

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Barbora Dopitová

**Edukační plakát pro rodiče – bezpečná péče
o novorozence**

*Education poster for parents – safe care
for the newborn*

Bakalářská práce

Praha, červen 2019

Autor práce: **Barbora Dopitová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Petra Sedlářová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: **Červen 2019**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 30. dubna 2019

Barbora Dopitová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Petře Sedlářové za odborné vedení práce, její ochotu a trpělivost. Také bych chtěla vyjádřit svůj dík grafičce Denise Lamberské, která mi pomohla s tvorbou plakátu. V neposlední řadě děkuji mé rodině a příteli za podporu během studia.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 PÉČE O NOVOROZENCE.....	8
1.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ	8
1.2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE	8
1.3 OŠETŘENÍ PO NAROZENÍ	9
1.3.1 <i>Posouzení stavu dítěte</i>	12
1.3.2 <i>Fyzikální vyšetření novorozence</i>	13
1.3.2.1 Celkový stav	13
1.3.2.2 Zralost.....	13
1.3.2.3 Vyšetření kůže	14
1.3.2.4 Vyšetření hlavy.....	15
1.3.2.5 Vyšetření krku a hrudníku	15
1.3.2.6 Vyšetření břicha.....	16
1.3.2.7 Vyšetření genitálu.....	16
1.3.2.8 Vyšetření končetin.....	16
1.4 SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ.....	17
1.5 ROOMING-IN.....	17
1.6 HYGIENA.....	18
1.6.1 <i>První koupel</i>	18
1.6.2 <i>Každá další koupel</i>	19
1.6.3 <i>Péče o pupeční pahýl</i>	21
1.6.4 <i>Ošetření kůže</i>	21
1.7 KOJENÍ	22
1.7.1 <i>Bonding</i>	22
1.7.2 <i>Fyziologie kojení</i>	23
1.7.3 <i>Složení mateřského mléka</i>	23
1.7.4 <i>Poloha při kojení</i>	24
1.7.5 <i>Technika kojení</i>	25
1.7.6 <i>Kojení a návykové látky</i>	26
1.8 MANIPULACE S NOVOROZENCEM	27
1.8.1 <i>Chování a nošení dítěte</i>	27
1.8.2 <i>Zajištění spánku</i>	28
2 EDUKAČNÍ PLAKÁT PRO RODIČE	30
2.1 CÍL PRÁCE	30
2.2 PLÁN PRÁCE	30
2.3 VÝCHODISKA PRO TVORBU EDUKAČNÍHO PLAKÁTU	30

2.4	PROBLEMATIKA PÁDU DÍTĚTE	31
2.5	TVORBA EDUKAČNÍHO PLAKÁTU	33
2.6	OBSAH EDUKAČNÍHO PLAKÁTU	35
2.6.1	<i>Miminko převážíme v postýlce</i>	35
2.6.2	<i>Od přebalovacího pultu nikdy neodcházíme</i>	35
2.6.3	<i>Každý máme své místo ke spánku.....</i>	36
2.6.4	<i>Minimalizujeme pokládání miminka do lůžka matky.....</i>	37
2.6.5	<i>U kojení se děťátku plně věnujeme.....</i>	37
2.6.6	<i>Správné a pevné držení dítěte</i>	38
2.6.7	<i>Polohy vhodné k prevenci kojeneckých kolik.....</i>	38
	ZÁVĚR.....	39
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	40
	SEZNAM TABULEK.....	44
	SEZNAM PŘÍLOH.....	44

Úvod

První kontakt s novorozencem bývá pro rodiče nezapomenutelnou událostí v životě. Matka a otec se dostávají do situace rodičů, která je pro ně jedinečná. Maminky mohou napadat otázky, zda se budou umět o dítě správně starat, především pokud se jedná o první miminko. Mají strach z toho, aby neudělaly něco špatně nebo nezanedbaly péči. Některých dotazů se mohou například bát, aby nevyzněly hloupě. Je proto důležitá řádná edukace již v porodnici a následně u dětského lékaře.

Práce bude dělena na dvě části (teoretickou a praktickou). Nejprve bude popsáno, jak vypadá fyziologický novorozenec po porodu a jeho následné ošetření. Tyto úkony jsou v rukou odborného personálu. Poté nastává role rodičů, kteří si musí osvojit postupy či techniky v péči o dítě. Zdravotní sestry matkám v porodnici sdělují informace, jak správně provádět hygienu dítěte nebo jak manipulovat s malým novorozencem. Vzhledem k tomu, že to jsou jedny z rizikových situací, kdy může dojít k pádu dítěte, správné postupy budou popsány v teoretické části. K novorozenci patří neodmyslitelně kojení, při kterém je dobré znát základní informace, proto bych toto téma také zmínila v teoretické části.

V praktické části vytvořím edukační plakát, který bude výstupem bakalářské práce. Určen by měl být nejen matkám ležícím na novorozeneckých odděleních, ale i návštěvám. Měl by nám ukázat základní kroky, jak nejlépe zajistit bezpečí dítěte. Ačkoliv jsou informace matkám sdělovány personálem, myslím si, že nešťastným událostem můžeme předejít především neustálým připomínáním.

1 Péče o novorozence

Abychom zajistili optimální adaptaci novorozence na nové prostředí, je nutné o něj správně pečovat. Následující kapitoly nás seznámí s novorozencem a zásadami péče o něj.

1.1 Novorozenecké období

První období života nazýváme prenatální, které probíhá od početí do porodu. Druhé datujeme od narození do 28. dne života, nazývá se **novorozenecké či neonatální**. Existuje ještě pojem „užší novorozenecké období“, které končí už 7. dnem života. Nejdůležitější roli v prvních 28 dnech života hraje prvních 10 minut po narození, 2 hodiny po porodu a ukončený 7. den života, kdy už by mělo být dítě adaptováno. Tento úsek života představuje rizika především v možnosti porodního poranění, poruchy adaptace na nové prostředí, vrozené vývojové vady, atd. (Klíma et.al., 2016)

1.2 Klasifikace novorozence

Zralost novorozence lze určit podle gestačního stáří. Rozlišujeme 3 kategorie. Děti narozené v termínu tj. **37. týden těhotenství + 0 dní až 41. týden těhotenství + 6 dní**. Novorozenci, kteří se narodí nedonošené, tzn. do 36. týden těhotenství + 6 dní. Poslední skupinu představují novorozenci přenášené, narozené 42. týden těhotenství + 0 dní a víc.

Další možnost dělení je v závislosti na porodní hmotnosti – extrémně nízká (<1000g), velmi nízká (<1500g), nízká (<2500g), makrozomní (>4500g). Optimální hmotnost představuje kategorie normální hmotnosti (**2500g – 4499g**).

Třetí klasifikace závisí na vztahu dvou jmenovaných parametrů, určení popisuje Tab. 1. Pro hodnocení se používají percentilové tabulky. Pokud hmotnost odpovídá gestačnímu stáří, dítě se pohybuje v percentilu od 10. do 90. – mluvíme o **eutrofickém** novorozenci. (Dort, Dortová, Jehlička, 2018)

Tab. 1 Klasifikace novorozenců (Slezáková et.al., 2011)

Novorozenec	Hypotrofický (pod 5. percentilem)	Eutrofický (mezi 5-95. percentilem)	Hypertrofický (nad 95. percentilem)
Méně než 38 týdnů	předčasně narozený (nedonošený) hypotrofický	nedonošený eutrofický	nedonošený hypertrofický
38. – 42. týden	hypotroficky narozený v termínu	eutrofický narozený v termínu	hypertrofický narozený v termínu
Více než 42 týdnů	přenášený hypotrofický	přenášený eutrofický	přenášený hypertrofický

Fyziologické funkce značí podstatnou rozdílnost oproti dospělému člověku. Srdeční akce se u novorozenců pohybuje okolo 100 – 160 tepů za minutu, dýchání mezi 30 až 60 dechů za minutu. (Mojžíšová, 2008)

Následně popsané postupy se věnují pouze péči o donošeného fyziologického novorozence, nikoliv patologického.

1.3 Ošetření po narození

Většinou se ihned po porození přikládá dítě na holý hrudník matky, probíhá tzv. **bonding**, ne vždy to však umožní zdravotní stav a záleží velmi na zvyklostech oddělení. Novorozenec se nechává na matce nahý, ale přikrytý. Během této chvíle lékař provádí také **taktilní stimulaci** ve formě osušení, tření chodidel a zad.

Ošetření novorozence probíhá na porodním či novorozeneckém boxu. Jeden z nejdůležitějších úkolů personálu je zajistit tepelný komfort dítěte. Musíme zabránit tepelným ztrátám novorozence. Ideální **teplota prostředí** by měla být 24 – 26 °C. (Moravcová, Petržílková, 2018)

Důvodů proč zajistit vyšší teplotu okolí je několik. Novorozenci mívají problém s termoregulací, protože jejich tělesný povrch je až trojnásobně větší

vzhledem k tělesné hmotnosti, oproti dospělému. Dále mají tenkou vrstvu podkožního tuku a nejsou schopni tvořit teplo svalovým třením. Proto je nutné po osušení zabalit dítě co nejdříve do peřinky a dát čepičku na hlavu. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

Novorozence je nutné správně **identifikovat**. Dle nařízení České neonatologické společnosti by se měl používat speciální nerozpojitelný plastový náramek na zápěstí ručičky nebo kotník nožičky. Náramek musí být dostatečně těsný, protože po porodu dochází k hmotnostnímu úbytku a tím zmenšení obvodu končetiny. Naopak je zase nutné myslet na to, aby docházelo k dostatečnému prokrvení nohy nebo ruky a aby náramek nějakým způsobem nepoškozoval kůži. Označení musí obsahovat jméno a příjmení dítěte, číslo porodu, datum narození (hodiny + minuty), pohlaví dítěte a jméno matky. Pro větší bezpečnost se doporučuje popsat hrudník a stehno dítěte, které se provádí 0,5% vodným roztokem gentiánové violeti na kůži. Vzhledem k možnosti poleptání kůže, je „barva na novorozence“ nevhodná. (Paulová, 2013)

Jako prevence novorozenecké konjunktivitidy se provádí vykapání spojivkového vaku pomocí Ophthalmo-Septonexu. Jinými slovy se prevence nazývá **kredeizace**, podle Karla Sigmunda Franze Credého, který zjistil, že zánět spojivek, který vyvolá Neisseria gonorrhoeae, způsobuje slepotu. (Pánek, 2013)

Dalším důležitým úkolem sestry je **ošetření pupečního pahýlu**. O tomto tématu se vedou stále rozsáhlé diskuze, kdy pupečník přerušit. Fendrychová (2011, 121) po prostudování historie a současné literatury uvádí, že „*I v současné době porodníci a porodní asistentky přerušují pupeční pahýl již v okamžiku, kdy se dítě poprvé nadechne ... přestože Evropská rada pro resuscitaci v roce 2010 doporučila u fyziologických novorozenců počkat „alespoň jednu minutu“ po ukončeném porodu.*“. Pozdější podvaz pupečníku u donošených novorozenců zajistí zásoby železa do 3 – 6 měsíců věku. Další výhodou je v tom, že předchází časně i pozdní anemizaci. (Liška, 2012)

Pupeční pahýl se podvazuje prádlovou gumou nebo umělohmotnou svorkou. První ošetření spočívá v dezinfekci a následném překrytí mulovým čtvercem. Dále je nutná pravidelná kontrola z důvodu možnosti krvácení. (Saxlová, 2008)

Americká Asociace porodních asistentek a neonatálních sester (2007) se shodla na názoru, že pahýl se má následně omývat pouze v případě znečištění, a to vodou nebo mýdlem s neutrálním pH. Nové výzkumy předkládají, že nejlepší péčí pro pahýl je **sucho a čistota**. Používání alkoholových přípravků, antibakteriálních krémů nebo zásypů či barviv je zbytečné a může to vyvolat řadu komplikací s prodloužením doby zaschnutí a zahojení pahýlu. Nejdůležitější krok stojí tedy v dobře odezinfikovaných rukou ošetřující osoby. Při edukaci rodičů je důležité sdělit, že pahýl se hojí 6-10 dní. (Fendrychová, 2011)

Odsávání může přinést mnoho negativ (např. poškození sliznice, edém, opoždění spontánních sacích pohybů, opoždění nástup kojení, aj.), a proto se u fyziologického novorozence rutinně nedělá. Doporučuje se odsávat pouze při obtížích (zkalená plodová voda, před resuscitací). Pokud okolnosti odsávání vyžadují, je nutné ho provést co nejšetrněji a postupovat v pořadí ústa, faryng a nos. (Mydlilová, 2005)

Zvážení a změření dítěte v dnešní době již není nutné dělat ihned po narození. Stačí, když se provede ve chvíli, když je dítě plně adaptováno. Na váhu musíme položit plenu, aby dítě neprochladlo a hmotnost pleny poté odečíst. Při zjišťování délky novorozence nikdy nenatahujeme končetiny v nártu, ale pouze v kolenou. Nyní se objevují pochybnosti o násilné extenzi v kyčelním kloubu, je proto pravděpodobné, že měření se časem odloží na ještě pozdější dobu.

Zjištění **obvodu hlavy a hrudníku** můžeme také odložit na pozdější dobu – mimo porodní sál. (Fendrychová, 2012) Hlava je měřena přes čelo a týl tzv. frontookcipitální obvod, který je v rozmezí 33 cm až 37 cm. Hrudník se měří přes bradavky a lopatky, autorky uvádí ideální obvod 30 cm až 37 cm.

Při ošetřování novorozence musíme zjistit také **tělesnou teplotu**, která se měří v rektu (36,5 °C – 37,5 °C). Tato činnost nám poslouží i k vyloučení vrozené vady atrezie anu. (Moravcová, Petržílková, 2018)

Novorozenec dostává 2 – 6 hodin po porodu 1 mg **vitaminu K1** intramuskulárně jako prevenci krvácivé choroby, v tomto případě není nutné dávku opakovat. Pokud lékař ordinuje vitamin K1 per os, podávají se 2mg. Zde je však nutné podávat až do 10. až 12. týdne věku dítěte dávku 1mg 1x týdně.

Pokud se objeví jakékoliv podezření na malaabsorpci, podá se jednorázová dávka intramuskulárně. (Hanzl, 2013)

1.3.1 Posouzení stavu dítěte

Hodnocení stavu dítěte popisuje **skóre dle Apgarové**. Vyšetření se provádí v 1., 5., a 10. minutě. Body se sčítají, z čehož vyplývá, že maximální hodnota je 10 a naopak minimální 0. Přirozenou hodnotou bývají čísla 8 až 10. Sestra hodnotí 5 znaků, které jsou rozepsané v Tab. 2. (Mojžíšová, 2008)

Tab. 2 Skóre dle Apgarové (Fendrychová, 2013)

Body	0	1	2
Srdeční frekvence	žádná	< 100 tepů/min	>100 tepů/min
Dechová aktivita	žádná	nepravidelná	křik
Svalový tonus	atonie	flexe končetin	pohyb
Reakce na podráždění	žádná	grimasa	kašel
Barva kůže	cyanotická, bledá	akrocyanóza	růžová

Hodnocení bylo vytvořeno americkou anestezioložkou Virginiou Apgarovou. Je dobré, pokud Apgar skóre nedělá osoba, která dítě přímo rodí, ale právě sestra, která přebírá dítě do péče. S hodnocením se začíná v 55. sekundě, avšak pokud dítě vykazuje známky potíží, nemělo by se s případnou resuscitací čekat celou minutu.

Srdeční frekvence lze zjistit přiložením fonendoskopu na hrudník nebo vyhmatáním pulzace pupečníku.

Dechová aktivita se posuzuje také pomocí fonendoskopu anebo sledováním pohybů hrudníku. Vzhledem k tomu, že novorozenci těsně po porodu dýchají nepravidelně, je nutné současně sledovat barvu kůže a sliznice.

Svalový tonus pozorujeme tak, že horní i dolní končetiny natáhneme a novorozenec je vrací zpět do flexe.

Pokud dítě odsajeme z dutiny ústní nebo stimulujeme plosky nohou, zjistíme tím reakci na podráždění. Dítě provede grimasu nebo začne plakat.

Barva kůže se hodnotí na periferii a centrálně, děti bývají krátce po porodu cyanotické. S akrocyanózou se můžeme setkat i o trochu později, když už je tvář a tělo novorozence růžové.

Hodnocení v 1. minutě bývá 8-9 bodů, v 5. minutě již plných 10. Nízké skóre v 5. minutě vyžaduje péči na JIPN. (Fendrychová, 2013)

1.3.2 Fyzikální vyšetření novorozence

Před samotným vyšetřením je důležité znát anamnézu dítěte. Ještě než se dítě rozbalí, sledujeme jeho spontánní pohyby. (Fendrychová, 2013)

Nevyhýbáme se přítomnosti rodičů při vyšetření, protože i jim informace, že je dítě v pořádku, přináší uspokojení a uklidnění. A naopak při zjištění jakýchkoliv atypií můžeme hovořit přímo s nimi. (Kantor, 2012)

1.3.2.1 Celkový stav

Fyzikální vyšetření začíná pohledem na celkový stav novorozence. Zde je výčet jevů, které musíme sledovat: chování, křik, tonus, zvýšená dráždivost či apatie, pravidelné dýchání, spontánní pohyby. Dbáme také na proporcionalitu částí těla a tvář. Je důležité mít na mysli jakékoliv vrozené vady. (Mojžíšová, 2008)

1.3.2.2 Zralost

Dále posuzujeme **zralost** novorozence, která se odhaduje podle následujících znaků:

- kůže – po porodu akrální cyanóza, po zahřátí sytě červená
- nehty – dlouhé, ostré, nachází se u konečků prstů
- prsní žláza – dostatečná pigmentace
- pupečník – silný, rosolovitý, úpon ve středu břicha
- genitál – chlapec sestouplá varlata v šourku, dívka malá labia krytá velkými

Výbavnost reflexů je typická pro novorozenecké období. Díky nim můžeme posoudit správný vývoj dítěte.

Životně důležitý je sací a hledací reflex, které jsou výbavné do půl roku života. Hledací reflex lze snadno vyvolat, když se dotkneme tváře dítěte, které se bude následně snažit stimulující předmět dostat k ústům.

Další reflex, který se u dítěte nachází první půl rok života, je reflexní úchop. Vyvoláme ho stimulací dlaně, novorozenec provede flexi prstů a stisk předmětu.

Moroův reflex mizí do 3 – 4 měsíce. Jedná se o reakce dítěte na úlek. Vyzkoušet ho můžeme tak, že dítě položíme na podložku, se kterou poté trháme. Dítě reaguje rozhozením horních končetin a otevřením pěstiček. Dolní končetiny zdůrazní flexi a také můžeme očekávat křik dítěte.

Pokud podráždíme plosku nohy dítěte směrem od paty po zevní straně chodidla až pod prsty, vyvoláme tzv. Babinského reflex, který je výbavný až do 12. – 16. měsíce. (Saxlová, 2008)

1.3.2.3 Vyšetření kůže

Při vyšetřování kůže zjišťujeme barvu, charakter a eflorescence kůže. U dítěte můžeme nalézt známky cyanózy (=modravé zbarvení). Existují 3 typy:

- centrální – týká se kůže a sliznic (např. závažná srdeční vada)
- periferní – týká se pouze kůže, sliznice jsou růžové (např. podchlazení)
- akrocyanóza – týká se akrálních částí těla jako důsledek zhoršeného periferního prokrvení kůže, prvních 24 hodin života je to normální nález. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

Další popisovanou barvou, kterou vidíme téměř u každého novorozence je ikterus, neboli žluté zbarvení kůže a sliznic. Vzniká z důvodu nepoměru mezi zvýšenou tvorbou bilirubinu při zvýšeném rozpadu erytrocytů a sníženou funkcí ještě nezralých jater. Fyziologicky vzniká 2. den po porodu a nejvíce patrný bývá 3. – 4. den života. Během 2. – 3. týdne mizí a většinou nevyžaduje žádnou léčbu. Rozoznáváme také patologický ikterus, který vzniká již během prvních 24 hodin, vyznačuje se vysokou koncentrací nekonjugovaného bilirubinu a zdlouhavým průběhem. Zde je již nutná léčba, nejčastěji fototerapie. (Saxlová, 2008)

Můžeme se setkat s mramorovanou kůží, která je nezávažným příznakem. Jedná se o přechodný příznak, nicméně pokud barva přetrvává, je nutno myslet na vrozené vady chromozomů.

Sytě červená barva u novorozenců se nazývá pletora. Vyskytuje se u dětí, které mají větší počet červených krvinek nebo jsou hypertermičtí. Tyto děti jsou ohrožené hyperviskózním syndromem.

Také se můžeme setkat s bledostí, která svědčí o anemii nebo jako důsledek cirkulačních změn. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

1.3.2.4 Vyšetření hlavy

Hlava zaujímá $\frac{1}{4}$ celkové délky těla. Vzhledem k tomu, že prochází úzkými porodními cestami, může dojít k překřížení kostí lebky. Velmi brzy dochází ke zmizení deformace. (Fendrychová, 2013)

Při vyšetřování hlavy se zjišťuje tvar a velikost. Je nutné zjistit obvod hlavy a prohlédnout lebeční švy a fontanely. Po komplikovaném porodu můžeme na hlavě nalézt oděrky či hematomy. Zajímá nás také barva, distribuce nebo linie přechodu vlasů. Atypie může ukazovat např. na albinismus. (Fendrychová, 2012)

U lebeční části hlavy se můžeme setkat s porodním nádorem nebo kefalematomem. Porodní nádor (caput succedaneum) během několika hodin mizí, kefalhematom se vstřebává několik týdnů. Pokud se jedná o porod císařským řezem, někdy lze nalézt u těchto novorozenců řezné rány většinou povrchní. Při vyšetřování obličejové části hlavy musí lékař myslet především na příznaky vrozených vývojových vad. Dále je nutné prohlédnout dutinu ústní, popř. zhodnotit sekreci z očí a nosu. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

1.3.2.5 Vyšetření krku a hrudníku

Zjišťujeme vzhled a kontury krku novorozence. Pátráme po přítomnosti jakékoliv abnormity, novorozenecké strumy nebo patologické náplni krčních žil. Kontrolujeme celistvost klíčních kostí, někdy totiž může dojít při porodu k fraktuře. Nicméně ta se hojí během týdnů spontánně a bez následků.

Při vyšetření hrudníku se soustředíme na jeho tvar, dýchání a srdeční činnost. Co se týče dýchání, zajímá nás frekvence, typ, slyšitelnost šelestů

a přítomnost vedlejších fenoménů. Při poslechu se porovnává pravá a levá strana hrudníku. U srdeční činnosti hodnotíme frekvenci, ozvy, přítomnost šelestů a také hmatáme puls na periferních arteriích. U novorozence nacházíme vyšší srdeční frekvenci než u dospělého, pohybuje se okolo 110 – 160 tepů za minutu. (Zoban, 2012)

Popisujeme velikost a symetrii bradavek, někdy se mohou vyskytnout nadbytečné bradavky nebo vůbec žádné. Někdy lze pozorovat zduření prsní žlázy z důvodu hormonální reakce. (Kantor, 2012)

1.3.2.6 Vyšetření břicha

Během tohoto vyšetření je nutné mít na mysli vrozené vývojové vady jako je např. defekt břišní stěny. U dětí také může dojít k rozestupu přímých břišních svalů nebo jejich nepřítomnosti. Vyšetření se doplňuje poslechem, který prozradí stav peristaltiky. Soustředíme se ještě na pupečník, kdy je nutné spočítat počet cév (fyziologicky má 2 tepny a 1 žílu). Zelená barva pupečníku může značit předčasný odchod smolky, žlutě zbarvený bývá u intraamniální infekce. Lékař by měl palpatovat břicho jemně a teplema rukama. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

1.3.2.7 Vyšetření genitálu

U vyšetření genitálu novorozence posuzujeme jeho vzhled a zralost. U chlapců při pochybnostech doplníme vyšetření změřením penisu, kdy normální délkou jsou 3 cm (+- 0,5cm). Součástí vyšetření je zjišťování přítomnosti a uložení testes. U dívek můžeme nalézt lehce zvětšený klitoris, což většinou neznačí žádnou patologii. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

1.3.2.8 Vyšetření končetin

Při vyšetření kyčlí je zapotřebí myslet na vrozené vývojové vady nebo možnost traumatu. Pozornost je směřována především na dolní končetiny, kde může docházet k luxaci kyčelního kloubu, vyskytující se častěji u dětí narozených koncem pánevním, velkých plodů nebo přítomnost dědičné dispozice. Lékař dále palpuje femorální artérii ke zjištění pulzace, která při nezjištění může svědčit o koarktaci aorty. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

1.4 Screeningové vyšetření

Screeningová vyšetření jsou ze zákona povinná, součástí však musí být informovaný souhlas zákonných zástupců. Jedná se o vyhledávání vrozených vývojových vad, kterým je možné včasnou diagnostikou a následnou léčbou zamezit. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

Odběr kapilární krve z patičky se provádí na screening dědičných metabolických poruch (DMP), screening kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) a screening cystické fibrózy (CF). Důležité je dodržet čas odběru, který je 48 až 72 hodin po porodu na filtrační karty, které se odesílají do specializovaných laboratoří. (Dort, Dortová, Jehlička, 2018).

Dalším vyšetřením je screening dysplazie kyčelních kloubů, kde se mimo jiné Česká republika nachází v endemii. Lékař provede vyšetření v porodnici a poté je nutnost kontroly za 6 týdnů a za 3 měsíce. (Slezáková et.al., 2011)

U každého novorozence se provádí také screening sluchu pomocí otokustických emisí. Při úplném klidu dítěte zavedeme sondu do každého ucha, která vytváří zvukový podnět. Dále mezi screeninky řadíme vyšetření pupečnickové krve na syfilis. (Straňák, Černá, Šaňáková, 2015)

1.5 Rooming-in

V překladu rooming-in znamená poporodní péči o novorozence, který se nachází v jedné místnosti s matkou. (Velký lékařský slovník, 2018)

Na pokoj rooming-in se přesouvá matka s novorozencem, když je dostatečně zahřátý a poporodní adaptace proběhla v pořádku. Tento systém je prospěšný pro všechny zúčastněné. Matka s dítětem upevňuje citovou vazbu nepřetržitou přítomností a hlavně kojením. (Saxlová, 2008)

Nyní nastává chvíle, kdy se sestra dostává do „role učitelky“ a snaží se být maximálně nápomocná matce. Důležitým úkolem je všimnout si jakýchkoliv odlišností, které by alarmovaly rizika spojená s novorozeneckým věkem. Jedná se především o vrozené vývojové vady, na které může sestra přijít při důkladném ošetřování dítěte (např. obtížné odsávání může svědčit o atrezii jícnu). (Pajerek, 2016)

1.6 Hygiena

Až po roce 2000 vznikají doporučení jak správně koupat novorozence, které jsou založené na důkazech. Nejvíce docházelo k úpravám teploty vody a prostředí, technice koupele, času první koupele nebo frekvenci koupelí. Klíčovou situací je, když si matka nalezne způsob, který je prospěšný a vyhovuje oběma. Světová zdravotnická organizace doporučila v roce 1997 základní kroky, které je důležité dodržovat: jedná se o zajištění dostatečně teplého prostředí, teplé vody, zvolit raději techniku ponoření než omývání a po koupeli dítě řádně osušit, zabalit do teplé osušky včetně hlavy, obléct a přiložit k matce. (Fendrychová, 2011)

1.6.1 První koupel

Tuto úlohu provádějí dětské sestry, další koupel vykonává již matka s případnou asistencí sestry. (Saxlová, 2008)

K prvnímu koupání dítěte nikdy nedochází na porodním sále nebo těsně po přeložení na oddělení, ale až když jsou jeho vitální funkce v normě minimálně po dobu 2-4 hodin, někdy i 12-24 hodin. Jako prevence kontaminace pupečního pahýlu je lepší novorozence pouze sprchovat. Sestra by před samotným sprchováním měla orientačně zhodnotit stav kůže, kdyby po koupeli došlo ke změnám na kůži.

Postup je takový, že dítěti nejprve omyjeme obličej bez mýdla. Dále pokračujeme již s mýdlem a začínáme namydlením vlásků. Pokračujeme na krk, ramena, horní končetiny, trup, dolní končetiny, genitál a zásadně končíme vždy u zadečku. U holčiček je důležité dodržet směr – od symfýzy k anu. Poté miminko opláchneme vodou, vysušíme a položíme si dítě na suchou plenu. Nyní se opět podíváme na kůži dítěte, zda nedošlo k nějaké reakci.

Zkontrolujeme kožní záhyby a poté odstraníme zbytky mázku (nebo krve), k čemuž nám může pomoci olej, nicméně není nutností odstraňovat veškerý mázek. U děvčat se nebojíme oddálit labia minora a zbavit se také mázku. U chlapců nikdy nepřetahujeme předkožku přes žalud. (Fendrychová, 2012)

1.6.2 Každá další koupel

Ze začátku může docházet k tomu, že se dítě bude koupeli bránit. Postupem času se dítěti koupání většinou zalíbí a stane se oblíbeným rituálem. (Behinová et.al., 2012)

Koupel se neprovádí pouze z hygienického hlediska, ale pokud se splní následující: správná forma, správný způsob, hravá, citlivá a nenásilná forma, doprovod písniček či básniček – stává se nejoblíbenější, nejpříjemnější a nejužitečnější aktivitou obou rodičů. (Kiedroňová, 2017)

První krok spočívá v zajištění vhodné teploty vody a prostředí. Podle posledních poznatků se doporučuje teplota vody v rozmezí 37 – 40 °C, teplota prostředí by měla být o něco vyšší, než na kterou jsme většinou zvyklí, tj. 24 – 28 °C. (Fendrychová, 2010)

Důležité je, aby si matka uměla koupel správně načasovat, ideálně 30 až 60 minut před posledním kojením, koupel novorozence totiž unaví a následné krmení zajistí vhodné podmínky pro usínání. (Číková, 2016)

Dítě můžeme koupat ve vaně, vaničce nebo speciálním kbelíčku. Kbelík může dítěti navodit pocit jako v plodové vodě, je vhodné ho používat pouze do 3. měsíce věku dítěte. Vanička by měla být stabilní, se zaoblenými hranami, kulatými rohy a z plastu. Rodiče si jí mohou dávat na stůl nebo zvolit vaničku již s nohami. Miminko se může koupat také normálně ve vaně, nicméně je nutné pořídit plátěné lehátko nebo protiskluzovou podložku. (Behinová et.al., 2012) Alespoň do šestého až osmého týdne věku dítěte je vhodná vanička, poté vana. (Kiedroňová, 2017)

Na dno vany nebo vaničky je dobré dát textilní plenu, která může zabránit sklouznutí dítěte. Teplotu vody zkontrolujeme loktem nebo dětským teploměrem přímo do vody. Ze začátku se doporučuje koupat pouze 5-7 minut. (Behinová et.al., 2012)

Důležité je dbát i na přípravu rodiče. Autorka Kiedroňová (2017, 131) doporučuje dokonce cviky na posílení zádového svalstva podél páteře. Rodič by měl zvolit i vhodné oblečení, ve kterém mu nebude teplo a bude moci jakkoliv pohybovat s dítětem (nedoporučují se volná trika, do kterých se mohou zamotávat

končetiny dítěte). Matka by si měla sepnout vlasy, které by mohly padat na tělo nebo obličej dítěte a dítě se potom nemusí soustředit na koupel.

Dětskou vaničku, vanu nebo kbelík je dobré nejprve omýt čisticím prostředkem s dezinfekčním účinkem a poté opláchnout. Plochu k ošetřování dítěte připravíme co nejbližší k vaničce. Připravíme si na ní osušku, která tvoří teplý základ. Ačkoliv novorozenec dává přednost zrakovému kontaktu, můžeme mu do koupelny připravit hračky, které rituál zpestří a zútulní. (Kiedroňová, 2017)

Abychom zajistili bezpečnost při koupání, je důležité si vše předem připravit a neodbíhat. (Sedlářová, 2008)

Po vykoupání dítě sušíme tisknutím osušky, nikoliv třením. Důležité je vysušit hlavně kožní záhyby. Pokud má novorozenec suchou pokožku, promažeme ho vhodnou dětskou kosmetikou – olejem či krémem. Sledujeme hlavně místa okolo zápěstí a kotníků, která bývají nejvíce vysušena.

Uši i nos čistíme pouze v případě, že vidíme znečištění. Postupujeme velmi šetrně pouze do okrajové části. (Gregora, 2017) Autorka Kiedroňová (2017, 154) uvádí, že „*Uši vysoušíme zásadně vyrobeným smotkem ze čtverečku buničité vaty, ne vatou na špejli. ... Buničitá vata má velmi dobré sací schopnosti.*“ U zdravého dítěte nalezneme v zevním zvukovodu jemné chloupky, díky kterým se malé nečistoty nedostávají k bubínku. V chloupkách se vyskytuje i mázek, který zajišťuje ochranu ucha před zevními teplotními a fyzikálními jevy. Vata na špejli není vhodná k čištění z několika důvodů. Je tvrdá a nepoddajná, což způsobí to, že chloupky vtlačíme do mázku. Tím se jedné části užitečného mázku zbavíme a druhou část dostaneme k bubínku, kde se mázek nakupí a dojde k vytvoření tzv. špuntu, který bubínek dráždí. Na čištění nosíku používáme taktéž smotek z buničité vaty. Rizikem při nežádoucím čištění nosu je zduření podrážděné sliznice, ve které se roztáhnou póry, které způsobí snazší průnik virů ze vzduchu. (Kiedroňová, 2017)

Pro stříhání nehtů je dobré si pořídit speciální nůžky, které jsou zakulacené a mají rozšířené konce. Se stříháním nehtů počkáme, není nutné to dělat hned po porodu. Dbáme při tom maximálně na bezpečnost, ideální je zvolit čas, kdy dítě spí. Nehty na noze stříháme rovně a na ruce podle tvaru špičky prstu. (Hanáková, 2015)

1.6.3 Péče o pupeční pahýl

Každému novorozenci je pupeční pahýl podvázáán nebo uzavřen svorkou. V dnešní době se již nechává spíše volně zaschnout a odpadnout, což se děje většinou po 7 až 14 dnech. (Čapková, 2015)

Je důležité myslet na to, že pahýl je možným vstupem infekce pro organismus. Jizva se doporučuje čistit lihem, ne však denně. Pouze pokud by došlo ke komplikacím při hojení, zarudnutí nebo při objevení se sekrece z jizvy. Dokud nedojde k zahojení, břicho dítěte příliš neponořujeme během koupání do vody. (Gregora, 2017)

1.6.4 Ošetření kůže

Nepoměr mezi povrchem kůže a hmotností jedince je zásadním rozdílem u kůže dítěte a dospělého, plocha v poměru k hmotnosti je 3x větší. Pokožka u novorozence je velmi tenká, křehká, spoje mezi buňkami jsou nedokonalé a můžeme vidět prosvítající cévy. Díky těmto faktorům dochází k snadnějšímu přestupu vnějších vlivů, které se poté vstřebávají a mohou mít systémové účinky. (Macháčková, 2010)

Autorka Čapková (2015, 62) tvrdí, že „*Krátká očistná koupel, pokud se použijí vhodné prostředky, je proto vhodná každý den.*“ Jako důvod uvádí to, že kůže prochází procesem samočištění (olupování povrchných vrstev pokožky), čemuž my pomáháme večerním koupáním. Jenže samotná voda nestačí k důkladnému očištění. Autorka doporučuje kupovat vždy kosmetiku určenou pro toto období dítěte a nejlépe hypoalergenní.

Autorka Číková (2016, 50) naopak uvádí, že dnes se již doporučuje koupat dle potřeby a při tom omezit kosmetické přípravky. Jako vhodné prostředky ke koupeli udává dětské mýdlo s glycerinem.

Od autorky Sedlářové (2008, 65) se dozvídáme, že dítě není nutné koupat denně. Vhodné je každý den pouze omývat obličej, místa vlhké zapáčky a hýždě. A jako vhodný prostředek uvádí také dětské mýdlo s glycerinem.

Fendrychová (2012, 108) udává, že denně by se měly omývat pouze místa zapáčky, genitál a zadeček.

Dětské mýdlo musí být neutrální nebo slabě kyselé, obsahující tukovou a hydratační složku. Abychom předešli zbytečnému vysoušení novorozenecké pokožky, nebudeme přidávat do vody žádné pěny, které mohou i dráždit. (Čapková, 2015)

Po každé koupeli, při které jsme použili mýdlo, je důležité pokožku promasírovat vhodnou kosmetikou. Nejprve si krém nanese do dlaní, ve kterých ho zahřejeme a poté nanášíme na novorozence od hlavy až k chodidlům. Jemnou masáží dopřáváme miminku taktilní pocity, které působí blahodárně. Tímto docílíme i krásně prokrvené, vyživené a zvláčněné pokožky, čímž se stává otužilejší a odolnější. Po celou dobu si s dítětem povídáme, můžeme mu říkat, které části natíráme. (Kiedroňová, 2017)

1.7 Kojení

„Kojení – právo každého dítěte i matky.“ (Černá, Kollárová, 2015, 11)
Výživa mateřským mlékem je v současné době vědci považována za nejlepší. Zajišťuje nejen všechny výživové potřeby, ale i emoční. O kojení proudí poznatky již z řecké mytologie, kde je mateřské mléko zobrazováno jako zázračná moc. Dokonce během francouzské revoluce ženám, které nekojily, nebyla přiznána mateřská podpora.

V roce 1991 vzniká iniciativa „Baby Friendly Hospital Initiative“ pro podporu kojení, díky níž se vytvořilo 10 kroků k úspěšnému kojení. Příloha č. 1 nám ukazuje aktualizovaný plakát Laktační ligou. (Černá, Kollárová, 2015)

Všechny nemocnice by se tímto měly řídit. Důležitá je podpora od personálu v kojení, pozorování a učení základních technik. Sestry musí být nápomocné s kojením. (Mydlilová, 2005)

1.7.1 Bonding

Jak bylo již uvedeno v kapitole prvního ošetření novorozence, nejlepší je, když k bondingu dochází pokud možno ihned po samotném porodu. Kontakt kůže na kůži působí blahodárně pro matku i dítě. Fendrychová (2012, 52) uvádí, že *„Mezi hlavní výhody patří stabilizace srdeční frekvence novorozence, spontánního dýchání, termoregulace teploty na základě reakce matčina těla na změnu teploty,*

snížená potřeba podávaného kyslíku, podpora tvorby mateřského mléka, snížení míry pláče dítěte, podpora spánku (snazší usínání, lepší kvalita a prodloužení doby spánku) novorozence nebo rychlejší nárůst jeho hmotnosti.“

Během těhotenství se matce tvořily představy o vzhledu dítěte, a nyní při pohledu z očí do očí, porovnává imaginární se skutečným, čímž dochází i k prohlubování vzájemného vztahu.

Novorozenec je schopen sám vyhledat matčiny bradavky, protože mají stejný pach jako plodová voda, proto je dobré oddálení jejich umytí.

Přiložením k prsu do 30 minut po porodu dáváme dítěti šanci rozvinout techniku sání a rozpoznání vůně matky. Také tím zvýšíme tvorbu mateřského mléka a předcházíme obtížím s kojením. Hladina oxytocinu a prolaktinu se díky přiložení dítěte do dvou hodin po porodu k matce velice zvýší, oproti tomu, když se přikládání oddaluje na více jak dvě hodiny po porodu. Pokud situace nedovoluje přiložení dítěte k matce, mělo by jí být alespoň ukázáno. (Fendrychová, 2012)

1.7.2 Fyziologie kojení

Mléčná žláza se pod vlivem estrogenů připravuje po celou dobu gravidity. Po porodu laktaci napomáhá hormon prolaktin, oxytocin a stimulace bradavek. Možná se zdá, že kojení je automatický děj po porodu, nicméně matka tuto činnost musí své dítě naučit. Práce sestry zde hraje nezastupitelnou roli. (Dort, Dortová a Jehlička, 2018)

1.7.3 Složení mateřského mléka

Kojení je tak dokonalý děj, že složení mléka se dokáže měnit podle potřeb dítěte. Během prvních dnů života dítěte se mléko nazývá *kolostrum*, které se vyznačuje vyšším obsahem bílkovin. Dále dochází k jeho přeměně na mléko přechodné a později zralé. Rozdíl mezi kolostrem a mateřským mlékem ukazuje Tab. 3.

Tab. 3 Složení kolostra a mateřského mléka v g/l (Černá, Kollárová, 2015)

	Energie (kJ)	Bílkoviny	Cukry	Tuky	Ca	P	solí
Kolostrum	2520	27	53	29	0,32	0,2	3,4
Zralé mateřské mléko	2940	13	72	35	0,32	0,2	2,5

Mateřské mléko má několik složek, které mají bakterostatický baktericidní nebo protizánětlivý charakter. Obsahuje sekreční imunoglobulin IgA, který dokáže chránit dítě před infekcemi a také brání průniku alergenů střevní sliznicí. Pro vývoj imunitních reakcí dítěte pomáhá zinek, který je obsažen právě v mateřském mléce.

Vzhledem k tomu, že si dítě přívod mléka řídí samo, nedochází tedy k překrmování. To nám může pomoci i v předcházení vzniku obezity, a tím spojeného diabetu a aterosklerózy.

Další nezastupitelnou rolí mateřského mléka je pevné citové pouto mezi matkou a dítětem. Dochází k lepšímu psychickému a sociálnímu vývoji dítěte. Nyní již i některé výzkumy ukazují na lepší psychomotorický vývoj a vyšší intelekt.

Díky těmto všem faktorům jsou kojené děti méně často hospitalizovány, mají méně infekcí (dýchacích i trávicích) a středoušních zánětů. U kojených je dokázáno i méně respiračních a kožních projevů. Riziko syndromu náhlého úmrtí dítěte je díky kojení sníženo. (Klimová, 1998)

1.7.4 Poloha při kojení

Děti se mohou kojit jak v polohách vsedě, tak vleže a pokročilejší matky i vestoje.

Autoři Pařízek a Honzík (2015) polohy vsedě rozlišují 4:

- Klasická = madony = kolébka – matka dítě drží od dlaně až po loket a druhou rukou drží prs, zde je vhodné pomoci si polštářem na kolenou nebo podložit matce nohy stoličkou.

- Fotbalová = boční – doporučuje se u nedonošených dětí a u žen s velkými prsy nebo plochými bradavkami, nohy dítěte jsou podél matčina boku, rukou mu matka podpírá ramínka a hlavičku, dítě leží na matčině předloktí, které je podložené polštářem.
- Tanečník – matka prso podpírá rukou z kojící strany a dítě paží z druhé strany, tato poloha je vhodná také u nedonošených dětí nebo špatně sajících.
- V polosedě – slouží hlavně pro úlevu matkám po císařském řezu, dítě je drženo stejně jako u klasické polohy, mezi nohy matky a dítě je vložen polštář, který omezí tlak na jizvu.

Kojení ve stoje je velmi namáhavé, nevyužívá se proto velmi často. Polohy vleže jsou obecně doporučovány hlavně matkám po císařském řezu. Jsou 3 možnosti:

- Matka na zádech a dítě na břichu – matka si může dítě volně přesouvat na druhé prso, díky kontaktu kůže na kůži jsou podpořeny přirozené reflexy a dítě si může aktivně vyhledat prs.
- Matka i dítě na boku – zde je již zapotřebí cvik, protože jinak může dojít k poškození bradavek, v této poloze je možné kojit i z horního prsa zvláště u velkých prsou.
- Matka na zádech, dítě na boku – výhodné hlavně pro dvojčata.

V novorozeneckém věku kojení neomezujeme délkou nebo frekvencí. Matka kojí tak, jak si dítě vyžádá (10-12 krát denně). Čím častěji bude dítě přikládáno, tím více mléka se bude tvořit. Než se rozvine laktace, matka během jednoho kojení prsa střídá, poté kojí pouze z jednoho. Před dalším kojením se matce dotvoří nové mléko. (Pařízek, Honzík, 2015)

1.7.5 Technika kojení

Při kojení platí zásada, že dítě přikládáme k prsu, nikoliv prso k dítěti. Důležité je zvolit správnou polohu, která vyhovuje oběma. Novorozenec musí směřovat obličejem a bříškem k matce, leží tedy na boku a celé jeho tělo je otočené k tělu matky. Matka drží prs tak, že žádný prst se nedotýká dvorce. Palec je vysoko nad ním a zbylé prsty podepírají prs zespodu. Bradavkou matka

podráždí ústa dítěte, čímž vyvolá jeho hledací reflex. Dítě poté uchopí nejen bradavku, ale převážnou část celého dvorce. (Kantorová, 2012)

1.7.6 Kojení a návykové látky

K odbourávání alkoholu z mléka dochází stejnou rychlostí jako z krve, po 30 až 90 minutách po požití dosahuje nejvyšší koncentrace. S vyšším věkem postupně dochází k rychlejšímu odbourávání alkoholu, 3 měsíční kojenec odbourá alkohol poloviční rychlostí oproti dospělému. Ačkoliv by kojící ženy neměly konzumovat alkohol vůbec, musíme myslet i na věk dítěte. **Během šestinedělí by ženy měly dodržovat přísnou abstinenci z důvodu nezralosti jaterních funkcí novorozence.** Pravidelnému pití alkoholu by se měla kojící žena vyhýbat, nicméně příležitostná sklenička alkoholu s cca tříhodinovým odstupem kojení od vypití je tolerována. Pravidelné pití alkoholu během těhotenství je rizikem pro vznik alkoholového syndromu dítěte, pití během kojení může dítěti způsobit psychomotorickou retardaci, neprospívání a poruchy spánku.

Kouření matky během těhotenství ohrožuje dítě nižší porodní váhou oproti gestačnímu věku, což může způsobit vznik např. hypoglykémie či polycytémie po porodu, metabolického syndromu, hypertenze nebo obezity v pozdějším věku. U dítěte silné kuřáčky se poté mohou vyskytnout příznaky abstinčního syndromu. Když žena kouří během kojení, dochází k přestupu škodlivých látek a nikotinu, což vede ke snížení tvorby mléka. Je doporučováno, aby matka počet cigaret snížila na minimum, protože vznikají rizika jak pro matku, tak pro dítě. Nejlepší je, pokud matka nekouří vůbec, popřípadě příležitostně.

Pití kofeinu během kojení může dítěti způsobit poruchy spánku, zvýšený neklid a dráždivost. Matka by měla vypít maximálně 2-3 šálky kávy denně. Kofein však nalezneme i v čaji, čokoládě, kolových a energetických nápojích. Kofein dokáže dítě ovlivnit i několik dní po vypití, protože poločas rozpadu je u novorozence asi 80 hodin a u 6 měsíčního dítěte 2-3 hodiny. (Černá, Kollárová, 2015)

1.8 Manipulace s novorozencem

Novorozenec po příchodu na svět znal pouze prostředí z dělohy, a nyní se musí přizpůsobit podmínkám mimo ní. Je to pro něj velmi těžké a vyčerpávající. My mu díky základním technikám můžeme pomoci zvládnout nové prostředí po narození.

V děloze se dítě nacházelo v poloze klubička, kde se pohybovalo pouze omezeně. Tento těsný prostor mu dával pocit bezpečí, jistoty a tepla. Z tohoto důvodu se doporučuje balit miminka pevně do peřinek klidně až do 3. – 4. měsíce věku dítěte. K zajištění pocitu bezpečí, jistoty, pohodlí a tepla můžeme použít také polohovací válečky. Podmínky nitroděložního života dítěti připomíná i koupel s teplou vodou, ve které se dítě uvolní, adaptuje a dobře prospívá.

V děloze nedocházelo k žádným rychlým změnám poloh, pohyby byly spíše houpavé a rytmické. Z tohoto důvodu je důležité k jakékoliv manipulaci s dítětem přistupovat pomalu a jemně. (Kiedroňová, 2005)

Při manipulaci s dítětem střídáme obě ruce a obě strany. Hlavička nikdy nesmí jít do záklonu, vždy jí podpíráme. Pokud miminko přenášíme, jednou rukou ho držíme za stehýnko a druhou křížem za ramínko. Hlavička se opírá o druhou paži. Při pokládání taktéž nikdy nesmíme zapomenout podpírat i hlavičku. První položíme zadeček a až poté vytahujeme ruku pod hlavou.

Manipulaci s dítětem by se neměla učit pouze matka, ale i ostatní členové rodiny. (Gregora, 2017)

1.8.1 Chování a nošení dítěte

Základní polohou pro novorozence je poloha na zádech. Vzhledem k tomu, že je páteř převážně chrupavčitá, by dítě mělo ležet na pevné podložce. (Behinová et.al., 2012)

Novorozence chováme nejčastěji v **klubičku**, kdy hlavička je v našem loketním ohbí a druhou rukou podpíráme záda. Díky zdviženému předloktí a tím, že je dítě opeřené bokem o naši hrud', mu zajišťujeme bezpečnou náruč. Dítě na nás vidí a při pláči se lépe uklidní. (Gregora, 2017)

K odříhnutí můžeme zvolit několik poloh. Z knihy *Něžná náruč rodičů* se dozvídáme například tyto:

- V peřince – miminko akorát zvedneme do vyvýšeného klubíčka.
- Přes rameno – typická svislá poloha k odříhnutí se používá v upravené podobě, čímž tolik nezatěžujeme páteř miminka, avšak neměla by být používána často. Do 9. měsíce věku dítěte bychom tuto polohu měli úplně vynechat, pro děti je velmi zatěžující a nevhodná. Navíc ztrácíme kontakt s dítětem a nevidíme, zda a jak si ublinklo.
- Vyvýšené klubíčko – velmi oblíbená poloha. Pokud jí budeme provádět ve stoje a při tom miminko poplácávat po zadečku, můžeme odříhnutí i urychlit.
- Tygřík – v této poloze k odříhnutí dojde velmi snadno a rychle. Hrudník dítěte leží na našem předloktí a stehýnko přitahujeme pod břicho. Poloha není vodorovná, hlava miminka je výš než jeho zadeček.
- Na srdíčku – v této poloze musí být rodič dostatečně zakloněn, abychom nepřetěžovali páteř miminka. Miminko máme položené bříškem na našem hrudníku.
- Autosedačka/lehačka – použití je vhodné v případě, že nemáme zrovna čas na držení dítěte. Je dobré vložit plenu pod hlavu a bradu, aby případné zvratky nedráždily pokožku. (Kiedroňová, 2005)

Poloha na bříšku je pro dítě velmi důležitá. Především pro rozvoj a cvičení zádového svalstva. Nikdy ale dítě nenecháme bez dozoru. (Gregora, 2017) Riziko v této poloze spočívá v tom, že pokud by došlo k ublinknutí, zvratky se mohou dostat dítěti do nosíku nebo část zůstat v ústech, čímž hrozí zadušení. Do 6. měsíce věku dítěte je tato poloha při spánku rizikem pro syndrom náhlého úmrtí kojence. (Kiedroňová, 2005)

1.8.2 Zajištění spánku

Novorozenci nemají ještě spánkový rytmus, jejich spaní se řídí podle hladu a sytosti. Až do konce 2. měsíce děti obvykle spí 16 – 20 hodin denně. Jednou ze zásad správného spánkového režimu je spaní dítěte ve vlastní postýlce. Poloha by měla být **pouze na zádech** a postýlka blízko rodičů. Důležité je také zajistit

ideální teplotu prostředí 20 – 22 °C, tichou a neosvětlenou místnost. Při pláči dítěte je vhodnější ho uklidnit slovně či pohlazením, nikoliv vyndáváním z postýlky. (Pařízek, Honzík, 2015)

Pro lepší usínání dítěte je dobré zabalení do peřinky a po usnutí ji uvolnit. Neklidné děti se díky peřince neruší vlastními pohyby. Pokud si novorozenec neodříhl nebo je pravděpodobné, že bude blinkat, pokládáme jej na levý bok a po usnutí přetočíme na záda. (Kiedroňová, 2005)

2 Edukační plakát pro rodiče

V praktické části bakalářské práce bude vytvořen edukační plakát, který cílí na novorozenecké oddělení nemocnic. Edukační plakát je jako obrázek vložen v bakalářské práci v příloze č. 2 a zároveň vytisknut ve formátu A1.

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je vytvoření edukačního plakátu určeného primárně matkám, které jsou čerstvě po porodu a setkávají se s první péčí o jejich miminko. Edukační plakát by měl ukázat základní kroky, jak zajistit bezpečí u novorozence.

Může posloužit také otcům, kteří přichází do porodnice na návštěvu, ale i příbuzným/přátelům. Ti se na péči o miminko budou podílet po příchodu domů, a i v tomto případě je nutné stále myslet na bezpečí dítěte. Pro lepší pochopení bude doplněn obrázky, jak se daná činnost má provádět.

2.2 Plán práce

O obor neonatologie se již dlouhou dobu zajímám, téma práce jsem si proto z vypsaných témat vybrala sama. Název práce mi byl znám již na konci druhého ročníku studia. Plán byl poté stanoven takto:

- Červenec až září 2018 – studium teoretických zdrojů
- Říjen až prosinec 2018 – zpracování teoretické části práce
- Prosinec 2018 – odborná praxe na novorozeneckém a gynekologicko-porodnickém oddělení
- Leden 2019 – zpracování edukačního plakátu
- Únor až květen 2019 – úpravy a dokončování práce
- Červen 2019 – obhajoba bakalářské práce

2.3 Východiska pro tvorbu edukačního plakátu

Po prostudování dané literatury jsem zjistila, které situace mohou být rizikové v zanedbání bezpečnosti u novorozence. Správné postupy u daných činností jsem popsala v teoretické části. Poté jsem absolvovala praxi

na novorozeneckém a gynekologicko-porodnickém oddělení, kde jsem mohla pozorovat, jak sestry či porodní asistentky edukují matky nejen v oblastech bezpečí. Díky této praxi jsem získala a doplnila si mnoho nových informací.

Během stáže jsem viděla, jakým způsobem matky dbají či nedbají na bezpečí dítěte, a které informace je důležité často opakovat. Vzhledem k tomu, že po porodu může být vnímání matky pozměněno, jsou tato opatření obzvlášť nutná zdůrazňovat. Sledovala jsem, co je nejdůležitější matkám připomínat a co by měly mít stále na očích. Podněty, kterých jsem si všímala, jsem konzultovala se sestrami, porodními asistentkami a lékaři na oddělení. Odborný personál mi předal také mnoho informací, na které by bylo dobré upozornit. Dle tohoto jsem sestavila plakát.

2.4 Problematika pádu dítěte

Vzhledem k tomu, že edukační plakát se několika body dotýká toho, jak předejít pádu dítěte, ráda bych tuto problematiku rozvinula blíže. Na stránkách ÚZIS nebo ČSÚ žádnou statistiku týkající se konkrétně pádu dětí nenalezneme. Obecně však úrazy patří k nejčastější příčině úmrtí u dětí. V České republice každý rok následkem úrazu 300 dětí umírá a až 3000 dětí zůstává trvale postiženo.

Pády patří k třetí nejčastější příčině smrtelných úrazů u dětí (spolu s popáleninami a opařeninami). Mezi nejčastější následky řadíme: krvácející ránu, zlomeniny kostí, poranění kloubů a otřesy mozku. K typickým úrazovým situacím patří například pád ze schodů, z dětské židličky, **z přebalovacího pultu** či ze stolu. V nejhroších případech se jedná o pád z okna nebo balkonu. Rizikové jsou také hladké povrchy, volný kobereček, ostré rohy nábytku, topení, aj. (Frišová et.al., 2006)

Za zmínku stojí kazuistika z internetové diskuze, která nás nutí k zamyšlení nad tím, jak je opravdu důležité dodržovat zásady bezpečnosti u dětí.

*„Ahoj holky,
mám doma syna – 9 měsíců a minulý týden v pondělí syn spadl z gauče v obýváku na zem. Buhužel tam byl stůl a při pádu se praštil hlavičkou o nohu stolu. Já jsem pád neviděla, akorát jsem se vracela ze záchodu. Slyšela jsem jak syn spadl, okamžitě začal brečet. Já ho po pádu hned utěšila, nasedli jsme do auta a vyrazili*

k doktorce. Ta nahmatala synovi bouli na hlavě, prohlídla ho a jeli jsme domů. Jenže to odpoledne byl spavej, prospal skoro 7 hodin téměř v kuse, několikrát se probudil jen na pár minut a pak zase hned usnul.

Ten den odpoledne jsem vyrazila se synem okamžitě do nejbližší nemocnice, pak jsem byla vyděšená k smrti. Tam syna paní doktorka prohlídla, k tomu, že syn pořád spí uvedla, že to může být i virózou a poslala nás na rentgen hlavičky. Večer jsem volala znovu doktorce, že syn je apatický, nejí. Paní doktorka sdělila, že rentgen hlavičky syna dopadl dobře a spavost může být i následkem rozjíždějící se virózy. Požadovala jsem neurologické vyšetření, ale v nemocnici neměli dětského neurologa. Večer syn začal trošku reagovat na okolí, zajímal se o hračky a vypil i trochu mléka. Já si oddychla, že nejhorší je za námi.

Druhý den to bylo už lepší, odpoledne syn pospával, ale nespal 7 hodin v kuse.

Drama nastalo ve středu. Manžel přijel z práce domů již v poledne kvůli výpadku elektriky. Pracoval z domova na služebním počítači, já pak odpoledne odjela na rehabilitaci do nemocnice a manžel si všiml, že syn má velkou hlavu. Začal prohmatávat hlavičku syna a objevil na levé straně hlavičky měkkou bouli o velikosti dlaně dospělého člověka. Já jsem se mezi tím akorát vrátila z rehabilitace zpět domů a ihned jsme společně vyrazili do nejbližší nemocnice na dětské oddělení. Tam syna paní doktorka vyšetřila, řekla, že ta boule na hlavě je normální a pro náš klid nám napsala doporučení na vyšetření na dětskou neurologii do Prahy.

Tak jsme jeli do Prahy a ještě po cestě v autě jsme si říkali, že doktorka syna vyšetří, řekne, že je vše v pořádku a pojedeme zpět domů. Přijeli jsme do Prahy a tam nastaly jeden šok za druhým. Neuroložce se syn nezdál, zejména to, že si šetřil pravou ručičku a dále měl svislý pravý koutek. Doktorka nás hned poslala opět na rentgen a pak hned na jipku dětské chirurgie a traumatologie. Na JIPCe syna uspali, aby mu mohli udělat CT hlavy. Rentgen v nemocnici v Praze už ukázal prasklinku v lebce o velikosti 4 – 5 cm a CT hlavy potvrdilo ty nejhorší obavy –

krvácení do hlavičky. To krvácení bylo tak masivní, že krev vytlačila levou část mozečku ze středu a hrozilo poškození mozkového kmene. Naštěstí se krev nedostala přes mozkovou kůru a nerozlila se po mozku a ta velká měkká boule na hlavičce syna to byla krev, která se tlačila ven skrz prasklinu na povrch hlavičky. Hlavní dětský neurochirurg říkal, že kdybychom přijeli zítra, syn by byl mrtvý.

Syna hned operovali, od minulého týdne od středy do soboty byl v umělém spánku, v sobotu ho začaly probouzet. Dneska měl další vyšetření hlavičky, to naštěstí dopadlo dobře. Nejpozději tento týden v pátek bych měla se synem ležet na dětské neurologii. Syn má trošku menší hybnost v pravé ručičce, ale dle sdělení doktora by se to mělo rozcvičit rehabilitací.

Pořád si vyčítám, že jsem tomu pádu mohla zabránit....“ (Modrý koník, 2014)

Internetové portály/diskuze jsou plné příběhů, kde rodiče popisují, jak jim dítě spadlo. Rady co dělat, pokud k nešťastné události dojde, hledají poté právě často na internetu. Nejčastější otázkou bývá: Jet či nejet do nemocnice? Laik těžko posoudí situaci. Na internetovém portálu Žena-in jsem našla základní kroky, podle kterých se rozhodnout. Primářka Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí FN Motol Mudr. Jitka Dissou rodičům doporučuje 5 bodů (níže), které by se měly u dítěte po pádu pozorovat. Pokud shledá alespoň jeden pozitivní, jet do nemocnice. (Žena-in, 2017)

- Bezvědomí
- Přítomnost křečí
- Zvracení
- Odchylky v chování
- U větších dětí – nepamatuje si pád

2.5 Tvorba edukačního plakátu

Edukační plakát jsem začala tvořit začátkem ledna 2019. Nejprve jsem během praxe v prosinci na oddělení konzultovala se sestrami, porodními asistentkami a lékaři, co by oni sami dle zkušeností navrhovali jako důležitou věc,

kteřá se má matkám stále připomínat. Každý z personálu mi sdělil své osobní návrhy a já si psala poznámky.

Vybrala jsem šest nejčastějších situací:

- miminko převážet v postýlce
- neodcházet od přebalovacího pultu
- nespát s miminkem v posteli
- minimalizovat pokládání miminka do lůžka matky
- u kojení neusínat a v noci si na to rozsvítit
- pevné držení dítěte.

Vymyslela jsem ke zmiňovaným bodům krátké věty, které danou situaci upřesní. Také bylo nutné plakát nějakým způsobem uvést, respektive stručně říci, co se z něj dozvídáme a proč.

Poté jsem se sešla s grafičkou, které jsem poskytla zmiňovaný text a fotky, které znázorňují dané činnosti. Grafička fotky převedla do kreslené podoby a sestavila barevný plakát, který rozčlenila do šesti bublin. Každá bublina obsahovala nadpis, menším písmem vysvětlení a obrázek.

Tento první náhled jsem následně projednávala s odbornou konzultantkou (vrchní sestra na neonatologii) a lékaři na stejném pracovišti. Shodli jsme se, že obrázky na plakátu nám ukazují příklady, jak se daná činnost má i nemá dělat. Jako příklad uvedu: „U kojení neusínáme a v noci si na to rozsvítíme“ – nesprávný obrázek spící matky, která se na dítě nesoustředí a následující obrázek: „Mimiko převážíme v postýlce“ – správný obrázek matky, jak veze miminko v postýlce a nepřenáší ho v náručí. Dohodli jsme se, že by bylo lepší ukázat maminkám pouze správné nebo nesprávné verze. Vzhledem k tomu, že obecně víme, že lidé hledí občas pouze na obrázky a nečtou text, jsme zvolili variantu ukázat na obrázcích pouze správné postupy.

Dále mi bylo doporučeno změnit poslední bublinu, která nám ukazovala správné a pevné držení dítěte. Nebyla to totiž jediná poloha, kterou bychom měli matky v porodnici učit. Po konzultaci s grafičkou jsme doporučené polohy v plakátu oddělily puntíky a přesunuly do stejné úrovně v dolní části plakátu. Pod nadpis správné a pevné držení dítěte jsme vložily bublinu, která ukazuje, jak držet dítě při přenášení a po kojení. Konzultantka mi sdělila, že by bylo vhodné

ještě upozornit na to, jakou polohou můžeme pomoci dětem v prevenci kojeneckých kolik. S grafičkou jsme tedy vytvořily nadpis polohy vhodné k prevenci kojeneckých kolik, pod který jsme vložily obrázek polohy tygříka a klubičkování.

Během března došlo tedy k finální úpravě plakátu. Následně jsem řešila tisk plakátu. Výsledná velikost tištěného plakátu je 841mm x 594 mm, jedná se o formát A1. Do bakalářské práce je vložen menší obrázek ve formátu jpeg.

2.6 Obsah edukačního plakátu

Při tvorbě plakátu jsem se, hlavně díky doporučení vedoucí práce a odborné konzultantky, snažila věty formulovat co nejjednodušeji a nejstručněji. Vytyčila jsem nejčastější situace, u kterých matky chybují. Nadpisy následujících kapitol a věty psané kurzívou jsou obsahem edukačního plakátu.

2.6.1 Miminko převážíme v postýlce

Tato informace bývá matkám podávána hned po přechodu z porodního sálu na pokoj. Matky jsou pochopitelně často zadívané na své dítě a sestru příliš nevnímají. Ta jim sděluje, kde mohou v případě problémů nalézt sesternu. Sestra říká „*Pokud společně s miminkem opouštíte pokoj, dávejte ho do postýlky, ve které ho povezete. Nepřenášejte ho v náručí.*“ Vzhledem k tomu, že je matka pár hodin po porodu, rizikem může být především její pád. I přes toto sdělení se sestry právě často setkávají s tím, že matky přichází s miminkem v náručí.

2.6.2 Od přebalovacího pultu nikdy neodcházíme

Občas si maminky myslí, že novorozenec ještě není schopen nějakého většího pohybu a z přebalovacího pultu jen tak spadnout nemůže. Opak je bohužel pravdou a ze zkušeností starších sester vyplývá, že se již s pádem novorozence z pultu setkaly. Tato edukace je sdělována matce při nácvičku koupání. „*Veškeré pomůcky na přebalování nebo koupání si na pult připravte předem a poté už od miminka neodcházejte. Pokud se potřebujete pro něco otočit, nechte na děťátku alespoň položenou ruku, kterou ho budete jistit.*“ Většinou těmito informacemi sestry začínají edukaci o koupání a přebalování. První koupání jim ukáží – tudíž si

veškeré pomůcky připraví včetně napuštění vany a až poté miminko vyndávají z postýlky. Ukazují matce i situaci, když se potřebují pro něco otočit, jakým způsobem musí zůstat ruka položená na novorozenci.

2.6.3 Každý máme své místo ke spánku

„Po porodu se můžete cítit unaveně, proto je pro miminko bezpečnější, spí-li ve své postýlce.“ Pro toto doporučení máme v porodnici jednoznačný důvod. Matka po porodu bývá velmi vyčerpaná a riziko zalehnutí může být vysoké. Doporučení by měli však rodiče dodržovat i v domácím prostředí. Nadace Křižovatka šířící povědomí o SIDS (syndrom náhlého úmrtí kojenců) uvádí jako možnost prevence před náhlým úmrtím právě to, že by děti měly spát v postýlkách alespoň do 1 roku věku. Riziko úmrtí při sdílení postele je zvýšeno až 40x. Postýlka by však měla být v ložnici, což riziko SIDS právě snižuje.

Ráda bych zmínila i zahraniční prameny, které se zabývají spánkem dítěte. Článek z Nového Zélandu v časopise Kai Tiaki o bezpečném spánku dětí uvádí 4 hlavní zásady:

- spánek na zádech
- odkrytý obličej a hlava
- nekuřácké prostředí
- postýlka blízko rodičů.

Tyto hlavní body je důležité dodržovat obzvláště u předčasně narozených dětí a u dětí s nízkou porodní hmotností. Zdůrazněny jsou také situace, kdy rodiče kouří, pijí alkohol, berou léky či užívají návykové látky. (Cowan, Bennett, 2009)

Časopis Australian Midwifery News (2013) uvádí ve článku rozebírajícím taktéž spánek dítěte o 2 zásady více. Stejně jako předchozí zdroj píše o důležitosti spánku na zádech, odkrytém obličejí a hlavě, nekuřáckém prostředí a spaní ve stejné místnosti jako rodiče. Dodává však, že dalším důležitým prvkem je i:

- zajistit bezpečné prostředí spánku nejen během noci, ale i přes den
- kojení.

2.6.4 Minimalizujeme pokládání miminka do lůžka matky

Při sdělování této informace jsem upozorovala, že se matky často dotazují na důvod. Sestra proto říká: *„Miminko ve vaší posteli pokládejte pouze do horní části lůžka. V poporodním období se vaše tělo čistí. Očistky jsou pro miminko potenciálně infekční.“* Platí to především pro období v porodnici a šestinedělí. Žena by měla dodržovat správné hygienické návyky. Důležité je poučit matku také v častém a důkladném mytí rukou, kterými se dotýká miminka.

2.6.5 U kojení se děťátku plně věnujeme

V teoretické části jsem shrnula důležitost, techniku, fyziologii a pozice kojení. Ovšem častých praktických chyb, kterých se matky dopouští, jsem si mohla všimnout až během stáže na novorozeneckém oddělení. Příkládání dítěte k prsu, především v začátcích, vyžaduje spoustu trpělivosti. V porodnici je kojení jedním z nejvíce řešených témat. Jednou z vět, které sestra říká během edukace v kojení je: *„Kojení znamená pro maminku a miminko jedinečný prožitek, proto je důležité mu věnovat náležitou pozornost. V průběhu kojení je nutné na miminko dobře vidět a v noci si na kojení rozsvítit malé světýlko. Během této chvíle není vhodné používat mobil, ale plně se na děťátko soustředit.“* Často jsme svědci toho, že následkem poporodní únavy a „nekonečného“ kojení, matka během krmení usíná. Vzhledem k tomu, že kojení ze začátku probíhá nejčastěji v posteli, narážíme zde i na jmenovaný třetí bod – s miminkem nespíme v posteli.

Podstatnou informací je také zmínka o rozsvícení v noci. Matky jako častý důvod nerozsvícení uvádí obavu z rušení spolupacientů. Stačí použít pouze malou lampičku u postele. Rizik při kojení a manipulace s dítětem po tmě může být logicky mnoho.

V dnešní době se také setkáváme s tím, že matky si chvíli u kojení krátí používáním mobilu. Tento špatný návyk není dobrý nejen z důvodu nesoustředění se na dítě, ale také proto, že na mobilu se nachází spousta bakterií. Tou samou rukou poté matka šahá třeba do úst dítěte nebo na bradavky. Vystavujeme tím tedy malé novorozeně riziku infekce.

2.6.6 Správné a pevné držení dítěte

Naučit matku, jak manipulovat s dítětem, je také úkol sestry. Důležitá je řádná ukázka a podpora v tom, aby se matky zbavily strachu. První obrázek nám ukazuje správný úchop při „Přenášení“. Jedna ruka se soustředí na oblast hlavy, krku a částečně zad – nesmí dojít k záklonu hlavy. Palcem a ukazováčkem podpíráme hlavu, prostředníčkem krk a prsteníčkem s malíčkem záda. Druhou rukou pevně uchopíme stehýnko novorozence. Palec máme na vnitřní straně stehna.

Druhým obrázkem je poloha miminka „Po kojení“. Zde dochází k neshodě s uvedenou literaturou v teoretické části. Svislá poloha dítěte v knihách není vůbec doporučována. Během praxe jsem však poznala, že tuto polohu odborný personál matky učí a po kojení ji doporučují. Konzultovala jsem to s lékaří na pracovišti a ti polohu také doporučují. Po dohodě s odbornou konzultantkou, která byla jednoznačně pro, jsem proto tento obrázek do plakátu vložila.

2.6.7 Polohy vhodné k prevenci kojeneckých kolik

V posledních dvou bublinách jsou znázorněny dvě polohy, které mohou miminkům pomoci od bolestí při kojeneckých kolikách. Ačkoliv se v teoretické části o kolikách nezmiňuji, konzultantka mi doporučila na toto upozornit. Často se totiž setkává s tím, že maminky nevědí, jak dítě uchopit, pokud pláče z důvodu bolesti. Sestry při edukaci o manipulaci na tyto dvě polohy také upozorňují. Zdůrazňují, že se nemusí matky obávat, že by miminku mohly tímto držením něco způsobit. „Tygřík“, který byl již zmíněn v kapitole *Chování a nošení dítěte* jako vhodná poloha k odříhnutí, pomáhá i k prevenci kojeneckých kolik. Důležité je dodržet správný úchop, který je vyobrazen.

Druhý obrázek je tzv. „Klubíčkování“. Při ukázce během edukace o manipulaci jsem si všimla, že se opravdu mnohdy matky zaleknou toho, jak sestra malé miminko drží. Během tohoto držení miminka právě často přestávají plakat a matky tak tímto způsobem mohou vidět, jak poloha miminku pomáhá.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit edukační plakát pro rodiče, který bude použitelný na novorozeneckých odděleních nemocnic. Po prostudování odborné literatury jsem v teoretické části práce popsala péči o novorozence. Snahou bylo představit novorozenecké období a s ním spojené činnosti, které by měli rodiče provádět co nejbezpečněji.

Po absolvování stáže v nemocnici v rámci studia jsem načerpala další důležité poznatky, které jsou důležité v péči o novorozence. Díky propojení teoretických zdrojů a praktické zkušenosti jsem si upevnila informace, které mi pomohly sestavit plakát.

Vytvořený edukační plakát je určen především matkám, které se učí pečovat o své dítě nebo ještě nemají povědomí o důležitosti dodržování bezpečnosti u dítěte. Vzhledem k tomu, že následky zanedbání mohou být tragické, je velmi důležité směřovat pozornost právě na tuto problematiku. Plakát mohou mít matky na novorozeneckých odděleních stále na očích a pomůžeme tímto způsobem předejít nešťastným událostem.

Příloha č. 2 obsahuje náhled edukačního plakátu a vytisknut je ve formátu A1.

Seznam použité literatury

- 1) BEHINOVÁ, Markéta, AŠENBRENEROVÁ, Ivana, KAISEROVÁ, Klára a KARGER, Petr. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let.* 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2816-5.
- 2) COWAN, Stephanie a Sharon BENNETT. Pursuing safe sleep for every baby, every sleep, in every place they sleep. *KAI TIAKI NURSING NEW ZEALAND.* 2009(6), 15(6), 12-13. ISSN 1173–2032.
- 3) ČAPKOVÁ, Štěpánka. Jak pečovat o pokožku novorozence. In: PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Knihy o těhotenství, porodu a dítěti.* 5. vydání. Praha: Galén, 2015, s. 61-70. ISBN 978-80-7492-216
- 4) ČERNÁ, Marcela a Jana KOLLÁROVÁ. *Laktační minimum pro pediatry.* Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-8702-347-1.
- 5) Deset kroků k úspěšnému kojení. *Www.kojeni.cz* [online]. [cit. 2018-12-20]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/poradcum/10kroku/>
- 6) DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie.* 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9.
- 7) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence.* Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.
- 8) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Bezpečnost ošetrovatelských postupů - koupel novorozence a kojence. *Pediatric pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 2, s. 126-128. ISSN: 1213-0494.
- 9) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Hodnotící metodiky v neonatologii.* 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-560-0.
- 10) FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3940-3.

- 11) FRIŠOVÁ, Lenka, Lenka COUFALOVÁ, Klára SOUKUPOVÁ, Robert KOSTNER a Jan BLAŽEK. *Úrazy dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-869-9172-5.
- 12) GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. 4., přepracované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5719-3.
- 13) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 14) HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 15) HANZL, Milan. 9. Prevence krvácení z nedostatku vitamínu K (krvácivé nemoci novorozenců) – doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, Supplementum, s. 92-93. ISSN: 1210-7832.
- 16) KANTOR, Lumír. Fyzikální vyšetření novorozence, první vyšetření novorozence po porodu. In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, s. 56-64. ISBN 978-80-7013-547-1.
- 17) KANTOROVÁ, Blanka. Výživa novorozenců. In: FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, s. 148-175. ISBN 978-80-7013-547-1.
- 18) KIEDROŇOVÁ, Eva. V něžné náručí rodičů. In: GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ML. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017, s. 129-178. ISBN 978-80-247-5579-3.
- 19) KIEDROŇOVÁ, Eva. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1210-5.

- 20) KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- 21) KLIMOVÁ, Anna. *Kojení: dar pro život*. Praha: Unicef, 1995.
- 22) KŘIVÁKOVÁ, Marcela a Zuzana ČÍKOVÁ. *Pečovatelsví: péče o zdravé a nemocné dítě*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-263-3.
- 23) LIŠKA, Karel. Novinky v resuscitaci novorozence. *Pediatric pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 4, s. 265-269. ISSN: 1213-0494.
- 24) MACHÁČKOVÁ, Kateřina. Nové trendy v péči o dětskou pokožku. *Pediatric pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 2, s. 99-102. ISSN: 1213-0494.
- 25) MOJŽÍŠOVÁ, Mahulena. Základy fyzikálního vyšetření. In: SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 2008. Praha: Grada, 2008, s. 32-40. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 26) MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí : péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, 2018. ISBN 978-80-7560-132-2.
- 27) Možnosti prevence SIDS. *Nadace Křižovatka* [online]. [cit. 2019-01-31]. Dostupné z: <http://www.nadacekrizovatka.cz/prevence-sids>
- 28) MYDLILOVÁ, Anna. Doporučení pro kojení fyziologických novorozenců, kojenců a malých dětí. *Pediatric pro praxi*. 2005, 6(5), 273. ISSN 1213-0494.
- 29) MYDLILOVÁ, Anna. Současný pohled na péči o fyziologického novorozence v bodech. *Pediatric po promoci*, 2005, roč. 2, č. 2, s. 32-38. ISSN: 1214-6773. Číslo grantové zprávy: NR8438.
- 30) Pády miminek. *Modrý koník* [online]. 2014 [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/zdravi/pady-miminek/>

- 31) PAJEREK, Jan. Neonatologie. In: KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 91-105. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
- 32) PÁNEK, Martin. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 6, s. 363-366. ISSN: 1213-0494.
- 33) PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.
- 34) PAULOVÁ, Magdalena. 7. Značení novorozenců – doporučený postup. *Česká gynekologie*, 2013, roč. 78, Supplementum, s. 88. ISSN: 1210-7832.
- 35) SAXLOVÁ, Jaroslava. Péče o fyziologického novorozence. In: SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 2008. Praha: Grada, 2008, s. 51-62. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 36) SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.
- 37) Sleeping a baby safely and reducing the risk of SUDI. *Australian Midwifery News*. 2013, 13(1), 21-21. ISSN 1446-5612.
- 38) SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
- 39) Spadlo vám miminko? Primářka radí, kdy vyhledat lékaře. *ŽENA-IN* [online]. 23. 11. 2017 [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://zena-in.cz/clanek/spadlo-vam-miminko-primarka-radi-kdy-vyhledat-lekare>
- 40) STRAŇÁK, Zbyněk, Marcela ČERNÁ a Petra ŠAŇÁKOVÁ. *Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-49-5.
- 41) *Velký lékařský slovník: rooming-in* [online]. 2018 [cit. 2018-10-19]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/rooming-in>
- 42) ZOBAN, Petr. In: LEBL, Jan, Jan JANDA, Petr POHUNEK a Jan STARÝ. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén, 2012, s. 16-17. ISBN 978-80-7262-772-1.

Seznam tabulek

Tab. 1 Klasifikace novorozenců (Slezáková et.al., 2011).....	9
Tab. 2 Skóre dle Apgarové (Fendrychová, 2013).....	12
Tab. 3 Složení kolostra a mateřského mléka v g/l (Černá, Kollárová, 2015)	24

Seznam příloh

Příloha č. 1 Deset kroků k úspěšnému kojení (Laktační liga, 2018)

Příloha č. 2 Edukační plakát

Přílohy

Příloha č. 1 Deset kroků k úspěšnému kojení (Laktační liga, 2018)

10 kroků k úspěšnému kojení (revize 2018)

Klíčové řídicí postupy

1.
 - a. Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a příslušná usnesení Světového zdravotnického shromáždění (WHO).
 - b. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu k výživě kojenců, která je běžně sdělována zaměstnancům a rodičům.
 - c. Zavést systémy průběžného monitorování a zpracování dat.
2. Zajistit, aby zaměstnanci měli dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti k podpoře kojení.

Klíčové klinické postupy

3. Diskutovat o významu a praxi kojení s těhotnými ženami a jejich rodinnými příslušníky.
4. Usnadnit okamžitý a nepřerušovaný „skin to skin“ kontakt a podporovat matky, aby co nejdříve po porodu zahájily kojení.
5. Podporovat matky v časném zahájení a udržování kojení a ve zvládnání běžných obtíží.
6. Nedávat kojeným novorozencům žádné jídlo nebo tekutiny jiné než mateřské mléko, pokud to není lékařsky indikováno.
7. Umožnit matkám a jejich dětem zůstat společně a podporovat rooming in 24 hodin denně.
8. Podpořit matky, aby rozpoznaly a reagovaly na potřeby svých dětí a kojily podle potřeb dítěte.
9. Informovat matky o rizicích použití lahví, šidítek a dudlíků.
10. Koordinovat propuštění tak, aby rodiče a jejich děti měli přístup k včasné a pokračující podpoře a péči.



World Health Organization



UNICEF

BEZPEČNÁ PÉČE O MIMINKO



Miminko převážíme v postýlce

Pokud společně s miminkem opouštíte pokoj, dávejte ho do postýlky, ve které ho povežete. Nepřenášejte ho v náručí.

Každý máme své místo ke spánku

Po porodu se můžete cítit unaveně, proto je pro miminko bezpečnější, spí-li ve své postýlce.



U kojení se děťátku plně věnujeme

Kojení je pro maminku a miminko jedinečný prožitek, proto je důležité věnovat mu náležitou pozornost. V průběhu kojení je nutné na miminko dobře vidět a během noci si na kojení rozsvílit malé světýlko. Během této chvíle není vhodné používat mobil, ale plně se na děťátko soustředit.



Milé maminky, možná máte nyní obavy, zda péči o své miminko zvládnete. Nemějte strach, tento plakát vás seznámí se základními kroky, jak zajistíte bezpečí vašeho miminka.

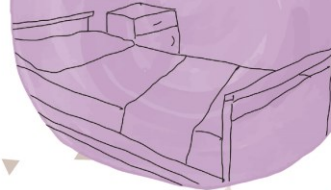
Od přebalovacího pultu nikdy neodcházíme

Veškeré pomůcky na přebalování nebo koupání si na pult připravte předem a poté už od miminka neodcházejte. Pokud se potřebujete pro něco otočit, nechte na děťátku alespoň položenou ruku, kterou ho budete jistit.



Minimalizujeme pokládání miminka do lůžka matky

Miminko ve vaší posteli pokládejte pouze do horní části lůžka. V poporodním období se vaše tělo čistí. Očistky jsou pro miminko potenciálně infekční.



SPRÁVNÉ A PEVNÉ DRŽENÍ DÍTĚTE



PŘENÁŠENÍ DÍTĚTE



PO KOJENÍ



KLUBÍČKOVÁNÍ



TYGRÍK