

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Edukace matek na novorozeneckém oddělení
v péči o fyziologického novorozence

Bakalářská práce

Autorka práce: **Hana Píchová**

Vedoucí práce: **Mgr.Eva Vachková**

2013

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

EDUCATION OF MOTHERS TO NEONATAL WARDIN
THE CARE OF NORMAL NEWBORN

Bachelor's thesis

Author: **Hana Píchová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2013

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Poděkování:

Chtě bych poděkovat všem, kteří byli nápomocni při vypracování mé bakalářské práce. Děkuji Mgr. Evě Vachkové za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a laskavý přístup. Dále bych ráda poděkovala kolektivu dětských sester Novorozeneckého oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. za pomoc při distribuci a sběru dotazníků.

Můj dík patří v neposlední řadě i mé rodině, která mi byla oporou v průběhu celého studia.

Obsah:

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Edukace	10
1.1 Vymezení základních pojmů	10
1.2 Typy edukace.....	11
1.3 Formy edukace	11
1.4 Zásady správné edukace	12
1.5 Osobnost edukátora	13
1.6 Edukace a pacient	13
1.7 Edukační proces.....	14
1.8 Komunikace v edukačním procesu.....	14
1.9 Fáze edukačního procesu.....	16
1.10 Cíle edukace	16
2 Novorozenecké oddělení	18
2.1 Novorozenecké oddělení	18
2.1.1 Rozdělení novorozeneckých oddělení do skupin	18
2.2 Rooming-in.....	19
2.3 Poporodní bonding	20
3 Novorozenecké období	21
3.1 Charakteristika novorozeneckého období	21
3.2 Fyziologický novorozenec.....	22
4 Poporodní péče	25
4.1 Obecný popis péče o fyziologického novorozence po porodu	25
4.2.1 Hodnocení poporodní adaptace dle Apgarové	27

4.2.2	Ošetření pupečního pahýlu po narození	27
4.2.3	Péče o dýchací cesty	28
4.2.4	Měření a vážení novorozence	28
4.2.5	Kredeizace	28
4.2.6	Postup při identifikaci novorozence	29
4.3	Následná péče o novorozence na neonatologickém oddělení	30
4.3.1	Koupání novorozence	30
4.3.2	Péče o pupeční pahýl	30
4.3.3	Péče o ušní boltce, nos, vlásky, pokožku, prsty, nehty, kůži, genitál.....	31
4.3.4	Prevence krvácivé nemoci	33
4.3.5	Péče o vyprazdňování – stolici	33
4.3.6	Přebalování novorozence.....	34
4.3.7	Oblékání novorozence	35
4.3.8	Manipulace s novorozencem + polohování.....	33
4.3.9	Výživa novorozence	36
4.3.10	Denní a noční režim novorozence	41
4.4	Propuštění z porodnice, návštěva pediatra a péče v domácím prostředí	41
	SHRNUTÍ	42
	PRAKTICKÁ EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
	Cíle empirické části	43
	Metodika a charakteristika zkoumaného souboru	43
5	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ MATEK	45
6	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZDRAVOTNÍCH SESTER.....	70
7	DISKUZE	94
	ZÁVĚR	101
	ANOTACE	106
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	105

SEZNAM PŘÍLOH.....	111
PŘÍLOHY.....	111

ÚVOD

„Nikdy skutečně neporozumíte lidské povaze, dokud nepochopíte, proč dítě na kolotoči při každé otočce zamává své matce – a ta mu vždy zamává nazpět!

Príslovi

Edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence představuje dnes již nedílnou součást péče o matku, stojící před odpovědnou rolí – osvojením si základních vazeb k miminku (děťátku). Cílem bakalářské práce je popsání jednotlivých sekvencí edukačního procesu a na základě kvantitativní metody zmapování edukačního procesu. V teoretické části této bakalářské práce jsem se snažila popsat jednotlivé termíny a přesněji vysvětlit jejich obsah, naopak v části praktické bylo použito praktické hodnocení z poznatků získaných přímo z běžné praxe, jak jednotlivých edukátorek působících na novorozeneckých odděleních, tak i přímo dotyčných edukantek. Bakalářská práce s tímto termínem byla z mé strany vybrána záměrně, neboť zastávám tvrzení, že během posledních třicet let došlo v edukačním procesu na novorozeneckém oddělení k velkému pokroku.

Problematiku jsem začala více vnímat během mého studia díky zoufalým otázkám maminek: „Sestřičko, co mám dělat, ona má asi hlad, proč se pořád tak divně škube, jak ho mám kojit?“ Tyto a další otázky jsem slychala velice často, a proto jsem začala hledat odpovědi u profesionálně starších kolegyň, ale i v odborných knihovnách.

Postupem času, po pátrání v odborné literatuře, mi bylo naprosto jasné, že teorie zdaleka nepostačuje, popř. v podmínkách českého zdravotnictví chybí literatura týkající se přímo edukace matek na novorozeneckých odděleních.

TEORETICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce uvádím základní pojmy související s edukací, charakteristikou novorozeneckého oddělení, novorozeneckého období a poporodní péčí o novorozence.

1 Edukace

1.1 Vymezení základních pojmů

Edukace (*eddo, educare*) je termín pocházející z latinského jazyka, v nejobecnějším smyslu proces, kdy dochází k nějakému učení (Průcha, J., 1997). Edukaci nemocného (nebo edukaci v nemocnici) můžeme tedy definovat jako výchovu nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při které přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Zároveň slouží ke zlepšení spolupráce klienta se zdravotnickým týmem.

Edukace je nedílnou součástí ošetřovatelství.

Edukant – je ten, kdo se něčemu učí – např. žák nebo pacient, instruovaný zdravotníkem atd. (Mužík, J., 1998).

Edukátor – je ten, kdo někoho edukuje, tedy osoba, která nějakým způsobem vyučuje a instruuje, ale zároveň plánuje, organizuje, realizuje a vyhodnocuje výchovný nebo vzdělávací program. Může to být jak lékař, tak zdravotní sestra i jiná patřičně vzdělaná osoba. Musí si však uvědomit, koho bude edukovat – jeho věk, pohlaví, národnost, intelekt, vzdělání, hendikep. Proč bude člověka edukovat, co ho chce naučit. Kdy edukovat – v jaké části dne, v jakých časových intervalech a v jakém rozsahu. Jaké zvolí metody a postupy, kterými bude edukovat, a jaké podmínky vytvoří (dostatečná příprava prostředí a pomůcek). Zároveň je nutné také myslet na očekávané výsledky edukace.

Edukace reprezentuje pojmy: **výchova, vzdělávání, vzdělanost**

Výchova – má jasně definovaný cíl, vymezené učivo, optimální metody a jejich alternativy pro specifické případy pacientů/klientů a systém kontroly.

Vzdělávání – je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělávání, kvalifikace.

Vzdělanost – odráží celkovou úroveň vzdělání v sociální skupině, státě či národě. Pojem vzdělanost v sobě také zahrnuje i úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství atd. (Juřeniková, P., 2010., str. 9).

1.2 Typy edukace

Základní – se provádí při nově diagnostikovaném onemocnění v případech, kdy pacient není vůbec o problémech informován.

Komplexní – edukační kurzy pro určité diagnózy postihující pacienta celoživotně a zasahující do stravovacích zvyklostí, do pohybového režimu; zahrnuje i některé ošetrovatelské výkony.

Reedukace – pokračující, rozvíjející a napravující. Navazuje na předcházející znalosti, opakuje a aktualizuje je, event. poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám (Svěráková, M., 2012, str. 34).

1.3 Formy edukace

Po formální stránce se edukace provádí dvěma základními způsoby, a to individuálně a skupinově.

Individuální edukace je vhodnou možností, jak navodit velmi úzkou spolupráci mezi nemocným a zdravotníkem – můžeme přísně individualizovat plán edukace, a stejně tak ho okamžitě přizpůsobit jeho stavu a průběhu onemocnění. Nevýhodou je značná časová náročnost.

Skupinová edukace vyžaduje od edukátora odlišný přístup proti individuálně prováděné edukaci. Je nutné více řídit diskusi, vyrovnávat rozdíly ve schopnostech učit se a chápat u jednotlivých členů skupiny a podporovat aktivitu všech zúčastněných. Nevýhodou je nemožnost individualizovaného přístupu.

Ať je edukace prováděna individuálně, nebo skupinově, každý, kdo ji provádí, by si měl uvědomit, že prvním stupněm úspěchu je **trpělivost**. Zvláště pak u nově diagnostikovaných pacientů si musíme být vědomi toho, že to, co nám připadá už samozřejmé, není samozřejmé pro pacienta. Dalším stupněm úspěchu je pak víra a důvěra ve zdravotnický tým, který léčbu a edukaci provádí.

Úspěšnost edukace závisí na povaze samotného onemocnění, na disciplinovanosti a znalosti pacienta, na kvalitě a zájmu zdravotnického týmu.

1.4 Zásady správné edukace

Nedílnou součástí správné edukace a současně základním předpokladem její účinnosti je *motivace nemocného*. *Jazyk edukace* by měl být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného. *Systém* by měl být použit od základního k podrobnému, od jednoduchého ke složitému. V *názornosti* by se mělo využívat modelových situací, kdy se snažíme využít informací z vlastních zkušeností nemocného. Ke *konkrétním cílům* můžeme pacienta více motivovat, vtáhnout jej více do léčby. Raději si stanovíme snadněji dosažitelné cíle, u nichž je pravděpodobné, že jich nemocný dosáhne. Je vhodné nacvičování situací, aktivní spoluúčast nemocného a opakování dovedností do dosažení potřebného stupně dokonalosti. Nejčastější *chybou* je monolog lékaře nebo sestry, nerespektování individuality nemocného, použití jazyka se spoustou odborných výrazů, mnoho teorie a málo praxe.

1.5 Osobnost edukátora

Zdravotník v roli edukátora plní roli poskytovatele vědomostí a zkušeností. Zároveň je poradcem a podporovatelem edukanta. Edukátor je též vůdcem a projektantem edukace, diagnostikem edukačních potřeb edukanta, realizátorem edukace a plní i úlohu hodnotitele. Současně je v celém edukačním procesu i koordinátorem (Juřeníková, P., 2010, str. 69).

Sestra v roli edukátorky by měla mít: dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti, empatii, snahu a ochotu pomoci klientovi, dobré verbální a neverbální komunikační schopnosti, zájem o klienta, umět navázat kontakt a získat důvěru klienta a současně umět motivovat klienta a získat jej pro spolupráci.

Edukační sestra klientovi nabízí:

- informace o nemoci a zdravotním stavu se zřetelem na svoje kompetence, informace o diagnostických a terapeutických postupech (např. příprava, průběh), seznámení klienta se zdravotnickým zařízením
- poučení o správné životosprávě a rizikových faktorech, které mají negativní vliv na zdraví člověka
- edukační materiály (literatura, brožury, letáky)
- získání nových dovedností a zručností při jejich provádění
- rady, návody, doporučení

1.6 Edukace a pacient

Pacient, kterému se vlivem závažného onemocnění, či úrazu změnila podmínka života, se musí naučit ve změněných podmínkách žít. Lékař, ale především zdravotní sestra může pacientovi pomoci vybudovat si nové stereotypy. Aby k tomu mohlo dojít, musí být splněno několik podmínek:

- pacient má právo na edukaci, má právo získat odpovídající úroveň informací o svém zdravotním stavu a o léčebném režimu
- aby se pacient mohl kvalifikovaně rozhodnout pro změnu životního stylu, musí být náležitě informován o svém zdravotním stavu, musí znát příčiny onemocnění, možnosti odstranění příčin a způsobu léčby
- pacient by měl pochopit svou roli v péči o svoji osobu a měl by cítit určitou míru zodpovědnosti za své zdraví
- při efektivní edukaci je potřeba redukovat pacientovy pocity úzkosti a nejistoty a obavy z budoucnosti
- je nutné dodat pacientovi určitou dávku reálného optimismu a poskytnout mu „návod“ na životní styl odpovídající jeho zdravotnímu stavu (Svěráková, M., 2012, str.28)

1.7 Edukační proces

Edukačním procesem v ošetrovatelství rozumíme takové činnosti, kdy se jeden subjekt (klient) učí novým poznatkům a druhý subjekt (edukátor) mu toto učení zprostředkovává. Klient by měl získat nové informace, měl by je pochopit a umět ve svém životě použít. Měl by si osvojit určité dovednosti jak v činnosti teoretické (např. rozhodování v problémových situacích), tak v činnosti praktické (např. aplikace léčebných úkonů) a získat nové návyky.

1.8 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je obecně dorozumívání a je nedílnou součástí edukace. Komunikace v edukačním procesu patří do sociální komunikace, kterou lze definovat jako proces výměny, odevzdávání a přijímání zpráv mezi dvěma nebo více lidmi.

Mezi základní požadavky na komunikaci řadíme zřetelnost, stručnost, správnost, zdvořilost a úplnost. Lidé spolu komunikují za účelem výměny informací, ovlivňování

chování lidí nebo ovlivňování mezilidských vztahů. Důležité není jen to, co říkáme, ale jak i to, jak to říkáme.

Komunikaci nejčastěji dělíme na **verbální** (komunikace slovem, písmem a dalšími symboly) a **nonverbální** (komunikace beze slov).

Verbální komunikace je vývojově mladší než komunikace nonverbální. Patří sem vyjadřování pomocí slov a symbolů. Při vedení vzájemné komunikace bychom měli dbát na to, aby komunikace byla jednoduchá, výstižná, dobře načasovaná a přizpůsobena schopnostem a znalostem člověka, se kterým ji vedeme. Při komunikaci s klientem bychom měli dávat přednost českým výrazům před odbornými termíny a dbát na spisovný jazyk a gramatiku. Při slovním projevu musíme mít vždy na paměti, proč komunikujeme (neodbíhat od tématu), ke komu mluvíme (laik, odborník), kde, kdy a jakou dobu máme na komunikaci vyhrazenou. Při verbální komunikaci využíváme zvukové prostředky řeči jako hlasitost, výšku tónu řeči, rychlost řeči, pomlky a délku projevu, kterou musíme přizpůsobit edukantovi.

Nonverbální komunikace je vývojově starší, probíhá na neuvědomělé úrovni. Bývá označována jako řeč těla. Vyjadřujeme jí svoje postoje, prožívání, emoce, doplňujeme verbální projev a zesilujeme tím jeho účinek. K nonverbální komunikaci se řadí *proxemika* – zaměřena na význam vzdáleností, *mimika* – zaměřena na pohyby obličejových svalů, *gestika* – zaměřena na pohyby a postavení prstů, paží, nohou a hlavy, *haptika* – zaměřena na význam doteků, *pohled z očí do očí*, *posturologie* – zaměřena na postoje a postavení celého těla a *úpravu zevnějšku*, který zanechává ve druhé osobě dlouhodobý dojem.

Komunikace v edukačním procesu zprostředkovává výměnu informací, zkušeností, motivů, postojů a emocí. Umožňuje vzájemný kontakt a působení mezi účastníky edukace, ovlivňuje účastníky edukačního procesu a je hlavním prostředkem k uskutečnění edukace (Juřeníková, P., 2010).

1.9 Fáze edukačního procesu

1. *Posuzování*: v této fázi se zaměřujeme na anamnézu, sběr dat a informací o nemocném, analyzujeme klientovy schopnosti učit se, posuzujeme potřeby klienta, zda získat, či si rozšířit vědomosti, dovednosti a návyky.

2. *Stanovení edukační diagnózy*: zaměřujeme se na identifikaci problémů klienta – sestra přesně specifikuje vědomosti, dovednosti, návyky, které klient nemá, ale měl by mít.

3. *Plánování*: sestra stanovuje priority edukace, volí metody, vybírá obsah, plánuje učivo, stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní.

4. *Realizace*: naplánované vyučovací strategie probíhají tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem klienta.

5. *Zhodnocení*: zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si klient osvojil požadované vědomosti a dovednosti, zhodnocení efektivnosti edukačního plánu, zápis o edukaci klienta.

1.10 Cíle edukace

Cíle edukace jsou předpokládané očekávané změny v chování klientů, kterých se má edukací dosáhnout. Čím přesněji jsou cíle formované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit učební činnost. Konkrétní vymezení cílů umožňuje objektivnější kontrolu výsledků edukační činnosti a operativní diagnostiku změn ve struktuře vědomostí, dovedností, návyků, postojů a názorů edukačního procesu.

Cíle nebo očekávaný výsledek stanovíme v oblasti:

- *Kognitivní* (poznávací – vzdělávací), kdy cíle zahrnují oblast vědomostí, intelektových schopností, poznávacích schopností, např. vnímání, paměť, myšlení.

- *Psychomotorické* (zručnost, návyk – dovednost) cíle tvoří oblast motorických dovedností a návyků za účasti psychických procesů, např. používání pomůcek a obsluha přístrojů. Tvoří hlavní náplň praktických cvičení.

- *Afektivní* (postojové – výchovné) cíle zahrnují oblast citovou, postoje, hodnotové orientace a sociálně komunikační dovednosti. Jejich dosažení je hlavním záměrem výchovy.

Stanovení cíle by mělo být formulováno srozumitelně, jasně a jednoznačně. Důležitá je kontrolovatelnost cílů, aby bylo možné porovnat dosažené výsledky s vytyčenými cíli a vyhodnotit, zda bylo cíle dosaženo, či nikoli (Mastiliaková, D., 2002, str. 187).

Edukační cíle můžeme charakterizovat, jako očekávaný výsledek, kterého chceme u jedince dosáhnout. Tento výsledek je kvalitativní a kvantitativní změna v edukovaných vědomostech, dovednostech, postojích, návycích a hodnotové orientaci.

Edukace pediatrem a dětskou sestrou by měla být pro matky srozumitelná, pochopitelná a odpovídající jejich potřebám. Měla by obsáhnout všechny potřebné informace k péči o novorozence. Osoba provádějící edukaci by měla být vstřícná, chápavá, neměla by se bránit případným dotazům ani praktickému nacvičování dovedností.

2 Novorozenecké oddělení

2.1 Novorozenecké oddělení

Novorozenecké oddělení je klasifikováno jako odborné pracoviště, které poskytuje v prvních dnech po narození péči fyziologickým i rizikovým (patologickým) novorozencům a jejich matkám. Pracovní kolektiv je většinou tvořen týmem lékařů-specialistů, kvalifikovaných pro péči o novorozence a týmem dětských sester. Oddělení bývají akreditovanými pracovišti, poskytujícími péči a pomoc v oboru *neonatologie*¹.

2.1.1 Rozdělení novorozeneckých oddělení do skupin

Novorozenecká oddělení se hierarchicky dělí do tří skupin na:

- pracoviště I. stupně – zajišťují péči o fyziologického novorozence
- pracoviště II. stupně – zajišťují péči i o novorozence se středně těžkou adaptací
- pracoviště III. stupně (perinatologická centra) – zajišťují intenzivní péči i pro novorozence s těžkou adaptací

Pracoviště I. stupně

Pracoviště I. stupně, nebo též regionální pracoviště, zajišťují poporodní péči o zdravé nebo jen lehce komplikované novorozence. Obvykle jsou součástí porodnic. V roce 2006 bylo v ČR 115 novorozeneckých oddělení.

Pracoviště II. stupně

Pracoviště II. stupně, nebo též intermediární pracoviště, jsou obvykle spádovými pracovišti pro pracoviště I. stupně. Zajišťují péči o novorozence se středně těžkou adaptací, nejčastěji o předčasně narozené děti narozené po 32. týdnu těhotenství. Jsou schopna zajistit krátkodobou

podporu dýchání, nemají však vybavení pro dlouhodobou intenzivní péči. Takovýchto pracovišť bylo v roce 2006 v ČR 7.

Pracoviště III. stupně

Pracoviště III. stupně, nebo též perinatologická centra, poskytují péči novorozencům s těžkou adaptací včetně nejzávažnějších případů. Tato pracoviště mohou zajistit i dlouhodobou intenzivní péči včetně umělé plicní ventilace. Na některých pracovištích je i možnost zajistit mimotělní okysličování krve. Takovýchto pracovišť bylo v roce 2006 v ČR 12. Velmi výhodný je při hrozícím předčasném porodu převoz matky na pracoviště II. nebo III. stupně, kde se novorozenci dostane ihned po porodu adekvátní péče. Tento tzv. transport *in utero* (lat. v děloze) podstatně zvyšuje naději novorozence nejen na přežití, ale i na minimalizaci následků. Neonatologie bývá vystavována kritice, že umožňuje přežití i těžce postiženým dětem, a tím zvyšuje zátěž pro systém zdravotní a sociální péče. Podle statistik (*ústní sdělení*) však počet zdravotně postižených dětí v důsledku špatné poporodní adaptace zůstává stejný – neonatologie umožňuje přežít i těžce postiženým, kteří by bez péče zemřeli, ale zároveň díky péči neonatologů mnohé děti, které by skončily se zdravotním postižením, pokračují do dalšího života s minimálním nebo s žádným poškozením.

2.2 Rooming-in

Termín rooming-in lze popsat jako pobyt matky společně s novorozencem od první chvíle po narození až po odchod do domácí péče. Jedná se o nejlepší stimulaci novorozence, kdy aktivní rooming-in má pozitivní vliv na samotného novorozence i na matku. Jejich společnými dotyky dochází nejen k upevnění životně důležité vazby matka-dítě, ale dochází i ke stimulaci a včasnější tvorbě mateřského mléka. Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že maminka bude časně a dlouho kojit.

Rooming-in nebyl začátkem tohoto století zdomácnělý pojem. Musíme podotknout, že se příliš neprosazoval, o čemž svědčí i 3 – 6 lůžkové pokoje, kdy dětská sestra přinášela miminko pouze na kojení a veškerá hygiena dítěte, přebalení dítěte, byla prováděna dětskými

sestrami a matky byly hromadně edukovány a řádný kontakt dítě-matka byl proveden až při opouštění novorozeneckého oddělení.

Rooming-in je plně prosazován až s nástupem 21. století. V současnosti tento způsob péče o novorozence prosazují všechna neonatologická oddělení.

2.3 Poporodní bonding

Poporodní bonding je všeobecně málo známé slovní spojení, vyjadřuje však praktiku, která se v našich porodnicích už stala samozřejmostí. Jedná se položení novorozence ihned po porodu na pokožku matky (*rodičky*) s doporučením nechat ho přisát k prsu matky (*dovolí-li to zdravotní stav rodičky*). Novorozenec přijímá teplo matky, uklidní se a jeho kůže je kolonizována kožní florou matky. V případě, že matka není tohoto kroku schopna, je vhodné, aby toto provedl otec matky, kdy účinek na kůži je totožný (viz příloha obrázek č. 1).

3 Novorozenecké období

3.1 Charakteristika novorozeneckého období

V rámci novorozeneckého období se někdy vymezuje časné novorozenecké období – od narození do 7. dne života – a pozdní novorozenecké období – od 8. do 28. dne života (Lebl a kol., 2003).

Narozením živého dítěte se rozumí jeho úplné vypuzení nebo vynětí z matčina těla za předpokladu, že dítě projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost 500 g a vyšší, nebo porodní hmotnost nižší než 500 g, přežije-li 24 hodin po porodu.

Známkami života se rozumí dech nebo akce srdeční nebo pulzace pupečníku nebo aktivní pohyb svalstva, i když pupečník nebyl přerušen nebo placenta nebyla porozena (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

V roce 1994 byla vzájemnou domluvou České neonatologické společnosti a České gynekologicko porodnické společnosti ve shodě se světovým trendem ustanovena hranice reálné životaschopnosti plodu na 24. týden těhotenství (Borek a kol., 2001).

Porod je ukončení těhotenství narozením živého, nebo mrtvého dítěte. Jedná se o přirozený proces. Při porodu by se měl volit kompromis mezi přirozeným průběhem porodu a zásahy lékaře a porodní asistentky do jeho průběhu. Samozřejmě je nezbytné monitorování stavu plodu, díky kterému se včas odhalí komplikace. Porod se v dnešní době stává často rutinní záležitostí plnou medikací i umělých zásahů a přirozenost lze spatřit většinou pouze ve výběru porodního boxu a úlevových poloh.

Již od samého narození je velice důležité pěstovat vztah matka–dítě. Proto by se po porodu nemělo dítě od matky oddělovat. Kontakt „skin-to-skin“ ihned po porodu velice dobře podporuje laktaci. Důležité je také ošetřování matky a dítěte na společném pokoji – systém rooming-in.

3.2 Fyziologický novorozenec

Novorozenec je dítě od okamžiku porodu do dokončeného 28. dne po porodu. Je zdravý, zralý, narozený v termínu s hmotností v rozmezí 2 500–4 500 gramů, obvodem hlavy 32–37 cm, tělesnou teplotou v axile mezi 36,4–36,8 °C, v rektu 36,6–37,2 °C. Frekvence dechů se pohybuje v rozmezí 30–60/min., tepová frekvence kolem 120–140 tepů za minutu, tlak krve 50–75/30–45 mm Hg (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

Viz obrázek č. 2

Hlava dítěte je relativně větší než v pozdějším věku, zaujímá 1/4 celkové plochy těla. Rozlišujeme na ní malou a velkou fontanelu, které nás mohou informovat o stavu dítěte. Malá fontanela se uzavírá na konci těhotenství až do 2. měsíce věku. Velká fontanela podává informace o stavu dítěte v novorozeneckém věku a kojeneckém věku. Pokud je vkleslá, jde o dehydrataci, pokud je vyklenutá, jedná se o zvýšení intrakraniálního tlaku. Uzavírá se kolem 1. – 2. roku věku.

Pupečník je u nedonošených dětí silný, rosolovitý, u dětí narozených v termínu je silný a ve středu břicha. U zralých chlapců jsou varlata sestouplá ve skrotu při porodu, u děvčat labia majora kryjí labia minora. Končetiny má novorozenec ve flexi, pohyby jsou symetrické. Správně funguje močení, defekace, je plně rozvinuté sání a polykání (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

Klasifikace novorozence, stanovení gestačního věku

Novorozence je možné bezprostředně po porodu zařadit do skupin, které mají vysokou výpovědní hodnotu z hlediska posouzení prenatálního vývoje, ale i z hlediska prognózy možné morbidity nebo mortality.

Gestační věk lze stanovit 3 způsoby:

- somatickými kritérii
- neurologickým vyšetřením
- kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření

Somatická kritéria se hodnotí podle Ballardova skóre, neurologická kritéria podle polohy dítěte a výbavnosti reflexů. Nejpřesněji se gestační věk odhaduje kombinací fyzikálního a neurologického vyšetření. Hodnotí se 6 znaků somatické zralosti a 6 znaků neurologického vývoje. Součet bodů z obou skóre odpovídá příslušnému týdnu gestačního věku.

Novorozence klasifikujeme dle délky těhotenství, dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku a dle zralosti (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

Klasifikace dle délky těhotenství

Novorozence podle délky těhotenství dělíme na:

- narozené před termínem (nedonošené), gestační věk pod 38. týdnem
- narozené v termínu (donošené), gestační věk mezi 38.–42. týdnem
- narozené po termínu (přenášené), gestační věk nad 42. týdnem

Klasifikace dle vztahu porodní hmotnosti ke gestačnímu věku

Novorozence podle vztahu porodní hmotnost – gestační věk dělíme na:

- eutrofické – stav výživy odpovídá gestačnímu věku
(pohybuje se mezi 10.–90. percentilem pro daný gestační věk)
- hypotrofické – porodní hmotnost je nižší než odpovídá gestačnímu věku
(pod 10. percentilem)
- hypertrofické – porodní hmotnost je vyšší než odpovídá gestačnímu věku
(nad 90. percentilem)

Klasifikace dle zralosti

Novorozence podle zralosti dělíme na:

- extrémně nezralé – narozené do 28. týdne gestace, s hmotností 500–999 gramů = ELBW – extrémně nízká porodní hmotnost
- velmi nezralé – do 32. týdne gestace, s hmotností 1000–1499 gramů = VLBW – velmi nízká porodní hmotnost

- středně nezralé – do 34. týdne gestace, s hmotností 1500–1999 gramů = LBW – nízká porodní hmotnost
- lehce nezralé – do 38. týdne gestace, s hmotností 2000–2499 gramů = LBW – nízká porodní hmotnost. (Fendrychová, Borek a kol., 2007)

4 Poporodní péče

4.1 Obecný popis péče o fyziologického novorozence po porodu

První ošetření novorozence po porodu se v ČR provádí přímo na porodním sále. Pokud byl porod bez komplikací a dítě je v dobrém stavu, první ošetření provádí dětská sestra. Pokud se v průběhu porodu vyskytly komplikace nebo hrozí asfyxie plodu, je přítomna dětská sestra a pediatr. U porodu je často přítomen partner matky. Bezprostředně po porodu je v ČR dítě položeno na břicho matky, kde je doporučen krátký kontakt a také se předpokládá první přisátí, resp. přiložení novorozence k prsu matky. Poté je přeneseno na vyhřáté termolůžko. Dále je důležité, aby dítě po porodu bylo zabaleno do nahřátých plen a utřené do sucha. Použité pleny se vymění za suché. Postup dle tohoto doporučení je dodržován na všech novorozeneckých oddělení.

4.2 Poporodní adaptace novorozence

Přechod z fetálního do postnatálního života je charakterizován změnami fyziologických, biochemických, imunologických a hormonálních funkcí. Plod je nitroděložně závislý na mateřské dodávce kyslíku, živin, ale i mnoha hormonů a jiných důležitých látek. Rovněž tělesná teplota je udržována mateřským organismem. Krevní tlak je nízký. Metabolismus plodu je nízký, relativně nízká hladina glukózy je přesto schopna dostatečně zajistit energetické potřeby. Během posledního trimestru se fetus připravuje na extrauterinní prostředí. Jsou vytvořeny energetické zásoby, bílý a hnědý tuk, minerály, stopové prvky. Funkčně dozrávají všechny životně důležité systémy jako je krevní oběh, dýchací systém, vylučovací systém a trávicí systém.

Po porodu je novorozenec odpovědný za vlastní oxygenaci a ventilaci. Dítě je probuzené, dýchající, křičící. Zvyšuje se metabolismus, začíná lipolýza a mobilizace glukózy. Narůstá spotřeba kyslíku mozkem, což je jednou z příčin vyšší zranitelnosti hypoxií, než tomu bylo

během fetálního života. Fyziologický přechod novorozence z nitroděložního do samostatného života je podmíněn normálním průběhem poporodní adaptace (Roztočil, 2001).

Součástí poporodní adaptace je kardiopulmonální přestavba. Dochází k přestavbě fetálního krevního oběhu v postnatální. Rychlost proudění krve pupečnickem klesá. Po přerušení pupečnicku dochází k uzavěru fetálních cévních spojek. Vyvolání prvního vdechu a následná kontrola a řízení dýchání po porodu je multifaktoriální. Důležité jsou reflexy mechanického dráždění dýchacích cest a plic, chemoreflexy, termoregulace, aj. Vzájemným působením více faktorů je zaručena bezpečnost systému nastolujícího ventilaci novorozence (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

Ve fetálním období jsou plíce vyplněny plicní tekutinou, která se tvoří přímo v plicích. Během fyziologického vaginálního porodu stlačují porodní cesty hrudník dítěte. Tímto mechanismem je vytlačena část tekutiny z plic a dýchacích cest. Tekutina nacházející se v horních dýchacích cestách je po porodu spolýkána. Tekutina v plicích je po porodu resorbována. Pro úplnou aeraci plic je rozhodující aktivita inspiračních a expiračních svalů. Při prvním vdechu se do plic dostává vzduch. Následný výdech je aktivní, provázený často křikem. Činností výdechových svalů a stažením hlasivek se vytvářejí v hrudníku pozitivní tlaky, což vede k rozepínání dalších částí plic a ulehčení resorpce tekutiny v plicích. Vzduch nasávaný dalším dýcháním tlačí plicní tekutinu k alveolům. Plicní tekutina klade při svém transportu jemnými dýchacími cestami určitý odpor, je viskózní. Zahájení dýchání je i proto spojeno se značným úsilím (Borek a kol., 2001).

Postnatální adaptace novorozence je výsledkem vzájemné souhry a ovlivňování dýchacího ústrojí, oběhového systému a regulační činnosti centrální nervové soustavy. Za normálních podmínek, při nepřítomnosti asfyxie, porodního traumatismu, vad a onemocnění plodu, probíhá postnatální adaptace velmi rychle a standardně a je dokončena v průběhu prvního dne.

Bezprostředně po porodu je dítě většinou čilé, aktivní, s projevy přiměřeně zvýšeného dechového úsilí, často bývá přítomna akrocyanóza a vyšší hodnoty srdeční a dechové frekvence. Dítě má dobře vybavný sací reflex a je schopné prvního přiložení k prsu. Pokles tělesné teploty je minimální, svalový tonus bývá zvýšen, spontánní pohyblivost je rozmanitá.

Během první hodiny po narození dítě usíná, mizí projevy zvýšeného dechového úsilí, normalizuje se srdeční frekvence, dítě má dobře prokrvenou periferii. Po fázi spánku, která trvá asi dvě hodiny, je dítě opět bdělé, růžové a jeho projevy jsou fyziologické. Pokud k tomu nedošlo již dříve, dítě začíná močit a může odejít i smolka (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

4.2.1 Hodnocení poporodní adaptace dle Apgarové

Jedná se o systém pro hodnocení stavu novorozence, který do ošetrovatelské praxe zavedla v roce 1952 Dr. Virginia Apgarová. V 1., 5. a 10. minutě po porodu se hodnotí pět životních projevů dítěte: srdeční akce, respirační úsilí, svalový tonus, reakce na podráždění (reflexní aktivita) a barva kůže (prokrvení). Každý projev je hodnocen body ve stupnici 2, 1 nebo 0. Nejvyšší počet bodů je 10, nejnižší 0. Fyziologický novorozenec může mít 7–10 bodů. Dítě s počtem bodů pod 7 je považováno za rizikové (Fendrychová, Borek a kol., 2007). Doporučení České neonatologické společnosti udává, že pokud je hodnota pod 7 bodů, má se hodnotit i po desáté minutě každých pět minut (viz.příloha s. 106).

4.2.2 Ošetření pupečního pahýlu po narození

Poporodní ošetření pupečního pahýlu provádíme sterilně a asepticky, protože představuje velkou vstupní bránu pro infekci. Pupeční pahýl pevně podvážeme prádlovou gumou, nebo zaškrtneme umělohmotnou svorkou. Autorka Sedlářová doporučuje při prvním ošetření pupeční pahýl dezinfikovat vhodným dezinfekčním roztokem a překrýt sterilním mulovým čtvercem, oproti tomu autorka Fendrychová sdílí názor společně s Americkou asociací porodních asistentek a neonatologických sester a doporučuje pupeční pahýl pouze omýt mýdlem a opláchnout sterilní vodou během první koupele. Doporučuje dezinfikovat pouze ruce personálu, který se pupečního pahýlu dotýká, a nikoli pahýl samotný. „Dítě přichází na svět sterilní (pokud neodešla zkalená plodová voda v důsledku infekce matky a plodu) a jediným nebezpečím jsou pro něj nemyté ruce zdravotnického personálu.“ (Fendrychová, 2011)

Po porodu je pupečník nejprve zapeanovaný. Po osušení dítěte se pupečník zasvorkuje a zbytek zastříhne sterilními nůžkami 2–3 cm od svorky. Celková délka pahýlu se ponechává asi 5 cm. Před zastříhnutím se používá dezinfekce, a to buď Cutasept nebo Octanisept.

Správný uzávěr svorky musí být vždy zkontrolován. Kontrolují se také cévy pupečníku a pahýl se sterilně kryje, k čemuž se používají mulové čtverce a tkanice na uvázání. Takto zabandážovaný pupečník se ponechává vně plenkových kalhotek 24 hodin po porodu, aby nedošlo k jeho kontaminaci močí nebo stolicí.

4.2.3 Péče o dýchací cesty

Odsávání horních cest dýchacích se nemá provádět jako rutinní činnost. Pouze v ojedinělých případech (při velkém zahlenění dýchacích cest, při mekoniem zkalené plodové vodě, před resuscitací) se má odsávat nejprve dutina ústní, potom dutina nosní a nakonec nosohltn. V průběhu úkonu se musí sledovat reakce dítěte, přičemž se novorozenec nemá zbytečně dráždit ke zvracení. Sání je nutné zapínat až po zavedení cévky.

4.2.4 Měření a vážení novorozence

Měření a vážení novorozence se provádí po celkovém základním ošetření. Vážení dítěte se provádí tak, že se na digitální váhu položí látková plena a poté se odečte hmotnost dítěte v gramech. Při měření délky se miminku natáhnou jeho dolní končetiny v kolenu. K zjišťování délky dítěte se používá bodymetr (tzv. korýtko), délka se odečítá v cm. Na novorozeneckém oddělení se také měří obvod hlavy dítěte pomocí krejčovského metru a teplota v rektu (nejčastěji digitálním teploměrem).

4.2.5 Kredeizace

Kredeizace, neboli dezinfekce, „vykapání“, spojivkových vaků se po porodu provádí jako profylaxe neonatální konjunktivitidy a prevencí gonokokové nákazy. Používá se Ophtalmo-septonex, který je k očím šetrný. Do každého oka kápneme 1-2 kapky. Od roku 1997 se na doporučení Neonatologické společnosti se přistoupilo na tzv. dvoustupňovou laváž. Pod tímto pojmem si můžeme představit propláchnutí spojivkových vaků na porodním sále a následně i pak na novorozeneckém oddělení (Fendrychová, 2009).

4.2.6 Postup při identifikaci novorozence

V ČR se používá plastový identifikační náramek, na který se píše jméno, příjmení dítěte, jméno matky (pokud se jmenuje jinak), den, hodina narození, číslo (přiděleno jak dítěti, tak matce) a pohlaví dítěte. Tento pásek se připevňuje na ruku dítěte, musí zůstat volnější, ale nesmí dojít k jeho sklouznutí. Dále je dítě označeno číslem na tkanici, která se opět přiváže dítěti na ruku a zaváže na suk. Nesmí se samovolně uvolnit. Stejně číslo dostane i matka dítěte. Přiváže se jí na ruku a musí odpovídat číslu dítěte. Posledním krokem je popsání dítěte. Používá se 5% vodný roztok gentiánové violeti. Na stehno dítěte se napíše jeho příjmení. Většinou je tento úkon přenechán otci dítěte. Na předloktí dítěte se napíše číslo, které má dítě na ruce a které je identické s číslem matky. Stejnou barvou je označena i matka. Na vnitřní stranu předloktí se jí napíše přidělené číslo, které je shodné s číslem dítěte.

Údaje obsažené na značení

Značení obsahuje příjmení dítěte, číslo porodu (dle zvyklostí oddělení), datum narození, včetně hodiny a minuty.

Provedení označení dítěte

Náramek s označením se upevní na ruku nebo kotník novorozence, je třeba dodat, že tomuto kroku musí být věnována velká pozornost. Upevnění je těsné, protože se musí počítat se zmenšením obvodu končetiny v průběhu poporodního hmotnostního úbytku novorozence. Označovací náramek také nesmí poškozovat kůži a způsobovat otlaky končetiny.

Péče o značící náramek

„Výjimečně v případě možného uvolnění je důležité náramek obnovovat. Označení na kůži novorozence je nutno denně kontrolovat a obnovovat v případě nečitelnosti, toto si však většinou kontroluje matka novorozence na pokoji rooming-in“. (www.neoweb.cz)

4.3 Následná péče o novorozence na neonatologickém oddělení

4.3.1 Koupání novorozence

První koupel by měla být provedena dle doporučení Americké asociace porodních asistentek a neonatálních sester až po stabilizaci stavu dítěte, tzn. je-li tělesná teplota stabilní po dobu 2–4 hodin. Je doporučeno do první koupele novorozence sahat pouze v jednorázových rukavicích. Při koupeli je nutné počínat si velmi opatrně, neboť tělíčko miminka je citlivé na dotek, dále se doporučuje neodstranit všechny mázky. Na neonatologických odděleních se první koupel provádí formou osprchování, přičemž proud vody nesmí být příliš silný a musí být mířen tak, aby nepoškodil začištěný pupeční pahýl. Proto si má dětská sestra v tomto úkonu počínat velmi opatrně a profesionálně. Běžně je postupováno podle publikace (Fendrychová, Borek a kol., 2007). Začne se nejprve opláchnutím obličeje dítěte teplou vodou bez mýdla. Dále se pomocí dětského mýdla namydlí vlásy, přejde se na krk, raménka, záda dítěte, poté se pokračuje na horní končetiny, dolní končetiny a nakonec genitál a zadeček. Nikdy se nesmí vracet rukou nebo žínkou na místo již namydlené. Dítě se pečlivě opláchne pod tekoucí vodou a jemně vysuší „tetra“ osuškou, bavlněnou plenou. Po osušení se mokrá osuška vymění za suchou a kontroluje se stav kůže.

4.3.2 Péče o pupeční pahýl

Před propuštěním novorozence domů se většinou pupeční pahýl snese a pupeční jizva následně překryje. Pupeční jizvu překryjeme pouze po snesení pupečního pahýlu, poté necháváme jizvu bez zakrytí. (Mydlilová, 2005) Pokud pupeční pahýl necháváme volně odpaďnout, udržujeme jej v suchu a čistotě, bez krytí a mimo plenkové kalhotky. I když mnozí autoři od dezinfekce pupečního pahýlu a pupeční jizvy začínají ustupovat, v ČR se stále doporučuje dezinfekci 60% lihem po každém koupání a potřísnění močí či stolicí. (Mydlilová, 2005) Při ošetřování pupku je třeba okraje pupeční jizvy roztáhnout a důkladně vyčistit v prvních dnech během koupání i přebalování dítěte.

4.3.3 Péče o ušní boltce, nos, vlásky, pokožku, prsty, nehty, kůži, genitál

Vatovou štětičkou se vyčistí ušní boltce, vytře nos (pouze pokud je třeba) a hřebínkem se vyčesou vlásky. Zkontrolují se kožní záhyby a prostory mezi jednotlivými prstíky a odstraní se případné zbytky krve nebo mázku. Je třeba dbát na to, aby se nadměrným třením nepoškodila kůže dítěte. Při ošetření genitálu je důležité oddálit *labia minora* a odstranit mázek a sekret i odtud. U chlapců se nesmí přetahovat předkožka přes žalud penisu (Fendrychová, Borek a kol., 2007)

Ošetření ušních boltců je standardně provedeno jemným otřením kožních záhybů; pozdější péči provádí matka na pokoji rooming-in za asistence dětské sestry.

Hygienu nosu novorozence je provedena po porodu (viz kapitolu 7.4), pozdější očistu provádí matka na pokoji rooming-in za asistence dětské sestry.

Vlásky každého novorozence bývají jinak dlouhé. Doporučuje se vlásky vyčesat vždy směrem nahoru plochým kartáčkem s jemným chlupem, určeným pro novorozence.

Kůže je vyšetřována při příjmu dítěte, po stabilizaci stavu, při zhoršení stavu, denně. K hodnocení se používají objektivní metody kdykoliv je to možné, např. skóre stavu kůže novorozenců (Neonatal Skin Condition Score – NSCS) – viz tabulka č. 1.

Na kůži mohou být primární (makula, pustula, atd.) a sekundární léze (šupina, oděrka, strup), které se vyvinou časem z primárních lézí nebo jejich traumatizací. U obou je nutné si všimnout velikosti, tvaru, okrajů, barvy a obsahu. Proces hodnocení probíhá po pečlivém umytí a dezinfekci rukou vyšetřujícího. Stav kůže se hodnotí od hlavy až k patám, se zvláštní pozorností na oči, uši, záhlaví, okolí pupku, zadeček a genitál (Fendrychová, Borek a kol., 2007). Péče probíhá po koupeli a je nutné sledovat stav pokožky, je-li zarudnutá, či vykazuje-li známky alergie, popř. podráždění. V tom případě je vždy nutné kontaktovat lékaře-pediatra. Standardně se na promaštění pokožky používá ph neutrální dětský olej, mléko. Je nutné dodržovat zkušenost, kdy se osvědčuje použití nejzákladnějších přípravků, jakým je např. slunečnicový olej.

Tabulka č. 1 – Skóre stavu kůže novorozenců

(Neonatal Skin Condition Score – NSCS).

Suchost 1 = normální, žádné známky suchosti 2 = suchá kůže, viditelné šupiny 3 = velmi suchá kůže, praskliny/fisury
Zarudnutí 1 = žádné zarudnutí 2 = viditelné zarudnutí < 50 % povrchu těla 3 = viditelné zarudnutí > 50 % povrchu těla
Poškození/exkoriace 1 = žádné poškození 2 = malá lokalizovaná místa 3 = rozsáhlá poškození

Nejlepší skóre = 3

Nejhorší skóre = 9

U hygieny nehtů je třeba respektovat skutečnost, že fyziologický jedinec má nehty na horních končetinách dorostlé. Proto se u nich nedoporučuje jakýmkoliv způsobem nehty upravovat. Pouze v případě, jsou-li přerostlé, doporučuje se jejich zastříhnutí, a to do kulatého tvaru (viz obrázek č. 3 – stříhání nehtů novorozenců na rukou).

O prstíky novorozence pečujeme tak, že je promažeme mazivou s neutrálním pH (olejem popř. tělovými mléky). Je nutné sledovat záhyby prstíků, vyčistit přebytečný maz a v případě jakýchkoliv známek infekce informovat dětskou sestru.

V péči o genitál novorozence je třeba dbát zvýšené pozornosti, a to převážně z důvodu citlivé pokožky v těchto místech. Genitálie ošetřujeme jemným opláchnutím mokrou žínkou s použitím nedráždivého mýdla s pH neutrálním faktorem. Při ošetření genitálu je důležité

oddálit labia minora u děvčátek a odstranit mázek a sekret i odtud. U chlapců je důležité nepřetahovat předkožku přes žalud penisu (Fendrychová, Borek a kol., 2007).

4.3.4 Prevence krvácivé nemoci

Krvácivá nemoc novorozence je způsobena nedostatkem vitamínu K, která se projevuje spontánním krvácením. V důsledku nedostatku vitamínu K je snížena aktivita některých koagulačních faktorů. Vitamín K špatně prochází přes placentu a jeho zásoby po narození nejsou dostatečné, proto jako prevence krvácivé nemoci se novorozenci jednorázově podává 1mg Kanavitu (vitamín K1) intramuskulárně. Tato dávka se aplikuje po bezprostřední poporodní adaptaci novorozence.

4.3.5 Péče o vyprazdňování – stolici

Střeva novorozence jsou po porodu naplněna černou vazkou hmotou, která se nazývá **smolka** (mekonium). Smolka je vytvořena z odloupaných částí výstelky střev (mrtvé buňky odloučené při běžné obměně buněk) a *spolykanou plodovou vodou*. Před porodem za normálních okolností *není přítomna střevní peristaltika* (činnost střevní stěny posouvající střevní obsah) a smolka neodchází. Pokud smolka neodejde, je nutné pomýšlet na možnost překážky (obstrukce) v zažívacím ústrojí. Příkladem může být vrozená neprůchodnost (atrézie) střev. Jiným případem je tzv. mekoniový ileus, který je jedním z prvních příznaků cystické fibrózy. Smolka je zde natolik vazká, že neodchází.

„Po odchodu smolky se stolice postupně mění přes řídkou stolici na běžnou žlutou kašovitou (u kojeného novorozence, u uměle živeného může být barva až do zelena). Frekvence stolice je velmi rozdílná, vyskytuje se od několika za den až po jednu za několik dní.“ (www.emimino.cz)

Veškeré stavy, které jsou odlišné od (normální) fyziologie, je třeba konzultovat s dětskou sestrou, která i v tomto případě provádí patřičnou edukaci matky.

Stolice novorozence je zachycována do dětských plen, které matka pravidelně vyměňuje. Zároveň při tomto kroku provádí i ošetření genitálu.

4.3.6 Přebalování novorozence

V péči o přebalování novorozence je třeba dbát velké pečlivosti a nepodceňovat dobu pro přebalování novorozence, jelikož pokožka miminka je v místech genitálu extrémně citlivá a snadno dochází ke vzniku opruzenin, plenkové dermatitidy apod.

V současné době je na trhu množství vysoce kvalitních jednorázových plen, jejichž obsah tvoří polyakrylátový gel, který na sebe automaticky váže vsakující se moč novorozence a enzymy odcházející stolice nemají tak šanci dráždit pokožku novorozence.

Novorozenec močí asi 20x denně, plena je schopna absorbovat několikerý obsah, doporučuje se výměna asi 7–8x denně, přičemž frekvence močení se s přibývajícím věkem snižuje. V dnešní době se výhradně používají jednorázové pleny. Některé matky, ve snaze ušetřit, vkládají do jednorázových plen plenu bavlněnou – to se ale nedoporučuje, neboť tyto ztrácí svůj účel a vznik zapařenin a opruzenin se tímto zvyšuje. Plenky vkládáme širší částí pod zadeček novorozence a užší částí překrýváme genitál. Přiložíme a postranní lepítka uchytíme za uchycovací pás vlepený do plenky (většinou se jedná o suchý zip). Dbáme na pevné uchycení, které však novorozence neškrtní a zároveň mu není volné.

Pleny vybíráme vždy dle velikosti a váhy novorozence. Velké pleny novorozenci padají ke kolenům, jsou nepohodlné a unikající moč může potřísnit i jiné části těla novorozence. Naopak malé pleny dítě škrtní, mají malou absorpční schopnost a zapaření bývá podstatně častější. Podstatné je i to, že pleny by neměly obsahovat chlor, který má na kůži dráždivý vliv.

Ošetření kůže novorozence v oblasti genitálií

Pokožku novorozence ošetřujeme způsobem omytí, popř. otření vlhčenými ubrousky, které obsahují složky mající schopnost odstranění i tukové složky výkalů. U děvčátek postupujeme vždy zepředu dozadu, aby nedošlo k zavlečení bakterií do pochvy děvčátek, otíráme třísla,

okolí konečníku a někdy i záda a břicho. U chlapců otíráme místa pod šourkem, okolí penisu, konečníku, třísla a někdy také záda a břicho.

Po očištění pokožky nanášíme krém chránící novorozence před opruzením, k tomuto existuje velká řada poměrně kvalitních přípravků, nejčastěji je doporučován krém obsahující rybí tuk Rybilka, Dětský krém, Batole atd.

4.3.7 Oblékání novorozence

Při oblékání novorozenců je vhodné volit bavlněné oblečení, které lze prát v pračce při vyšších teplotách, za použití dětského prášku. Důležité je prádélko řádně vymáchat a zbavit ho tak nadbytečného prášku. Bavlnělé pleny je taktéž nutné prát při vysokých teplotách, nejlépe vyvářet, v prvních týdnech je nutné pleny žehlit po obou stranách. Při strojení novorozence bereme vždy v potaz teplotu okolí a skutečnost, kdy novorozenec má mít o vrstvu oblečení navíc. V nemocnici je vhodné, když dítě může být ustrojeno do běžných oděvů, pyžamo používáme jen na spaní.

4.3.8 Manipulace s novorozencem, polohování

Při manipulaci s novorozencem bychom měli postupovat vždy jemně, klidně a s opatrností. Zapojení očního kontaktu, úsměvu, doprovázené slovem podpoří navázání kontaktu mezi matkou a dítětem a miminko uklidní. Během polohování a manipulace s novorozencem je třeba mít na mysli několik důležitých pravidel: „ *Dítě by mělo mít pocit bezpečí, jistoty a tepla. Vždy dbejte na symetrii postavení u jednotlivých poloh. Nikdy nedopusťte, aby byla hlavička dítěte v záklonu. Nedotýkejte se krčku dítěte, vždy je držte za záhlaví a druhou rukou obvykle za zadeček či stehno. Netlačte na páteř dítěte (...) Dítě neposazujte ani nedávejte do sedátek (...) Po jídle položte hlavičku dítěte na své rameno tak, aby nebyla v záklonu*“ (Hanáková, 2010). Pro manipulaci s novorozencem budeme používat několik základních držení a poloh, které je nutné provádět správně, abychom nepřetěžovali pohybový aparát miminka a negativně tak neovlivnili jeho motorický vývoj

4.3.9 Výživa novorozence

Kojení novorozence

Novorozenci a kojenci mají sací reflex, který jim umožňuje sát a polykat mléko z mléčné žlázy. Existují důkazy o tom, že až na vzácné výjimky je mateřské mléko tím nejlepším zdrojem potravy pro lidské novorozence. Mezi odborníky však dosud není shoda, jak dlouhá doba kojení je optimální k tomu, aby z něj dítě získalo co největší prospěch, ani jak velké riziko představuje používání náhrad mateřského mléka.

„Dítě může být kojeno vlastní matkou nebo jinou ženou v laktaci, (v ČR je spíše vyloučeno). Mateřské mléko může být odstříkáváno a podáváno dítěti z lahve. Rovněž je možné používat pasterizované mléko od dárcyň. Pro děti matek, které nemohou nebo nechtějí své děti kojit, jsou k dispozici náhradní mléka. Ačkoliv jsou velmi různorodé výsledky studií o tom, jaká je relativní hodnota náhrad mateřského mléka, používání těchto náhrad je všeobecně považováno za méně hodnotné než kojení, a to jak pro donošené, tak i pro nedonošené děti. V mnoha zemích je krmení náhradní kojeneckou výživou spojeno se zvýšenou úmrtností kojenců na průjmová onemocnění. Ovšem pokud se používá nezávadná voda a jsou dodržovány další hygienické zásady, je krmení náhradním mlékem považováno za přijatelné. Vlády i mezinárodní organizace (např. WHO – Světová zdravotnická organizace) přijímají různé strategie na podporu kojení.“ (www.cs.wikipedia.org)

První přiložení dítěte k prsu se provádí do půl hodiny po porodu na porodním sále za pomoci porodní asistentky. Na jednotkách rooming-in je výživa novorozence v kompetenci dětské sestry, která poučí ženu o výhodách kojení, o možnosti volby různých poloh při kojení, o správné technice, o odstříkání mateřského mléka. Vysvětlí ženě, jak se chovat před kojením a jaké má dodržovat zásady. Poučí matku také jak vést záznam o kojení. Před prvním kojením dětská sestra dohlédne na přebalení dítěte a dítě zváží. Další dny tento postup provádí matka sama. Dětská sestra zkontroluje okolí bradavek a pomůže matce dítě správně přiložit k prsu. Matka se musí cítit pohodlně, podloží si polštář ke kojení a drží dítě hrudníkem i břichem

těsně u sebe. Bradavka je vložena hluboko do úst dítěte, rty a dásně tisknou dvorec, dolní ret je ohnut ven a jazyk přesahuje dolní ret. Nos dítěte musí být volně průchodný, dítě se přikládá k prsu, ne prs k dítěti. Kojení trvá dle potřeby dítěte a nesmí matku bolet. První až třetí den po porodu (během tvorby mleziva) se kojí z obou prsů během jednoho kojení. Asi od 3. dne po porodu se kojí z jednoho prsu, při dalším kojení z druhého prsu. Po kojení se dohlédne na odříhnutí dítěte, které se potom položí se na pravý bok. Při poškození bradavek je matka poučena o jejich ošetření. (www.cs.wikipedia.org)

Polohy při kojení novorozence

- 1) Poloha na zádech – matka leží na zádech a dítě si položí na břicho, bradavka je vložena hluboko do úst miminka tak, aby docházelo k sání, matka nesmí tento krok pociťovat bolestivě.
- 2) Poloha na boku (pravém, levém) – matka pravou rukou uchopí dítě za zadeček a levým loktem opře tělo a hlavičku. Bradavku prsu vloží opět hluboko do úst dítěte, tento krok matku nesmí bolet. V případě, že matka kojí novorozence z pravého prsu, úchyt je opačný.

Pozn. matka cítí svůj prs hluboko v ústech novorozence.

- 3) Poloha vsedě – matka sedí, záda si opírá o polštář, popř. o stěnu, trpí-li bolestmi, je doporučeno opřít se o polštář, pravou rukou uchopí dítě za zadeček a levým loktem opře tělo a hlavičku. Bradavku prsu vloží opět hluboko do úst dítěte, tento krok matku nesmí bolet. V případě, že matka kojí novorozence z pravého prsu, úchyt je opačný.

Pozn. matka cítí svůj prs hluboko v ústech novorozence (viz příloha s.107).

Bolesti prsou

Bolest často narušuje kojení. Po nedostatečné tvorbě mléka jde o druhý nejčastější důvod, proč ženy přestávají kojít a přecházejí na umělou výživu. V těchto případech se doporučuje vytrvat a zvýšit příjem neperlivých tekutin, V případě, že problém nelze jinak vyřešit, je vhodné přejít na umělou výživu.

Přeplnění prsů

„Pocit plnosti prsou mívá většina žen během 36 hodin od porodu. Obvykle je to nebolestivé vnímání „těžkosti“. Kojení na vyžádání dítětem je primární způsob, jak lze předejít bolestivému městnání mléka v prsech. Pokud jsou prsu přeplněny mlékem, stávají se bolestivými. Městnání je důsledkem neodčerpávání dostatečného množství mléka z prsů. Nastává 3 až 7 dní po porodu a objevuje se častěji u prvorodiček. Zvýšené přítok krve, nahromaděné mléko a otok přispívají k bolestivosti. Městnání může postihnout prsní dvorec i celý prs a narušovat kojení jak bolestí, tak i změnou tvaru bradavky a prsního dvorce. To samozřejmě dítěti znesnadňuje správné uchopení prsu a sání. To může způsobit ještě větší podráždění bradavky a také vést k neefektivnímu odvádění mléka, a tím i větší bolesti. Městnání může začít i jako výsledek působení více faktorů, jako jsou bolest bradavky, nesprávná technika kojení, málo časté kojení nebo odloučení matky a dítěte. Prevencí nebo léčbou je odebírání mléka z prsů – kojením, odstříkáváním nebo odsáváním. Jemná masáž pomůže nastartovat odtok mléka, a tak snížit tlak. Snížený tlak změkčí prsní dvorec, což zároveň umožní krmení dítěte. Efektivitu kojení může také zvýšit teplá voda nebo teplý obklad a odstříknutí trochu mléka před krmením. Podle jiných doporučení je naopak vhodný studený obklad, který sníží prokrvení a otok.“(www.cs.wikipedia.org)

Krmení náhradami mateřským mlékem – umělou výživou

Koncem 70. let byl pod vedením WHO vypracován zdravotníky, zástupci nevládních organizací a výrobců kojenecké výživy Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka. Kodex byl přijat WHO v roce 1981 jako doporučení vládám, které má být dále rozvíjeno v místních podmínkách. Má sloužit jako nástroj ke kontrole nevhodných způsobů marketingu náhrad mateřského mléka, lahví a dudlíků. Cílem tohoto kodexu je přispět k zajištění bezpečné a odpovídající výživy dětí prostřednictvím ochrany a prosazování kojení a zajištěním správného užívání náhrad mateřského mléka, pokud jsou nezbytné. Důležitým krokem v uplatňování kodexu je rezoluce WHO z května 1994, která vyzývá vlády členských

států, aby zajistily, že nebudou dodávány zdarma nebo se slevou náhrady mateřského mléka a ostatní výrobky vymezené kodexem. K této rezoluci se přihlásili i zástupci naší vlády (Klimová, 2007). Umělá výživa se využívá k dokrmování dětí, tyto dokrmy jsou podávány výjimečně a pomocí injekční stříkačky. Při krmení z lahve umělou výživou určuje druh, formu, frekvenci a množství stravy vždy lékař. Jde o zajištění výživy kojence, která plně nahrazuje kojení. Krmení z lahve se nedoporučuje, protože představuje jinou techniku sání, která je snazší než sání z prsu. Kojenecká výživa je uchována v lednici, před použitím se ohřeje na požadovanou teplotu 37°C ve vodní lázni, neohřívá se v mikrovlnné troubě. Dítě je krmeno ve zvýšené poloze, aby při pití mléko neaspirovalo. Po krmení se nechá odříhnout a položí se na pravý bok.

Kojení novorozence probíhá každé 2–3 hodiny, někdy spí i o něco déle. V tomto případě je vhodné miminko probudit a nakojit, popř. podat umělé mléko.

Kojení novorozence lze provádět v několika polohách a osvědčuje se poloha, která nejvíce v daný okamžik vyhovuje matce a jejímu zdravotnímu stavu.

Technika umělé výživy

- potřeby: kojenecké lahve, savičky, štěteček pro odstranění zbytků mléka z kojeneckých lahví
- potřeby důkladně vymýváme za pomoci štětečku
- vždy pracujeme v čistém prostředí
- používáme kojeneckou vodu (bez dusičnanů), např. Dobrou vodu
- po nakrmení kojence necháme odříhnout
- sledujeme záruční dobu mléčných výrobků

Rozdělení umělé výživy novorozence

Za předpokladu, že matka nemůže z jakýchkoliv důvodů kojit miminko mateřským mlékem, je nutné nahradit výživou umělými mléky.

Umělá výživa je svým složením téměř totožná se základními složkami mateřského mléka, neobsahuje však protilátky, ale většinou jen modifikovanou kravskou bílkovinu. Mléka podávaná do 6. měsíce by měla být pouze mléka tzv. **adaptovaná** = poměr kaseinu a laktalbuminu (syrovátky) 40:60.

„Všechny preparáty umělé výživy obsahují mimo bílkovin, tuků a cukrů také všechny základní vitaminy a minerály, a to v množství odpovídajícím potřebě.

Mléka dělíme na:

. **počáteční – do 6. měsíce** věku – jsou adaptovaná (kaseilactalb. 40:60), obsahují místo sacharózy laktózu, nebo alespoň 50 % laktózy. Jsou to mléka Beba1, Nutrilonpremium, Sunar baby, Mimilon start atd.

. **pokračovací** (následná) – **po 6. měsíci**, většinou do 1 roku – většinou již obsahují jen sacharózu, poměr kasein:syrovátka 80:20. Jsou to mléka – Beba 2, Sunar plus, Nutrilon Follow-on, Hamilon standard.

. **od konce 6. měsíce** do výživy začínáme zavádět **příkrmy** – bramboro-zeleninová polévku (nesolíme, nesladíme), později masový vývar.

- na noc podáváme kaše (rýžové, mléčné, ovocné...)

- zavádíme ovocné přesnídávky, jogurty, tvarohy

- lepek (obilniny, mouka, pečivo) se u zdravého dítěte může podávat až od 7. měsíce

Od 1 roku podáváme již mletou běžnou stravu, později s kousky pokrmu (dle chrupu, schopností dítěte), dbáme na pestrost (dostatečné zastoupení zeleniny, masa). Výhodné je podávání mléka – lépe sušeného (určeného pro věkové rozmezí 1–3 let) než surového

kravského. Mléko či mléčné výrobky by měly být zastoupeny v denním jídelníčku alespoň ve 2 dávkách. Upřednostňujeme přípravu vařením, dušením, smažená jídla nejsou vhodná. Kořenění jídel též není doporučeno, pouze je možné přiměřeně solit + nedráždivé koření v malém množství. Vhodné je zastoupení nestravitelné vlákniny pro správný vývoj a funkci střeva. U mléčných výrobků upřednostňujeme výrobky, které prošly bioprocem kvašení a obsahují kultury lactobacillus (lactobacillus acidophilus, bifidus).

U dětí, u nichž se projevila **alergie** ve formě ekzému, průjmů, astmatických stavů, nebo kde je pozitivní rodinná anamnéza na alergii, se podává speciální dieta, při níž podáváme do 6. měsíce štěpené bílkoviny – Nutrilon pepti, Beba HA, u závažnějších pepti junior. Jako alternativu je možné použít sojové mléko (Nutrilon Soya, Prosobee). (www.skola.czechian.net)

4.3.10 Denní a noční režim novorozence

Novorozenci se vyvíjejí velice rychle, znamená to, že také potřebují hodně spát. Fyziologický novorozenec spí 18–20 hodin denně. Jejich spánek však není dlouhý, ale rozdělený na více spánků kratších, probouzejí se na krmení a poté znovu usínají. Doba spánku se s přibývajícím věkem prodlužuje. Novorozenec se kojí každé 2–3 hodiny, k tomu je také třeba uzpůsobit režim. Znakem ospalosti u dětí bývá tahání se za ouško nebo mnutí oček. Některým dětem se ukazují pod očima i tmavé kruhy.

Poslední kojení přichází zhruba ve 22:00 hod. Poté si novorozenec vytváří noční pauzu pro spaní, přičemž další kojení přichází ve 4 hodiny ráno. Tato doba se prodlužuje a v konečné fázi má být noční pauza v délce 9 hod, to znamená od 22:00 do 7:00 hod.

4.4 Propuštění z porodnice, návštěva pediatra a péče v domácím prostředí

Propuštění matky z porodnice je závislé na jejím zdravotním stavu po porodu a předpokladu, že si osvojila základní dovednosti v péči o dítě. Pro propuštění novorozence je

požadováno potvrzení, že je zdravý, prospívá na váze a prošel všemi screeningovými vyšetřeními a je stanovena indikace kalmetizace. Nejdříve je propuštění možné 72 hodin po fyziologickém porodu. Většinou se tedy jedná o třetí až pátý den od porodu. U matek, které rodily císařským řezem, je to čtvrtý až šestý den (při nekomplikovaném porodu). Při odchodu je matka informována a poučena o dalším postupu a nahlášení dítěte vybranému pediatru, s sebou si odnáší příslušnou zdravotnickou dokumentaci o novorozenci, propouštěcí zprávu, zdravotní a očkovací průkaz, také je poučena ve smyslu nahlásit své miminko zdravotní pojišťovně.

Po odchodu do domácí péče navštíví matku novorozence zvolený dětský lékař-pediatr, který dítě prohlédne, je-li zdravé, zodpoví společně s dětskou sestrou otázky a nejasnosti matky v péči o miminko.

Pediatra v jeho ordinaci dále maminka s miminkem navštěvuje v pravidelných intervalech, kdy je sledován další psychomotorický vývoj a jeho prospívání. Pediatr rovněž zahajuje podávání nezbytných vitamínů a miminko je očkováno dle platného očkovacího kalendáře.

Shrnutí

Péče o novorozence vyžaduje velice laskavý a individuální přístup dětské sestry, která provádí edukační činnost a je s matkou v nejbližším kontaktu. Od narození po odchod do domácí péče je novorozenec v přísném dohledu a celé oddělení se snaží o naplňování jeho potřeb a komfort. Na novorozeneckém oddělení také většinou dojde k upevnění citového vztahu matka – dítě. Do domácí péče odchází miminko, u něhož bylo provedeno veškeré očkování a screeningová vyšetření.

PRAKTICKÁ EMPIRICKÁ ČÁST

Pro empirickou část bakalářské práce jsem si zvolila tyto následující cíle:

Cíle empirické části

- 1) Stanovit a zhodnotit úroveň edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence.
- 2) Stanovit rozsah a obsah edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence.
- 3) Ověřit srozumitelnost edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence.
- 4) Dle výsledků analýzy dat získat podklady pro vytvoření edukačního materiálu – manuál pro sestry i matky

Metodika a charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda pomocí standardizovaného dotazníku. Byly určeny 2 skupiny respondentů – matky na novorozeneckém oddělení a zdravotní sestry z novorozeneckého oddělení. Pro každou z těchto skupin byl určen samostatný dotazník.

Dotazník č. 1 byl určen pro matky po příchodu na novorozenecké oddělení. Byl vyplňován během pobytu a odevzdán v den propuštění. Respondentek bylo celkem 70. Dotazník obsahoval dohromady 25 otázek, rozdělených do jednotlivých tematických oblastí.

- obecné údaje o respondentce: otázky č. 1–3
- předporodní příprava: otázky č. 4–8

- edukace matky na porodním sále: otázky č. 9–16
- oblast kojení: otázky č. 17–22
- propuštění z novorozeneckého oddělení: otázka č. 23
- názor na edukaci: otázka č. 24
- vyjádření vlastního názoru, dodatku, připomínky: otázka č. 25

Dotazník č. 2 byl určen pro zdravotní sestry z novorozeneckého oddělení. Celkový počet respondentek byl 10 (celý kolektiv – 100% návratnost). Administrace dotazníku probíhala v průběhu ledna a února 2013.

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ MATEK

Otázka č. 1 Kolik Vám je let?

Respondentky uváděly svůj věk v letech. Podle věku byly rozděleny do 4 skupin po 5 letech.

Tabulka č. 1

Věk respondentek	Počet	%
20 - 25 let	11	16 %
26 - 30 let	28	40 %
31 - 35 let	21	30 %
36 - 40 let	10	14 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 1



Komentář

Nejpočetnější věkovou skupinu tvoří respondentky ve věku 26–30 let – 28 ž.(t. j. 40 %).
Nejméně početnou věkovou skupinu tvoří respondentky ve věku 36–40 let – 10 ž.(t. j. 14 %).

Otázka č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet	%
Základní	9	13 %
Střední bez maturity	17	24 %
Střední s maturitou	23	33 %
Vyšší odborné	1	1 %
Vysokoškolské	20	29 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 2



Komentář

Dosažené nejvyšší vzdělání respondentek nebylo v jejich výběru zohledněno, přesto z tohoto dotazu vyplynula tato fakta:

Středního vzdělání, ať s maturitou, nebo bez ní, dosáhlo 57 % oslovených respondentek. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 29 % respondentek. Základní vzdělání mělo 13 % dotázaných. A pouze 1 % tvořila skupina s vyšším odborným vzděláním.

Otázka č. 3 Jste prvorodička?

Tabulka č. 3

Prvorodička	Počet	%
Ano	31	44 %
Ne	39	56 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 3



Komentář

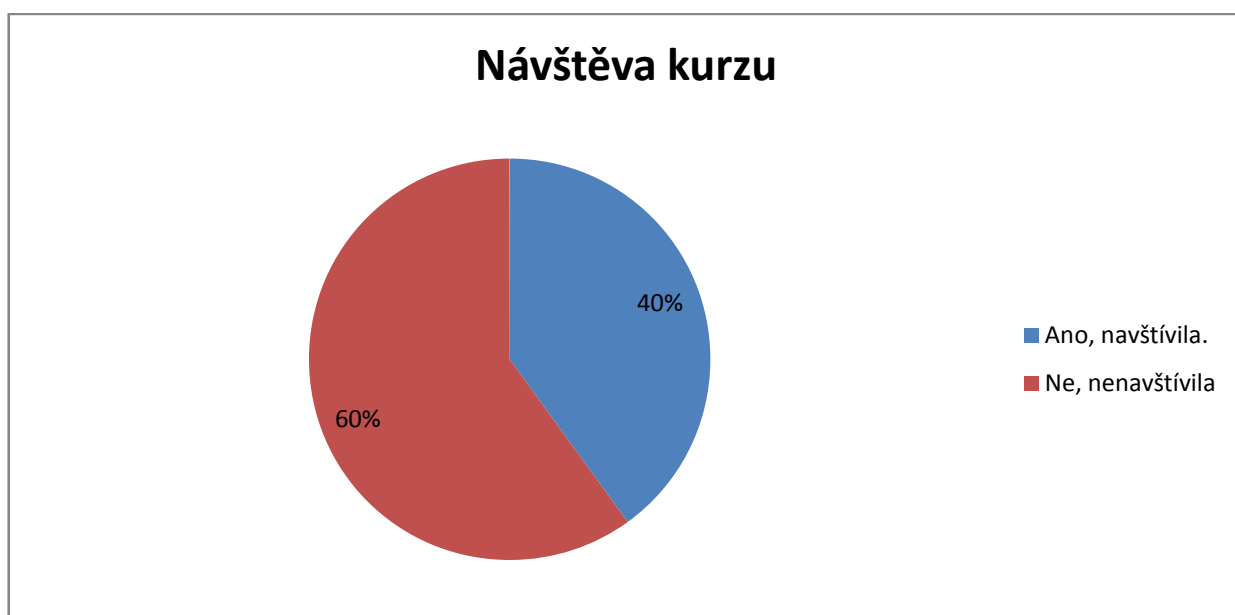
Dotazované respondentky se dle výsledku tohoto dotazu rozdělily na 2 téměř stejné poloviny, kde 44 % žen rodilo poprvé a 56 % nikoliv. Ženy v druhé skupině nejčastěji rodily podruhé 40%, 16% vícekrát (z nichž 1 rodila dokonce již posedmé).

Otázka č. 4 Navštívila jste kurz předporodní přípravy?

Tabulka č. 4

Návštěva kurzu	Počet	%
Ano	28	40 %
Ne	42	60 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 4



Komentář

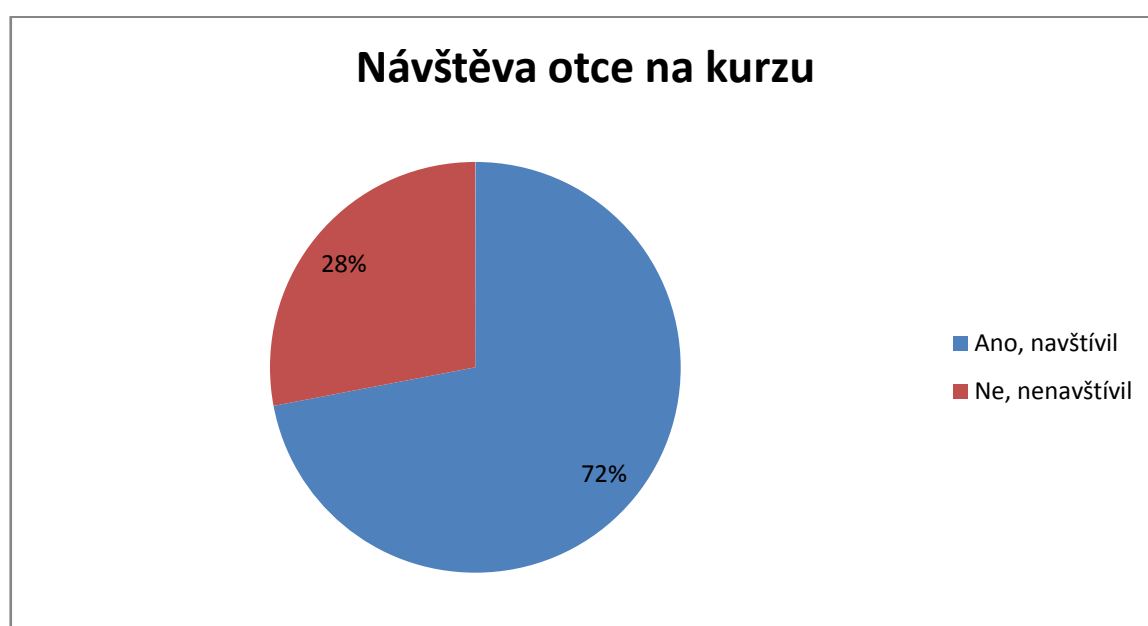
Respondentek, které navštěvovaly kurzy předporodní přípravy (40 %), bylo zhruba tolik, jako prvorodiček (44 %). Můžeme usuzovat, že vícerodičky tyto kurzy už zpravidla nenavštěvují.

Otázka č. 5 Navštívil tento kurz společně s Vámi i otec dítěte?

Tabulka č. 5

Otec na kurzu	Počet	%
Ano	20	72 %
Ne	8	28 %
Celkem	28	100 %

Graf č. 5



Komentář

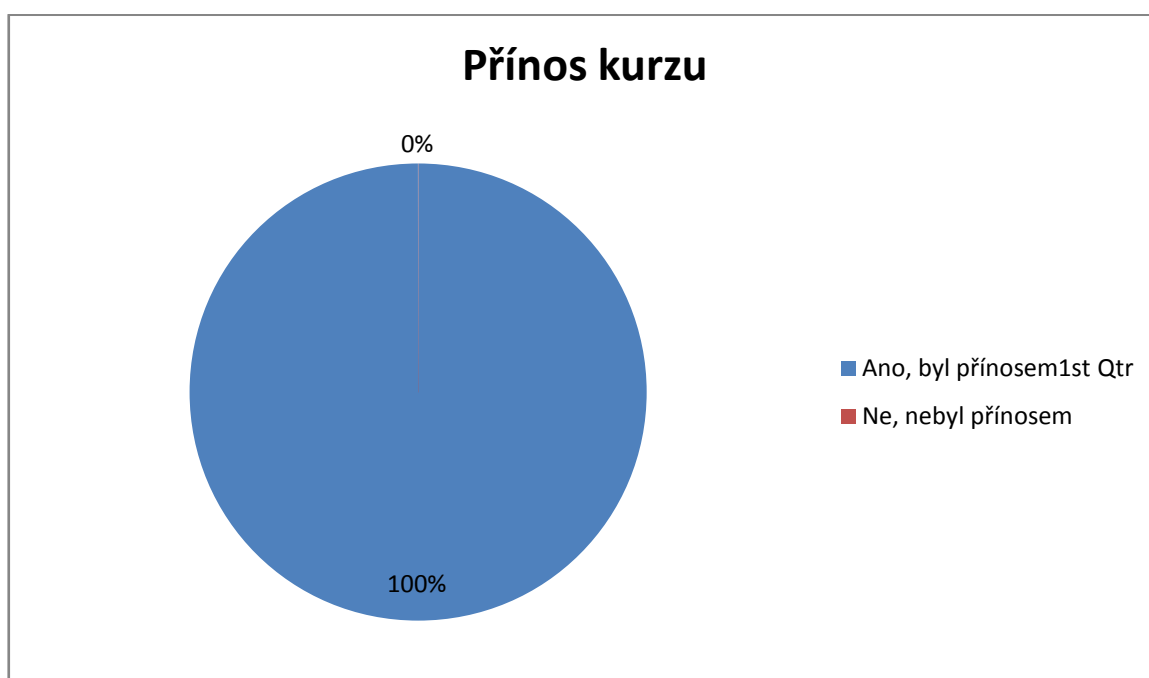
Tato otázka byla pokládána pouze ženám, které se účastnily předporodních kurzů. Z celkového počtu 28 otců, jejichž partnerky navštívily předporodní kurz, se jich 20 účastnilo tohoto kurzu spolu s partnerkou, což představuje 72 %. Otázkou zůstává, jak vysoká by byla účast otců, kdyby na kurzy chodily všechny matky.

Otázka č. 6 Byl tento kurz pro Vás přínosem?

Tabulka č. 6

Přínos kurzu	Počet	%
Ano	28	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	28	100 %

Graf č. 6



Komentář

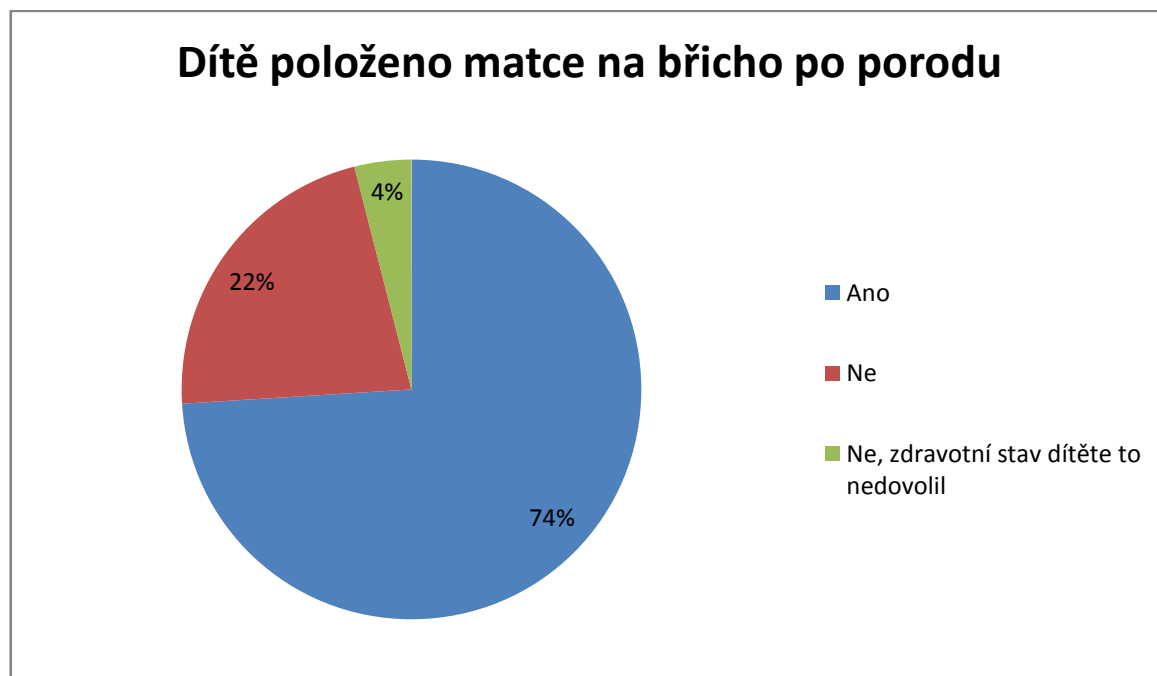
Všechny ženy, které kurz navštívily, uvádějí, že byl pro ně přínosem.

Otázka č. 7 Dostala jste své dítě bezprostředně po porodu na břicho?

Tabulka č. 7

Dítě položeno na břicho	Počet	%
Ano	52	74 %
Ne	15	22 %
Ne, zdravotní stav miminka to nedovolil	3	4 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 7



Komentář

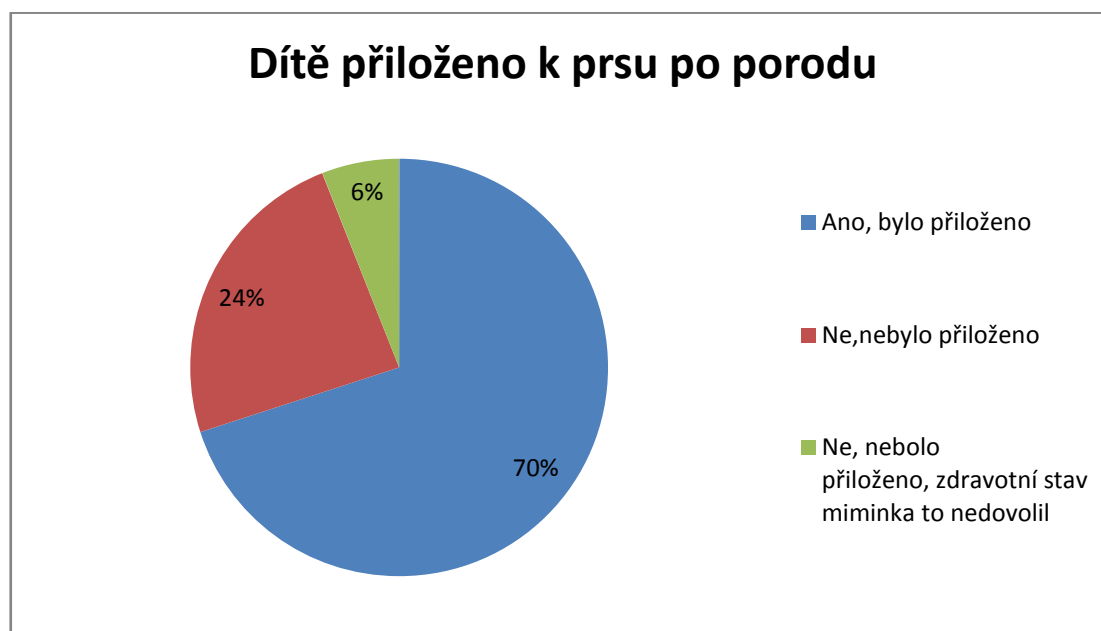
Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že třem ze 4 žen bylo miminko položeno na břicho bezprostředně po porodu. V 22 % se tak nestalo, zde hraje určitou roli zdravotní stav matky. Limitujícím faktorem však zůstává zdravotní stav miminka, který ve 4 % zamezil položení dítěte mamince na břicho po porodu.

Otázka č. 8 Bezprostředně po porodu s dětskou sestrou přiložily dítě k prsu

Tabulka č. 8

Dítě přiloženo k prsu	Počet	%
Ano	49	70 %
Ne	17	24 %
Ne, zdravotní stav to nedovolil	4	6 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 8



Komentář

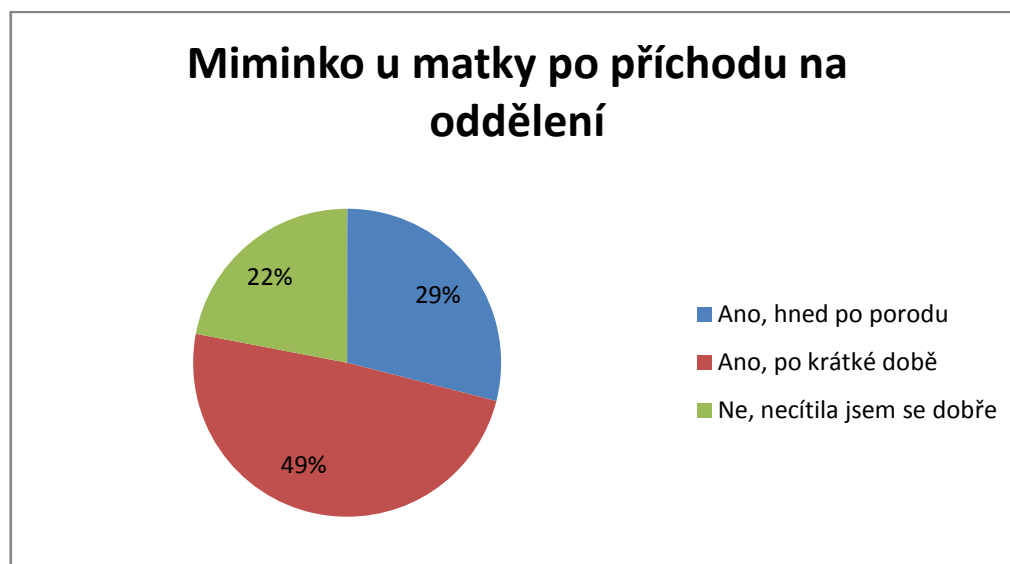
V tomto dotazu respondentky uvádí, že v 70 % bylo jejich miminko přiloženo k prsu bezprostředně po porodu. Ve 24 % k přiložení nedošlo, opět zde není zohledněn zdravotní stav matky. V 6 % přiložení k prsu nedovolil zdravotní stav miminka.

Otázka č. 9 Měla jste po příchodu na oddělení miminko hned u sebe?

Tabulka č. 9

Miminko u matky	Počet	%
Ano, hned po příchodu	20	29 %
Ano, po krátké době, kdy se mi věnovala zdravotní sestra	34	49 %
Ne, necítila jsem se dobře	16	22 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 9



Komentář

Shrnutí této otázky ukazuje, že v drtivé většině, v 49 %, sestra nejdříve matku krátce edukuje a potom přikládá miminko matce k prsu. 29 % respondentek dostalo miminko k prsu neprodleně po porodu, což je správný postup. V 22 %, z důvodu matčiny indispozice k přiložení došlo až mnohem později.

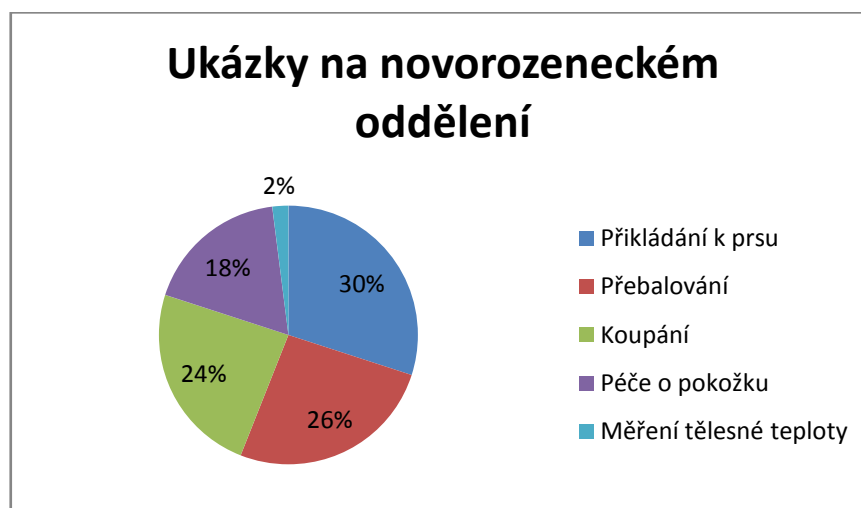
Otázka č. 10 Během prvního dne na novorozeneckém oddělení Vám bylo

ukázáno: matky měly možnost výběru více odpovědí

Tabulka č. 10

Odpověď, celkem	Počet	%
Přiložení k prsu	57	30 %
Přebalování	49	26 %
Koupání	44	24 %
Péče o pokožku	33	18 %
Měření tělesné teploty	4	2 %

Graf č. 10.



Komentář

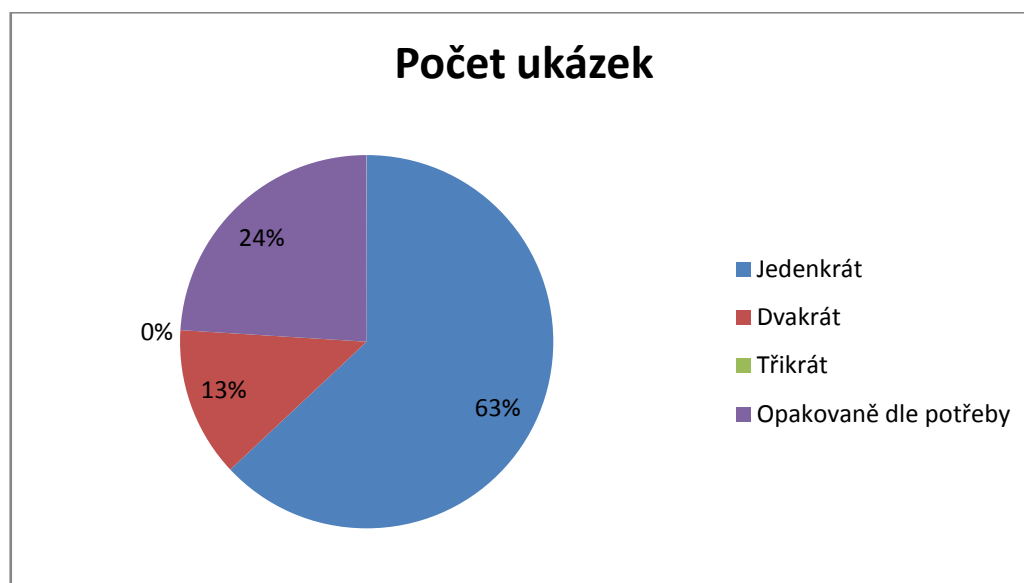
Na základě odpovědí respondentek lze soudit, že maminky měly největší zájem o ukázky kojení a přikládání k prsu, v 30%. Dále je zajímavý způsob přebalování, v 26%, nejmenší zájem byl o měření tělesné teploty, v 2%. Maminkám se ukazovalo více ukázek najednou.

Otázka č. 11. Výše jmenované základní úkony Vám byly ukázány:

Tabulka č. 11.

Odpověď, celkem	Počet	%
Jedenkrát	44	63 %
Dvakrát	9	13 %
Třikrát	0	0 %
Opakovaně, dle potřeby	17	24 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 11.



Komentář

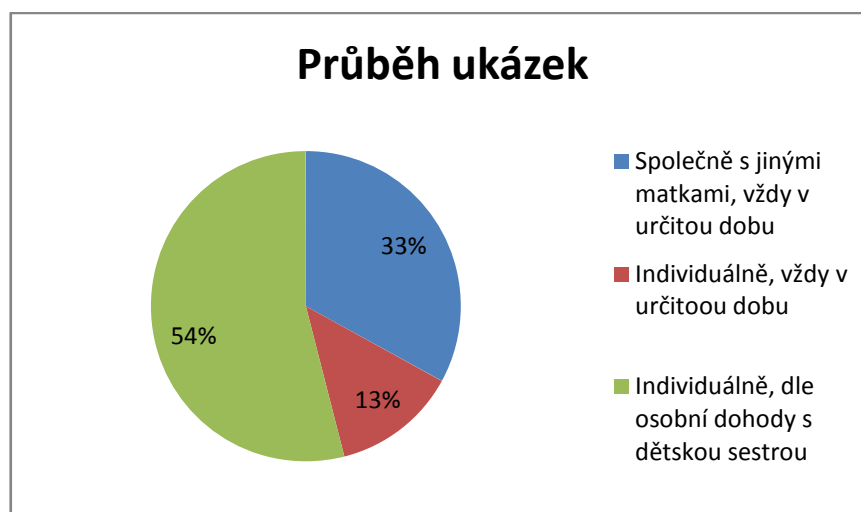
Odpověď na tuto otázku je překvapením, jelikož jsem očekávala jiné procentuální rozdělení. Více než jednou byly ukázky předváděny v 37 %, což je poněkud málo. Myslím si, že je lze opakovat dle potřeb maminky. Je to jistě námět k diskusi.

Otázka č. 12 Ukázky probíhaly:

Tabulka č. 12

Odpověď, celkem	Počet	%
Společně s jinými matkami, vždy v určitou dobu	23	33 %
Individuálně, vždy v určitou dobu	9	13 %
Individuálně, dle osobní dohody s dětskou sestrou	38	54 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 12



Komentář

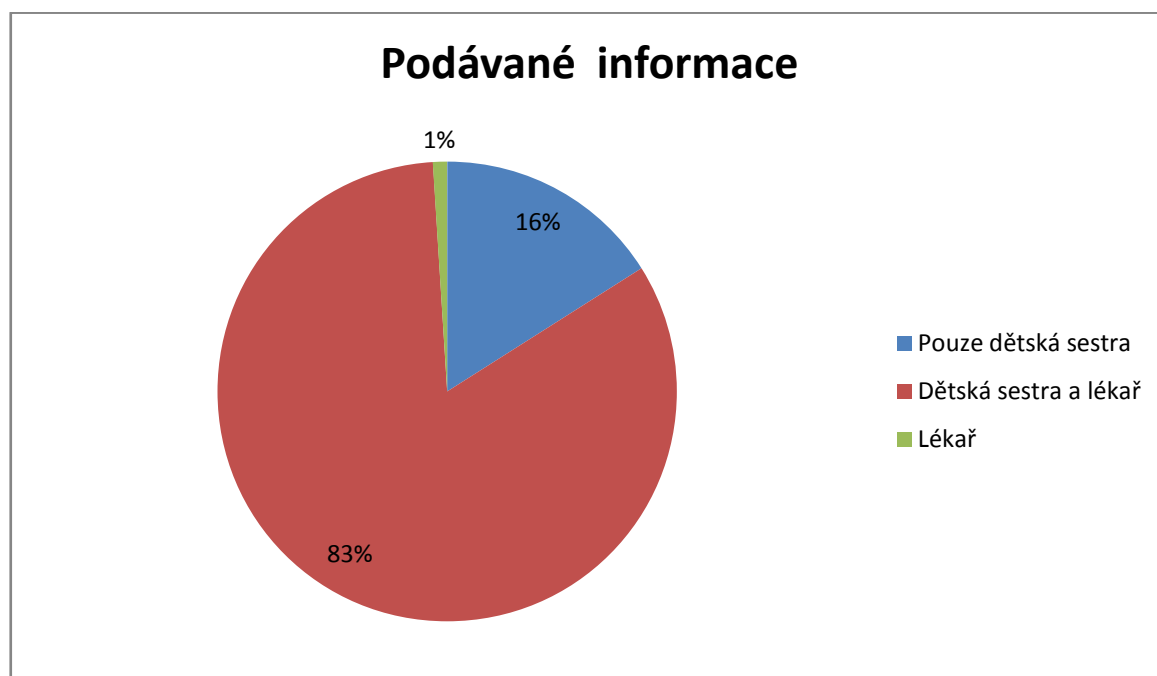
V tomto dotazu se respondentky měly možnost vyjádřit, jakým způsobem jim byly ukázány základní úkony v péči o své dítě. 33 % dotázaných matek je vidělo hromadně, 67 % individuálně.

Otázka č. 13 Informace o tom, co se bude dít s dítětem, Vám podávala?

Tabulka č. 13

Odpověď, celkem	Počet	%
Pouze dětská sestra	11	16 %
Dětská sestra a lékař	58	83 %
Pouze lékař	1	1%
Celkem	70	100 %

Graf č. 13



Komentář

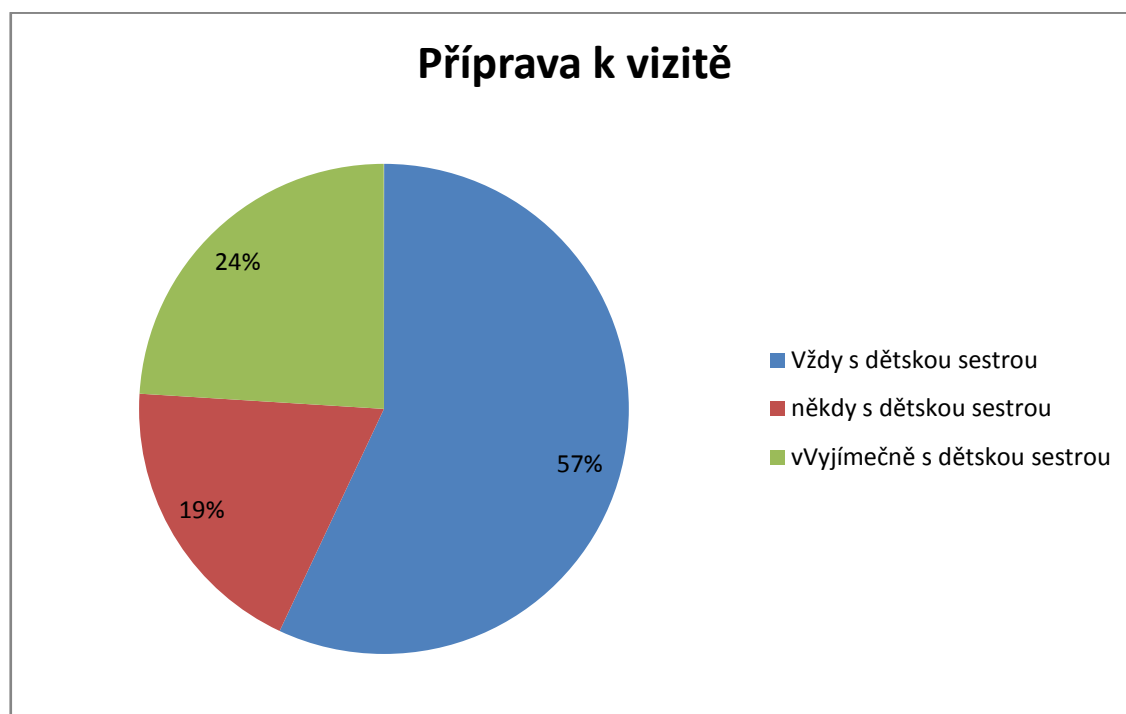
Informace, dle odpovědí respondentek, byly sdělovány v 83% lékařem a sestrou, vyplývá to nejspíše ze společně prováděné vizity. Lékař sám informuje pouze ojediněle, taktéž i dětská sestra.

Otázka č. 14 Příprava ke každodenní prohlídce dítěte probíhala:

Tabulka č. 14

Odpověď, celkem	Počet	%
Vždy s dětskou sestrou	40	57 %
Někdy s dětskou sestrou	13	19 %
Výjimečně s dětskou sestrou	17	24 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 14



Komentář

Z odpovědí respondentek vyplývá, že dětská sestra ve většině případů, 76%, pomáhá matce s přípravou ke každodenní prohlídce a to vždy, nebo někdy. V 24 % není pomoc třeba, matky jsou samostatné, sestra pouze náhodně kontroluje.

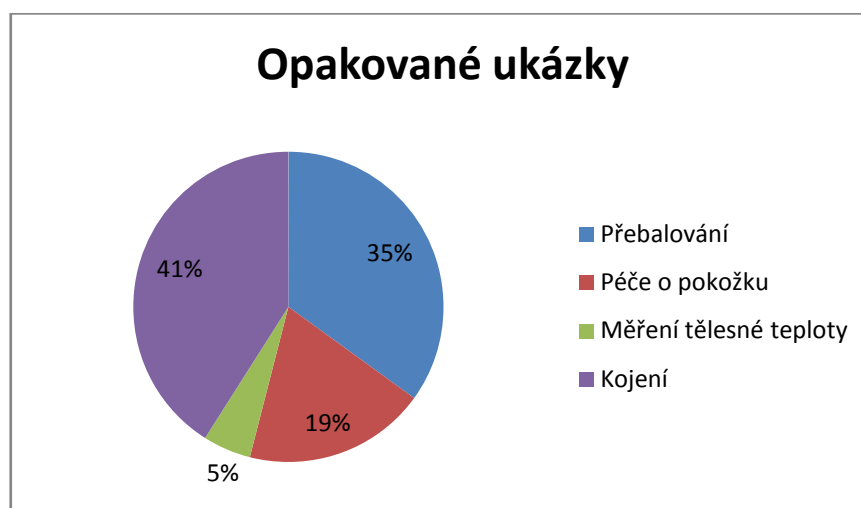
Otázka č. 15 Při této přípravě bylo možné opakovat úkony:

- matky měly možnosti výběru více odpovědí

Tabulka č. 15

Odpověď, celkem	Počet	%
Přebalování	43	35 %
Péče o pokožku	23	19 %
Měření tělesné teploty	6	5 %
Kojení	50	41 %

Graf č. 15



Komentář

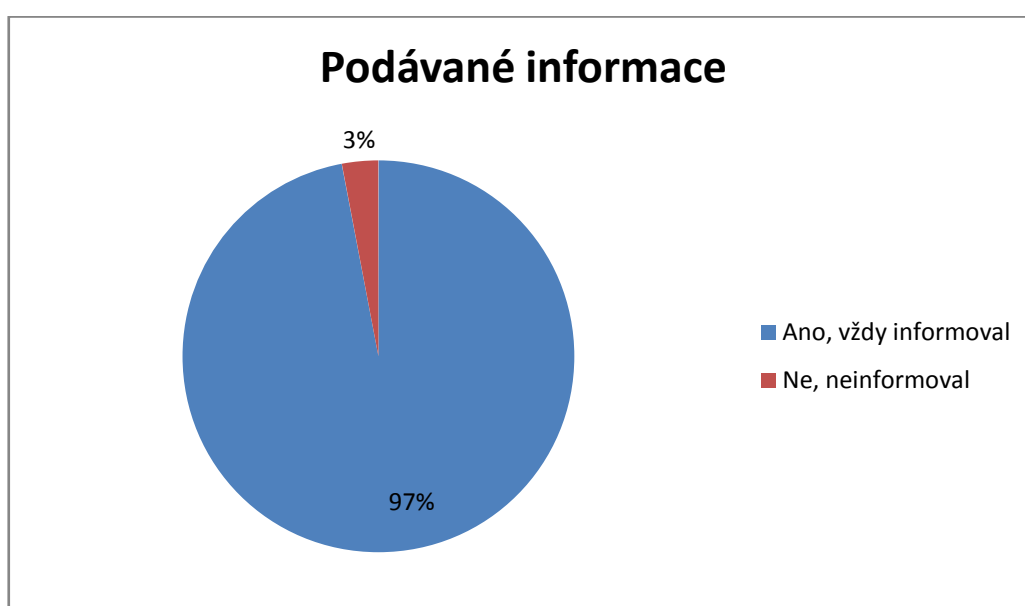
Odpovědi na tuto otázku korespondují s otázkou číslo 10. Maminky mají zájem i během pobytu na novorozeneckém oddělení se co nejvíce dozvědět o kojení 41 %, přebalování 35 % a péči o pokožku 19 %.

Otázka č. 16 Lékař, který dítě prohlížel, Vás vždy informoval o jeho stavu?

Tabulka č. 16

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano, vždy informoval	68	97 %
Ne, neinformoval	2	3 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 16



Komentář

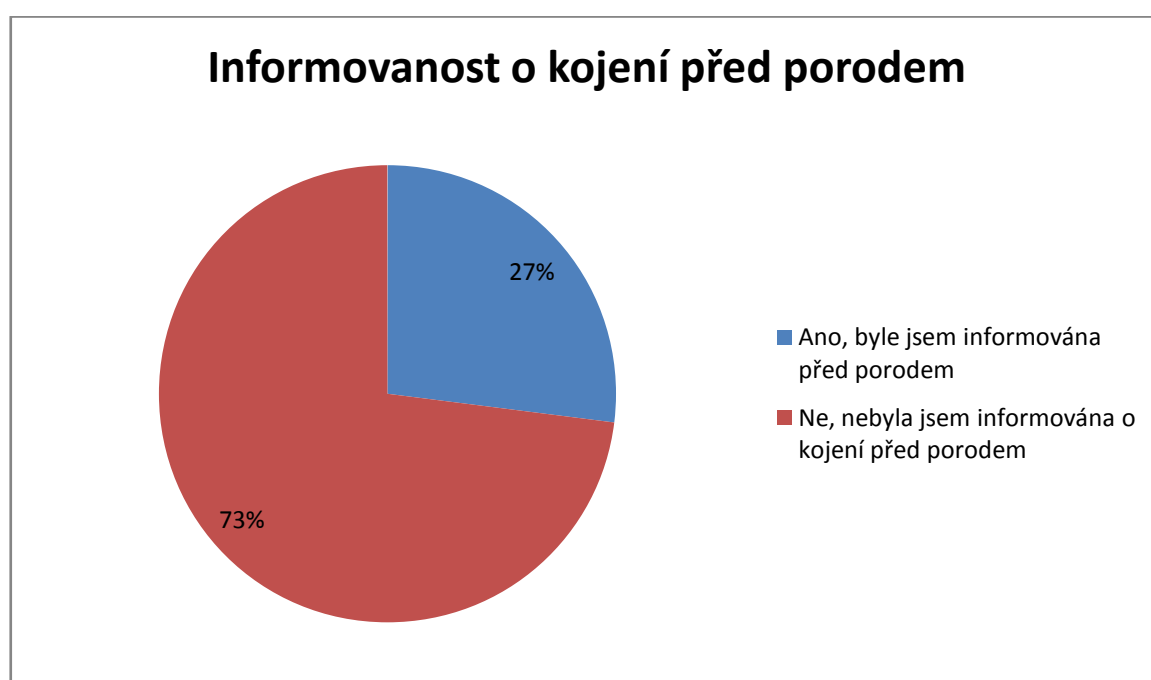
Odpovědi respondentek hovoří o tom, že prohlízející lékař informuje matku prakticky vždy po ukončení prohlídky, 97%. 3% odpovědí mohou tvořit naléhavé situace /akutní stavy/, kdy lékař nemůže dokončit prohlídku a matku informovat.

Otázka č. 17 O kojení jste byla informována již před porodem?

Tabulka č. 17

Odpověď, celkem	Počet	Procenta %
Ano, před porodem	19	27 %
Ne, nebyla	51	73 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 17



Komentář

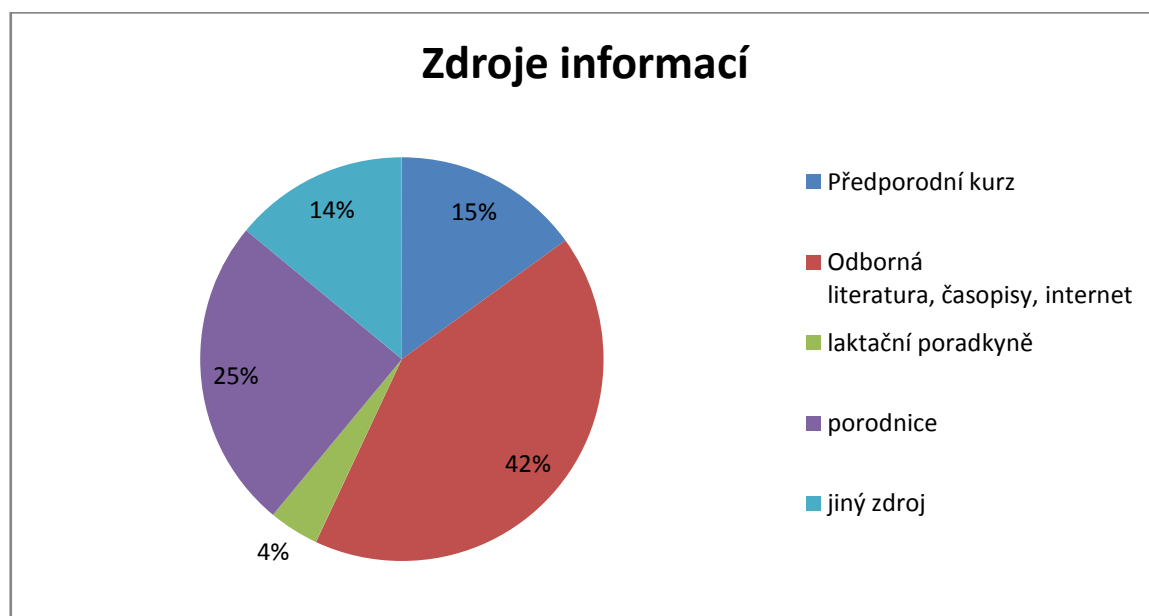
Z odpovědí respondentek vyplývá, že 73 % dotázaných informace o kojení před porodem nemají, což je dáno spektrem zájmu maminek před porodem. 27 % respondentek informace o kojení před porodem mají, jelikož je nejspíše sami vyhledávaly.

Otázka č. 18 **O mateřském mléce, kojení, polohách při kojení jste čerpala z těchto zdrojů:** - matky měly možnost volit více odpovědí

Tabulka č. 18

Odpověď, celkem	Počet	%
Předporodní kurz	16	15 %
Odborná literatura, časopisy, internet	44	42 %
Laktační poradkyně	4	4 %
Porodnice	26	25 %
Jiný zdroj	14	14 %

Graf č. 18



Komentář

Respondentky odpovídaly, že čerpaly informace o kojení atd. z odborné literatury, časopisů a internetu 42 %. Dále informace sbíraly až v porodnici (25 %). Při návštěvě předporodního kurzu informace získalo 15 % dotázaných. Jiné zdroje dotázaných o kojení zahrnovaly ostatní maminky, kamarádky, osobní zkušenosti, vlastní matka atd.

Otázka č. 19 Byla jste o přikládání k prsu a nástupu laktace informována přijatelným a pochopitelným způsobem?

Tabulka č. 19

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano, přijatelným a pochopitelným způsobem	63	90 %
Ano, některým výrazům jsem nerozuměla	6	9 %
Ne, byla to záplava odborných výrazů	1	1 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 19



Komentář

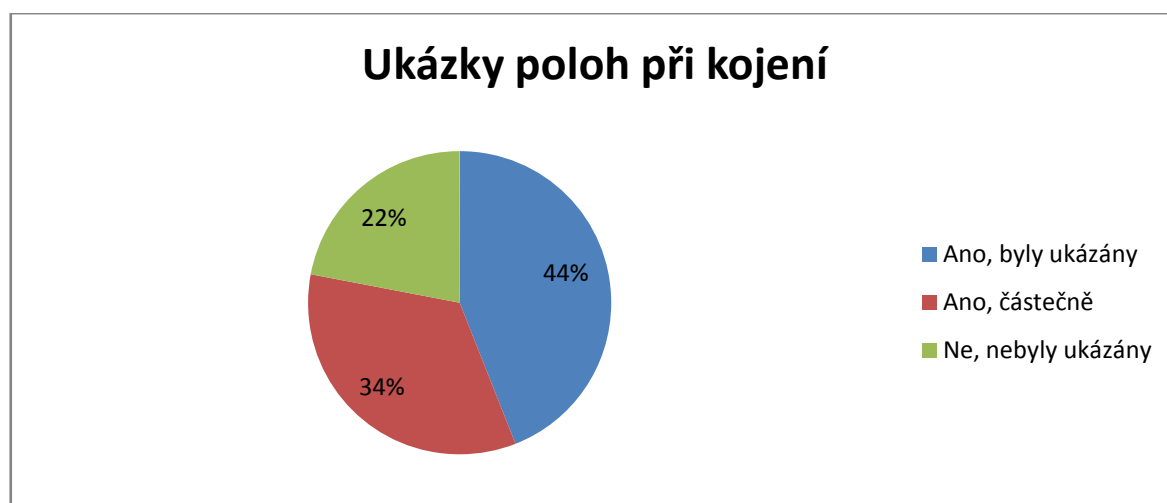
Tento výsledek se dá předpokládat, jelikož je trvale patrná snaha informovat maminky způsobem jim blízkým a přizpůsobovat informace tak, aby byly snadno pochopitelné. Proto je přes 90 % odpovědí kladných. Záporné odpovědi tvoří pouze nepatrný zlomek, 1%.

Otázka č. 20 Byly Vám ukázány různé polohy při kojení, měla jste možnost si vybrat tu nejlepší pro Vás?

Tabulka č. 20

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano, byly ukázány a mohla jsem si vybrat	31	44 %
Ano, ale pouze částečně	24	34 %
Ne, nebyly ukázány	15	22 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 20



Komentář

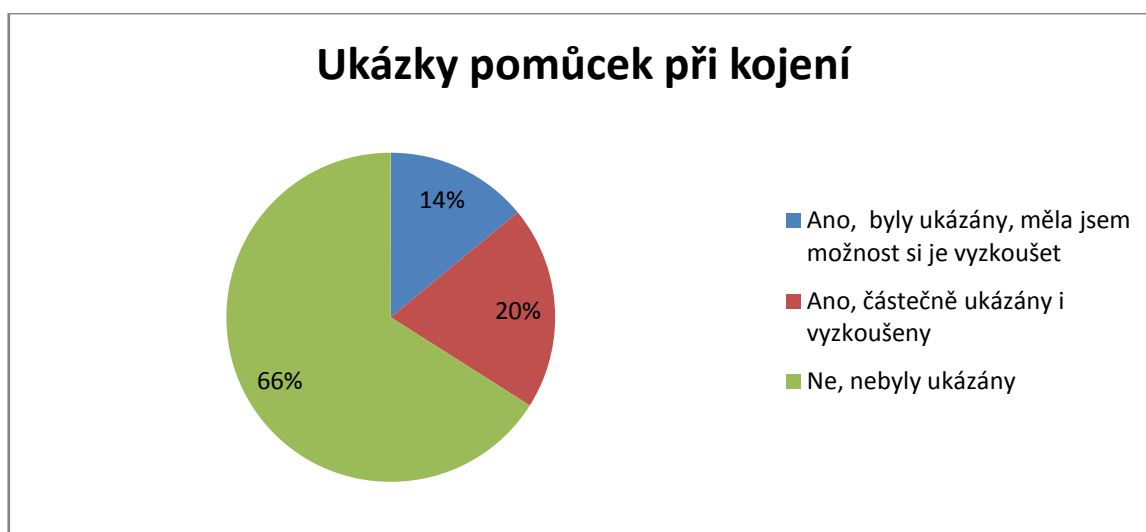
Tato otázka nepřímo odráží, jak se zdravotní personál věnuje maminkám, jak jim pomáhá s kojením a najít optimální polohu při kojení. 44% respondentek je zcela spokojených, 34 % pouze částečně a 22 % respondentek tuto péči nepotřebuje, jsou samostatné, nebo ani opakovaný pokus nebyl úspěšný.

Otázka č. 21 Byly Vám ukázány pomůcky pro kojení, měla jste možnost si je vyzkoušet?

Tabulka č. 21

Odpověď, celkem	Počet	Procenta %
Ano, byly ukázány, měla jsem možnost si je vyzkoušet	10	14 %
Ano, částečně ukázány i vyzkoušeny	14	20 %
Ne, nebyly ukázány	46	66 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 21



Komentář

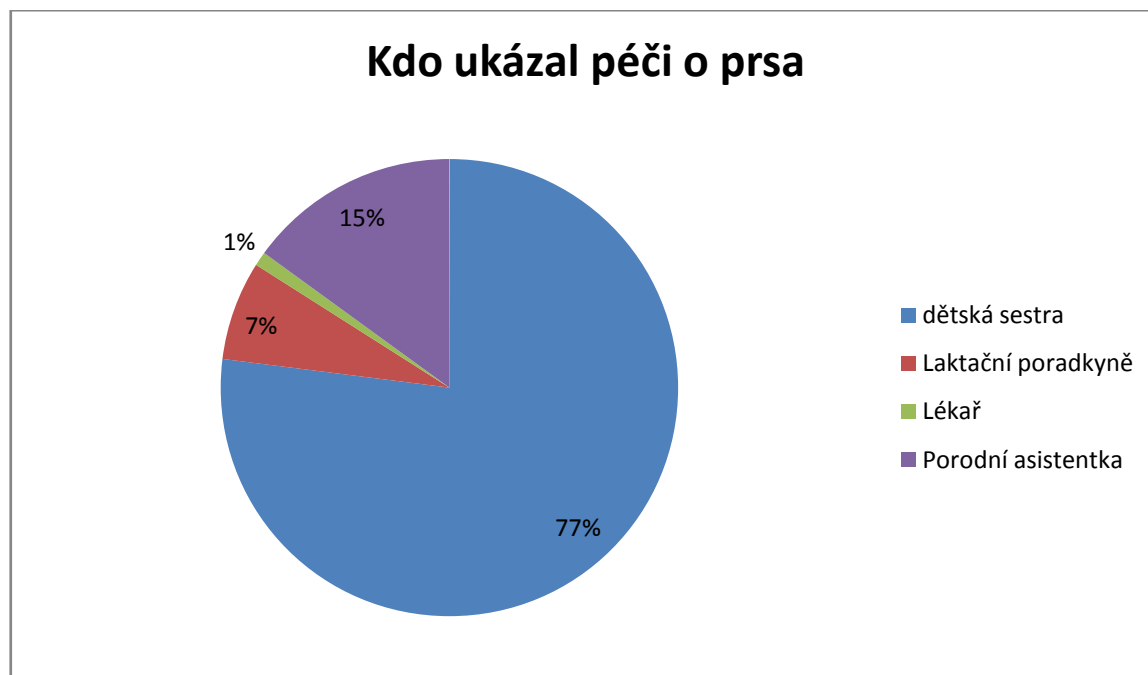
Dotázané respondenty v 66% neměly možnost se seznámit s pomůckami při kojení, 20% tuto možnost měly pouze částečně a pouze v 14 % mohly tyto pomůcky plně využít.

Otázka č.22 Péče o prsa, přikládání k prsu, kojení Vám na novorozeneckém oddělení ukázala: – matky měly možnost volit více odpovědí

Tabulka č. 22

Odpověď, celkem	Počet	%
Dětská sestra	63	77 %
Laktační poradkyně	6	7 %
Lékař	1	1 %
Porodní asistentka	12	15 %

Graf č. 22



Komentář

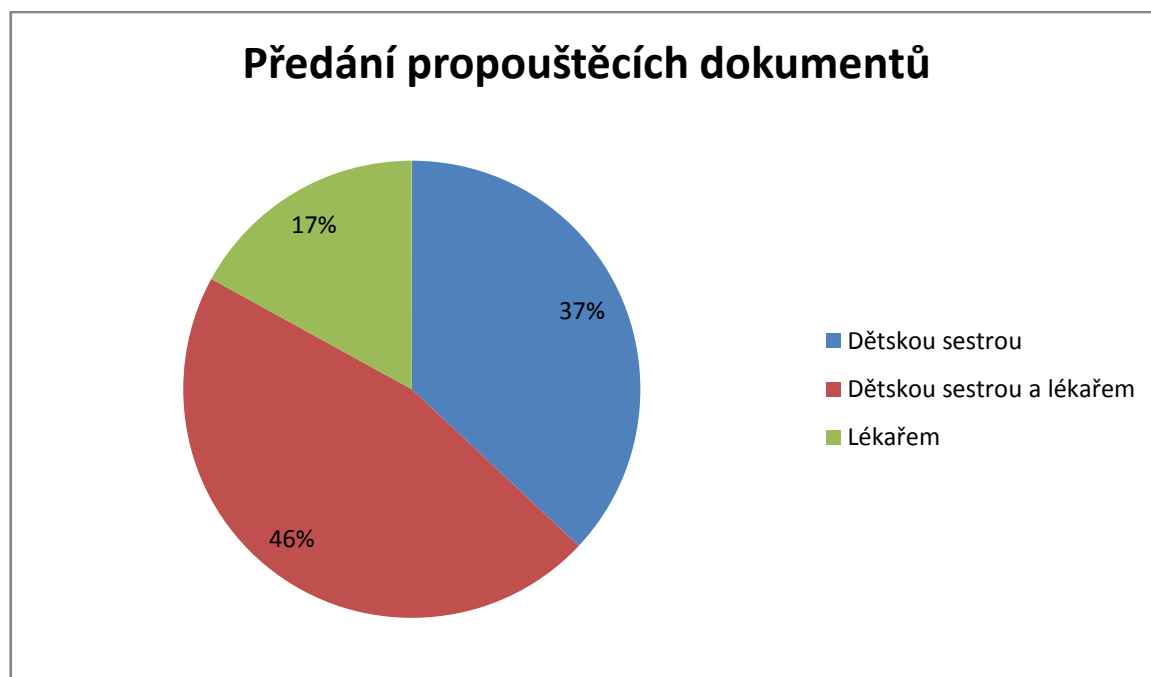
Dle získaných odpovědí je patrné, že v edukaci péče o prsa a přikládání k prsu je dětská sestra nezastupitelná, její podíl na této problematice je 77 %. Menší, nicméně podstatnou měrou se podílí i porodní asistentka, 15 %. Laktační poradkyně pak 7 %.

Otázka č. 23 V den propuštění Vám byly zopakovány informace, na které si máte u miminka dát pozor, byla jste informována, kam a kdy se máte dostavit, obdržela jste potřebné propouštěcí zprávy a očkovací průkaz. Toto vše Vám bylo předáno:

Tabulka č. 23

Odpověď, celkem	Počet	%
Dětskou sestrou	26	37 %
Dětskou sestrou a lékařem	32	46 %
Lékařem	12	17 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 23



Komentář

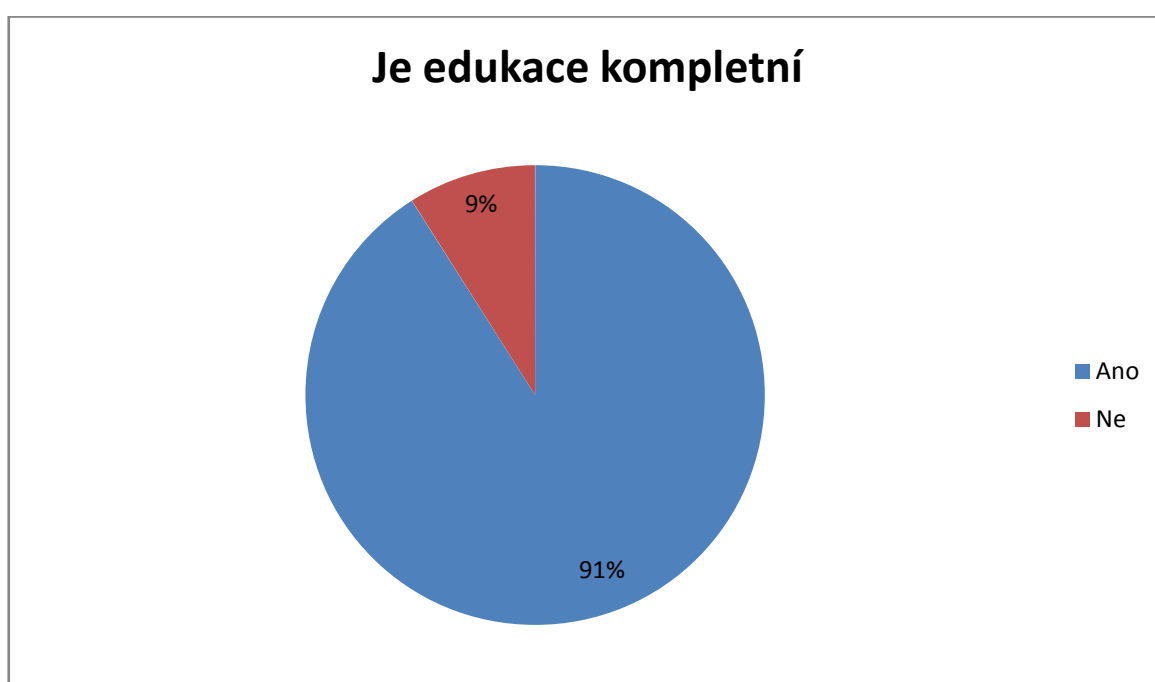
Lékař a dětská sestra propouští maminku s dítětem nejčastěji, 46 %. Lékař sám, nebo sestra propouští méně často, lékař - 17 %, sestra - 37 %.

Otázka č. 24 Byla edukace podle Vašeho názoru kompletní?

Tabulka č. 24

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	64	91 %
Ne	6	9 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 24



Komentář

70 dotazovaných respondentek se shodlo, že edukace je kompletní – 90%, 9% respondentek se domnívá, že je neúplná, dle jejich názoru chybí více informací o kojení. Z této skupiny 1 respondentka uvádí „nevím“.

Otázka č. 25 Chcete ještě sama něco dodat k této problematice?

Tabulka č. 25

Odpověď, celkem	Počet	%
Chci a dodávám	3	4 %
Nechci	67	96 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 25



Komentář

V této otázce dostaly respondentky možnost vyjádřit svůj názor, který nebylo možno vystihnout prostřednictvím výše uvedených otázek. Toho využily pouze 4% dotazovaných respondentek.

Jejich názory, postřehy se stanou přílohou této bakalářské práce.

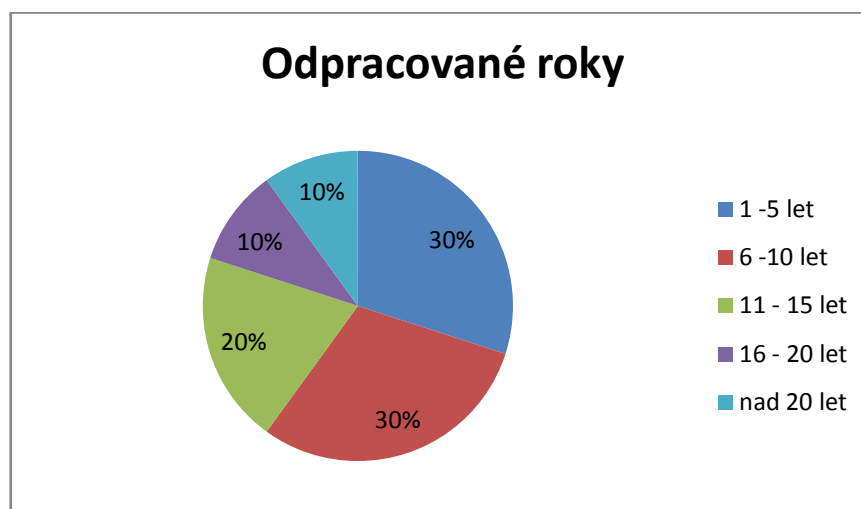
6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

Otázka č. 1 **Jak dlouho pracujete na novorozeneckém oddělení?** (uvedeno v letech)

Tabulka č. 1

Odpověď, celkem	Počet	%
1 – 5 let	3	30 %
6 – 10 let	3	30 %
11 – 15 let	2	20 %
16 – 20 let	1	10 %
Nad 20 let	1	10 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 1



Komentář

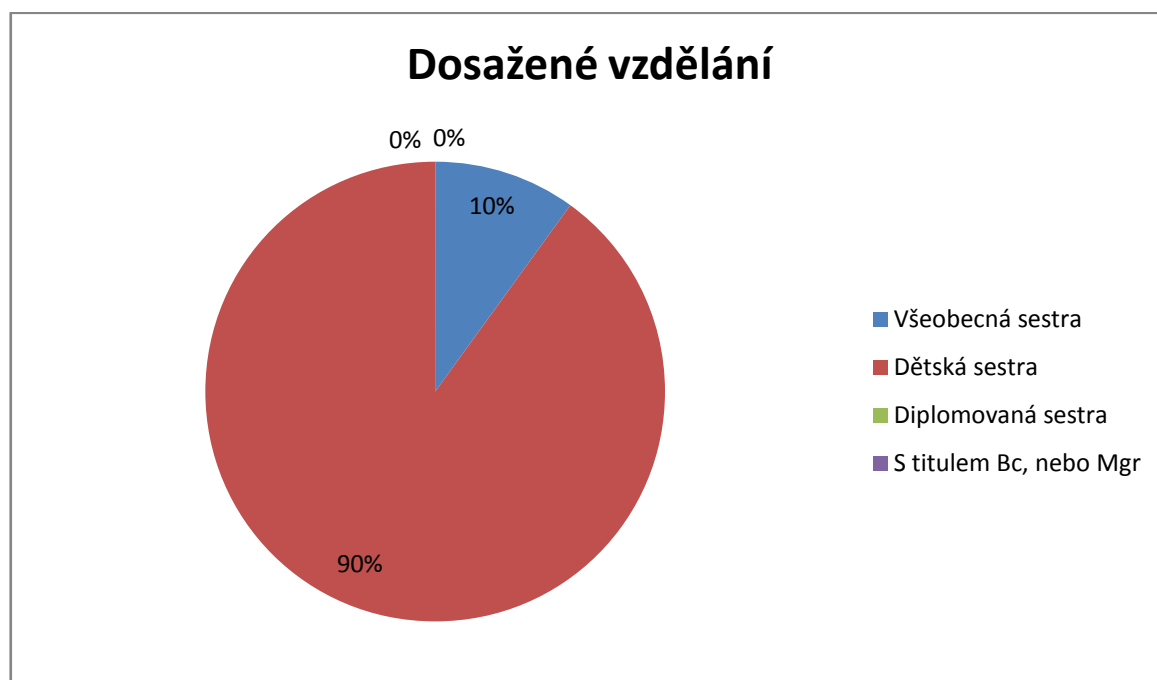
Soubor 10 respondentek je rozdělen dle odpracovaných let na novorozeneckém oddělení, nejvíce respondentek zde pracuje do 10 let, tj. 60 %. Nejdéle (30 let) zde pracuje 1 respondentka, t.j. 10 %.

Otázka č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2

Odpověď, celkem	Počet	%
Všeobecná sestra	1	10 %
Dětská sestra	9	90 %
Diplomovaná sestra	0	0 %
S titulem Bc, nebo Mgr.	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 2



Komentář

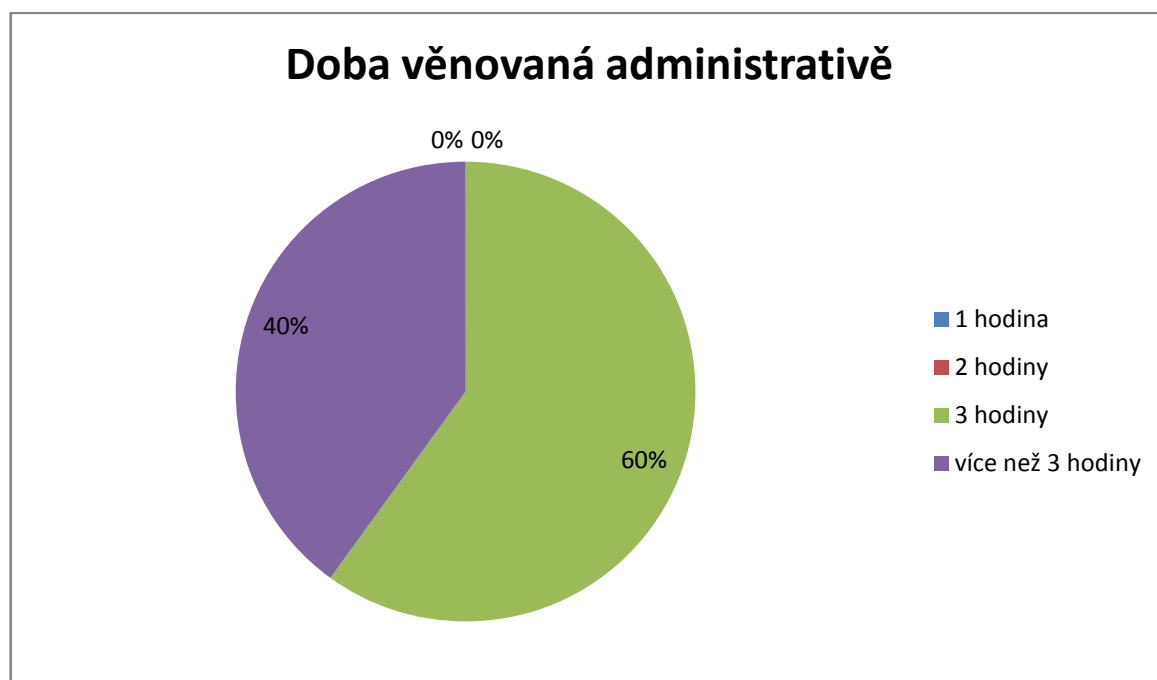
Na novorozeneckém oddělení pracují sestry s odborným vzděláním a to v drtivé většině sestry dětská (90 %). 10 % tvoří sestry všeobecné. Zcela chybí sestry s vyšším odborným vzděláním.

Otázka č. 3 Jak velkou část pracovní doby věnujete administrativě?

Tabulka č. 3

Odpověď, celkem	Počet	%
1 hodinu	0	0 %
2 hodiny	0	0 %
3 hodiny	6	60 %
Více než 3 hodiny	4	40 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 3



Komentář

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že sestra stráví administrativní činností cca $\frac{1}{4}$ pracovní doby, t.j. 60 % dotázaných. Ještě větší část pracovní doby touto činností stráví 40 % dotázaných.

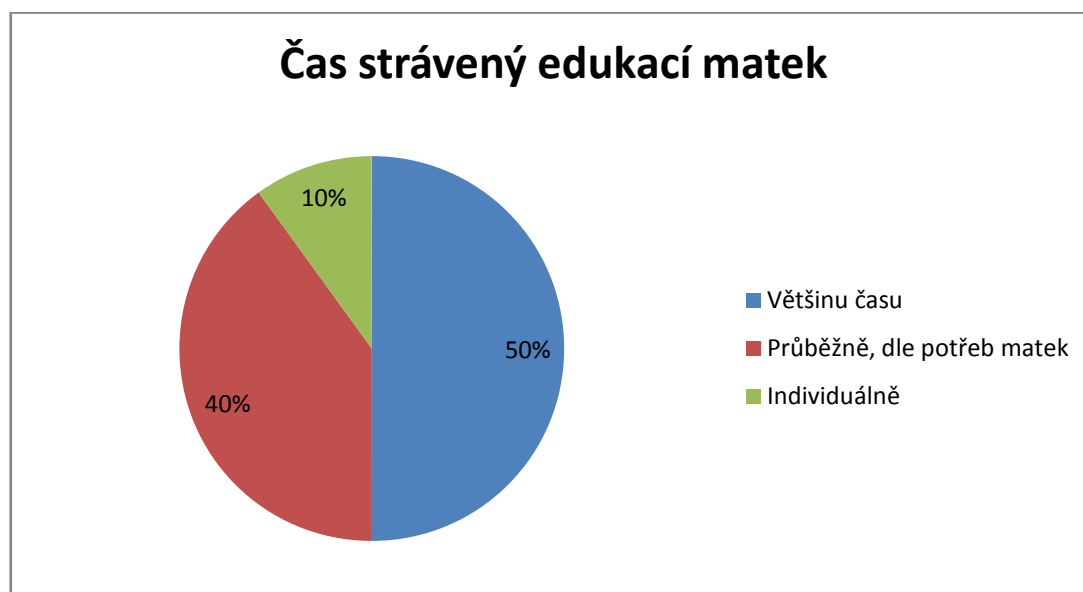
Otázka č. 4 **Jak velkou část pracovní doby věnujete edukaci matek?**

(vypište slovy)

Tabulka č. 4

Odpověď, celkem	Počet	%
Většinu času	5	50 %
Průběžně, dle potřeb matek	4	40 %
Individuálně	1	10 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 4



Komentář

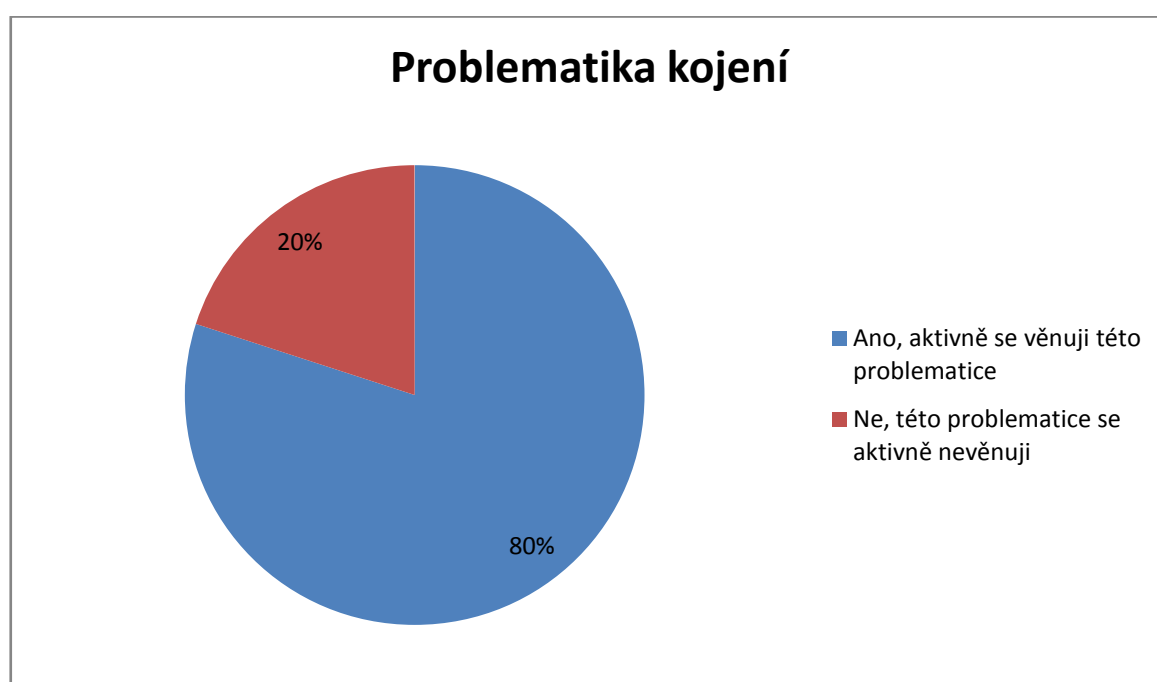
50 % respondentek se edukaci věnují po většinu pracovní doby. 10 % sester se věnuje matkám individuálně, 40 % respondentek se matkám věnuje průběžně, nelze však přesně říci ani u jedné skupiny, jak velkou část pracovní doby edukaci věnují.

Otázka č. 5 Věnujete se aktivně problematice kojení?

Tabulka č. 5

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	8	80 %
Ne	2	20 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 5



Komentář

Kojení je jedním ze základních kamenů péče o novorozence, což se odráží i v přístupu sester k této problematice. 80% dotázaných se kojení věnuje aktivně.

Otázka č. 6 Účastníte se aktivně kurzů pro budoucí matky na novorozeneckém oddělení?

Tabulka č. 6

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	1	10 %
Ne	9	90 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 6



Komentář

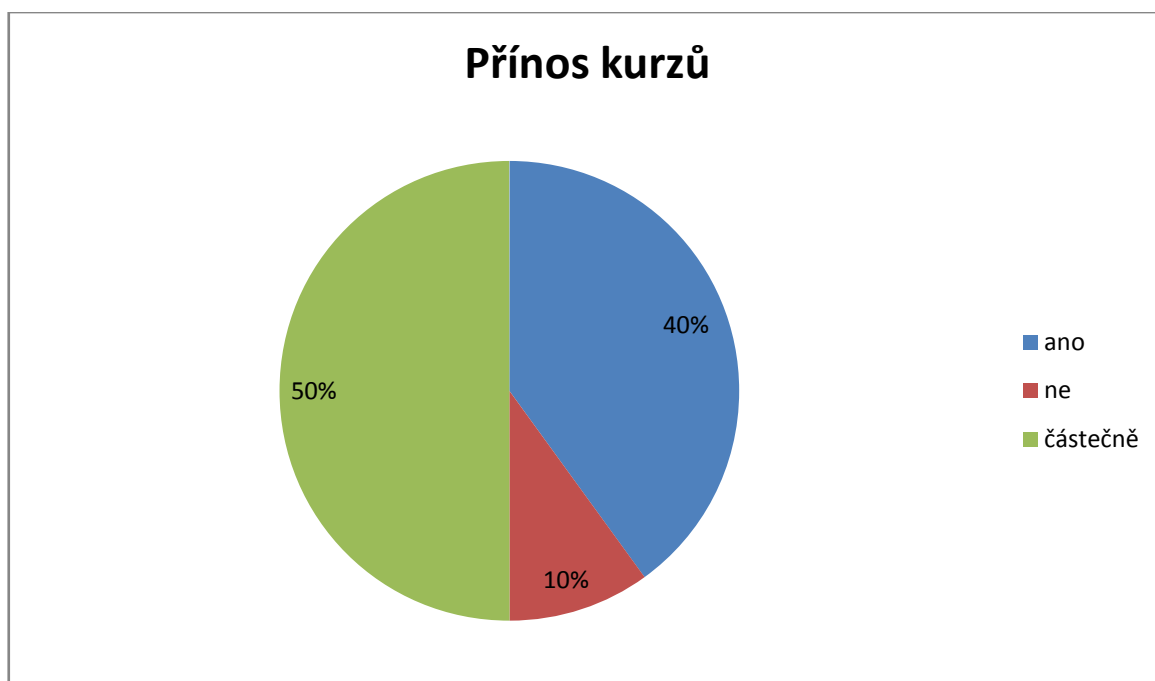
Aktivní účastí, tvorbou přednášek, organizací kurzu, se dle odpovědí respondentek, může pochlubit 10 % sester, 90 % se aktivně neúčastní.

Otázka č. 7 Domníváte se, že jsou tyto kurzy pro matky přínosné a usnadní jim péči o novorozence?

Tabulka č. 7

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	4	40 %
Ne	1	10 %
Částečně	5	50 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 7



Komentář

Z odpovědí dotázaných respondentek je patrné, že drtivá většina, 90% si myslí, že kurzy jsou přínosem, ale z toho v 50 procentech pouze částečným přínosem. Toto může být dáno úrovní a způsobem edukace matek.

Otázka č. 8 **Bezprostředně po porodu přikládáte novorozence matce k prsu?**

Tabulka č. 8

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	10	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	10	0 %

Graf č. 8



Komentář

Z dotázaných respondentek 100% přikládá novorozence k prsu matky po porodu. Zde není brán v úvahu zdravotní stav novorozence, jež je jistě limitujícím faktorem. V otázce je myšleno „fyziologického novorozence“. Bude zajímavé srovnání s otázkou v první empirické části, na kterou odpovídaly matky.

Otázka č. 9 Má matka možnost mít novorozence na porodním sále u sebe?

Tabulka č. 9

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano, když to dovolí zdravotní stav novorozence	10	100%
Ne	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 9



Komentář

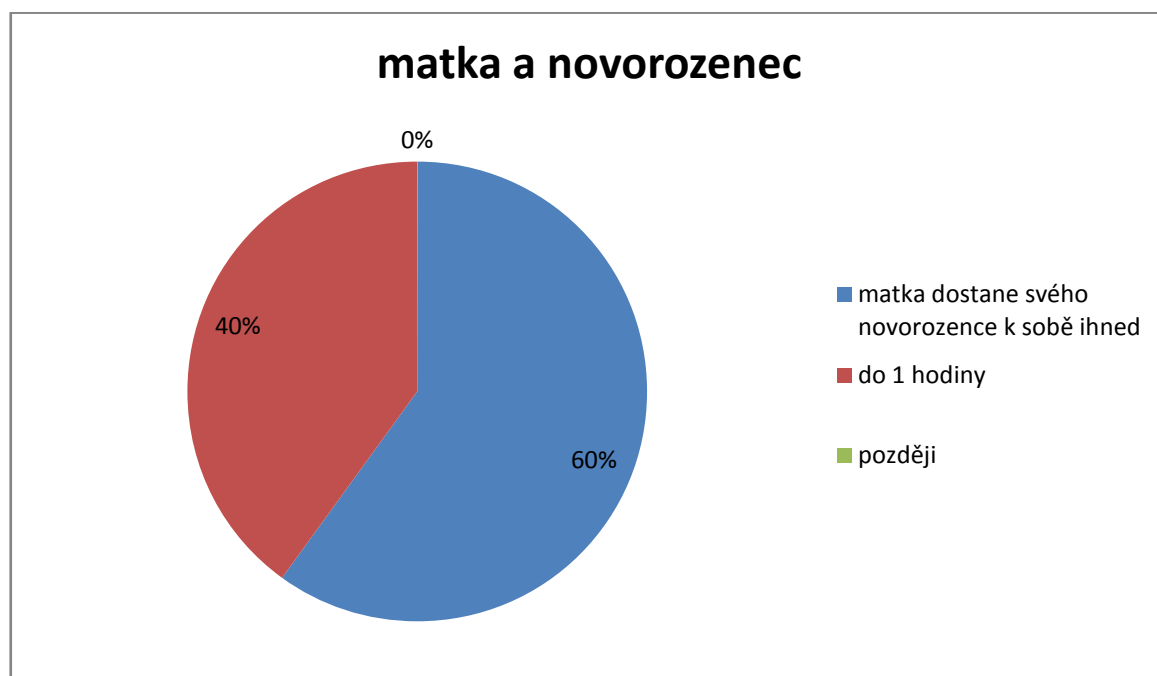
Fyziologický novorozenec prakticky vždy zůstává u matky na porodním sále. Z tohoto pohledu je rozhodující zdravotní stav matky.

Otázka č. 10 Po příchodu na oddělení dáváte dítě matce:

Tabulka č. 10

Odpověď, celkem	Počet	%
Ihned	6	60 %
Do 1 hodiny	4	40 %
Později	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 10



Komentář

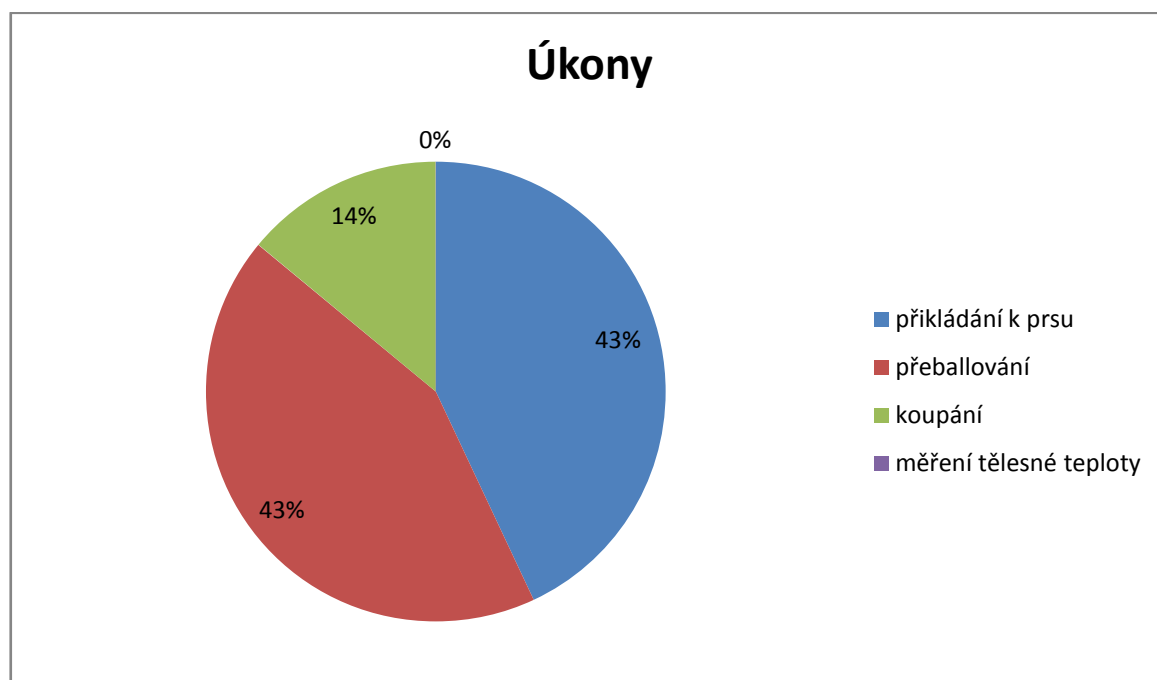
Dotázané respondentky, sestry novorozeneckého oddělení, se vždy snaží, aby matka měla své dítě co nejdříve u sebe. V 60 % tomu tak je, 40 % uvádí, že matka dostane své dítě do 1 hodiny po příchodu na novorozenecké oddělení.

Otázka č. 11 Během prvního dne na oddělení maminkám ukazují:

Tabulka č. 11

Odpověď, celkem	Počet	%
Přikládání k prsu	10	43 %
Přebalování	10	43 %
Koupání	3	14 %
Měření tělesné teploty	0	0 %

Graf č. 11



Komentář

Největší zájem matek je o ukázky a pomoc při kojení, 43 %, přebalování 43 %. Na straně druhé, nejmenší zájem bylo o ukázky měření tělesné teploty. Jde o fyziologického novorozence. Respondentky většinou ukazují více úkonů najednou – většinou přikládání k prsu a přebalování, žádná z nich nevedla ukázkou měření tělesné teploty.

Otázka č. 12 Výše jmenované úkony ukazují:

Tabulka č. 12

Odpověď, celkem	Počet	%
Jedenkrát	0	0 %
Dvakrát	1	10 %
Třikrát	0	0 %
Opakovaně, dle potřeby	9	90 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 12



Komentář

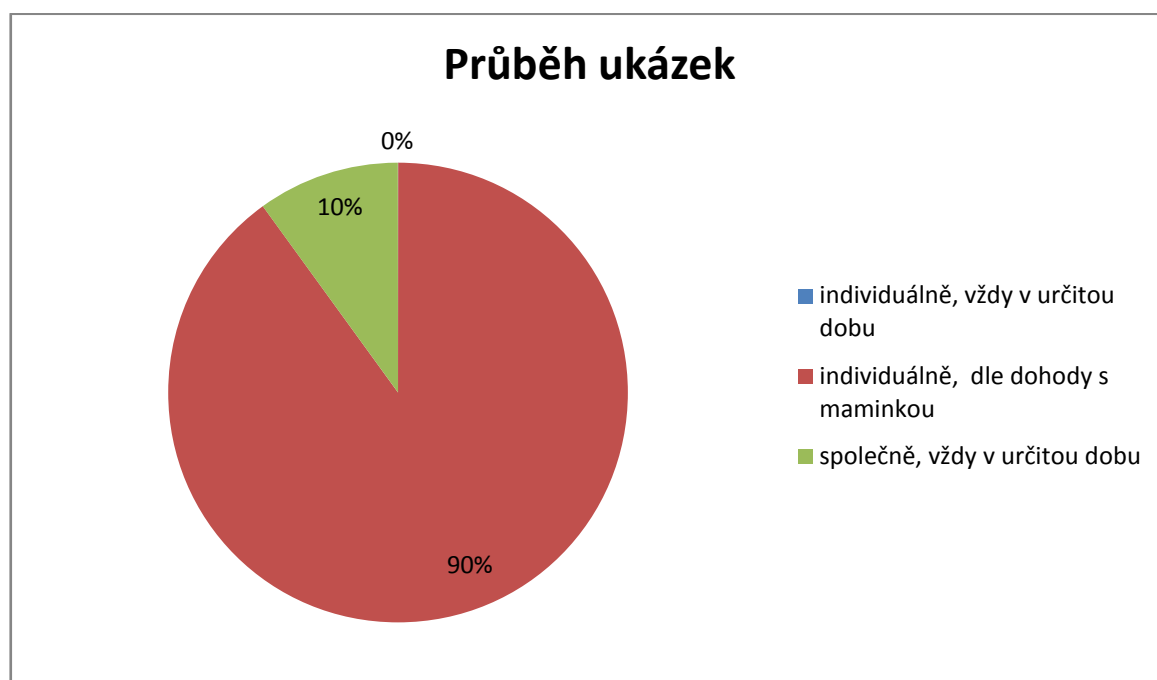
Většina respondentek výše jmenované úkony ukazuje opakovaně, dle potřeby matky, tj. 90%. Pouze malá část, 10 %, se omezí na 1 opakování.

Otázka č. 13 Ukázky probíhají:

Tabulka č. 13

Odpověď, celkem	Počet	%
Individuálně, vždy v určitou dobu	0	0 %
Individuálně, dle dohody s maminkou	9	90 %
Společně, vždy v určitou dobu	1	10 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 13



Komentář

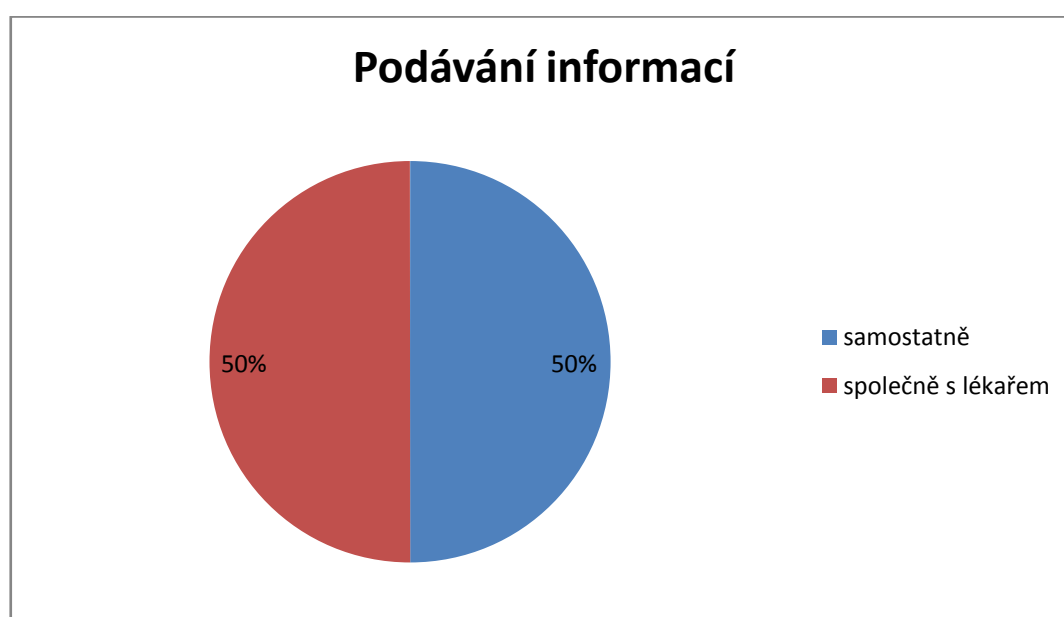
Ukázky úkonů, o kterých je zde řeč, mají probíhat individuálně, dle dohody s maminkou. Takto se chová 90% respondentek. 10% tento trend odmítá.

Otázka č. 14 Informace o tom co se bude dít s miminkem podávám:

Tabulka č. 14

Odpověď, celkem	Počet	%
Samostatně	5	50 %
Společně s lékařem	5	50 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 14



Komentář

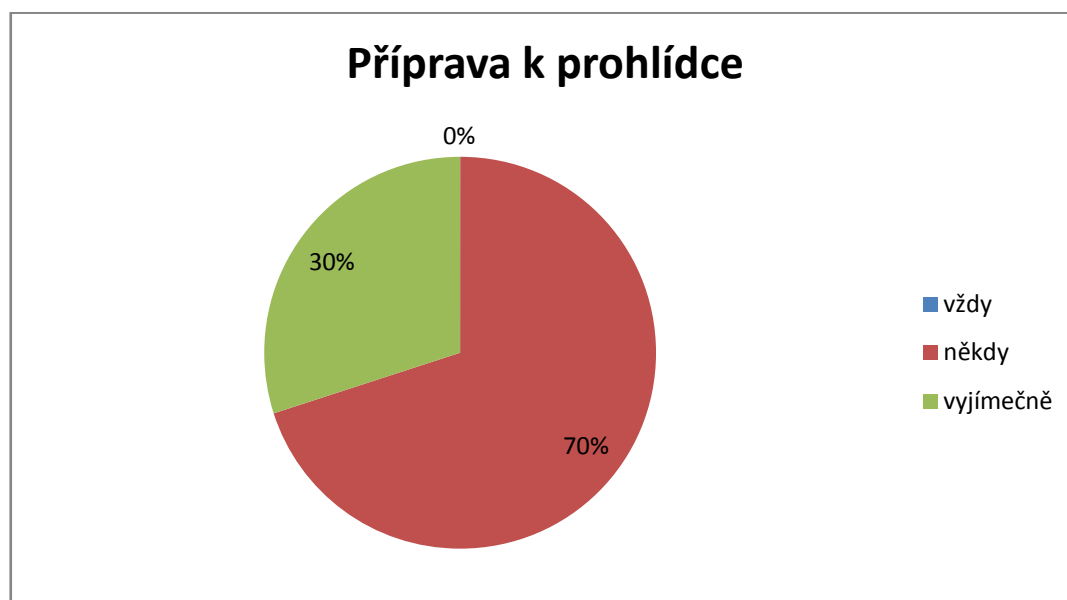
Záleží, jaké informace jsou podávány. Respondentky v 50% podávají informace samostatně, ale v 50 % spolu s lékařem. Většinou jde o informace o zdravotním stavu, plánu péče, léčby, atd.

Otázka č. 15 S přípravou miminka k prohlídce pomáhám:

Tabulka č. 15

Odpověď, celkem	Počet	%
Vždy	0	0 %
Někdy	7	70 %
Výjimečně	3	30 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 15



Komentář

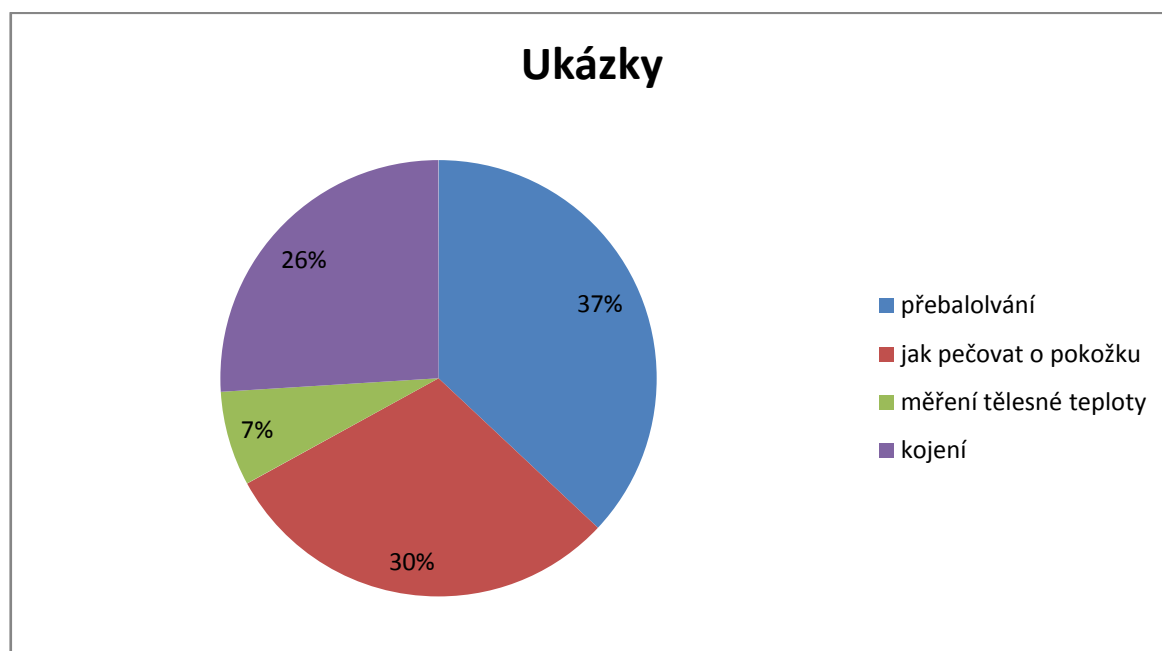
Z 10 dotázaných respondentek, 70 %, pomůže mamince někdy a 30 % ještě méně. Může to souviset s pracovní vytížeností sester, samostatností maminek při přípravě miminka k prohlídce.

Otázka č. 16 Při této přípravě opět ukazují:

Tabulka č. 16

Odpověď, celkem	Počet	%
Přebalování	10	37 %
Jak pečovat o pokožku	8	30 %
Měření tělesné teploty	2	7 %
Kojení	7	26 %

Graf č. 16



Komentář

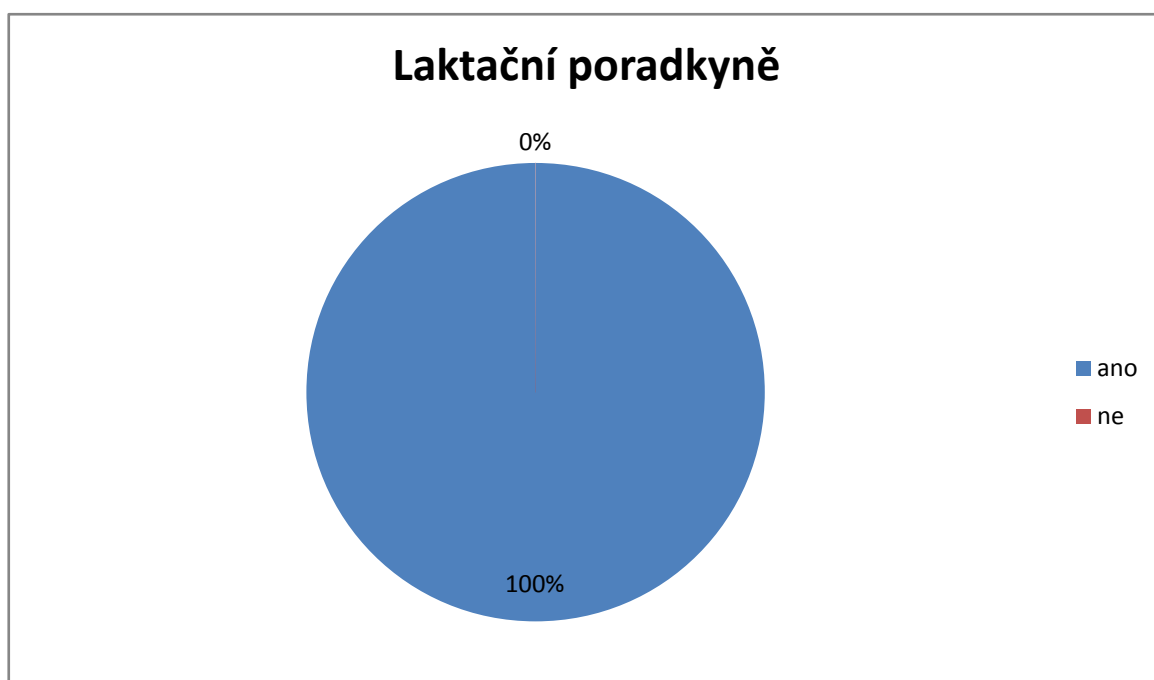
Dotazované respondentky nejčastěji ukazovaly přebalování, t.j. 37 %, potom jak pečovat o pokožku, t.j.30 %. Jak již bylo opakovaně řečeno, nejmenší zájem je o měření tělesné teploty.

Otázka č. 17 Působí na Vašem oddělení laktační poradkyně?

Tabulka č. 17

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	10	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 17



Komentář

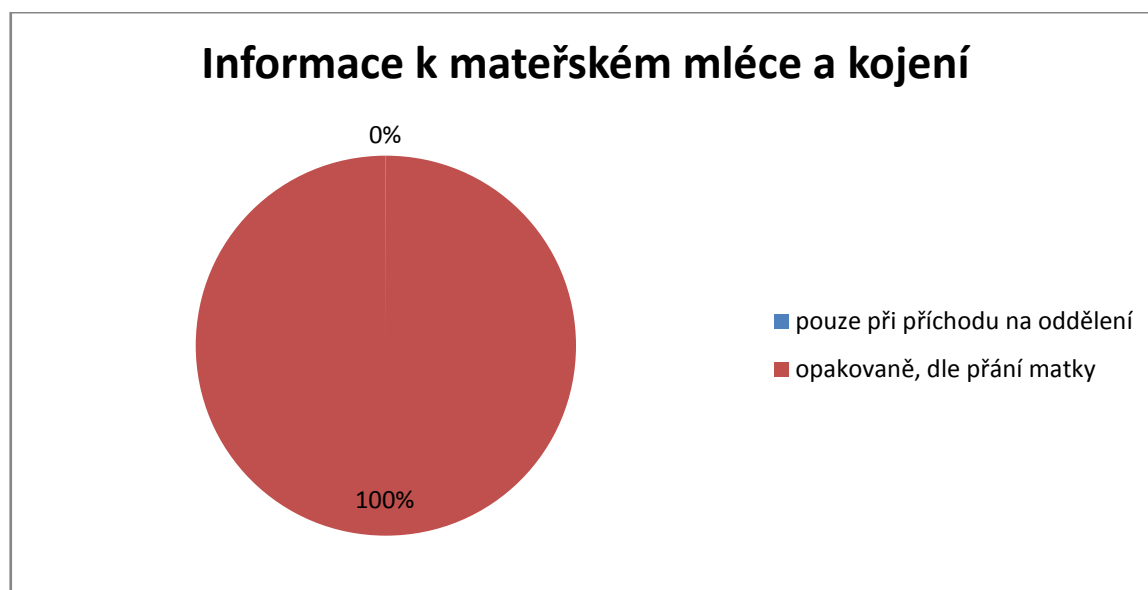
Všechny dotázané respondentky, uvádí, že na oddělení působí laktační poradkyně.

Otázka č. 18 **O polohách při kojení, kojení a mateřském mléce maminku informuji:**

Tabulka č. 18

Odpověď, celkem	Počet	%
Pouze při příchodu na oddělení	0	0 %
Opakovaně, dle přání matky	10	100 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 18



Komentář

K této otázce není co dodat, respondentky jasně vyjádřily, svůj postoj ke kojení. 100% sester se opakovaně věnuje matkám a edukuje je o kojení, polohách při kojení, výhodách mateřského mléka.

Otázka č. 19 Při kojení mám možnost ukázat pomůcky ke kojení?

Tabulka č. 19

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	10	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 19



Komentář

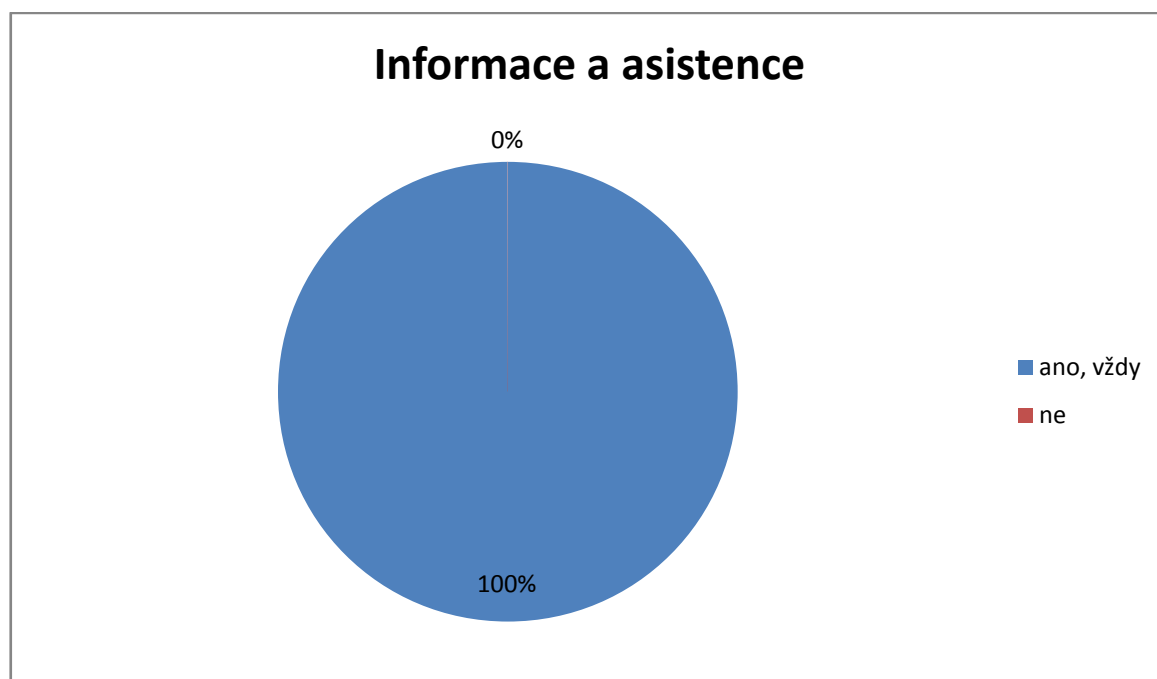
Všechny respondentky mají možnost ukázat pomůcky ke kojení.

Otázka č. 20 O běžných výkonech, odběrech, odstranění pupečního pahýlu, atd. maminku předem informuji a pak u samotného výkonu asistuji:

Tabulka č. 20

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano, vždy	10	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 20



Komentář

Během opakovaných návštěv u maminek je 100 % respondentek informováno o událostech následujících, výkonech, při kterých potom asistují.

Otázka č. 21 **Při propuštění zdůrazňuji věci, úkony, na které si maminka má doma dát pozor.**

Tabulka č. 21

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	10	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 21



Komentář

Z odpovědí vyplývá, že všechny respondentky při propuštění upozorňují na věci a úkony, na které si maminka má doma dát pozor.

Otázka č. 22 **Máte pocit, že výsledek Vaší edukace je adekvátní vynaloženému úsilí a času?**

Tabulka č. 22

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano	0	0 %
Ne	10	100 %
Celkem	10	100 %

Graf č. 22



Komentář

100% shoda respondentek na tom, že výsledek edukace neodpovídá vynaloženému úsilí a času – ukazuje na chybu v edukaci. Jistě zde hraje důležitou úlohu i maminka, její přechodné rozpoložení, zcela nová životní role. Tomu všemu by se měla edukace přizpůsobit.

Otázka č. 23 Jaký máte názor na vytvoření standardního manuálu k edukaci matek na oddělení?

Tabulka č. 23

Odpověď, celkem	Počet	%
Ano, uvítala bych ho	5	50%
Ne, není potřeba, všechny edukujeme stejně	5	50%
Celkem	10	100%

Graf č. 23



Komentář

Dle názoru respondentek, kdy se rozdělily přesně na 2 stejné poloviny, není zřejmé, zda manuál ano, či ne. „Když dvě dělají totéž, není to totéž“, to je stará pravda a té bychom se měli držet. Myslím, že manuál by byl na místě.

Otázka č. 24 Chcete sama něco dodat k tomuto tématu?

Tato otázka zůstala u všech respondentek nevyplněna.

7 DISKUZE

Odpovědi matek (rodiček)

Ad 1. cíl

Na první cíl práce (Stanovit a zhodnotit úroveň edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence) matky odpovídaly v otázkách č. 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23 a 24. Některé z otázek svým zaměřením odpovídaly na cíl 1 (úroveň edukace) a na cíl 2 (rozsah a obsah edukace).

V otázce č. 6 všech 28 matek účastnících se kurzů předporodní přípravy odpovědělo, že pro ně byl kurz přínosem. V otázce č. 12 se ukázalo, že plným dvěma třetinám matek byly ukázky předporodní přípravy v porodnici (první den) ukazovány individuálně (zbylé třetině matek hromadně). To ukazuje, že si personál je schopen najít dostatek času na individuální přípravu matek k porodu. Informace o tom, co se bude dít s dítětem (otázka č. 13) byly v drtivé většině (83 %) podávány současně sestrou i lékařem, což svědčí o poměrně velké angažovanosti a dobrém přístupu personálu. Na druhé straně dvě třetiny respondentek (v otázce č. 21) udaly, že jim nebyly ukázány pomůcky pro kojení (tedy si je ani nemohly vyzkoušet), což ukazuje na to, že informace jsou podávány spíše jen ústně, a nikoliv názorně. Otázka č. 22 (kdo matkám předvedl péči o prsa, přikládání k prsu a kojení) ukázala, že v praktických ukázkách stále dominuje činnost sester na oddělení (více než tři čtvrtiny ukázek) před činností laktačních poradkyní a porodních asistentek.

Úroveň edukace lze postihnout těžko; musel by se provést rozsáhlejší výzkum, komparace s jinými odděleními, popř. zvolit jiný typ zkoumání (zúčastněné pozorování). Nejlepší obraz na úroveň edukace z pohledu matek dávají otázky č. 6 (přínos kurzu), kdy 100 % matek považovalo kurz za přínos, a č. 24, ve které byly matky dotazovány na kompletnost edukace (více než 9 z 10 matek odpovědělo, že edukace byla kompletní).

Ad 2. cíl

Druhým cílem bylo stanovit rozsah i obsah edukace matek, což bylo možné z odpovědí vyčíst asi nejsnadněji. Na tento problém se orientovaly otázky č. 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23 a 24. Z odpovědí matek je patrné, že na daném oddělení se na edukaci klade důraz, že je komplexní, důkladná a plánovitá. Týká se všech fází pobytu matek, před, během i po porodu. O všech nutných záležitostech jsou matky informovány, někdy i opakovaně, na požádání, ve všech oblastech, zpravidla celým personálem.

Ad 3. cíl

Třetí cíl (ověřit srozumitelnost edukace matek) je možné vyhodnotit z odpovědí na otázky č. 6, 11, 15, 19, 20, 21, 23, částečně pak z otázek č. 14 a 24 a dalších. Tyto otázky se ptaly přímo na srozumitelnost a chápání výkladu, popř. na počty opakování ukázek atd. Nejadresněji mířila otázka č. 19 (*Byla jste... informována přijatelným a pochopitelným způsobem?*), na kterou kladně odpovědělo 90 % respondentek a dalších 9 % kladně s výhradami. Pouze jedna respondentka (resp. 1 % odpovědí) odpověděla, že výkladu neporozuměla.

Z uvedeného lze vyhodnotit, že odpovědný personál má snahu podávat informace rodičkám srozumitelně a že matky jsou za tento přístup vděčné.

Ad 4. cíl

Čtvrtý cíl, (tj. dle výsledků analýzy získaných dat ev. získat podklady pro vytvoření edukačního materiálu) je možné vyhodnotit pouze nepřímo, a to z odpovědí na otázky č. 4, 6, 23 nebo 24, popřípadě dalších. Je jisté, že zejména nastávající matky – prvorodičky by nějaký souhrnný manuál uvítaly (určitě ve větší míře než zdravotní sestry). Hledají a vybírají informace z různých zdrojů, protože komplexní materiál, shrnující veškeré potřebné poznatky, neexistuje. Druhorodičky už více čerpají z vlastní zkušenosti, takže třeba ani nenavštěvují předporodní kurzy. Získaný materiál na základě dotazníkového šetření by mohl sloužit jako podpůrný zdroj informací pro připravovaný manuál, obsahuje jejich cenné postřehy.

Odpovědi všeobecných sester

Všeobecných sester bohužel odpovídalo pouze 10, takže výsledky mají jen malou výpovědní hodnotu. I tak lze vysledovat některé tendence.

Ad 1. cíl

Cíl 1 – úroveň edukce – byl (více či méně) poptáván v otázkách č. 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a 22. Je důvodné předpokládat, že úroveň edukace bude vysoká, neboť hned několikrát se sestry ve 100% a bez váhání shodly vždy na té nejvhodnější variantě odpovědi, např. v otázkách č. 20 (informace o běžných úkonech), č. 18 (informovanost o polohách), č. 12 (četnost ukázek úkonů) atd.

V otázce č. 14 polovina sester odpovídá, že informace o miminku podává společně s lékařem, druhá polovina tak činí samostatně.

Velmi rozporuplně působí odpovědi na otázky pro sestry č. 7 (*Domníváte se, že jsou tyto kurzy pro matky přínosné a usnadní jim péči o novorozence?*) a č. 22 (*Máte pocit, že výsledek Vaší edukace je adekvátní vynaloženému úsilí a času?*). Na otázku č. 7 odpovědělo ano 40 % sester a 60 % odpovědělo, že jim to péči usnadní úplně nebo částečně. Oproti tomu na otázku č. 22 odpověděly všechny sestry negativně, tj. žádná nemá pocit, že by jejich edukace matek měla smysl. I když každá z otázek míří poněkud jiným směrem, přesto je rozpor v odpovědích zarážející. Pravděpodobně jde spíše o to, že sestry asi nemají dostatečný prostor pro adekvátně prováděnou edukaci.

Ad 2. cíl

Rozsah i obsah edukace matek (tj. Cíl č. 2) je obsažen v otázkách č. 4, 5, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21 a 22, částečně v otázkách č. 11, 14 a 19. Stejně jako u odpovědí matek je v této části možné nejlépe diskutovat výsledky. Z nich plyne, že sestry edukují rodičky komplexně, ve všech oblastech, individuálně i společně, na požádání, samostatně i s lékařem.

Ad 3. cíl

Popis třetího cíle (srozumitelnost edukace) z pohledu zdravotních sester je možný z otázek č. 7, 15, 19, 21 a 22. Zdravotnický personál je ke srozumitelnosti edukace výrazně skeptičtější než samotné matky-rodičky. Může to být způsobeno tím, že uvedenou činnost vykonávají opakovaně (a jakoby shledávají matky stále stejně málo obeznámené s problémem), kdežto matky se s touto edukací setkávají pouze 1–2krát v životě, takže ji přijímají a vnímají podstatně kladněji. Mohou zde působit i jiné faktory, jako třeba syndrom vyhoření, dlouhodobý vliv nemocničního prostředí, výše a typ vzdělání atd.

Ad 4. cíl

Na čtvrtý cíl (potřeby vytvořit standardní edukační materiál) je přímo zacílena pouze jedna otázka č. 23 – polovina sester by jej uvítala, druhá polovina jeho sestavení shledává zbytečným. Nepřímo na tento cíl odpovídají zdravotní sestry i v otázkách č. 24, 22, 7 a dalších. Je možné, že rozdělení „půl na půl“ v odpovědích na tuto otázku odpovídá obecnému smýšlení zdravotnického personálu, vzhledem k velmi malému počtu dotazovaných zdravotních sester (10) je však třeba při hodnocení tohoto cíle velké opatrnosti.

Porovnání odpovědí matek a zdravotních sester

Jak už bylo naznačeno, zdravotní sestry jsou v některých odpovědích, zejména na smysl a význam edukace poněkud pesimističtější než matky. Například na otázku, kdo podával informace, co bude s miminkem, matky odpovídaly: 83 % společně seestra s lékařem, 16 % seestra samostatně; sestry odpovídaly: 50 % sestry společně s lékařem, 50 % sestry samostatně. O přínosech edukačních kurzů je přesvědčeno 100 % matek, na druhé straně sestry jsou zcela přesvědčeny pouze v 50 %, částečně (spolu ne zcela) v 90 %.

Obě skupiny respondentek – matky-rodičky i sestry – se téměř shodují v názoru na frekvenci edukace, její rozsah a obsah.

Porovnání výsledků práce s vybranými pracemi na obdobné téma

Fajmonová se ve své práci zabývala kvalitativním dotazováním rodiček a zaměřila se zejména na téma informovanost v době kolem porodu a péči po porodu. Její vzorek byl sice menší (8 rodiček), avšak v zásadě poskytl obdobné výsledky, jako má práce. Nejzřejmější shodou je množství a kvalita informací poskytovaných matkám a zejména vstřícnost a ochota zdravotnického personálu je poskytovat. Menší problémy se podle Fajmonové vyskytují tehdy, pokud matku postihnou nějaké poporodní (psychické, hormonální) problémy (laktační krize, poporodní blues) nebo pokud má matka jiné představy o edukaci než dotazovaný. Autorka zaznamenala určité rozdíly matek v přístupu k edukaci, způsobené spíše osobnostními charakteristikami, popř. tím, jak intenzivně se samy matky o informace zajímají (jak mají tzv. načteno). Všechny konfrontované matky měly dostatek prostoru pro získávání informací a případné dotazy (Fajmanová, 2012).

Ludvíková, která oslovila vzorek 50 matek si ve své bakalářské práci zvolila cíle velmi podobné těm mým. Její cíle se týkají zejména vytvoření uceleného výukového materiálu pro ženy-rodičky a dále pak samotné edukace, resp. jejího rozsahu, srozumitelnosti atd. Zajímavé jsou odpovědi např. na otázku č. 7 (zdroje informací o kojení), kdy zdaleka nejvíce informací je získáváno od zdravotnického personálu, pak z literatury; z předporodních kurzů jen malé procento. U většiny otázek na formu edukace (dostatek času, vhodné prostředí, prostor pro dotazy) je spokojenost respondentek vyjádřena souhlasnými odpověďmi kolem 90 %. Také v dalších oblastech se výsledky velmi podobají ostatním výzkumům – srozumitelnost edukace 86 % a nevyskytující se chybějící dotazy na edukaci 88 %. Výsledky práce, resp. naplnění stanovených cílů lze v podstatě ztotožnit s tím, k čemu jsem dospěla ve své práci – edukace probíhá na široké bázi, zejména ze strany zdravotnického personálu, který je vstřícný k dotazům. Rodičky si většinou ani nemohou vzpomenout, na co by se ještě měly zeptat.

Kohoutová si ve své práci stanovila za cíl zhodnotit úroveň, rozsah a srozumitelnost informací poskytovaných matkám, dále informovanost matek porovnávala podle toho, zda byla prováděna sestrou či lékařem a podle věku a vzdělání matek. Jednalo se o standardizovaný dotazník, rozdaný 70 matkám dětí během kontrolního vyšetření kyčlí novorozence. Základní

údaje o matkách-rodičkách, týkající se například věku a pořadí rozeného dítěte, jsou velmi podobné s výsledky zjištěnými v ostatních pracích. Autorka dále ve své práci zjistila velmi příznivé odpovědi, týkající se četnosti sebevzdělávání matek, edukace a rad poskytovaných zdravotnickým personálem, vč. subjektivního hodnocení jeho různých složek. Zjistila rovněž nižší, pouze třetinovou účast na předporodním kurzu (Kohoutová, 2012).

Přínos bakalářské práce

1) Pokud budu hodnotit úlohu bakalářské práce z hlediska prvního cíle, který se týkal **úrovně edukace matek na novorozeneckém oddělení, která probíhala v rozsahu 47 % (jak odpověděly respondentky) - ze strany dětské sestry i lékaře - a k tomu se současně vyjádřily o kompletnosti edukace, tak usuzuji, že tato problematika vyžaduje větší prozkoumání a její kompletnost se zlepší po vytvoření edukačního materiálu.**

2) Rozsah a obsah edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence je dle hodnocení 64 % matek kompletní, podle 9 % respondentek neúplná. Je třeba dodat, že vzdělanost matek novorozenců je z 33 % střední vzdělání s maturitou.

3) Srozumitelnost edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence je matkám miminek v 90 % opakovaně vysvětlována a názorně předváděna, stejně tak jsou matkám ukazovány různé pomůcky v péči o novorozence. Nejčastěji je maminkám popisováno kojení; mají možnost vybrat si i z polohy vhodné ke kojení. Problém spatřuji spíše ve faktu, že matkám je opakovaně srozumitelně vysvětlována daná problematika, maminky si však rády (a z dotazníků vyplývá) v 10 % upravují aplikované zkušenosti, ne-li je nedodržují.

4) Posledním cílem této bakalářské práce je potřeba vytvořit standardní edukační materiál. V tomto případě je možné říci, že cíl byl naplněn a tato bakalářská práce může v budoucnosti posloužit z části i jako edukační materiál. Standardní edukační materiál jako takový neexistuje, a proto maminky čerpají hlavně z odborné literatury. Naopak dotazované dětské

sestry se rozdělily na 2 tábory, kde jedna polovina by uvítala edukační manuál, avšak druhá polovina nikoliv. Podle jejich tvrzení všichni edukují stejně, což jsem pojala jako heslo: „Když dvě dělají totéž, není to vždy totéž.“ Ráda bych k tomuto poznamenala, že některé dětské sestry se snaží do své edukační činnosti vnést i své osobní zkušenosti, což je dle mého názoru správné.

Na základě výsledků výzkumu usuzuji, že by bylo vhodné vytvořit standardní edukační plán pro dětské sestry, které edukaci provádějí, a současně manuál pro matky jako doprovodný materiál naší edukace.

Domnívám se, že oba tyto výukové materiály budou nápomocny ke zkvalitnění edukace.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat kvalitu edukace u matek po porodu, kvalitu edukace a postup edukátorek. K tomuto posloužily dotazníky v empirické části. Ve většině sekvencí bylo zjištěno, že edukace probíhá ke spokojenosti matek. Dále bylo zjištěno, že vzdělání dětských sester je dobré a hlavní roli v poskytovaných edukačních službách hraje praxe dětských sester. Po zjištěných faktech si nadále myslím, že tento systém funguje a má určitou tradici. Po dobu mé praxe jsem se nesečkala s negativním ohlasem, jak ze strany matek, tak ze strany dětských sester.

Všechny uvedené práce, vč. té mé, dospěly, zjednodušeně řečeno, k velmi podobným výsledkům v oblasti edukace matek-rodíček. Matky jsou jednak silně motivovány k samostudiu před porodem, jednak je jim poskytován široký prostor pro další edukaci, ať už v předporodních kurzech, nebo zejména zdravotnickým personálem na porodních odděleních. Téměř bez výjimky byla zaznamenána vstřícnost a ochota edukujících zdravotníků a vysoce kladné hodnocení absolvované edukace matkami.

Jedním z možných vysvětlení tak příznivého stavu edukace žen po porodu, je jejich relativně malý počet a taky velká pozornost, která se v současné době věnuje každému jednotlivému dítěti. Matky si zpravidla samy shánějí co nejvíce informací a ty pak ještě více či méně doplňují během pobytu na porodnických odděleních.

Svou práci jsem pojala jako praktický nástin jednotlivých edukačních kroků matek-rodíček. Čerpala jsem poznatky jak z praxe, tak i z teorie, a myslím si, že edukace matek na novorozeneckých odděleních dává pevné základy pro tak silné citové pouto, jakým je vztah matky a dítěte.

Na podkladě výsledků výzkumu usuzuji, že je vhodné vytvořit standardní edukační plán pro dětské sestry, které edukaci provádějí a současně manuál pro matky, jako doprovodný materiál naší edukace.

V současné době jsem na mateřské dovolené, proto prozatím tato práce částečně poslouží jako edukační materiál. Po mém návratu na pracoviště bych se ráda osobně podílela na vytvoření edukačních materiálů, tak aby edukace matek v péči o fyziologické novorozence byla srozumitelná a komplexní. Věřím, že oba materiály budou přínosem pro obě strany, jak matky, tak sestry.

ANOTACE

Autor: Hana Píchová

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologického novorozence.

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková

Počet stran: 134

Počet příloh: 9

Rok obhajoby: 2013

Klíčová slova: edukace, edukační proces, novorozenecké oddělení, rooming-in, fyziologický novorozenec, novorozenecké období, kojení, umělá výživa

Souhrn:

Bakalářská práce zjišťuje míru a kvalitu edukace matek v péči o fyziologického novorozence na novorozeneckém oddělení.

V teoretické části jsem popsala jednotlivé termíny a přesněji vysvětlila jejich obsah, naopak v části empirické jsem použila praktické hodnocení získaných poznatků jak jednotlivých edukátorek působících na novorozeneckém oddělení, tak přímo dotázaných edukantek.

Z výzkumného šetření vyplynula potřeba vytvořit edukační manuál, na jehož podkladě budou poskytovány jednotlivé informace a který poskytne matkám dostatečný časový prostor pro jejich dotazy. K tomuto edukačnímu manuálu bude vytvořen manuál pro sestry.

Tyto výukové materiály budou nápomocny ke zkvalitnění oš. péče o novorozence na našem pracovišti.

Výzkumný soubor respondentek byl sestaven z matek po porodu, které byly hospitalizovány na oddělení šestinedělí Oblastní nemocnice Kolín a.s.

ABSTRACT

Author: Hana Píchová

Institution: Social Medicine Institute , Charles Univerzity, Fakulty of Medicine in Hradec Králové

Title of thesis: The Education of mothers in the neonatal ward in the care of physiological newborn.

Thesis consultant: Mgr. Eva Vachková

Number of pages: 134

Number of attachments: 9

Year of defense: 2013

Key words: education, educational process, neonatal department, rooming – in, physiological newborn, physiological period, breast – feeding, artificial nutrition

Summary:

Bachelor thesis provides comprehensive information about the education of mothers in the care of normal newborns at the neonatal ward.

In the theoretical part describes the various deadlines and accurately explain their content, while in the empirical part, I used the knowledge gained from practical as individual mentors working at the neonatal department and directly surveyed mothers. The research identified a need to create an educational manual on the basis of individual information will be provided and that mothers provide sufficient time for their questions. The material can be also used as training manual for nurses. These training materials will assist to improve the quality of nursing care for newborns in our department. The research sample of respondents was drawn from the mothers after childbirth, who were hospitalized at a confinement department in Regional Hospital , placed in Kolín.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva. SADÍLEK, Petr. TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- 2) BOREK, I. a kol., *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Doplněné vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4
- 3) BRÁZDOVÁ, CSc., Zuzana , et al. *Kojení dar pro život*. MUDr. Anna Klímová, Růžena M. Brožková, technická spolupráce Alena Stloukalová. Press Brno : [s.n.], 1995. 56 s.
- 4) ČEKAL, M., ŠULC, J., *Průvodce ženy jiným stavem – početí, těhotenství, porod, šestinedělí*, 4. vyd., Praha: Československý spisovatel, 2010, 169 s., ISBN 978-80-87391-39-6
- 5) DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha : Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 6) GREENHALGH, Trisha. *Jak pracovat s vědeckou publikací*, 1.vyd. Praha:Grada Publisnihg, 2003. ISBN 880-247-0310-6
- 7) HORVÁTHOVÁ; M. Edukácia, jej podstata a determinanty. In *INFO sestra*, 2000, roč. 3, č. 4, s. 4-6, ISSN 1335 4132.
- 8) FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I., a kol. autorů, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1
- 9) JUŘENÍKOVÁ, Grada Publishing a.s., 2010. ISBN, 8024721716, 9788024721712. Length, 77 (str.9, str. 69)
- 10) KLIMOVÁ a kol., *Kojit a jak? Rady maminkám a nejen jim*. Brno: Metoda spol.s.r.o, 2007., 59.s
- 11) LEBL, J., PROVAZNÍK, K., HEJCMANOVÁ, L., *Preklinická pediatrie.*, 2. přeprac. vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6.
- 12) LEIFER, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, 1. vyd., Praha: Grada, 2004, 988 s., ISBN 80-247-0668-7

- 13) MIKULANDOVÁ, M., *Těhotenství a porod: Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*, 1. vyd., Brno: Computer Press, 2004, 160 s., ISBN 80-251-0205-X
- 14) MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 2 sv.(s. 187)
- 15) MUŽÍK, J., *Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 1998. 271 s. ISBN 80-85963-52-3.
- 16) MYDLILOVÁ, Anna. *Standartní praktické pokyny pro kojení v ČR*. [s.l.] : [s.n.], 2006 tisk. 60.
- 17) MYDLILOVÁ, A. Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatric pro promoci*, 2005, č. 2, s. 32., ISSN 1214-6773
- 18) SCHNEIDEROVÁ A KOL., D., *Kojení: Nejčastější problémy a jejich řešení*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2002. edice pro rodiče. ISBN 80-247-0112-X.
- 19) SLEZÁKOVÁ, L. a kol., *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*, 1. vyd., Praha: Grada, 2011, 269 s., ISBN 978-80-247-3373-9
- 20) SVĚŘÁKOVÁ M., *Úvod do problematiky. Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2. Klaban, V.
- 21) ŠVEJCAR, J., et al., *Péče o dítě*, 1.vyd., Praha: Nuga, 2003, 400 s., ISBN 80-85903-15-6
- 22) DORT, J. a kolektiv., *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. v Plzni: Západočeská univerzita, 2011. 237 s. ISBN 978-80-7043-944-9.
- 23) VINCENTOVÁ, D. Výživa novorozence, kojence a batolete. *Pediatric pro praxi*. 2006, 4, s. 224-226, ISSN 1213-0494
- 24) FAJMONOVÁ, S., *Péče o fyziologického novorozence v prvních týdnech po propuštění z porodnice*. Bakalářská práce. JČU v Českých Budějovicích, 2012.
- 25) KOHOUTOVÁ, P., *Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence*. Bakalářská práce. Praha, Karlova univerzita, 2012.
- 26) LUDVÍKOVÁ, E., *Edukace kojících žen*. Bakalářská práce. UK v Praze, 2009.
- 27) ROZTOČIL, A. et. al. *Moderní porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2008, ISBN 978-80-247-1941-2

28) SEDLÁŘOVÁ, P. a kol., *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1613-8

29) SLEZÁKOVÁ, L. et. al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN 978-80-247-3373-9

30) ŽIAKOVÁ, Katarina. et. al. *Ošetrovatelstvo teória a vedecký výskum*, 2. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009, 322s. ISBN-978-80-8063-304-2

Internetové zdroje

- 1) (http://www.neoweb.cz/texty/Znaceni_doporuceni.pdf, 23.3.2008)., Označení novorozence, URL – adresa, Internetový zdroj, cit. 2013-03-07
- 2) <http://www.emimino.cz/encyklopedie/stolice-novorozence/>., E-mimino, CZ, URL-adresa, rady nejen pro maminky, Internetový zdroj, cit. 2013–03-08
- 3) <http://cs.wikipedia.org/> Internetový zdroj, Internetový slovník, rady pro maminky, URL adresa, cit. 2013–07-03
- 4) <http://www.skola.czechian.net/II.r/kojeni+umela.htm> Internetový zdroj, umělá výživa, cit. 2013–07-08
- 5) <http://lehrske.slovniky.cz/lexikon-pojem/apgarova-virginia-1909-4>, Internetový zdroj, cit. 2013-06-17
- 6) <http://novorozeneckyscreening.cz/index.php?pg=verejnost>, Internetový zdroj, cit. 2013-05-02
- 7) Monitor dechu Respisense. *Charakteristika Respisense*. [cit. 2013-07-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.respisense.cz>>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ MATEK

Tabulka + graf č.1: Věk respondentek	42
Tabulka + graf č.2: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	43
Tabulka + graf č.3: Jste prvorodička.....	44
Tabulka + graf č.4: Návštěva kurzu.....	45
Tabulka + graf č.5: Návštěva otce na kurzu.....	46
Tabulka + graf č.6: Přínos kurzu.....	47
Tabulka + graf č.7: Položení dítěte po porodu matce na břicho.....	48
Tabulka + graf č.8: Přiložení dítěte po porodu k prsu.....	49
Tabulka + graf č.9: Miminko u matky po příchodu na oddělení.....	50
Tabulka + graf č.10: Ukázky na novorozeneckém oddělení.....	51
Tabulka + graf č.11: Počet ukázek.....	52
Tabulka + graf č.12: Průběh ukázek.....	53
Tabulka + graf č.13: Podávané informace.....	54
Tabulka + graf č.14: Příprava k vizitě.....	55
Tabulka + graf č.15: Opakované ukázky.....	56
Tabulka + graf č.16: Podávané informace.....	57
Tabulka + graf č.17: Informace o kojení před porodem.....	58
Tabulka + graf č.18: Zdroje informací.....	59
Tabulka + graf č.19: Informace o kojení a nástupu laktace.....	60
Tabulka + graf č.20: Ukázky poloh při kojení.....	61
Tabulka + graf č.21: Ukázky pomůcek při kojení.....	62

Tabulka + graf č.22: Kdo ukázal péči o prsa.....	63
Tabulka + graf č.23: Předání propouštěcích dokumentů.....	64
Tabulka + graf č.24: Je edukace kompletní.....	65
Tabulka + graf č.25: Vlastní názor.....	66

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ SESTER

Tabulka + graf č.1: Odpracované roky.....	67
Tabulka + graf č.2: Dosažené vzdělání.....	68
Tabulka + graf č.3: Doba věnovaná administrativě.....	69
Tabulka + graf č.4: Čas strávený edukací matek.....	70
Tabulka + graf č.5: Problematika kojení.....	71
Tabulka + graf č.6: Aktivní účast na kurzu.....	72
Tabulka + graf č.7: Přínos kurzů.....	73
Tabulka + graf č.8: Příkládání k prsu po porodu.....	74
Tabulka + graf č.9: Novorozenec u matky na porodním sále.....	75
Tabulka + graf č.10: Matka a novorozenec.....	76
Tabulka + graf č.11: Úkony.....	77
Tabulka + graf č.12: Úkony ukázány.....	78
Tabulka + graf č.13: Průběh ukázek.....	79
Tabulka + graf č.14: Podávání informací.....	80
Tabulka + graf č.15: Příprava k prohlídce.....	81
Tabulka + graf č.16: Ukázky.....	82

Tabulka + graf č.17: Laktační poradkyně.....	83
Tabulka + graf č.18: Informace o mateřském mléce a kojení.....	84
Tabulka + graf č.19: Možnost ukázek pomůcek ke kojení.....	85
Tabulka + graf č.20: Informace a asistence.....	86
Tabulka + graf č.21: Propuštění a zdůraznění úkonů.....	87
Tabulka + graf č.22: Je výsledek edukace adekvátní.....	88
Tabulka + graf č.23: Vytvoření standardního manuálu.....	89

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Souhlas.....	104
Příloha B: Dotazník pro výzkumné šetření sester	105
Příloha C: Dotazník pro výzkumné šetření matek	110
Příloha D: Edukační záznam	117
Příloha E: Apgar skóre	118
Příloha F: Polohování novorozence	119
Příloha G: Vybrané polohy při kojení	122
Příloha H: Seznam tabulek a grafů z dotazníkového šetření matek	124
Příloha CH: Seznam tabulek a grafů z dotazníkového šetření sester	125
Obrázek č. 1	126
Obrázek č. 2	127
Obrázek č.3	127

Příloha A: Souhlas

Vážená paní
Irena Šandová
Hlavní sestra
Oblastní nemocnice Kolín a.s.
Žižkova 146
Kolín 3

V Kolíně dne 30.11.2012

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Novorozeneckém odd. a odd. Šestinedělí ONK a.s.

Vážená hlavní sestro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení průzkumného šetření na Novorozeneckém oddělení a oddělení Šestinedělí v ONK a.s., jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Hany Píchové, nar. 5.12.1976, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LFUK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit a hodnotit kvalitu edukace matek v péči o fyziologického novorozence. Průzkumné šetření bude provedeno formou anonymních a dobrovolných dotazníků, které jsou k žádosti přiloženy.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí Oddělení ošetrovatelství na Ústavu sociálního lékařství LFHK UK. Výsledky průzkumu Vám rádi poskytneme.

S pozdravem

Hana Píchová
Kremličkova 937
Kolín 2
tel.: 777872847
e-mail: Handulak.T@seznam.cz
pracoviště: DO-JIP ONK a.s.

Vedoucí práce:
Mgr. Eva Vachková
vedoucí oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
tel.: 495 816 365
e-mail: vachkovae@lfhk.cuni.cz

konsultant:
prim.MUDr.René Hrdlička
ONK a.s.
Tel: 321756401
e-mail: rene.hrdlicka@nemocnicekolin.cz

Vyjádření:

Souhlasím

Nesouhlasím

Odůvodnění:



Datum: 22.2. 2012

Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
nemocnice Středočeského kraje

100 00 Kolín, Žižkova 146; IČO: 27256391

Podpis, razítko:

- 4 -

Příloha B: Dotazník pro výzkumné šetření v plném znění (sestry)

Dotazník pro výzkumné šetření

Vážená kolegyně,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Praha v Hradci Králové.

Jako téma závěrečné práce jsem si zvolila „Edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologické novorozence“.

Potřebné informace k této práci, její výzkumné části, získám pomocí dotazníku, o jehož laskavé vyplnění Vás tímto prosím.

Všechny získané informace budou výhradně využity jako studijní materiál pouze pro tuto závěrečnou práci. Dotazník, který máte k dispozici je zcela anonymní.

Odpovědi, prosím, zakroužkujte, pokud bude nabídnuto více možností, lze vyznačit více než jednu.

Pokud se rozhodnete nějakou odpověď opravit, proveďte to tak, aby bylo patrné, která odpověď je správná.

Pokud nebude v nabídce odpovědi žádná, která by vám vyhovovala, zvolte tu, která je Vašemu názoru nejbližší.

Odpovězte, prosím na všechny otázky.

Výsledky tohoto šetření mohou přispět ke zkvalitnění péče na Vašem oddělení.

1. Jak dlouho pracujete na novorozeneckém oddělení? (uved'te v letech)

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) všeobecná sestra
- b) dětská sestra
- c) DIS
- d) Bc. (Mgr.)

3. Jak velkou část pracovní doby věnujete administrativě?

- a) 1hodinu
- b) 2hodiny
- c) 3hodiny
- d) více než 3 hodiny

4. Jak velkou část pracovní doby věnujete edukaci matek? (vypište slovy)

5. Věnujete se aktivně problematice kojení?

- a) ano
- b) ne

6. Účastníte se aktivně kurzů pro budoucí matky na novorozeneckém oddělení?

- a) ano
- b) ne

7. Domníváte se, že jsou tyto kurzy pro matky přínosné a usnadní jim péči o novorozence?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

8. Bezprostředně po porodu přikládáte novorozence matce k prsu?

- a) ano, když to dovolí stav novorozence
- b) ne

9. Má matka možnost mít novorozence na porodním sále u sebe?

- a) ano
- b) ne

10. Po příchodu na oddělení dáváte dítě matce:

- a) ihned
- b) do 1 hodiny
- c) později

11. Během prvního dne na oddělení maminkám ukazují:

(můžete označit více odpovědí)

- a) přikládání k prsu
- b) přebalování
- c) koupání
- d) měření tělesné teploty

12. Výše jmenované úkony ukazují :

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) opakovaně, dle potřeby

13. Ukázky probíhají:

- a) individuálně, vždy v určitou dobu
- b) individuálně, dle dohody s maminkou
- c) společně, vždy v určitou dobu

14. Informace o tom, co se bude dít s miminkem podávám:

- a) samostatně b) společně s lékařem

15. S přípravou miminka k prohlídce pomáhám:

- a) vždy b) někdy c) výjimečně

16. Při této přípravě maminkám opět ukazuji:

(můžete označit více odpovědí)

- a) přebalování
b) jak pečovat o pokožku
c) měření tělesné teploty
d) kojení

17. Působí na Vašem oddělení laktační poradkyně?

- a) ano b) ne

18. O polohách při kojení, kojení a mateřském mléce maminku informuji:

- a) pouze při příchodu na oddělení
b) opakovaně, dle přání matky

19. Při kojení mám možnost ukázat pomůcky ke kojení:

- a) ano b) ne

20. O běžných výkonech, odběrech, odstranění pupečního pahýlu, atd.

maminku předem informuji a pak u samotného výkonu asistuji:

a) ano, vždy

b) ne

21. Při propuštění zdůrazňuji věci, úkony, na které si maminka má

doma dát pozor:

a) ano

b) ne

22. Máte pocit, že výsledek Vaší edukace je adekvátní vynaloženému

úsilí a času?

a) ano

b) ne

23. Jaký máze názor na vytvoření standardního manuálu k edukaci matek

na oddělení?

a) ano, uvítala bych ho

b) ne, není potřeba, všechny edukujeme stejně

24. Chcete sama něco dodat k tomuto tématu?

Zkontrolujte ještě jednou, prosím, zda jste odpověděla na všechny otázky. Neúplně vyplněný dotazník by nemohl být pro výzkum použit.

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Hana Píchová

Příloha C: Dotazník pro výzkumné šetření v plném znění (matky)

Dotazník pro výzkumné šetření

Vážená maminko,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Praha v Hradci Králové.

Jako téma závěrečné práce jsem si zvolila „Edukace matek na novorozeneckém oddělení v péči o fyziologické novorozence“.

Potřebné informace k této práci, její výzkumné části, získám pomocí dotazníku, o jehož laskavé vyplnění Vás tímto prosím.

Všechny získané informace budou výhradně využity jako studijní materiál pouze pro tuto závěrečnou práci. Dotazník, který máte k dispozici je zcela anonymní.

Odpovědi, prosím, zakroužkujte, pokud bude nabídnuto více možností, lze vyznačit více než jednu.

Pokud se rozhodnete nějakou odpověď opravit, proveďte to tak, aby bylo patrné, která odpověď je správná.

Pokud nebude v nabídce odpovědí žádná, která by vám vyhovovala, zvolte tu, která je Vašemu názoru nejbližší.

Odpovězte, prosím na všechny otázky.

Výsledky tohoto šetření mohou přispět ke zkvalitnění péče o Vás a Vaše narozené děti.

1. Kolik je Vám let?

2. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Jste prvorodička?

a) ano

b) ne (uveďte, prosím, počet dětí)

4. Navštívila jste kurz předporodní přípravy?

a) ano

b) ne (pokud ne, prosím přejděte k otázce č.7)

5. Navštívil tento kurz společně s Vámi i otec dítěte?

a) ano

b) ne

6. Byl tento kurz pro Vás přínosem?

a) ano

b) ne (pokud ne, uveďte, prosím, proč?)

7. Bezprostředně po porodu jste dostala své dítě na břicho?

a) ano

b) ne

c) zdravotní stav miminka to nedovolil

**8. Bezprostředně po porodu jste spolu s dětskou sestrou přiložily
dítě k prsu?**

a) ano

b) ne

c) zdravotní stav dítěte to nedovolil

9. Po příchodu na novorozenecké oddělení jste měla miminko hned u sebe?

- a) ano, hned po příchodu
- b) ano, po krátké době, kdy se mi věnovala dětská sestra
- c) ne, necítila jsem se dobře

10. Během prvního dne na novorozeneckém oddělení Vám bylo ukázáno:

(můžete označit více odpovědí)

- a) přikládání k prsu
- b) přebalování
- c) koupání
- d) péče o pokožku dítěte
- e) měření tělesné teploty

11. Výše jmenované základní úkony Vám byly ukázány:

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) opakovaně, dle potřeby

12. Ukázky probíhaly:

- a) společně s jinými matkami, vždy v určitou dobu
- b) individuálně, vždy v určitou dobu
- c) individuálně, dle osobní dohody s dětskou sestrou

13. Informace o tom, co se bude dít s dítětem Vám podávala:

- a) pouze dětská sestra
- b) dětská sestra a lékař
- c) pouze lékař

14. Příprava ke každodenní prohlídce dítěte probíhala:

- a) vždy s dětskou sestrou
- b) někdy s dětskou sestrou
- c) výjimečně s dětskou sestrou

15. Při této přípravě bylo možné opakovat úkony:

(můžete označit více odpovědí)

- a) přebalování
- b) péče o pokožku
- c) měření tělesné teploty
- d) kojení

16. Lékař, který dítě prohlížel, Vás vždy informoval o jeho stavu?

- a) ano
- b) ne

17. O kojení jste byla informována již před porodem?

- a) ano
- b) ne

18. O mateřském mléce, kojení, polohách při kojení jste informace

čerpala? (můžete označit více odpovědí a podtrhněte tu, která byla největším zdrojem)

- a) předporodní kurz
- b) odborná literatura, časopisy, internet
- c) laktační poradkyně
- d) porodnice
- e) jiný zdroj, uveďte:.....

19. Byla jste o přikládání k prsu a nástupu laktace informována

přijatelným a pochopitelným způsobem?

- a) ano
- b) ano, ale některým výrazům jsem nerozuměla
- c) ne, byla to záplava odborných výrazů, kterým jsem nerozuměla

20. Byly Vám ukázány různé polohy při kojení, měla jste možnost

si vybrat tu nejlepší pro Vás?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

21. Byly Vám ukázány pomůcky pro kojení, měla jste možnost si

je vyzkoušet?

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

22. Péče o prsa, přikládání k prsu, kojení, Vám na novorozeneckém

oddělení ukázala: (můžete označit více odpovědí)

- a) dětská sestra
- b) laktační poradkyně
- c) lékař
- d) porodní asistentka

23. V den propuštění Vám byly zopakovány informace, na které si máte

u miminka dát pozor, byla jste informována kam a kdy se máte

dostavit, obdržela jste potřebné propouštěcí zprávy a očkovací

průkaz. Toto vše Vám bylo předáno:

- a) dětskou sestrou
- b) dětskou sestrou a lékařem
- c) lékařem

24. Byla edukace podle Vašeho názoru kompletní?

- a) ano
- b) ne (pokud ne, jaké informace/poučení/Vám chyběly?)


25. Chcete ještě sama něco dodat k této problematice?

Zkontrolujte ještě jednou, prosím, zda jste odpověděla na všechny otázky. Neúplně vyplněný dotazník by nemohl být pro výzkum použit

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku

Hana Píchová

Příloha D: Edukační záznam

štítek			oblastní nemocnice Kolín, a.s. nemocnice Středočeského kraje dětské oddělení
EDUKAČNÍ ZÁZNAM NOVOROZENCE			
Téma edukace:	<input type="checkbox"/> výživa, kojení <input type="checkbox"/> odstříkávání MM <input type="checkbox"/> polohování <input type="checkbox"/> edukace rehabilitační sestrou <input type="checkbox"/> edukace ošetřující sestrou	Použité metody:	<input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> nácvik
Záznam edukace v průběhu hospitalizace			
datum	slovní popis	podpis sestry lékaře	podpis edukovaného
	příjímací pohovor		
	zácvik matky v péči o dítě - přebalování		
	nácvik polohování při odřihávání		
	technika kojení a péče o prsa		
	zácvik matky - koupel dítěte		
	zácvik matky při odstříkávání MM		
	půjčena ruční Medela		
	půjčena sklenička a klobouček		
	půjčena elektrická Medela		
	matka poučena o přípravě dokrmu		
	informace o zdravotním stavu a léčbě dítěte lékařem		
	informace o SCREENINGU		
	informace o očkování proti TBC		
	propouštěcí pohovor		
	předání propouštěcí zprávy a očkovacího průkazu		
Předán do péče:	<input type="checkbox"/> praktickému lékaři..... <input type="checkbox"/> KÚ..... <input type="checkbox"/> odborné ambulanci..... <input type="checkbox"/> jinému zdr. zařízení.....	Doprava při propuštění:	<input type="checkbox"/> s vlastním doprovodem <input type="checkbox"/> sanitním vozem
<p>Výše uvedené skutečnosti jsem vzal/a na vědomí.</p> <p>Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propuštění jsou mi srozum</p>			
Podpis zákonného zástupce novorozence:		Datum, podpis sestry:	

1.

Tento dokument je vlastnictvím Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje, Žižkova 146, 280 00 Kolín III, IČZ 272 56 391

Příloha E: Apgar skóre

Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/apgar-skore>

Body	0	1	2
Akce srdeční	žádná	<100/min	>100/min
Dýchání	nedýchá	nepravidelné, pomalé, případně lapání po dechu	pravidelné, případně s křikem
Svalový tonus	těžká hypotonie, extenze končetin	snížený tonus, ale určitý stupeň flexe končetin přítomen	normální tonus, flexe končetin a aktivní pohyb
Barva kůže	celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová
Reakce na podráždění	žádná	chabá, grimasa	obranný pohyb, případně křik

Apgar skóre Klinický stav

8 - 10 Normální novorozenec

7 - 4 Nutná krátkodobá lékařská pomoc

2 - 3 Nutná léčba

0 - 1 Mrtvý novorozenec

Příloha F: Polohování novorozence

- Poloha k „odříhnutí“

Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/Clanky/a480-Krmeni-ditete.aspx?s=140>



- Zvedání dítěte z polohy na zádech

Dostupné z: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=288993>



Zvedání dítěte z polohy na břiše

Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/Clanky/a500-Jak-zachazet-s-ditetem.aspx>



Poloha „klubíčko“

Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/Clanky/a4072-Zvedani-ditete-z-pozice-na-zadech-do-pozice-klubicko.aspx>



Poloha „klokánek“

Dostupné z: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=295274>



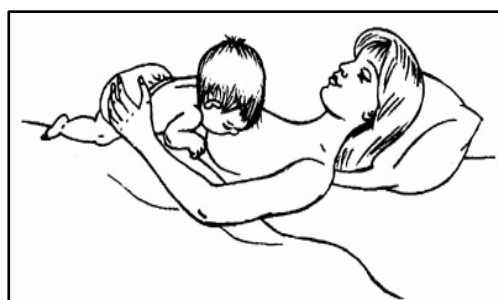
Příloha G: Vybrané polohy při kojení

Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=19>

- Poloha na boku



- Poloha na zádech



- Poloha v polosedě



Boční (fotbalové) držení



Poloha tanečníka



Obrázek č. 1



Obrázek č. 2



Obrázek č. 3 – stříhání nehtů novorozenců na rukou

