

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská kazuistika nezralého novorozence
s intrauterinní růstovou retardací**

**Nursing case study of premature newborn baby
with intrauterine growth retardation**

2007 / 2008

Monika Szabóová

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Pavlíková

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Praze dne : 29.1.2008

Monika Szabóová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Pavle Pavlíkové za její trpělivost a čas, který mi věnovala při odborných konzultacích.

Obsah:	Strana
A. Úvod.....	4
B. Klinická část.....	5
1. Rozdělení novorozenců podle gestačního stáří a hmotnosti.....	5
2. Rozdělení nezralých novorozenců.....	5
3. Příčiny předčasných porodů.....	6
4. Charakteristické znaky nezralosti.....	7
5. Ošetrovatelská péče o nezralého novorozence ve vztahu k základním potřebám na intermediárním oddělení.....	9
6. Prognóza nezralosti.....	11
7. Edukace matky nezralého novorozence.....	11
8. Intrauterinní růstová retardace.....	12
8.1 Příčiny intrauterinní růstové retardace.....	12
8.2 Diagnostika a terapie IUGR.....	14
8.3 Důsledky intrauterinní růstové retardace.....	15
8.4 Syndrom twin- to- twin transfúze.....	16
9. Základní identifikační údaje novorozence.....	17
10. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	18
10.1 Lékařská anamnéza.....	18
10.2 Lékařské diagnózy.....	21
11. Přehled významných vyšetření.....	21
12. Přehled terapeutické péče.....	24
13. Stručný průběh hospitalizace.....	25
C. Ošetrovatelská část.....	26
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	26
1.1 Biologické potřeby.....	26
1.2 Psychosociální potřeby.....	28
2. Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	29
3. Plán ošetrovatelské péče.....	30
4. Edukace matky.....	37
5. Závěr a prognóza.....	38
D. Seznam použité literatury, zdroje informací.....	39
E. Seznam příloh.....	40

A. Úvod

Pracuji na neonatologickém oddělení intermediární péče Gynekologicko- porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Na naše oddělení se překládají nezralí novorozenci z jednotky intenzivní a resuscitační péče, kteří vyžadují odbornou péči v oblasti ventilační stability, kardiovaskulárního systému a enterální výživy. Nesmírně důležitou součástí enterální výživy je osvojení správné techniky kojení s pomocí laktiční poradkyně. Na našem úseku mohou být matky hospitalizovány se svými dětmi, zacvičují se v péči o nezralé novorozence pod dohledem zkušených sester. Návštěvy otců a rodinných příslušníků nemají zásadní omezení. Je kladen důraz i na péči o psychiku matek předčasně narozených dětí ve spolupráci s klinickou psychologkou.

Pro zpracování své závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala dvojče B, těžce nezralou holčičku s porodní hmotností 710 gramů a s intrauterinní růstovou retardací.

Důvodem mé volby je celosvětová problematika intrauterinní růstové retardace plodu, která je v 80 % případů spojena s intrauterinní malnutricí. Postižený novorozenec má osmkrát vyšší perinatální úmrtnost a desetkrát větší výskyt perinatální asfyxie, poporodní hypoglykémie a hypotermie. Dlouhodobé zdravotní problémy dítěte závisí na typu růstové retardace.

Porod nezralého dítěte je velice těžkou životní zkouškou pro rodiče. Psychika matky bývá zatěžována pocity strachu, zklamání, viny, selhání. Tuto obtížnou situaci ještě prohlubuje pocit bezmoci, když se matka dívá na vlastní dítě přes stěnu inkubátoru a mateřský cit ji nutí děťátko pochovat. Navíc se přidruží pocit zoufalství, pokud miminko má spoustu hadiček a monitorů ke zvládnutí dané situace. Matka prožívá beznaděj a někdy také rezignaci, v její psychice probíhá vnitřní hledání vztahu s novorozencem, což na konci té klikaté cesty skončí její identifikací s tím nejkrásnějším darem od života, vlastním dítětem. Poslední fází v tomto boji je uvědomění, že i život nedonošeného dítěte má velikou cenu, proto matka přijímá situaci takovou, jaká je a s pomocí kvalifikovaných zdravotníků a citlivým přístupem se naučí rozeznat potřeby svého dítěte a aktivně se podílet na jejich saturaci. /1/

B. Klinická část

1. Rozdělení novorozenců podle gestačního stáří a hmotnosti

Podle délky těhotenství rozdělujeme novorozence na:

- donošené, kteří mají gestační věk 260- 293 dny /37- 41 týdnů/
- nedonošené, gestační věk méně než 260 dnů /37 týdnů/
- přenošené s gestačním věkem 294 dní a více /42 týdnů a více/.

Podle hmotnosti dělíme novorozence na čtyři kategorie:

- novorozenci velmi nízké porodní hmotnosti /méně než 1500 g/
- novorozenci nízké porodní hmotnosti /méně než 2500 g/
- novorozenci normální porodní hmotnosti /2500- 3999 g /
- novorozenci vysoké porodní hmotnosti /4000 a více gramů/.

Při hodnocení obou kritérií současně rozdělujeme novorozence na:

- eutrofické /odpovídající hmotnost délce těhotenství/
- hypotrofické /hmotnost nižší, než by odpovídalo délce těhotenství/
- hypertrofické /hmotnost vyšší, než by odpovídalo délce těhotenství/. /6/

2. Rozdělení nezralých novorozenců

V závislosti na porodní hmotnosti a gestačním věku se předčasně narozené děti dělí do čtyř skupin:

- extrémně nezralý novorozenec: do 28. týdne gravidity, od 500 g do 999 g.
- velmi nezralý novorozenec: do 32. týdne gravidity, od 1000 g do 1499 g.
- středně nezralý novorozenec: do 34. týdne gravidity, od 1500 g do 1999 g.
- lehce nezralý novorozenec: do 38. týdne gravidity, od 2000 g do 2499 g. /1/

3. Příčiny předčasných porodů

Příčiny předčasných porodů spočívají v nepříznivé porodnické anamnéze, v závažných celkových onemocněních matky a v její socioekonomické situaci, které nejsou ovlivnitelné porodnickou péčí. Lze je rozdělit na:

► porodnické

- předchozí předčasný porod
- krátký interval od předchozí gravidity
- děložní anomálie
- operace na děloze/ enukleace myomu, konizace/
- inkompetence děložního hrdla
- vícečetné těhotenství
- polyhydramnion nebo oligohydramnion
- abrupce placenty, placenta praevia
- preeklampsie, eklampsie
- krvácení v 1. trimestru
- nadměrný hmotnostní přírůstek
- malformace plodu

► obecně medicínské

- závažné choroby matky /srdeční vady, urogenitální infekce, choroby ledvin, dekompenzovaný diabetes, hypertenze, závažná anémie/
- intraabdominální záněty /apendicitida/
- trauma matky
- podvýživa nebo obezita
- kouření, alkohol, drogy

► socioekonomické

- věk matky /pod 17 a nad 30 let/
- nízký socioekonomický statut
- nedostatečné vzdělání

- nedostatečná prenatální péče
- nepříznivé životní prostředí. / 6/

4. Charakteristické znaky nezralosti

► kůže

- u těžce nezralých je živě červená, průsvitná, mázek chybí, lanugo bývá řídké,
- je často prosáklá, tvoří se otoky, zvláště na končetinách,
- je velmi citlivá ke všem desinfekčním roztokům a k mechanickým insultům,
- při odlepování náplasti se trhá povrchová vrstvička pokožky a vznikají eroze, které jsou snadnou vstupní bránou infekce
- rovněž sliznice jsou citlivé na poranění /při nešetrném sondování trávicího traktu nebo odsávání dýchacích cest může dojít k porušení sliznice a ke krvácení/.

► prsní bradavky

- u těžce nedonošených zcela chybí nebo jsou jen naznačeny,
- u lehce nedonošených je vytvořena bradavka, někdy i část dvorce.

► ušní boltce

- bývají měkké, u těžce nedonošených i neúplně vyvinuté.

► genitál

- u chlapců jsou často nesestouplá varlata
- u dívek velké pysky nepřekrývají malé.

► rýhování na ploskách nohou a na dlaních

- u těžce nedonošených prakticky chybí nebo jsou vytvořeny jen hlavní rýhy,
- u lehce nedonošených je rýhování více, ale rýhy jsou mělčí než u donošených.

► **Nezralost funkcí:**

dýchání

- nedokonalá funkce plic vedoucí k nedostatečné výměně plynů je způsobena nedostatkem surfaktantu /látka fosfolipidové povahy udržující po výdechu rozepjaté alveoly/. Alveoly po každém výdechu kolabují.

zažívání

- méně trávicích šťáv
- zpomalená motilita střev
- špatná evakuace žaludku vedoucí k intoleranci stravy
- smolka odchází více dnů než u donošených.

vyměšování

- funkce ledvin je nezralá, citlivější k hypoxii,
- funkce jater je pro nedostatek enzymů nezralá, játra nestačí vyloučit přebytek bilirubinu, který vzniká v prvních dnech života ve velkém množství, vzniká hyperbilirubinemie projevující se žloutenkou, která u nedonošených nastupuje sice později, ale trvá déle než u donošených.

termolabilita

- Příčinou ztráty tepla je velký povrch těla vzhledem k hmotnosti a tenká vrstva podkožního tuku.
- Reakcí novorozence na chlad je zvýšená produkce tepla, která se děje především chemickou reakcí v hnědém tuku novorozence. Při této reakci se ale zvyšuje spotřeba kyslíku.
- V chladném prostředí vzniká nepoměr mezi ztrátami a tvorbou tepla, vzniká velký rozdíl mezi teplotou kůže a okolím a teplota novorozence klesá.
- Percepční zónou velmi citlivou na změny teploty prostředí je pokožka obličeje.
- Podchlazený novorozenec mívá apnoické pauzy, hypoglykemii, metabolickou acidozu./1/

5. Ošetrovatelská péče o nezralého novorozence ve vztahu k základním potřebám na intermediárním oddělení

► Péče o teplo a pohodlí

Podle zdravotního stavu je dítě uloženo buď do inkubátoru, vyhřevného lůžka nebo postýlky. V inkubátoru je kromě teploty nastavena také optimální vlhkost, což se pohybuje mezi 20 – 40 % v závislosti na zralosti kůže. Důvodem je snížení ztráty tekutin perspirací přes nezralou pokožku.

► Péče o výživu

Výživa nezralého novorozence je zajištěna:

- orogastrickou sondou, která se z důvodu prevence infekce vyměňuje každých 24 hodin,
- krmením injekční stříkačkou a pomocí malíku matky z důvodu stimulace sacího reflexu,
- kojením,
- krmením lahvičkou, což je poslední volbou postupu při krmení,
- kombinací všech metod.

Množství jednotlivých dávek se zvyšuje podle tolerance stravy a vzhledu břicha. Počet dávek představuje osm za 24 hodin s výjimkou dětí, kdy lze přistoupit k individuálnímu režimu krmení.

► Péče o vyprazdňování moče

Dítě močí spontánně, kontroluje se počet močení za 24 hodin. V případě nedostatečného močení se provádí vážení plen.

► Péče o vyprazdňování stolice

Stolice u nezralého novorozence odchází ve většině případů spontánně. Při nedostatečném vyprazdňování stolice lze použít rektální rourku, což je metodou poslední volby. V úvahu se bere vzhled břicha, množství reziduí žaludečního obsahu, odchod poslední stolice a druh stravy.

► Péče o kůži

Podle klinického stavu se novorozenec koupe jednou za 1-2 dny. Kůže se promaže nedráždivou indulonou, u větších dětí lze aplikovat dětské výrobky.

► **Péče o dutinu ústní**

V dutině ústní novorozence se sleduje výskyt sooru. V případě jeho přítomnosti se aplikuje zpravidla genciánová violeť jednou až dvakrát denně.

► **Péče o oči**

Velice častou problematikou je zánět spojivkového vaku, což se ošetřuje každé 3 hodiny kapkami Ophtalmo-Septonex, Tobrex nebo Pamycon podle ordinace lékaře.

► **Péče o klid a komfort**

V rámci zachování klidu mezi jednotlivými ošetrovatelskými a léčebnými intervencemi se provádí sjednocení všech výkonů. Dítě by nemělo být zbytečně a častěji rušeno, než to vyžaduje ošetrovatelský a léčebný plán.

Pro zajištění komfortu novorozence se používá pelíškování, kdy se pomocí válečků z plen, antidekubitní podložky a deky vytvoří příjemné klubíčko na lůžku, připomínající prostředí dělohy.

Z důvodu lepšího provzdušnění plic a zabránění vzniku dekubitů se miminko po třech hodinách polohuje. Preferuje se poloha na břišku, která se střídá s polohou na boku a u zralejších dětí také na zádech.

► **Péče o psychosociální potřeby novorozence**

Již od první chvíle, kdy matka přistoupí k inkubátoru svého dítěte, se doporučuje, aby na něj hodně mluvila, aby se jej co nejvíce dotýkala, aby svému miminku dopřála bezprostřední, spontánní kontakt. Důležité je, aby se matka aktivně zúčastnila péče o psychomotorický vývoj dítěte, základem čeho je dostatek somatických a vestibulárních stimulací. Kromě toho mu poskytuje pocit bezpečí a jistoty. Zároveň i sama sobě pomůže zvládnout pocit zklamání, strachu, bezmoci. Neocenitelnou součástí saturace psychosociálních potřeb dítěte je jeho klokánkování, kdy se novorozenec položí na matčin hrudník. Je mu tak umožněno, aby vnímalo tlak matčina těla, tlukot jejího srdce a pohyby jejího hrudníku. Vznikne permanentní somatická, vibrační a vestibulární stimulace dítěte.

6. Prognóza nezralosti

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují prognózu nezralého dítěte. V první řadě je to zdravotní stav novorozence, výskyt poporodních komplikací ve smyslu

- respiračních onemocnění /syndrom dechové tísně- RDS, bronchopulmonální dysplázie- BPD, apnoické pauzy/,
- kardiovaskulárních onemocnění /otevřená tepenná dučej- PDA, bradykardie ve spojení s apnoickými pauzami/,
- hematologických onemocnění /anémie, hyperbilirubinémie, krvácení do jater, nadledvin/,
- gastrointestinálních onemocnění /omezená funkce trávicího ústrojí, nekrotizující enterokolitida/,
- onemocnění CNS /peri- nebo intraventrikulární krvácení, retinopatie, hluchota/,
- infekce /bakteriální, virové, plísňové, kongenitální, perinatální nebo nozokomiální/.

Dalším faktorem je socioekonomický status rodiny, ve které dítě vyrůstá. V rodinách s nízkým socioekonomickým zázemím najdeme zhoršení nutričního stavu, chudokrevnost a zvýšenou nemocnost.

K prognóze nezralého dítěte je nutno přistupovat individuálně podle výše uvedených faktorů. / 6/

7. Edukace matky nezralého novorozence

Před propuštěním do domácího prostředí je matka seznámena se všemi potřebnými pomůckami k ošetřování dítěte /v péči o kůži, pupek, tělesnou teplotu, odsávání hlenů z nosu v případě rýmy, koupání, udržení optimální teploty prostředí/, dále s důležitostí zvýšené polohy dítěte, rehabilitací a polohováním, vycházkami, krmením a kojením, podáváním vitamínů event. léků a očkováním. Poskytují se také informace o resuscitaci dítěte v případě apnoických pauz.

Vzhledem k tomu, že pro zpracování ošetrovatelské části jsem si vybrala novorozence s intrauterinní růstovou retardací /IUGR/, v dalším textu proto pojednávám stručně o této problematice.

8. Intrauterinní růstová retardace – IUGR

Termín IUGR se používá pro novorozence s délkou menší než 2 standardní odchylky od průměru referenčních hodnot nebo délkou menší než odpovídá 10., 5. či 3. percentilu. Intrauterinní růstová retardace předpokládá patofyziologický proces, který vede k suboptimálnímu růstu plodu, dokumentovanému nejméně dvěma intrauterinními sonografickými měřeními. Podle antropometrických parametrů se rozlišují dva typy intrauterinních poruch růstu: symetrická a asymetrická restrikce růstu. V prvním případě je plod malý, ale s normálními proporcemi. Faktory poškozující růst působily již ve 2. trimestru gravidity. Pro druhý případ je charakteristická normální velikost hlavy, ale menší obvod břicha způsobený menšími játry, sníženým abdominálním a podkožním tukem a redukcí skeletálního svalstva. Asymetrické tělesné proporce jsou výsledkem zhoršení růstu v posledním trimestru. / 5/

8.1 Příčiny intrauterinní růstové retardace

Nedostatečný fetální růst je spojen s vyšší fetální mortalitou i vyšší neonatální mortalitou a morbiditou. Faktory vedoucí k růstové retardaci plodu můžeme rozdělit do tří skupin: mateřské, fetální a placentární.

Mateřské faktory:

- ▶ těhotenství
- parita /nuliparita, vysoká multiparita/
- věk /méně než 16 let, více než 35 let/
- IUGR v předchozí graviditě
- vícečetné těhotenství
- nízká hmotnost před těhotenstvím
- nízké hmotnostní přírůstky v těhotenství
- krátký interval mezi graviditami /méně než 6 měsíců/
- neplánovaná gravidita

- ▶ zdravotní stav
- malnutrice
- malabsorpce
- hypoxemie /chronické plicní onemocnění, anémie, cyanotická srdeční vada/
- hypertenze /chronická, preeklampsie/
- chronické onemocnění ledvin
- diabetes
- infekce
- ▶ drogová závislost a léky
- kouření, alkohol, opiáty
- antikoagulancia
- antikonvulziva

Fetální faktory:

- ▶ chromozomální abnormity
- autozomální trizomie /21, 18, 13/
- monozomie X /Turnerův syndrom/
- ▶ genetické defekty
- vrozené metabolické vady
- ▶ kongenitální anomálie
- mikrocefalie, anencefalie
- kardiovaskulární vady
- genitoureterální defekty
- ▶ infekce
- syfilis, malárie

Placentární faktory:

- insuficience
- infarkty
- abrupce
- placenta praevia
- strukturální abnormity /1 umbilikální artérie, hemangiomy/. / 5/

8.2 Diagnostika a terapie IUGR

Základní metodou je měření vzdálenosti symfýza- fundus.

Jednu z nejdůležitějších metod diagnostiky představuje ultrazvuk. Absolutní nutností je měření minimálně tří bioparametrů, např. obvodu hlavičky, délky femuru a příčného průměru hrudníku.

Základem veškeré léčby je klid na lůžku. Přináší zlepšení cirkulace a tím i lepší přeměnu výživných a odpadních látek v uteroplacentárním řečišti.

Další terapeutickou metodou je:

- psychická relaxace
- vyloučení známých škodlivin
- Beta-mimetika /Partussisten/ způsobují myorelaxaci, která příznivě ovlivňuje průtok krve v placentě.
- Podávání heparinu třikrát denně 5000 j. s.c. zabraňuje agregaci erytrocytů i tvorbě fibrinu a jeho ukládání v placentárních cévách.
- Vazodilatancia /Aminofylin, Dypyridamol/ zlepšují perfúzi v uteroplacentárním řečišti.
- Magnézium – je známým aktivátorem placentárních enzymů podporujících výměnu proteinů a transportní funkci. /6/

8.3 Důsledky intrauterinní růstové retardace

Intrauterinní růstová retardace zvyšuje pravděpodobnost předčasného porodu. Abnormální fetální prostředí zvyšuje náchylnost k některým chorobám v dětství i dospělosti.

► Krátkodobé důsledky:

Intrauterinní růstová retardace patří mezi významné příčiny fetálních úmrtí a předčasných porodů. Zhoršený placentární průtok a nebo intrauterinní hypoxie mohou vyústit v asfyxii vedoucí k systémové zánětlivé odpovědi až multiorgánovému selhání.

Na zhoršený placentární průtok a chronickou intrauterinní hypoxii plod reaguje zrychlenou tvorbou červených krvinek, aby zvýšil vazebnou kapacitu pro kyslík. Polyglobulie však zhoršuje postnatální adaptaci novorozence. Způsobuje hyperbilirubinémii, kterou je většinou třeba léčit fototerapií. Těžká polyglobulie vede k hyperviskóznímu syndromu, který se může manifestovat periferní i centrální cyanózou, trombocytopenií, okluzemi cerebrálních, renálních i intestinálních cév spojených s rizikem dlouhodobých neurologických následků, hematurie či oligurie a nekrotizující enterokolitidy.

Leukopenie a neutropenie způsobená preferencí červené krvetvorby znamená vyšší vnímavost k nozokomiálním infekcím. Nedostatečná jaterní syntéza koagulačních faktorů spolu s trombocytopenií může vést ke krvácivým projevům. Ve spojení s asfyxií nebo infekcí hrozí diseminovaná intravaskulární koagulace.

Relativně velký povrch těla s velkou hlavou a nižší vrstvou podkožního tuku zvyšuje riziko hypotermie. Prevence tepelných ztrát a časné krmení pomáhají redukovat problém časné adaptace. / 5/

► Dlouhodobé důsledky:

Za kritickou periodu pro růst a vývoj mozku je považováno zejména prvních 18 měsíců života. Jestliže není v tomto období dosaženo normálního růstu, neurologický a psychický vývoj dítěte může být postižen. Jsou popisovány poruchy pozornosti, učení a poznávání u školáků a adolescentů.

Mezi další následky jsou počítány zvýšená inzulínová rezistence, dyslipidémie, hyperfibrinogenémie, kardiovaskulární choroby a metabolický syndrom, který tvoří diabetes 2. typu, hypertenze a obezita. / 5/

8.4 Syndrom twin- to- twin transfúze

Syndrom se vyskytuje u 5 – 10 % dvojčat a jeho vznik je způsoben společnou fetální cirkulací přes placentární arteriovenózní spojení. Dvojče- dárce anemizuje, objevují se projevy hypovolemie a růstové retardace. U plodu- příjemce se vyvíjí polycytémie, hypertenze až srdeční selhání. Polyhydramnion je sekundárním projevem změn v dynamice amniální tekutiny. Vzhledem k hypervolémii je u plodu- příjemce zvýšena tvorba moči a transsudace přes kůži, zatímco u plodu- dárce se vyvíjí oligohydramnion. Polyhydramnion u jednoho plodu zvyšuje riziko předčasného porodu.

Diagnostikou syndromu twin- to- twin transfúze je ultrazvukové vyšetření.

Rozhodnutí o léčbě a její metodě závisí na gestačním stáří v době diagnózy. Provádí se dekomprese polyhydramnia opakovanou amniocentézou.

Prognóza je špatná se 70- 100% mortalitou u neléčených plodů.

Vlivem nerovnoměrného vývoje způsobeného rozdílným krevním zásobením se délka a hmotnost plodů může výrazně lišit. Slabší plod může v průběhu těhotenství i odumřít a často bývá v děloze zadržen a odtlačen živým plodem k děložní stěně- fetus papyraceus compressus. Ten se obvykle porodí s placentou po porodu živého plodu. /6/

9. Základní identifikační údaje

Identifikační údaje novorozence

Jméno a příjmení: Č.J.

Datum narození: 24. 9. 2007

Věk: 1 měsíc

Adresa: Praha

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní

Datum přijetí: 26.10.

Důvod přijetí: těžká nezralost 30+ 3 gestační týden

Doba mého ošetřování: 26.10.- 1.11. 2007

Identifikační údaje matky

Jméno a příjmení: Č. M.

Rok narození: 1978

Věk: 29 let

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Praha

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní

Povolání: účetní

Vzdělání: středoškolské

Přijetí dne: 9. 8. 2007

Důvod přijetí: gemini po spontánní koncepci, dysproporční růst.

10. Lékařská anamnéza a diagnózy

10.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza matky:

- častější angíny, běžná dětská onemocnění, infekční hepatitis 0, infekční mononukleóza 0
- alergie neudává
- v roce 1984 tonzilektomie
- úrazy 0, otoky 0, varixy 0, transfúze 0, dieta 0, krvácivost 0
- exkuřačka: před těhotenstvím 10/ denně.

Rodinná anamnéza matky:

- infarkt myokardu- otec otce, otec matky
- CMP 0, DM 0, Ca 0.

Porodnická anamnéza:

- porody: 2
- potraty: 2006- spontánní abortus v 6. gestačním týdnu- bez komplikací
- nynější těhotenství:
 - ▶ stav po odlehčovací amniodrenáži u plodu A
 - ▶ u plodu B perikardiální výpotek, IUGR, oligohydramnion
 - ▶ koagulopatie matky
 - ▶ ultrazvukové vyšetření: 20.9. plod A: 1292g, v normě
plod B: IUGR, perikardiální výpotek, střední oligohydramnion

Průběh porodu:

- odtok plodové vody: při sectio caesarea
- vedení porodu: sectio caesarea

Novorozenec:

Datum porodu: 24.9.2007

Pohlaví: děvče

Hmotnost: 710 gramů

Délka: 36 cm

Gestační stáří: 30+3

Krevní skupina: A

Rh faktor: pozitivní

Osobní anamnéza novorozence

Stav po porodu:

Chování: utlumená, nedostatečná spontánní dechová aktivita, akce srdeční uspokojivá nad 100/ minutu

Hlava: velká fontanela 2x2 cm

Srdce: bez šelestu

Plíce: dýchání oslabené, mírná dyspnoe

Břicho: měkké, játra: + 1cm

Genitál: dívčí, nezralý

Ostatní: 3 pupeční cévy, hypotrofický habitus

Apgar skóre ukazuje tabulka č. 1**Tabulka č. 1 Apgar skóre**

	1'	5'	10'
Akce srdeční	2	2	2
Dech	1	1	1
Tonus	1	1	1
Reflex	1	1	1
Barva	0	1	1
Apgar celkem	5	6	6

Shrnutí průběhu 1. měsíce života

Extrémně hypotrofické, těžce nezralé dvojče B po twin to twin syndromu.

Horší poporodní adaptace pro anémii a farmakologický útlum.

Po krátkodobé insuflaci přes Neopuff dále jen na distenční podpoře, kterou bylo možno ve 24. hodinách ukončit. Srdce s hraniční kontraktilitou, dilatovaná pravá síň a hypertrofie septa 4- 4.5 mm, podpora kontraktility dobutaminem v dávce 3 µg / kg/ min. v prvních 24 hodinách. PDA / ductus Botali /- postupně dochází ke spontánnímu uzávěru. Anémie v prvních hodinách korigována podáním erytrocytového koncentrátu. Dále kardiopulmonálně kompenzována. Laboratorně i klinicky bez známek infekce, bez ATB. 11. den života pro frekventnější bradykardie, kterým předchází hypoventilace, nasazen Coffein s uspokojujícím efektem. Iniciace stravy od porodu, dávky toleruje dobře, smolka začala spontánně odcházet. Dávky stravy lze pomalu zvyšovat. Od 4. týdne života postupně příjem stravy nad 170 ml / kg / den. Bez ikteru, bez fototerapie.

Při překladu na intermediární oddělení je bez známek infekce, anémie zatím bez indikace ke korekční transfúzi. Je bez distenční podpory, ojediněle apnoické pauzy a bradykardie.

Výsledky ultrazvukového vyšetření

Ultrazvukové vyšetření centrální nervové soustavy /2.10.2007/:

Závěr: bez známek intraventrikulárního a periventrikulárního krvácení.

Echokardiografické vyšetření:

24.9.2007 /2 hodiny po porodu/ : dilatované pravostranné srdeční oddíly, hypertrofická svalovina.

1.10.2007:

Tepenná dučej funkčně uzavřena, plnění srdce a kontraktilita jsou přiměřené, přetrvává mírná hypertrofie.

10. 2 Lékařské diagnózy novorozence

- ▶ Těžká nezralost 30+3
- ▶ Extrémní hypotrofie pod 3. percentil
- ▶ Twin to twin syndrom- donor
- ▶ Syndrom respirační tísně novorozence /RDS/
- ▶ Hypertrofie mezikomorového srdečního septa
- ▶ Dilatace pravé síně.

11. Přehled významných vyšetření

▶ Fyzikální vyšetření novorozence

26. 10. 2007:

Hlava: velká fontanela 2x2 cm, bez vyklenutí, bez propadnutí, v úrovni kostí.

Oči: bez známek konjunktivitidy.

Uši: bez sekrece, ušní boltce měkké.

Nos: bez sekrece.

Ústa: bez přítomnosti sooru.

Hrudník: dostatečná spontánní dechová aktivita.

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé.

Genitál: nezralý, dívčí.

Srdce: akce srdeční 140/ minutu.

Barva kůže: bledší, při křiku růžová.

Habitus: hypotrofický.

Svalový tonus: hypotonický.

► **Vyšetření krve**

Tabulka č. 2 Výsledky laboratorních vyšetření kapilární krve

1.11. 2007

Sledovaný parametr	Naměřená hodnota	Referenční rozmezí
pH krve	7.366	7.25-7.35
Natrium	133	130-135 mmol/l
Kalium	3.9	4.0-5.5 mmol/l
Ioniz. Ca	1.28	1.2-1.5 mmol/l
Chloridy	99	105 mmol/l
Glukóza	4.7	2.5-6.0 mmol/l
Laktát	1.50	<2.00 mmol/l
Hemoglobin	73	140-170 g/l
PO ₂	37,5	> 35 kPa
PCO ₂	46,95	< 55 kPa

Tabulka č. 3 Výsledky laboratorních vyšetření venózní krve

1.11. 2007

Sledovaný parametr	Naměřená hodnota	Referenční rozmezí
Calcium	2.45	2.25- 2.75 mmol/l
Fosfor	2.10	>1.6 mmol/l
Urea	2.2	<5 mmol/l
Kreatinin	51	50-75 µmol/l
ALP	7.65	8-12 µmol/l
Albumin	36.1	>25 g/l
CRP	0.2	<8 mg/l

Tabulka č. 4 Výsledky hematologického vyšetření

1.11. 2007

Sledovaný parametr	Naměřená hodnota	Referenční rozmezí
Leukocyty	10. 2	6-12 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	2. 36	4-5 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	75	140-170 g/l
Hematokrit	21. 9	0.50-0.55 %
Trombocyty	355	150-400 10 ⁹ /l
Segmenty	38	36-66 %
Tyče	2	5-11 %
Lymfocyty	51	24-44 %
Monocyty	8	do 10 %
Retikulocyty	47	kolem 50 promile

► Monitoring fyziologických funkcí

Tabulka č. 5 Přehled fyziologických funkcí

26. 10.- 30.10.2007

	Dech /min	Puls/min	TT [°C]	SaO2 %	Moč	Stolice
Rozmezí hodnot	40- 60	130- 165	36.2- 37.9	95- 98		

12. Přehled terapeutické péče

► Enterální výživa

Dítě je po třech hodinách krmeno orogastrickou sondou fortifikovaným mateřským mlékem, množství jednotlivých dávek činí 20 ml. Do každé druhé dávky jsou přidávány:

- 0.2 ml 7.5% KCl
- 0.2 ml 10% NaCl

► Farmakoterapie

Léky podávané per os

► Coffein

Generický název: Coffein citrát

Dávkování: 1x 6 mg= 0.6 ml

Indikační skupina: metylxantyn

Nežádoucí účinky: zvýšení srdeční akce

► Maltofer

Generický název: Polymaltosum ferricum

Dávkování: 2x 1 gtt

Indikační skupina: antianemikum

Nežádoucí účinky: nevolnost, zácpa, průjem, tmavé zbarvení stolice je způsobeno přítomností železa a není klinicky významné

► **Vigantol®**

Generický název: cholecalciferolum

Dávkování: 1 gtt dle ordinace lékaře

Den podání: 27. 10. 2007

Indikační skupina: vitamin

Nežádoucí účinky: při dodržování doporučených dávek žádné. Při předávkování zvýšená hladina kalcia v krvi, což se může projevit poruchami srdečního rytmu a krvácením.

13. Stručný průběh hospitalizace

Extrémně hypotrofické, těžce nezralé dvojče B po twin to twin syndromu.

Při příjmu dítěte na intermediární oddělení bylo dýchání eupnoické, bez dyspnoe a apnoických pauz. Dítě bylo krmeno orogastrickou sondou a stříkačkou, dávky bylo možné postupně zvyšovat. Holčička byla dobře hydratovaná, močila v pravidelných intervalech. Stolice byla kašovitě konzistence, žluté barvy, bez patologických příměsí. Dítě bylo bez bolestivých projevů. Uložena byla v Babythermu. Teplota lůžka se regulovala podle tělesné teploty dítěte. Rodiče byli seznámeni s péčí o dítě a sami se do ní aktivně zapojovali.

C. Ošetrovatelská část

1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

1.1 Biologické potřeby

► Potřeba dýchání

Po porodu je přítomné nedostatečné dýchání, které se do 24. hodin stabilizuje. 11. den života se objevují hypoventilace, byl nasazen Coffein s uspokojujícím efektem. Při příjmu dítěte na naše oddělení je dýchání eupnoické, bez dyspnoe a apnoických pauz, počet dechů 45 za minutu.

► Potřeba výživy

Dítě je krmeno vlastním mateřským mlékem, jednotlivé dávky toleruje dobře, postupně jsou zvyšovány. Je na plné enterální výživě. Při příjmu představují 20 ml po třech hodinách. Technika krmení je orogastrickou žaludeční sondou, několikrát za den stříkačkou. Aktuální hmotnost dítěte je 1100 gramů. Vzhledem k nezralosti dítě není schopno zkoordinovat dýchání s polykáním. Z toho důvodu se objevuje změna barvy kůže. Z důvodu nácviky příjmu potravy per os dochází k projevům únavy a odmítání sání.

► Potřeba hydratace

Dítě je dobře hydratované, močí v pravidelných intervalech.

► Potřeba vyprazdňování stolice

Stolice je kašovitě konzistence, žluté barvy bez patologických příměsí. Vyprazdňuje se dva až třikrát denně, břicho je měkké, prohmatné.

► **Potřeba močení**

Holčička močí spontánně, barva moče je světlá, žlutá.

► **Potřeba být bez bolesti**

U dítěte nejsou viditelné bolestivé projevy. Provedla jsem záznam o skórování bolesti podle NFCS- Neonatal Facial Coding System, který sleduje mimiku obličeje od nakrabaceného čela, sevření očních víček, zvýraznění nasolabiálních rýh, rozevřených úst, napjatého a vysunutého jazyka až po chvějící se bradu.

Tabulka skórování bolesti – viz příloha č. 1.

► **Potřeba tepla a pohodlí**

Holčička je uložena v Babytermu, /viz obrázek č. 1/, což je snadno přístupné lůžko s možností regulace teploty. Teplota lůžka je nastavena na 33°C a reguluje se podle tělesné teploty dítěte, která se pohybuje v rozmezí 36.2- 37.9°C. Od příjmu dítěte na naše oddělení se v určitých intervalech vyskytuje porucha termoregulace projevující se mírnou hypertermií nebo hypotermií.

► **Potřeba osobní hygieny**

Hygienickou očistu dítěte vykonává dětská sestra ve spolupráci s rodiči. Koupání probíhá jednou za dva dny, po koupání se kůže ošetřuje nedráždivou indulonou a nebo rostlinným olejem. Koupání matka považuje za příjemný odpolední rituál, v rámci kterého dochází k upevnění vztahu k dítěti, což má za následek duševní spokojenost matky.

► **Potřeba spánku a odpočinku**

Jolanka spí 20- 22 hodin denně, usíná bez potíží, budí se buď spontánně nebo je šetrně probuzena z důvodu krmení, kontroly vzhledu břicha a tělesné teploty. Jednotlivé ošetrovatelské a léčebné výkony se sjednotí z důvodu dodržení klidového režimu.

1.2 Psychosociální potřeby

► **Potřeba zdraví**

Dítě bylo přijato z důvodu předčasného porodu a léčby intrauterinní růstové retardace.

► **Potřeba soběstačnosti**

Péči provádí dětská sestra ve spolupráci s rodiči.

► **Potřeba lásky, sounáležitosti, jistoty a bezpečí**

Potřeba je saturována matkou a otcem dítěte v průběhu jeho ošetřování, koupání a klokánkování, viz obrázek č. 2. Sociální situace rodičů je příznivá, bytové podmínky jsou vyhovující.

► **Potřeba informovanosti matky**

Matka je pravidelně informována o zdravotním stavu svého miminka ošetřujícím lékařem, o ošetrovatelských postupech dětskou sestrou.

2. Přehled ošetřovatelských diagnóz

Pořadí ošetřovatelských diagnóz jsem stanovila podle naléhavosti ošetřovatelské péče, v časovém sledu jednotlivých dnů mého ošetřování.

1. Porucha termoregulace z důvodu tělesné nezralosti projevující se mírnou hypertermií, hypotermií a změnou fyziologických funkcí.
2. Riziko narušení tkáňové integrity z důvodu nezralosti kůže.
3. Riziko aspirace z důvodu zavedené žaludeční sondy.
4. Riziko infekce z důvodu nezralosti imunitního systému.
5. Porucha příjmu potravy z důvodu neschopnosti zkoordinovat sací reflex s polykacím projevující se změnou barvy kůže.
6. Únava z důvodů zvýšených energetických nároků při nácviu příjmu potravy per os a nadměrného hluku přístrojů projevující se odmítáním sání.
7. Neefektivní kojení z důvodu nezralosti dítěte projevující se neschopností sání.

3. Plán ošetrovatelské péče

► **Porucha termoregulace z důvodu tělesné nezralosti projevující se mírnou hypertermií, hypotermií a změnou fyziologických funkcí.**

Cíle:

Dosažení fyziologických hodnot tělesné teploty a vitálních funkcí.

Plán péče:

- zajistit dítěti termoneutrální prostředí
- měřit tělesnou teplotu každé 3 hodiny
- udržovat v místnosti konstantní teplotu
- upravit teplotu Babythermu podle aktuální tělesné teploty dítěte
- sledovat fyziologické funkce, barvu kůže
- zkontrolovat vhodnost oblečení dítěte vzhledem k teplotě okolí
- zkontrolovat funkčnost vyhřívaného lůžka.

Realizace:

Při příjmu byla holčička uložena do předem vyhřátého Babythermu na 33°C.

Byla jí oblečena košilka, dupačky, ponožky a čepička. Tělesná teplota se kontrolovala po třech hodinách, podle naměřené hodnoty byla upravena teplota lůžka a zkorigováno oblečení. Každé 3 hodiny se sledovaly fyziologické funkce a barva kůže. Rodiče byli poučeni o potřebě zajištění konstantní teploty prostředí. Barva kůže růžová. Fyziologické funkce se pohybovaly v rozmezí:

- tělesná teplota 36,8- 37,2°C.
- srdeční frekvence 138- 145 za minutu
- počet dechů 45- 51 za minutu.

Hodnocení:

Ke dni 28. 10. byla tělesná teplota stabilizována, vitální funkce se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí. Cíle se mi podařilo splnit.

► Riziko narušení tkáňové integrity z důvodu nezralosti kůže.**Cíl:**

Udržení intaktní a nepoškozené kůže, podkoží, sliznice a z toho vyplývající spokojenost dítěte.

Plán péče:

- pravidelně kontrolovat kůži a sliznici dítěte, zda se nevyskytuje erytém, edém, puchýře nebo otevřené léze
- měnit polohu dítěte v pravidelných intervalech
- zajistit dobrou hygienu dítěte, včetně výměny prádla
- zajistit dobře vypnuté prostěradlo, prádlo bez tvrdých lemů
- dbát na dostatečný a nerušený spánek dítěte
- koupat a promazávat kůži dítěte vhodným přípravkem
- poučit rodiče, jak mají rozeznat poruchy integrity tkání.

Realizace:

Holčička byla přebalována po 3 hodinách, podle potřeby i častěji. Polohována byla rovněž po 3 hodinách, střídavě na boku a na bříšku. Koupala se jednou za 2 dny a kůže se promazávala nedráždivou indulonou. Matka si koupání a péči o kůži postupně osvojila.

Hodnocení:

Během mého ošetřování nedošlo k narušení integrity kůže, ale vzhledem k nezralosti problém přetrvává.

► Riziko aspirace z důvodu zavedené žaludeční sondy.**Cíl:**

Snížení rizika aspirace na minimum nebo jeho úplné odstranění.

Plán péče:

- uložit dítě do zvýšené polohy
- krmit opatrně v menších dávkách
- kontrolovat množství, barvu a konzistenci reziduí
- sledovat vzhled břicha
- sledovat odchod plynů a stolice.

Realizace:

Holčička byla uložena do zvýšené polohy, po třech hodinách byl sledován charakter reziduí a vzhled břicha. Krmena byla zpočátku jen orogastrickou sondou v menších dávkách, později i per os. S vyprazdňováním neměla žádné potíže.

Hodnocení:

V důsledku permanentní kontroly pozice žaludeční sondy a stavu břicha se riziko aspirace snížilo na minimum.

► **Riziko infekce z důvodu nezralosti imunitního systému.**

Cíl:

Snížení rizika infekce na minimum.

Plán péče:

- zajistit termoneutrální prostředí
- sledovat fyziologické funkce
- sledovat barvu kůže a možnou tvorbu otoků
- sledovat toleranci stravy
- dodržovat aseptický přístup při zákrocích
- dodržovat hygienu při ošetřování dítěte
- upozornit návštěvy na hygienicko- epidemiologický režim.

Realizace:

Při ošetřování dítěte se na oddělení dodržuje přísný hygienicko- epidemiologický režim, o kterém byli informováni i rodiče. V pravidelných intervalech se sledovaly možné projevy infekce. Do péče se zapojovala i matka.

Hodnocení:

Riziko infekce se snížilo na minimum, u dítěte se v průběhu mého ošetřování žádná infekce nevyskytla.

► **Porucha příjmu potravy z důvodu neschopnosti zkoordinovat sací reflex s polykacím projevující se změnou barvy kůže.**

Cíl:

Zvládnutí příjmu potravy per os.

Plán péče:

- používat alternativní metody krmení / stříkačkou a pomocí prstu/
- naučit matku těmto metodám
- sledovat projevy dítěte při krmení
- přizpůsobit se individuálním požadavkům dítěte.

Realizace:

Holčička byla několikrát denně krmena stříkačkou s pomocí malíku matky. Krmení se provádělo vždy podle aktuálního stavu vědomí / v době, kdy byla čilá a projevila zájem o přijímání stravy per os/. Matka byla schopna samostatně zvládnout krmení alternativní metodou.

Hodnocení:

Jolanka se každým dnem zlepšovala v krmení per os. Ke dni 1. 11. zvládla vypít 5- 10 ml stříkačkou.

► **Únava z důvodu zvýšených energetických nároků při nácviu příjmu potravy per os a nadměrného hluku přístrojů projevující se odmítáním sání.**

Cíl:

Dítě bude klidné a spokojené, adekvátně odpovídající na stimuly.

Plán péče:

- zajistit dítěti klid a komfort
- sjednotit výkony
- nerušit spánek dítěte
- zajistit dostatečnou výživu
- informovat rodiče, jak mají plánovat denní aktivity, aby šetřili energii dítěte.

Realizace:

Po domluvě s rodiči a ošetřujícím personálem byly všechny výkony u dítěte sjednoceny. Dítěti byl zajištěn maximální klid a komfort.

Hodnocení:

Cíl byl splněn.

► **Neefektivní kojení z důvodu nezralosti dítěte projevující se neschopností sání.**

Cíle:

Dítě přibývá na váze, je spokojené, klidné. Matka ovládá techniku přikládání, má měkké prsy, je spokojená a klidná.

Plán péče:

- zajistit průchodnost nosu dítěte
- zajistit klidné a intimní prostředí při přiložení dítěte k prsu
- poučít matku o významu kojení
- poučít matku, jak má pečovat o prsy, o vhodné stravě
- podporovat matku v procesu kojení
- pečovat o maximální psychickou pohodu matky i dítěte.

Realizace:

Matce byla zajištěna dostatečná intimita prostředí při přikládání dítěte. Byl jí vysvětlen význam kojení, péče o prsy a vhodná strava. Matka aktivně spolupracovala.

Hodnocení:

Holčička byla pravidelně přikládána k prsu, postupně zvládla vypít 2- 5 ml mateřského mléka. Za dobu mého ošetřování byl její váhový přírůstek 40g. Cíl byl splněn.

4. Edukace matky

Předčasné narození dítěte je pro matku vysoce stresující zátěžovou situací. První sdělení u rodičů vyvolává šok, silnou úzkost a rychlý rozvoj obranných mechanismů, mezi které patří popření problému, hledání viníka a intenzivní pocity viny.

Rodičům je třeba umožnit, aby navázali k dítěti co nejpřirozenější vztah, aby neviděli jenom jeho zdravotní problémy, ale vnímali i jeho pozitivní stránky. V rámci vytváření co nejintenzivnějšího kontaktu rodičů s dítětem hraje důležitou roli jejich edukace o problematice nezralého novorozence.

Matku jsem seznámila s hygienou, krmením, přikládáním, koupáním a sledováním tělesné teploty dítěte. V průběhu hospitalizace se naučila rozeznat potřeby dítěte a adekvátně na ně reagovat. Poučila jsem ji o správné teplotě domácího prostředí, postupu při běžných dětských onemocněních, především rýmě a zvýšené teplotě. Edukaci v oblasti rehabilitace prováděla fyzioterapeutka. Informace o následné péči podával ošetřující lékař.

Do péče se postupně zapojoval i otec holčičky, viz obrázek č.3.

Téměř všechny maminky nezralých dětí se ocitají v situaci, kdy mají pocit, že toto těžké období nemohou zvládnout. Citlivý přístup a podpora v péči o jejich dítě jim umožní se s touto nelehkou situací vyrovnat.

5. Závěr a prognóza

Předčasně narození novorozenci jsou zatíženi vysokou mortalitou a morbiditou. Obecně platí, že čím nižší je gestační týden, tím více je dítě nezralé a zranitelné a tím vyšší je riziko vzniku komplikací. Stanovení prognózy je velice obtížné a individuální. Závisí na gestačním týdnu, míře nedonošenosti a stupni zralosti jednotlivých orgánů.

Prognóza nezralé Jolanky vzhledem k jejímu příznivému postnatálnímu vývoji může být uspokojivá. Od rodičů se jí dostává láskyplné péče, jejich sociální zázemí je dobré, žijí v uspořádaném partnerském vztahu.

Spolupráce s matkou probíhala bez problémů, byla vstřícná všem radám i pokynům. Můj subjektivní pocit ze spolupráce s rodiči byl pozitivní. Na základě obrovské motivace, kterou rodiče pocítují při ošetřování svého dítěte, došlo mezi námi k vytvoření přátelské atmosféry. Na začátku mého ošetřování se jevíli úzkostní, smutní a nejistí v péči o malou holčičku. Spolupráce s nimi ale byla bez potíží, projevíli veliký zájem o problematiku nezralosti. Snažili se o saturaci základních i psychosociálních potřeb dítěte. Díky nim se zdravotní stav Jolanky každým dnem zlepšoval. V poměrně krátké době se naučila alternativní metodě krmení a dokázala si udržet tělesnou teplotu ve fyziologickém rozmezí. Jsou to pomalé kroky k dosažení úplné zralosti a k následnému propuštění do domácího prostředí. Těší mne, že jsem se mohla podílet na jejich zvládnutí a na splnění cílů, které jsem si vytyčila. V současné době lze předpokládat, že Jolance bude věnována maximální péče rodičů, kteří jí také poskytnou dostatek stimulů pro příznivý psychomotorický vývoj.

D. Seznam použité literatury, zdroje informací

1. BOREK, I. a kolektiv. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-338-4.
2. DORT, J.a kolektiv. *Neonatologie. Vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0790-5.
3. FENDRYCHOVÁ, J. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-405-4.
4. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii*. Brno: NCO NZO, 2000. ISBN 80-7013-322-8.
5. ZLATOHLÁVKOVÁ, B. a kolektiv. *Neprospívání kojenců a batolat*. Copyright: 2004. ISBN 80-903507-0-4.
6. ZWINGER, A. a kolektiv. *Porodnictví*. Galén: 2004. ISBN 80-7262-257-9.

Zdroje informací

novorozenec-pozorování

rozhovor s matkou

rozhovor se sestrami

ošetrovatelská dokumentace

lékařská dokumentace

E. Seznam příloh

Příloha č. 1: Skórování bolesti podle NFCS- Neonatal Facial Coding Systém

Příloha č. 2: Porodní hmotnost děvčat

Příloha č. 3: Informovaný souhlas rodičů

Příloha č. 4: Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 5: Plán ošetřovatelské péče

Obrázek č. 1: Jolanka v Babythermu

Obrázek č. 2: Klokánkování

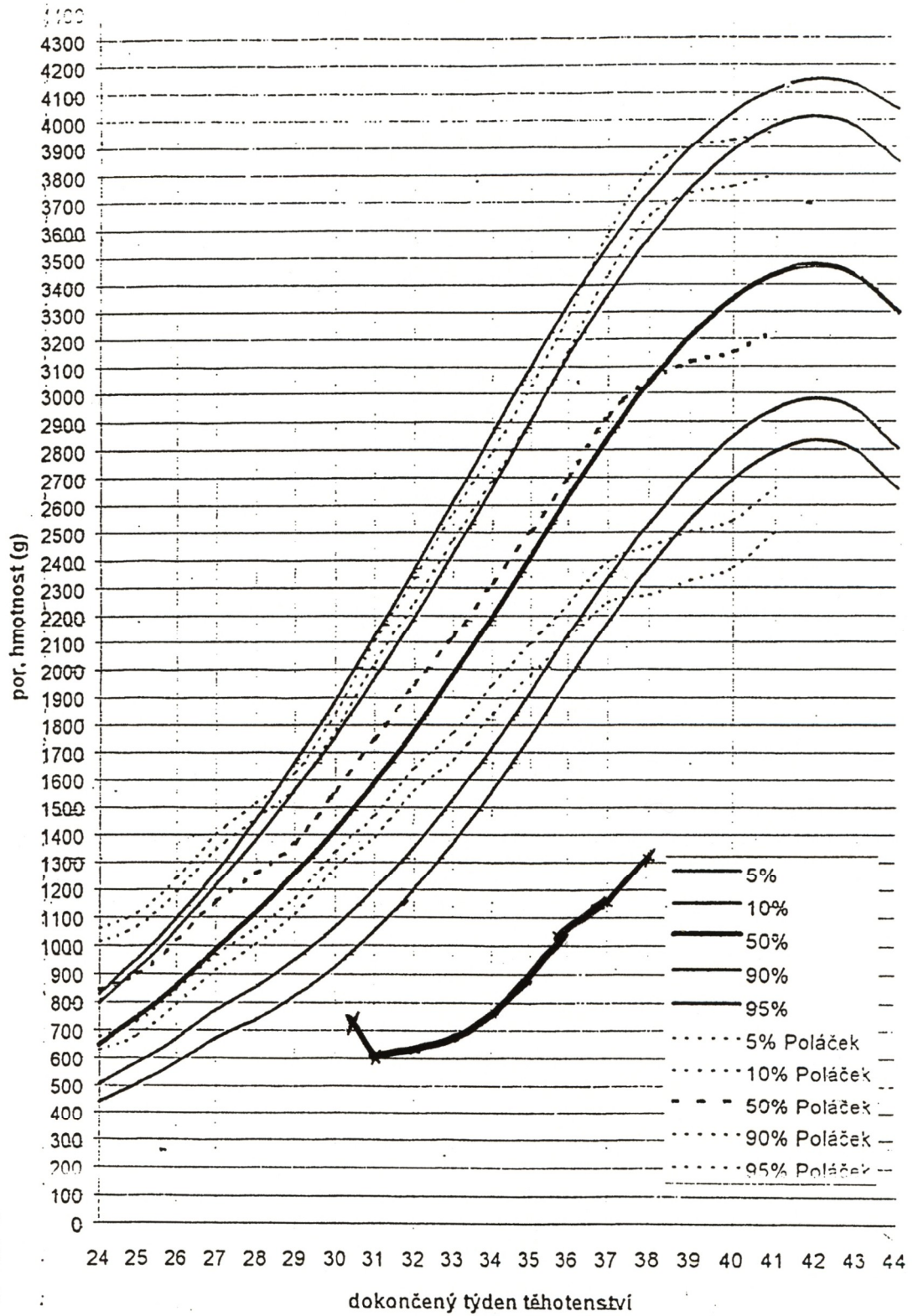
Obrázek č. 3: Jolanka u otce

Příloha č. 1**Skórování bolesti podle NFCS- Neonatal Facial Coding Systém.**

Sledované chování	Popis chování	Ano	Ne
Nakrabacené obočí	Vytvoření rýh kolem obočí a vertikálních vrásek mezi oběma obočími. Vzniká jako důsledek stažení svalů obočí.		Ne
Sevření očních víček	Stažení očních víček a jejich vyklenutí. Dochází k zvýraznění tukových polštářků v okolí očí.		Ne
Zvýraznění nasolabiálních rýh	Špička nosu se zvedá vzhůru, rozšiřuje se chřípí, prohlubují se nasolabiální rýhy.		Ne
Rozevřené rty	Každý případ, kdy nejsou rty u sebe.		Ne
Otevřená ústa	Dochází k vertikálnímu protažení ústních koutků, které je spojeno s poklesem dolní čelisti.		Ne
Sešpulené rty	Rty jsou sešpulené tak, jakoby dítě vyslovovalo dlouhé „ů“		Ne
Napjatý a vysunutý jazyk	Jazyk je zvednutý, vysunutý mezi rty.		Ne
Chvějící se brada	Jde o pohyb dolní čelisti střídavě nahoru a dolů s vysokou frekvencí.		Ne

Příloha č. 2: Porodní hmotnost děvcát

Porodní hmotnost děvcát (Kučera a kol. 1999, Poláček 1981)



Příloha č. 3: Informovaný souhlas rodičů

Informovaný souhlas rodičů J. Č.

Souhlasíme s pořízením fotografického záznamu naší dcery a s jeho prezentací na akademické půdě Univerzity Karlovy. Tyto záznamy jsou majetkem Moniky Szabóové, dětské sestry na intermediárním oddělení Gynekologicko- porodnické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a studentky ošetřovatelství na 1. lékařské fakultě.

Příloha č. 4: Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 4 Vstupní ošetřovatelský záznam

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Vstupní ošetřovatelský záznam
(materiál k nácviku ošetřovatelského procesu)

Jméno a příjmení (vyplň iniciály)..... *C. J.*

Oslovení..... *JOLANKO* Pojišťovna..... *111*

Rodné číslo. (nevyplňuj)..... *1* Povolání.....

Věk..... *1 MĚSÍC* Vzdělání.....

Vyznání..... Národnost..... *ČESKA*

Adresa..... *PRAHA* Telefon..... *MATKA MA*

Osoba, kterou lze kontaktovat..... *MATKA*

Datum přijetí:..... *16. 10. 2007*

Hlavní důvod přijetí:..... *TEŽKÁ NEZRALOST SOUČ. G.T., EXTREMNÍ HYPOTROFIE*

- Lékařská diagnóza:
1. *TEŽKÁ NEZRALOST SOUČ. G.T. • EXTR. HYPOTROFIE (70) 1. PERCENTIL*
 2. *KDS • FARMAKOLOGICKÝ VŮJIN*
 3. *TWIN TO-TWIN SYNDROM - DONOR*
 4. *BRADYKARDIE • HYPERTROFIE MEZIKORONÁRNÍHO SRDCE • SEPTE. DILATACE PR. SÍŇE*

Jak je nemocný informován o své diagnóze?..... *MATKA INFORMOVÁNA*

Osobní anamnéza:..... *MATKA: CESTENÍ ANGIINA 1988 - TONIKOLEKTOMIE*

ABUSUS EXKURÁČKA: PŘED TEHOTENSTVÍM TO JENNE

Rodinná anamnéza..... *INFARKT MYOKARDU: OTEC OTCE, OTEC MATKY*

Vyšetření..... *MATKY: ULTRAZVUK (20. 9): PLODA: 1292g • V NORMĚ*

PLOD. M.: INTRAUTERINNÍ KUSTOVÁ RETARACE • MERIKARNIÁLNÍ VŮJTEK

STR. OLIGOHYDRATNION. VYS. DÍTĚTE: FYZIKÁLNÍ VYS., ÚRY SRDCE, HLAVICKY, ODBĚRY KRVE

Terapie.....

MALTOFER 2x1 g d n.o.

VIGANTOL 1 tab. n.o.

COFFEIN 6 mg = 0,6 ml n.o. 1x DENNE

Nemocný má u sebe tyto léky

Je poučen, že je nemá brát ano ne
jak je má brát ano ne

Hodnocení nemocného

1. Bolest / nepohodlí ^U DÍTĚTE

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?
ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím
ano ne
pokud ano, upřesněte.....
jak dlouho ?
- Na čem je vaše bolest závislá ?
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži) ?
- Kde pociťujete bolest?
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich
zmírnění ?

Objektivní hodnocení sestry : KOMFORT DÍTĚTE JE ZAJIŠTEN V SAUKYTERNYU POMOCI /
Pocit pohodlí (lůžko, teplo) KLUBIČKA
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): PROVEDENA JSEM ŠKALOVÁNÍ BOLESTI PODLE
WFCS - DÍTĚ JE BEZ PROJEVŮ BOLESTI.

2. Dýchání ^U DÍTĚTE

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?
ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?
ano ne
pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ?
ano ne
pokud ano, co by vám pomohlo ?
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?
ano ne neví
pokud ano, zvládnete to ?
- Kouříte ?
ano ne
pokud ano, kolik ?

Objektivní hodnocení sestry: dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.

EUPNOICKE, BEZ DYSPOE.
POČET DECHŮ: 40-60 /minu

3. Osobní péče MATKY

- Můžete si všechno udělat sám ? ano ne
- Potřebujete pomoc při mytí ? ano ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ? ano ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete? ráno
odpoledne
večer
kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.

MATKA JE PCELA SOBĚSTAČNÁ; S TRIJEMNOU VÍRAŽÍ!

4. Kůže DÍTĚTE

- Pozorujete změny na kůži? ano ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
- Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.

BEZ NARUŠENÍ INTEGRITY; HEMATOMY Ø; VYRÁŽKA Ø; OPRUZENINY Ø.
MÍRNĚ SUCHA!

5. Strava / dutina ústní MATKY

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu průměrnou vyšší (o kolik?) 8 kg
 nižší (o kolik?).....

- c) Změnila se vaše váha v poslední době? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral 8 kg

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? ZELENINU, MASO, BRAMBORY, TESTOVINY
 - Je něco, co nejíte? UZENINY ano ne
 - Pokud ano, co a proč? NECHUTNÁ
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? NE
 - Pokud ano, upřesněte.....
 - Co by mohlo váš problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ano ne
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.

BMI INDEX MATKY: $\frac{78 \text{ kg}}{171 \times 171} = 3,6 = \text{střední nadměrná}$

STRAVA DÍTĚTE: ENTERÁLNÍ VÝŽIVA: 8x20 ml FORTIFIKOVANÉHO MATEŘ. MLÉKA

6. Příjem tekutin *MATKY*

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete ? vodu mléko ovocné šťávy
 kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád ?
- Kolik tekutin denně vypijete ?
- Máte k dispozici dostatek tekutin ? ano ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace

*MATKA JE DOBRĚ HYDRATOVANÁ
DÍTĚ JE DOBRĚ HYDRATOVANÉ, NOCÍ V PRAVIDELNÝCH INTERVALECH*

7. Vyprazdňování střeva *MATKY*

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? *1x DĚNNE*
- Máte obvykle
normální stolicí
zácpu
průjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? *PO JIDLE*
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ? ano ne
pokud ano, co to je ?
- Berete si projímadlo ? nikdy
příležitostně
často
pravidelně

- Máte nyní problémy se stolicí ? ano ne
pokud ano, jak by se daly řešit ?

Objektivní hodnocení sestry:

DÍTĚTE: STOLICE JE ŽLUTÁ, KAŠOVITÁ. BŮSKO MĚKKE, PROHMATVÉ!

8. Močení *MATKY*

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ? ano ne
pokud ano, upřesněte
- Jak jste je zvládal ?
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?
ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry:

DÍTĚTE: NOCÍ JE SVĚTLÁ!

9. Lokomotorické funkce *MATKY*

- Máte potíže s chůzí? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ano ne nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

BEZ POTÍŽÍ!

10. Smyslové funkce *MATKY*

- Máte potíže se zrakem? ano ne
- pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle? ano ne
- Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?
- Slyšíte dobře? ano ne
- pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Objektivní hodnocení sestry:

SMYSLOVÉ FUNKCE NENARUŠENÉ!

11. Fyzická a psychická aktivita *MATKY*

- Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *MATEŘSKÁ DOVOLENA!*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení? *RYCHLÉ CVIKY PO PORODU* ano ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano ne
- Co děláte rád ve volném čase? *PLAVU, CHODÍM NA TROCHÁNKY*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *ČTENÍ, VYSÍVÁNÍ!*
-
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?.....

Objektivní hodnocení sestry:

*FYZICKÁ A PSYCHICKÁ AKTIVITA MATKY JE DOSTAČUJÍCÍ!
FYZICKÁ AKTIVITA DÍTĚTE: DÍTĚ JE KLIDNÉ, JEHO KONFORT JE ZAJIŠTĚN
POMOCÍ PĚLIŠŤKY.
PSYCHICKÁ AKTIVITA DÍTĚTE: STOČÍVA VE STÁNKU A SPĚM!*

12. Odpočinek / spánek *MATKY*

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 8
- Máte doma potíže se spánkem ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? 6-8 h
- Usínáte obvykle těžko? ano ne
- Budíte se příliš brzy? ano ne
pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *TRUCHAČKA PŘED SPÁNÍM*
- Berete doma léky na spání? ano ne
pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *1 krát: PO OSEJĚ*

Objektivní hodnocení sestry: *MATKY:*
Únava, denní a noční spánek apod. BEZ POTÍŽÍ!
DÍTĚTE: SPI 20-22 h. DENNĚ, USÍNÁ BEZ POTÍŽÍ!

13. Sexualita *MATKY*

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
ano ne
pokud ano, upřesněte..... *POKLES SEXUÁLNÍCH AKTIVIT*
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
ano ne
pokud ano, upřesněte..... *POSTUPNĚ SE BUDE ZLEPŠOVAT*

- pacient o sexualitě nechce hovořit
- otázky nebyly položeny

14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku) *MATKY*

- | | | | |
|--|------------------------|----------------------------|---|
| - emočnost | stabilní | spíše stabilní | <i>(labilní z důvodu
HORMONÁLNÍCH
ZMĚN PO PORODU)</i> |
| - autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | <u>hůře se ovládá</u> | |
| - adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | <u>nepřizpůsobivý</u> | |
| - příjem a uchování informací: | <u>bez zkreslení</u> | <u>zkresleně (neúplně)</u> | |
| - orientace
(časem, osobou, místem) | <u>orientován</u> | <u>dezorientován</u> | |
| - celkové ladění | <u>úzkostlivý</u> | smutný | rozzlobený |
| | <u>skličný</u> | apatický | |

15. Rodina/sociální situace *MATKY*

- S kým doma žijete? *S MANŽELEM*
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *MANŽEL*
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? *MANŽELOVI A RODIČOVY*
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu?
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat?
- Je na vás někdo závislý? *EMOCIONÁLNĚ: MANŽEL, DĚTI, RODIČE*
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit?
- Kdo se o vás může postarat? *RODINA*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci..)

TRÍKOVNÁ; FINANČNĚ ZAJISTĚNÁ; BYTOVÉ PODMÍNKY VYHOVUJÍCÍ!

Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči

Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči

EXTREMNĚ HYPOTROFICKÉ, TĚŽKĚ NEŽRALE! DVOJČE S TO TWIN TO TWIN SYNDROMU PŘI PŘÍJMU DÍTĚTE NA INTERMEDIÁRNÍ OHLÍDEM JE DÝCHAŇ EUPNOICKÉ, BEZ DYSPOE A ATRIOICKÝCH PAVZ. DÍTĚ JE KRMENO OROGASTRICKOU SONDOU A STRÍKACŮV DÁVKY LZE POSTUPNĚ ZVYSOVIAT. JE DOBRĚ HYDRATOVANĚ, NOCI V PRAMĚLNÝCH INTERVALECH. STOLICE JE KAŠOVITĚ KONZISTENCE, ŽLUTĚ BARVY, BEZ PATOLOGICKÝCH PŘÍMĚSÍ. DÍTĚ JE BEZ BOLESTIVÝCH PROJEVŮ. RODIČE JSOU BEZNAHĚNI S PĚCÍ OD DÍTĚ A SAMI SE DO NI AKTIVNĚ ZAPOJUJÍ; VZHLEDNĚM K NEŽRALOSTI DÍTĚ NEMÍ SCHOPIVO ZKOORDINOVAT DÝCHAŇ S TOLYKÁNÍM. Z DŮVODU NÁCVIKU PŘÍJMU POTRAVY PER OS DOCHÁZÍ K PROJEVŮM ÚNAVY A ODMÍTÁNÍ SÁMÍ.

Příloha č. 5: Plán ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče					
datum	Ošetrovatelské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovatelské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovatelské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt (ve vztahu k cílům)	datum podpis primární sestry
26.10.	<p>1) POKUŠA TERMOREGULACE PŘI DŮVODU TELESNÉ NEKVALITY PROJEVUJÍCÍ SE MÍKNOU HYPERTEMIÍ A HYPOTEMIÍ A ZMĚNU FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ!</p> <p>2) RIZIKO NARUŠENÍ TRÁVNÍ INTEGRITY Z DŮVODU NEKVALITY KŮŽE.</p>	<p>DOSAŽENÍ FYZIOLOGICKÝCH HODNOT TELESNÉ TEPLOTY A VITÁLNÍCH FUNKCÍ!</p> <p>UDRŽENÍ INTAKTÍ A NEPOŠKOZENÉ KŮŽE, POKOŽKY, SLIZNICE A Z TOHO VÝTÝKAJÍCÍ STOKOVÁNÍ DÍTĚTE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ZAJISTIT DÍTĚTI TERMONEUTRÁLNÍ PROSTŘEDÍ • MĚŘIT TELESNOU TEPLOTU KAŽDÉ 3 HODINY • UDRŽOVAT V MÍSTNOSTI KONSTANTNÍ TEPLOTU • UDRŽOVAT TEPLOTU AAKTYVNĚ TĚLE AKTIVNĚ • SLEŽOVAT FYZIOLOGICKÉ FUNKCE, BARVU KŮŽE • ZKONTROLOVAT VHDNOST OBLÉČENÍ DÍTĚTE • VZHLÉDNĚT K TEPLOTĚ OKOLÍ • ZKONTROLOVAT FUNKČNOST VYKRVIVNĚHO LÍČKA • PRAVIDELNĚ KONTROLOVAT KŮŽI A SLIZNICI DÍTĚTE, ZDA SE NEVYSKYTUJE ERÝTÉM, EDEŇ, PUCHÝŘE NEBO OTEVŘENÉ RANĚ • MĚNIT POLOHU DÍTĚTE V PRAVIDELNÝCH INTERVALLA • ZAJISTIT DOBROU HYGIENU DÍTĚTE, VČETNĚ VÝMĚNY PRAŠEK • ZAJISTIT DOBKÉ VYTŘENÍ PROSTĚRANÍ, PRAŠKO MEZ TVRÝCH LEMŮ • DĚLAT NA DOJATEČNÝ A MĚŘENÍ STÁNEK DÍTĚTE • KOUŘAT A TROUŘAVAT KŮŽI DÍTĚTE V HODNÝM PŘÍPRAVKEM • DOUČAT RODIČE, JAK MAJÍ ROZEPNAT POKRYVY INTEGRITY TRÁM 	<p>DOBRY.</p> <p>TELESNÁ TEPLOTA BYLA STABILIZOVÁNA.</p> <p>BEHEŇ MEHO OŠETROVANÉHO NEBOJLO K NARUŠENÍ INTEGRITY KŮŽE, ALE VZHLÉDNĚT K NEKVALITĚ PROLEH PŘEPRÁVA.</p>	26.10. H

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	datum	podpis primární sestry
	<p>3) RIZIKO ASPIRACE z důvodu zanebání zálučném sání</p> <p>4) RIZIKO INFEKCE z důvodu ne zralosti imunitního systému</p>	<p>SMŘEM RIZIKA ASPIRACE NA MINIMUM MEZO JEHO ÚLNE OSTRANEM</p> <p>SMŘEM RIZIKA INFEKCE NA MINIMUM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ULOŽIT DÍTE DO VÝŠE NEŽ 30° • KONTROLOVAT V MĚSÍCÍCH DÁVKÁCH • KONTROLOVAT HMOTNOST, BARVU A KONZISTENCI REZIDU • SLEDOVAT (VÁŽENÍ) BRÁDKA • SLEDOVAT OCHRANU PLYNŮ A STOLICE • ZAJISTIT TERNONEUTRÁLNÍ PROSTŘEDÍ • SLEDOVAT FYZIOLOGICKÉ FUNKCE • SLEDOVAT BARVU KŮŽE A POZÍCIU TROSKU OTOKŮ • SLEDOVAT TOLERANCI STRAVY • DOUKROVAT ASEPTICKY PŘÍSTUP TRÁVIKŮ • DOUKROVAT HYGIENU PŘI OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE • UPOZOROVAT NÁŠTĚRY NA HYGIENICKO-ETIOLOGICKÝ REŽIM • POUŽÍVAT ALTERNATIVNÍ METODY KRMENÍ (STRÍKAČKOU A TROSKOU PRSTU) • KROVIT MATEK TĚMTO METODAMI • SLEDOVAT PRŮJEV DÍTĚTE PŘI KRMENÍ • PŘIZKROVAT SE INDIVIDUÁLNÍM POKYNY DÍTĚTE 	<p>V DŮLEDKŮ TERMANENTNÍ KONTROLY POZICE ZÁLUČNÍ SÁNY A STAVU KRÍŠKA SE RIZIKO ASPIRACE SMĚŘILO NA MINIMUM.</p> <p>RIZIKO INFEKCE SE SMĚŘILO NA MINIMUM, UMĚTE SE V PRŮBĚHU MĚHO OŠETŘOVÁNÍ RIZIKO INFEKCE NEVYSKYTLA.</p> <p>ZOLANKA SE KARDIÁLNÍM DĚMÍ ŽELENOVALA V KRMEMÍ TER OS.</p> <p>ZVLÁŠŤ V DĚTI S-10-1 STRÍKAČKOU.</p>	1.11.	
27.10.	<p>5) TOKUCHA TRÍJMŮ POTRAVY z důvodu neschopnosti žvýkat sání REFLEX S POLNĚCÍMI PROJEVUJÍCÍ SE ZNEBÁNÍM KŮŽE</p>	<p>ZVLÁŠŤNÍ PŘÍJMŮ POTRAVY TER OS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • POUŽÍVAT ALTERNATIVNÍ METODY KRMEMÍ (STRÍKAČKOU A TROSKOU PRSTU) • KROVIT MATEK TĚMTO METODAMI • SLEDOVAT PRŮJEV DÍTĚTE PŘI KRMENÍ • PŘIZKROVAT SE INDIVIDUÁLNÍM POKYNY DÍTĚTE 	<p>ZOLANKA SE KARDIÁLNÍM DĚMÍ ŽELENOVALA V KRMEMÍ TER OS.</p> <p>ZVLÁŠŤ V DĚTI S-10-1 STRÍKAČKOU.</p>	1.11.	

Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestry zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	datum	podpis primární sestry
27.10.	<p>6) ÚNAVA z důvodu zvýšených energetických nároků při nacviku příjmu potravy TER OS A NADPŘÍRŮŽNĚ HLAVKŮ TRÍSTROJŮ PROJEVUJÍCÍ SE ODMITÁNÍM SÁNÍ.</p>	<p>DÍTE BUDE KLIDNĚ A SPOKOJENĚ, ALTERNATIVNĚ ODPOVÍJÍCÍ NA STIMULY.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ZAJISTIT DÍTĚTI KLID A KOMFORT • SPEJMOVAT VÝKORY • NEKŮSIT SPÁNEK DÍTĚTE • ZAJISTIT DOSTATEČNŮ VĚTVŮ • INFORMOVAT ROYKĚ, JAK MAZI PŮLNOVAT DENNÍ AKTIVITY, ABY SEŽILI ENERGIÍ DÍTĚTE 	<p>CÍL BYL SPLNĚN.</p>	1.11.	
28.10.	<p>7) NEEFektivní kojení z důvodu ne zralosti dítěte projevující se neschopností sání.</p>	<p>DÍTE PŘIJÍMÁ NA VÁŽE, JE SPOKOJENĚ, KLIDNĚ. MATEK OVLÁDÁ TECHNIKU PŘIKLÁDÁNÍ, MA' MĚKKE' PRSY, JE SPOKOJENĚ A KLIDNĚ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ZAJISTIT PRŮCHODNOST NOSU DÍTĚTE • ZAJISTIT KLIDNĚ A INTIMNÍ PROSTŘEDÍ PŘI PŘILOŽENÍ DÍTĚTE K PRSU • POUČIT MATEK O VÝŽIVNÍ KŮJENÍ • POUČIT MATEK, JAK MA' PĚČOVAT O PRSY, O VÝŽIVNÍ STRAVĚ • DOUKROVAT MATEK V PROCESU KŮJENÍ • PĚČOVAT O MAXIMÁLNÍ PSYCHICKOU PODPORU MATEK I DÍTĚTE 	<p>INICIAČKA BYLA PŘÁVĚLNĚ PŘIKLÁDÁNA K PRSU, POSTOJNĚ ZVLÁŠŤ V DĚTI S-10-1 MATEKŠKÉHO MLEKA. JEJÍ VÁŽKA PŘI KŮJENÍ BYL 40g (ZA DOBU MĚHO OŠETŘOVÁNÍ) CÍL BYL SPLNĚN.</p>	1.11.	

Obrázek č. 1: Jolanka v Babythermu



Obrázek č. 2: Klokánkování



Obrázek č. 3: Jolanka u otce



