

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Petra Kohoutová

**Informovanost matek v péči o fyziologické
novorozence**

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce: **Petra Kohoutová**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová**

Oponent práce: **Mgr. Hana Nikodemová**

Datum obhajoby: **2012**

Bibliografický záznam

KOHOUTOVÁ, Petra. *Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence*. Praha: Karlova univerzita, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2011. 92 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová

Anotace

Bakalářská práce „Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence“ je rozdělena do teoretické a empirické části. Teoretická část obsahuje přehled relevantních poznatků mj. o první péči o novorozence po porodu a následné každodenní péči o novorozence. Zabývá se také způsobem edukace matek na novorozeneckém oddělení, úlohou pediatra a dětské sestry v předávání informací o péči o novorozence. Empirická část bakalářské práce obsahuje kvantitativní výzkum. Prostřednictvím dotazníkového šetření byl zjišťován způsob samovzdělávání matek v péči o fyziologické novorozence a především míra a způsob poskytování informací v oblasti péče o novorozence zdravotnickým personálem na novorozeneckém oddělení a v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Položky dotazníku se také zaměřují na hodnocení proběhlé edukace matkami. Dotazníkové šetření se uskutečnilo v rámci preventivního screeningového vyšetření kyčlí na ambulantním pracovišti Polikliniky Zelený Pruh. K analýze bylo celkem použito 66 dotazníků.

Annotation

Bachelor's essay „The knowledge of mothers in care about physiological newborn“ is divided into theoretical and practical part. The theoretical part includes summary of relevant information about first care about newborn after birth and next daily care. It deals with the means of education of mothers on neonatal ward and the role of paediatrician and a paediatric nurse on giving information about taking care of newborn. The practical part of bachelor's essay contains quantitative research. Through a questionnaire there were found ways of self - education of mothers in taking care about newborn as well as the degree and ways of providing information by a health team on neonatal ward and in a surgery of practical paediatrician. The questions of questionnaire are also focused on evaluation of education by mothers. The research was carried out

during a preventive examination of children's hips in a health centre Zelený Pruh. For the analysis there were used 66 questionnaires in total.

Klíčová slova

Edukace; Fyziologický novorozenec; Informovanost matek; Ošetrovatelská péče; Péče matek

Keywords

Education; Mother's awareness; Mother's care nursing care; Nursing care; Physiological newborn

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Petra Kohoutová**

studijní program: **Ošetrovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kolektiv autorů. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 2. část : Péče o novorozence.1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133 s.
ISBN 978-80-7013-489-4
- SEDLÁŘOVÁ Petra a kolektiv. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s.
- LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství.1. Vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80- 247-0668-7
- Dlouhodobé kojení v ČR v letech 2000- 2009. [Online] Dostupné z:
<http://www.kojeni.cz/kojeniCR.php>. [citováno 29.11. 2010]
- FRÚHAUF,P. Výživa novorozence, kojence a batolete.1.vyd. Konice: Solen, 2005. 38 s.

KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. : Výživové poradenství u dětí do dvou let. Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka**

Oponenti: **Mgr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 23.5.2011

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 9.3.2012


.....
Děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 11. 4. 2012

Petra Kohoutová

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Šárce Tomové za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost při tvorbě bakalářské práce. Děkuji také Doc. MUDr. Petru Zobanovi, CSc. za pomoc při tvorbě dotazníku, další rady a staniční sestře Daně Kottové za předání zkušeností z dlouholeté praxe na novorozeneckém oddělení. Ráda bych poděkovala také dalším osobám, které se na tvorbě mé bakalářské práce podílely.

Obsah

1. ÚVOD	12
1.1 CÍLE PRÁCE.....	13
2. TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	14
2.1 NEONATOLOGIE.....	14
2.2 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC.....	15
2.3 POSTNATÁLNÍ ADAPTACE.....	15
2.4 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE.....	18
2.4.1 <i>Hodnocení poporodní adaptace podle Apgarové</i>	19
2.4.2 <i>Fyzikální vyšetření</i>	19
2.4.3 <i>Projevy novorozence (neurologický screening)</i>	21
2.5 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE.....	23
2.5.1 <i>Zajištění tepelného komfortu</i>	23
2.5.2 <i>Péče o dýchací cesty</i>	23
2.5.3 <i>Péče o pupeční pahýl</i>	24
2.5.4 <i>Změření a zvážení novorozence</i>	24
2.5.5 <i>Kredeizace</i>	24
2.5.6 <i>Prevence krvácivé nemoci</i>	25
2.5.7 <i>Označení totožnosti novorozence</i>	25
2.5.8 <i>Přiložení novorozence k matce (bonding)</i>	25
2.5.9 <i>První koupel</i>	26
2.6 NÁSLEDNÁ PÉČE O NOVOROZENCE.....	26
2.6.1 <i>Systém péče Rooming in</i>	26
2.6.2 <i>Koupání novorozence, péče o pokožku</i>	27
2.6.3 <i>Novorozenecká hyperbilirubinémie</i>	28
2.6.4 <i>Péče o pupeční pahýl</i>	28
2.6.5 <i>Manipulace s novorozencem, polohování</i>	29
2.6.6 <i>Termoregulace, oblékání</i>	29
2.6.7 <i>Kojení</i>	30
2.6.8 <i>Dokrmování novorozence</i>	33
2.6.9 <i>Kalmetizace</i>	34
2.6.10 <i>Novorozenecký screening</i>	34
2.6.11 <i>Propouštění novorozence</i>	35
2.7 EDUKACE.....	36
3. EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	37
3. 1 <i>Cíle a pracovní hypotézy</i>	37
3. 2 <i>Metodika šetření</i>	38
3. 3 <i>Organizace vlastního šetření</i>	38
3. 4 <i>Charakteristika zkoumaného vzorku</i>	39
3. 5 <i>Výsledky vlastního šetření</i>	39
3. 6 <i>Diskuse</i>	59
4. ZÁVĚR	63
REFERENČNÍ SEZNAM	65
SEZNAM OBRÁZKŮ	69
SEZNAM TABULEK	70

SEZNAM PŘÍLOH.....	72
PŘÍLOHY.....	73

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ANHONN	Americké asociace porodních asistentek a neonatálních sester
apod.	a podobně
BFHI	The Baby – friendly Hospital Initiative
cm	centimetr
CNS	centrální nervový systém
č.	číslo
ČR	Česká republika
f	relativní četnost
g	gram
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen
HCD	horní cesty dýchací
HIV	human imunodeficiency virus
hod.	hodina
Ig A	imunoglobulin A
Ig E	imunoglobulin E
mg	miligram
min.	minuta
mj.	mimo jiné
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
n	absolutní četnost
např.	například
NS	novorozenecký screening
pH	potential of hydrogen
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost
p.o.	per os
RI	rooming in
s.	strana
Sb.	Sbírka
tzv.	tak zvaná
VVV	vrozené vývojové vady
WHO	World Health Organisation
UNICEF	The United Nations Children's Fund

1. ÚVOD

Narození zdravého dítěte patří mezi velké zázraky přírody. Z původně života - neschopného embrya vyroste jedinec, kterého po příchodu na svět čeká mnoho nového. Bude se muset vypořádat se změnami ve svých orgánových soustavách, s pobytem v cizím, extrauterinním prostředí, které se vymyká jeho původním zvykům. Aby poporodní adaptace fyziologického novorozence (dále jen novorozenec) a jeho další vývoj pokračoval správným směrem, je tu řada odborníků (dětských lékařů, dětských sester, porodních asistentek a dalších), kteří o novorozence pečují a své zkušenosti předávají matkám, ale samozřejmě také otcům miminka.

Odborné rady a edukace v péči o fyziologické novorozence tvoří hlavní pracovní náplň zdravotnického personálu na novorozeneckém oddělení. Je velmi žádoucí, aby matky novorozence dostaly všechny potřebné informace týkající se péče o jejich miminko a udělené rady byly relevantní. Informace by měl zdravotnický personál poskytnout na určité úrovni, dle současných poznatků a trendů. Poznatky je nutné předávat ve srozumitelné a vstřícné formě, aby je matka pochopila, měla možnost pro zpětnou vazbu a cítila ve zdravotnickém týmu oporu. Kromě předávání informací pediatrem, dětskou sestrou a ostatními, patří do vzdělávání matky v oblasti péče o fyziologického novorozence také samostatné získávání poznatků matkou v rámci předporodního kurzu, odborné literatury apod.

Téma své bakalářské práce „Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence“ jsem zvolila pro jeho důležitost. Používáním správných postupů v péči o novorozence předcházíme komplikacím, které mohou v tomto citlivém období nastat, a podílíme se tím na podpoře fyziologického vývoje dítěte. Aby se matky dokázaly o své čerstvě narozené dítě/děti dobře postarat, je nutné, aby zdravotnický personál poskytoval informace na dostatečné úrovni, srozumitelně a pochopitelně. Při nedostatečné či nejasně podané edukaci může dojít i k nesprávné péči o miminko. Jsem přesvědčená, že většině zdravotnickému personálu záleží na tom, aby poskytnuté informace byly pro matky přínosem. Z tohoto důvodu bych prostřednictvím této bakalářské práce mj. ráda přinesla poznatky o tom, jak edukaci zdravotníků (pediatra,

dětských sester, praktického lékaře pro děti a dorost) hodnotí matky, které se se svými novorozenci v jejich péči ocitly.

1. 1 Cíle práce

Po prostudování dostupné odborné literatury k dané problematice jsem si na začátku tvorby bakalářské práce zvolila následující cíle a stanovila 5 pracovních hypotéz, jejichž pravdivost budu dále ověřovat a uvádět v empirické části.

Mým hlavním cílem je poskytnout základní přehled relevantních poznatků o „Informovanosti matek v péči o fyziologické novorozence“. S tím souvisí úroveň poskytování informací matkám zdravotnickým personálem v oblasti péče o fyziologického novorozence, kterou se pokusím prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit. U získaných dat provedu analýzu a dosažené výsledky výzkumu zpracuji a pokusím se je interpretovat. V závěru bakalářské práce zhodnotím přínos práce pro praxi.

2. TEORETICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V této části bakalářské práce uvádím základní pojmy související s tématem z oboru neonatologie. Dále popisuji proces adaptace novorozence a jednotlivé intervence, které provádí dětský lékař, dětská sestra, případně porodní asistentka. Teoretickou část ukončuji popisem procesu edukace pediatrem a dětskou sestrou, kde kladu důraz na formální obsah informací a způsob jejich předání.

2.1 Neonatologie

Neonatologie je lékařský obor, který se věnuje péči o novorozence. Tvoří spojnicí mezi porodnictvím na jedné straně a pediatrií jako základním oborem na straně druhé. Díky významným specifikům novorozeneckého období byl vyčleněn z pediatrického lékařství a tvoří samostatnou subspecializaci pediatrie. Neonatologie zajišťuje bezproblémovou poporodní adaptaci fyziologických novorozenců, stará se o děti mající lehké problémy s adaptací po narození, děti mírně či těžce nedonošené. Pečuje též o novorozence na hranici životaschopnosti, s významnými anomáliemi, jako jsou např. perinatální asfyxie, VVV (vrozené vývojové vady), kteří vyžadují hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče.

Stejně tak jako v jiných zemích je i v České republice zaveden třístupňový systém péče o novorozence. Pracoviště I. stupně pečují o fyziologické novorozence. Pracoviště II. stupně se věnují dětem se středně obtížnou poporodní adaptací a dětem předčasně narozeným. Pracoviště III. stupně, tzv. perinatologická centra, se věnují novorozencům s velmi nízkou nebo extrémně nízkou porodní hmotností, dětem s VVV, u kterých je nutná dlouhodobá intenzivní péče.

Péče o novorozence má pozitivní vliv na další vývoj dítěte. Snižuje kojeneckou úmrtnost a dává šanci na život extrémně nezralým novorozencům. (Lebl a kol., 2007, Tománková, 2006) K rychlému vývoji oboru neonatologie se realisticky vyjadřuje ve své publikaci autorka Fendrychová. „*Díky moderním technologiím dnes mají šanci na přežití i vážně hendikepované děti. I když jim nikdo nezaručí normální život, je jim prostě nabídnuta šance žít*“ (Fendrychová, 2009, s.17).

2. 2 Fyziologický novorozenec

„Novorozenec je dítě do věku 28 dní. Během těchto prvních 28 dní života je dítě nejvíce ohroženo úmrtím.“ (Světová zdravotnická organizace, 2012). U fyziologického novorozence dochází k porodu mezi 37. a 42. týdnem gravidity. Říkáme, že novorozenec je donošený. Fyziologický novorozenec je normotrofický, či-li jeho porodní hmotnost odpovídá gestačnímu věku novorozence a pohybuje se mezi 5. a 95. percentilem pro daný gestační věk. U fyziologického novorozence probíhá poporodní adaptace bez komplikací. Novorozenec měří kolem 50cm a váží kolem 3300g (ale záleží také na dané etnické skupině). Obvod hlavičky je 31 - 35,5cm, obvod hrudníku 30,5 - 33cm. (Sedlářová a kol., 2008)

Tělesné známky zralosti

Nehty novorozence jsou dorostlé k okraji prstů, mohou být ostré, tvrdé, ale i měkké. Na zádech a ramínkách se může vyskytovat jemné ochlupení, lanugo, které je fyziologické. Pupečník se upíná uprostřed břicha, je přiměřeně silný a rosolovitý. U děvčátek jsou malá labia kryta velkými stydkými pysky. Chlapci mají varlata sestouplá v šourku.

Funkční známky zralosti

Mezi funkční známky zralosti patří schopnost dobré termoregulace. Teplota novorozence by se měla pohybovat od 36,5 - 37,5° C v rektu. Miminko by mělo spontánně dýchat bez apnoických pauz s frekvencí 30-60/min. Při usínání může mít krátkodobé zástavy dechu, ve spánku však dýchá spontánně pravidelně. Akce srdeční se pohybuje mezi 80-180 tepy/min. Tepová frekvence se mění na základě aktivity miminka.

2. 3 Postnatální adaptace

V poporodním období prochází organismus novorozence celou řadou změn potřebných k adaptaci v mimoděložním prostředí. Novorozený jedinec již není chráněn tělem matky. Placenta mu už nezprostředkovává nutritivní, respirační, exkretační,

endokrinologickou, imunologickou funkci a pupečník nezajišťuje krevní cirkulaci. (Pařízek a kol., 2002) Poporodní adaptace probíhá v 6 - 24 hodinách. Nejdůležitější změny se uskutečňují v dýchacím systému a krevním oběhu, patří k bezprostřední poporodní adaptaci. (Fendrychová, 2009) Novorozence je nutno pečlivě sledovat a věnovat mu zvýšenou pozornost několik hodin po porodu. Observace by měla probíhat i posléze. Sledujeme vitální funkce miminka, jeho projevy, prokrvení končetin i celého těla, pupeční pahýl, odchod moče a smolky.

Bezprostřední poporodní adaptace

➤ Dýchací systém

„Ve fetálním období jsou plíce kolabované a kyslík do organismu přichází placentárním oběhem, tedy pupeční vénou do dolní duté žíly (přímo nebo přes ductus venosus a portální žílu)“ (Lebl a kol., 2007, s. 71). Z pravého srdce proudí většina okysličené krve přes foramen ovale a ductus arteriosus do systémového oběhu a jen malá část okysličené krve proudí do plic. Po přerušení placentárního oběhu dochází k nástupu pravidelného spontánního dýchání. Je to zahájení samostatného dýchání novorozence prvním vdechem, u kterého musí miminko vynaložit mnohem více síly, s vyvinutím vyššího podtlaku než u jiného inspira. Zahájení dýchání je doprovázeno křikem dítěte. Důležitý je povrchově aktivní plicní surfaktant, lipoprotein, který je tvořen pneumocyty II. řádu. Jeho nedostatek, např. u nedonošených novorozenců, způsobuje kolaps plicních alveol a tím i celých plic. (Lebl a kol., 2007) Dechová frekvence novorozence ve spánku činí 40-60/min. (Muntau,2009)

➤ Krevní oběh

Po porodu dochází k velkým změnám v krevním oběhu. Cirkulace prenatální přechází v postnatální. Pupeční cévy (pupeční vena a 2 pupeční artérie) a pravolevé zkraty ztrácejí svou funkci. Uzavírá se ductus arteriosus (Bottalova dučej) a foramen ovale. Uzávěr je nejprve funkční, až později i anatomický. Ductus arteriosus Bottali se plně uzavírá po hodinách až dnech. (Lebl a kol., 2007) Tepová frekvence novorozence po porodu je 150-180/min., později 125 min. (Muntau, 2009) U novorozence se objevuje akrocyanóza nebo mírná celková cyanóza, která brzy po zahájení spontánního dýchání mizí.

Další adaptační změny

V prvních hodinách po porodu dochází ke změnách i v dalších systémech, trávicím a močovém ústrojí, v termoregulaci a metabolismu.

➤ Trávicí systém

„K odchodu smolky- mekonie (černozelená hustá hmota) dochází nejčastěji v prvních 12 hodinách života“ (Muntau, 2009, s. 3). Při narození jsou novorozenecká střeva sterilní a bakteriemi jsou osídleny až během několika dní. Střeva kojených dětí jsou osidlovány bifidogenními bakteriemi, střeva nekojených dětí bakterie *Escherichia coli*. (Muntau, 2009)

➤ Metabolismus a močový systém

Během prvních 24 hodin po porodu získává novorozenec energii odbouráváním glykogenu, později i tuků. Dochází k fyziologické ztrátě 10 % hmotnosti, která je způsobená nadměrnou ztrátou vody. K prvnímu vyprázdnění močového měchýře dochází většinou již při porodu. Fyziologická hranice je však do 48 hod od narození. (Muntau, 2009)

➤ Termoregulace

Řízení tělesné teploty u novorozence je nedokonalé a lehce tak může dojít k podchlazení, nebo přehřátí organismu. Kůže novorozence může být zpočátku z důvodu nedostatečné termoregulace namodralá, hlavně v oblasti rtů a na okrajích dolních a horních končetin, tzv. akrální cyanóza. Po zahřátí novorozence cyanóza ustupuje a kůže novorozence získává růžovou až červenou barvu.

Stadia poporodní adaptace

Postnatální změny v orgánových systémech popsané v předchozí kapitole, se u fyziologického novorozence projevují změnou vitálních funkcí a chováním dítěte. Je důležité znát fyziologické projevy poporodní adaptace v prvních hodinách života dítěte, neboť díky těmto znalostem můžeme včas odhalit případný problém.

- První stadium poporodní adaptace- „první období reaktivity“

Probíhá během prvních 30 minut po porodu, během něhož stoupá akce srdce na 160-180 tepů/min. po dobu 10-15 minut, poté se tepová frekvence snižuje na 100-140/min. Během prvních 15 minut dýchá novorozenec nepravidelně a dýchání může být i zrychlené 60-80 dechů/min. Při poslechu mohou být slyšet šelesty. Dítě je během prvního stadia adaptace bdělé, křičí, trhavě pohybuje končetinami a otáčí hlavou. Jeho tělesná teplota se snižuje, svalový tonus naopak narůstá. Střevní peristaltika není slyšitelná. (Fendrychová, 2009)

- Druhé stadium poporodní adaptace-“ období snižujících se odpovědí“

Během druhého stadia poporodní adaptace dítě spí a je méně aktivní. Dech je regulérní do 60 dechů/ min. , bez stavů dyspnoe. Akci srdeční naměříme v rozmezí 100-140 tepů/min. Peristaltika je slyšitelná. Dítě má zpravidla růžovou barvu kůže. (Fendrychová, 2009)

- Třetí stadium poporodní adaptace- „druhé stadium reaktivity“

Dítě je neklidné, projevuje se až přehnaně. Reakce na vnější stimuly jsou intenzivnější. Objevuje se občas tachykardie, mění se svalový tonus. Novorozenec může blinkat. (Fendrychová, 2009)

2. 4 Klinické vyšetření novorozence

„Bylo řečeno, že fyzické vyšetření novorozence je nejcennějším screeningovým vyšetřením prováděným během jeho života, z důvodu časného odhalení různých skrytých abnormalit (vrozené vývojové vady srdce, dislokace kyčle, katarakty atd.) a následující časnou a efektivní léčbou, která se zahájí dříve, než se samotné onemocnění objeví“ (Levene a kol., 2000, s. 23). První vyšetření a hodnocení poporodní adaptace novorozence probíhá již na porodním sále. Dle zvyklosti daného pracoviště jej provádí porodní asistentka, dětská sestra nebo pediatr.

2. 4. 1 Hodnocení poporodní adaptace podle Apgarové

Americká anestezioložka a pediatrička, Virginia Apgarová, vypracovala systém časného hodnocení novorozence po porodu, který zveřejnila v roce 1952. V České republice se Apgar skóre běžně používá. (Velký lékařský slovník, 2008)

Skóre dle Apgarové umožňuje rychlé zhodnocení adaptace čerstvě narozeného dítěte na extrauterinní prostředí. Celkem se hodnotí pět parametrů - akce srdeční, dýchání, barva kůže, odpověď na podráždění. Každý parametr můžeme ohodnotit body 0 - 2. Stav novorozence posuzujeme v 1., 5. a 10. minutě po porodu. (Lebl a kol., 2007) Srdeční frekvenci měříme pomocí fonendoskopu na hrudníku dítěte nebo pohmatem pulzace na pupečníku. Dýchání hodnotíme auskultací a pozorováním pohybů hrudníku. Téměř každý čerstvě narozený novorozenec spontánně pravidelně nedýchá. Z tohoto důvodu pozorujeme barvu sliznic a kůže. Zpočátku může být u novorozence přítomna centrální a periferní cyanóza. Akrocyanóza může přetrvávat i déle. Reakci na podráždění hodnotíme na základě stimulace plosek nohou, nebo podrážděním dýchacích cest při odsávání, pokud je indikováno. Aspekci pozorujeme svalový tonus dítěte. U fyziologického novorozence jsou horní i dolní končetiny ve flexi, po natažení se vracejí do původní polohy. Fyziologická hodnota Apgar skóre je nejméně 8 bodů.

„U fyziologických novorozenců bývá v 1. minutě Apgar skóre 8 - 9, v 5. minutě již 10. Čím nižší je skóre, tím větší je acidóza a zhoršení kardiopulmonálních funkcí dítěte. Přetrvává-li nízké skóre i v 5. minutě, je třeba dítě převést na JIP. Nízké Apgar skóre v 5. a 10. minutě života je spojena se zvýšenou mortalitou a morbiditou“ (Fendrychová, 2009, s.42, 43). Posouzení poporodní adaptace dle Apgar skóre je významné pro akutní péči i pro prognózu čerstvě narozeného miminka. (Lebl a kol., 2007)

2. 4. 2 Fyzikální vyšetření

Nevyžaduje-li to stav dítěte již dříve, je novorozenec dle zvyklosti oddělení vyšetřen pediatrem až v průběhu několika hodin po porodu. (Hanáková a kol., 2010) Důležité je novorozence udržovat v teple a před jeho vyšetřením si důkladně umýt ruku, aby se zabránilo přenosu nosokomiální infekce. (Levene a kol., 2000) Vyšetření začíná celkovou aspekci, lékař hodnotí projevy dítěte, včetně křiku, dráždivosti či apatie. Všimá si dechové, srdeční aktivity a svalového tonu. Dále pozoruje tělesné a funkční známky zralosti novorozence. (Sedlářová a kol., 2008) Pro plnohodnotné

vyšetření dítěte je nutné znát lékařskou anamnézu matky, způsob porodu a případné komplikace během porodu. Během vyšetření novorozence by měl být přítomen alespoň některý z rodičů dítěte. (Levene a kol., 2000)

Během fyzikálního vyšetření pediatr postupuje systematicky od hlavičky směrem kaudálně. Hlava se vyšetřuje nejen pohledem, ale i pohmatem. Hlava novorozence zaujímá $\frac{1}{4}$ těla a v rámci proporcí má tak větší rozměr než v pozdějším věku života. Po porodu může být tvar lebky, díky průchodu úzkými porodními cestami, deformován. Tvar hlavičky se však vrátí během několika hodin do normální podoby. Po porodu mohou být přítomna fyziologická poranění – porodní nádor (caput succedaneum) a kefalhematom, které nevyžadují další terapeutickou intervenci. Na styku dvou lebních kostí se vyskytuje fontanela. Novorozenec má malou fontanelu, která se uzavírá během porodu, nebo do konce 2. měsíce, a velkou fontanelu, která se uzavírá kolem 1. roku života, nejpozději kolem dvou let. Velká fontanela je dobrým klinickým ukazatelem - je-li vystouplá značí pro zvýšený intrakraniální tlak, je-li vpadlá svědčí pro dehydrataci dětského organismu. Dále lékař vyšetřuje oči. Všimá si polohy a tvaru očí, zda-li není přítomný strabismus a jsou-li přítomny slzy. Oční víčka mohou být po porodu prosáklá. Pozoruje barvu sklér, reakci zornic a červený reflex (používá se u screeningového vyšetření vrozené katarakty). U nosu si lékař všimá jeho tvaru a vyšetřuje průchodnost choan. Ústa mají souměrný tvar a vyšetřují se denně kvůli možnému výskytu kandidové infekce. Pediatr kontroluje přítomnost hledacího, sacího, polykacího reflexu. (Fendrychová, 2009) „*Zralý novorozenec má tvarově plně vyvinutý ušní boltec s pevnou a pružnou chrupavkou*“ (Lebl a spol., 2007, s. 78). Dále se orientačně vyšetřuje sluch, kdy novorozenec při hlasitém zvuku reaguje Moroůvým reflexem. Moroův reflex je způsob reakce novorozence na úlek. Blíže je popsán v kapitole 2.4.3 Během fyzikálního vyšetření lékař pozoruje zbarvení kůže a kvalitu jejího prokrvení. Kůže novorozence je kryta mázkem, který chrání pokožku během intrauterinního života, ale i během prvních hodin po porodu. Novorozenecká pokožka je velice jemná a citlivá, můžeme pozorovat lehké ochlupení v oblasti ramen a zad (lanugo). Novorozenec se rodí s rozlišnou délkou a hustotou vlasů, děti mohou být i bezvlasé, s již narostlým obočím a řasami. (Lebl a kol., 2007, Fendrychová a kol., 2009, Sedlářová a kol., 2008) Pediatr vyšetřuje také tvar hrudníku, symetrii pohybu při dýchání, zralost prsních žláz a pigmentaci alveol. Bříško novorozence by mělo být ve stejné rovině s hrudníkem. Lékař pomocí palpace vyšetřuje

velikost jater. Slezina je u novorozence nehmatatelná. Pediatr věnuje pozornost pupečnímu pahýlu. U fyziologického novorozence je přiměřeně silný, upnutý ve středu břicha. Žáda se vyšetřují k vyloučení rozštěpové vady a k zjištění poporodních poranění. (Fendrychová a kol., 2009) Během vyšetřování končetin je nutné si všimnout počtu a tvaru prstů, dlaní rukou (opičí rýha značí pro Downův syndrom), hybnosti a postavení kloubů. Vrozené vady nohou, které jsou detekovatelné ihned po porodu, jsou pes equinovarus, pes calcaneus a vrozená luxace kyčlí. Vyšetření kyčlí patří ke screeningovým vyšetřením novorozence. (Fendrychová a kol., 2009) Lékař by měl také vyšetřit genitál novorozence. U zralých chlapců jsou obě varlata sestouplá v šourku. U děvčátek jsou malá labia kryta velkými. V důsledku působení přenesených mateřských hormonů může dojít k oteklosti malých pysků a klitorisu. Může se také vyskytnout hlenový nebo až krvavý výtok, který do 6. týdne po narození považujeme za fyziologický. (Fendrychová a kol., 2009)

2. 4. 3 Projevy novorozence (neurologický screening)

„Pohyby novorozence jsou ještě neuvědomělé a necílené. Jsou reakcí na vnitřní a vnější podněty a projevem jeho spokojenosti či nespokojenosti. Veškerá hybnost dítěte do přibližně třetího měsíce věku se projevuje na základě vzorců vrozených reflexů“ (Kiedroňová, 2005, s. 69). Vrozené reflexy postupem času nahrazují pohyby ovládané vlastní vůlí a reakce, které jsou uvědomělé.

Správný psychomotorický vývoj novorozence se mj. hodnotí právě na základě výbavnosti charakteristických reflexů, specifických pro toto dětské období. Některé reflexy zanikají, jiné vznikají a vzájemně se obměňují. Každý reflex má svou charakteristickou dobu výbavnosti. Pokud výbavnost reflexu přetrvává, může svědčit pro možnou odchylku od správného psychomotorického vývoje dítěte.

„Neurologicky není třeba vyšetřovat zcela zdravé novorozence, kteří nevykazují v anamnéze ani v somatickém nálezu odchylky, dobře prospívají a vyvíjí se. V praxi se často omezujeme na orientační odhad, tj. Moroův reflex a reflexní úchop“ (Sedlářová a kol. 2008, s. 53).

Mezi reflexy typické pro novorozenecké období patří :

➤ **Sací a hledací reflex** - novorozenec jej využívá již od okamžiku narození při prvním přísátí k matčině prsu. Patří k životně důležitým reflexům, které jsou výbavné

do půl roku věku dítěte. Hledací reflex můžeme vyvolat dotykem po tváři. Novorozenec otáčí hlavu za daným podnětem a hledá předmět, který by dostal k ústům.

- **Úchopový reflex** - „*Reflexní úchop lze vyvolat taktilní stimulací dlaně, zvláště v rýze mezi dlaní a prsty. Stisk v uvedené lokalitě vybaví flexi prstů a stisknutí stimuluje předmětu. Reflex je výbavný do půl roku*“ (Sedlářová a kol., 2008, s.53). Úchop novorozence je tak silný, že můžeme novorozence zvednout do visu. Tento reflex zkouší pouze lékař.
- **Moroův reflex** novorozenec reaguje na uleknutí. Leží-li dítě v klidu na podložce a my s ní trháme, projeví se to roztažením horních a dolních končetin, propnutím prstů a prohnutím v zádech. Zpětná reakce je obejmutí paží s pokrčením nohou doprovázený pláčem. Reflex fyziologicky mizí do 3. - 4 měsíce věku dítěte. Tento reflex zásadně nenacvičujeme. (Kiedroňová, 2005)
- **Babinského reflex** se vybavuje po dotykové stimulaci pod prsty chodidla, kdy dítě prsty reflexně ohne. Dalším projevem tohoto reflexu je propnutí prstů po dotyku na patě nebo přejetí prstem vnější hrany chodidla od paty k malíku. (Kiedroňová, 2005)
- **Polykací reflex**- novorozenec polkne jen potravu, kterou má u kořene jazyka. Posunovat potravu v ústech umí dítě až od 6. měsíce věku. (Kiedroňová, 2005)
- **Plazivý reflex**, který nenacvičujeme, původně sloužil k dostání se ke zdroji potravy. Můžeme pozorovat, položíme-li si miminko na břicho, začne se nožičkami odrážet směrem k prsním bradavkám. (Kiedroňová, 2005)
- **Vzpor nožkami** - „*Držíme-li novorozence pod pažemi ve svislé poloze, dokáže se nožkami vzepřít tak silně, že na nich udrží celou svou váhu*“ (Kiedroňová, 2005, s.73).

Pohyby novorozence

Novorozenec má v bdělém stavu oči otevřené a pozoruje okolí. Hýbe horními a dolními končetinami, které jsou ve flexi a po natažení se vracejí zpět do původní polohy. Novorozenec otáčí hlavu většinou k jedné straně, ale umí ji natáčet na strany obě. U obličejové strany nechává ruku extendovanou, na straně šjiové ruku ve flexi (tzv. poloha šermíře). (Fendrychová a kol., 2009, Sedlářová a kol. 2008) „*Na bříšku se dotýká podložky všemi částmi těla, ojedinele krátce zvedne hlavičku asymetricky nad podložku, současně má flektovány končetiny pod trupem nebo u trupu, ruce má v*

pěstičkách, ale umí je otevřít, zadeček je výše než hlava, abdukce v kyčlích je do 90 stupňů“ (Cíbochová, 2004, s. 293).

Smysly

Novorozenec nedokáže zaostřit na větší vzdálenost a vidí pouze velké předměty. Je schopen zaostřit pouze jedním okem. Můžeme pozorovat velice častý novorozenecký strabismus. Novorozenec má dobře rozvinut sluch, čich a dává přednost sladké chuti. (Cíbochová, 2004)

Pozorování, prohlížení novorozence a odhalení případných odchylek patří k úkolům nejenom lékařů, ale i sester. Právě dětské sestry společně s matkami tráví s čerstvě narozeným miminkem nejvíce času a mohou to být právě ony, které si všimnou změněného tělesného a zdravotního stavu dítěte (fyziologické funkce, změny chování, vzhled dítěte).

2. 5 První ošetření novorozence

První ošetření novorozence se skládá z několika postupů, které jsou důležité k možnému zahájení poporodní adaptace a navázání prvního kontaktu miminka s matkou. První ošetření provádí dětská sestra. Součástí prvního ošetření novorozence je jeho vyšetření lékařem. Lékař pozoruje poporodní adaptaci miminka a provádí fyzikální vyšetření. Podrobný popis klinického vyšetření novorozence je uvedeno v kapitole 2. 4

2. 5. 1 Zajištění tepelného komfortu

Během ošetřování miminka se snažíme zabránit tepelným ztrátám. Miminko osušíme od plodové vody nahřátou suchou plenou a můžeme jej poprvé položit „skin to skin“ na matčino břicho. Teplota prostředí by se měla pohybovat okolo 20-22° C. Poté pokračujeme s ošetřením na novorozeneckém boxe vyhřátém na nejméně 25° C.

2. 5. 2 Péče o dýchací cesty

Miminko z dýchacích cest odsáváme pouze v indikovaných případech: při velkém zahlenění dýchacích cest, při mekoniem zkalené plodové vodě, před resuscitací.

Odsávání dýchacích cest přináší mnoho komplikací (podráždění, poškození, edém sliznice, problém se sacími pohyby, oddálení začátek kojení, zvracení), proto se nepraktikuje u každého novorozence. (Mydlilová, 2005)

2. 5. 3 Péče o pupeční pahýl

Po narození dítěte provedeme podvázání pupečnicku svorkou nebo gumou (tkanicí autorka Mydlilová nedoporučuje) asi 2cm od úponu a následně jej přestříhneme. Pupeční pahýl se musí každou hodinu z důvodu možného krvácení kontrolovat. Autorka Mydlilová uvádí dezinfekci Cutaseptem F či Octeniseptem a následně pupečnick nezakrývat. Dle autorky Fendrychové by se měl pupeční pahýl dezinfikovat pouze v indikovaných případech a na doporučení Americké asociace porodních asistentek a neonatálních sester (AWHONN) pouze omýt mýdlem a opláchnout sterilní vodou během první koupele. Obecně se od standardního dezinfikování opouští. (Fendrychová, 2009) V ČR se však dezinfikování pupečního pahýlu a pupeční jizvy stále používá.

2. 5. 4 Změření a zvážení novorozence

Délku těla novorozence měříme bodymetrem. Děťátko leží na zádech a opírá se temenem okraje měření. Často se délka novorozence měří až den po porodu, kdy povolí flexe končetin. Fyziologický novorozenec měří 50 – 53cm. (Fendrychová, 2009) „*Obvod hlavičky měříme páskovým metrem v nejdelším okcipitofrontálním obvodu - přes čelo bezprostředně nad očima přes prominující část záhlaví. Normální obvod hlavy novorozence je 33 - 37cm*“ (Lebl a kol., 2007, s.72). Obvod hrudníku měříme přes prsní bradavky. Měl by být o 1 - 2cm menší než obvod hlavy. Novorozence vážíme na kojenecké váze. Fyziologický novorozenec váží kolem 3000g - 4000g. Je důležité, abychom se během vážení a měření novorozence všemi možnými způsoby vyvarovali prochladnutí dítěte.

2. 5. 5 Kredeizace

Kredeizace, nebo-li dezinfekce spojivkových vaků se provádí jako prevence gonokokové nebo jiné bakteriální infekce. Používá se 1% roztok dusičnanu stříbrného nebo Ophthalmo - septonex, který je k očím šetrnější. (Lebl a kol., 2007) Do každého oka kápeme 1 - 2 kapky. Od roku 1997 se na doporučení Neonatologické společnosti

přistoupilo na tzv. dvoustupňovou laváž. Pod tímto pojmem si můžeme představit propláchnutí spojivkových vaků roztokem na porodním sále a následně pak i na novorozeneckém oddělení. (Fendrychová, 2009)

2. 5. 6 Prevence krvácivé nemoci

Jako prevence krvácivé nemoci se novorozenci podává 1 mg Kanavitu (vitamin K₁) intramuskulárně nebo 1 - 2mg p. o. ve formě tablet (Lebl a kol., 2007). Tato dávka se aplikuje až po bezprostřední poporodní adaptaci novorozence. U intramuskulárního podání se dávka opakovat nemusí. U podávání vitamínu K ve formě tablet je tomu jinak: „*U plně kojenečích či při minimálním dokrmu nutno jedenkrát týdně opakovat p. o. dávku 1 mg do stáří 10 – 12 týdnů věku*“ (Hanzl, 2011, s. 61).

2. 5. 7 Označení totožnosti novorozence

Ihned po porodu je nutné novorozence duplicitně označit. Nejvhodnějším způsobem je označit miminko společně s matkou. Novorozenec dostane nerozpojitelný plastový náramek, který dostatečně těsně upevníme na ručičku či nožičku. Identifikace novorozence musí obsahovat jméno a příjmení novorozence, číslo porodu (od začátku roku, v měsíci podle zvyklostí oddělení), datum narození včetně hodiny a minut, pohlaví (např. jako součást čísla porodu, je důležité u jiných etnik-Vietnamci), jméno matky (často má jiné příjmení než novorozenec). Další označení provedeme 0,5% vodným roztokem gentiánové violeti na tělo či stehno dítěte. Je možnost doplnit označení zavinovačky dítěte, postýlky, inkubátoru nebo pokoje. (Paulová, 2006)

2. 5. 8 Přiložení novorozence k matce (bonding)

V současné době si opět uvědomujeme význam nepřetržitého kontaktu dítěte s matkou, který dokazují i výzkumy psychologů. Okolo dvou hodin po porodu probíhají u matky a novorozence silné hormonální změny, které umožňují navázání silného citového pouta. Novorozenec může být ihned po porodu položen na matčino břicho. Miminku se srovná srdeční aktivita, dech a zároveň se zahřívá o tělo matky. Dochází k prvnímu přísátí k matčinu prsu, a tím i stimulaci oxytocinu. To má za následek stimulaci laktace a zavíjení ženy dělohy. První přiložení by mělo proběhnout nejdéle do 30 min od porodu. Po prvním přiložení je novorozenec ošetřen a pokud to zdravotní stav

novorozence i matky dovoluje, může být novorozenec opět vrácen na tělo matky. Matce/rodičům by měl být umožněn co nejdelší, nejintenzivnější tělesný kontakt s miminkem, který může trvat po celou dobu jejich ošetřování na porodním sále (30-120 min. po narození). (Fendrychová a kol., 2009, Sedlářová a kol., 2008, Hanáková, 2010, Troupová, Hanzl, 2010)

2. 5. 9 První koupel

První koupel se provádí až poté, kdy u novorozence dobře proběhla poporodní adaptace (2 - 4 hod. po porodu). V současné době se doporučuje technika sprchování dle Rozsypalové. Teplota vody by se měla pohybovat mezi 37 - 40° C. *“Doporučení nosit jednorázové rukavice při manipulaci s novorozencem do jeho první koupele vzniklo až koncem 20. století v důsledku zvyšujícího se výskytu HIV a HBsAg positivity“* (Fendrychová, 2010, s. 127). Při koupeli se používá minimální množství mycích přípravků a pokud, tak pouze šetrných k dětské pokožce, s vhodným pH, nejlépe na přírodní bázi (slunečnicový olej apod.). Nadbytečný mázek není nutné zcela odstraňovat, naopak má významnou ochrannou funkci. Při sušení pokožku netřeme, utíráme ji opatrně, abychom nenarušili její strukturu. (Fendrychová, 2010, Mydlilová, 2005)

2. 6 Následná péče o novorozence

2. 6. 1 Systém péče rooming in

„Rooming in (dále RI) nebo baby in je anglický název pro umístění zdravé matky – šestinedělky a fyziologicky zdravého novorozence na jednom pokoji v bezprostřední vzájemné blízkosti“ (Šráčková, 2007, s. 26). Systém péče RI se začal zavádět v 70. letech. U nás se ujal o něco později, ale jeho pozitiva oproti původnímu ústavnímu systému jsou využívána nadále. Mezi velké výhody systému RI patří nepřetržitý kontakt mezi matkou a dítětem a tím možnost kojení dítěte *“on demand“*, vytvoření imunologické symbiózy mezi matkou a dítětem, osvojení si jednotlivých dovedností péče o novorozence matkou, uklidnění a pomazlení se s novorozencem, kdykoliv to vyžaduje. Nenahraditelný význam má systém RI také ve vytváření vzácného citového pouta mezi matkou a dítětem při rozvíjení všech smyslů. (Šráčková, 2007)

2. 6. 2 Koupání novorozence, péče o pokožku

Současné studie uvádějí, že není nutné provádět celkovou koupel miminka každý den, ale postačí obden nebo i dvakrát do týdne. Každodenně a kdykoliv je potřeba, omýváme pouze obličej, ruce, genitálie, zadeček, kožní záhyby, které jsou predilekčními místy ke vzniku opruzenin. Novorozence do zhojení pupku pouze sprchujeme. Po mumifikaci, či odstranění pahýlu pupečníku již můžeme provádět koupel ponořením děťátka do teplé vody. Před vlastním koupáním zkontrolujeme teplotu vody ponořením předloktí, případně změříme teplotu vody teploměrem. Nesmíme zapomenout na zásady bezpečnosti při manipulaci s novorozencem během koupání - nenechávat dítě bez dozoru, pravidlo držení za dva klouby. Miminko myjeme směrem od hlavy přes břicho. Genitálie u děvčátek omýváme zepředu směrem ke konečníku, u chlapců předkožku nepřetahujeme. Zadeček myjeme až jako poslední. Co se týče používání kosmetických přípravků, platí čím méně jich používáme, tím lépe. Novorozenci mají zvýšenou tendenci k alergickým reakcím na aditiva obsažená v kosmetickým přípravcích. Z tohoto důvodu je nutné vybrat přípravky vhodné pro novorozeneckou pokožku - mýdlo s neutrálním pH, bez příměsí, konzervačních látek, s atestem k použití k novorozeneckému věku. Přednost má použití přírodních olejů. Pokud pokožka není sušší, není ji nutné po koupeli promazávat. Na kůži zadečku a genitálií můžeme použít ochranný krém (např. Rybilka, Aviril Baby, Nela Batole Baby, Baby Sebamed, Baby Balm), do míst citlivých k opruzeninám lze aplikovat dětský pudr. Nos a uši čistíme šetrně dle potřeby. Při rýmě neváháme důkladně z HCD (horní cesty dýchací) odsávat. Nehty poprvé stříháme 14 dní od porodu. (Troupová, Hanzl, 2010, Fendrychová a kol., 2009, Fendrychová a kol., 2010, Mydlilová, 2005, Sedlářová a kol., 2008)

Přebalování patří k základní hygienické péči o miminko. Doporučuje se mít vyhrazené jedno místo k přebalování. Pleny volíme látkové, jednorázové - papírové. V dnešní době jsou preferovány jednorázové. Při výběru musíme zvážit velikost danou dle kg miminka, kvalitu, použitý materiál. Novorozence přebalujeme zhruba 6 - 8x denně, dle potřeby. Při přebalování nezapomeneme na omytí a ošetření pokožky a občasné větrání pokožky. Plena by neměla bránit novorozenci v pohybu dolních končetin. Kromě výměny plen, bychom neměli zapomenout na péči o pokožku zadečku, prevenci

proti vzniku opruzenin, případné abdukční balení dle doporučení ortopeda. (Dort, 2011, Hanáková, 2010, Sedlářová, 2008, Gregora, Velemínský, 2011)

2. 6. 3 Novorozenecká hyperbilirubinémie

„Příčinou novorozenecké žloutenky je nepoměr mezi zvýšenou tvorbou bilirubinu při zvýšeném rozpadu erytrocytů a jeho sníženou eliminací funkčně ještě nezralými játry“ (Fendrychová, 2009, s. 89). Určitý stupeň hyperbilirubinémie se projeví u každého novorozence. U více než poloviny fyziologických novorozenců je symptomem zvýšené hodnoty bilirubinu ikterus. Fyziologický ikterus se objevuje 2. den po porodu a svého maximálního projevu dosahuje 3. - 4. den. Tento příznak by měl vymizet nejpozději do začátku druhého týdne života dítěte. Hodnota bilirubinémie u kojených dětí není v případě fyziologického ikteru vyšší než 250 nanomolů/litr, hodnota konjugovaného bilirubinu se pohybuje do 34 nanomolů/litr. Fyziologický ikterus nevyžaduje žádnou léčbu. Na rozdíl od patologického ikteru, který se projevuje během prvních 24 hodin. Hodnoty nekonjugovaného bilirubinu v tomto případě dosahují vysokých hodnot. Patologický ikterus se objevuje u nedonošených novorozenců, novorozenců s perinatální infekcí, metabolickou vadou apod. a vyžaduje léčbu. Ke snížení hladiny bilirubinu se používá fototerapie. (Fendrychová, 2009)

2. 6. 4 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 odpadnout, 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.

2. 6. 5 Manipulace s novorozencem, polohování

Při manipulaci s děťátkem 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 nedopustíte, 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, s.218). 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.

Mezi základní polohy patří:

Poloha dítěte ve spánku

K ukládání ke spánku je nejvhodnější poloha na zádech jako prevence syndromu náhlého úmrtí novorozence. Poloha na boku je méně stabilní, ale autorka Kiedroňová ji nepopisuje jako polohu nevhodnou. Miminko by mělo být přikryto peřinkou do úrovně prsních bradavek. Pod hlavičkou mít pouze látkovou plenu bez polštáře. Doporučuje se také zabalení novorozence do polovysypané péřové přikrývky. Děťátku těsnější zabalení připomíná nevelké prostředí matčiny dělohy, lépe se uvolní a zaujme přirozenou polohu. Poloha na bříšku se provádí jen v bdělosti pod dohledem druhé osoby, při které dochází k zapojování zádových svalů k podpoře vývoje novorozence. (Dort, 2011, Kiedroňová, 2005) Další možnosti polohování uvádím v příloze B.

2. 6. 6 Termoregulace, oblékání

Novorozenec může pobývat venku v polostínu již v prvních dnech po propuštění z porodnice. Frekvenci a dobu vycházek je však třeba přizpůsobit ročnímu období a venkovním teplotám. Novorozenec by neměl být vystaven přímému slunečnímu záření, vysokým teplotám a silnému větru. Jako minimální teplota pro pobyt novorozence

venku se doporučuje teplota kolem -5°C a maximální do 35°C . Dobu pobytu venku je vhodné ze začátku prodlužovat postupně. (Gregora, 2011, Sedlářová, 2008)

Miminko oblékáme do kvalitního bavlněného oblečení praného v dětském pracím prášku bez aviváže při teplotě okolo $80-90^{\circ}\text{C}$ za dostatečného máchání. Při oblékání novorozence bychom měli mít na mysli jeho přiměřenost. Jak už bylo uvedeno v předešlých kapitolách, novorozenec nemá dokonale vyvinutý termoregulační systém a je tak náchylný k podchlazení i přehřátí. Novorozenec by měl mít po koupání a jak v zimním tak v letním období oblečenu čepičku z vhodného materiálu. (Sedlářová, 2008, Gregora-Velemínský, 2011, Hanáková, 2010)

2. 6. 7 Kojení

Kojení (laktace) je považováno za nejpřirozenější a nejvhodnější způsob výživy novorozence a kojence. Mateřské mléko svým složením splňuje požadavky dostatečného zdroje energie, vitamínů, stopových prvků a imunologických faktorů. WHO/ UNICEF dle současných vědeckých poznatků doporučuje výhradně kojení do 6 měsíců věku dítěte. (Dort, 2011, Fendrychová, 2009)

Obsah živin mateřského mléka se přizpůsobuje požadavkům novorozeneckého organismu, zejména vývoji trávicího a nervového systému. Během prvních dnů po porodu se tvoří mlezivo (kolostrum). Je to „rané“ mateřské mléko, který se svým specifickým složením liší od mléka zralého obsahem živin. Obsahuje více bílkovin, vitamínů, imunologických faktorů. Poměrové zastoupení bílkovin, konkrétně laktalbuminu a kaseinu (syrovátka) je 90:10. V mlezivu se setkáme s vyšším zastoupením imunoglobulinů zejména IgA (imunoglobulin A) působící proti prvnímu vzniku infekcí a IgE (imunoglobulin E) potlačující faktor snižující výskyt alergických reakcí. Kolostrum obsahuje více vitamínu K než zralé mléko, ale i přesto není jeho množství pro novorozence dostatečné. Z tohoto důvodu je vitamín K suplementován. (Fendrychová, 2009)

Zralé mateřské mléko se začíná tvořit dva týdny po porodu. Poměr laktalbuminu a kaseinu je 60:40. Obsahuje větší množství tuku, zejména nenasycených triacylglycerolů důležitých pro rozvoj CNS (centrální nervový systém). Nejdůležitějším sacharidem je laktóza. „Laktóza a příznivá střevní flóra (*Lactobacilis bifidus*) usnadňuje vstřebávání železa a vápníku“ (Fendrychová, 2009, s. 76). Vitamíny

skupiny B a vitamín C jsou v mléce zastoupeny dle jejich příjmu v matčině stravě, stejně tak je tomu u jódu. Mezi další stopové prvky, které jsou dostatečně zastoupeny v mateřském mléce patří zinek, měď, kobalt, selen.

Technika kojení

Kojení je fyziologický proces. Musí se však naučit takovým způsobem, aby byl prováděn správně a přinášel pozitivní vlivy dítěti i matce. Než si matky s miminkem zafixují správnou techniku, najdou vhodnou polohu ke kojení, budou potřebovat pomoc ze strany zdravotnického personálu v podobě rady a psychické podpory. Neboť: „*Většina obtíží a neúspěchů při kojení je výsledkem špatné informovanosti a nedostatku zkušeností*“ (Schneidrová a kol., 2002, s. 10).

Aby miminko správně uchopilo prs, musí široce otevřít ústa a ústy prs hluboce obejmout. Rty pevně obemykají dvorec s bradavkou. Při tomto způsobu přísátí není bradavka matky zraňována. Matka by se měla cítit v poloze ke kojení (sedě, leže..) pohodlně. Paže, záda a chodidla má opřena. Dítě v náručí má břicho přitisknuto k břichu matky, s tím, že kolena miminka směřují k ní. Tělo dítěte leží v jedné ose. Vhodné držení prsa při kojení je palcem nad dvorcem, zbylými prsty pod dvorcem. Matka podpírá hlavičku dítěte rukou. Brada dítěte se zanořuje do matčina prsu, tvář a nos se prsa pouze dotýkají. (Schneiderová, 2002) Výběr vhodných poloh při kojení uvádím v příloze č. C.

Odstříkávání

Vyprazdňování mléka rukama pomáhá v situacích, kdy nelze miminko kojit přímo z prsu. Odstříkávání je výhodné využít ze začátku kojení. Mateřského mléka se ještě netvoří tolik a právě odstříkávání tvorbu mateřského mléka podporuje. V dalších případech odstříkávání využijeme, pokud dítě pije slaběji a prs zcela nevyprázdní, nebo potřebujeme-li od dítěte odejít, tak si mléko můžeme předpřipravit. Uložíme jej v chladničce při teplotě 4° C nejdéle na 24 hod, nebo z mražené v - 18° C , kde vydrží 3 měsíce. Před podáním mateřské mléko ohřeje ve vodní lázni na tělesnou teplotu. (Hanáková a kol., 2010, Fendrychová, 2009)

Technika odstříkávání

Ruční odstříkávání má své praktické a ekonomicky výhodné stránky. Před odstříkáváním si matka důkladně umyje ruce, nahřeje prsa, či provedeme masáž prsou a připraví si čistou vyvařenou nádobu na odstříkané mléko. Matka uchopí dvorec tak, že palec má nad dvorcem, ukazovák pod dvorcem. Palec a ukazovák spolu tvoří písmeno C, přičemž poloha prstů na dvorcí se může během odstříkávání posunovat. Zbylé prsty ruky přitisknou prs. Tlačíme dvorec směrem k hrudní kosti, za bradavku netaháme. Odstříkáváme zhruba 20 - 30 minut za střídání obou prsou, do pocitu měkkých prsou. (Hanáková a kol., 2010, Fendrychová, 2009)

Odstříkávání pomocí odsávačky se nepovažuje za zcela nejvhodnější způsob kvůli možnosti kontaminace mateřského mléka. Před použitím musí být odsávačka pečlivě vysterilizována. Odsávačku přiložíme tak, abychom nepoškodili bradavku. Při odsávání je nutné, aby byla matka v předklonu.

Baby- friendly Hospital initiative

Baby- friendly hospital (= nemocnice přátelské dětem)

„The Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) byla založena SZO a UNICEF v roce 1991, kdy následovala „Innocenti“ deklaraci z roku 1990. Tato iniciativa je celosvětovým úsilím začlenit dovednosti, které ochraňují, propagují a podporují kojení“ (WHO, 2012). V současnosti je do BFHI zapojeno více než 152 států z celého světa. První nemocnicí v ČR s označením BFH se stala v roce 1993 Fakultní Thomayerova nemocnice. Nyní se titulem Baby- friendly hospital pyšní na 63 českých nemocnic. (BFH, 2012) Smyslem těchto nemocnic je cílená podpora kojení za použití programu 10 kroků k úspěšnému kojení uvedené v příloze č. D.

Kontraindikace kojení

Mohou nastat vyjímečné situace, které mohou proces kojení zkomplikovat. Ve většině případů je dnes kojení podporováno i přes onemocnění matky či dítěte. U dítěte se zmíním o kojení při akutním infekční onemocnění. Kojení u VVV se nebudu více věnovat, neboť má práce se zabývá fyziologickým novorozencem.

Onemocnění dítěte

Při běžná onemocnění - rýma, otitida se doporučuje kojít, s tím že dítě může prs odmítat kvůli pocitu ucpaného nosu či bolesti ouška. Můžeme zvolit metodu krmení odstříkaným mlékem za použití lžičky, hrníčku. Při průjmu je kojení doporučeno. V případě dehydratace je vhodné nabízet i krátké kojení na doplnění tekutin. Pokud novorozenec zvrací, pokračuje se s kojením. Je nutné rozlišit, zda-li jde pouze o ublinkávání, či zvracení (mezi 2.- 8. týdnem též dochází k projevu stenózy pyloru). (Schneiderová a kol. , 2002)

Onemocnění matky

Nádorové onemocnění (bez užívání cytostatik), poporodní deprese, diabetes mellitus, epilepsie není kontraindikací pro kojení dítěte. Hypothyreóza může negativně působit na tvorbu mateřského mléka. Hormonální substituce hypothyreózy však není kontraindikací k laktaci. Hyperthyreózu je nutné léčit. Podávaná farmaka mohou ovlivnit dětský organismus, a proto miminko sledujeme. I při infekčních onemocnění matky je kojení z většiny povoleno a podporováno. Děťátko prostřednictvím mateřského mléka dostane do svého organismu protilátky proti probíhajícímu onemocnění. Matka musí důsledně dodržovat hygienu rukou, případné nošení roušky apod. Pouze u některých onemocnění (hepatitida B, hepatitida C) je v akutní fázi onemocnění kojení přerušeno, či je novorozenci podán imunoglobulin. (Schneiderová a kol., 2002) Diskutabilním tématem je infekce virem HIV (Human Immunodeficiency Virus). V rozvojových zemích se kojení podporuje i u matek HIV pozitivních.

2. 6. 8 Dokrmování novorozence

Z důvodu zvýšeného psychického napětí, onemocnění matky a jiných může nastat situace, kdy se proces tvorby mateřská mléka a kojení nenastartuje tak, jak bychom si představovali a jsme nuceni novorozence dokrmovat umělou dětskou výživou. Pro donošené fyziologické novorozence jsou volena tzv. počáteční mléka. Bývají označena číslem 1, či slovem Baby. Mezi ně patří například tyto výrobky: BEBA 1 Premium, Sunar Baby, Hami 1 atd. Existují také přípravky speciální kojenecké výživy. Mezi ně patří mléka antirefluxní, hypoantigenní, s nízkým či žádným obsahem laktózy atd. (Sedlářová a kol., 2008) Novorozenec je zpočátku krmen alternativními metodami, jako

je krmení po prstu, krmení sondou, kádinkou či hrníčkem, aby si novorozenec nezvykl na jiný způsob sání při krmení dětskou lahví. Novorozenec je tak schopen v případě spuštění tvorby mateřského mléka kdykoliv začít s kojením. Snažíme se o maximální podporu k zahájení kojení. „*Umělá výživa nikdy nedosáhne kvality mateřského mléka*“ (Sedlářová a kol., 2008, s.76).

2. 6. 9 Kalmetizace

Očkování proti tuberkulóze

Dle vyhlášky č. 299/2010 Sb. (číslo 299/2010 Sbírky), kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, s platností od 1.11. 2010 je očkování proti tuberkulóze povinné s omezením, tj. pouze pro děti s danými indikacemi, která jsou blíže uvedeny v příloze E. (Očkovací kalendář v ČR, 2011) Očkování probíhá od 72. hodin po narození do 6. týdnů života dítěte. Dítě musí být zdravé bez prodávajícího infektu, prospívající. (Sedlářová a kol., 2008)

2. 6. 10 Novorozenecký screening

„*Novorozenecký screening (NS) je aktivní a celoplošné (=celostátní) vyhledávání chorob v jejich časném, preklinickém stadiu tak, aby se tyto choroby diagnostikovaly a léčily dříve, než se stačí projevit a způsobit novorozenci nevratné poškození zdraví*“ (Novorozenecký screening [online], 2012). Způsob provádění screeningu novorozenců je daný platnou legislativou, uvedenou ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 2009, částka 6, z 12. srpna 2009. Vyšetření je analyzováno ze vzorku suché kapky krve odebraného přesně definovanou metodou z patičky dítěte. V současnosti je v České republice prováděno screeningové vyšetření na 13 onemocnění. Vybrané kategorie uvádím v následujícím přehledu:

kongenitální hypotyreóza – CH

kongenitální adrenální hyperplazie – CAH

cystická fibróza – CF

dědičné poruchy látkové výměny mastných kyselin

dědičné poruchy látkové výměny aminokyselin

Do NS můžeme zařadit další vyšetření, jako je preventivní klinické vyšetření pediatrem, ortopedické vyšetření dysplázie kyčelního kloubu, screening vrozené katarakty, vyšetření sluchu při vyhledávání sluchových vad, případné sonografické

vyšetření ledvin k časnému záchytu vývojových anomálií uropoetického traktu. (Votava, 2010). Screening vrozené dysplázie kyčelního kloubu provádí ortoped ihned v porodnici, poté následuje kontrolní vyšetření v 6 týdnech a ve 3-4 měsících věku. Screening vrozené katarakty se vyšetřuje na základě výbavnosti červeného reflexu. Chybí-li tento reflex, naznačuje to sníženou průhlednost tkání oka a je nutné nechat oko dovyšetřit specialistou. Screening sluchových vad je zaveden pouze pro vybranou rizikovou skupinu novorozenců, u které se sluchové vady vyskytují 10krát častěji než u fyziologických novorozenců. Sluch je vyšetřován metodou otoakustických emisí. Celoplošný screening je předmětem diskuse. (Dort a kol., 2011)

2. 6. 11 Propouštění novorozence

Aby mohl být novorozenec propuštěn do domácího ošetřování musí být splněn postup daný Metodickým opatřením č. 4, v částce 7/2005 ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

„Postup zdravotnického zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče

Novorozence lze propustit do domácí péče zpravidla za následujících podmínek:

- a) věk novorozence je nad 72 dokončené hodiny po porodu (tj. k propuštění dochází nejdříve po 72. hodině po porodu),*
 - b) zdravotní stav novorozence dovoluje jeho propuštění do domácí péče,*
 - c) nejsou známy jiné závažné okolnosti, které by bránily propuštění dítěte do domácí péče,*
 - d) je provedena kalmetizace, pokud není kontraindikována,*
 - e) jsou odebrány krevní vzorky pro povinná screeningová vyšetření“ (MZ, 2005, s.14).*
- Většinou jsou tedy děti propuštěny 4. nebo 5. den. Matky, které rodily císařským řezem odcházejí domů 6. den. (Sedlářová a kol., 2008)

2. 7 Edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Při edukaci dochází k poučování jedince, předávání znalostí a dovedností.

Výsledkem procesu edukace je informovanost. Informovanost edukované osoby může být dostačující, nebo také ne. Záleží to především na schopnostech a znalostech edukující osoby (edukátor) a jejímu umění interpretovat informace. Může to být ale i ovlivněno vůlí a osobností edukované osoby (edukant).

Edukace pediatrem a dětskou sestrou by měla být pro matky, případně oba rodiče srozumitelná, pochopitelná, odpovídající jejím potřebám. Edukace by měla obsáhnout všechny potřebné informace k péči o novorozence zahrnující koupání novorozence, péči o pokožku, kojení, bezpečnou manipulaci s novorozencem atd. Osoba provádějící edukaci by měla být vstřícná, chápavá, neměla by se bránit případným dotazům ani praktickému nacvičení dovedností.

Lékař před propuštěním novorozence do domácí péče informuje rodiče o aktuálním zdravotním stavu novorozence, jeho hmotnosti, provedených screeningových vyšetření, harmonogramu preventivních lékařských prohlídek a přihlášení k příslušné zdravotní pojišťovně. Pediatr předá Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého a propouštěcí zprávu, kterou rodiče předají PLDD (praktický lékař pro děti a dorost). Dětský lékař také poskytne návod, jak se správně starat o dítě, jak předcházet komplikacím a jak postupovat pokud nastanou. Dětská sestra pokračuje navázáním na informace poskytnuté lékařem. Zopakuje běžné intervence při péči o novorozence, doporučení ohledně kojení atd. (Dort, 2011)

Každé novorozenecké oddělení má zavedený svůj vlastní způsob edukace. Z tohoto důvodu se může stát, že některé informace na jednom oddělení poskytne pediatr a na jiném dětská sestra a naopak, nebo se vzájemně doplňují. Podstatné je, aby informace v oblasti péče o novorozence byly úplně relevantní, srozumitelné a dostupné pro všechny matky na novorozeneckém oddělení a v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

3. EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Pro empirickou část bakalářské práce jsem zvolila následující cíle a pracovní hypotézy.

Cíl 1: zhodnotit současnou úroveň poskytování informací matkám zdravotnickým personálem v oblasti péče o fyziologické novorozence

Cíl 2: zjistit míru poskytovaných informací zdravotnickým personálem v oblasti péče o fyziologické novorozence

Cíl 3: zhodnotit obsah a srozumitelnost poskytnutých informací zdravotnickým personálem

Pracovní hypotézy:

H1: předpokládám, že informace v oblasti péče o fyziologické novorozence jsou na novorozeneckém oddělení ve větší míře předávány dětskou sestrou, než-li dětským lékařem

H2: očekávám, že informace poskytnuté dětskou sestrou jsou pro matky srozumitelné ve stejné míře jako informace poskytnuté dětským lékařem

H3: předpokládám, že poučení praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti péče o fyziologické novorozence matky hodnotí lépe, než-li poučení dětského lékaře na novorozeneckém oddělení

H4: předpokládám, že ve zkoumaném vzorku se matky s vyšším odborným vzděláním a vyšším snaží získávat informace v péči o novorozence častěji než matky se středoškolským vzděláním s maturitou, bez maturity a základním vzděláním

H5: očekávám, že ve zkoumaném souboru se matky ve věku 30 let a vyššího účastní přípravného předporodního kurzu pro rodiče méně často než matky mladšího věku

3. 2 Metodika šetření

Ke splnění stanovených cílů bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní typ výzkumu. Za tímto účelem jsem sestavila strukturovaný dotazník zaměřený na zjištění míry poskytovaných informací zdravotnickým personálem v oblasti péče o fyziologické novorozence. Původní verzi dotazníku jsem na základě připomínek respondentek během pilotního průzkumu upravila do konečné podoby, která je uvedena v příloze. Dotazník se skládá z 15 otázek, většina z nich je tvořena ještě podotázkami. Otázka 1. - 5. přináší informace o zkoumaném vzorku. Zbylé otázky zjišťují zásadní informace k potvrzení či vyvrácení stanovených pracovních hypotéz. Dotazníkové položky jsou zavřeného typu, kdy respondent vybírá z předem daných odpovědí, nebo jsou polootevřeného typu, kde je kromě daných odpovědí i možnost výběru odpovědi s otevřeným zakončením. (Farkašová a kol., 2006)

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření jsem zpracovala ve formě přehledného tabelárního přehledu a grafického výstupu, typu výsečového diagramu a histogramu četnosti. V tabulkách uvádím hodnoty absolutní a relativní četnosti výskytu odpovědi.

3. 3 Organizace vlastního šetření

Dotazník byl rozdán matkám dětí, které přicházely na kontrolní screeningové vyšetření kyčlí. Kontrolní vyšetření kyčlí se provádí v 6 týdnech a ve 3 - 4 měsících věku dítěte. Dotazníkové šetření probíhalo v rámci sonografického a ortopedického vyšetření u ambulantního specialisty na Poliklinice Zelený Pruh. Během prosince – leden 2011 byl proveden pilotní výzkum. Na základě nejasností a připomínek respondentek jsem dotazník upravila do konečné podoby. Samotný výzkum se uskutečnil během února - března r. 2012. Dotazník byl poskytován administrativními pracovníci a zdravotní sestrou daného pracoviště. Tyto osoby jsem o výzkumu a jeho smyslu informovala, s případnými dotazy odkazovala na mou osobu. Bylo rozdáno 70

dotazníků s návratností 100%. Pro neúplné vyplnění byly 4 dotazníky vyřazeny. Šetření proběhlo se souhlasem daného pracoviště a respondentek. Respondentky vyplňovaly dotazník anonymně.

3. 4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření proběhlo u matek dětí přicházejících na kontrolní screeningové vyšetření kyčlí na Polikliniku Zelený Pruh. Dotazníky byly poskytnuty na pracovišti provádějící mj. sonografické vyšetření, kam docházel i ambulantní specialista, ortoped. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků se 100% návratností. 4 dotazníky jsem pro jejich neúplnost vyřadila. Soubor respondentů byl vybrán prostým náhodným výběrem. V prvních 5 položkách dotazníku zjišťuji charakteristiku respondentů. Otázky jsou zaměřeny na věkovou kategorii respondentek, dosažené vzdělání, četnost porodů a typ nemocnice, ve které naposledy rodily.

3. 5 Výsledky vlastního šetření

Po pečlivém roztřídění získaných dat uvádím v této kapitole výsledky provedeného výzkumného šetření. Tyto výsledky lze rozdělit na poznatky charakterizující zkoumaný soubor a na informace, které potvrdí, či vyvrátí stanovené pracovní hypotézy. Získaná data budou popsána a znázorněna pomocí kontingenční tabulky nebo histogramu četnosti. Relativní četnost je zaokrouhlena na dvě desetinná místa.

V následujících tabulkách vyhodnocuji základní vlastnosti zkoumaného vzorku. Tato základní charakteristika dotazovaných je obsažena v dotazníkovém šetření v položce dotazníku č. 1 - 5. V tabulce 1 a 2 jsou zaznamenány informace o počtu respondentek pracujících ve zdravotnictví a jejich konkrétní zdravotnické profesi.

Dotazníková položka č. 1 poskytovala informace o počtu respondentek pracujících ve zdravotnictví a konkrétní zdravotnické profesi.

Tabulka 1a: Respondentky pracující ve zdravotnictví

Práce ve zdravotnictví	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Ano	13	19,70%
Ne	53	80,30%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 respondentek ze zkoumaného souboru 53 (80,30%) dotazovaných ve zdravotnictví nepracuje. 13 (19,70%) respondentek má zdravotnickou profesi.

Tabulka 1b uvádí zařazení jednotlivých zdravotnických profesí u dotazovaných pracujících ve zdravotnictví.

Tabulka 1b: Zdravotnická profese respondentek

Zdravotnická profese	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Nezdravotnický pracovník	2	15,38%
Ošetřovatelka	0	0,00%
Laborantka	0	0,00%
Fyzioterapeutka	0	0,00%
Všeobecná sestra	7	58,35%
Magistra farmacie	0	0,00%
Lékařka	3	23,08%
Porodní asistentka	1	7,69%
Celkem	13	100,00%

Ze 13 respondentek pracujících ve zdravotnictví jich 7 (58,35%) je všeobecnou sestrou, 3 (23,08%) lékařkou, 2 (15,38%) nezdravotnickým pracovníkem a 1 (7,69%) porodní asistentkou.

Položka dotazníku č. 2 se zabývala údaji o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentek zkoumaného vzorku.

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Nejvyšší dosažené vzdělání	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Základní	0	0,00%
Středoškolské bez maturity	4	6,06%
Středoškolské s maturitou	26	39,39%
Vyšší odborné	5	7,58%
Vysokoškolské	31	46,97%
Celkem	66	100,00%

Z uvedené tabulky lze interpretovat nejvyšší zastoupení vysokoškolsky vzdělaných respondentek, a to 31 (46,97%). Dále následují respondentky se středoškolským vzděláním s maturitou s četností 26 (39,39%). 5 (7,58%) účastnic výzkumu má dosaženo vyšší odborné vzdělání a 4 (6,06%) respondentky mají středoškolské vzdělání bez maturity. Respondentka pouze se základním vzděláním se v souboru nevyskytuje.

Další položkou dotazníkového šetření byla otázka na věkové zastoupení účastnic výzkumu ve zkoumaném souboru. Získaná data zobrazuje tabulka 3.

Tabulka 3: Věková kategorie respondentek v době porodu

Věková kategorie	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Méně než 18 let	0	0,00%
18- 23 let	3	4,55%
24- 29 let	17	25,76%
30- 35 let	30	45,45%
Nad 35 let	16	24,24%
Celkem	66	100,00%

Ve zkoumaném vzorku respondentek je největší zastoupení ve věkové kategorii 30- 35 let, tvoří ho 30 (45,45%) žen. Druhá největší četnost 17 (25,76%) žen se vyskytuje ve věkové kategorii mezi 24- 29 lety. K této hodnotě se blíží kategorie respondentek nad 35 let, se zastoupením 16 (24,24%) žen. Minimální zastoupení dotazovaných je ve věkové kategorii 18- 23 let, 3 (4,55%) ženy. V daném souboru se respondentka ve věku do 18 let nevyskytuje.

Položka dotazníku č. 4 informovala o četnosti porodů každé respondentky, která se zúčastnila dotazníkového šetření. Zjištěná data jsou uvedena v tabulce 4.

Tabulka 4: Četnost porodů u respondentek

Porod	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
První	35	53,03%
Druhý	28	42,42%
Třetí	3	4,55%
Vyšší	0	0,00%
Celkem	66	100,00%

Tabulka 5 uvádí 35 (53,03%) dotazovaných, pro které byl porod dítěte, porodem prvním. 28 (42,42%) respondentek jsou druhorodičky. 3 (4,55%) účastnice výzkumu porodily 3 děti. Vícečetný porod se v daném souboru respondentek nevyskytuje.

Položka dotazníku č. 5 vyhodnocovala informace o charakteru nemocnice (krajská, okresní, fakultní), ve které dotazovaná porodila dítě, se kterým přichází na screeningové vyšetření kyčlí.

Tabulka 5: Charakter nemocnice

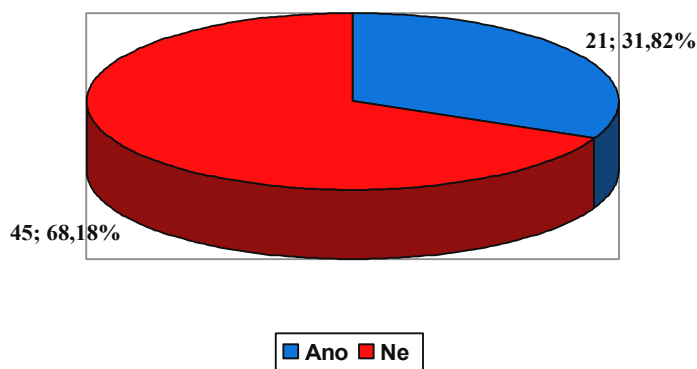
Nemocnice	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Okresní/oblastní	7	10,61%
Krajská	15	22,73%
Fakultní	44	66,67%
Celkem	66	100,00%

Z tabulky 5 lze vyčíst, že respondentky s nejvyšší četností 44 (66,67%) své dítě, se kterým přichází na screeningové vyšetření kyčlí, porodily ve fakultní nemocnici. 15 (22,73%) žen porodilo v krajské nemocnici a 7 (10,61%) dotazovaných porodilo v nemocnici okresní/ oblastní.

Nyní uvádím výsledky dotazníkových položek 6. - 15., týkající se poskytování informací v oblasti péče o fyziologické novorozence zdravotnickým personálem.

Dotazníková položka č. 6 zjišťovala absolvování přípravného předporodního kurzu pro rodiče. Celkový počet respondentek je znázorněn na obrázku 1.

Obrázek 1: Absolvování přípravného kurzu prorodiče



Z celkového počtu 66 účastníků výzkumu se přípravného předporodního kurzu pro rodiče zúčastnilo 21(31,82%) matek. 45 (68,18%) respondentek předporodního kurzu nenavštěvovalo.

Tabulka 6a obsahuje data o počtu absolventek přípravného předporodního kurzu pro rodiče, který má mj. poskytovat informace o správné péči o novorozence.

Tabulka 6a: Absolvování přípravného kurzu pro rodiče

Přípravný kurz pro rodiče	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Ano	14	21,21%
Ano (před minulým porodem)	7	10,61%
Ne	45	68,18%
Celkem	66	100,00%

Z tabulky 6a je patrné, že 45 (68,18%) respondentek přípravný kurz pro rodiče neabsolvovalo. 14 (21,21%) žen se přípravného kurzu účastnilo a 7 (10,61%) ho navštěvovaly již před minulým porodem.

Položka dotazníku č. 6 také zjišťovala doporučení matek k absolvování předporodního kurzu. Následující tabulka uvádí počty respondentek, které po absolvování přípravného kurzu pro rodiče, kurz doporučují.

Tabulka 6b: Počet respondentek doporučujících přípravný kurz pro rodiče

Doporučení	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Ano	19	90,48%
Ne	2	9,52%
Celkem	21	100,00%

Z celkového počtu 21 respondentek, které přípravný kurz pro rodiče absolvovaly, ho 19 (90,48%) respondentek doporučuje a 2 (9,52%) nedoporučují. Dotazované měly možnost se ve volné odpovědi vyjádřit, z jakých důvodů kurz absolvovat. Odpovědi, jež byly zaznamenány, jsou například tyto: „Pro klid duše, že jste udělala vše pro přípravu, ano (doporučuji), ale pokud si maminka alespoň trochu něco načte, vlastně se nic nového nedozví“ (lékařka). „Nedostačující informace, sestra nevěděla o možnosti získání pupečnickové krve“ (středoškolské vzdělání s maturitou).

Položka dotazníku č. 7 popisovala samovzdělávání dotazovaných v oblasti péče o novorozence.

Tabulka 7a: Samovzdělávání respondentek v oblasti péče o novorozence před porodem

Samovzdělávání	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Ano	58	87,88%
Ne	8	12,12%
Celkem	66	100,00%

Tabulka 7a uvádí, že z celkového počtu 66 účastníků výzkumu se 58 (87,88%) respondentek v oblasti péče o novorozence před porodem samovzdělávalo. 8 (12,12%) žen se samovzdělávání nevěnovalo.

Z položky dotazníku č. 7 lze také interpretovat způsob získávání znalostí v oblasti péči o novorozence při samovzdělávání. Následující tabulka popisuje jednotlivé způsoby získávání informací.

Tabulka 7b: Způsob získávání informací při samovzdělávání respondentek

Získávání informací	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost) odpovědi z celkového počtu 58 respondentek
Odborná kniha	38	65,52%
Internet	46	79,31%
Od jiných matek	33	56,90%
Jiný způsob	3	5,17%

Při možnosti výběru většího množství odpovědí si z celkového množství 58 respondentek 38 (65,52%) žen zvolilo jako způsob vzdělávání odbornou knihu. 46 (79,31%) dotazovaných se samovzdělávalo pomocí internetu a 33 (59,90%) respondentek čerpalo informace od jiných matek. 3 (5,17%) respondentky zvolily jiný způsob získávání poznatků (dula, privátní hodina s lektorkou ze Studia pro ženy).

Položka dotazníku č. 8 uváděla počet respondentek, kterým zdravotnický personál při péči o novorozence radil. Počty dotazovaných znázorňuje následující tabulka.

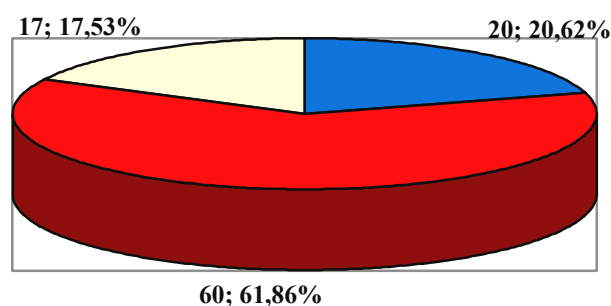
Tabulka 8a: Rady zdravotnického personálu při péči o novorozence

Poskytnutí rady	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Ano	62	93,94%
Ne	2	3,03%
Částečně	2	3,03%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 dotazovaných jich 62 (93,94%) uvádí, že jim zdravotnický personál při péči o novorozence radil. 2 (3,03%) respondentkám rada poskytnuta nebyla, 2 (3,03%) respondentkám jen částečně.

Položka dotazníku č. 8 také zjišťovala, který typ zdravotnického personálu matkám v péči o novorozence radil. Zastoupení jednotlivých osob je znázorněno na obrázku 2.

Obrázek 2: Osoba ze zdravotnického personálu, která radu poskytla



■ Porodní asistentka ■ Dětská sestra □ Dětský lékař

Z obrázku 2 lze interpretovat, že z celkového počtu 66 respondentek většinu rad udělovaly dětské sestry. Jejich četnost v souboru je 60 (61,86%). Dále matkám radily porodní asistentky, tuto odpověď zvolilo 20 (20,62%) žen, a dětské lékaři, kteří radili celkově 17 (17,53%) matkám.

Dotazníková položka č. 8 také získávala data vyjadřující míru spokojenosti respondentek s poskytnutými radami od zdravotnického personálu.

Tabulka 8b: Hodnocení poskytnuté rady

Rada	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Užitečná	60	93,75%
Formální	2	3,13%
Jiné hodnocení	2	3,13%
Celkem	64	100,00%

Z tabulky 8b můžeme vyčíst, že z 64 (100%) respondentek, které uvedly, že jim personál v péči o miminko radil, 62 (93,75%) hodnotí udělenou radu, jako užitečnou, která jim skutečně pomohla. 2 (3,13%) hodnotí radu, jako formální, která jim nic nepřinesla. 2 (3,13%) matky hodnotí rady jiným způsobem: „*Navrhuji poskytovat informativní brožury.*“ „*Potřebovala bych více rad v oblasti podpory kojení.*“

Dotazníková položka č. 9 získává informace o poskytnuté pomoci v péči o novorozence. Následující tabulka získané informace znázorňuje.

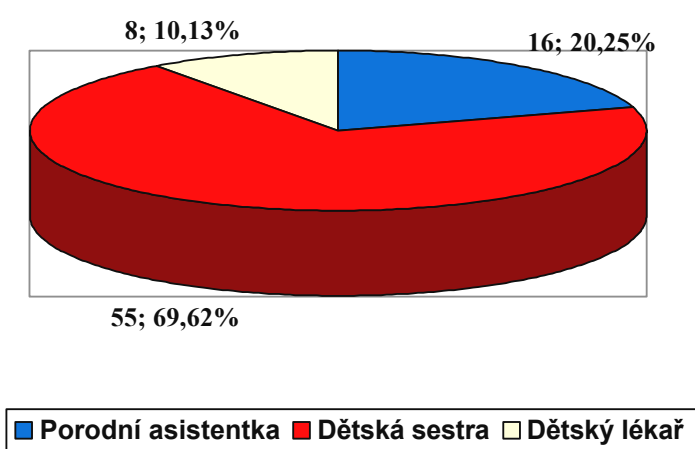
Tabulka 9a: Pomoc od zdravotnického personálu v péči o novorozence

Pomoc	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Ano	63	95,45%
Ne	3	4,55%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 respondentek se jich 63 (95,45%) shodlo s odpovědí, že jim zdravotnický personál při péči o novorozence pomáhal. 3 (4,55%) matky uvedly, že jim zdravotnický personál pomoc neposkytl.

Dotazníková položka č. 9 informovala o typu zdravotnického personálu, který matkám pomáhal. Zastoupení jednotlivých osob, které pomoc v péči o novorozence poskytly, je znázorněno v obrázku 3. Respondentky měly možnost výběru více odpovědí.

Obrázek 2: Osoba ze zdravotnického personálu, která pomoc poskytla



Obrázek 3 uvádí, že v 55 (69,62%) případech pomoc při péči o novorozence respondentkám poskytla dětská sestra. Matkám také pomáhaly porodní asistentky. Tuto odpověď zvolilo 16 (20,25%) respondentek. 8 (10,13%) matkám pomohli dětské lékaři.

Dotazníková položka č. 9 získávala mj. také data vyjadřující míru spokojenosti respondentek s poskytnutou pomocí od zdravotnického personálu. Tabulka 9b obsahuje hodnocení poskytnuté pomoci respondentkami.

Tabulka 9b: Hodnocení pomoci zdravotnického personálu respondentkami

Pomoc	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Užitečná	56	88,89%
Nedostatečná	5	7,94%
Jiné hodnocení	2	3,17%
Celkem	63	100,00%

Analýzou získaných dat jsme zjistili, že z celkového počtu 63 respondentek, které uvedly, že jim personál v péči o miminko pomáhal, jich 56 (88,89%) hodnotilo pomoc,

jako užitečnou, která jim skutečně pomohla. 5 (7,94%) hodnotí radu, jako formální, která jim nic nepřinesla. 2 (3,17%) matky uvádí jiné názory: Jedna respondentka vyjadřuje nespokojenost s poskytovanou pomocí. Jedna respondentka by potřebovala více pomoci v technice kojení.

Položka dotazníku č. 10 se věnovala edukaci matek ošetřujícím pediatrem v oblasti péče o novorozence po propuštění do domácí péče. Z tabulky 10 lze vyčíst počet respondentek, u kterých se edukace dětským lékařem proběhla či nikoliv.

Tabulka 10a: Edukace ošetřujícím dětským lékařem před propuštěním z porodnice

Edukace lékařem	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Ano	51	77,27%
Ne	8	12,12%
Částečně	7	10,61%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 účastníků výzkumu jich 51 (77, 27%) bylo v péči o novorozence ošetřujícím dětským lékařem edukováno. 8 (12,12%) respondentek uvádí, že nebylo ošetřujícím dětským lékařem poučeno. 7 (10,61%) matek uvádí pouze částečnou edukaci.

Dotazníková položka č. 10 se také zabývala poznatky o obsahu edukace matek dětským lékařem. Následující tabulka znázorňuje zastoupení jednotlivých oblastí péče o novorozence v edukaci dětským lékařem na novorozeneckém oddělení.

Tabulka 10b: Oblasti edukace dětským lékařem v péči o novorozence

Oblasti edukace	n (absolutní četnost)	f (relativní četnost) odpovědi z celkového počtu 58 edukovaných respondentek
Hygienická péče	50	86,21%
Péče o pokožku a pupeční jizvu	51	87,93%
Kojení a dokrmování	42	72,41%
Bezpečné zacházení s novorozencem	39	67,24%
Kontrola zdravotního stavu novorozence	31	53,45%
Teplota okolního prostředí, oblékání	26	44,83%
Uložení novorozence ke spánku	31	53,45%
První vycházky ven	34	58,62%
Informace o preventivních prohlídkách u PLDD	31	53,45%
Povinné očkování	19	32,76%
Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého	43	74,14%

Obrázek 4 popisuje zastoupení jednotlivých informací v proběhlé edukaci dětským lékařem (viz. příloha F).

Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 58 dotazovaných se 51 (87,93%) respondentek shodlo na odpovědi, že je dětský lékař poučil, jak správně pečovat o pokožku a pupeční jizvu novorozence. Matky byly dále edukovány o způsobu koupání a přebalování novorozence, celkem bylo v této oblasti informováno 50 (86,21%) respondentek. Edukace dětským lékařem ohledně Zdravotního a očkovacího průkazu pro dítě a mladistvé proběhla u 43 (74,14%) matek. Ve 42 (72,41%) případech byly matky poučeny o způsobu a technice kojení dítěte a případného dokrmování formulovaným mlékem. O bezpečném zacházení s novorozencem při přebalování, zvedání a ukládání do postýlky, při držení dítěte bylo poučeno 39 (67,24%) žen. Informace o načasování a vhodnosti prvních vycházek s novorozencem obdrželo 34 (58,62%) matek. 31 (53,45%) respondentek zkoumaného souboru dětský lékař poučil o způsobu kontroly zdravotního stavu novorozence, pozorování novorozence, měření tělesné teploty. Shodný počet matek byl informován o harmonogramu preventivních

lékařských prohlídek u PLDD a jejich důležitosti. 31 (53,45%) dotazovaných bylo informováno o správném uložení novorozence ke spánku mj. z důvodu prevence syndromu náhlého úmrtí dítěte. 26 (44,83%) matek bylo poučeno o správné teplotě prostředí pro novorozence a vhodném způsobu jeho oblékání. Nejméně 19 (32,76%) matek lékař poučil o povinném očkování proti tuberkulóze, které v současnosti podstupuje jen určitá skupina novorozenců.

Položka dotazníku č. 11 získávala hodnocení edukace dětského lékaře matkami. Tabulka 11a popisuje spokojenost respondentek s proběhlou edukací dětským lékařem.

Tabulka 11a: Celkové hodnocení edukace dětského lékaře

Edukace lékařem	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Odpovídající	46	39,60%
Nedostatečná	12	10,34%
Srozumitelná	50	43,10%
Nesrozumitelná	7	6,03%
Jiné hodnocení	1	0,86%

Z uvedené tabulky lze usuzovat, že 46 (39,60%) matek považuje edukaci dětským lékařem za odpovídající jejich potřebám a představám. 12 (10,34%) respondentek hodnotí edukaci jako nedostatečnou, formální a neúčinnou. 50 (43,10%) žen uvedlo, že pro ně poučení bylo srozumitelné, neformální, přátelské a velmi užitečné. Pro 7 (6,03%) respondentek byla edukace nesrozumitelná. 1 (0,86%) matka hodnotila edukaci jiným způsobem: „Edukace užitečná byla, ale mohla by obsahovat více praktických informací – např. o kojení a jeho podpoře“.

Tabulka 11b obsahuje informace o spokojenosti matek s edukací dětského lékaře po obsahové stránce.

Tabulka 11b: Hodnocení edukace dětského lékaře po stránce obsahu

Edukace lékařem	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) odpovědi z celkového počtu 58 edukovaných respondentek
Odpovídající	46	79,31%
Nedostatečná	12	20,69%
Celkem	58	100,00%

Z celkového množství 58 respondentek jich 46 (79,31%) popisuje proběhlou edukaci dětským lékařem po stránce obsahové za odpovídající. 12 (20,69%) žen hodnotí poučení jako nedostatečné.

Následující tabulka uvádí hodnocení srozumitelnosti poskytnutých informací dětským lékařem.

Tabulka 11c: Hodnocení edukace dětského lékaře po stránce formální

Edukace lékařem	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) odpovědi z celkového počtu 58 edukovaných respondentek
Srozumitelná	50	86,21%
Nesrozumitelná	7	12,07%
Jiné hodnocení	1	1,72%
Celkem	58	100,00%

Z celkového počtu 58 účastníků výzkumu 50 (86,21%) matek uvedlo, že pro ně poučení bylo srozumitelné, neformální, přátelské a velmi užitečné. Pro 7(12,07%) matek byla edukace nesrozumitelná. 1 (1,72%) respondentka hodnotila edukaci jiným způsobem.

Položka dotazníku č. 12 se věnovala edukaci dětské sestry před propuštěním novorozence do domácí péče. Z tabulky 12a lze interpretovat množství respondentek, které uvedly, zda byly poučeny dětskou sestrou, případně zda byly edukovány jen částečně.

Tabulka 12a: Edukace dětskou sestrou před propuštěním z porodnice

Edukace sestrou	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Ano	59	89,39%
Ne	7	10,61%
Částečně	0	0,00%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 účastníků výzkumu bylo 59 (89,39%) matek edukováno v péči o novorozence dětskou sestrou. 7 (10,61%) matek dětskou sestrou poučena nebyla. Žádná z respondentek ze zkoumaného vzorku neuvádí částečnou edukaci.

Položka dotazníku č. 12 obsahovala informace o edukaci matek dětskou sestrou před propuštěním novorozence do domácího ošetřování. Tabulka 12b popisuje obsah edukace v péči o novorozence prováděné dětskou sestrou .

Tabulka 12b: Oblasti edukace dětskou sestrou v péči o novorozence

Oblasti edukace	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) odpovědi z celkového počtu 59 edukovaných respondentek
Hygienická péče	58	98,31%
Péče o pokožku a pupeční jizvu	53	89,83%
Kojení a dokrmování	51	86,44%
Bezpečné zacházení s novorozence	39	66,10%
Kontrola zdravotního stavu novorozence	28	47,46%
Teplota okolního prostředí, oblékání	37	62,71%
Uložení novorozence ke spánku	40	67,80%
První vycházky ven	26	44,07 %
Informace o preventivních prohlídkách u PLDD	6	10,17%
Povinné očkování	5	8,47%
Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého	7	11,86 %

Analýzou získaných dat jsem zjistila, že z celkového počtu 59 edukovaných matek dětské sestry poučovaly nejčastěji ohledně provádění hygienické péče u novorozence, a to celkem v 58 (98,31%) případech. Početně byly respondentky edukovány v oblasti péče o pokožku a pupeční jizvu novorozence. Celkem bylo v této oblasti informováno 53 (89,83%) matek. V 51 (86,44%) případech dětské sestry předaly poznatky o kojení dítěte, správné technice kojení a případného dokrmování novorozence. 40 (67,80%) respondentek bylo poučeno o správném uložení novorozence ke spánku. Dětské sestry poskytly informace o pravidlech bezpečnosti při manipulování s novorozencem u 39 (66,10%) dotazovaných. 37 (62,71%) matek získalo poznatky o vhodné teplotě prostředí pro novorozence a způsobu oblékání. 28 (47,46%) respondentek dětská sestra informovala o způsobu kontroly zdravotního stavu novorozence, měření tělesné teploty apod. Zásady prvního pobytu novorozence ve venkovním prostředí byly vysvětleny 26 (44,07%) matkám. V nevelkém počtu bylo dětskou sestrou poučeno 7 (11,86%) respondentek o zdravotním a očkovacím průkazu pro dítě a mladistvé. 6 (10,17%) ženám dětská sestra poskytla základní přehled informací o harmonogramu preventivních lékařských prohlídek u praktického lékaře pro děti a dorost. O povinném očkování proti tuberkulóze, které musí podstoupit jen určitá skupina novorozenců, bylo informováno 5 (8,47%) matek.

Obrázek 5 znázorňuje zastoupení jednotlivých oblastí péče o novorozence v edukaci dětské sestry na novorozeneckém oddělení. (viz. příloha G)

Dotazníková položka č. 13 se zaměřovala na způsob edukaci dětské sestry na novorozeneckém oddělení. Tabulka 13a popisuje spokojenost dotazovaných s proběhlou edukací dětské sestry po stránce obsahové a formální.

Tabulka 13a: Celkové hodnocení edukace dětské sestry

Edukace sestrou	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) zastoupení z celkového počtu 59 edukovaných respondentek
Odpovídající	48	40,67%
Nedostatečná	11	9,32%
Srozumitelná	52	44,08%

Bakalářská práce	Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence	
Nesrozumitelná	6	5,08%
Jiné hodnocení	1	0,85%

Tabulka 13a uvádí, že 48 (40,67%) respondentek považuje edukaci dětskou sestrou po stránce obsahu jako za odpovídající. 11(9,32%) matek edukaci hodnotí jako nedostatečnou. 52 (44,08%) dotazovaných uvedlo, že pro ně poučení po formální stránce bylo srozumitelné. Pro 6 (5,08%) matek byla edukace nesrozumitelná. 1(0,85%) respondentka hodnotila edukaci jiným způsobem: chtěla by více informací o kojení.

Následující tabulka vyjadřuje spokojenost matek se způsobem edukace praktického lékaře pro děti a dorost po stránce obsahové a formální.

Tabulka 13b: Hodnocení edukace dětské sestry po stránce obsahu

Edukace sestrou	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) zastoupení z celkového počtu 59 edukovaných respondentek
Odpovídající	48	81,36%
Nedostatečná	11	18,64%
Celkem	59	100,00%

Z celkového množství 59 respondentek jich 48 (81,36%) popisuje proběhlou edukaci dětské sestry po stránce obsahu informací za odpovídající jejich potřebám a představám. 11 (18,64%) matek hodnotí poučení jako nedostatečné.

Tabulka 13c: Hodnocení edukace dětské sestry po stránce formální

Edukace sestrou	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) zastoupení z celkového počtu 59 edukovaných respondentek
Srozumitelná	52	88,14%
Nesrozumitelná	6	10,17%
Jiné hodnocení	1	1,69%
Celkem	59	100,00%

Z celkového počtu 59 dotazovaných 52 (88,14%) matek uvedlo, že proběhlé edukaci porozumělo. Pro 6 (10,17%) respondentek byla edukace nesrozumitelná. 1 (1,69%) matka hodnotila edukaci jiným způsobem: chtěla by více informací o kojení.

Položka dotazníku č. 14 se věnovala poskytování informací praktickým lékařem pro děti a dorost matkám novorozence.

Tabulka 14a: Celkové hodnocení edukace praktického lékaře pro děti a dorost

Edukace PLDD	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Odpovídající	62	46,97%
Nedostatečná	4	3,03%
Srozumitelná	60	45,45%
Nesrozumitelná	5	3,79%
Jiné hodnocení	1	0,76%

Tabulka 14a popisuje, že 62 (46,97%) respondentek hodnotí edukaci PLDD po stránce obsahu jako za odpovídající. 4 (3,03%) matky poučení považují za nedostatečné. 60 (45,45%) dotazovaných uvedlo, že pro ně poskytnuté informace po formální stránce byly srozumitelné. 5 (3,79%) matek edukaci plně nerozuměly. 1 (0,76%) respondentka hodnotila edukaci jiným způsobem. Považuje informace za srozumitelné, ale nedostačující.

Následující tabulka uvádí hodnocení edukace PLDD po obsahové stránce.

Tabulka 14b: Hodnocení edukace praktického lékaře pro děti a dorost po stránce obsahu

Edukace PLDD	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) zastoupení z celkového počtu 66 edukovaných respondentek
Odpovídající	62	93,93%
Nedostatečná	4	6,07%
Celkem	66	100,00%

Z celkového množství 66 respondentek 62 (93,93%) matek popisuje proběhlou edukaci praktického lékaře pro děti a dorost jako odpovídající jejich potřebám a představám. 4 (6,07%) ženy považují poučení jako za nedostatečné.

Tabulka 14c uvádí hodnocení edukace PLDD po formální stránce.

Tabulka 14c: Hodnocení edukace praktického lékaře pro děti a dorost po stránce formální

Edukace PLDD	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost) zastoupení z celkového počtu 66 edukovaných respondentek
Srozumitelná	60	90,90%
Nesrozumitelná	5	7,58%
Jiné hodnocení	1	1,52%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 respondentek 60 (90,90%) dotazovaných uvedlo, že proběhlé edukaci porozumělo. Pro 5 (7,58%) matek byla edukace nesrozumitelná. 1 (1,52%) respondentka hodnotila edukaci jiným způsobem: chtěla by více informací o kojení.

Dotazníková položka č. 15 zahrnovala hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci PLDD. Tabulka 15a uvádí spokojenost respondentek se způsobem edukace dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost po stránce obsahové a formální.

Tabulka 15a: Celkové hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Edukace sestrou v ordinaci PLDD	n (absolutní četnost)	f % (relativní četnost)
Odpovídající	63	47,73%
Nedostatečná	3	2,27%
Srozumitelná	59	44,70%
Nesrozumitelná	6	4,55%
Jiné hodnocení	1	0,76%

Z uvedené tabulky lze interpretovat, že 63 (47,73%) respondentek považuje edukaci dětské sestry v ordinaci PLDD po stránce obsahu jako za odpovídající. 3 (2,27%) respondentky poučení hodnotí jako nedostatečné. 59 (44,70%) matek uvedlo, že pro ně edukace po formální stránce byla srozumitelná. Pro 6 (4,55%) účastníků výzkumu byly předané informace nesrozumitelné. 1 (0,76%) respondentka nemohla edukaci dětské sestry hodnotit, neboť PLDD dětskou sestru nemá.

Tabulka 15b uvádí spokojenost respondentek se způsobem edukace dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost po stránce obsahové.

Tabulka 15b: Hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci PLDD po stránce obsahu

Edukace sestrou v ordinaci PLDD	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Odpovídající	63	95,45%
Nedostatečná	3	4,55%
Celkem	66	100,00%

Z celkového množství 66 respondentek 63 (95,45%) dotazovaných popisuje proběhlou edukaci dětské sestry v ordinaci PLDD jako odpovídající jejich potřebám a představám. 3 (4,55%) matky hodnotí poskytnuté informace jako nedostatečné.

Tabulka 15c prezentuje spokojenost dotazovaných se způsobem edukace dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost po stránce formální.

Tabulka 15c: Hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci PLDD po stránce formální

Edukace sestrou v ordinaci PLDD	n (absolutní četnost)	f% (relativní četnost)
Srozumitelná	59	89,39%
Nesrozumitelná	6	9,09%
Jiné hodnocení	1	1,52%
Celkem	66	100,00%

Z celkového počtu 66 respondentek 59 (89,39%) matek uvedlo, že poskytnutým informacím porozumělo. 6 (9,09%) žen edukaci dětské sestry v ordinaci PLDD nerozuměly. 1 (1,52%) respondentka hodnotila edukaci jiným způsobem: chtěla by více informací o kojení.

3. 6. Diskuse

Analýzou získaných dat prostřednictvím dotazníkového šetření jsem došla k výše uvedeným výsledkům výzkumného šetření. Nyní je budu porovnávat s výsledky jiných výzkumů a následně se stanovenými pracovními hypotézami.

Dostupné bakalářské práce týkající se poskytování informací v péči o fyziologické novorozence matkám nejsou plně využitelné. Výzkumný záměr těchto prací se zaměřuje na jednu konkrétní oblast v péči o novorozence, nebo se snaží vytvořit přehled současných znalostí zdravotnického personálu v péči o fyziologické novorozence apod. Porovnání výsledků vlastního šetření proto bude provedeno pouze ve vybraných dotazníkových položkách.

Po prostudování empirické části bakalářské práce „Informovanost prvorodiček o péči o novorozence“ jsem zjistila obsahovou shodnost některých výzkumných otázek s mými dotazníkovými položkami. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla pro porovnání výsledků vlastního šetření. Autorka Kratochvílová, 2010 získává data z nemocnice Příbram a České Budějovice, které následně srovnává. Z vytvořeného dotazníku jsem vybrala dotazníkovou položku týkající se samovzdělávání matek v péči o novorozence. Autorka Kratochvílová uvedla, že z celkového počtu 52 účastníků výzkumu v nemocnici Příbram a 55 účastníků výzkumu v nemocnici České Budějovice si 40% respondentek z příbramské nemocnice a 45% z nemocnice českobudějovické zvolilo jako způsob vzdělávání internet. 29% matek z příbramské nemocnice a 32% matek z nemocnice České Budějovice získávaly informace z knihy. 28% a 14% studovalo z časopisu. 3% a 9% se vzdělávalo jiným způsobem. (Kratochvílová, 2010) Výsledky mého dotazníkového šetření popisují, že z celkového počtu 58 respondentek, které se samovzdělávaly, při možnosti výběru vícero odpovědí, 38 (31,67%) žen zvolilo jako způsob vzdělávání odbornou knihu. 46 (38,33%) dotazovaných se samovzdělávalo prostřednictvím internetu. 33 (27,50%) respondentek získávalo informace od jiných

matek. 3 (2,50%) matky zvolily jiný způsob (dula, privátní hodina s lektorkou ze Studia pro ženy).

Další dotazníková položka, kterou budu porovnávat, se týkala edukace dětskou sestrou v provádění hygienické péče u novorozence. 52 účastníků výzkumu v nemocnici Příbram a 55 účastníků výzkumu v nemocnici České Budějovice shodně odpovědělo, že byly edukovány o koupání novorozence. (Kratochvílová, 2010) Analýzou získaných dat jsem zjistila, že z celkového počtu 59 edukovaných respondentek dětské sestry poučily matky v provádění hygienické péče 58 (98,31%) matek.

Jedna z dotazníkových položek se týkala poučení o péči o pokožku a pupeční jizvu novorozence. Z celkového množství 52 respondentek v nemocnici Příbram a 55 respondentek v nemocnici České Budějovice shodně odpovědělo, že jim péče o pupeční jizvu byla ukázána. (Kratochvílová, 2010) Výsledky mého dotazníkového šetření ukazují, že v oblasti péče o pokožku a pupeční jizvu novorozence bylo celkem informováno 53 (89,83%) matek.

Nyní porovnáám výsledky vybraných dotazníkových položek použitých v bakalářské práci „Kvalita poskytované péče na oddělení fyziologických novorozenců z pohledu ženy v šestinedělí“ s výsledky vlastního dotazníkového šetření. (Uhlířová, 2011) Formulace některých dotazů autorky Uhlířové je nejasná. Z důvodu možnosti vzniku nepřesných údajů plynoucích z porovnání jsem se rozhodla použít ke komparaci pouze následující položku dotazníku.

Vybraná dotazníková položka se zaměřovala na absolvování přípravného předporodního kurzu. V bakalářské práci autorky Uhlířové je uvedeno, že z celkového počtu 60 dotazovaných kurz nenavštěvovalo 48 (80,00%) žen. Na kurz, kde se přednášelo o péči o novorozence, docházelo 10 (16,67%) žen. 2 (3,33%) ženy na kurz docházely, o novorozencích však přednášeno nebylo. (Uhlířová, 2011) Prostřednictvím vlastního dotazníkového šetření jsem zjistila, že z celkového počtu 66 respondentek 45 (68,18%) žen přípravný předporodní kurz pro rodiče neabsolvovalo. 14 (21,21%) matek se přípravného kurzu účastnilo a 7 (10,61%) ho navštěvovalo již před minulým porodem. Celkově předporodní kurz pro rodiče absolvovalo 21 (31,82%) respondentek.

Nyní provedu komparaci získaných výsledků dotazníkového šetření se stanovenými pracovními hypotézami.

H1: předpokládám, že informace v oblasti péče o fyziologické novorozence jsou na novorozeneckém oddělení ve větší míře předávány dětskou sestrou, než-li dětským lékařem

Z celkového počtu 66 účastníků výzkumu úplnou a částečnou edukaci dětskou sestrou v oblasti péče o fyziologického novorozence potvrdilo 66 (100,00%) respondentek. Dětský lékař edukoval v oblasti péče o fyziologického novorozence 58 (87,88%) matek. **Z tohoto důvodu lze shora uvedenou pracovní hypotézu přijmout.**

H2: očekávám, že informace poskytnuté dětskou sestrou jsou pro matky srozumitelné ve stejné míře jako informace poskytnuté dětským lékařem

Z celkového počtu 58 respondentek, které potvrdily edukaci lékařem, ji 50 (86,21%) účastníků výzkumu považuje za srozumitelnou. Z celkového množství 59 dotazovaných, které potvrdily edukaci dětskou sestrou, ji 52 (88,14%) matek hodnotí jako srozumitelnou. Z následujících tvrzení vyplývá, že poskytnuté informace dětskou sestrou jsou pro matky srozumitelnější, než - li informace podané dětským lékařem. **Vzhledem k uvedeným závěrům, kdy rozdíly mezi porovnávanými veličinami jsou minimální, lze tuto pracovní hypotézu ve vztahu pro vlastní soubor respondentů přijmout.**

H3: předpokládám, že poučení praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti péče o fyziologické novorozence matky hodnotí lépe, než-li poučení dětského lékaře na novorozeneckém oddělení

Z celkového počtu 58 matek poučených ošetřujícím dětským lékařem na novorozeneckém oddělení 46 (79,31%) respondentek hodnotí edukaci lékaře jako odpovídající. 50 (86,21%) žen popisuje poučení dětského lékaře jako srozumitelné a neformální. Z celkového počtu 66 matek edukovaných praktickým lékařem pro děti a dorost 62 (93,93%) respondentek hodnotí předané informace jako odpovídající jejich představám a potřebám. 60 (90,90%) dotazovaných uvádí, že poskytnuté informace jsou pro ně srozumitelné. Z toho vyplývá, že matky hodnotí lépe edukaci praktického lékaře pro děti a dorost než edukaci dětským lékařem na novorozeneckém oddělení. **S ohledem na výsledky průzkumného šetření lze stanovenou pracovní hypotézu přijmout.**

H4: předpokládám, že ve zkoumaném vzorku se matky s vyšším odborným vzděláním a vyšším snaží získávat informace v péči o novorozence častěji než matky se středoškolským vzděláním s maturitou, bez maturity a základním vzděláním

Z celkového počtu 66 účastníků výzkumu má 36 (54,55%) respondentek nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné či vysokoškolské. Z celkového počtu 58 respondentek, které uvedly, že získávaly informace v péči o novorozence z různých zdrojů samy, je 35 (60,34%) matek s dosaženým vzděláním vyšším odborným či vysokoškolským. Samovzdělávání v péči o novorozence se věnovalo 23 (39,66%) žen s dosaženým vzděláním středoškolským s maturitou a bez maturity. Respondentka s nejvyšším dosaženým vzděláním základním se v souboru nevyskytuje. Ve zkoumaném souboru matky s nejvyšším dosaženým vzdělání, vyšším odborným či vysokoškolským získávaly informace v péči o novorozence častěji než matky s dosaženým vzděláním středoškolským vzděláním s maturitou a bez maturity. **Uvedenou pracovní hypotézu lze přijmout.**

H5: očekávám, že ve zkoumaném souboru se matky ve věku 30 let a vyššího účastní přípravného předporodního kurzu pro rodiče méně častěji než matky mladšího věku

Z celkového počtu 21(100%) dotazovaných, které potvrdily absolvování přípravného předporodního kurzu pro rodiče, je 10 (47,62%) respondentek, kterým je 30 let a výše. Z tohoto tvrzení vyplývá, že 11 (52,38%) účastnic přípravného předporodního kurzu je mladších 30 let. **Vzhledem k získaným závěrům průzkumného šetření lze uvedenou pracovní hypotézu, i přes minimální rozdíl v celkovém počtu odpovědí, pro vlastní soubor respondentů přijmout.**

4. ZÁVĚR

V bakalářské práci se věnuji problematice informovanosti matek v péči o fyziologické novorozence. K volbě tohoto tématu mě vedl zájem o obor neonatologie. Na začátku tvorby bakalářské práce jsem si stanovila několik cílů. Jedním ze záměrů bakalářské práce bylo zpracovat základní přehled relevantních poznatků daného tématu. Prostřednictvím nejnovější odborné literatury a předaných zkušeností od odborníků v oboru neonatologie popisují péči o novorozence od jeho narození po propuštění do domácí péče. Snažila jsem se, aby poskytnuté informace byly uchopitelné v běžném životě a mohly být srozumitelnou radou pro matky s čerstvě narozeným novorozencem.

Pro úplnost celé problematiky jsem v teoretické části bakalářské práce popsala průběh poporodní adaptace novorozence, prvního ošetření novorozence po porodu a klinické vyšetření. I přesto, že se těmto poznatkům, z důvodu rozsáhlosti celého tématu, v empirické části práce blíže nevěnuji, považuji je za natolik důležité, aby byly součástí přehledu poznatků v péči o novorozence. Dle mého názoru by matka měla být pro svůj vlastní klid a dobrý pocit seznámena s ošetrovatelskými a lékařskými postupy a důvody jejich provádění. Informovanost matek o prvním ošetření novorozence po porodu a prováděných intervencích navrhuji jako podnět k dalšímu výzkumu.

Zvolené téma bakalářské práce „Informovanost matek v péči o fyziologické novorozence“ je rozsáhlá problematika, kterou lze uchopit různým způsobem. Zaměřila jsem se na míru a způsob poskytování informací zdravotnickým personálem v péči o fyziologické novorozence u vybraného vzorku respondentů. Informace, kterým se v dotazníkovém šetření věnuji, se týkají následné běžné péče o novorozence. Tyto poznatky prostřednictvím edukace předávají dětské sestry (porodní asistentky), praktičtí lékaři pro děti a dorost a dětské sestry v ordinacích PLDD. Z výsledků dotazníkového šetření mě překvapilo vyjádření některých matek, že v péči o novorozence dětským lékařem a dětskou sestrou na novorozeneckém oddělení edukovány nebyly. Též se udivuji, že při současné dostupnosti odborné literatury, internetových stránek věnujících se kojení a obecné povědomosti o důležitosti tohoto fyziologického procesu se může stát, že matky v některých případech nedostanou o problematice kojení úplné informace a nejsou v kojení podporovány tak, jak by potřebovaly. Větší pozornost bych také věnovala edukaci o bezpečném zacházení při

manipulaci s novorozencem, ukládání novorozence ke spánku a poučení o základní kontrole zdravotního stavu novorozence. Zmíněné oblasti nejsou dle mého názoru plně zastoupeny v edukci pediatrem ani edukaci dětskou sestrou.

Zjištěným nedostatkům v poskytování informací v oblasti péče o novorozence by se měla věnovat pozornost a snaha tuto skutečnost zlepšit. Navrhuji pokračovat ve výzkumu této problematiky, předat výsledky šetření zdravotnickému personálu a zvolit možná řešení vedoucí k zvýšení kvality poskytovaných informací po obsahové a formální stránce. Podpořila bych vzdělávání personálu v této problematice, kladla důraz na význam komunikace mezi matkami a zdravotnickým personálem a možnostech jejího zlepšování. Též bych vytvořila přehledné obrázkové brožury, které se týkají péče o novorozence. Zaměřila bych se především na oblast kojení a manipulace s novorozencem.

Při tvorbě bakalářské práce jsem se mj. poučila o důležitosti správné formulace otázek v dotazníkovém šetření. Na zkvalitnění způsobu poskytování informací bych se ráda v budoucnu osobně podílela tak, aby informovanost matek v péči o novorozence byla co nejlepší.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. *Apgarová Virginia* [online]. 2008 [cit.2012-03-10] Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/apgarova-virginia-1909-4>
2. *Baby- friendly hospital initiative* [online]. 2012 [cit.2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
3. CÍBOCHOVÁ, Renata. Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života. *Pediatric pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 6, s. 291-297 .
Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/06/07.pdf>
4. ČÁSTKOVÁ, Jitka. *Očkovací kalendář v ČR* [online]. 2011 [cit. 2012-02-02]
Dostupné z : <http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovaci-kalendar-v-cr>
5. DORT, Jiří. a kolektiv. *Ošetřovatelské postupy v neonatologii*. 1. vyd. v Plzni: Západočeská univerzita, 2011. 237 s. ISBN 978-80-7043-944-9.
6. *Infant, newborn* [online]. 2012 [cit.2012-03-10]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/infant_newborn/en/
7. FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. české vyd. Martin, SR: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.
8. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Bezpečnost ošetřovatelských postupů - koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 2, s. 126-128. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/02/12.pdf>
9. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a kolektiv autorů. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelské péče v pediatrii 2. část : Péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7013-489-4.

10. GREGORA, Martin - VELEMÍNSKÝ ML., Miloš. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
11. HANÁKOVÁ, Taťána. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2010. 256 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
12. HANZL, Milan. Prevence krvácení novorozenců a malých kojenců způsobené nedostatkem vitamínu K. *Pediatric pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 60-61. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/17.pdf>
13. KIEDROŇOVÁ, Eva. *Něžná náruč rodičů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-1210-5.
14. KRATOCHVÍLOVÁ, Eva. *Informovanost prvorodiček o péči o novorozence*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 71 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Jaroslava Fendrychová Ph.D.
15. LEBL, Jan, PROVAZNÍK, Kamil, HEJCMANOVÁ, Ludmila. *Preklinická pediatrie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6.
16. LEVENE, Malcolm I., TUDEHOPE David I., THEARLE M. John. *Essentials of neonatal medicine*. 3. vyd. Blackwell science, 2000. 345 s. ISBN 0- 632- 05163-9
17. Metodické opatření č. 4: Postup zdravotnického zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. Ministerstvo zdravotnictví, 2005, částka 7/2005. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Met.%20opatreni%20propousteni%20novorozencu.pdf>

18. MUNTAU, Ania Carolina. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.

19. MYDLILOVÁ, Anna. Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatric po promoci*. 2005, roč. 2, č. 2, s. 32-38.

Dostupné

z:

http://courseware.upol.cz/wps/PA_Courseware/DownloadDokumentu?id=24619

20. *Novorozenecký screening* [online]. 2012 [cit. 2012-03-06]. Co je novorozenecký screening? Dostupné z : <http://www.novorozeneckyscreening.cz/index.php?pg=verejnost>

21. PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 535 s. ISBN

Dostupné z: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/03.pdf

22. PAULOVÁ, M. *Značení novorozenců* [online]. 2006 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/080519/znaceni-fin-pdf.pdf

23. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kolektiv. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

24. SCHNEIDEROVÁ A KOL., Dagmar. *Kojení: Nejčastější problémy a jejich řešení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. edice pro rodiče. ISBN 80-247-0112-X.

25. ŠRÁČKOVÁ, Danuše. Rooming in. *Praktická gynekologie: časopis podporovaný Sdružením soukromých gynekologů ČR*. 2007, roč. 11, č. 1, s. 26-29. ISSN 1211-6645.

Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_01_05.pdf

26. TOMÁNKOVÁ, L. Péče o novorozence na vlnách času aneb pohled do historie neonatologie. *Česko-slovenská pediatrie*. 2006, roč. 61, č. 2, s. 76-83

27. TROUPOVÁ, Jitka — HANZL, Milan. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1. vyd. České Budějovice : Nemocnice České Budějovice, 2010. 227 s. ISBN 978-80-254-8982-6.
28. UHLÍŘOVÁ, Marie. *Kvalita poskytované péče na oddělení fyziologických novorozenců z pohledy ženy v šestinedělí*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2011. 81 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Veronika Sabová
29. VOTAVA, Felix a kol. Novorozenecký screening v České republice. *Postgraduální medicína*. 2010, roč. 12, č. 7, s. 785-792. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/novorozenecky-screening-v-ceske-republice-454092>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 : Absolvování přípravného kurzu pro rodiče

Obrázek 2 : Osoba ze zdravotnického personálu, která radu poskytla

Obrázek 3 : Osoba ze zdravotnického personálu, která pomoc poskytla

Obrázek 4 : Oblasti edukace dětským lékařem v péči o novorozence

Obrázek 5 : Oblasti edukace dětskou sestrou v péči o novorozence

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1a:** Respondentky pracující ve zdravotnictví
- Tabulka 1b :** Zdravotnická profese respondentek
- Tabulka 2:** Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek
- Tabulka 3:** Věková kategorie respondentek v době porodu
- Tabulka 4:** Četnost porodů u respondentek
- Tabulka 5:** Charakter nemocnice
- Tabulka 6a:** Absolvování přípravného kurzu pro rodiče
- Tabulka 6b:** Počet respondentek doporučujících přípravný kurz pro rodiče
- Tabulka 7a:** Samovzdělávání respondentek v oblasti péče o novorozence před porodem
- Tabulka 7b:** Způsob získávání informací při samovzdělávání respondentek
- Tabulka 8a:** Rady zdravotnického personálu při péči o novorozence
- Tabulka 8b:** Hodnocení poskytnuté rady
- Tabulka 9a:** Pomoc od zdravotnického personálu v péči o novorozence
- Tabulka 9b:** Hodnocení pomoci zdravotnického personálu respondentkami
- Tabulka 10a:** Edukace ošetřujícím dětským lékařem před propuštěním z porodnice
- Tabulka 10b:** Oblasti edukace dětským lékařem v péči o novorozence
- Tabulka 11a:** Celkové hodnocení edukace dětského lékaře
- Tabulka 11b:** Hodnocení edukace dětského lékaře po stránce obsahu
- Tabulka 11c:** Hodnocení edukace dětského lékaře po stránce formální
- Tabulka 12a:** Edukace dětskou sestrou před propuštěním z porodnice
- Tabulka 12b:** Oblasti edukace dětskou sestrou v péči o novorozence
- Tabulka 13a:** Celkové hodnocení edukace dětské sestry
- Tabulka 13b:** Hodnocení edukace dětské sestry po stránce obsahu
- Tabulka 13c:** Hodnocení edukace dětské sestry po stránce formální
- Tabulka 14a:** Celkové hodnocení edukace praktického lékaře pro děti a dorost
- Tabulka 14b:** Hodnocení edukace praktického lékaře pro děti a dorost po stránce obsahu
- Tabulka 14c:** Hodnocení edukace praktického lékaře pro děti a dorost po stránce formální

Tabulka 15a: Celkové hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Tabulka 15b: Hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci PLDD po stránce obsahu

Tabulka 15c: Hodnocení edukace dětské sestry v ordinaci PLDD po stránce formální

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Apgar skóre (tabulka)

Příloha B: Polohování novorozence (obrázek)

Příloha C: Vybrané polohy při kojení (obrázek)

Příloha D: Deset kroků k úspěšnému kojení (obrázek)

Příloha E: Indikace očkování proti tuberkulóze (text)

Příloha F: Obrázek 4: Oblasti edukace dětským lékařem v péči o novorozence (obrázek)

Příloha G: Obrázek 5: Oblasti edukace dětskou sestrou v péči o novorozence (obrázek)

Příloha H: Informovaný souhlas (text)

Příloha I: Dotazník (text)

Příloha J: Souhlas s provedením dotazníkového šetření (1) (text)

Příloha K: Souhlas s provedením dotazníkového šetření (2) (text)

PŘÍLOHY

Příloha A: 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 B: 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 břicho

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>



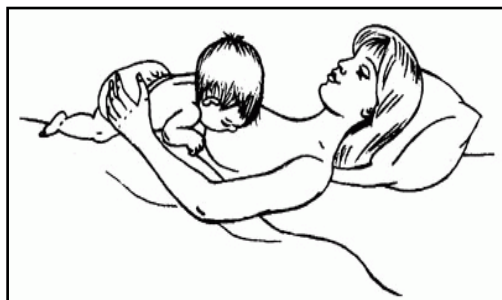
Příloha C: Vybrané polohy při kojení

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

- Poloha na boku



- Poloha na zádech



- Poloha v polosedě



- Boční (fotbalové) držení



- Poloha tanečnicka



Příloha D: Deset kroků k úspěšnému kojeníDostupné z: <http://www.kojeni.cz/10kroku.php>**DESET****KROKŮ****K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ****Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:**

- 1** mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
- 2** školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- 3** informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
- 4** umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu
- 5** ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- 6** nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
- 7** praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
- 8** podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
- 9** nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



Podporováno Ministerstvem zdravotnictví ČR

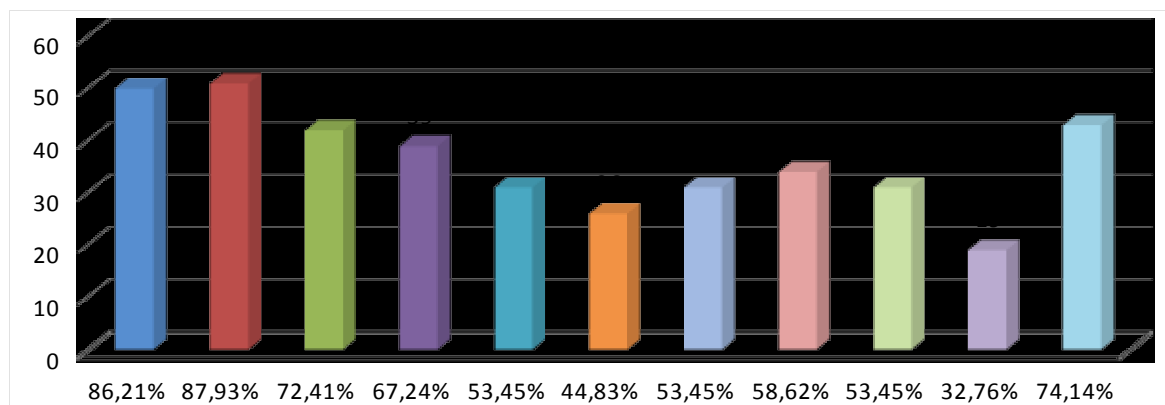
Příloha E: Indikace očkování proti tuberkulóze**Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vakciny/ockovaci-kalendar-v-cr>****Indikace očkování proti tuberkulóze** (příloha č. 3 vyhlášky č. 299/2010 Sb., o očkování proti infekčním nemocem)

1. Jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, měl/má aktivní tuberkulózu.

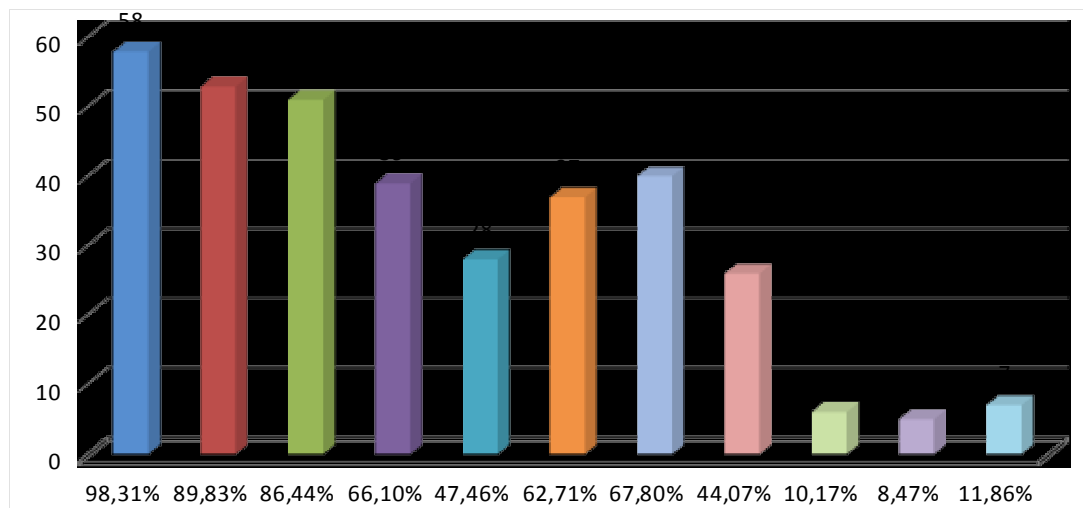
2. Dítě, jeden nebo oba z rodičů dítěte nebo sourozenec dítěte nebo člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil nebo souvisle déle než 3 měsíce pobývá/pobýval ve státě s vyšším výskytem tuberkulózy než 40 případů na 100 000 obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví každoročně uveřejní seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy do 30 dnů od aktualizace provedené Světovou zdravotnickou organizací.

3. Dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou.

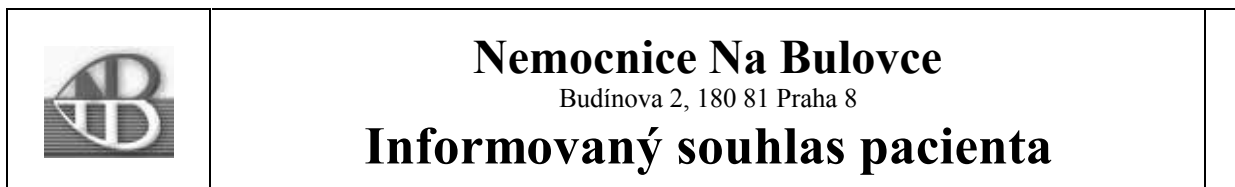
4. Indikace k očkování vyplývá z anamnestických údajů poskytnutých lékařem novorozeneckého oddělení nebo registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost zákonnými zástupci dítěte

Příloha F: Obrázek 4: Oblasti edukace dětským lékařem v péči o novorozence

- Hygienická péče
- Péče o pokožku a pupeční jizvu
- Kojení a dokrmování
- Bezpečné zacházení s novorozencem
- Kontrola zdravotního stavu novorozence
- Teplota okolního prostředí, oblékání
- Uložení novorozence ke spánku
- První vycházky ven
- Informace o preventivních prohlídkách u PLDD
- Povinné očkování
- Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého

Příloha G: Obrázek 5: Oblasti edukace dětskou sestrou v péči o novorozence

- Hygienická péče
- Péče o pokožku a pupeční jizvu
- Kojení a dokrmování
- Bezpečné zacházení s novorozencem
- Kontrola zdravotního stavu novorozence
- Teplota okolního prostředí, oblékání
- Uložení novorozence ke spánku
- První vycházky ven
- Informace o preventivních prohlídkách u PLDD
- Povinné očkování
- Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého

Příloha H: Informovaný souhlasDostupné z: <http://www.novorozencibulovka.cz/pro-rodice/>**Informovaný souhlas zákonného zástupce s léčebným postupem**

**Pracoviště: Neonatologické oddělení
prim. MUDr. Martin Čihař**

Jméno a příjmení rodiče (zákonného zástupce):

.....r.č.....

.....

Jméno a příjmení novorozence:

.....r.č.....

.....

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o léčebných postupech, které souvisejí s poporodním ošetřením novorozence a s jeho dalším pobytem na Neonatologickém oddělení.

Veškeré výkony budou provedeny co nejšetrněji. Uvedený postup je v souladu se současnými poznatky a minimalizuje zdravotní rizika v novorozeneckém období.

<p>Po porodu bude děťátko ošetřeno zdravotní sestrou a vyšetřeno pediatrem. V případě potřeby bude dítě odsáto z horních dýchacích cest a žaludku. Bude provedena desinfekce očních spojivek a aplikován vitam K k prevenci krvácivých stavů novorozence. První 2 hodiny po porodu stráví novorozenec s maminkou na porodním sále (dle teplotních</p>

podmínek v postýlce, ve vyhřívaném lůžku či v inkubátoru). Dítě bude co nejdříve přiloženo k prsu. V případě zdravotních komplikací bude miminko ihned odneseno k na novorozenecké oddělení k dalšímu ošetření.

Při příznivém průběhu bude miminko následně ošetřováno spolu s maminkou na oddělení rooming-in. Maximální pozornost bude věnována podpoře kojení. V nutném případě bude miminko dokrmeno mateřským mlékem nebo mlékem umělým (hypoantigenním, hypoalergickým).

V případě novorozenecké žloutenky bude děťátko léčeno fototerapií.

Vzácně je nutno novorozenci aplikovat antibiotika (v případě infekce) nebo intravenózní infuzi (infekce, problémy s výživou).

V průběhu hospitalizace bude dítěti sterilně odstraněn zbytek pupečního pahýlu a bude odebrána krev z patičky k provedení screeningových vyšetření. Bude provedeno screeningové vyšetření očí na vrozený šedý zákal. V indikovaných případech je novorozenec vyšetřen neurologem. Vyšetření ultrazvukem se provádí při podezření na vrozené vývojové vady nebo po obtížném porodu.

V případě nekomplikovaného porodu a při dobrém zdravotním stavu dítěte (rozbíhá se dostatečná tvorba mléka, dítě neubývá na váze, případná novorozenecká žloutenka není na vzestupu, dobře se hojí pupečnicková jizva) je možné nejčasnější propuštění mezi 72 a 96 hodinou po porodu.

Účelem tohoto zdravotního postupu je:

Optimalizovat průběh porodní adaptace novorozence na porodním sále a na oddělení šetinedělí

Byl(a) jsem dále poučen(a), že lékařem **doporučené výkony mají případná následující rizika:**

Snesení pupečního pahýlu - vzácně následné krvácení.

Odběr krve z periferní žíly - modřina v místě vpichu.

Fototerapie - možné riziko apnoické pauzy a přehřátí. (dýchání dítěte bude monitorováno)

Ultrazvukové vyšetření - výkon není spojen s nežádoucím účinkem / komplikací.

Zavedení kanyly do periferní žíly. - minimální (následné krvácení, modřina v místě vpichu, infekce, vytvoření krevní sraženiny).

Speciální neurologické vyšetřovací testy. - vyšetřovací neurologické testy u novorozence nejsou zatíženy rizikem komplikací zdravotního stavu.

Souhlasím s tím, že do mé zdravotnické dokumentace mohou v rozsahu nezbytně nutném nahlížet osoby, které v Nemocnici Na Bulovce získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rozsahu nezbytně nutném pro výuku těchto osob, pedagogičtí pracovníci, kteří je na výkon povolání připravují a **dále osoby, které provádějí v rámci sledování kvality kontroly zdravotnické dokumentace.**

Souhlasím s tím, že při diagnostických a léčebných výkonech mohou být přítomny osoby, které v Nemocnici Na Bulovce získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, a v rozsahu nezbytně nutném pro výuku těchto osob i pedagogičtí pracovníci, kteří je na výkon povolání připravují. Byl(a) jsem dále poučen(a), že v zájmu dítěte je nezbytné, aby byl plně dodržován Provozní řád oddělení.

Souhlasím s tím, že po celou dobu hospitalizace bude dítě označeno identifikačním náramkem.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu** a měl(a) jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl(a) a souhlasím s tímto ošetřovacím postupem**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny.

Praze dne:

.....

.....

Vlastnoruční podpis rodiče
provedl
(zákonného zástupce)

Jméno a podpis lékaře, který poučení

Příloha I : Dotazník**Dotazník**

Dobrý den, milá maminko.

Jsem studentkou 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, oboru Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při tvorbě mé bakalářské práce, která je podmínkou pro dokončení studia.

Cílem práce je zhodnotit současnou úroveň poskytování informací zdravotnickým personálem matkám v oblasti péče o novorozence, které získaly ještě před porodem, resp. po porodu během svého pobytu na novorozeneckém oddělení porodnice a úroveň, jakým jsou informace poskytovány. Za tímto účelem jsem připravila dotazník, který Vám předkládám.

Otázky jsou zaměřeny zejména na období Vašeho pobytu na oddělení šestinedělí, na spolupráci se zdravotnickým personálem (lékaři, dětské sestry, porodní asistentky) a také na následnou péči v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.

Dotazník je anonymní, což umožňuje jeho pravdivé a úplné vyplnění, které není časově náročné. **Vámi zvolenou odpověď pouze zakroužkujte.**

Vaše odpovědi, po zpracování, poslouží ke zlepšení spolupráce a komunikace mezi nastávajícími maminkami a zdravotnickými týmy porodnických a novorozeneckých pracovišť.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, strávený při vyplňování dotazníku.

Petra Kohoutová

DOTAZNÍK

Vámi zvolenou odpověď, prosím, zakroužkujte.

1. Pracujete ve zdravotnictví?

ANO NE

Pokud ano, v jaké profesi?

- nezdravotnický pracovník
- ošetrovatelka
- laborantka
- všeobecná sestra
- magistra farmacie
- lékařka
- porodní asistentka
- fyzioterapeutka

2. Vaše dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Vaše věková kategorie v době porodu?

- méně než 18 let
- 18-23 let
- 24-29 let
- 30-35 let
- nad 35 let

4. O kolikátý porod se jednalo?

- první
- druhý
- třetí
- vyšší

5. Ve které nemocnici jste rodila?

- Okresní/oblastní
- Krajská
- Fakultní

6. Absolvovala jste před porodem přípravný kurz pro rodiče?

ANO ANO (před minulým porodem) NE

V případě že ano:

Doporučila byste kurz nastávajícím maminkám? ANO NE

Pokud ne tak proč?

.....
.....

7. Snažila jste se před porodem získat informace jak pečovat o miminko ?

ANO NE

Pokud ano, jakým způsobem?

- pomocí odborné knihy
- z internetu
- dotazy u jiných matek
- jiným způsobem

8. Radil Vám zdravotnický personál v porodnici při péči o miminko?

ANO NE ČÁSTEČNĚ

Pokud ano, kdo Vám radil ?

- Porodní asistentka
- Dětská sestra
- Dětský lékař

Jak jejich rady hodnotíte?

- Rada byla poskytována na požádání, ochotně, byla užitečná a pomohla mi.

Rada byla pro mě nesrozumitelná a nic mi nepřinesla.

- Další hodnocení.....

9. Pomáhal Vám zdravotnický personál v porodnici při péči o miminko?

ANO NE

Pokud ano, kdo Vám pomáhal ?

- Porodní asistentka Dětská sestra Dětský lékař

Jak jejich pomoc hodnotíte?

- Pomoc byla poskytována na požádání, ochotně, byla užitečná a pomohla mi.

- Pomoc byla formální a nic mi nepřinesla.

- Další hodnocení.....

10. Byly Vám před propuštěním do domácí péče poskytnuty informace ošetřujícím dětským lékařem, jak pečovat o své dítě?

ANO NE ČÁSTEČNĚ

V případě že ano, které z uvedených oblastí poučení obsahovalo?

- Hygienickou péči (koupání, přebalování),
- Péči o pokožku a pupeční jizvu
- Jak správně kojit, jak podporovat kojení/eventuelně kdy volit dokrmování formulovaným mlékem
- Bezpečné zacházení s miminkem (držení dítěte, polohování, oblékání)
- Jak kontrolovat dítě, jeho zdravotní stav a vývoj, eventuelně měřit tělesnou teplotu
- Optimální prostředí v domácnosti, okolní teplota, jak dítě oblékat
- Jak ukládat dítě do postýlky při spaní
- První vycházky ven
- Informace o preventivních prohlídkách u praktického lékaře pro děti a dorost
- Co je povinné očkování
- Předání „Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého“ a poučení k čemu slouží

11. V případě, že jste byla informována dětským lékařem před propuštěním z porodnice, jak jeho edukaci (poučení) hodnotíte :

Po stránce obsahu :

- jako odpovídající Vaším představám a potřebám;
- jako nedostatečnou, formální a neužitečnou.

Po stránce formální:

- jako srozumitelnou, neformální, přátelskou a velice užitečnou;
- Informace byly nesrozumitelné, nedostatečné, projev lékaře neosobní, strohý.
- Jinak hodnotím.....

12. Byly Vám před propuštěním do domácí péče poskytnuty informace dětskou sestrou (příp. porodní asistentkou), jak pečovat o své dítě?

ANO NE ČÁSTEČNĚ

V případě že ano, které z uvedených oblastí poučení obsahovalo?

- Hygienickou péči (koupání, přebalování),
- Péči o pokožku a pupeční jizvu
- Jak správně kojit/eventuelně kdy volit dokrmování formulovaným mlékem
- Bezpečné zacházení s miminkem (držení dítěte, polohování, oblékání)
- Jak kontrolovat dítě, jeho zdravotní stav a vývoj, eventuelně měřit tělesnou teplotu
- Optimální prostředí v domácnosti, okolní teplota, jak dítě oblékat
- Jak ukládat dítě do postýlky při spaní
- První vycházky ven
- Informace o preventivních prohlídkách u praktického lékaře pro děti a dorost
- Co je povinné očkování
- Předání „Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého“ a poučení k čemu slouží

13. V případě, že jste byla informována dětskou sestrou (porodní asistentkou) před propuštěním z porodnice, jak její edukaci (poučení) hodnotíte :

Po stránce obsahu :

- jako odpovídající Vaším představám a potřebám;
- jako nedostatečnou, formální a neužitečnou.

Po stránce formální:

- jako srozumitelnou, neformální, přátelskou a velice užitečnou;
- Informace byly nesrozumitelné, nedostatečné, projev lékaře neosobní, strohý.
- Jinak hodnotím.....

14. Jak hodnotíte edukaci (poučení) praktického lékaře pro děti a dorost?

Po stránce obsahu :

- jako odpovídající Vaším představám a potřebám;
- jako nedostatečnou, formální a neužitečnou.

Po stránce formální:

- jako srozumitelnou, neformální, přátelskou a velice užitečnou;
- Informace byly nesrozumitelné, nedostatečné, projev lékaře neosobní, strohý.
- Jinak hodnotím.....

15. Jak hodnotíte edukaci (poučení) dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost?

Po stránce obsahu :

- jako odpovídající Vaším představám a potřebám;
- jako nedostatečnou, formální a neužitečnou.

Po stránce formální:

- jako srozumitelnou, neformální, přátelskou a velice užitečnou;
- Informace byly nesrozumitelné, nedostatečné, projev lékaře neosobní, strohý.
- Jinak hodnotím.....

Příloha č. J: Souhlas s provedením dotazníkového šetření (1)

Poliklinika Zelený Pruh
Roškotova 1717/2
14044, Praha 4 - Braník

Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Souhlasím s možností provádění výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření

k získání potřebných dat pro tvorbu bakalářské práce.

V Praze , Dne 16 -12- 2011



vedoucí lékař ambulantního pracoviště

Příloha č. K: Souhlas s provedením dotazníkového šetření (2)

Poliklinika Zelený Pruh
Roškotova 1717/2
14044, Praha 4 - Braník

Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Souhlasím s možností provádění výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření
k získání potřebných dat pro tvorbu bakalářské práce.

V Praze , Dne 16 -12- 2011



vedoucí lékař ambulantního pracoviště