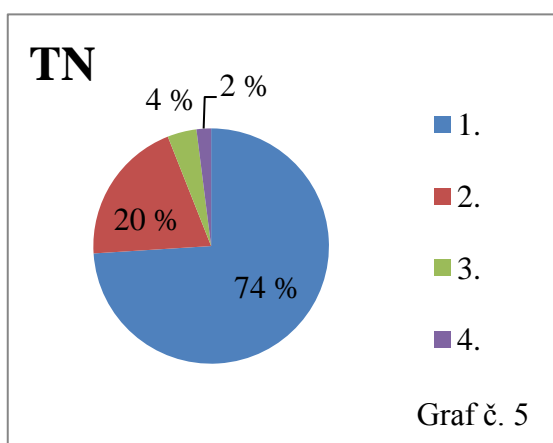
Tabulka č. 2

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
1.	66	66,00 %	1.	37	74,00 %	1.	29	58,00 %
2.	26	26,00 %	2.	10	20,00 %	2.	16	32,00 %
3.	6	6,00 %	3.	2	4,00 %	3.	4	8,00 %
4.	2	2,00 %	4.	1	2,00 %	4.	1	2,00 %

Graf č. 4 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 2



Graf č. 5 a 6 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 2



Otázka č. 3

Porod byl v týdnu

Třetí otázka se týkala, v jakém týdnu byl porod. Gestační týdny jsem rozdělila do 5 skupin. Do 28. týdne (extrémně nezralí), 28+1 - 32 (středně nezralí), 32+1 - 36 (nezralí), 36+1 - 40 (zralí, donošení) a 40+1. Nejnižší týden byl 23+5, nejvyšší 42+1.

Extrémně nezralých do 28. týdne bylo 8 a všichni jsou z ÚPMD. Tato porodnice patří mezi perinatologická centra III. stupně.

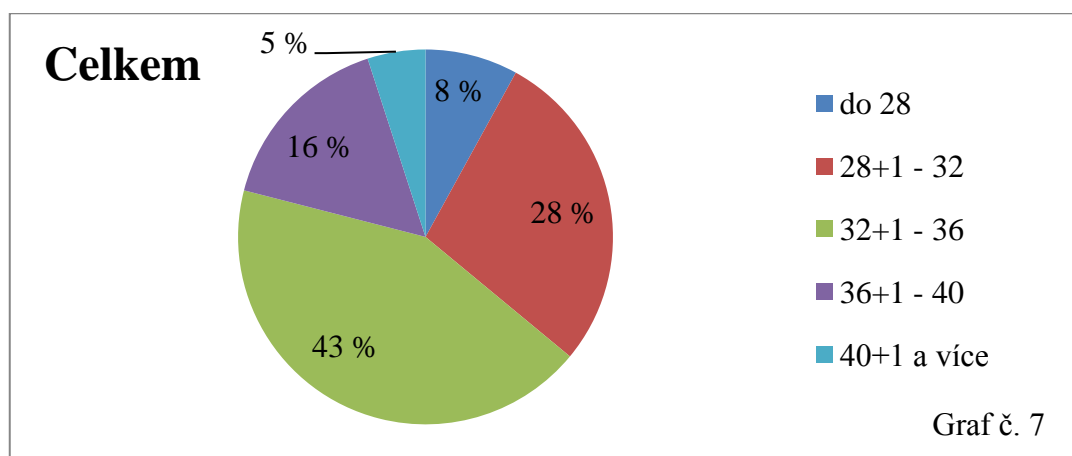
Další skupinou jsou středně nezralí (28+1 - 32), kde je počet relativně vyrovnaný, ikdyž stále převažuje počet v ÚPMD, (TN 12, ÚPMD 16). Skupina středně nezralých je celkově druhá největší. Počet nezralých novorozenců (32+1 - 36) mají obě porodnice téměř stejný, zde

bylo více v TN, (TN 23, ÚPMD 20). Tato skupina je celkově ze všech nejpočetnější. Donošených dětí přijatých na JIP bylo 16, více v TN (10). Nad 40. týden je jen 5 novorozenců, a to jen z TN.

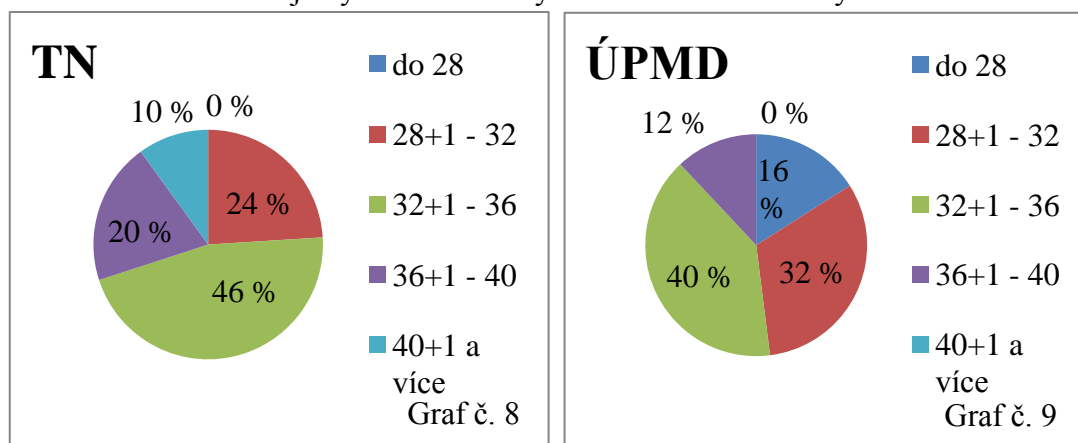
Tabulka č. 3

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
do 28	8	8,00 %	do 28	0	0,00 %	do 28	8	16,00 %
28+1 - 32	28	28,00 %	28+1 - 32	12	24,00 %	28+1 - 32	16	32,00 %
32+1 - 36	43	43,00 %	32+1 - 36	23	46,00 %	32+1 - 36	20	40,00 %
36+1 - 40	16	16,00 %	36+1 - 40	10	20,00 %	36+1 - 40	6	12,00 %
40+1 a více	5	5,00 %	40+1 a více	5	10,00 %	40+1 a více	0	0,00 %

Graf č. 7 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 3



Graf č. 8 a 9 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 3



Otázka č. 4

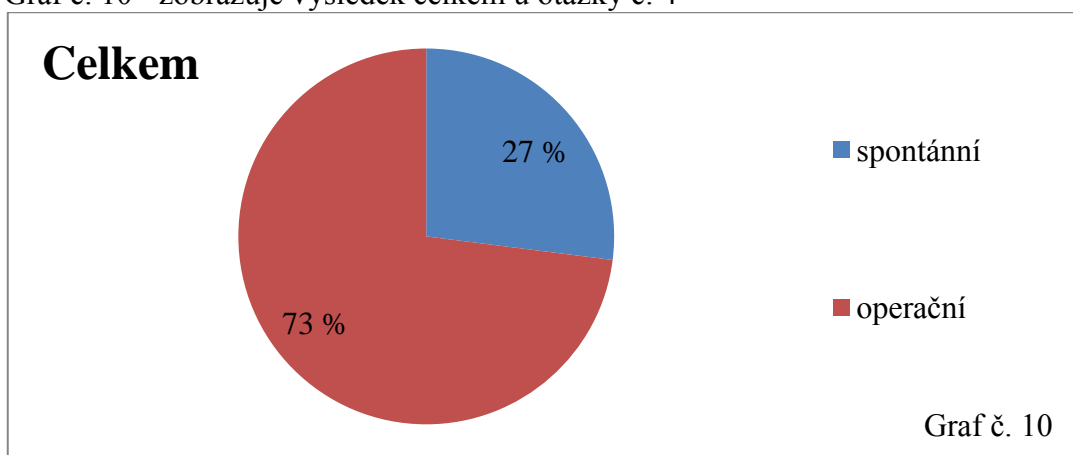
Porod byl

U otázky č. 4 mě zajímal způsob porodu. Zda spontánní či operační. Jednoznačně převažují operační porody. Operačních porodů bylo celkem 73, z toho více v ÚPMD (39). Operační porody souvisí s ohrožením života matky či dítěte.

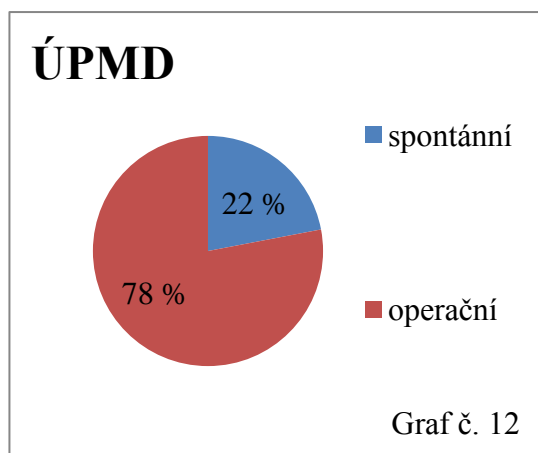
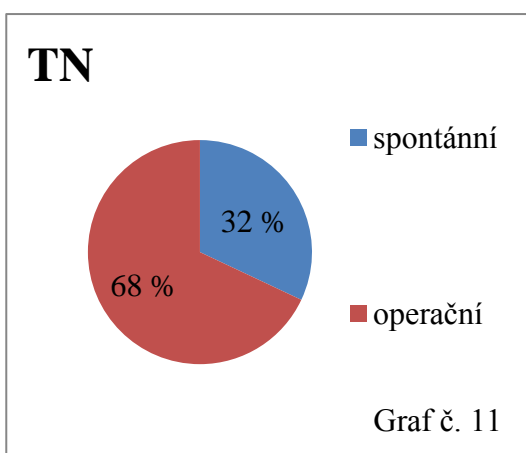
Tabulka č. 4

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
Spontánní	27	27,00 %	spontánní	16	32,00 %	spontánní	11	22,00 %
Operační	73	73,00 %	operační	34	68,00 %	operační	39	78,00 %

Graf č. 10 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 4



Graf č. 11 a 12 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 4



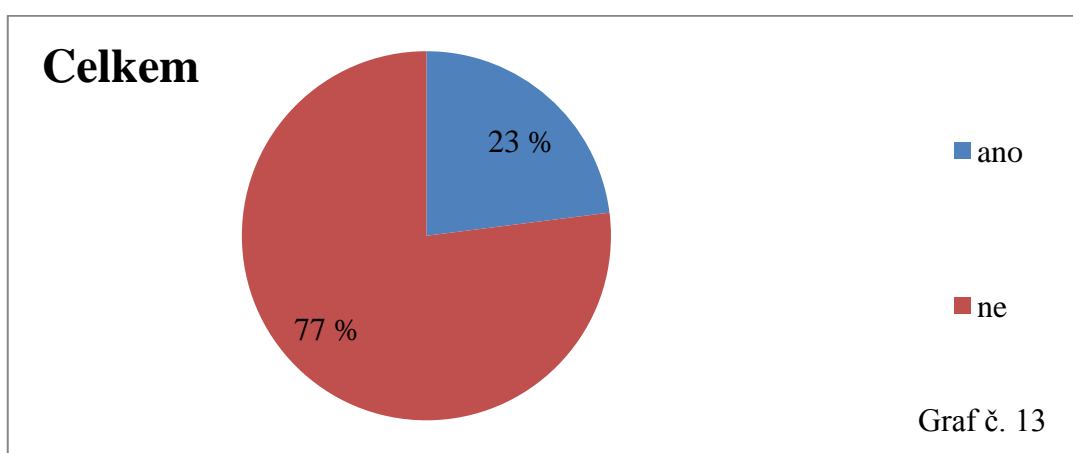
Otázka č. 5

Jednalo se o vícečetné těhotenství

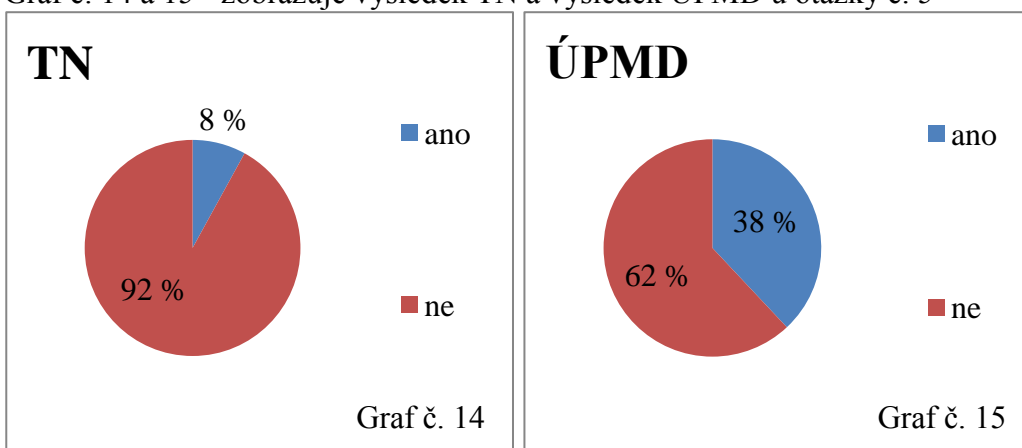
Tabulka č. 5

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ano	23	23,00 %	ano	4	8,00 %	ano	19	38,00 %
ne	77	77,00 %	ne	46	92,00 %	ne	31	62,00 %

Graf č. 13 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 5



Graf č. 14 a 15 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 5



Otázka č. 6, zda šlo o vícečetné těhotenství. Z celkového počtu porodů bylo 23 vícečetných porodů - dvojčat, z toho 19 v ÚPMD. U vícečetných těhotenství hrozí předčasné porody ve větší míře, tudíž je zde souvislost s otázkou o týdnu těhotenství.

7 Metodika empirického šetření

Výzkumnou metodou byl kvantitativní výzkum realizovaný dotazníkovým šetřením. Dotazníky byly anonymní a byly určeny pro matky, jejichž děti byly po porodu hospitalizované na JIPu.

Obecně jsou dotazníky rozšířenou a celkem oblíbenou technikou výzkumu. Obsahují soubor otázek, na které má dotazovaný odpovědět, otázky jsou na předem připraveném formuláři. Při vyplňování není potřeba přítomnost výzkumníka. Výhodou jsou jednoznačné formulace otázek a jednoduchost hromadného zpracování. Někdy však může dojít k nepochopení daných otázek. Součástí dotazníku mohou být identifikační údaje (věk, pohlaví, bydliště, vzdělání). Většinou jsou anonymní, ale mohou být i neanonymní, u kterých je pak potřeba souhlas dotazovaného s uveřejněním výsledků jeho dotazníku.

V záhlaví dotazníku vysvětluji matkám důvod pro vyplnění dotazníku, ujišťuji je o anonymitě a využití dat pouze pro vypracování své bakalářské práce.

Dotazník obsahuje 19 otázek. Využila jsem otázky uzavřené (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19), polootevřené (10, 12), výčtové (6, 12, 15), filtrační (10).

Nejdříve jsem si stanovila výzkumné cíle, 3 dílčí a 1 hlavní. Pak jsem sestavila s pomocí vedoucí bakalářské práce dotazník.

V prvních pěti otázkách zjišťuji kolik let je mamince, po kolikáté rodila, v jakém týdnu a zda byl porod spontánní nebo operační, zda se jedná o jedno dítě či vícečetné těhotenství.

Otázka č. 6 se ptá na důvod přijetí novorozence na JIP. Maminky měly možnost si vybrat z 5 odpovědí.

Sedmou otázkou zjišťuji délku pobytu dítěte v porodnici.

Osmá otázka se již vztahuje k prvnímu cíli - zda byly ženy v těhotenství edukované o kojení v prenatální poradně. V deváté a desáté otázce mě zajímalo, zda si maminky zjišťovaly nějaké informace samy a kde.

V otázce č. 11 se vztahuje k cíli č. 2, kdy zjišťuji, zda byly ženy informovány o odstříkávání a skladování mateřského mléka. K tomuto cíli se vztahuje také otázka č. 12, kterou zjišťuji, kdo ženy informoval.

Následující dvě otázky jsou o pomoci a podpoře ze strany zdravotníků, ale i otců dítěte. Neméně důležitý dotaz z hlediska podpory laktace je položen v otázce č. 15, týkající se častosti návštěv a kontaktu matky s dítětem na JIPu.

Otázky č. 16, 17, 18 vycházejí z třetího cíle, kde respondentky vyjadřují svoji spokojenost s intermediárním oddělením, zda se jim zlepšila laktace během pobytu na intermediárním oddělení a jakým způsobem mléko odstříkávaly.

Poslední otázka je stanovená na základě hlavního cíle, kdy matky odpovídají na dotaz, zda mají dostatek mateřského mléka pro své dítě při propuštění z porodnice.

8 Průběh empirického šetření

Po stanovení hlavního a dílčích cílů, vytvoření dotazníku jsem předala žádost o výzkum do dvou porodnic v Praze, a to v Thomayerově nemocnici a v Ústavu pro péči o matku a dítě. Po kladném vyřízení souhlasů s výzkumem v obou porodnicích, jsem oslovila dvě sestry na intermediárním oddělení v Thomayerově nemocnici a laktační poradkyni v Ústavu pro péči o matku a dítě s prosbou o spolupráci při distribuci dotazníků. Spolupráce byla výborná, všem zúčastněným sestrám patří velké poděkování. Dotazníky dostávaly matky před propuštěním, po vyplnění sestry zkontrolovaly, zda je vše vyplněné. Díky výborné spolupráci se vrátilo 100 % plně vyplněných dotazníků. Analýza se prováděla ze všech 100 dotazníků. V jednom dotazníku (ÚPMD) nemohla matka zodpovědět otázku č. 17 a 18, neboť se jí musela během hospitalizace zastavit laktace ze zdravotních důvodů.

Výzkumné šetření probíhalo v obou porodnicích v období červen - září 2013.

9 Zpracování empirického šetření

Pro vyhodnocení byly použity grafy programu Microsoft Word a Excel 2007. Výsledky jsou vyjádřeny procentuálně, zaokrouhleny na dvě desetinná místa. Z důvodu zaokrouhlování není v některých tabulkách součet přesně 100 %.

Číselná data jsou vyjádřena v přehledných tabulkách a grafech doprovázené popisem a interpretací.

Grafy jsou dvojrozměrné výsečové, u dvou otázek (č. 10 a 12) z důvodu možnosti více odpovědí jsou grafy dvojrozměrné pruhové.

V tabulkách používám zkratky ni pro absolutní počet, vi pro relativní počet v procentech, TN pro Thomayerovu nemocnici a ÚPMD pro Ústav pro péči o matku a dítě.

10 Vyhodnocení empirického výzkumu

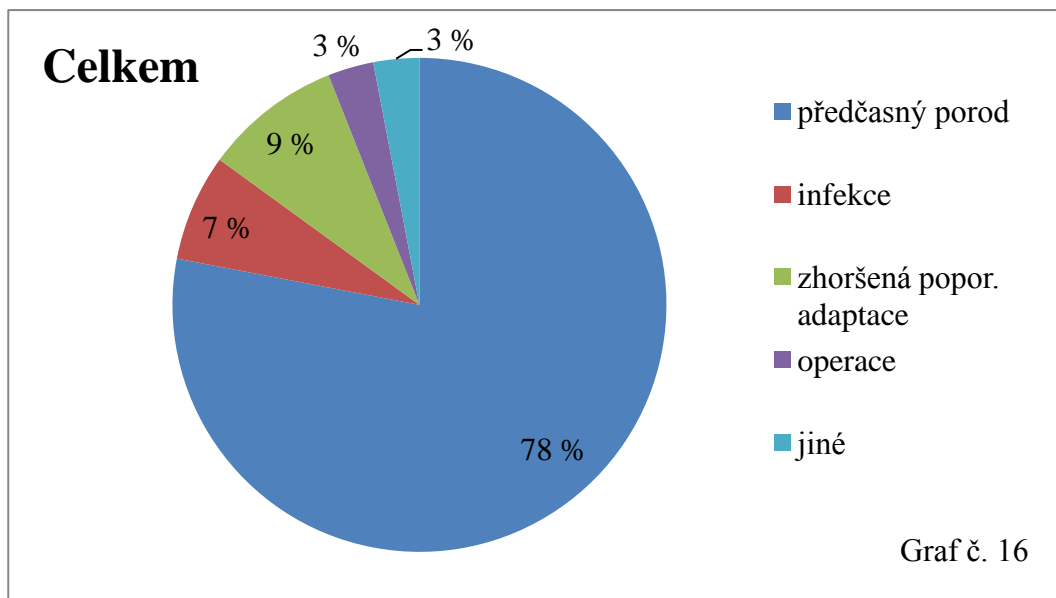
Vyhodnocení položky č. 6

Důvod přijetí Vašeho dítěte na JIP

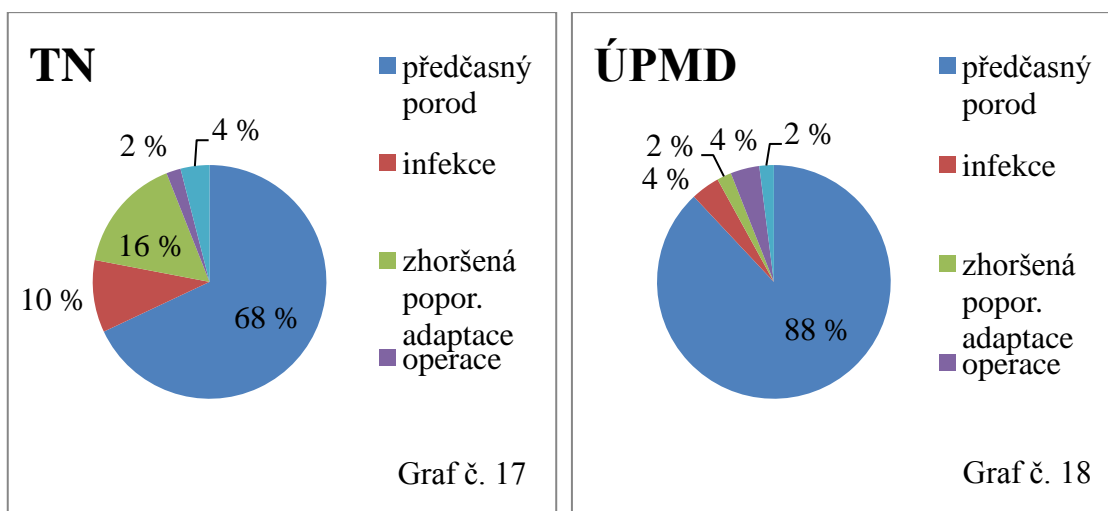
Tabulka č. 6

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
předčasný porod	78	78,00 %	předčasný porod	34	68,00 %	předčasný porod	44	88,00 %
infekce	7	7,00 %	infekce	5	10,00 %	infekce	2	4,00 %
zhoršená poporodní adaptace	9	9,00 %	zhoršená poporodní adaptace	8	16,00 %	zhoršená poporodní adaptace	1	2,00 %
operace	3	3,00 %	operace	1	2,00 %	operace	2	4,00 %
jiné	3	3,00 %	jiné	2	4,00 %	jiné	1	2,00 %

Graf č. 16 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 6



Graf č. 17 a 18 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 6



Šestá otázka se týkala důvodu přijetí dítěte na JIP. Nejčastější důvod přijetí jsou předčasně narození, a to celkově 78 %, z toho 44 předčasně narozených v ÚPMD, 34 v TN. Infekce se týkaly 7 dětí, 5 v TN a 2 v ÚPMD. Zhoršená poporodní adaptace byla důvodem přijetí na JIP pro 9 dětí, z toho převažovala TN (8 dětí). Operace byly důvodem pro 3 děti (jedno v TN, dvě v ÚPMD). Jiné důvody byly 3 (hyperbilirubinémie, hypotrofie a Rh-inkompatibilita).

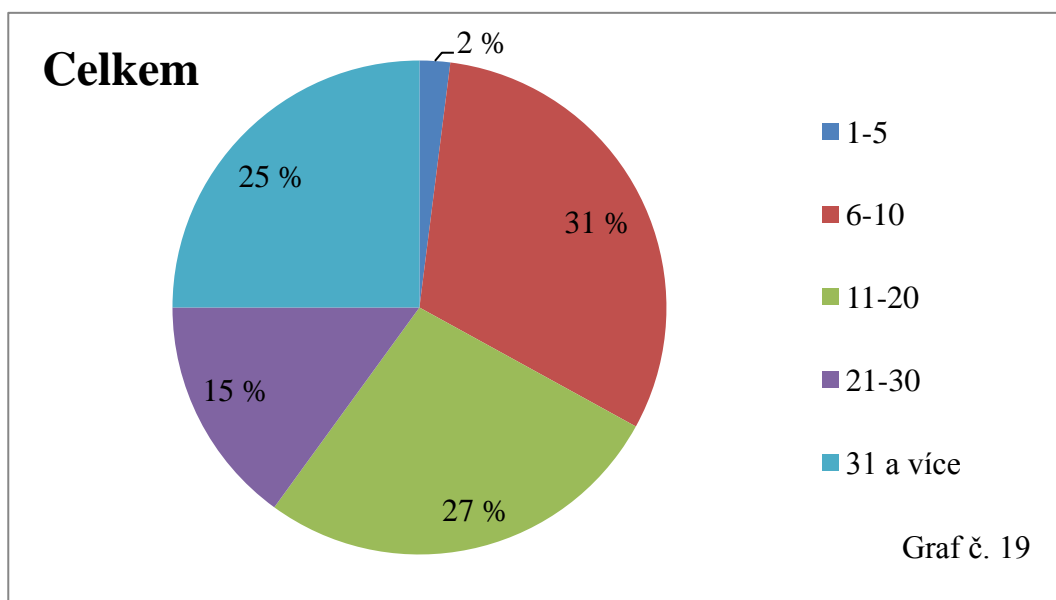
Vyhodnocení položky č. 7

Celková délka pobytu Vašeho dítěte v porodnici k dnešnímu dni

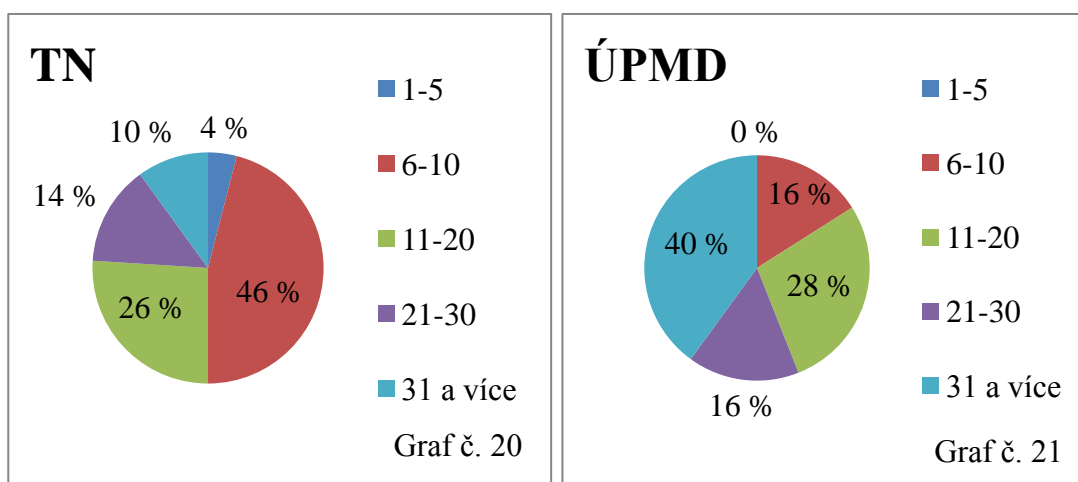
Tabulka č. 7

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
1-5	2	2,00 %	1-5	2	4,00 %	1-5	0	0,00 %
6-10	31	31,00 %	6-10	23	46,00 %	6-10	8	16,00 %
11-20	27	27,00 %	11-20	13	26,00 %	11-20	14	28,00 %
21-30	15	15,00 %	21-30	7	14,00 %	21-30	8	16,00 %
31 a více	25	25,00 %	31 a více	5	10,00 %	31 a více	20	40,00 %

Graf č. 19 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 7



Graf č. 20 a 21 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 7



Další otázka se týkala celkové délky hospitalizace dítěte v porodnici. Pro lepší názornost jsem udělala 5 skupin: 1 - 5dnů, 6 - 10, 11 - 20, 21 - 30, 31 a více.

Nejkratší doba hospitalizace - do 5 dnů byla jen v TN a to 2 děti. 6 - 10 dnů pobýlo v nemocnici 31 dětí, převážně z TN (23). Tato skupina v délce hospitalizace je celkově nejpočetnější. Délka pobytu 11 - 20 dnů je vyrovnaná v obou porodnicích, 13 v TN, 14 v ÚPMD. Podobně vyrovnaná, ale s menším počtem dětí je hospitalizace dlouhá 21 - 30 dnů, 7 dětí v TN a 8 dětí v ÚPMD. Více než 31 dnů v nemocnici strávilo 25 dětí, jednoznačná převaha v ÚPMD (20). To souvisí s předčasně narozenými (zejména extrémně nezralí novorozenci). Nejdelší hospitalizaci uvedla matka, která rodila v týdnu 23+5, šlo o dvojčata, v nemocnici pobýla 106 dnů.

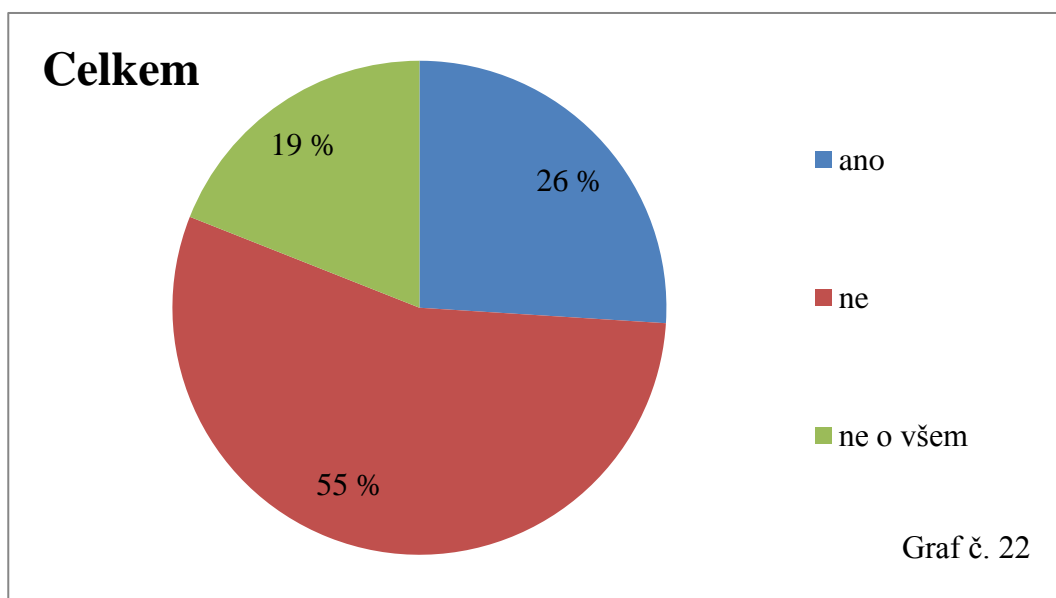
Vyhodnocení položky č. 8

Byla jste v době těhotenství seznámena v prenatální poradně o důležitosti a výhodách kojení, s péčí o prsa, stravě při kojení, kontrole bradavek?

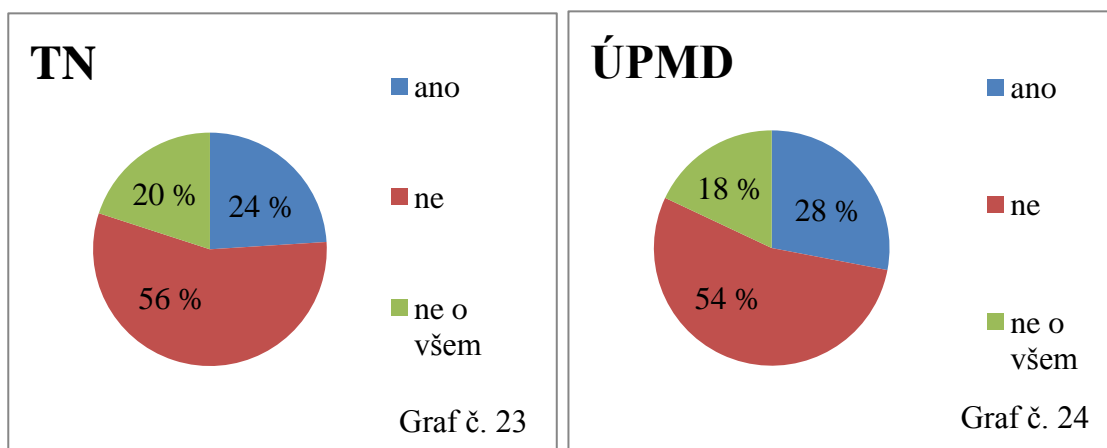
Tabulka č. 8

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ano	26	26,00 %	ano	12	24,00 %	ano	14	28,00 %
ne	55	55,00 %	ne	28	56,00 %	ne	27	54,00 %
ne o všem	19	19,00 %	ne o všem	10	20,00 %	ne o všem	9	18,00 %

Graf č. 22 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 8



Graf č. 23 a 24 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 8



V této otázce jsem se zaměřila na edukaci matek v prenatální poradně ohledně výhod a přípravy na kojení. Překvapil mě výsledek. Většina matek nebyla informovaná (55). Shodovaly se počty záporných odpovědí matek z obou porodnic (28 v TN, 27 v ÚPMD). Informace z prenatálních poraden získalo 26 matek (12 z TN a 14 z ÚPMD). Ne vše se dozvědělo 19 matek (10 z TN, 9 z ÚPMD). Překvapivé pro mě byly výsledky o neinformovanosti, ale i téměř shodné počty jednotlivých odpovědí (ano, ne, ne o všem) v obou nemocnicích.

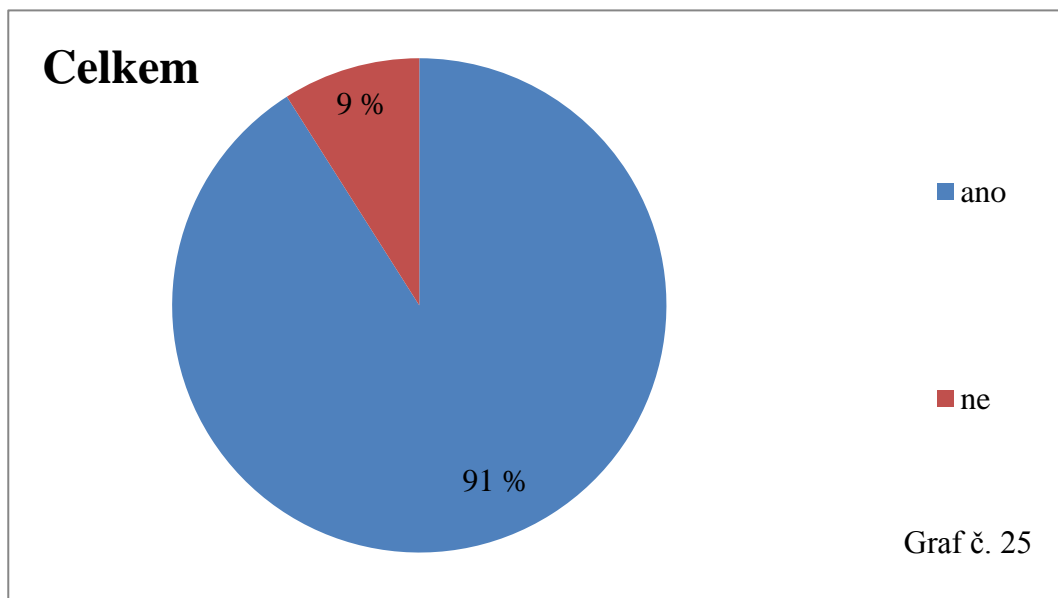
Vyhodnocení položky č. 9

Zjišťovala jste si nějaké informace i sama?

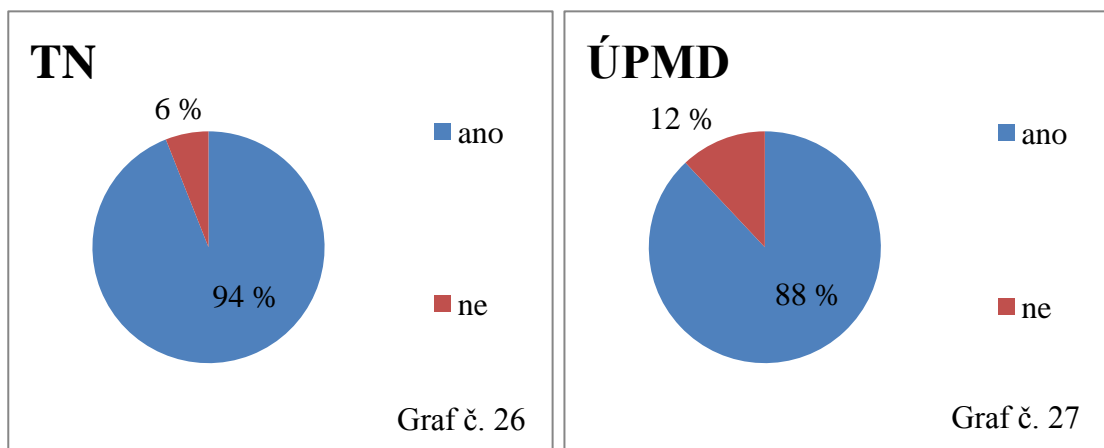
Tabulka č. 9

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ano	91	91,00 %	ano	47	94,00 %	ano	44	88,00 %
ne	9	9,00 %	ne	3	6,00 %	ne	6	12,00 %

Graf č. 25 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 9



Graf č. 26 a 27 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 9



V další otázce se ptám, zda si matky některé informace zjišťovaly samy. Kladnou odpověď uvedlo 91 matek, 47 z TN, 44 z ÚPMD. Zápornou 9 (3 z TN, 6 z ÚPMD).

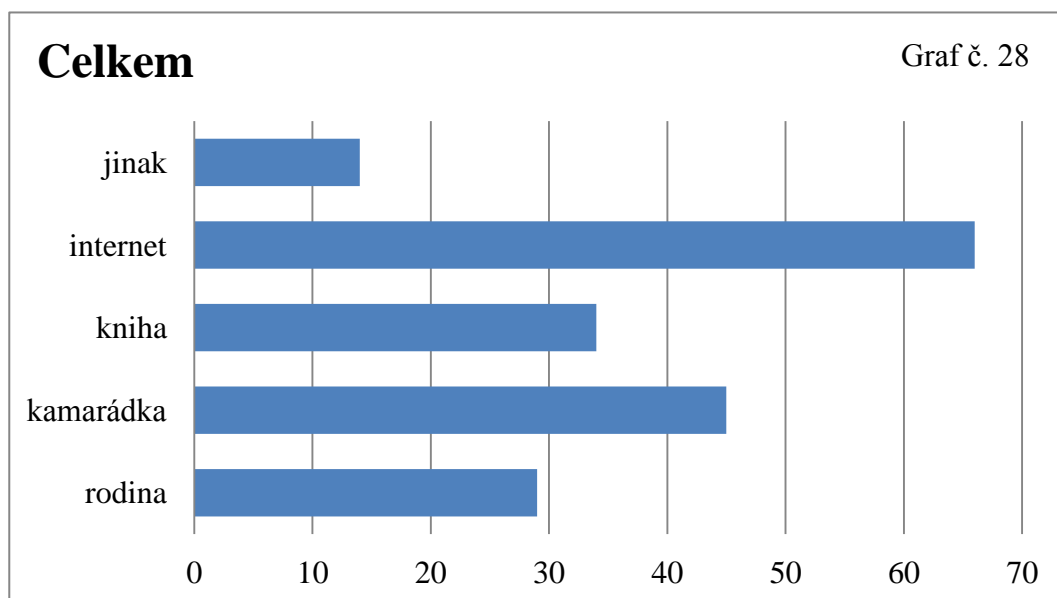
Vyhodnocení položky č. 10

Pokud ano, od koho

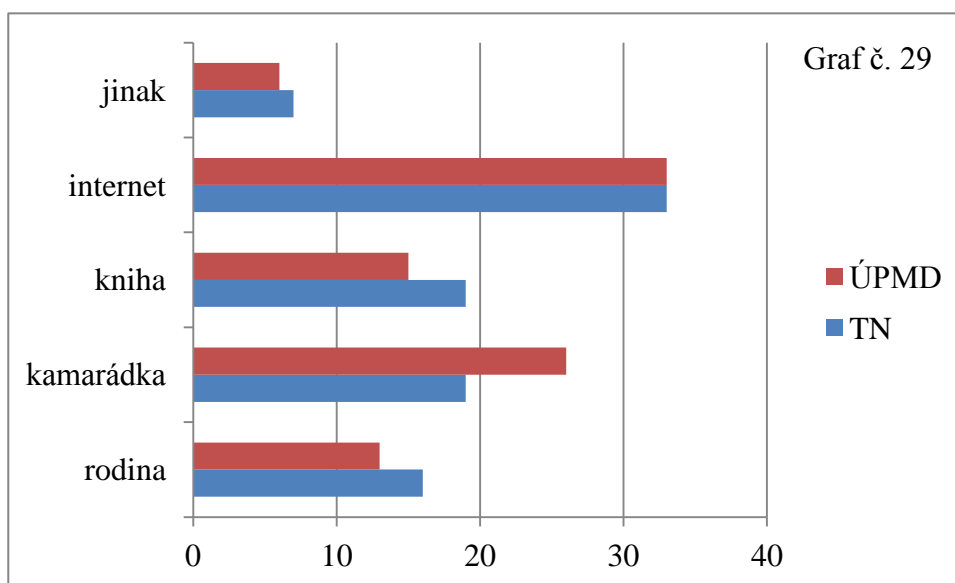
Tabulka č. 10

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
rodina	29	15,43 %	rodina	16	17,02 %	rodina	13	13,98 %
kamarádka	45	23,94 %	kamarádka	19	20,21 %	kamarádka	26	27,96 %
kniha	34	18,09 %	kniha	19	20,21 %	kniha	15	16,13 %
internet	66	35,11 %	internet	33	35,11 %	internet	33	35,48 %
jinak	14	7,45 %	jinak	7	7,45 %	jinak	6	6,45 %

Graf č. 28 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 10



Graf č. 29 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 10



V otázce č. 10 odpovídaly matky, které měly kladnou odpověď v č. 9. To znamená, že odpovídalo 91 % matek. Zajímalo mě, od koho si informace zjišťovaly. Mohly zaškrtnout více odpovědí.

Nejvíce informací získaly z internetu. (66x, shodně 33x v každé porodnici). Na druhém místě byly informace od kamarádek 45x (19x TN a 26x ÚPMD). Třetí místo obsadily knihy, a to 34x (více v TN 19x). Od rodiny mělo informace 29 matek, více z TN (16). Jinak uvedlo 14 matek. Matky uváděly: známá, sousedka, lékař, časopisy, brožury, předporodní kurzy.

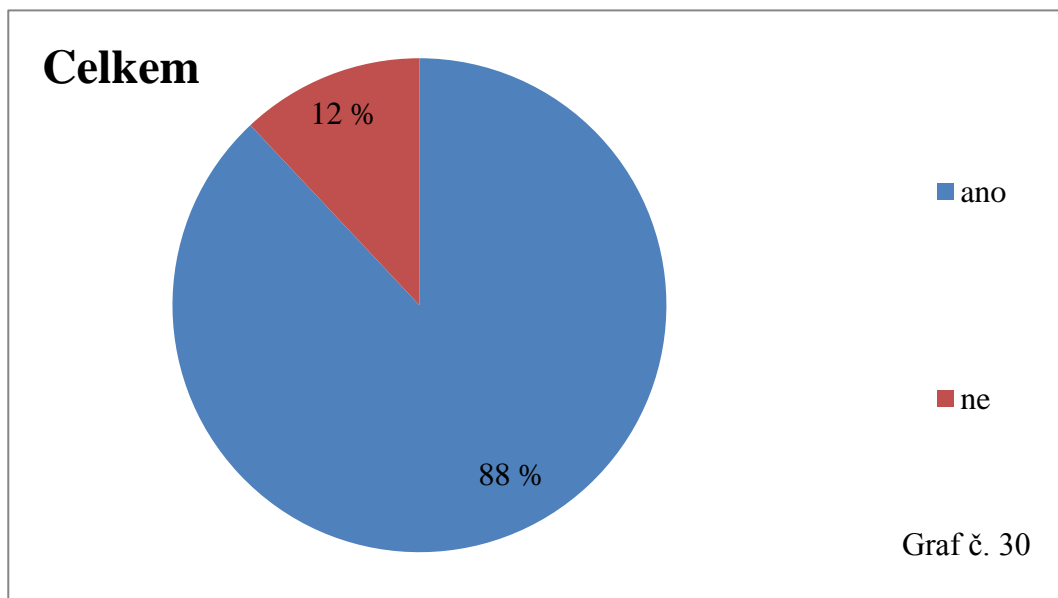
Vyhodnocení položky č. 11

Byla jste informována o odstříkávání a uchovávání mateřského mléka?

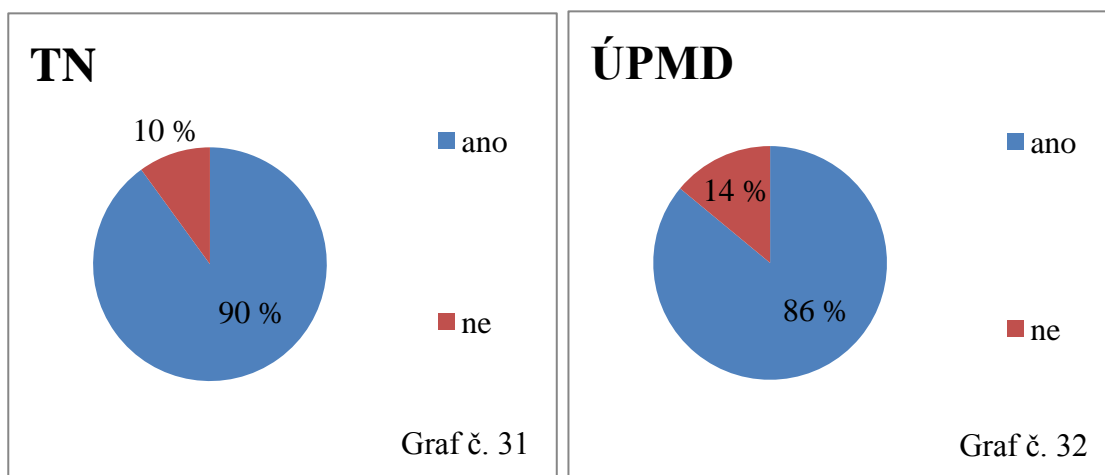
Tabulka č. 11

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ano	88	88,00 %	ano	45	90,00 %	ano	43	86,00 %
ne	12	12,00 %	ne	5	10,00 %	ne	7	14,00 %

Graf č. 30 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 11



Graf č. 31 a 32 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 11



V této otázce se ptám, zda byly informované o odstříkávání mateřského mléka. 88 matek odpovědělo, že ano (45 z TN, 43 z ÚPMD), zbývajících 12 ne (5 TN, 7 ÚPMD).

Při kontrole dotazníků jsem si uvědomila, že jsem měla do otázky napsat „po porodu“. Na tuto otázku navazuje následující otázka (Kdo je informoval?). Všechny matky tam odpověděly. Proto předpokládám, že tato otázka nebyla dobře pochopena. Domnívám se, že matky předpokládaly, že tento dotaz je spojený s edukací v prenatální poradně.

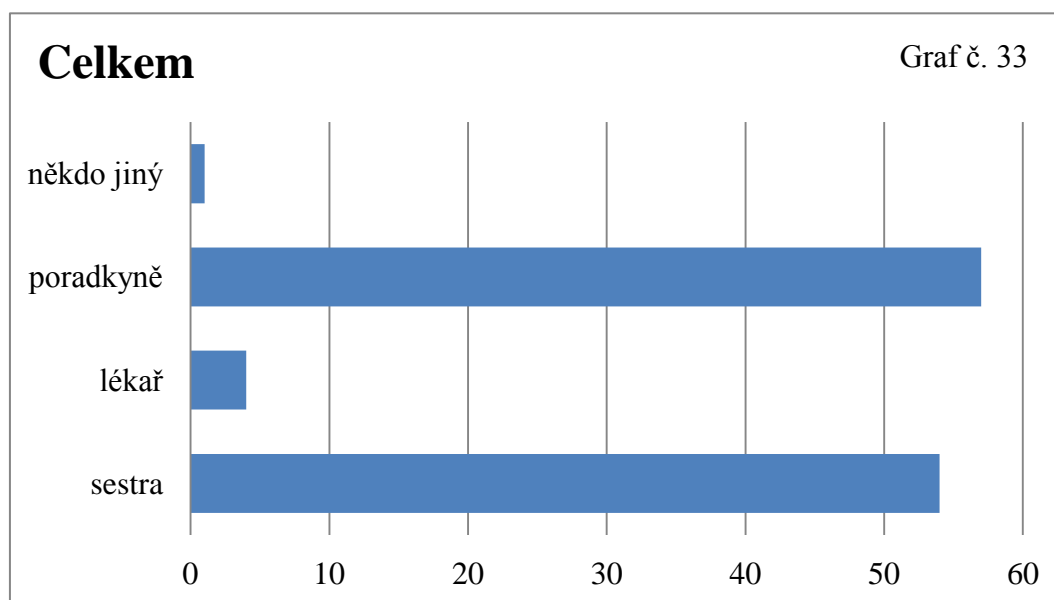
Vyhodnocení položky č. 12

Vyhodnocení položky č. 12. Po porodu jste byla seznámena s odstříkáváním a uchováváním mateřského mléka od

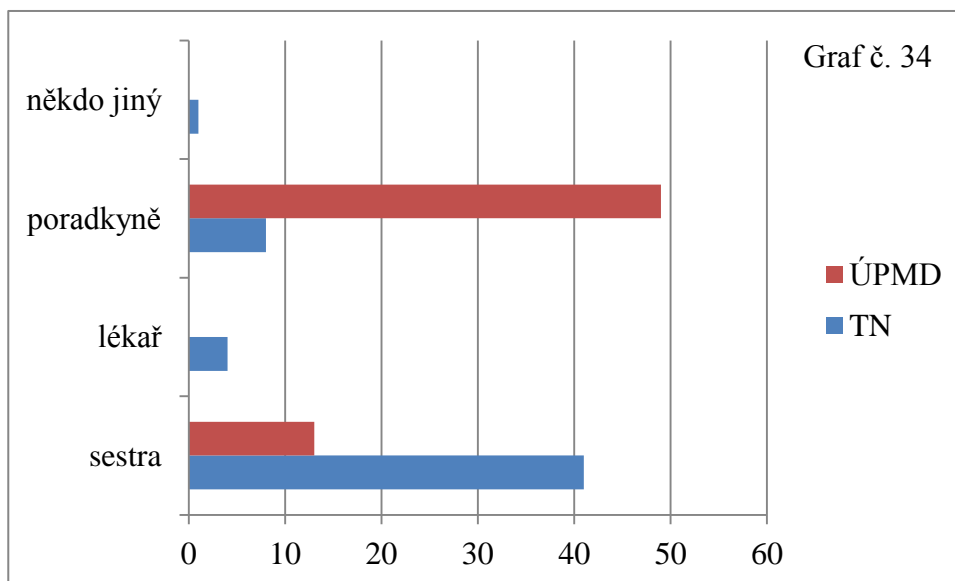
Tabulka č. 12

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
sestra	54	46,55 %	sestra	41	75,93 %	sestra	13	20,97 %
lékař	4	3,45 %	lékař	4	7,41 %	lékař	0	0,00 %
poradkyně	57	49,14 %	poradkyně	8	14,81 %	poradkyně	49	79,03 %
někdo jiný	1	0,86 %	někdo jiný	1	1,85 %	někdo jiný	0	0,00 %

Graf č. 33 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 12



Graf č. 34 - zobrazuje výsledek TN a ÚPMD u otázky č. 12



Otázka č. 12 navazuje na předchozí otázku, kdo matky informoval o odstříkávání mléka. Odpovídaly všechny matky, mohly si vybrat z více odpovědí. V celkovém hodnocení je znázorněna převaha informování o odstříkávání od sester a laktačních poradkyň.

V ÚPMD jednoznačně informují laktační poradkyně, doplňují je sestry. Žádný lékař o odstříkávání matku neinformoval. V TN informují o odstříkávání většinou sestry. Osm matek z TN uvedlo laktační poradkyni, přitom laktační poradkyně v TN nejsou. Předpokládám, že informace o odstříkávání byly od sester. Od lékařů dostaly informace 4 matky. Odpověď - od někoho jiného uvedla 1 matka, a to od rodiny.

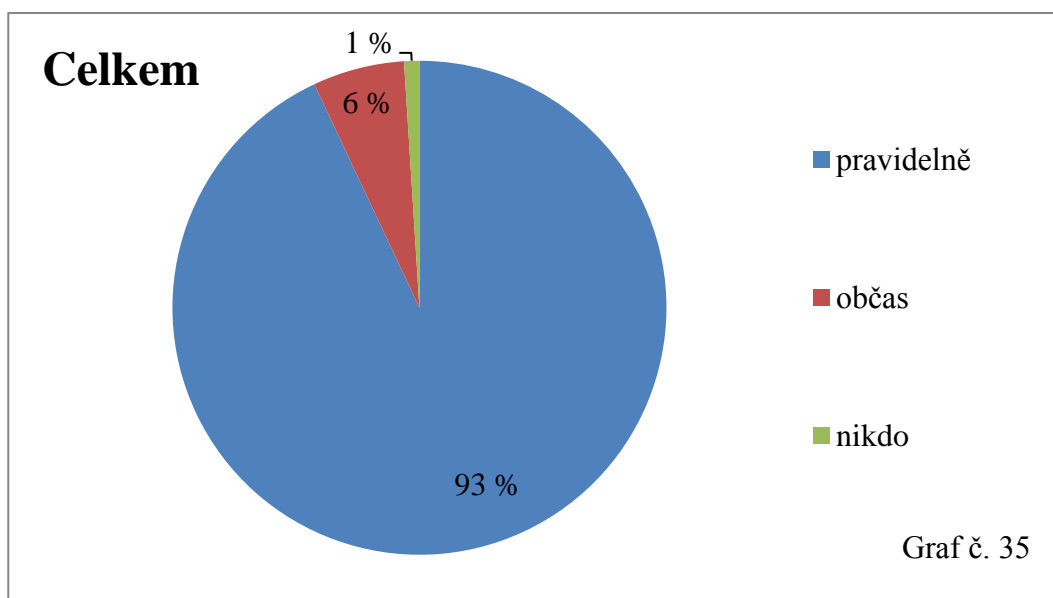
Vyhodnocení položky č. 13

Podporoval Vás zdravotnický personál v odstříkávání/kojení po celou dobu pobytu v porodnici?

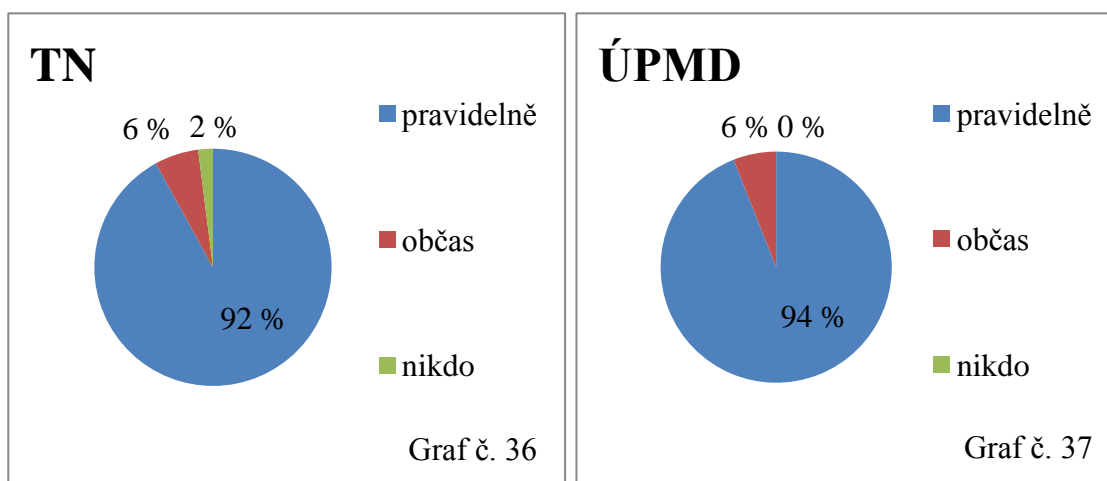
Tabulka č. 13

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
pravidelně	93	93,00 %	pravidelně	46	92,00 %	pravidelně	47	94,00 %
občas	6	6,00 %	občas	3	6,00 %	občas	3	6,00 %
nikdo	1	1,00 %	nikdo	1	2,00 %	nikdo	0	0,00 %

Graf č. 35 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 13



Graf č. 36 a 37 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 13



Tato položka se týká podpory v odstříkávání či kojení ze strany zdravotníků. Z obou porodnic vyšly velmi vyrovnané výsledky. Podporované zdravotnickým personálem bylo v 93 matek, (v TN 46, v ÚPMD 47). Občas bylo podpořených 6 (shodně 3 z každé porodnici). Nebyla podpořená 1 matka z TN.

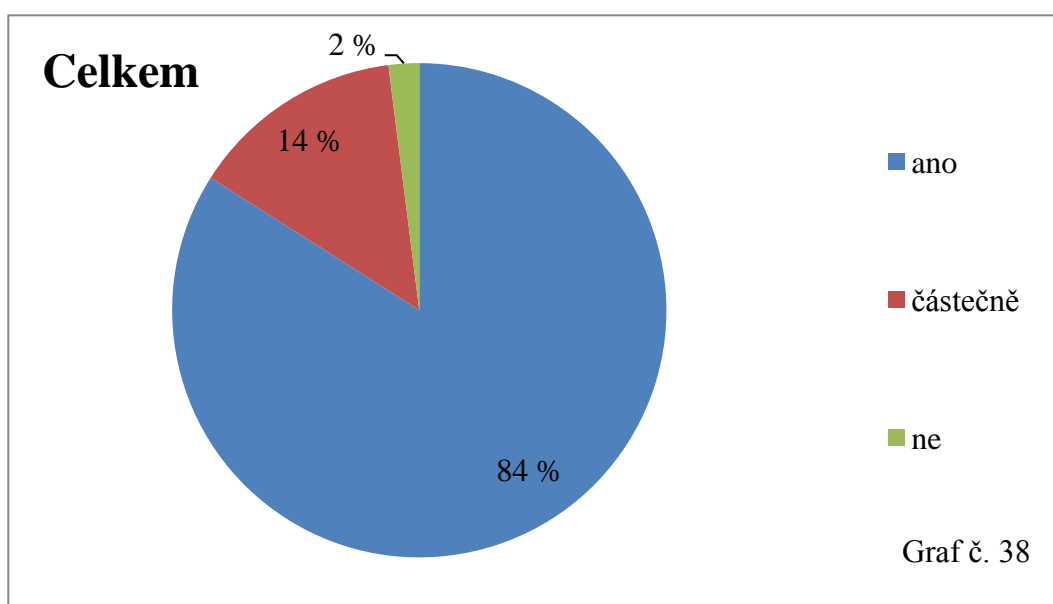
Vyhodnocení položky č. 14

Podporoval Vás otec dítěte v kojení?

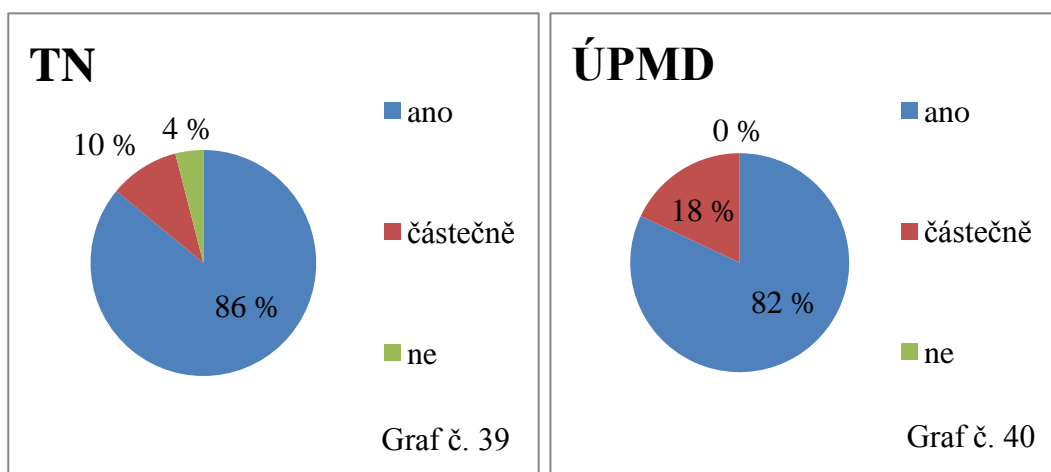
Tabulka č. 14

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ano	84	84,00 %	ano	43	86,00 %	ano	41	82,00 %
částečně	14	14,00 %	částečně	5	10,00 %	částečně	9	18,00 %
ne	2	2,00 %	ne	2	4,00 %	ne	0	0,00 %

Graf č. 38 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 14



Graf č. 39 a 40 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 14



Tato otázka se týkala podpory kojení ze strany otce dítěte. Naprostá většina v celkovém hodnocení matek měla podporu otců dítěte (84), 14 matek částečnou, 2 žádnou. Obě matky, které neměly podporu otce dítěte, byly z TN.

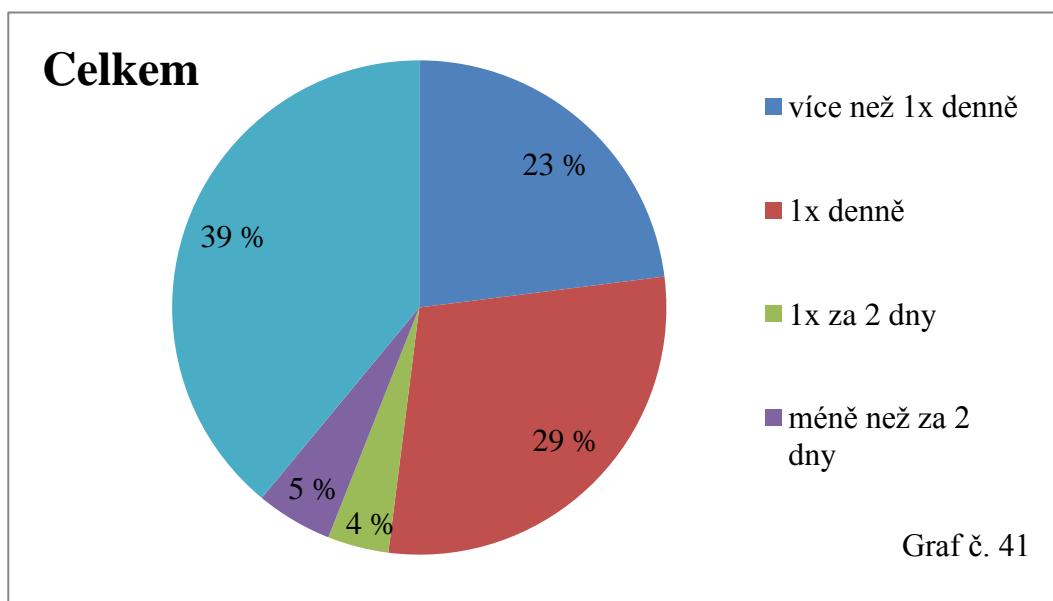
Vyhodnocení položky č. 15

Po Vašem propuštění jste jezdila na návštěvy na JIP za Vaším děťátkem

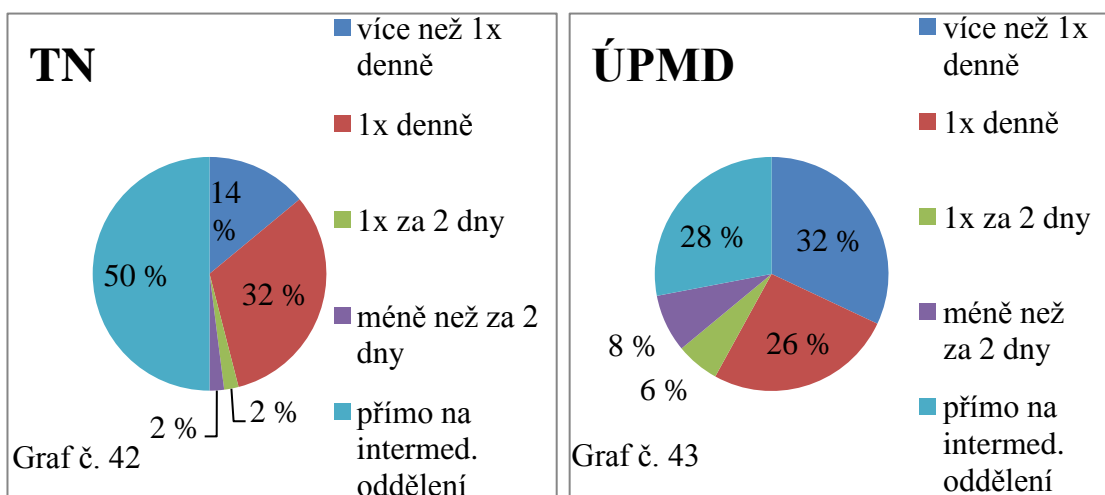
Tabulka č. 15

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
více než 1x denně	23	23,00 %	více než 1x denně	7	14,00 %	více než 1x denně	16	32,00 %
1x denně	29	29,00 %	1x denně	16	32,00 %	1x denně	13	26,00 %
1x za 2 dny	4	4,00 %	1x za 2 dny	1	2,00 %	1x za 2 dny	3	6,00 %
méně než za 2 dny	5	5,00 %	méně než za 2 dny	1	2,00 %	méně než za 2 dny	4	8,00 %
přímo na intermed. oddělení	39	39,00 %	přímo na intermed. oddělení	25	50,00 %	přímo na intermed. oddělení	14	28,00 %

Graf č. 41 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 15



Graf č. 42 a 43 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 15



Tato otázka se zaměřila na počet návštěv za dítětem po propuštění matky z porodnice. Kontakt s dítětem je důležitý z hlediska podpory laktace.

V celkovém hodnocení bylo 39 matek rovnou přijatých na intermediární oddělení, z toho 25 bylo z TN. Na návštěvy 1x denně po propuštění matky jezdilo 29 matek (16 z TN, 13 z ÚPMD). Častější návštěvu (více než 1x denně) využívalo 23 matek, převažovaly matky z ÚPMD (16). Návštěvy 1x za 2 dny a návštěvy méně než za 2 dny se týkaly celkem 9 matek (4 jezdily obden, 5 méně než za 2 dny).

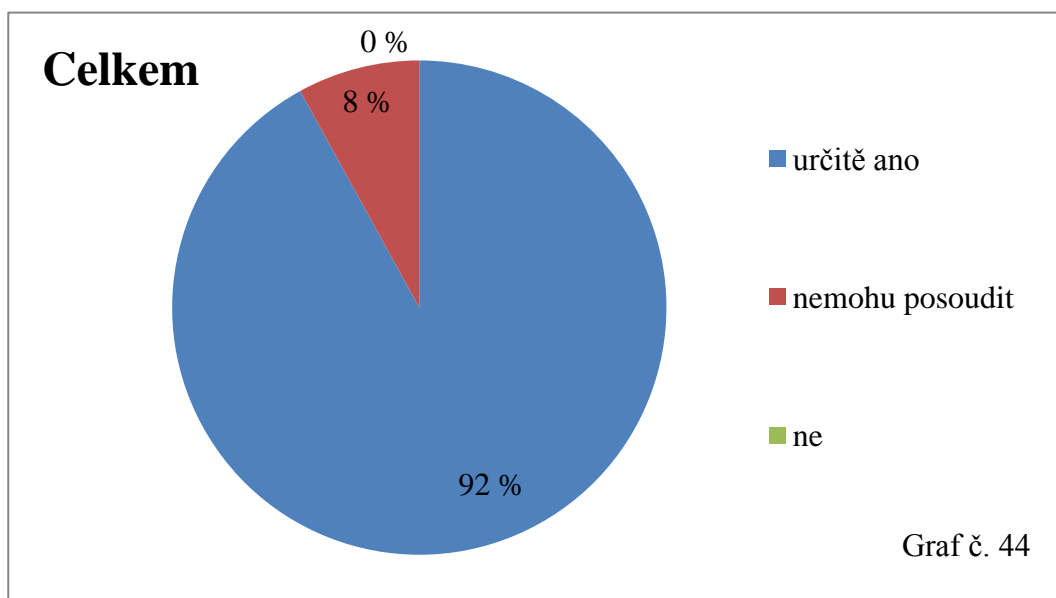
Vyhodnocení položky č. 16

Myslíte si, že možnost pobytu na intermediárním oddělení před propuštěním Vašeho dítěte domů byla přínosná, byla jste spokojená?

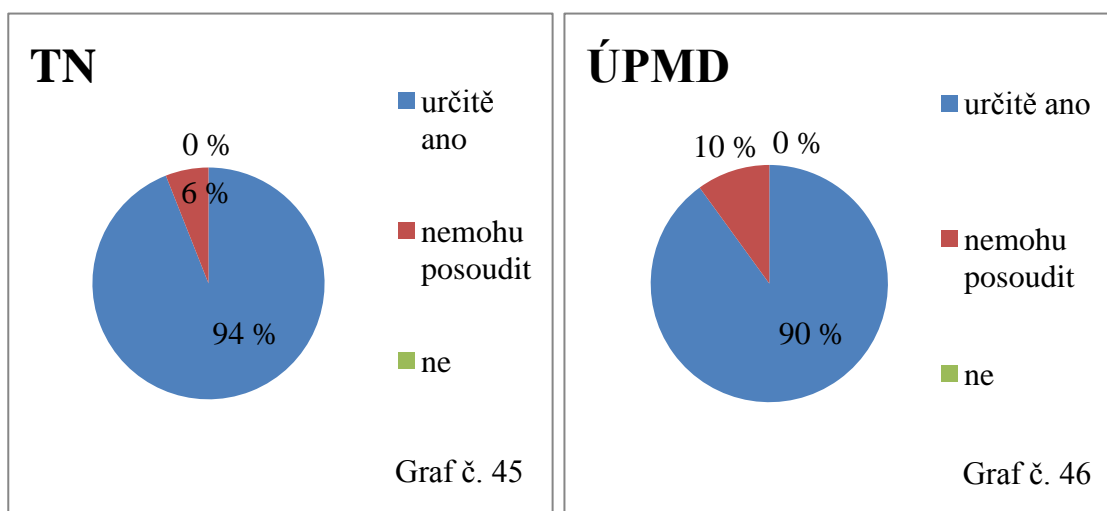
Tabulka č. 16

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
určitě ano	92	92,00 %	určitě ano	47	94,00 %	určitě ano	45	90,00 %
nemohu posoudit	8	8,00 %	nemohu posoudit	3	6,00 %	nemohu posoudit	5	10,00 %
ne	0	0,00 %	ne	0	0,00 %	ne	0	0,00 %

Graf č. 44 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 16



Graf č. 45 a 46 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 16



Otázka č. 16 se vztahuje k třetímu dílčímu cíli, se spokojeností s přijetím na intermediární oddělení.

92 matek odpověděla, že byla spokojená a pobyt vnímá jako přínosný (47 z TN, 45 z ÚPMD). 9 matek to nedokázala posoudit (3 z TN, 6 z ÚPMD). Žádná nevyjádřila nespokojenost. Toto vnímám jako pozitivní názor, aby intermediární oddělení zůstalo zachováno.

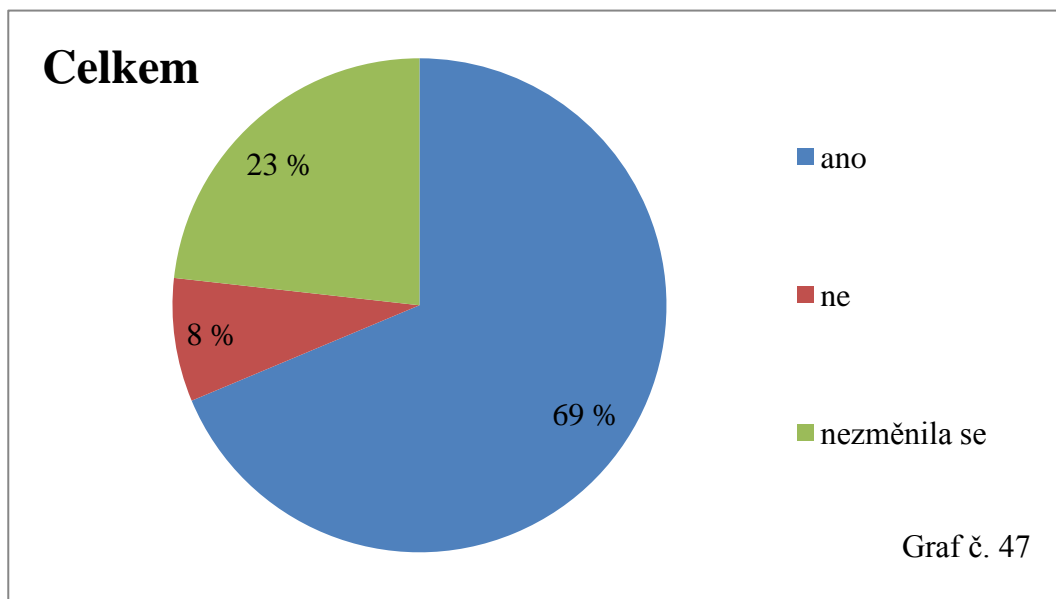
Vyhodnocení položky č. 17

Vyhodnocení položky č. 17. Zlepšila se laktace po Vašem přijetí k děťátku na intermediární oddělení?

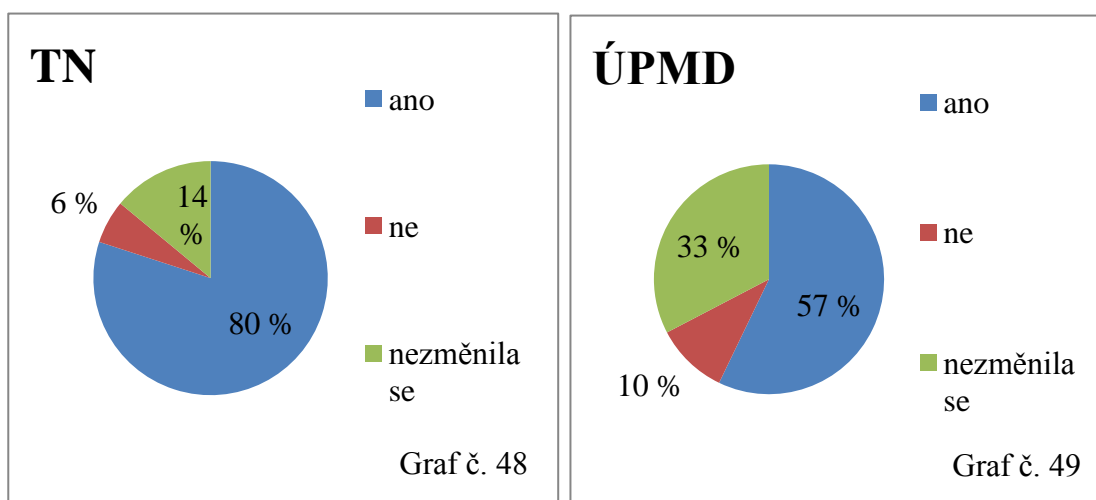
Tabulka č. 17

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ano	68	68,69 %	ano	40	80,00 %	ano	28	57,14 %
ne	8	8,08 %	ne	3	6,00 %	ne	5	10,20 %
nezměnila se	23	23,23 %	nezměnila se	7	14,00 %	nezměnila se	16	32,65 %

Graf č. 47 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 17



Graf č. 48 a 49 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 17



V této otázce zjišťuji zlepšení laktace u matek po přijetí na intermediární oddělení. Společným pobytem (pokoj s dítětem) by se měla zlepšit laktace matky. Tuto a následující otázku nemohla vyplňovat jedna matek z ÚPMD, byla jí ze zdravotních důvodů zastavena laktace.

V celkovém hodnocení 68 matek odpovědělo kladně, zlepšila se jim laktace. Více bylo matek z TN (40), což může souviset s lehkou nezralostí, lepším zdravotním stavem dítěte, relativně krátkou dobou po porodu. 8 matek (3 z TN, 5 z ÚPMD) odpovědělo, že se laktace nezlepšila. 23 matek (více z ÚPMD- 16) odpověděla, že se laktace nezměnila.

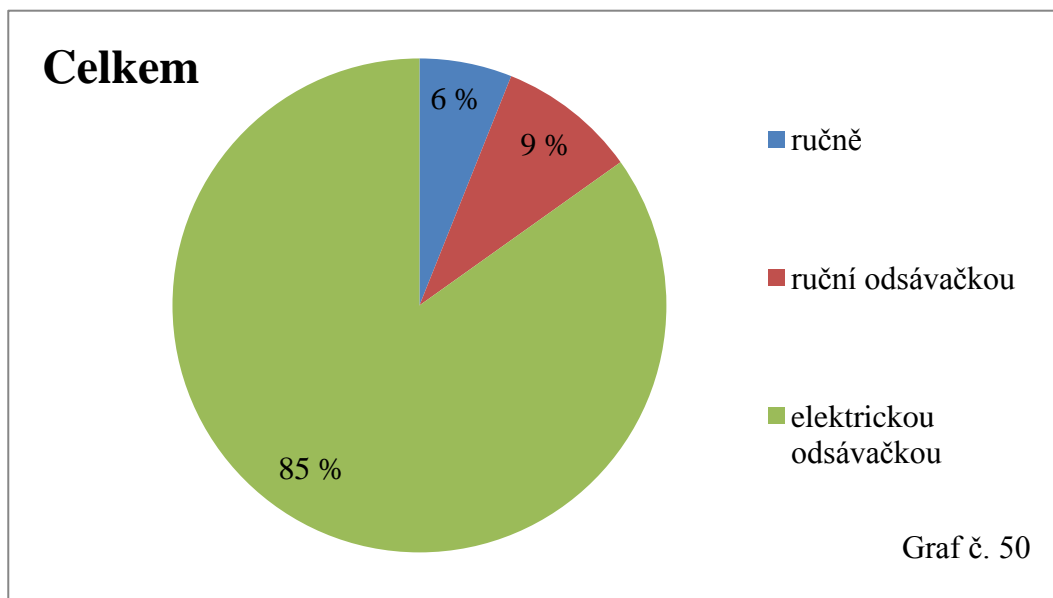
Vyhodnocení položky č. 18

Vyhodnocení položky č. 18. Během pobytu na intermediárním oddělení jste odšťikávala

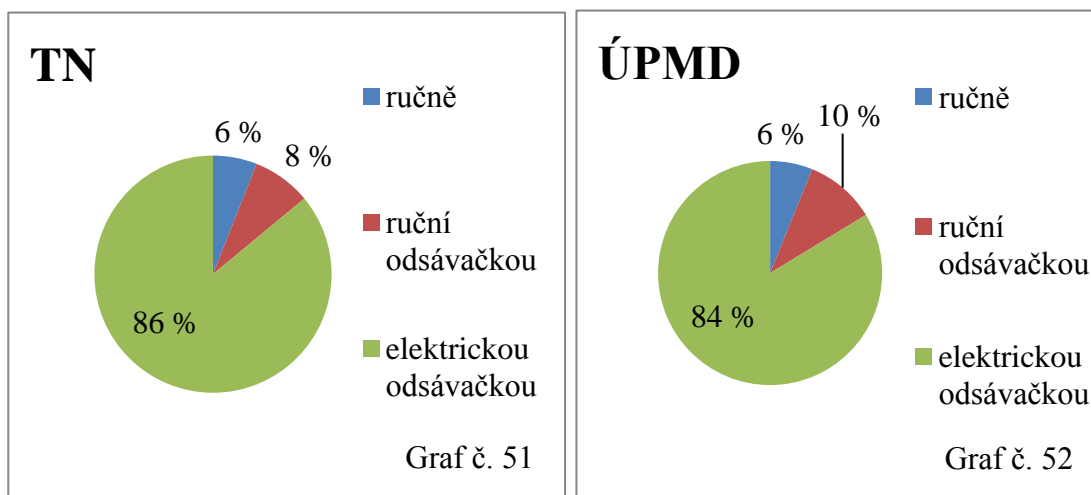
Tabulka č. 18

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
ručně	6	6,06 %	ručně	3	6,00 %	ručně	3	6,12 %
ruční odsávačkou	9	9,09 %	ruční odsávačkou	4	8,00 %	ruční odsávačkou	5	10,20 %
elektrickou odsávačkou	84	84,85 %	elektrickou odsávačkou	43	86,00 %	elektrickou odsávačkou	41	83,67 %

Graf č. 50 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 18



Graf č. 51 a 52 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 18.



Tato otázka je věnována způsobu odstříkávání na intermediárním oddělení. Z počátku, po porodu doporučuje ruční odstříkávání. Jakmile se mléko začne tvořit ve větším množství, je výhodnější elektrická odsávačka.

84 matek (43 z TN, 41 z ÚPMD) v celkovém hodnocení elektrickou odsávačku používalo. 9 matek používalo ruční odsávačku, 6 odstříkávalo ručně. Na oddělení mají matky možnost si elektrickou odsávačku zapůjčit.

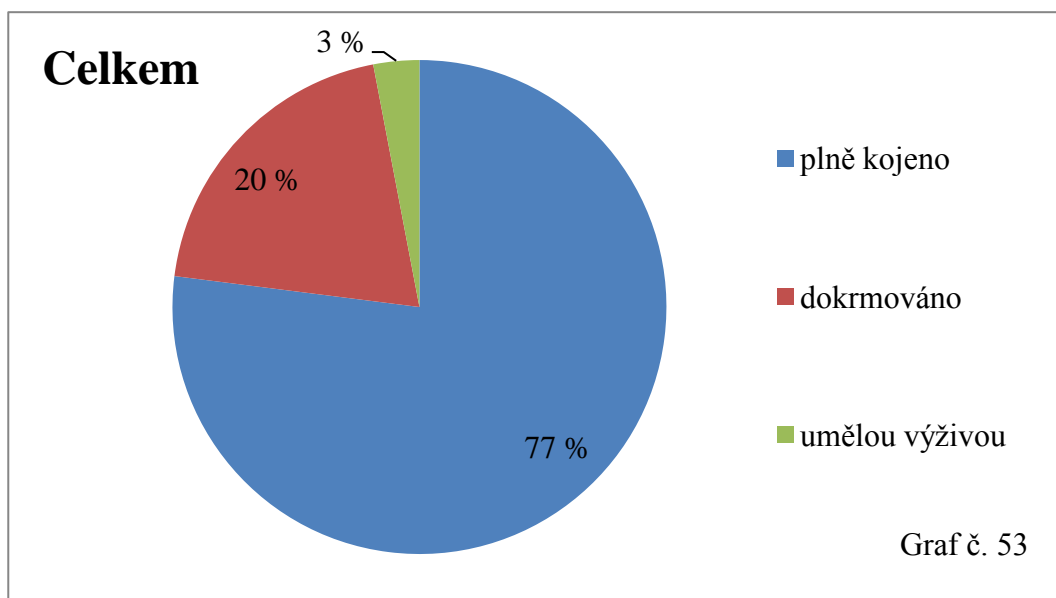
Vyhodnocení položky č. 19

Nyní odcházíte domů, máte dostatek mateřského mléka pro Vaše dítě?

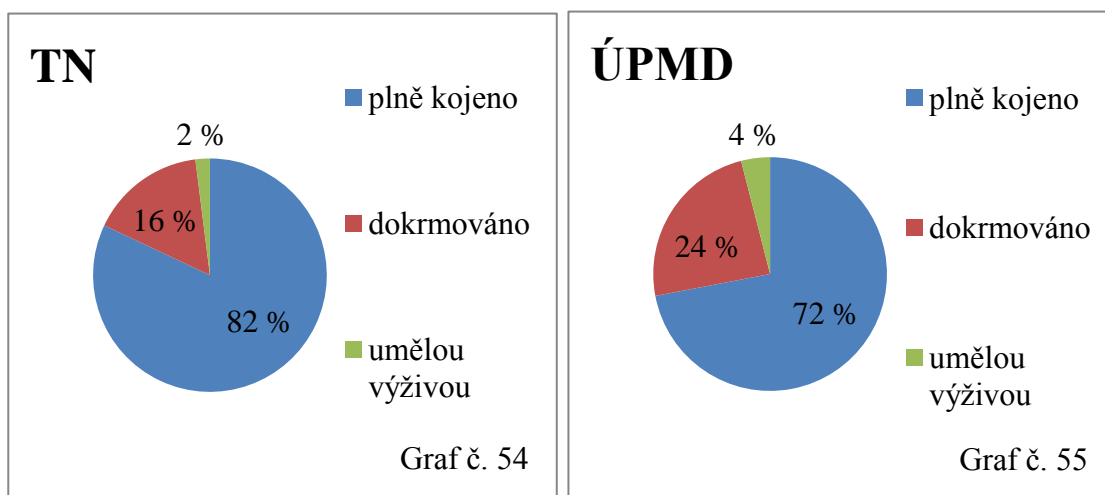
Tabulka č. 19

Celkem	ni	vi (%)	TN	ni	vi (%)	ÚPMD	ni	vi (%)
plně kojeno	77	77,00 %	plně kojeno	41	82,00 %	plně kojeno	36	72,00 %
dokrmováno	20	20,00 %	dokrmováno	8	16,00 %	dokrmováno	12	24,00 %
umělou výživou	3	3,00 %	umělou výživou	1	2,00 %	umělou výživou	2	4,00 %

Graf č. 53 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 19



Graf č. 54 a 55 - zobrazuje výsledek TN a výsledek ÚPMD u otázky č. 19



Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, kolik dětí hospitalizovaných po porodu na JIPu odchází domů kojených či krmených vlastním mateřským mlékem. 77 matek odpovědělo kladně, z toho bylo 41 z TN, 36 z ÚPMD. 20 matek (8 z TN, 12 z ÚPMD) nemá dostatek mateřského mléka a musí své dítě dokrmovat umělou výživou. Pouze 3 matky (1 z TN, 2 z ÚPMD- z toho je jedna matka, která měla zastavenou laktaci ze zdravotních důvodů) musí své dítě krmit umělou výživou.

11 Závěry empirického výzkumu

Ve své práci hodnotím dotazníky celkově a porovnávám výsledky empirického šetření dvou porodnic v Praze, a to z Thomayerovy nemocnice a z Ústavu pro péči o matku a dítě.

V první otázce zjišťuji kolik let je mamince. Nejmladší bylo 20, nejstarší 43 let. Nejpočetnější skupinou byly matky 30-34 let. Tato věková skupina byla zároveň nepočetnější v TN, v ÚPMD převažovaly matky nad 35 let. Průměrný věk všech matek byl 33 let.

V druhé otázce se ptám, o kolikátý porod se jedná. Naprostá převaha prvorodiček (66), o dost méně druhorodiček (26). Pro 6 matek to byl třetí porod, pouze dvě rodily po čtvrté. V obou porodnicích byly shodné výsledky.

V jakém týdnu porod byl, byla otázka č. 3. Nejnižší gestační týden byl 23+5, nejvyšší 42+1. Do 28. týdne byly porody pouze v ÚPMD. Tato porodnice patří mezi perinatologická centra III. stupně. Zde přijímají předčasně rodící matky, specializují se zejména na těhotenství do 28. týdne. Pro péči o extrémně nezralé novorozence je zde oddělení resuscitační a intenzivní péče. TN patří mezi perinatologická centra II. stupně s intermediární péčí. Celkově nejvíce porodů (43) bylo v týdnech 32+1 - 36, byl i relativně vyrovnaný počet v obou porodnicích. Donošených dětí do 40. týdne bylo 16, převážně z TN, dětí narozených po 40. týdnu bylo 5, všichni z TN.

Otázka č. 4, zda porod byl spontánní nebo operační. Převaha operačních porodů (73), zejména v ÚPMD (39). K ukončení těhotenství a k operačním porodům je nutné přistoupit při zhoršení stavu matky či dítěte. Preeklampsie, pozdní gestóza, diabetes, vrozené vady, mnohočetné těhotenství, záněty, krvácení, odtok plodové vody. Při hrozícím předčasném porodu se matka přijímá do porodnice, kde se ordinuje tokolyza na oddálení porodu a aplikují se kortikoidy na dozrání plic u dítěte. V případě nutnosti matka dostane antibiotika.

V páté otázce se ptám, zda se jedná o jedno dítě či dvojčata. Dvojčat bylo 23, převážně v ÚPMD (19).

Otázka č. 6 se ptá na důvod přijetí novorozence na JIP. Matky měly možnost si vybrat jednu z 5 odpovědí. 78 % přijetí na JIP bylo z důvodu předčasného porodu, většina z ÚPMD (44). Dalšími důvody byla zhoršená poporodní adaptace (9), infekce (7), operace (3) a jiné (3).

Sedmou otázkou zjišťuji délku pobytu dítěte v porodnici. Nejdelší hospitalizaci- 106 dnů měla dvojčata, narozená v týdnu 23+5 v ÚPMD. Nejkratší pobyt do 5 dnů měly 2 děti, a to z TN. Nejpočetnější skupinou byly hospitalizace 6 – 10-ti denní (31), převážně z TN (23).

Otázka č. 8 se vztahuje k prvnímu cíli, zda byly matky edukované o kojení v těhotenství v prenatální poradně. Kladně odpovědělo pouze 26 matek (TN 12 / ÚPMD 14), záporně 55 matek (28 / 27). Ne o všem se dozvědělo 19 matek (10 / 9). Obě porodnice mají dost vyrovnané výsledky.

V deváté otázce se ptám, zda si maminky zjišťovaly nějaké informace samy. 91 matek odpovědělo ano, 9 ne. Matky, které odpověděly, že ano (91 %), měly v další otázce zaškrtnout od koho. Mohly zaškrtnout více odpovědí. V celkovém hodnocení 66 matek uvádí internet, pak kamarádky (45x), knihy (34x) a rodinu (29 x). Jiný způsob uvedlo 14 matek.

V otázce č. 11 zjišťuji druhý dílčí cíl - zda byly matky informovány o odstříkávání a skladování mateřského mléka. Podle dotazníku 88 % matek uvedlo, že bylo seznámeno s odstříkáváním (45 z TN, 43 z ÚPMD), 12 %, že nebylo. U této otázky jsem si při zpracovávání uvědomila, že jsem měla do této otázky napsat „po porodu“. Domnívám se, že matky otázku špatně pochopily, předpokládaly souvislost tohoto dotazu s předchozími otázkami spojenými s prenatální poradnou. S touto otázkou souvisí další otázka, kdo je edukoval, a na ni odpověděly všechny matky. V ÚPMD informovaly převážně laktační poradkyně, v menším množství sestry. V TN informace podávaly sestry a byly zaškrtnuty i laktační poradkyně, které v TN nejsou. Předpokládám, že informace byly od sester. Čtyřem matkám podal informace lékař, jedné někdo jiný, a to rodina.

Další dvě otázky se týkají pomoci a podpory kojení. Jedna otázka se dotazuje, zda matka byla podporovaná zdravotníky. 93 % matek uvedlo kladnou odpověď, 46 z TN, 47 z ÚPMD. Občasnou podporu dostalo 6 matek, 3 z každé porodnice. Žádnou podporu nedostala jedna matka z TN. Podpora otců dítěte dopadla podobně. 84 % matek (43 TN, 41 ÚPMD) bylo podporováno otcem dítěte, 14 částečně, dvě matky oporu ve svých partnerech bohužel neměly.

Z hlediska další podpory laktace je otázka č. 15, týkající se častosti návštěv a kontaktu s dítětem na JIPu po propuštění matky z porodnice. 39 matek bylo rovnou přijato na intermediární oddělení, z toho 25 z TN. Možnost přijetí na společný pokoj na intermediárním oddělení souvisí se zdravotním stavem dítěte. V TN převažují nezralí a středně nezralí

novorozenci, přeložení z JIPu na intermediární oddělení na společný pokoj s matkou. Jednou denně navštěvovalo své dítě 29 matek. Více než 1x denně 23 matek. Zde převažovaly matky z ÚPMD (16). Návštěvy 1x za 2 dny a návštěvy méně než za 2 dny se týkaly celkem 9 matek. Méně časté návštěvy bývají většinou z důvodu vzdáleného trvalého bydliště.

Spokojenost s intermediárním oddělením, zjišťuji v otázce č. 16, kde 92 % matek uvedlo kladnou odpověď (47 z TN, 45 z ÚPMD). Odpověď, že nemůže posoudit, uvádí 8 matek. Zápornou odpověď neuvedla žádná matka. Z hlediska hodnocení matek je pobyt na intermediárním oddělení velmi přínosný.

Otázka č. 17 se týká zlepšení laktace po přijetí na intermediární oddělení. Tuto otázku a další nemohla odpovědět jedna matka, které byla ze zdravotních důvodů zastavena laktace. Celkem 68 matek uvedlo, že se laktace zlepšila, z toho bylo 40 z TN. Je pravděpodobné, že to souvisí s lehkou nezralostí dítěte, rychlým zlepšováním zdravotního stavu dítěte, krátkou dobou po porodu, společným pobytem s dítětem. Laktace se nezlepšila u 8 matek (3 z TN, 5 z ÚPMD). U 23 matek se laktace nezměnila, z toho převážně z ÚPMD (16). To předpokládám, že souvisí s již ustálenou laktací. Většinou matek, které jsou dobře edukované o odšťikávání po porodu, se podaří laktaci spustit. Věnují-li se pravidelnému odšťikávání mléka, navštěvují své dítě, nestresují se, je laktace úspěšná. Množství tvorby mléka se po určité době ustálí.

Předposlední otázkou č. 18 jsem chtěla zjistit, jak matka na intermediárním oddělení mléko odšťikávala. 84 matek odšťikávala elektrickou odsávačkou (43 z TN, 41 z ÚPMD). Ručně odšťikávalo 6 matek, 9 ruční odsávačkou.

Poslední otázka je stanovená na základě hlavního cíle, zda matka má při propuštění z porodnice dostatek mateřského mléka pro své dítě. 77 % matek odpovědělo, že má dostatek mléka pro své dítě (41 z TN, 36 z ÚPMD). 20 matek má vlastní mateřské mléko, ale nemá ho dostatek, musí své dítě dokrmovat. Tři matky při odchodu z porodnice krmí své dítě umělou výživou. Z toho je jedna matka, která měla ze zdravotních důvodů zastavenou laktaci.

12 Vyhodnocení cílů

Hlavní cíl:

Zjistit, kolik dětí přijatých po narození na JIP odchází domů plně krmeno mateřským mlékem.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 70 % matek má dostatek mateřského mléka pro své dítě.

Hlavní cíl jsem zjišťovala v poslední otázce dotazníku. 77 % matek odpovědělo, že má dostatek mléka pro své dítě. Výzkumné šetření můj předpokládaný výsledek potvrdilo.

Dílčí cíle:

Cíl - 1:

Zjistit, jestli jsou matky edukované v prenatální poradně ohledně přípravy na kojení.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 75 % matek je edukováno ohledně přípravy na kojení.

První dílčí cíl byl zjišťován v otázce č. 8. Kladně odpovědělo pouze 26 matek, záporně 55 matek. Odpověď- Ne o všem zaškrtno 19 matek. Obě porodnice mají dost vyrovnané výsledky. Můj předpokládaný odhad, že je alespoň 75 % matek edukovaných se nepotvrdil.

Cíl - 2:

Zjistit, zda byly matky edukované s odstříkáváním a uchováváním mateřského mléka po porodu v porodnici.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 80 % matek je edukováno ohledně odstříkávání a skladování mateřského mléka.

V otázce č. 11 se ptám na informování o odstříkávání a skladování mateřského mléka. Podle dotazníku 88 % matek uvedlo, že bylo seznámeno s odstříkáváním, 12 % nebylo.

Při zpracovávání této otázky jsem si uvědomila, že jsem do této otázky měla napsat „po porodu“. Domnívám se, že matky otázku špatně pochopily, předpokládaly souvislost tohoto dotazu s předchozími otázkami, které se vztahovaly k prenatální poradně. S touto otázkou totiž souvisí další otázka, kdo je edukoval. Na tuto otázku všechny matky odpověděly. Při správném pochopení by byl výsledek jiný, mnohem lepší. Nicméně předpokládaný výsledek se potvrdil.

Cíl - 3:

Zjistit, zda matky byly spokojené s možností přijetí na intermediární oddělení následně po hospitalizaci na JIPu.

Předpokládaný výsledek: předpokládám, že 90 % matek je spokojených s možností přijetí na intermediární oddělení po hospitalizaci na JIPu.

Tento dílčí cíl zjišťuji v otázce č. 16, kde 92 % matek uvedlo kladnou odpověď, byla spokojená s pobytem na intermediárním oddělení. Odpověď, že nemůže posoudit, uvádí 8 matek. Zápornou odpověď neuvedla žádná matka. Z tohoto hodnocení matek je intermediární oddělení pro matky určitě velmi přínosné. Můj předpokládaný výsledek se potvrdil.

13 Diskuse

Moje práce je zaměřená na problematiku kojení na novorozeneckém JIPu. Oddělení matky a dítěte po porodu, špatný zdravotní stav, strach, bolest a stres negativně ovlivňují spuštění laktace. Včasná edukace o odstříkávání, pravidelný kontakt s dítětem, podpora a pomoc matce jsou faktory, které naopak pozitivně ovlivňují laktaci. Kojení či krmení vlastním mateřským mlékem má jednoznačně velké množství výhod.

Tlak společnosti na vyšší vzdělání, úspěšnost a kariéru doléhá nejen na muže, ale i na ženy. Přitom ideální fertilní věk u žen z gynekologického hlediska je považován mezi 20.- 25. rokem. Je známo, že se věk těhotných posouvá, a to přináší svá úskalí (problém s otěhotněním, hormonální léčba, IVF, vícečetná těhotenství, vyšší riziko potratů a vrozených vývojových vad). Po 35. roce bývá vyšší riziko zdravotních komplikací u matky - hypertenze, gestační diabetes, tromboembolická nemoc, různá psychiatrická onemocnění, tím jsou těhotenství více riziková, a pak mohou být i komplikace u porodu. Z výsledků vyplynul průměrný věk matek - 33 let, převážně se jednalo o prvorodičky. Vyšší věk může souviset i s problematikou patologického novorozence. Nemám však porovnání s průměrným věkem matek na oddělení šestinedělí s fyziologickými novorozenci. Z praxe můžu potvrdit, že „starší“ matky jsou vyrovnanější, zodpovědnější a informovanější, ale také mají větší strach o dítě, obavy, jak vše zvládnou, jsou úzkostnější.

Nejvíce porodů bylo v týdnech 32+1 - 36. Jedná se o předčasně narozené, nezralé novorozence. Předčasných porodů bohužel přibývá, bývají častěji i u vícečetných těhotenství,

kterých byla ve výzkumu necelá čtvrtina. To vše souvisí se současným stylem uspěchaného života, přemírou stresů a oslabením imunity nastávající matky. Předčasně narození jsou více ohroženi nemocemi, mají poruchy tělesného a psychického vývoje. Ze způsobů porodu převažovaly operační porody, ke kterým se přistupuje z důvodu ohrožení zdraví a života matky či dítěte.

Délka hospitalizace souvisí vždy se zdravotním stavem dítěte a jeho nezralostí. Čím nezralější dítě, tím delší hospitalizace. Potvrzuje to i nejdelší pobyt u dvojčat rozených v týdnu 23+5. Nezralé děti nemusí být vždy nemocné, jen potřebují více času a trpělivosti s péčí, aby vše dohnaly a zvládly jako donošené děti. Péče o extrémně nezralé je velmi specifická a náročná. V rozložení gestačních týdnů a délce hospitalizace jsou vidět rozdíly mezi TN a ÚPMD, což je dáno rozdílným typem porodnice. Rozdělení typů porodnic, a podle toho poskytovaná specifická péče, je výhodou našeho systému ve zdravotnictví.

Velkým překvapením pro mě bylo zjištění minimální edukace ohledně výhod a přípravy na kojení v době těhotenství v prenatálních poradnách. Z praxe ambulantních lékařů - gynekologů vím, že mají poměrně dost pacientek - těhotných, a je na ně málo času. Na dotazy maminkám samozřejmě odpovídají. Jinak pravděpodobně spoléhají, že je poměrně velká dostupnost informací a pacienti si vše zjistí sami. To potvrzují i odpovědi matek v dotazníku, zda si nějaké informace zjišťovaly samy. 91 % matek odpovědělo kladně. Nejvíce je využíván internet. Někdy je sporné, zda jsou informace dostatečně validní, zda jsou správně pochopené čtenářem. Informace si matky zjišťovaly i od kamarádek a z knih. Až na čtvrtém místě jsou uvedené informace od rodiny. Dříve se informace se předávaly zejména v rodině.

Výsledek o edukaci odstříkávání mléka dopadl dobře, avšak doplněním slova „po porodu“ by dopadl ještě lépe. Přesto mě výsledek potěšil. Matky jsou edukovány, a to jednoznačně ovlivňuje úspěšnost spuštění laktace. V ÚPMD výborně pracují laktační poradkyně, sestry informace doplňují. Sestry se věnují zejména dětem, laktační poradkyně matce pomáhají s laktací a podporují ji. V TN dobře informují sestry, uvedené laktační poradkyně byly pravděpodobně sestry, neboť laktační poradkyně v TN nejsou. Kromě edukace je důležitá i podpora kojení, povzbuzení, pomoc s odstříkáváním a je důležitá pro všechny matky po porodu. Výsledky dopadly výborně, téměř shodně v obou porodnicích, podporují zdravotníci i otcové dětí.

Kontakt s dítětem je důležitý pro matku i dítě, má pozitivní vliv na laktaci. U předčasně narozených dětí matky na návštěvách alespoň „klokánkují“, pokládají děti na svůj hrudník. Některé maminky navštěvovaly své děti i 2x denně. Přesunutí matek z gynekologické části na intermediární oddělení je velkou výhodou. Zde jsou s dítětem na společném pokoji a můžou se věnovat péči o dítě a kojení. Převažovaly matky z TN, což souvisí s převahou porodů lehce nezralých a donošených dětí.

Pro 92 matek byl pobyt na intermediárním oddělení přínosný. Ze zkušeností vím, že se matky bojí na své děti, obzvláště na nedonošené, sahat, aby jim neublížily. Mají-li matky možnost o své děti pečovat, sestry vše ukáží a vysvětlí, psychicky je podpoří, odchází matky domů daleko klidnější a vyrovnanější. Časný kontakt je důležitý i z hlediska vytváření vztahu matky a dítěte. I kojení u nezralých dětí vyžaduje více času a trpělivosti. Zajímavé je porovnání péče nezralých dětí v Irsku. Z vyprávění lékařů, kteří byli na stážích v Irsku, jsme se dozvěděli, že tam děti propouští domů, jakmile je jejich zdravotní stav stabilizovaný. Rodiče, zejména matky musí vše zvládnout. Mají sice možnost oslovit dětské sestry v komunitní péči, ale je to poměrně drahá, placená služba, kterou si každý tím pádem nemůže dovolit.

Zlepšení laktace po přijetí na intermediární oddělení souvisí nejen se zdravotním stavem a kontaktem s dítětem, ale i dobou po porodu. Proto se laktace zlepšila převážně u matek z TN. Do dvou týdnů po porodu se tvorba mléka ustálí, množství mléka se přizpůsobuje poptávce, a proto se u matek z ÚPMD nezměnila. I zde je vidět rozdíl mezi TN a ÚPMD. Odstříkávání je zpočátku doporučeno ruční, později při vyšší produkci mléka je pohodlnější odsávačka (ruční či elektrická). Většina matek používala na intermediárním oddělení elektrickou odsávačku.

Z výzkumu vyplývá, že 77 % dětí původně přijatých po porodu na JIP, odchází domů krmeno vlastním mateřským mlékem. Velmi dobrý výsledek. Při porovnání obou porodnic je o něco lepší výsledek u TN, což je dáno převahou lehce nezralých a donošených dětí. V ÚPMD mají proti TN extrémně nezralé děti a více dvojčat. Delší hospitalizace, delší strach o dítě, stres, nemožnost být stále se svým dítětem, rozhodně má vliv na laktaci.

V rámci této diskuse jsem prohlédla veřejně přístupné zdroje a nenašla jsem žádný výzkum zabývající se stejnou tematikou, se kterou bych mohla porovnat mnou získané výsledky.

14 Návrhy pro praxi

Z údajů, které jsem dotazníkovým šetřením zjistila, mi vyplynulo několik poznatků.

V prenatalních poradnách by se mělo více informovat o přípravě a významu kojení. V praxi se setkáváme například s problematikou vpáčených bradavek, kterou je možné řešit již v těhotenství formovači bradavek. U donošených dětí toto není takový problém, u nedonošených již ano. Součástí prohlídky těhotné by mohla být kontrola bradavek.

Informování o odstříkávání mléka po porodu v praxi funguje dobře, v obou porodnicích. V ÚPMD výborně pracují laktační poradkyně, které matkám předávají zkušenosti s odstříkáváním a kojením, a zároveň jsou pro matky psychickou podporou. Sestry na JIPu se věnují zejména náročné péči o děti. V TN sestry pečují o děti i edukují matky o odstříkávání. Laktační poradkyně by byly určitě přínosné, ulehčily by práci sestrám. Sestry navíc nemůžou opouštět JIP, a problém nastává zejména u matek po operačním porodu. Matka je na JIPu, nemůže časně vstávat jako matka po spontánním porodu. Trvá delší dobu, než se dostaví na novorozenecký JIP, a tím pádem není včas edukována. Laktační poradkyně by byla ideálním prostředníkem. Pro většinu matek je role mateřství nová, neznámá, ocení tedy jakékoliv rady a pomoc.

Včasná edukace po porodu ohledně odstříkávání, podpora matky, kontakt s dítětem je pár věcí, které vedou k úspěšnému spuštění laktace. Výsledkem je klidná, spokojená matka, která pro své dítě dělá to nejlepší, může ho krmit vlastním mateřským mlékem.

Intermediární oddělení z hlediska výzkumu potvrdilo svoji důležitost. Matky jsou rády za možnost pobytu na intermediárním oddělení a odcházejí domů s větší sebejistotou, že péči a krmení svého dítěte doma dobře zvládnou. Přes úsporná opatření pojišťoven má oddělení svůj velký význam.

15 Závěr

V teoretické části bakalářské práce popisují anatomii mléčné žlázy a fyziologii laktace. Nemalou část věnují problematice patologického novorozence. Třetí část teoretické části je zaměřená na kojení. Jeho významu a výhodám, technice, odstříkávání a skladování mateřského mléka, kojení na JIPu a alternativním způsobům krmení. Další podkapitoly jsou věnované laktačním poradcům, Laktační lize a mléčné bance.

V empirické části popisují výzkumný problém, cíle mého šetření a předpokládané výsledky, charakterizují výzkumný vzorek, metodiku a průběh šetření. V kapitole výsledky empirického šetření jsou grafická znázornění zjištěných výsledků, jejich vyhodnocení je shrnuto v další kapitole.

V diskuzi se zamýšlím nad souvislostmi výsledků a porovnávám výsledky obou porodnic. Péče v prenatální diagnostice a v neonatologii je u nás na vysoké úrovni. Díky ní máme výborné výsledky na světové úrovni z hlediska nízké kojenecké mortality. Edukace ohledně odstříkávání mléka a psychická podpora matky tuto péči ještě zlepšují. Mateřské mléko je to nejlepší, co matka svému dítěti může brzy po porodu dát.

Seznam použité literatury

Literatura

BOM, Paulien, HUBER, Machteld. *Průvodce péčí o děti od narození do 1 roku: výživa a péče*. 1.vyd. Hranice: Fabula, 2011. 167s. ISBN: 978-80-86600-87-1

DOKOUPILOVÁ, Milena, FIŠÁRKOVÁ, Barbora. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. Vyd.1. Praha: Portál, 2009. 315s. ISBN: 978-80-7367-552-3

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, BOREK, Ivo, et al. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd.1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403s. ISBN: 978-80-7013-447-4

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii, 2. část, Péče o novorozence*. Vyd.1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133s. ISBN: 978-80-7013-489-4

FIALA, Pavel, VALENTA, Jiří, EBERLOVÁ, Lada. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 173s. ISBN: 978-80-246-1491-5

MACKONOCHE, Alison, LEWIS, Sara. *Těhotenství, výživa a péče o miminko*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co, 2009. 511s. ISBN: 978-80-256-0155-6

MYDLILOVÁ, Anna. *Banka mateřského mléka a manipulace s mateřským mlékem*. In *Zásady správné výživy dítěte v 1. roce života – sborník přednášek praktickým lékařům pro děti a dorost*. 1. vyd. Praha: Český výbor pro UNICEF, 2000. s. 57-59.

MUNTAU, A. C. *Pediatric*. 1. české vydání, Praha: Grada Publishing, 2009. s. 608. ISBN:978-80-247-2525-3

NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, Karolinum, 2009. 416s. ISBN: 978-80-7262-612-0 (Galén), 978-80-246-1717-6 (Karolinum)

STOLLOWSKY, Lili. *Baby lexikon: 999 odpovědí na otázky kolem dětí: těhotenství, příprava na porod, první dny doma, budování vztahu s miminkem, kojení a umělá výživa, nadýmání a alergie*. Vyd.1. Praha: Grada, 2008. 336s. ISBN: 978-80-247-2104-0

VELEMÍNSKÝ, Miloš, ŽIŽKOVÁ, Blanka. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky těhotenství*. Praha: Triton, 2008. s. 341. ISBN: 978-80-7387-095-9

Časopisy

DROBNÁ, Helena, ČIHAŘ, Martin. *Dieta drogově závislé matky*. Česká gynekologie, roč. 74, S1/ 2009, s. 38- 40. ISSN: 1210-7832

CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdalena. *Kojení je hledání cesty k sobě navzájem*. OS Nedoklubko. Příručka o kojení a souvisejících věcech pro rodiče předčasně narozených dětí, 2009

MACKO, Josef. *Fortifikace (suplementace) mateřského mléka*. Neonatologické listy, roč. 15, č. 2/2009, s. 23- 28. ISSN: 1211-1600

MYDLILOVÁ, Anna. *Klobouček a jeho použití*. Mamita, roč. 6, č. 17/2006, s. 34. ISSN: 1214-1690

MYDLILOVÁ, Anna, VIGNEROVÁ, Jana, ŠÍPEK, Antonín. *Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000-2004*. Neonatologické listy, roč. 15, č. 2/2009, s. 11- 22, ISSN: 1211-1600

MYDLILOVÁ, Anna. *Orofaryngeální podání kolostra u nedonošených dětí*. Mamita, roč. 11, č. 40/2012, s. 16. ISSN: 1214-1690

MYDLILOVÁ, Anna. *Kojení, děti a mozek*. Mamita, roč. 8, č. 30/2009, s. 15. ISSN: 1214-1690

MYDLILOVÁ, Anna. *Odstříkávání mateřského mléka pro nedonošené dítě*. Mamita, roč. 5, č. 14/2005, s. 26-27. ISSN: 1214-1690

NOVÁKOVÁ, Dana. *Kojení, dětská nadváha a obezita*. Mamita, roč. 8, č. 27/2009, s. 21. ISSN: 1214-1690

OHYAMA M., WATABE H., HAYASAKA Y. *Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery*. Pediatrics International, 2010, č. 52, s. 39-43

ROSSMAN B., ENGSTROM J.L., MEIER P.P. *Healthcare Providers' Perceptions of Breastfeeding Peer Counselors in the Neonatal Intensive Care Unit*. Research in Nursing&Health, 2012, č. 35, s. 460-474

RULÍKOVÁ-VÍTKOVÁ, Klára. *Předčasné porody vícčetat*. Mamita, roč. 10, č. 39/2011, s. 28 – 29. ISSN: 1214-1690

SLUTZAH et al. *Refrigerator Storage of Expressed Human Milk in the Neonatal Intensive Care Unit*. Neonatologické listy, roč.2, č.16/2010, přeložila Mydlilová A., ISSN: 1211-1600

ŠÍPEK, Antonín et al. *Incidence vrozených vad u narozených dětí v České republice v období 1994-2010*. Neonatologické listy, roč. 19, č. 1/2013, s. 9-19. ISSN: 1211-1600

Internetové zdroje

<http://www.babyweb.cz/drogy-alkohol-v-tehotenstvi> (2. 9. 2013, 12:30)

<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=7> (20. 8. 2013, 10:16)

http://www.wikiskripta.eu/index.php/Vrozen%C3%A9_v%C3%BDvojov%C3%A9_vady
(7. 9. 2013, 15:05)

Použité zkratky:

a EEG – amplitudový elektroencefalograf

atd. – a tak dále

CNS - centrální nervová soustava

č. – číslo

ČR – Česká republika

FF – fyziologické funkce

HIE – hypoxicko-ischemická encefalopatie

HIV – anglická zkratka – Human Immunodeficiency Virus

ICUs – anglická zkratka – intensive care units

IgA – imunoglobulin A

IVF – in vitro fertilisation

JIP – Jednotka intenzivní péče

MM – mateřské mléko

např. – například

n-CPAP – anglická zkratka – Continuous positive airway pressure

ni – absolutní číslo

RDS – anglická zkratka – Respiratory distress syndrome

roč. – ročník

s. – soustava

str. – strana

TN – Thomayerova nemocnice

ÚPMD – Ústav pro péči o matku a dítě

vi – relativní číslo (%)

VV – vrozená vada

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1. Vyhodnocení položky č. 1.	35
Tabulka č. 2. Vyhodnocení položky č. 2.	36
Tabulka č. 3. Vyhodnocení položky č. 3.	38
Tabulka č. 4. Vyhodnocení položky č. 4.	39
Tabulka č. 5. Vyhodnocení položky č. 5.	40
Tabulka č. 6. Vyhodnocení položky č. 6.	44
Tabulka č. 7. Vyhodnocení položky č. 7.	46
Tabulka č. 8. Vyhodnocení položky č. 8.	48
Tabulka č. 9. Vyhodnocení položky č. 9.	50
Tabulka č. 10. Vyhodnocení položky č. 10.	52
Tabulka č. 11. Vyhodnocení položky č. 11.	54
Tabulka č. 12. Vyhodnocení položky č. 12.	56
Tabulka č. 13. Vyhodnocení položky č. 13.	58
Tabulka č. 14. Vyhodnocení položky č. 14.	60
Tabulka č. 15. Vyhodnocení položky č. 15.	62
Tabulka č. 16. Vyhodnocení položky č. 16.	64
Tabulka č. 17. Vyhodnocení položky č. 17.	66
Tabulka č. 18. Vyhodnocení položky č. 18.	68
Tabulka č. 19. Vyhodnocení položky č. 19.	70
Graf č. 1 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 1	35
Graf č. 2 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 1	36
Graf č. 3 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 1	36
Graf č. 4 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 2	37
Graf č. 5 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 2	37

Graf č. 6 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 2	37
Graf č. 7 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 3	38
Graf č. 8 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 3	38
Graf č. 9 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 3	38
Graf č. 10 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 4	39
Graf č. 11 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 4	39
Graf č. 12 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 4	39
Graf č. 13 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 5	40
Graf č. 14 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 5	40
Graf č. 15 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 5	40
Graf č. 16 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 6	44
Graf č. 17 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 6	45
Graf č. 18 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 6	45
Graf č. 19 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 7	46
Graf č. 20 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 7	47
Graf č. 21 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 7	47
Graf č. 22 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 8	48
Graf č. 23 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 8	49
Graf č. 24 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 8	49
Graf č. 25 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 9	50
Graf č. 26 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 9	51
Graf č. 27 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 9	51
Graf č. 28 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 10	52
Graf č. 29 - zobrazuje výsledek TN a ÚPMD u otázky č. 10	53
Graf č. 30 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 11	54

Graf č. 31 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 11	55
Graf č. 32 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 11	55
Graf č. 33 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 12	56
Graf č. 34 - zobrazuje výsledek TN a ÚPMD u otázky č. 12.....	57
Graf č. 35 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 13	58
Graf č. 36 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 13	59
Graf č. 37 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 13	59
Graf č. 38 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 14	60
Graf č. 39 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 14	61
Graf č. 40 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 14	61
Graf č. 41 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 15	62
Graf č. 42 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 15	63
Graf č. 43 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 15	63
Graf č. 44 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 16	64
Graf č. 45 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 16	65
Graf č. 46 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 16	65
Graf č. 47 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 17	66
Graf č. 48 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 17	67
Graf č. 49 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 17	67
Graf č. 50 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 18	68
Graf č. 51 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 18	69
Graf č. 52 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 18	69
Graf č. 53 - zobrazuje výsledek celkem u otázky č. 19	70
Graf č. 54 - zobrazuje výsledek TN u otázky č. 19	71
Graf č. 55 - zobrazuje výsledek ÚPMD u otázky č. 19	71

Seznam příloh

Příloha A Dotazník

Příloha B Souhlas s výzkumem TN

Příloha C Souhlas s výzkumem ÚPMD

Milá maminko.

Jmenuji se Kateřina Skuhrová a jsem studentkou 3.ročníku kombinovaného studia na 1.lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, obor Všeobecná sestra. Součástí ukončení studia je vypracování bakalářské práce a její obhajoba. Moje bakalářská práce je na téma: „**Problematika kojení na novorozeneckém JIPu.**“ K získání údajů na toto téma Vás prosím o chvílku zdržení a vyplnění následujícího dotazníku.

Dotazník je anonymní, výsledky budou použity pouze pro moji bakalářskou práci.

U každé otázky zakřížkujte písmeno odpovědi nebo doplňte, prosím, jednu odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci!

1. Kolik Vám je let?
2. Kolikátý je toto porod?
3. Porod byl v týdnu:
4. Porod byl:

A
B

 spontánní
operační
5. Jednalo se o vícečetné těhotenství:

A
B

 ano
ne
6. Důvod přijetí Vašeho dítěte na JIP:

A
B
C
D
E

 předčasný porod
infekce
zhoršená poporodní adaptace
operace
jiné, jaké:
7. Celková délka pobytu Vašeho dítěte v porodnici k dnešnímu dni: dnů
8. Byla jste v době těhotenství seznámena v prenatální poradně o důležitosti a výhodách kojení, s péčí o prsa, stravě při kojení, kontrole bradavek?

A
B
C

 ano
ne
nebyla jsem informována o všem
9. Zjišťovala jste si nějaké informace i sama?

A
B

 ano
ne
10. Pokud ano, od koho:

A
B
C
D
E

 rodina
kamarádka, známá, sousedka
kniha
internet
jinak, jak?
11. Byla jste informována o odšťikávání a uchovávání mateřského mléka?

A
B

 ano
ne

12. Po porodu jste byla seznámena s odšťikáváním a uchováváním mateřského mléka od:

- | | |
|---|-------------------------------|
| A | sestry (porodní asistentky) |
| B | lékaře |
| C | laktační poradkyně |
| D | někoho jiného, od koho? |

13. Podporoval Vás zdravotnický personál v odšťikávání/kojení po celou dobu pobytu v porodnici?

- | | |
|---|-----------------------|
| A | pravidelně |
| B | občas |
| C | nikdo mě nepodporoval |

14. Podporoval Vás otec dítěte v kojení?

- | | |
|---|----------|
| A | ano |
| B | částečně |
| C | ne |

15. Po Vašem propuštění jste jezdila na návštěvy na JIP za Vaším děťátkem:

- | | |
|---|---|
| A | více než 1x denně |
| B | 1x denně |
| C | 1x za 2 dny |
| D | méně než 1x za 2 dny |
| E | byla jsem přijatá přímo na intermediární oddělení |

16. Myslíte si, že možnost pobytu na intermediárním oddělení před propuštěním Vašeho dítěte domů byla přínosná, byla jste spokojená?

- | | |
|---|-----------------|
| A | určitě ano |
| B | nemohu posoudit |
| C | ne |

17. Zlepšila se laktace po Vašem přijetí k děťátku na intermediární oddělení?

- | | |
|---|--------------|
| A | ano |
| B | ne |
| C | nezměnila se |

18. Během pobytu na intermediárním oddělení jste odšťikávala:

- | | |
|---|------------------------|
| A | ručně |
| B | ruční odsávačkou |
| C | elektrickou odsávačkou |

19. Nyní odcházíte domů, máte dostatek mateřského mléka pro Vaše dítě?

- | | |
|---|--|
| A | ano, dítě je plně kojeno, popřípadě dokrmuji mým mateřským mlékem |
| B | nemám dostatek mateřského mléka, je potřeba dokrmovat umělou výživou |
| C | krmíme jen umělou výživou |

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.



**THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Kateřina Skuhrová

Kontaktní adresa: Praha 10, Chudenická 1068/1

Telefon: 603 569 929 e-mail: katerina.skuhrova@volny.cz

Škola/Fakulta: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

obor studia: Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Problematika kojení na novorozeneckém JIPu

Způsob provedení sběru dat: dotazníkové šetření Termín sběru: červen – září 2013

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: Novorozenecké oddělení- JIPN

Presentace dat: bakalářská práce

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum 31. 5. 2013

Podpis:

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

Datum: 31. 5. 2013

THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
NOVOROZ. ODD. S JIPN
primář doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D.
KUDLAČKOVÁ JANA
vrchní sestra
novorozenecké odd. s JIP

Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA
Thomayerova nemocnice
Videňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč
Náměstek pro nelékařskou zdravotnická
oblast
Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ

IČO

TELEFON

FAX

E-MAIL

Žádost o provedení výzkumného šetření

ÚPMD

K rukám hlavní sestry Gabriely Kalouskové

Podolské nábřeží 157

147 00 Praha 4

Vážená paní Kalousková.

Žádám Vás o souhlas s provedením výzkumného šetření, které využiji ve své bakalářské práci. Jsem studentka 3. ročníku 1. lékařské fakulty UK v Praze, obor Všeobecná sestra. Bakalářskou práci píši na téma „Problematika kojení na novorozeneckém JIPu“. Ke zpracování výzkumné části potřebuji shromáždit data, která získám pomocí dotazníkového šetření. Ráda bych do výzkumu zařadila maminky z Vašeho intermediárního oddělení pediatrie. Dotazník je pro maminky, jejichž děti byly hospitalizované po porodu na JIPu. Ráda bych jim dotazník předávala před jejich propuštěním domů. Výzkumné šetření by mělo probíhat v období červen - září 2013.

Budete-li mít zájem, s výsledky svého šetření Vás ráda seznámím.

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti a jsem s pozdravem

Kateřina Skuhrová



Kontakt: katerina.skuhrova@volny.cz

Mobil: 603569929

*Snad se Vám s předkládanou
dotazníkem a budu ráda
s výsledky.*

GABRIELA KALOUSKOVÁ

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKY A DĚTĚ
Podolské nábřeží 157
PSČ 147 00 PRAHA 4 - PODOLÍ

*Snad se Vám
6/6 2013*

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 1**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis